

FC4-11
W872

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Ciencias de la Comunicación Departamento de
Estudios de Postgrado Doctorado en Investigación en
Ciencias Sociales.

Biblioteca Upana - I - 2077 - 2008



TESIS DOCTORAL

EL SISTEMA DE SALUD PUBLICA EN GUATEMALA:
Barreras de acceso que percibe el sector de la economía
informal del mercado San José Mercantil zona 7 en la
ciudad de Guatemala.

Autor: Valery Lorena Wong Aldana de Rossoto
Director: Dr. Jorge Luis de León

Guatemala 2008



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

APROBACIÓN DE TEMA Y DIRECTOR DE TESIS

Licenciada
Valery Lorena Wong Aldana
Ciudad

Distinguida Licenciada Wong:

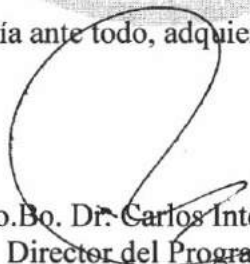
En relación a su solicitud de aprobación de tema de Disertación Doctoral cuyo título es "EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA: Barreras de acceso del sector informal del mercado San José Mercantil, zona 7 en la Ciudad de Guatemala", me permito informarle que dicho tema ha sido aprobado.

Asimismo también se le aprueba su solicitud para que el doctor Jorge Luis de León dirija su trabajo de investigación, en cuanto a los aspectos metodológicos del mismo.

En virtud de lo anterior emite **DICTAMEN FAVORABLE** para que continúe con los trámites de rigor.

Guatemala, 22 de septiembre del 2006

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"


Vo.Bo. Dr. Carlos Interiano
Director del Programa

Cc/estudiante
Dr. Jorge Luis de León
Archivo



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

APROBACIÓN DE REVISOR DE TESIS

El Director del Programa de Doctorado en Investigación Social

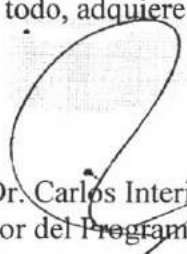
Virtud que la estudiante VALERY LORENA WONG ALDANA ha finalizado su informe de tesis doctoral, de acuerdo al dictamen favorable emitido por su asesor, doctor Jorge Luis de León,

ACUERDA:

Nombrar al doctor Jesús de la Cruz Escoto como REVISOR de dicho trabajo, debiendo emitir dictamen conjunto con el Dr. de León después de su lectura.

Guatemala, Mayo 25 de 2007

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"


Vo.Bo. Dr. Carlos Interiano
Director del Programa

Cc/estudiante
Dr. Jorge Luis de León
Dr. Jesús de la Cruz
Archivo



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

DICTAMEN DE COMITÉ DE TESIS DOCTORAL

Nombre del Estudiante: **VALERY LORENA WONG ALDANA**

Título de la tesis: **“EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA: Barreras de acceso del sector informal del mercado San José Mercantil, zona 7 en la Ciudad de Guatemala”**

El Comité de Tesis,

Considerando:

Primero: Que ha leído el informe de tesis, donde consta que la estudiante en mención realizó la investigación de rigor, atendiendo a un método y técnicas propias de su campo.

Segundo: Que ha realizado todas las correcciones que le fueron planteadas en su oportunidad.

Tercero: Que dicho trabajo reúne las calidades necesarias de una de una investigación de doctorado.

Por tanto,

En su calidad de Comité de Tesis, emite **DICTAMEN FAVORABLE** para que continúe con los trámites de rigor.

Guatemala, 13 de septiembre del 2008

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Doctor Jorge Luis de León
Director de Tesis

Doctor. Jesús de la Cruz Escoto
Revisor

Cc/estudiante
Archivo



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

DICTAMEN DE DIRECTOR DE DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN SOCIAL

Nombre del Estudiante: **VALERY LORENA WONG ALDANA**

Título de la tesis: **“EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA: Barreras de acceso del sector informal del mercado San José Mercantil, zona 7 en la Ciudad de Guatemala”.**

El Director del Programa de Doctorado en Investigación Social,

Considerando:

Que ha tenido a la vista los dictámenes del Director de Tesis y Comité de Tesis respectivamente, donde hacen constar que la estudiante en mención ha llenado los requisitos académicos de su Tesis Doctoral, cuyo título se hace constar en el informe adjunto.

Por tanto:

Extiende el presente Dictamen que faculta a la interesada para que realice los pagos de rigor y demás trámites administrativos previos a fijar la fecha para realizar la Defensa de su Tesis.

Nombra como miembros del Tribunal de Graduación a los profesionales siguientes:

Doctor Jorge Luis de León (Director)

Doctor Jesús de la Cruz Escoto (Revisor)

Doctor Julio César Díaz (Vocal)

Guatemala, 13 de septiembre del 2008

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Dr. Carlos Interiano
Director Programa de Doctorado

Cc/estudiante



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

DICTAMEN DE DIRECTOR DE TESIS DE DOCTORAL

Nombre del estudiante: VALERY LORENA WONG ALDANA

Titulo de la tesis: "EI SISTEMA DE SALUD PUBLICA EN GUATEMALA: Principales limitantes de acceso que percibe el sector informal del Mercado San José Mercantil de la zona 7 en la ciudad de Guatemala"

El director de la Tesis antes aludida,

Considerando:

Primero: Que ha leído el informe de tesis, donde consta que el estudiante en mención realizó la investigación de rigor, atendiendo a un método y técnicas propias de su campo.

Segundo: Que dicho trabajo reúne las calidades necesarias de una investigación de doctorado.

Por tanto,

En su calidad de Director de Tesis, emite DICTAMEN FAVORABLE para que continúe con los tramites de rigor.

Guatemala 8 de Septiembre del 2008.

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"


Doctor Jorge Luis de León
Director de Tesis

CC. estudiante
Archivo



AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Ing. M.A Abel Antonio Girón Arévalo
Rector

Licda. M.Sc. Alba Gonzáles
Vicerrector Administrativo

Lic. Mynor Herrera
Vicerrector Administrativo

Arq. Cicky Sicajol Calderón
Director de Registros y Control Académico

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

Doctor Alfred Kaltschmidt
Decano

Doctor Carlos Interiano
Director del Programa de Doctorado en
Investigación Social

Doctor Jorge Luís de León
Director de Tesis

Doctor Jesús de la Cruz Escoto
Revisor



DEDICATORIA

AL ETERNO DIOS, Más preciosa es que las piedras preciosas; y todo lo que puedes desear no se puede comparar a ella. Prov. 3:15
Por ser dador de conocimiento en mi vida, me permitió concluir mi trabajo para proponer un modelo de salud en beneficio del sector laboral de la economía informal.

A mi Esposo e Hijo Gustavo Rossoto Lorentzen
Gustavito Rossoto Wong
Por su apoyo y amor .

A mi Madre . Thelma Yolanda Aldana Mayorga
Por su apoyo

A mi Abuelita Alicia Josefina Mayorga +
Por sus enseñanzas con los más necesitados

A mis Asesores Licda. Ana Maria Rodas
Doctor Jorge Luis de Leon
Doctor Carlos Interiano

INDICE GENERAL

| | |
|----------------------|------|
| Índice de contenidos | i |
| Índice de Tablas | viii |
| Abreviaturas | ix |

PARTE I. INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

| | |
|---|----|
| 1.1 La salud pública y el comercio informal en Guatemala | 11 |
| 1.2 Los escenarios del comercio informal en Guatemala | 15 |
| 1.3 Características del comercio informal en Guatemala | 19 |
| 1.4 LA SALUD PÚBLICA: Las demandas y necesidades en la sociedad guatemalteca | 22 |
| 1.4.1 Principales desafíos del ente rector de la Salud Pública | 24 |
| 1.5 EL CONTEXTO DE LA SOCIEDAD ANTE LOS NUEVOS DESAFÍOS DE LA SALUD PÚBLICA Y EL COMERCIO INFORMAL EN GUATEMALA | 28 |
| 1.6 Objetivos | 30 |
| 1.6.1 Objetivos generales | |
| 1.6.2 Objetivos específicos | 31 |
| 1.7 Hipótesis de trabajo | 31 |

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA Y FUENTES

| | |
|--|----|
| 2.1 Características del área de la investigación | 34 |
| 2.2 Los aspectos metodológicos | 35 |
| 2.2.1 El problema | 36 |
| 2.2.2 El método | 37 |
| 2.2.2.1 Etnográfico | 38 |
| 2.2.2.2 Hipotético Deductivo | 39 |
| 2.2.3 Universo y muestra | 39 |
| 2.2.4 RECOLECCIÓN DE DATOS: Modelo a seguir | 40 |
| 2.3 Los instrumentos | 40 |
| 2.3.1 Las variables | 41 |
| 2.3.2 Los indicadores | 43 |
| 2.3.3 La medición de los indicadores | 43 |
| 2.4 El análisis estadístico | 43 |
| 2.4.1 Técnicas cualitativas | 43 |
| 2.4.1.1 La observación | 44 |
| 2.4.1.2 Entrevista a profundidad | 44 |
| 2.4.2 Técnicas cuantitativas | 45 |
| 2.4.2.1 Encuesta | 45 |
| 2.5 Los sujetos | 45 |

| | | |
|-------|------------------------|----|
| 2.6 | Fuentes de información | |
| 2.6.1 | Fuentes primarias | 46 |
| 2.6.2 | Fuentes secundarias | 46 |

PARTE II. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 3. LA POBREZA EN GUATEMALA: una realidad impostergable

| | | |
|--------|---|----|
| 3.1 | QUE SE COMPRENDE POR EL CONCEPTO DE POBREZA | 47 |
| 3.1.1 | Caracterización de la pobreza: aspectos a considerar en salud | 48 |
| 3.1.2 | Como se mide la pobreza en un país | 49 |
| 3.2 | SITUACIÓN DE LA POBREZA EN GUATEMALA: situación histórica a superar | 51 |
| 3.3 | ALCANCE DE LA POBREZA EN GUATEMALA | 54 |
| 3.4 | EMPLEO Y POBREZA EN GUATEMALA | 55 |
| 3.4.1 | Empleo y Relación laboral en Guatemala | 58 |
| 3.5 | Exclusión en Salud en Guatemala como efecto de la pobreza | 59 |
| 3.5.1 | Importancia de comprender el trasfondo de la exclusión en salud | 62 |
| 3.6 | Indicadores de Salud en Guatemala: reflejo estructural | 63 |
| 3.6.1 | Enemigos de la Salud aliados de la Pobreza | 67 |
| 3.6.2 | Mortalidad Infantil y Materna en Guatemala | 67 |
| 3.6.3 | Atención Prenatal y Materna | 69 |
| 3.6.4 | Estado de Desnutrición | 69 |
| 3.7 | Pobreza y Desarrollo Humano | 71 |
| 3.7.1 | Características del Desarrollo Humano | 73 |
| 3.8 | Estrategias para superar la pobreza en Guatemala | 74 |
| 3.9 | INDICADORES ECONÓMICOS Y SOCIALES: base de la Política Social | 76 |
| 3.10 | Aplicación de una Política social efectiva para reducir la pobreza | 81 |
| 3.10.1 | Una política social de protección a la mujer un avance en el país | 83 |

CAPÍTULO 4. EL DESARROLLO O SUBDESARROLLO EN GUATEMALA: Aspectos a tomar en cuenta para salud Pública Y economía informal

| | | |
|-------|--|-----|
| 4.1 | CARACTERÍSTICA GENERALES SOBRE EL DESARROLLO Y SUBDESARROLLO: Demandas y necesidades en la sociedad guatemalteca | 90 |
| 4.1.1 | Demandas para el sector de la Economía Informal | 97 |
| 4.2 | LOS INDICADORES ECONOMICOS SOCIALES EN GUATEMALA: La salud pública | 99 |
| 4.3 | LA NECESIDAD DE CAMBIO EN LA SALUD PUBLICA PARA PROTEGER AL SECTOR DE LA ECONOMIA INFORMAL | 102 |
| 4.3.1 | Funcionalidad Propuesta | 104 |
| 4.3.2 | Incursión del Sector Informal en el cambio | 108 |
| 4.4 | LA GLOBALIZACIÓN Y EL DESARROLLO: Aspectos a tomar en cuenta Para la economía informal y Salud | 110 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 4.5 | CRISIS SOCIAL EN LOS SISTEMAS ECONOMICO Y SUS EFECTOS SOCIALES EN UN PAIS: Inclusión del sector Poblacional informal de Guatemala | 116 |
| 4.6 | LOS SATISFACTORES SOCIALES EN GUATEMALA: Una necesidad en la actualidad para hacerle frente a la crisis de la Salud Publica | 117 |
| 4.7 | LA SALUD PUBLICA UN SISTEMA: de respuesta social para el sector informal | 120 |
| 4.8 | LOS DERECHOS HUMANOS: Una acción validad de Protección en Salud Publica | 123 |
| 4.9 | LAS METAS DEL MILENIO: Compromiso para Salud Publica | 128 |
| | 4.9. 1 Expectativas de avance en Guatemala | 130 |

CAPITULO 5. LA POLÍTICA ECONOMICA Y SOCIAL EN GUATEMALA: Dicotomía a ponerle atención para Analizar la protección al sector informal

| | | |
|------|---|-----|
| 5.1 | ACERCAMIENTO A LA CARACTERIZACION ECONOMICA EN GUATEMALA | 134 |
| | 5.1.1 TENDENCIAS ECONOMICAS EN GUATEMALA | 141 |
| 5.2 | MEDIDAS ORIENTADAS AL CRECIMIENTO ECONOMICO EN GUATEMALA | 143 |
| | 5.2.1 Caracterización del Crecimiento en Guatemala | 145 |
| 5.3 | INDICADORES LABORALES EN GUATEMALA | 149 |
| | 5.3.1 Indicadores Laborales de genero para Guatemala | 153 |
| 5.4 | POLITICA DE ELIMINACION DE LA POBREZA EN GUATEMALA UN EJEMPLO DE RESPUESTA ESTATAL | 155 |
| 5.5 | ELEMENTOS VITALES DE LA POLITICA SOCIAL EN GUATEMALA | 157 |
| 5.6 | INVERSION EN SALUD UN PROCESO DE REVISION EN GUATEMALA | 159 |
| | 5.6.1 Financiamiento del Sector Salud en Guatemala una realidad | 164 |
| 5.7 | PROMOCION DE LA SALUD UNA POLITICA FUNCIONAL: de protección para el sector Informal | 166 |
| 5.8 | LA EDUCACION CLAVE PARA ALCANZAR METAS DE POLITICAS SOCIALES | 169 |
| | 5.8.1 Funciones de la educación en el contexto de la Salud Publica | 173 |
| | 5.8.2 La relación entre educación y la Sociedad | 174 |
| 5.9 | ETICA COMPONENTE VITAL DE LAS POLITICAS NACIONALES | 175 |
| | 5.9.1 Ámbito de la Política y la ética en el medio Nacional | 178 |
| 5.10 | PARTICIPACION SOCIAL COMPONENTE DE SALU PUBLICA | 180 |

CAPITULO 6. LA SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA: Un sistema o señales de crisis

| | | |
|-----|---|-----|
| 6.1 | ACERCAMIENTO A UN SISTEMA DE SALUD: en Guatemala | 186 |
| | 6.1.1 Características a considerar en un sistema de Salud Pública | 193 |
| | 6.1.2 Evaluación de la Salud Pública en Guatemala | 195 |
| 6.2 | REFORMA DEL SECTOR SALUD UNA NECESIDAD EN GUATEMALA | 200 |

| | |
|--|-----|
| 6.2.1 Contexto de la Reforma | 203 |
| 6.3 PRINCIPIOS BASICOS QUE ORIENTAN LA REFORMA DE SALUD PUBLICA | 208 |
| 6.4 IMPORTANCIA DE LA PLANEACION DENTRO DEL SISTEMA | 210 |
| 6.4.1 Principios de Planificación aplicables a Salud Pública | 212 |
| 6.5 PLANIFICACION HERRAMIENTA PARA: reorientar los servicios de salud en Guatemala | 213 |
| 6.6 DESARROLLO IDEAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN GUATEMALA | 216 |
| 6.7 Características del Sector Salud en Guatemala | 217 |
| 6.8 DETERMINANTES DE LA SALUD PUBLICA EN GUATEMALA | 217 |
| 6.9 SALUD DEL GUATEMALTECO: un derecho humano | 220 |
| 6.10 ESTRATEGIAS PARA AMPLIAR LA PROTECCION EN SALUD COMO MODELO ALTERNATIVO | 232 |
| 6.11 Demanda de Servicios de Salud en Guatemala | 234 |
| 6.12 Responsabilidades institucionales en salud | 238 |

PARTE III. LA SALUD PÚBLICA Y EL COMERCIO INFORMAL EN GUATEMALA

CAPÍTULO 7. LAS DIMENSIONES DE LA SALUD PÚBLICA Y LOS PARADIGMA A SEGUIR EN EL ACTUAL MILENIO EN GUATEMALA

| | |
|---|-----|
| 7.1 LOS EFECTOS DE LOS CAMBIOS EN EL FUTURO DE LA POLITICA EN SALUD PUBLICA EN GUATEMALA | 243 |
| 7.2 DESIGUALDAD DE LA POBLACION UNA LIMITANTE DE SALUD PUBLICA | 245 |
| 7.3 POBREZA FENOMENO DE PRIVACIONES: limitante para el modelo de Salud de Guatemala | 247 |
| 7.4 EL MODELO DE SALUD EN GUATEMALA : un acercamiento a la realidad | 250 |
| 7.5 MODELOS ALTERNATIVOS DE SALUD: experiencias de otros contextos | 257 |
| 7.6 LOS ACUERDOS DE PAZ: un modelo idóneo de política de estado en materia de Salud | 262 |
| 7.7 LA CALIDAD MODELO A SEGUIR: en Guatemala en el Campo de la Salud Publica | 267 |
| 7.7.1 Claves de la Satisfacción en Salud | 272 |
| 7.8 MODELO EPIDEMIOLOGICO: en la política Sanitaria de Guatemala | 273 |
| 7.9 INCORPORACION DE LA MUJER: un proceso de Inclusión un modelo alternativo en Guatemal | 276 |
| 7.10 RESPONSABILIDAD DEL ESTADO DE GUATEMALA: en el proceso de implementación de políticas de protección en salud poblacional | 278 |

**CAPÍTULO 8. EL COMERCIO INFORMAL EN GUATEMALA: Motivo
análisis para el sector salud**

| | |
|---|-----|
| 8.1 QUE ES EL SECTOR DE LA ECONOMIA INFORMAL: su identificación para Guatemala | 285 |
| 8.2 EXPLICACION SOCIOLOGICA DE SU SURGIMIENTO: aplicable al contexto guatemalteco | 290 |
| 8.3 CONTEXTO SOCIAL Y POLITICO DEL PAIS: elementos determinantes del Sector Informal | 295 |
| 8.4 EXCLUSION DEL SECTOR INFORMAL DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD EN GUATEMALA: una realidad | 297 |
| 8.5 ESTRUCTURACION DEL SECTOR INFORMAL: un teoria aplicable para guatemala | 300 |
| 8.6 CLASIFICACION DEL COMERCIO INFORMAL: categorías aplicables al sector informal de Guatemala | 302 |
| 8.6.1 comercio ambulatorio | 303 |
| 8.6.1.1 Itinerante | 303 |
| 8.6.1.2 El Vendedor Fijo | 304 |
| 8.6.1.3 Mercados Informales | 304 |
| 8.6.1.4 Ventas en la Calle | 304 |
| 8.7 MIGRACION UNA CONDICIONANTE DEL SECTOR INFORMAL: una experiencia para Guatemala | 306 |
| 8.8 CARACTERIZACION DEL COMERCIO INFORMAL: un acercamiento al contexto de Guatemala | 309 |
| 8.9 SECTOR INFORMAL UN GRUPO VULNERABLE PARA SALUD PUBLICA : en Guatemala | 313 |
| 8.10 COMPONENTE ETNICO UNA CONSIDERACION PARA SALUD PUBLICA: dentro del marco de la informalidad | 316 |
| 8.11 MARCO CONSTITUCIONAL: un derecho para el sector Informal | 318 |

**CAPÍTULO 9. EL ROL DEL GOBIERNO ANTE LOS NUEVOS
ESCENARIOS EN LA SALUD PUBLICA Y EL
COMERCIO INFORMAL**

| | |
|--|-----|
| 9.1 LAS POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA: Salud para todos mito o realidad | 324 |
| 9.1.1 Importancia del Cambio Estrategico | 328 |
| 9.2 ACCESO DE LOS GRUPOS VULNERABLES A LAS POLITICAS DE SALUD PUBLICA: un discurso político o Señales de cambio | 333 |
| 9.3 LA PROMOCION Y PREVENCIÓN UNA ACCION POLITICA DE SALUD PUBLICA: para grupos del sector Informal | 343 |
| 9.4 LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD PUBLICA: una respuesta al sector informal | 347 |
| 9.5 GLOBALIZACION Y EL COMERCIO INFORMAL: Un escenario a ponerle atención | 350 |
| 9.6 LAS BARRERAS DE LA SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA: Aspectos a ponerle atención. | 358 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 9.7 | ETICA PUBLICA EN SALUD: una respuesta para el sector informal | 362 |
| 9.8 | CONFORMACION DE REDES: solidaridad para los informales en Guatemala | 366 |
| 9.9 | REFLEXIONES FINALES: Futuro de la Salud pública y el acceso del Sector informal a las políticas en salud | 368 |

PARTE IV. ANALISIS DE RESULTADOS

CAPÍTULO 10. ANÁLISIS ENTREVISTAS DESDE EL PUNTO DE VISTA CUALITATIVO

| | | |
|------|--|-----|
| 10.1 | Objetivos del estudio | 370 |
| 10.2 | Las categorías de análisis | 371 |
| 10.3 | Variables e indicadores analizados | 371 |
| 10.4 | Muestra de la investigación | 372 |
| 10.5 | La observación | 373 |
| 10.6 | Análisis de la observación | 373 |
| 10.7 | Opinión de la población entrevistada | 378 |
| 10.8 | Resumen del análisis cualitativo | 380 |
| | 10.8.1 Entrevistas parte del análisis cualitativo | 382 |
| 10.9 | ASPECTOS A TOMAR EN CUENTA EN LA OBSERVACION Y LA ENTREVISTA | 389 |

CAPÍTULO 11. ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS DESDE EL PUNTO DE VISTA CUANTITATIVO

| | | |
|------|---|-----|
| 11.1 | Análisis desde la perspectiva de las tablas de frecuencia | 392 |
| | 11.1.1 Objetivos del estudio | 393 |
| | 11.1.2 Variables analizadas | 393 |
| | 11.1.3 Muestra de investigación | 395 |
| | 11.1.4 Opinión de la población bajo estudio | 396 |
| 11.3 | contraste del análisis cualitativo y el cuantitativo | 414 |

CAPÍTULO 12. LA PROPUESTA

| | | |
|------|--|-----|
| 12.1 | LINEAMIENTOS GENERALES: una propuesta alternativa de salud publica renovada | 422 |
| 12.2 | LA SALUD COMO PRODUCTO SOCIAL : busqueda del bienestar, | 425 |
| | 12.2.1 ESQUEMA DEL MODELO DE SALUD PROPUESTO | |
| | 12.2.2 MINISTERIO DE SALUD MUNICIPAL PARA LA ECONOMIA INFORMAL: incluye | 427 |
| 12.3 | LA OPERACIONALIZACION DE LA POLITICA EN SALUD: un desafío para el presente milenio | 429 |
| 12.4 | MODELO DE SALUD MUNICIPAL: bajo el concepto de Gerencia Estrategica | 431 |
| 12.5 | LA FAMILIA UN SISTEMA A INTEGRAR COMO ALIADO PARA TRANSFORMAR: la subsistencia informal en beneficio | 433 |

CAPÍTULO 13. CONCLUSIONES

| | | |
|-------------|--------------------------|-----|
| 13.1 | Conclusiones generales | 436 |
| 13.2 | Conclusiones específicas | 437 |

PARTE V. BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS

| | |
|---------------------|-----|
| BIBLIOGRAFÍA | 446 |
|---------------------|-----|

| | |
|---|-----|
| INDICE DE TABLAS | |
| Indicadores de educación | 64 |
| Indicadores demográficos | 76 |
| Indicadores de distribución del Producto Interno Bruto | 77 |
| Principales Indicadores Sociales de Guatemala | 78 |
| Comparación de gasto en Salud | 80 |
| Indicadores de Impacto en Salud | 80 |
| Sistemas de salud | 214 |
| Actores de Salud en Guatemala | 219 |
| Utilización de Servicios por Etnia | 237 |
| Estructura de los servicios de Salud | 253 |
| Demanda de Atención en Salud | 270 |
| Comportamiento de Indicadores de Impacto | 299 |

ABREVIATURAS

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Producto Interno Bruto (PIB)

Producto Nacional Bruto (PNB)

Atención Primaria en Salud (APS)

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

Población económicamente Activa (PEA)

PARTE I. INTRODUCCION

❖ **INTRODUCCION A LA INVESTIGACION**

❖ **METODOLOGIA Y FUENTES**

1.

INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

La filosofía de cualquier sistema de salud pública en cualquier país del mundo se centra en la atención integral que se pueda proporcionar al ser humano en componentes preventivos, curativos, y de recuperación de la salud, no importando su condición social, económica e ideológica; lo cual está respaldado por las leyes de un país y los acuerdos o convenios internacionales.

En consecuencia, se sobreentiende que la salud pública es el goce de un derecho pleno visto como derecho humano fundamental. El sistema estatal debe actuar entonces como garante de la ejecución de las principales políticas de protección social.

En Guatemala, el Estado, hace valer dicho proceso de protección basado en componente legal, siendo el ejecutor el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cumple con lo establecido en la Constitución Política de la República de Guatemala, la cual, en su artículo 94, expone claramente: *...la obligación de velar por la salud de todos los habitantes procurándoles el más completo bienestar físico, mental y social, para lo que desarrollará acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las acciones de complementarias pertinentes a través de sus instituciones de salud*

¹ *siendo este fragmento legal una ordenanza para con el pueblo en materia de salud y bienestar que incluye a todo grupo como el sector informal.*

En respuesta a dicho ordenamiento constitucional, se considera que el ente rector de la salud pública es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que proporciona una atención basada en la demanda poblacional y en forma gratuita a todo ciudadano o ciudadana guatemalteca. Dentro de este sector poblacional, la misma institución ministerial ha identificados grupos de población prioritarios para su atención, siendo en la actualidad el grupo materno infantil y el resto de la población. , considerando que el sector de la economía informal creciente en nuestro medio no cuenta con una atención focalizada e integral a su demanda involucra a personas individuales y grupos familiares que bien pueden tener acceso a un sistema que parte desde la prevención, curación y rehabilitación completa no parcial y de calidad a través del pago de seguros populares.

El sector de la economía informal ha incorporado desde hace bastante tiempo a niños, mujeres y ancianos. La temprana incorporación de los niños al mercado de trabajo resulta tan evidente y penosa que la prensa lo comenta habitualmente. Un ejemplo del año 2004, es la nota firmada por el periodista Luis Ismatul: *"Hoy, cuando se celebra el Día Internacional del Trabajo, más de 2.5 millones de niños chapines no tienen tiempo para jugar, 17 mil niñas trabajan*

¹ Ministerio de Salud Pública, *"Plan de Gobierno Periodo 2000-2004"* (Guatemala: Unidad de Planificación Estratégica y Sistema Integral de Atención en Salud, 2001): 4.

como empleadas domésticas, según las estadísticas".² Cifra que en la actualidad se ha incrementado.

Esta realidad no está aislada; en este caso específico motivo de investigación abierta a toda comprobación posible, aplicando la investigación cualitativa para que no se estreche la visión errónea de la dimensión humana de la economía informal.

En la actualidad el problema no ha desaparecido; por el contrario sigue incrementándose; y para 2005 la población que ve en esta forma de actividad laboral su oportunidad de supervivencia constituía el 75% de la población económicamente activa (PEA), según informa el Instituto Nacional de Estadística (INE). Quienes laboran en este sector son niños, niñas, ancianos, mujeres y hombres, ya sea en forma individual o en grupos constituidos por núcleos familiares³.

Que haya tantas personas insertas en la informalidad se debe a la facilidad con que se accede a ella sin necesidad de realizar largos trámites burocráticos, y se da frente a un sistema estatal que se torna en un obstáculo

² Luis Ismatul, " Más de 2.5 millones de niños trabajan en Guatemala" (Guatemala: *Siglo Veintiuno*, Sábado 1 de Mayo 2004): página 4, columna 2

³ Ana Maria Monroy, "Subempleo Afecta a 811 Mil Trabajadores", *El Periódico*, jueves 23 de junio 2005, 30 columna 1.

para superar la crisis laboral. La economía informal, constituye a nuestro juicio, una forma de subsistencia generacional.

Como se trata de un sector de gran dimensión que no posee protección social (como la que ofrece el IGSS, por ejemplo) por estar al margen de lo legal, únicamente cuenta con acceso a la prestación estatal de servicios de salud o, si está en condiciones de pagarlos, con servicios del sector privado. Por ello, su derecho a la salud se encuentra limitado a las opciones mencionadas.

El sector informal es considerado sumamente vulnerable al daño físico y psicológico, y deja expuesto a tales daños a hombres, mujeres, niños y ancianos, en forma individual o en núcleos familiares que ven en la economía informal una forma de obtener ingresos que les permiten satisfacer sus demandas vitales.

Considerando lo anterior, se llega a la conclusión de que las demandas del sector informal, en materia de salud, merecen ser analizadas y comprendidas. Es aquí donde se advierte la importancia de realizar la presente investigación, la cual se centra en un proceso de profundización del análisis de la población inserta en la economía informal, como una unidad existente que crece día a día y merece especial atención en sus demandas vitales, como pueden ser el derecho a la salud. Tales demandas se perciben pero sin que exista una investigación que arroje conclusiones serias sobre cómo afrontarlas.

Aunque existe una gran diversidad de aspectos sociales no favorables para dicho sector económico marginal, este estudio considera prioritario el centrarse en analizar las principales barreras que obstaculizan, para el sector informal, el acceso pleno a la prestación de servicios de salud pública, comprendidos estos como un derecho humano fundamental de desarrollo individual y colectivo.

Partiendo de esta realidad, se analiza el sector informal en Guatemala, centrándose el presente estudio en una muestra representativa de dicho conglomerado, que se visualiza en el presente estudio como un grupo poblacional totalmente vulnerable a la falta de protección de salud, y que es considerado el producto social de los condicionantes de no absorción total de la población económicamente activa. Este grupo ve limitado su crecimiento al no incorporarse a un sistema laboral formal que demanda preparación técnica y académica creciente. Pero el sector informal necesita subsistir y requiere de respuestas sociales inmediatas.

Su origen se considera multicausal, pero debe tenerse conciencia plena del hecho de que las demandas son crecientes en materia laboral y social en el país por causa de una explosión demográfica frente a la que el sistema político y social muestran un vacío material de respuesta inmediata.

El presente estudio pretende establecer un marco que inspire la reflexión y plantee medidas que permitan superar las limitaciones de necesidades básicas del sector informal específicamente en materia de salud, analizado dentro del estudio como un derecho humano fundamental.

¿Es que el presente estudio se considera de importancia para el sistema de salud? La respuesta es afirmativa, porque para llevarlo a cabo se analizaron los factores que definen a dicho sector poblacional en materia de salud, y cómo los miembros del grupo abordan la problemática de salud imperante y cuáles son las principales barreras que encuentran para el acceso al sistema de salud. En base al análisis realizado en el presente estudio se entiende y se percibe que estas personas identifican el hoy como el único momento de satisfacer sus necesidades más urgentes; sus esperanzas para un mañana naufragan en el limbo de la contradicción social, y en las buenas intenciones de la clase política y del sistema vigente.

Difícilmente dicho sector poblacional logre dilucidar los problemas que salpican su existencia de supervivencia porque ve como normal el vender dentro de un esquema no formal, en cuyo interior se desarrollan procesos únicos que marcan su existencia bajo la sombra de un Estado que aparenta otorgar protección, y en esa protección es apremiante la salud, considerada un derecho de bienestar individual y grupal.

Debe ser preocupación fundamental del Estado el crear circunstancias que eleven las condiciones de vida de la población, procurar que el crecimiento económico sea sostenido, y que el principal enfoque de la Nación como tal se centre en el desarrollo social como indicador primordial; que los organismos estatales generen políticas que impliquen la devolución de los impuestos a la población a corto o mediano plazo.

Los indicadores estadísticos son herramientas de análisis que reflejan los daños de un fenómeno en estudio, su importancia radica en que deben poseer y evidenciar un trasfondo social de respuesta; así también se debe promover la igualdad del acceso a la riqueza material transformada en bienes y servicios que permitan la evolución paralela de los ciudadanos, a fin de superar las desigualdades y la marginación especialmente en el caso de aquellos ciudadanos que integran el grupo de la economía informal que cada día crece, que no son los únicos que probablemente demandan atención en materia de salud gratuita y pública, pero que merecen esquemas de atención y utilización de servicios razonables a sus demandas que superen sus expectativas .

En Guatemala los indicadores sociales reflejan condiciones de vida poco halagadoras, *“(tasa de mortalidad infantil en < de 1 a. de 11%, familias con distribución de los ingresos abajo del 40%, 1993-200; tasa de mortalidad infantil*

a los 5 años, de 82%, tasa de trabajo infantil entre las edades de 5-14 de 24, datos registrados por UNICEF durante 1999-2004)".⁴

Lo anterior involucra especialmente a individuos que integran la economía informal, quienes no pueden vivir totalmente aislados, marginados; que probablemente se encuentran inmersos en algún tipo de producción que no permite retribuir inversión en protección de su salud individual o grupal, debido al escaso margen de ganancia que obtienen de su trabajo. El no poseer otros medios de producción, ni instrumentos que generen nuevas formas de obtención de capital, limita su participación al derecho de la salud.

Lo anterior requiere la conciencia de que en el presente, los retos de atención en lo social demandan recursos económicos, compromisos profesionales centrados en la ética y aplicación del humanismo, pero ante todo, del promover una política de bienestar integral para toda la sociedad del país a corto plazo, con componentes de seguridad y justicia social. Asimismo se precisa evaluar el quehacer del Estado en materia de salud planificada y que cuenta con una ejecución presupuestaria acorde a la demanda social, promoviendo plenamente las auditorías sociales, para eliminar el cáncer y la miopía del sistema que desvirtúa su función de protección a los más vulnerables al no cumplir su obligación de protección en salud.

⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Agenda Nacional de Salud. Análisis de la Situación de Salud y Lineamientos Estratégicos 2006-2015", (Guatemala: Sistema de Atención Integral de Salud, 2006): 22-25.

Los retos son grandes y cambiantes, en la actualidad el mundo está adoptando modelos alternos en sus estructuras productivas que pretenden, bajo un concepto de modernización y globalización (participación de todos), incorporar nuevos procesos de producción que aparentemente mejoran las condiciones de vida de una sociedad, porque las existentes han fracasado,

Pero no explican cómo se cubrirá las necesidades sociales que imperaran en los sectores que no son dueños de los medios de producción sino únicamente oferentes de su fuerza de trabajo, cómo se dará protección laboral o social para los mas vulnerables, y menos responde cómo se atenderá las demandas de la mayoría de la población, cómo romper la hegemonía de dominación ideológica y social.

Sectores poblacionales que aún no tienen acceso pleno a los sistemas de salud de un país son una realidad como lo admite el MSPAS *"...aproximadamente el 43% de la población del país no tiene acceso a salud, no escapa de esto el sector informal, es por ello que se hace imperante analizar las barreras que limitan el acceso al sistema estatal de salud pública y asistencia social, que percibe el sector informal guatemalteco".*⁵

⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: *"Tercer Informe, Situación de la Salud y su Financiamiento"*, (Guatemala: Unidad de Planificación Estratégica, 2005): 8

Lo experimentado en la sociedad guatemalteca donde día a día se observa el crecimiento de la economía informal, un sector vulnerable al daño físico y moral de una sociedad "...en el informe sobre el empleo en el mundo 2004/2005, difundido por la OIT, se reconoció que las naciones de América Latina y el Caribe quedaban fuera del objetivo de reducir a la mitad la cifra de trabajadores pobres al 2015".⁶

Debido a la notoriedad que cobra en el presente este sector poblacional, se considera importante realizar el presente estudio, el cual debe ser un aporte de análisis de las limitaciones que experimenta el sector en estudio para satisfacer sus demandas en materia de salud, y el mismo se espera que contribuya a superar las condiciones vigentes en materia de salud pública.

El sector de la economía informal merece ser protegido, y esta asistencia social implica la prestación de la salud, con la finalidad expresa de prevenir riesgos y ayudar a los individuos, familias o conglomerados; teniendo como fundamento el promover una calidad de vida que les permita realizar el mejor ajuste posible cuando deban enfrentar desventajas.

⁶ OIT, "*Millones de empleados atrapados en la pobreza*", *Prensa Libre*, miércoles 8 de Diciembre 2004: 34 columna 1.

1.1. LA SALUD PÚBLICA Y EL COMERCIO INFORMAL EN GUATEMALA

Guatemala es un país con una población predominantemente indígena, que de acuerdo a lo publicado por el Ministerio de Salud Pública en su tercer informe sobre salud, presenta los siguientes indicadores: "...de 39.45%, con una esperanza de vida de 67 años promedio, tasa de mortalidad materna de 153.03 en proceso de evolución y cambio lento hacia el desarrollo;, 12,299,888 millones de habitantes, tasa de natalidad registrada para el año 2003 de 25.92%, crecimiento vegetativo de 2%, población urbana de 34.98%, y población de analfabetos (de acuerdo a datos de CONALFA 2003) de 1,364.01 millones".⁷

Tales indicadores establecen un panorama difícil por el contexto de diversidad y adaptabilidad, lo que es válido en el caso de cualquier gobierno local, o cualquier estado o sociedad del mundo que buscan integrar elementos vitales de desarrollo como lo son la educación y la salud, componentes mínimos considerados de protección y de bienestar dirigidos a su población.

Es preciso definir adecuadamente los lineamientos políticos prioritarios para los sectores sociales más vulnerables y desprotegidos, dentro de los cuales se encuentra el grupo de personas que laboran en una economía de subsistencia conocida como el sector oculto del subempleo; que en una gran

⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Tercer Informe: Situación de la Salud y su Financiamiento": 10.

parte, de acuerdo con un informe del Ministerio de Trabajo, involucra en actividades del trabajo informal al menos a 937,530 personas.⁸

El presente estudio se desarrolla partiendo de esta realidad contextual. El mismo se considera de vital importancia para el sector de la economía informal para adentrarse en su realidad, expectativas de salud y propuesta plena de alternativas de solución que generó la investigación.

De acuerdo con la temática tratada, en apariencia se observan dos términos distantes pero que establecen una relación paralela: que parten de un mismo proceso en el que la forma de producción imperante en el país está aun basada en la agricultura de subsistencia, y que no ha proporcionado respuestas totales a un sector heterogéneo como lo es el sector informal.

El concepto de salud se debe comprender como lo explica el doctor Rafael Álvarez: *"Es la prolongación de la vida, nada vale por sí misma, valen en tanto permiten el bienestar, eficiencia y capacidad de desarrollar acciones útiles para el individuo y la sociedad esto indica que en la actualidad la salud es entendida como un elemento social, de bienestar poblacional, que incluye el componente laboral"*.⁹

⁸ Ministerio de Trabajo, *"Indicadores de Mercado Laboral 2004"*, (Guatemala: Instituto Nacional de Estadística 2005): 10.

⁹ Rafael Álvarez, *"Salud Pública y Medicina Preventiva"*, (México DF: Organización Panamericana de la Salud, 2002): 32.

La débil relación entre crecimiento social (que es parte de la salud poblacional) y empleo, en nuestro medio son conceptos que se refieren a la economía informal o a sectores encubiertos, población a la que el sistema de salud estatal de Guatemala atiende en forma parcializada. Para compenetrarse en la dinámica de la salud pública, se comprenderá que se trata de un derecho humano fundamental.

Como lo explica la doctora Helen Nygren "*...el derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos. Significa que las autoridades públicas han establecido políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible. Lograr que esto ocurra es el reto de las unidades encargadas de proteger los derechos humanos como lo deben hacer los profesionales de la salud pública*".¹⁰

Si analizamos lo anterior se comprende que la salud es vista desde una óptica humanista, visualizando a la persona como un ser holístico, que demanda cooperación social y la participación de todos. Basándose en este concepto se establece la relación directa con el sector de la economía informal.

¹⁰ Helen Nygren, "Veinticinco Preguntas y Respuestas Sobre Salud y Derechos Humanos", (Washington DC: Organización Mundial de la Salud, 2002): 3-9.

Los conceptos involucran elementos vitales para el desarrollo de un país en materia de política social, y la salud pública en Guatemala se debe comprender como una respuesta de compromiso de Estado.

Ante lo social, un estado ejerce el poder incluyendo a la población entera, donde el sector informal está incluido, a pesar de ser un grupo desprotegido de beneficios sociales porque los actores de la economía informal son considerados unidades individuales de producción, no únicamente en nuestra sociedad sino a nivel mundial.

A propósito del trabajo informal explica el sociólogo José Pérez, *"Se conceptualiza teóricamente como una actividad de trabajo que surge por falta de inserción a la producción económica formal de un país, que inserta grupos poblacionales en forma individual o colectiva, que no tienen acceso pleno a las formas de desarrollo económico sostenible, que son marginados del trabajo formal, una característica propia que la identifica plenamente es la relación a la estabilidad laboral"*.¹¹ Ese sector, ha experimentado todo un proceso de desarrollo según lo explican las ciencias económicas con mayor exactitud.

Aún durante la época de inicio del capitalismo *"...en el siglo XIX debido a que no se registraron contrataciones laborales con el surgimiento de la*

¹¹ José Pérez Sainz, *"Informe Urbano en Centro América, Evidencias e Interrogantes"*, (Guatemala: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales 1989): 8-9.

industrialización plena, la mayoría de países que han experimentado un camino hacia el desarrollo presentan problemas en relación a la magnitud y las condiciones de subempleo, porque las fuentes de empleo no superan el componente demográfico, dicho término se relaciona con excedente de mano de obra a nivel urbano".¹²

En este proceso vinculante es donde el estudio analiza los retos que afronta dicho grupo en relación con un valor universal como lo es la salud, considerando que el problema no es propio de un espacio ni es de condición temporal, al contrario es un hecho creciente en la sociedad guatemalteca de un par de décadas hasta el presente y que se incrementa como consecuencia del desarrollo industrial, y la apertura de formas nuevas de comercio como se explica en el párrafo anterior.

1.2. LOS ESCENARIOS DEL COMERCIO INFORMAL EN GUATEMALA

Cuando se habla de escenarios se debe incluir el pasado, el presente y el futuro. En Guatemala es necesario realizar un análisis de las formas de producción imperantes, que moldearon los patrones de desarrollo económico vigentes, recalcar que nunca se desarrollaron los modelos de producción en respuesta a la mayoría de la población, y que siempre se marcó un modelo de

¹² Ibid p 9.

dominación, autoritarismo y divisionismo de clases¹³, que siempre se justifica con el hecho de que permanentemente van a existir recursos escasos.

Así lo explica Ricardo Rodríguez Amado *"LeRoy define la economía como el estudio de la forma y condiciones en que las personas y las sociedades eligen entre usos alternativos los recursos escasos. Siempre ha existido la escasez, ya sea de recursos naturales (tierra, y yacimientos naturales), recursos humanos (trabajo), recursos manufacturados (capital) y la capacidad empresarial"*.¹⁴ Partiendo de ello se comprende que no siempre se contará con recursos y disponibilidad de bienes para todos en un cien por ciento.

En Guatemala el fenómeno de la división del trabajo se ve limitado a un sector poblacional con cierto grado de escolaridad, el resto de población que no logra incorporarse a un mercado laboral formal, privado o público, se ve en la necesidad de participar en actividades laborales por cuenta propia.

Los estudios realizados en la temática de la economía informal se han realizado únicamente por entidades relacionadas con el sector de economía y algunos antropólogos, no así por entidades de salud, a excepción de organismos internacionales que han abordado la problemática en otros países.

¹³ Jorge Luis Lujan Muñoz, *"Guatemala Breve Historia Contemporánea"*, (México DF: Fondo de Cultura económica 2004): 13-127

¹⁴ Ricardo Rodríguez Amado, *"Guatemala: una nación de Privilegios ¿Realidad o Utopía?"* (Guatemala: Universidad Panamericana 2004): 163.

Se citan algunos ejemplos del fenómeno en estudio, como el del Centro de Investigación Económica Nacional de Guatemala, realizado en el 2001, el cual se basa en indicadores económicos como la utilización de métodos indirectos planteados por Schneider y Enste, que explican las huellas que dejan cinco indicadores macroeconómicos¹⁵ “*Diferencia entre ingresos y gastos nacionales, diferencia entre mercado laboral oficial y el actual, enfoque de transacciones, enfoque de la demanda efectiva y el modelo dinámico de múltiples indicadores y múltiples causas*”. Se afirma que los métodos en mención son válidos y probados en otros países.

En Guatemala se ha abordado el estudio de este sector tan heterogéneo y difícil de analizar basándose en la huella que deja el uso del dinero como método indirecto. Pero vale la pena centrarse en cómo se analizó el crecimiento pleno de dicho sector para fines del presente estudio¹⁶ el análisis parte del M2 (que constituye una medida de dinero e incluye el circulante, los depósitos a la vista y los depósitos de ahorro) como proporción del PIB para Guatemala.

De 1960 al 2000, se observó un rápido crecimiento hasta mediados de la década de los 70; a partir de la década de los 80 y durante la década de los 90

¹⁵ Centro de Investigación Económica Nacional, “*Estimación de la Magnitud de la Economía Informal en Guatemala*”, (Guatemala, Sin Editorial, 2001): 13-14.

¹⁶ Ibid: 8-9.

permanece relativamente constante. Así se estima, en el mismo estudio que¹⁷ *"...el año 2000 la economía informal había aumentado significativamente, ubicándose por encima de un 30%",* lo cual deja claro que la proporción de población que se incorpora a dicha función es ascendente.

Considerando la posición de la antropología como ciencia humanista, muy cercana al sentido científico de la ciencias de la salud, se cuenta con estudios como el realizado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales por dos antropólogos, quienes exponen *"... es un sector muy dinámico con ciertos estereotipos sociales, creándose nichos socioeconómicos y simbólicos socialmente asignados, a cada uno de los grupos étnicos, resultado del desarrollo histórico del país."*¹⁸

En la Guatemala actual, muchos de los indígenas ya no sobreviven del cultivo de la tierra y el ejemplo de ello son aquellos que residen en la capital y su área de influencia metropolitana¹⁹. Esto constituye un hecho explicativo trascendental, que no es únicamente considerado el origen del fenómeno en mención sino la raíz del problema en la sociedad guatemalteca para la investigadora de la presente tesis.

¹⁷ Ibid: 12-14

¹⁸ Santiago Bastos y Manuela Camus, *"La Exclusión y El Desafío, Estudio Sobre Segregación Étnica y Empleo en Ciudad de Guatemala"*, (Guatemala: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Serviprensa 1998):17 Debate No.42

¹⁹ Ibid: 16.

Además, la migración interna es un hecho que determinará la salud, además de otros factores vinculantes como *"la polarización Socioeconómica a su interior, con la violencia implícita y explícita que esto conlleva: la distribución per cápita de servicios urbanos es aún más desigual que en las ciudades provinciales"* ²⁰ se comprende que la ciudad o la capital genere migración interna ya que es vista como un polo de desarrollo y de posibles oportunidades laborales.

En el presente estudio los escenarios se visualizan como estados que van superándose con el tiempo y con la experiencia adquirida en los negocios establecidos por los actores de la economía informal, partiendo del sector ambulante, transfiriéndose posteriormente al sector Itinerante que va tomando cierta formalidad, luego, si las circunstancias son favorables, se establece una oferta de productos o servicios por medio de un puesto permanente, y en el último peldaño se ubica al microempresario que con gran esfuerzo alcanza un pequeño negocio que genera rentabilidad.

1.3. CARACTERISTICAS DEL COMERCIO INFORMAL EN GUATEMALA

Hablar de economía informal es observar un mosaico donde si la percepción falla no se puede apreciar la imagen total reflejada: Debe tenerse claro que su estudio, aún para expertos en la temática (economistas), es

²⁰ Ibid p 17.

sumamente complejo. Porque como lo explica el documento del CIEN²¹ "no existe una única definición de informalidad.

La literatura más reciente tiende a definirla como aquellos empresarios que generan productos legítimos pero que no cuentan con los permisos necesarios o la base legal para ser parte del sector formal. Asimismo, su medición también es complicada una persona puede desempeñar actividades formales e informales" es por ello que en el medio guatemalteco se observa crecimiento de dicho sector pero se está plenamente consciente de que no se pueden advertir todas las aristas del problema en mención.

Visto desde la presente investigación se percibe el factor humano no económico propiamente dicho obteniéndolo de una muestra de dicho sector. Pero se tiene claro que existen características vinculantes a dicho fenómeno: "... es considerado un sector que genera incertidumbre en los derechos de propiedad, y reduce las posibilidades de desarrollo. Por otro lado si no fuera por ella, muchas personas simplemente no tendrían los medios para proveerse de sustento".²²

Estas particularidades constituyen un hecho real que merecen superarse para proporcionarle a dicho sector oportunidades de desarrollarse, de sobrevivir dignamente. Resulta preocupante el hecho de que las diferentes características que muestra tal sector en diversos países distan mucho de ser unánime. Pero en

²¹ Centro de Investigación Económicas Nacionales, "Estimación de la Magnitud de la Economía Informal en Guatemala": 17

²² Víctor Cartaya et. "La Marginalidad del Sector Informal", (Alemania: Nueva sociedad 1987): 17.

el presente estudio se plantea que los sectores establecidos por los expertos muestran las siguientes peculiaridades (que de acuerdo con lo analizado los tipifican):

- No son una población permanente en su gran mayoría.
 - Incorporan niños así como núcleos familiares en actividades laborales.
 - No poseen un capital de rentabilidad disponible.
 - Poseen una escala reducida de producción.
 - Son personas que laboran por subcontrato o "putting out".
 - Sus actividades son de baja productividad y carecen de control de calidad organizacional.
 - No utilizan tecnologías complejas ni formas avanzadas de producción.
 - Carecen de una división del trabajo establecida.
 - No están constituidos jurídicamente, como las empresas industriales, por lo que no cuentan con prestaciones legales.
 - La propiedad de los negocios son de una sola persona, e incluso pueden subarrendarse, o son utilizados como terceros en lugar de intermediarios.
 - Carecen de oportunidades de ahorro a gran escala.
 - En todos los casos no se cumple con reglamentaciones sobre salario, impuestos, salud entre otros.
 - Incorpora a sectores poblacionales transitorios o que se ven excluidos temporalmente de un trabajo formal.
 - Ven limitado su acceso a créditos bancarios.²³
-

1.4 LA SALUD PÚBLICA: LAS DEMANDAS Y NECESIDADES EN LA SOCIEDAD GUATEMALTECA

En Guatemala la salud pública, comprendida como una protección estatal, se asocia con la gestión gubernamental. Históricamente es un proceso que supera ya los cien años “...antes del 1944 no existía el ente rector como lo es el Ministerio de Salud, ni el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, los cuales fueron creados durante el periodo de la Junta Revolucionaria de Gobierno (1944-45). Hasta este momento, la institución responsable de salud en el país era la Dirección General de Sanidad, que dependía del Ministerio de Gobernación y cuyas funciones estaban orientadas al control de las enfermedades transmisibles, de epidemias y de establecimientos públicos”.²⁴

Aún en pleno siglo XXI continúa en evolución y reforma permanente. Los desafíos en materia de salud pública para Guatemala son gigantescos, los cuales vienen centrados en problemas que no se han superado con el tiempo “...la desnutrición que requiere en la actualidad un planteamiento legal para superar dicho problema”,²⁵ la integración y coordinación de servicios de salud, la separación y especialización de funciones de las diferentes instituciones del sector salud, financiamiento del sector salud, participación plena de los

²³ Ibid: 20.

²⁴ Angel Sánchez, “Informe Técnico No.1 de Legislación en Salud, Agenda Legislativa en Salud Periodo 2001-2012” (Barcelona: Solidaridad Internacional 2001): 10-12.

²⁵ Ibid: 12.

ciudadanos considerados como participantes activos en el proceso de planificación, gestión, monitoreo y evaluación del quehacer de la salud.

Es en este punto básico donde se concentraría la energía que revitalizaría el quehacer de la salud pública en el medio nacional para cobrar vigencia plena y que es ideal para la población de la economía informal.

A pesar de la antigüedad del proceso, no hay cobertura para sectores poblacionales como el de la economía informal, porque se visualiza dentro de la población total a la cual se le presta un servicio "... con la emisión del Código de Salud, decreto legislativo 90-97, se inició la reorganización del Ministerio de Salud y durante el año 2000 si hicieron algunas modificaciones al Código de Salud relacionadas específicamente con el programa VIH / Sida, y del consumo del tabaco"²⁶ quedando como desafío para el futuro.

Las demandas de atención en materia de salud se deben centrar en componentes epidemiológicos locales de morbi-mortalidad que prevalecen en el sistema nacional, como la que afecta a la población materno infantil. En ese caso Guatemala, durante los últimos quince años ha experimentado una mejoría significativa: por ejemplo en 1987 de cada mil niños nacidos vivos morían setenta y tres, mientras que en el 2002 este porcentaje se ha reducido al 39%.

²⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Tercer Informe Situación de la Salud y su Financiamiento Periodo 1999-2003": 3-5.

En relación con la mortalidad materna se observa que ha ido en descenso: en el último estudio de la línea basal efectuado en el 2002, se reportan 153 muertes por cada 100 mil nacimientos²⁷.

Se reconoce que el Ministerio de Salud ha dirigido sus esfuerzos hacia los programas de atención prenatal y parto, aplicando la modalidad de extensión de cobertura, apertura de clínicas cantorales e incorporando el apoyo de la cooperación médica cubana. Así se ha superado el proceso de cobertura en materia de vacunación, por área geográfica:²⁸ en la región Metropolitana, de un 30.3% en 1987 se elevó a un 74.9. En la región Norte de 19.8% en 1987 se elevó a 70.1% en 2002, en la región Noroccidente de 7.1% pasó a 63.5%

1.4.1. Principales desafíos del ente rector de la salud pública:

En Guatemala es el propio Ministerio de Salud Pública el que ha determinado como desafíos los siguientes aspectos:

1. *“Aumentar la eficiencia de un presupuesto que ha crecido en los últimos 8 años a una tasa promedio anual del 5%, lo cual está por debajo de la tasa inflacionaria, mientras que las necesidades de atención en salud aumentan en 15% en promedio anual. Se espera que esta eficiencia debe mantenerse, que la ejecución presupuestaria no baje del 91% que se experimentó en el 2001, y mejorar la calidad del gasto.*

²⁷ Ibid: 5-6

²⁸ Ibid: 4-5



- II. *Hacer más efectiva la rectoría del Ministerio de Salud.*
- III. *Poner a funcionar al 100% la capacidad instalada del Ministerio de Salud para que no existan puestos y centros de salud cerrados, ni desabastecimiento de medicamentos.*
- IV. *Incrementar el presupuesto para la extensión de cobertura a efecto de ampliar el abanico de servicios a no menos del 75% que se tiene actualmente.*
- V. *Mantener una eficiencia coordinada con la cooperación Internacional para que sus inversiones sean complementarias al trabajo que hace el ministerio.*
- VI. *Lograr que para el 2015 se esté en la situación que establecen las Metas del Milenio*".²⁹

Las necesidades son crecientes en materia de salud pública porque se ha experimentado un crecimiento poblacional que en Guatemala alcanza los 12 millones de habitantes³⁰, lo que demanda mayor inversión en gasto social, que se puede dar en dos vías como explica el doctor en economía Marcelo Madeiros "...para establecer cambios en un país existen vías como el crecimiento económico, que permite aumentar el nivel general de riqueza en la sociedad, sin distribuir lo que hay, y el otro extremo es modificar la distribución sin propiciar el

²⁹ Marcelo Madeiros, "Crecer es insuficiente para abatir la pobreza", *el Periódico*, (Guatemala, mayo 11, 2004), página 20, columna 1.

³⁰ Anónima, "Perfil Demográfico de Guatemala", *Mi Guatemala en el Internet*, Guatemala: <http://mi-guatemala.tripod.com/Demografico.html>, (12 de mayo de 2007)

*crecimiento. Se pueden combinar ambos sin ir a los extremos, pero en Latinoamérica el patrón es que se busca crecimiento pero sin distribución".*³¹

Lo anteriormente citado permite comprender que en el país, si se desea responder eficientemente a las demandas de salud para afrontar problemas emergentes y reemergentes de daño (ejemplo: tuberculosis, el sida, la malaria, salud mental, etc.) se deben impulsar reformas que viabilicen el acceso para que la población pueda lograr un derecho pleno de cobertura en materia de salud.

En Guatemala durante el 2004 el gasto total en salud fue de 5.27%, en promedio respecto del PIB, comprendido el PIB³² *"...como el valor monetario total del producto o producción final anual de un país, generado cada año, por lo que se define como el valor de mercado total de todos bienes y servicios finales producidos en una economía durante un año"*.

Ello evidencia que aun en los últimos diez años no se experimentó mayores cambios en materia de desarrollo traducido en la prestación de servicios, se mantuvo durante el mismo presupuesto durante el periodo del 2005, evidenciándose, como lo expone el Ministerio de Salud *"...en cuanto al indicador del gasto general del gobierno, respecto del PIB, éste se vino en picada de 1999 a 2002, pues en esos cuatro años el indicador cayó a una tasa promedio anual*

³¹ Madeiros: 20.columna 1.

³² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *"Tercer informe: Situación de la Salud y su Financiamiento Periodo 1999-2003"*: 5.

de 4.4%, pero en el 2003 la recuperación alcanzo los niveles del 2001”³³ para el periodo del 2007 de acuerdo con fuentes oficiales en noticias publicadas, se espera una asignación presupuestaria que supere los Q700 millones.

En el país se ha priorizado la ejecución del gasto en salud en los niveles primero y segundo de atención (puestos de salud y centros de salud) como prioridad, no así en el nivel tres (hospitales) “...aunque el gasto hacia el primero y segundo nivel fueron mayores, pues de 38% en 1999, subió a 43% en el 2003. Los gastos en el nivel tres se dieron en menor proporción a los anteriores pues de 43% en 1999 se pasó a 47% en el 2003”.³⁴

Lo anterior indica que no se ha visto como un componente prioritario, para los diferentes gobiernos, la responsabilidad social de proporcionar salud a la población, y que esta responsabilidad es directamente enfrentada por la población (los hogares gastan en promedio el 66% de su presupuesto familiar en la compra de medicamentos), para solventar sus demandas de salud. El Instituto de Seguridad Social cubre el 25% y el Ministerio de Salud el 5%, respectivamente, informan las fuentes documentales del Ministerio del ramo en el tercer informe del periodo analizado de 1999-2003, para el 2005 aún se registro solo para la ciudad central 107,923 personas sin acceso a salud. Que probablemente incluyo al sector informal.

³³ Ibid: 6

³⁴ Ibid: 5

1.5. EL CONTEXTO DE LA SOCIEDAD ANTE LOS NUEVOS DESAFÍOS DE LA SALUD PÚBLICA Y EL COMERCIO INFORMAL EN GUATEMALA

Guatemala se ubica en América Central, con una extensión territorial de 108,889 kilómetros cuadrados y la mayoría de su población aún se concentra en el área rural "...60.6% mientras que el 39.4% viven en el área urbana. El 49.6% es de sexo femenino, más de la mitad de su población es menor de 18 años. El país tiene 5.6 millones de niños, niñas y adolescentes, posee cuatro grupos étnicos principales: los Mayas, Ladino, Garífuna y Xinca"³⁵ constituyéndose en una característica de diversidad étnico-cultural. El componente demográfico indica que en la actualidad se registra un total de 12.700,612 habitantes divididos en 6.210,557 hombres y 6.490,055 mujeres. La ciudad capital concentra aproximadamente una densidad poblacional de 942.3 mil habitantes de acuerdo al ministerio de salud en su informe 2004. Sus características políticas la describen como una República bajo un sistema democrático, presidencialista y unicameral. Su gobernante actual (2004-2008) es el licenciado Oscar Berger Perdomo. La división territorial se centra en 22 departamentos divididos en regiones para funciones administrativas.³⁶

El contexto social demanda mayores desafíos para los sectores de educación y salud como prioridad en especial para los indígenas que

³⁵ Ministerio de Salud Pública, "Plan de Gobierno Periodo 2000-2004", (Guatemala: Unidad de Planificación Estratégica y Sistema Integral de Atención en Salud 2001):8.

³⁶ Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia, "Hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio en Guatemala II Informe" (Guatemala: Magna Terra 2006): 29-31

representan el 43% de la población del país y se distribuyen en 21 grupos lingüísticos³⁷. Al grupo lingüístico quiché pertenece 29% de la población indígena, 25% pertenece al Kakchiquel, 14% al Kekchì, 4% al Mam, 24% al Pocomchì, Pocomam y Tzutuhil y el 4% habla otras lenguas. Se estima que cerca del 32% de la población indígena habla únicamente alguna lengua maya³⁸.

Otro factor agobiante es la pobreza, que afecta a un alto porcentaje de la población, incluido el sector de la economía informal, pobreza que se vincula a múltiples factores negativos que sufre la población guatemalteca.

La pobreza y la desigualdad se han exacerbado en el presente siglo, a pesar de que en los últimos diez años el país ha realizado esfuerzos en materia de recaudación tributaria "...la carga tributaria pasó de alrededor de 8% de PIB en 1995 a más de 10% en el 2002"³⁹ se estima que esto no ha permitido superar dichos fenómenos, y que no se ha evolucionado positivamente, se reporta un aumento de la pobreza a partir de 1989 de 5.5%; para el año 2000 del 3.8%; y para el 2004 de 8.9%; respectivamente.

Lo anterior, como condición de bienestar, requiere de una respuesta inmediata de intervención no solo del Estado sino de la sociedad en general, y

³⁷ Amnistía Internacional, "Carga Tributaria", Santiago: <http://www.isis.cl/temas/vi/do> (septiembre 17 2006)

³⁸ Ibid: 20.

³⁹ Ibid: 1-19

la cuestión es vinculante con la salud, porque una población que no tiene recursos para subsistir es más propensa al daño físico, mental y moral, que en el corto plazo resulta un detonante para el sistema mismo.

1.6.OBJETIVO

La presente investigación trata de encontrar respuesta frente a las barreras de acceso que experimenta el sector de la economía informal en materia de salud, para proponer modelos alternativos de atención para dicho sector, visto como un derecho humano fundamental y así cumplir con el ordenamiento constitucional emanado de la Carta Magna.

1.6.1. OBJETIVOS GENERALES

Evaluar las barreras de acceso al sistema de salud pública que percibe el sector informal urbano no itinerante que labora en el mercado San José de la zona 7, Ciudad Capital, como muestra del universo de la economía informal que se encuentra inserta en el país.

Evaluar los resultados obtenidos manteniendo la imparcialidad y objetividad para proponer un modelo alternativo de atención para dicho sector

laboral que sea de beneficio individual, familiar y colectivo como aporte a la salud de dicho sector y a la sociedad.

1.6.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los lineamientos políticos de protección a la salud en beneficio del sector laboral de la economía informal.
- Identificar la percepción de vendedor informal en relación con las barreras de acceso al sistema de salud pública.
- Analizar la satisfacción del sector informal en relación con la utilización de las instituciones de salud pública.
- Determinar la utilización real de los servicios de salud estatal por los miembros del sector informal.
- Determinar las expectativas de demanda en materia de salud del sector informal con los lineamientos de las políticas de salud vigentes.
- Identificar las demandas de dicho sector en materia de salud para proponer un modelo alternativo.

1.7. HIPOTESIS DE TRABAJO

Los supuestos metodológicos planteados para el desarrollo del presente trabajo se centran en el ente rector de la salud para que cobren importancia las demandas de salud del sector de la economía informal, a fin de satisfacer

plenamente la atención física y psicológica que caracteriza la plena salud del ser humano.

- Para garantizar el mandato constitucional de proporcionar atención de salud a la población en general, en forma gratuita y en condiciones de igualdad, es necesario partir de la percepción que resguarda el sector de la economía informal para que el ente rector máximo de la salud establezca acciones y políticas específicas de beneficio para los mismos, o bien comparta la responsabilidad con un ente estatal que tiene presencia nacional como lo son la municipalidades.

- Las expectativas de atención que demanda el sector de la economía informal superan las capacidades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por lo que hace necesario involucrar a los ciudadanos e instituciones afines a las funciones de salud para satisfacer plenamente tales expectativas. Ello implica general nuevos modelos alternativos de atención para dicho sector.

Hipótesis variables o atributos (cualidades o modalidades)

1.7.1 Independiente:

- Desconocimiento de las expectativas crecientes del sector de la economía informal en cuanto a demandas de atención en salud y prestación de servicios.

1.7.2. Dependiente:

- Los sectores informales son estructuras organizacionales que superan las demandas otorgadas por el sistema estatal de salud.
- Receptividad de la adopción de Microseguros de salud para generar un ente autofinanciable y fortalecido de salud para el sector informal.
- Proponer y promover un nuevo modelo de salud Pública para atención en materia de salud para el sector de la población inserta en la economía informal.

METODOLOGÍA Y FUENTES

En el presente capítulo se desarrollan el área de investigación y sus características, los aspectos metodológicos, en los que se incluyen el problema y el método, y su respectiva muestra. Se da una explicación de los instrumentos con los que se establecen las diferentes variables y los indicadores con la medición que contiene en cada etapa, así como la aplicación de análisis estadístico, que permite generalizar o contrastar los resultados del objeto de estudio.

Con respecto a la técnica utilizada: es de tipo cualitativo, e incluye la observación directa, la entrevista a entes claves y como técnica cuantitativa se utiliza representaciones estadísticas.

2.1. CARACTERÍSTICAS DEL ÁREA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se centra en aplicar la observación del mundo social como lo explica el experto en este tipo de investigación Gregorio Rodríguez, et al "*...la investigación cualitativa, se plantea, por un lado, que observadores competentes y cualificados pueden informar con objetividad, claridad y precisión acerca de sus propias observaciones del mundo social. Así como de las experiencias de los demás, por otra parte los investigadores se aproximan*

a un sujeto real, un individuo real, que esta presente en el mundo y que puede en cierta medida ofrecer información sobre sus propias experiencia, opiniones y valores” ⁴¹ lo que determina una serie de cuestiones epistemológicas que para su interpretación son examinadas en forma detallada a través de una metodología propia y análisis para interpretar el mecanismos de acceso que la población informal utiliza para el componente de salud.

Dentro de la investigación cualitativa se tiene claro que se aplica una investigación contextualizada socialmente en el mundo del observador y en el grupo a observar. Permite la recolección de datos descriptivos que las personas expresan en base a su experiencia.

El enfoque que se desarrolla en la investigación parte del concepto del ser humano y su entorno. Trata de que la experiencia del mundo sea interpretativa una experiencia real que deja historia el cual se examina en su fundamento bajo su ideología de trabajo, y acceso a un servicio.

2.2. LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS

Afirma el doctor Adrián Rodríguez que: *“...la palabra método proviene de las voces griegas meta, que significa fin, y todo, que significa camino, o sea*

⁴¹ Gregorio Rodríguez et al, *“Metodología de la Investigación Cualitativa”*, (Málaga, Aljibe1996): 24-41

caminos o medios para alcanzar un fin".⁴² Por ello la palabra método implica el modo de hacer algo en forma ordenada.

El diseño de la investigación establece las bases para llevar a cabo un proyecto de indagación. Este detalla los procedimientos necesarios para obtener la información que se requiere a fin de resolver o estructurar los problemas de investigación planteados.

2.2.1. EL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales demandas del sector de la economía informal en materia de atención en salud que percibe el sector que labora en el mercado San José Mercantil de la zona 7 capitalina?

¿Existe un compromiso del sistema de salud pública manifiesto en sus políticas, programas y acciones para atender las demandas de dicho sector poblacional en la actualidad?

¿Cuál es la aceptación de las personas de la economía informal que laboran en el mercado San José Mercantil de la zona 7 capitalina en relación con la aceptación para un modelo alternativo propuesto en la presente investigación, basado en un sistema de microseguro?

⁴² Adrián Rodríguez Arana, "*Los Derechos Humanos en Guatemala*", (Guatemala: Tesis Doctoral, Universidad Panamericana, 2006): 19.

2.2.2.EL MÉTODO

Se establece como el medio específico que aplica la ciencia para alcanzar un fin.

En la presente investigación se aplican dos:

- Etnográfico
- Hipotético deductivo

2.2.2.1. ETNOGRÁFICO

La investigación etnográfica se aplica con mayor frecuencia en la antropología, pero es aplicable a cualquier investigación de tipo cualitativo, permitiendo mantener un proceso cercano con el objeto de estudio, una reflexión permanente y secuencia de la realidad hasta interpretar esa realidad existente sin anteponer los valores del investigador.

Es por ello que la presente investigación se apoya en este método, porque permite entender e interpretar la percepción del grupo en relación con las barreras de acceso a la atención en salud que otorga el Estado.

La observación participativa, dentro del área de estudio, permitió un acercamiento con las condiciones laborales de dicho grupo, conocer expresiones físicas relativas a la opinión sobre la calidad de atención y las expectativas de dicho sector.

2.2.2. ... HIPOTÉTICO DEDUCTIVO

En el proceso de investigación, se parte del hecho mismo de valorar o someter a comprobación la hipótesis, donde el refutamiento anclado en el concepto de asimetría entre la verificación y la refutación asume que la hipótesis y las teorías científicas constituyen un modelo verdadero y puede creerse en forma absoluta comprobable. Como puede ser la deducción.

La hipótesis deductiva se considera un órgano crítico, como lo explica Popper *"...la lógica deductiva es un órgano crítico, de una hipótesis a contrastar, en conjunción con las condiciones iniciales del estudio. Se deducen lógicamente una o varias predicciones, luego estas se confrontan con la experiencia de los estudios emprendidos para contrastar rigurosamente la hipótesis, lo cual es aplicable en el proceso de investigación planteado. Si las predicciones concuerdan con los resultados del estudio, se decide que queda verificada y la hipótesis queda provisionalmente corroborada. Si la decisión es negativa la teoría que se ha deducido queda deductivamente falsa, aunque también provisionalmente"*.⁴³ Porque todo en la realidad es relativo.

La constatación empírica de los hechos planteados en la presente tesis, basándose en un método de trabajo pertinente, permitirá la demostración lógica deductiva del fenómeno observado. Las expectativas de atención que genere dicho sector supera las expectativas de respuesta del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social porque se desconocen las demandas que en materia de salud perfilan los entes individuales o grupales que laboran en forma parcial o total en la economía informal, en el mercado San José.

⁴³ "Popper y el Problema de la Inducción en Epistemología". <http://www.scielosp.org/scielo.php>. (26 septiembre del 2006)

2.2.3. MUESTRA

Para el presente estudio se establece una muestra representativa del sector de la economía informal, considerando el tipo de investigación y metodología utilizada. Su importancia, en cuanto al componente de muestra se centra en acercarse lo más objetivamente posible a la percepción de los entes de muestra que permitan establecer una explicación analítica a los componentes metodológicos planteados.

El estudio que se realizó cubre la a población que labora en el mercado San José, habiéndose establecido una muestra aleatoria simple por conveniencia, con una N:100. Se eligió este grupo de muestra porque el mismo ha sido observado diariamente por más de 10 años por ser un área próxima, situada a menos de 1 kilometro del perímetro, del área física laboral de la investigadora, y por que se pudo identificar vendedores que poseen el mismo tiempo de laborar en dicho sector en forma permanente. Esto hace que llenara los requisitos del fenómeno bajo estudio.

2.2.4. RECOLECCIÓN DE DATOS: MODELO A SEGUIR

Este proceso es, en sí, la aplicación de técnicas y herramientas que se crean pertinentes a utilizar para la investigación. En la presente investigación se utilizaron las siguientes:

- Observación de campo

- Entrevistas a entes claves
- Encuesta dirigida.

Las tres técnicas se consideran valiosas para los fines de la investigación cualitativa, puesto que permitirán contrastar las variables del estudio en mención.

2.3. LOS INSTRUMENTOS

El proceso aplicado en la presente investigación incluye aplicar la entrevista en profundidad como parte de la investigación cualitativa y con la finalidad de que la información obtenida posea un carácter interpretativo.

2.3.1. LAS VARIABLES

Los atributos que se utilizaron fueron:

Independiente:

- Barreras de acceso que percibe el sector informal en materia de atención en salud preventiva y curativa que proporcional el sistema estatal.

Dependientes: (medición de variables en escala ordinal por atributo)

- Condiciones socioeconómicas.
- Calidad de atención.

- Inversión en salud.
- Expectativas de atención.
- Ambiente laboral (salud laboral) de la población objeto de estudio.

2.3.2. LOS INDICADORES

Para las condicionantes socioeconómicas se establecen:

- a) Edad
- b) Escolaridad
- c) Género
- d) Migración

Inversión en salud en promedio al salario percibido:

- a) Inversión en salud.
- b) Determinantes de condiciones educativas étnicas y sociales.

Categoría de trabajo que desempeñan:

- a) Temporal.
- b) Permanente.

Componente de salud:

- a) Acceso a un sistema de salud preventivo o curativo del sistema de salud en relación con el área de residencia o con el perímetro laboral.

- b) Disposición de ingresar a un sistema de seguridad social. (condición de pago).
- c) Exposición a riesgos físicos y psicológicos en el área de trabajo.

Calidad de atención en salud: (se expresa en porcentaje)

- a) Número de personas satisfechas con el sistema de salud.
- b) Número de personas insatisfechas con el sistema de salud y que han experimentado limitaciones por razones culturales, económicas o sociales.
- c) Número de personas que acuden a un centro asistencial privado para su cuidado en salud.

Inversión en Salud:

- a) Número de personas que acuden a una institución pública para atención individualizada por no poder pagar un sistema privado. / Número de entrevistados.
- b) Identificación del porcentaje de personas que invierten en gastos en salud / Número de personas entrevistadas.
- c) Número de personas que podrían pagar un seguro popular / Número de entrevistados.

Expectativas:

- a) Número de personas que enumeran aspectos de eficiencia tales como:

- I. Horario
- II. Medicamentos
- III. Accesibilidad física / Número de entrevistados

2.3.3. LA MEDICIÓN DE LOS INDICADORES

Para los indicadores interpretativos se acude a instrumentos ya establecidos como lo son: las políticas de salud pública, programas del Ministerio de Salud Pública y sus acciones, así como las entrevistas a entes clave.

Para los indicadores de aplicación: la encuesta, para medir las variables establecidas y observación participante.

2.4 EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para fines del presente estudio se utiliza una estadística descriptiva para los métodos cuantitativos, incluyendo tablas, graficas y análisis de los resultados obtenidos.

2.4.1 TÉCNICAS CUALITATIVAS

En la investigación cualitativa se utiliza la observación participativa, y la entrevista en profundidad a entes claves.

2.4.1.1 LA OBSERVACIÓN

La observación es una técnica cualitativa, así lo explica el experto en investigación cualitativa Rodríguez *"Permite obtener información sobre un fenómeno o acontecimiento tal y como este se produce"*,⁴⁴ por lo tanto es un método válido para recoger datos que permiten acercarse a los hechos reales, en especial cuando existen limitantes en el hecho de que las personas sientan temor por expresar sus sentimientos o creencias. Por esta razón que se escogió para el proceso aplicado en la presente investigación y se considera una observación específica.

2.4.1.2 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

La entrevista en profundidad es una técnica mediante la cual el investigador solicita información a otra persona o a un grupo, para obtener datos sobre un problema determinado. Por medio de ello se permite *"sistematizar, ordenar, relacionar y extraer conclusiones relativas al problema objeto de estudio"*.⁴⁵

2.4.2 TÉCNICAS CUANTITATIVAS

Cuantitativas porque se requiere de medidas de resumen que reflejen las variables en estudio, así se complementa la interpretación de índole cualitativa.

⁴⁴ Rodríguez et al: 163.

⁴⁵ Ibid: 87

2.4.1.1 ENCUESTA

Para efectos de la investigación se utilizó una encuesta estructurada con componentes de información general, que involucra categorización del tipo de vendedor, componentes demográficos por sexo, grupo étnico y grado de educación. También, los indicadores socioeconómicos, determinantes de la salud que permiten establecer las barreras de acceso que perciben los entrevistados para fines de la investigación.

LOS SUJETOS

Son las personas que laboran directamente en el mercado San José Mercantil de la zona 7, y se consideran parte de la economía informal porque son vendedores de la categoría no itinerantes, (son fijos en un sector, los itinerantes son informales pero no tienen un lugar fijo de trabajo) que no poseen un patrono como ente generador de ingresos y que trabajan por cuenta propia; el único ente legal que regula sus actividades en cuanto a orden administrativo lo es la Municipalidad capitalina, siendo los más cercanas a la población que labora en los mercados, responsables de la función de garantes de la actividad comercial que se realiza a nivel del mercado.

2.5 FUENTES DE INFORMACIÓN

Se refiere al lugar de donde se obtiene la información. Existen fuentes primarias internas y externas dentro de la investigación, las que se relacionan con una temática socio-sanitaria elaborada con variables preestablecidas de interés para la investigación en curso.

2.5.1 FUENTES PRIMARIAS

Se establecen las siguientes:

- Entrevistas en profundidad
- Encuestas dirigidas

2.5.2 FUENTES SECUNDARIAS

Se establecen para la presente investigación las siguientes:

- Revisión de bibliografía afín a la temática tratada con especialidad en salud.
- Análisis de estadística descriptiva.

PARTE III LA SALUD PÚBLICA Y EL COMERCIO INFORMAL EN GUATEMALA

- ❖ LAS DIMENSIONES DE LA SALUD PÚBLICA Y LOS PARADIGMAS A SEGUIR EN EL ACTUAL MILENIO EN GUATEMALA

- ❖ EL COMERCIO INFORMAL EN GUATEMALA:
Motivo de análisis

- ❖ FUNCIÓN DEL ESTADO ANTE LOS NUEVOS ESCENARIOS EN LA SALUD PÚBLICA Y EL COMERCIO INFORMAL

LA POBREZA EN GUATEMALA: una realidad innegable

En el presente capítulo se hace referencia y se exponen algunos aspectos de teorías que explican el fenómeno de la pobreza considerado un coadyuvante directo del grupo inserto en la economía informal; al ver limitado su desarrollo humano, y si mayor capital monetario, viviendo a diario en una sociedad costosa, donde los recursos estatales son escasos para la inversión social, promoviendo el acceso parcializado a los sectores de población que demandan atención en materia de salud.

Vale la pena preguntarse ¿por qué es importante la relación de la pobreza con la salud? Y debe comprenderse que el fenómeno tiene una explicación histórica, donde lo que ha sobreabundado en nuestro medio es la oferta de trabajo más que la demanda. Es importante comprender algunos conceptos económicos que permiten el análisis de la pobreza, tal como se trata de exponer en el presente capítulo para comprender como penetra en el sector informal y las demandas de salud de dicho grupo.

3.1. ¿QUÉ SE COMPRENDE POR POBREZA?

Desde el punto de vista de la sociología y la economía, se conceptúa como un fenómeno de muchas dimensiones, pero guarda una relación directa con la falta de satisfacción de necesidades materiales y básicas para el ser

humano como pueden ser: vivienda, alimentación, educación, acceso a la prestación de servicios de salud, generando así marginalidad y exclusión.

Para ampliar este concepto tomo algunos aspectos del enfoque que le da el especialista, doctor Ricardo Rodríguez, quien explica dicho fenómeno al decir que es: *"...la carencia de propiedades y bienes y algunos lo asocian a la inexistencia de bienes como salud y educación".*⁴⁶ Queda claro que se relaciona directamente con la no satisfacción de necesidades vitales, y tiene un efecto sobre los individuos que se traduce en daños a la salud física, como la desnutrición, factor que coloca en riesgo de mortalidad a los más vulnerables. Así también se comprende que es la carencia de recursos para satisfacer las necesidades de las personas o grupos, que además, no tienen la capacidad de superar esas limitantes porque se ven excluidos.

Se asocia directamente con el tipo de sistema económico, crecimiento poblacional y disponibilidad de recursos de un país que se traducen en el desarrollo humano.

3.1.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBREZA: ASPECTO A CONSIDERAR EN SALUD

De acuerdo con los expertos en la materia se identifican las siguientes características:

- Bajo nivel de activos e ingresos y lento crecimiento económico que reduce las oportunidades para los que la experimentan, conocidos como los pobres.
- La exclusión de las esferas institucionales sociales y políticas.

⁴⁶ Rodríguez Amado: 163

- La vulnerabilidad a los riesgos y las crisis.

Explica el doctor Rodríguez que existen formas de abordar el fenómeno de la pobreza para analizar sus efectos. En Guatemala, como país que refleja por sus indicadores dicho fenómeno, los estudios realizados por el Banco Mundial y la Universidad Rafael Landívar, en donde los se explica que la pobreza es la falta de recursos para abastecerse de alimentos y vivienda.

De acuerdo con el análisis de componentes sociales aplicados, — inclusive para países desarrollados— en los lugares donde se experimenta dicho fenómeno, se encuentran los indicadores siguientes:⁴⁷

- Hogares cuya cabeza de familia es una mujer
- Hogares con más de cinco miembros
- Hogares monoparentales
- Hogares con cabeza de familia inactivo

3.1.2. CÓMO SE MIDE LA POBREZA EN UN PAÍS

La medición de la pobreza se lleva a cabo con la aplicación de métodos complementarios, como establecer la línea de pobreza en relación con necesidades básicas insatisfechas y el método integrado, así como con la aplicación de otras formas de medición utilizadas por expertos en materia de investigación de la pobreza sugeridas por expertos en el tema como lo son, El Banco Mundial y La Organización Mundial de la Salud (OMS), entre algunas

⁴⁷ Anónimo, "Tipo y Caracterización de la Pobreza"
<http://www.geocities.com/Athens/Atlantis> (19 septiembre 2006)

de las instituciones de mayor conocimiento en la temática. Sus efectos se miden por el daño que puede provocar en el componente de desarrollo humano y estado nutricional de individuos y grupos.

En Guatemala el doctor Hugo Beteta, quien fue ministro de Finanzas del país hasta julio de 2007 y es en la actualidad Secretario General del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), un experto en el tema, expone que "la lucha contra la pobreza se ha establecido como prioridad política, que tal lucha es entendida como protección social, comprendida como una necesidad para proteger a los sectores de población que son vistos y analizados como generaciones familiares inmersas en el daño, para proponer soluciones y entender mejor la pobreza"⁴⁸

..

Los estudios sobre la pobreza se realizan con fines diagnósticos pero sobre todo, para generar intervenciones múltiples. En Guatemala, al igual que en otros países, los diagnósticos son aplicados periódicamente por las instituciones responsables del control estadístico el más común es el que se refiere a las necesidades básicas insatisfechas que incluye aspectos específicos como:

- Acceso al agua
- Estado o condiciones de la vivienda
- Escolaridad
- Capacidad de subsistencia
- Acceso a la canasta básica

⁴⁸ Oscar A. López Rivera "La Pobreza un problema de Todos, serie Debate y Propuesta sobre la Pobreza No. 1" (Guatemala : Ciencias Sociales, 2004):69

Otro método aplicado en la medición específica en Guatemala es el que aplica el Instituto de Derechos Humanos⁴⁹, que define la pobreza como la denegación de oportunidades y opciones para establecer una vida digna.

3.2. SITUACIÓN DE LA POBREZA EN GUATEMALA: PROCESO HISTÓRICO A SUPERAR

Los teóricos exponen que la pobreza tiene una relación directa con las condiciones de vida "...considerado el principal determinante del estado de salud de la población".⁵⁰ La población de Guatemala ha experimentado por siglos la pobreza: Se puede afirmar que se verifica desde la época del dominio español. En la actualidad, se ha dejado registro del fenómeno desde el año 1996, que indicaban con datos concretos se tiene que "...cerca del 80% de la población vive en situación de pobreza, el estudio de este fenómeno era determinante para abordar la problemática de salud".⁵¹ Está comprobado que factor para que exista este fenómeno de daño económico y social, es la forma de producción y los medios de producción.

En Guatemala la situación de pobreza del país esta históricamente determinada por la adopción de un modelo de producción fundamentalmente agrícola, basado en el articulación laboral temporal de un campesino pobre a

⁴⁹ Anónimo, "características de la pobreza" <http://cidbimena.desastres.hn/ri-hm2/pdf> (19 septiembre 2006)

⁵⁰ Jacobo Finkelman M, et. al "*Proceso de Transformación de la Salud en Guatemala*" (Guatemala: Organización Panamericana de la Salud, 1996): 1-2

⁵¹ Irene Uluan, "*Algunas Manifestaciones de la Pobreza en Guatemala*", (Guatemala: Informe, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, Universidad de San Carlos, 1999): 1-17.

las tareas estacionales de las grandes fincas agroexportadoras, en las estructuras políticas, económicas, sociales y en los valores culturales que crean y mantienen la desigualdad.⁵²

En el país esta situación se ve reflejada en las regiones con mayor concentración de pobreza como es el caso de los departamentos de Alta y Baja Verapaz en el norte; Quiché, y Huehuetenango en el noroccidente, y San Marcos, Quetzaltenango, Totonicapán, Sololá, Retalhuleu y Suchitepéquez, en el suroccidente, considerados zonas de prioridad para salud pública.

Asimismo esta realidad se ve agravada en la mayoría indígena, constituida por trabajadores agrícolas y trabajadores migrantes hacia la Costa Sur. Este mapa de pobreza corresponde a una mayor incidencia de mortalidad infantil y analfabetismo, que traen como consecuencia la destrucción social la desnutrición y otros estados carenciales en los guatemaltecos afectados.

En Guatemala se establece un perfil de pobreza elaborado por el Instituto Nacional de Estadística durante el año 2000, y se estimó que el 55.9% de la población estaba ubicada en dicho perfil, aproximadamente 6.368,360 personas. Además se explica que el 82% de la población rural se encuentra en dicha condición, y mientras que a nivel urbano solo se halla el 18%.⁵³

⁵² Alfonso Batres Valladares " *Estructura Agraria, Conceptos*", (Guatemala: Editorial Universitaria, Universidad de San Carlos 1979): 7-10

⁵³ Uluan: 1-17.

Durante el año 2001 se establece una estrategia de reducción de la pobreza, en la que se reconoce plenamente los obstáculos que implica el ser pobre en Guatemala, que de acuerdo a los expertos, provoca limitaciones para ejercer plenamente los derechos sociales, cívicos y políticos, entre los que se encuentran los siguientes, garantizados por la Constitución Política de la República de Guatemala en sus siguientes artículos de ley:

- El derecho a la alimentación, salud, educación, y previsión social (artículos de ley No. 51,99 y 100) .
- El derecho a beneficiarse del progreso científico. y a un ingreso suficiente para cubrir necesidades de consumo de bienes culturales. (artículo de ley 74)
- El derecho a un trabajo en condiciones económicas satisfactorias que garanticen al trabajador y su familia una existencia digna, que sea equitativo y legalmente remunerado, se expresa legalmente en el (artículo 102 incisos a) y b)).

Las limitaciones que se identifican con claridad y que afectan directamente a la mayoría de la población guatemalteca, señalan que se vive en un país en el que no se ejercita plenamente la democracia, en el que se quebrantan los mandatos constitucionales, lo que viene a ser motivo de sanción jurídica y moral.⁵⁴

De no cumplirse con los preceptos jurídicos se viola el derecho a componentes fundamentales de salud y educación, la base colectiva de la economía informal

⁵⁴ Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia, "Estrategia de Reducción de la Pobreza, El Camino de la Paz", (Guatemala: Magna Terra): 9.

convive con esta realidad, que merece ser analizada en especial en materia del acceso a la salud, los que se puede tratar como grupo de asociación que cuenta con su propio sistema.

3.3. ALCANCE DE LA POBREZA EN GUATEMALA

En relación a esta temática, en el país hay diferentes estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), los que indican “...*la magnitud de la pobreza se mide mediante un índice de conteo de unidades (poblacionales) que calcula el número de pobres o de pobres extremos como una proporción de la población total. Esta medida establece la proporción de la población cuyo consumo se encuentra por debajo del valor de la línea de pobreza general o extrema. Se estima que en Guatemala (2001) el 56.19% es pobre, aproximadamente 6 millones 400 mil personas. El consumo total anual de estas personas se sitúa por debajo de la línea general de pobreza estimada en Q4,318 por persona año o Q360 por persona mes*”.⁵⁵

Las cifras anteriores evidencian el alto número de personas cuyas carencias en el consumo de alimentos de la canasta básica, provocan una propensión generalizada a la desnutrición, y al daño directo en la salud.

Lo más preocupante es que la condición extrema pobreza no se ha superado, según un estudio del Instituto Nacional de Estadística (ENCOVI 2002), que se afirma que el 15.69% por ciento de los guatemaltecos, es decir 1

⁵⁵ Instituto Nacional de Estadística, 'Informe "Perfil de la Pobreza en Guatemala: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida', (Guatemala: Serviprensa, 2000): 16

millón 800 mil personas, subsisten en condiciones de extrema pobreza. Estas personas carecen de los recursos suficientes para satisfacer las necesidades mínimas de alimentación estimadas, en ese año, en un gasto de Q1,911 al año por persona⁵⁶ suma que ha aumentado en la actualidad.

El Instituto Nacional de Estadística estima que aproximadamente el *"...40% de la población es urbana y el 60% es rural, sin embargo los pobres se ubican en el área rural en proporciones mucho mayores (81.36%). La población indígena, medida de acuerdo a su propia identificación étnica, es el 41% de la población total, pero en el caso de la población pobre, los indígenas representan el 56% del total"*⁵⁷ este hecho se puede considerar un factor para producir migración interna y externa, siendo un problema social más a tratar.

3.4. EMPLEO Y POBREZA EN GUATEMALA

El concepto de origen del trabajo como motivo de estudio en las ciencias sociales surge con el apareamiento de la máquina y el personaje conocido como obrero, durante los primeros días de la revolución industrial.

De acuerdo con Marx, citado por George Ritzer,⁵⁸ el trabajo se encuentra en la base del valor de uso, *"...el trabajo es la fuente de todo valor"*. En una sociedad donde predomina la producción capitalista el trabajo es indispensable para obtener ganancias, incluso si en la producción el trabajo de los obreros es

⁵⁶ Ibid. P 18.

⁵⁷ Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, *"Hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio en Guatemala, II Informe"*, (Guatemala: Magna Terra, 2006): 25.

⁵⁸ George Ritzer, *"Teoría sociológica clásica"*, (Madrid, McGraw Hill, 1995): 200

sustituido por el componente tecnológico, se produce el fenómeno del ejército de reserva que es la base para la proliferación de la economía informal, como lo explican los teóricos como Marx.

En Guatemala de cada 10 personas 9 de diez años en adelante participan en el mercado laboral *"...la pobreza afecta a la mitad de los trabajadores guatemaltecos y a proporciones más o menos similares de ocupados hombre y mujeres. El 70% de los trabajadores rurales es pobre, tres veces más que el urbano. Un comportamiento similar se observa en el caso de la población de origen indígena. Siete de cada diez trabajadores analfabetos son pobres, mientras que esta proporción en los alfabetos es de cuatro a diez"*.

59

Con este marco de referencia se comprende que la pobreza afecta en mayor proporción a personas residentes en el área rural, que además son analfabetas lo que incrementa la severidad de la problemática.

La pobreza es considerada una limitación determinante para que grupos poblacionales a los que se debiera prestar más atención, como lo son los niños, se vean en la necesidad de trabajar para contribuir al ingreso familiar *"...en un estudio realizado en Guatemala por la OIT y el INE se estimó que en el año 2000 casi un millón de niños, niñas y adolescentes constituyeron un 20% de la población económicamente activa (PEA). Se estableció que 947,321*

⁵⁹ Instituto Nacional de Estadística, *"Perfil de la Pobreza en Guatemala: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida"*:35-36

menores de edad trabajaron ese año: los niños y niñas de 5 a 14 años que trabajan o buscan trabajo eran 523,972 y los adolescentes de 15-17 años que trabajaban o buscaban trabajo eran 423,349”⁶⁰

Lo anteriormente anotado indica que en Guatemala la pobreza, además de ser un mal endémico, aniquila sueños de niños y adolescentes, y acorta el tiempo de vida de los adultos que se han incorporado a temprana edad al trabajo. En el medio nacional, según los estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se estimó que en el año 2000 los niños y los adolescentes constituyeron el 20% de la población económicamente activa⁶¹.

Es una realidad que el sector de la economía informal incorpora cada día a más niños, niñas y adolescentes a sus filas laborales, y que esto tiene su causa en que no existe el soporte pleno de generar empleos dignos para los padres de estos niños, que ven truncadas sus oportunidades de estudiar, y por lo tanto no, existe una protección social dinámica e incluyente.

La pobreza es un derivado de la dependencia del país de una economía atrasada, porque nos sujetamos más de lo necesario a unos cuantos productos

⁶⁰ George Ritzer, *“Teoría sociológica clásica”*, (Madrid: McGraw Hill, 1995): 210-212

⁶¹ Movimiento Social por los Derechos de la Niñez y la Juventud, *“Política Pública y Plan de Acción Nacional a Favor de la Niñez y Adolescencia 2004-2015”*, (Guatemala: Secretaría de Bienestar social de la presidencia 2004): 11

agrícolas e industriales de exportación. Una parte muy grande de la población vive del trabajo agrícola en medio de una economía campesina⁶².

Además, los niveles tecnológicos del país en la actualidad no aseguran a una mayoría de población una cantidad de bienes y servicios adecuados para una vida digna y decorosa, dándose por el contrario el fenómeno imperante de pobreza, exclusión y marginación, por cierto en el nivel urbano, pero más acentuado a nivel rural.

3.4.1. EMPLEO Y RELACIÓN LABORAL EN GUATEMALA

En el medio nacional, al igual que en otras sociedades, se comprende el trabajo también como una manera de dar organicidad al grupo social. El trabajo, además de constituir el medio para aportar a la economía familiar en primer término, y a la economía del país, en segundo, es un recurso para darle cuerpo a la solidaridad orgánica: *"...su interés al abordar la cuestión de la solidaridad era descubrir lo que mantiene unida a una sociedad. La solidaridad orgánica se mantiene unida debido a las diferencias entre las personas debido al hecho de que tienen diferentes tareas y responsabilidades"*.⁶³

"A su vez estas personas necesitan un tipo de servicio que les proporcionan otros. Lo cual es aplicable en esta teoría a persona, grupos, instituciones y la estructura".

⁶² Edgar Reyes Escalante, *Guatemala "Problemas Socioeconómicos"*, (Guatemala: Universidad de San Carlos, 1991): 13

⁶³ Universidad Rafael Landívar, *"El personalismo y Superación de la Pobreza"*, (Guatemala: Editorial Rodríguez, 2004): 19-23

La salud pública es un aliado formidable para hacer conciencia sobre el fenómeno de la pobreza ligado al trabajo ejercido por los más desposeídos. Establecer condiciones dignas de la fuerza laboral al mercado de trabajo, y el reto mayor de establecer fuentes de empleo productivo, constituyen áreas fundamentales en donde se necesita trabajar en la sociedad guatemalteca.

Durante el año 2001, se promovieron reformas al Código de Trabajo que, en lo sustancial, abordaron el derecho de huelga de los trabajadores del campo, el fortalecimiento legal de la Inspección General del Trabajo para hacer valer el quehacer del ministerio y sus dependencias, así como el aumento de los salarios mínimos, tanto para el campo como para la ciudad, establecidos por decretos. En la actualidad queda pendiente la ampliación de la cobertura del sistema de seguridad social a todos los trabajadores del país.

Hubo también otros esfuerzos encaminados al fortalecimiento de la micro, pequeña y mediana empresa (Mipyme) “...se otorgan créditos por un monto de Q95 millones”⁶⁴ lo que permite apreciar que la visión del Estado, en este momento, se centró en el fortalecimiento de los microempresarios y las medianas empresas.

3.5. EXCLUSIÓN DE SALUD EN GUATEMALA

Por definición propia, la exclusión en materia de salud se comprende como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes de servicios y

⁶⁴ Oscar Berger Perdomo, “Informe del primer año de su gobierno 2004” (Guatemala: Secretaría de la Presidencia, 2004):10-11

oportunidades de mejorar o preservar las condiciones de salud que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan. Esto, comprendido en el campo práctico de la salud pública, es una barrera real que existe y es conocida, analizada e interiorizada por los salubristas, como fenómeno social real.

Lo anterior, relacionado con la prestación de servicios y fragmentación del sistema, que para su análisis relaciona componentes de pobreza y desarrollo humano, se debe aclarar que no es sinónimo de pobreza, sino un fenómeno multicausal “...(*pobreza, discriminación étnico-cultural y restricciones en la oferta de servicios entre otros*), así la experiencia indica que la misma varía de acuerdo a los grupos poblacionales (*urbana –rural*)”⁶⁵ que afecta en mayor medida a las poblaciones indígenas del país.

En los estudios realizados en Guatemala se ha establecido que el país no cuenta con un sistema integral y coherente de protección social en salud, que se define como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos puedan satisfacer sus demandas de salud; y esto, aunado a la evidente desigualdad entre diversas capas poblacionales: “...al hecho de que en el país el 20% de la población con ingresos mas altos capta el 61.4% del ingreso de los hogares”.⁶⁶

⁶⁵ Alfonso Portillo, “Informe Presidencial año 2000-2004”, (Guatemala: Secretaria de Programación y Planificación.2004): 10-16.

⁶⁶ Organización Panamericana de la Salud “Exclusión en Salud en Países de América Latina”, (Guatemala: Informe. ASDI,2003): 36

En el medio nacional existe una diversidad de oferentes de servicios públicos de salud, seguridad social y seguros privados; pero el sistema de salud es fragmentado y segmentado, ya que no existen enlaces funcionales ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria que tiene acceso a servicios duplicados esfuerzos en muchos casos. Un ejemplo bien conocido es el de los asalariados que pagan IGSS por ley, pero que además contratan seguros médicos privados porque consideran que los servicios del IGSS son deficientes.

La debilidad del sistema público de salud se evidencia en el gasto directo de la población en atención en salud porque se ha comprobado que la resolución de problemas de salud, en su mayor parte, son atendidos directamente por los demandantes de la salud ya sea pagándolos de su propio bolsillo, ya sea utilizando los seguros médicos que pagan por su cuenta.

En Guatemala los estudios evidencian que el país debe superar esa desintegración y ser coherente en el proceso de protección en salud, para que las personas logren satisfacer sus demandas en tal materia. Pero en el medio se ha establecido que *"...el débil compromiso político con la inversión social se evidencia en el hecho que de acuerdo en el rango que ocupa el PIB (producto interno bruto la inversión es poca)"*⁶⁷ lo que se traduce en la falta de avance de desarrollo humano, y esto tiene su origen en las desigualdades económicas existentes en el país.

⁶⁷ Ibid: 35-36

Otro componente ligado a la exclusión como producto de la pobreza en Guatemala, es el hecho mismo *"...que se refleja en las limitaciones impuestas sobre la capacidad productiva de las personas, mediante barreras de acceso al empleo, al crédito y la tierra"*.⁶⁸ Lo que indica que las personas que se incorporan a la actividad informal no pueden legalmente tener facilidades para crecer e invertir, los costos de acceso a la formalidad son inaccesibles a la mayoría.

3.5.1. IMPORTANCIA DE COMPRENDER EL TRANSFONDO DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD EN GUATEMALA

Para la comprensión teórica del fenómeno vale la pena preguntarse sobre la relación entre la pobreza como causa y efecto porque en materia de salud los problemas tienen una relación directa con la pobreza como lo explican de los expertos:

- *"Los problemas de falta de equidad en el acceso y uso de los servicios de salud son la principal causa de desigualdad injusta en los resultados de salud."*
- *Los problemas de salud tienen que ver básicamente con la cantidad y la asignación de los recursos disponibles.*
- *Una de las manifestaciones de la exclusión social, definida como la falta de acceso a los bienes, las oportunidades y las relaciones sociales disfrutadas por otros es la falta de acceso a los servicios de salud"*.⁶⁹

Por ello, si estas características se evidencian en el país, se está privando a la población pobre de tener acceso integral a los servicios de salud con atención de calidad.

⁶⁸ Ibid.:36.

⁶⁹ Ibid: 2.

En Guatemala el proceso de pleno empleo en el mercado laboral no posee mecanismos claros de equilibrio, que idealmente deberían permitir la intervención del Estado. Históricamente, este pensamiento sirvió de base al canciller Von Bismark, quien afirmaba que *"...la superación de los males sociales como los daños de pobreza que repercuten directamente en la salud afectan a la población no reside exclusivamente en la represión de los excesos sino también en la búsqueda de fórmulas que permitan una mejora del bienestar de los trabajadores"*,⁷⁰ este pensamiento es básico para aplicarlo a la población informal guatemalteca que requiere del apoyo pleno del Estado por ser un ente aislado, sin ninguna prestación de seguridad en materia de salud que le permita solventar sus demandas.

3.6. LOS INDICADORES DE SALUD DE GUATEMALA: REFLEJO ESTRUCTURAL

Todo profesional que labora en el campo de la salud pública, entiende que existen factores que se asocian con la conservación de la salud poblacional, así explica Paulo Marchiori Buss: *"...las desventuras económicas y sociales que enfrentan nuestras poblaciones repercuten fuertemente sobre la salud. Los grupos socio-económicos menos favorecidos muestran tasas de morbilidad y mortalidad claramente excesivas en todos los grupos etarios así como en todos los bienes esenciales para la vida"*.⁷¹

⁷⁰ Michel Parkin, *"Macroeconomía versión para Latino América"* (México DF: Olimpia, 2001): 147-153

⁷¹ Organización Panamericana de la Salud, *"Salud Pública Educación y Reforma"*, (Perú: Cinco Editores, 1999): 97.

Lo anterior implica que no es únicamente un proceso de agregados de crecimiento económico o cambios parcializados económicos lo que va a transformar la salud poblacional; es necesario conocer las teorías económicas que explican este proceso de bienestar social para hallar soluciones adecuadas *“...esto es considerado una etapa como proceso histórico que se supera desde la gran depresión, (1929) hasta nuestro días, su base surge en la teoría de Keynes, quien pensaba que el ahorro y la inversión podían situarse en condiciones de equilibrio que no tenían por qué ser las del pleno empleo”*.⁷²

El pensamiento económico indica que el equilibrio se guarda por inversión, pero esta teoría económica está lejos de la realidad social del país, donde la capacidad de la tasa de ahorro individual en la mayoría de la población es nula, o se desarrolla en forma limitada.

Guatemala, como país, se divide administrativamente por regiones que deben ser cubiertas por el Ministerio de Salud Pública de acuerdo con las características predominantes de pobreza y daño en salud; con acciones específicas en base a sus perfiles epidemiológicos locales, con el fin de superar las limitantes de subdesarrollo.

Esas regiones son las siguientes: se presenta la siguiente tabla

TABLA 3.1. Regiones de Salud en Guatemala.

| Región | Clasificación administrativa | Departamentos |
|--------|------------------------------|---------------------|
| I | Metropolitana | Guatemala |
| II | Norte | Alta y Baja Verapaz |

⁷² Michael Parkin, *“Tratado de Macroeconomía”*, (México DF: Addison, 2001): 40.

| | | |
|------|---------------|---|
| III | Nororiente | Izabal, Zacapa, Chiquimula, Santa Rosa. |
| IV | Sur Occidente | Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa |
| V | Central | Chimaltenango, Sacatepéquez, Escuintla |
| VI | Sur Occidente | San Marcos, Quetzaltenango, Totonicapán, Sololá, Retalhuleu y Suchitepéquez |
| VII | Noroccidente | Huehuetenango, Quiche |
| VIII | Peten | Peten |

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística 2006.

En materia de salud pública se ha experimentado avance de acuerdo con las estimaciones oficiales en la asignación presupuestaria, que muestran un crecimiento y luego un proceso decreciente, como se explica a continuación, lo que ha limitado la inversión en salud.

En los últimos quince años, los principales indicadores de salud, como la mortalidad infantil y materna mejoraron significativamente, ya que en 1987 de cada 1000 niños nacidos vivos morían 73, mientras que en el 2002 esta cantidad se redujo a 39.

Un estudio realizado en 2000 por OPS/OMS, anota que las reducciones de la mortalidad fueron del orden del 46% y del 50% en infantil y materna respectivamente. En inmunizaciones, se experimentó una cobertura de niños con esquema completo del 18% durante 1987, que se incrementó al 63% en el 2002. En cuanto a la mortalidad infantil registrada para el 2002 fue de 21 por cada 1000 nacidos vivos. Una de las regiones más afectadas, como el noroccidente, registran el 53%, y 47%. La mortalidad materna reporta para el mismo periodo 153 muertes por 100 mil nacidos vivos.

Respecto a la desnutrición, durante el 2002 el 48.7% de los niños menores de 5 años se clasificó con desnutrición crónica, según el índice de talla por edad. En cuanto a la reducción por grupo étnico, el mayor porcentaje se dio entre los ladinos, con un 12.8%, mientras que entre los indígenas fue únicamente de 2.9%. En cuanto a la desnutrición global, en el 2002 se reporta un 21.9%⁷³.

Los indicadores establecen pequeños logros e indican que se deben continuar realizando esfuerzos para superarlos y que en un futuro desaparezcan los índices negativos.

Es necesario comprender que el ingreso económico de las personas se asocia con estos indicadores, al establecerse que, a mayor ingreso menor mortalidad y mayor esperanza de vida, porque cualquier persona al mejorar su capacidad de ingreso mejora sus condiciones de vida. Esto, en salud, está plenamente demostrado.

Las desigualdades son las que generan el desbalance social *"...que el acceso a la salud ha dependido en buena parte de los ingresos del hogar, y que la utilización del seguro social, público y privado ha sido mayor en los grupos de mayor ingreso, mientras que las farmacias se han convertido en el proveedor de primera línea cuando los pobres presentan un problema de salud"*⁷⁴ como efecto, no hay beneficios para los grupos menos desposeídos y

⁷³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Tercer Informe Situación de la Salud y su Financiamiento periodo 1999-2003," 11-15

los riesgos de mayor daño se incrementan en esos grupos, desencadenando sucesos que reflejan en las estadísticas de daño.

3.6.1. ENEMIGOS DE LA SALUD, ALIADOS DE LA POBREZA

En el contexto de la salud cualquier daño físico o mental que afecte a un individuo o grupo social son, de hecho, enemigos de la salud, la cual se mide por indicadores de morbilidad y mortalidad.

Ello manifiesta las desigualdades existentes entre los que poseen bienestar y los que no. En cualquier parte del mundo, los grupos que experimentan día a día la pobreza y no cuentan con las condiciones idóneas para superarlas se encuentran en los grupos de riesgo para los sistemas de salud. En especial se identifican a los grupos más vulnerables como la niñez.

Los retos para los sistemas de salud tienden a complicarse cuando los recursos son escasos para solventarlos en las poblaciones vulnerables por la pobreza, aunando, a los daños a la salud que se refieren a las enfermedades emergentes, los reemergentes, que incluyen el componente materno infantil.

3.6.2. MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA EN GUATEMALA

Por indicador se comprende una medida estadística que es la más común de utilizar, para cuantificar los atributos o características propias en una sociedad y es un principio aplicable a las ciencias de la salud pública.

⁷⁴ Convergencia Cívico Política de Mujeres, "Ley de Desarrollo Social Decreto 42-2001", (Guatemala: Magna Terra, 2005): 25

Las ciencias sociales permiten dimensionar el daño del fenómeno en observación, lo cual es aplicable al componente de salud pública, y su importancia radica en que permiten incorporar una toma de decisiones oportuna para reducir el daño detectado.

En Guatemala, a pesar de que las estadísticas reflejan avances "...durante los últimos 15 años (1987-2002) la mortalidad infantil se redujo, en un 46%, la tasa de niños menores de un año fallecidos por causas prevenibles se mantiene en 39 por 1000 nacidos vivos. En el grupo de población indígena este indicador se ubica en 49"⁷⁵, lo que se espera es, no únicamente disminuir las mismas, sino erradicarlas como motivo de mortalidad.

La información estadística y epidemiológica indican que en los departamentos de Alta Verapaz y Sololá el número de casos por cada 100 mil nacidos vivos superan los 250, no obstante tener un subregistro del 26%.⁷⁶ Esto para fines prácticos requiere de intervenciones específicas integrales, no únicamente del contexto de la salud. Y deberían analizarse los factores condicionantes como lo son la pobreza que predomina en la región de las Verapaces, por ejemplo y regiones de noroccidente, considerar el componente del idioma, y costumbres. Los esfuerzos del ministerio se encaminan a dotar de médicos a las aldeas de dichos municipios, contando con la ayuda local y la cubana, porque nacional no existe, menos como mística de trabajo profesional.

⁷⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Tercer Informe, Situación de la Salud y su Financiamiento, Periodo 1999-2003":14

⁷⁶ Ibid: 15.

En Guatemala únicamente se establece que son siete los departamentos que reportan datos por debajo del promedio nacional: Zacapa, Suchitepéquez, Retalhuleu, Santa Rosa, Izabal, Progreso, Jalapa. Lo que requeriría un gran apoyo de todos los sectores, de manera prioritaria en tales departamentos, para su avance en materia de salud, lo que incidiría en una mejor salud para sus habitantes.

3.6.3. ATENCIÓN PRENATAL Y MATERNA

En Guatemala el Ministerio de Salud Pública ha impulsado el sistema de extensión de cobertura para la atención materna y prenatal. Se estima que la inversión es de 3.3 millones de Quetzales, lo que permite capacitar comadronas, que son el grupo que predomina en la atención de partos en todo el país, con un estimado del 55% de los partos atendidos⁷⁷. En especial en las regiones más alejadas del área rural porque ahí los partos, en su gran mayoría, son atendidos dentro del propio hogar como una cuestión cultural.

3.6.4. ESTADO DE LA DESNUTRICIÓN

Al inicio del presente gobierno se estimó que existen 41 municipios con problemas serios de carencias alimentarias, que constituyen un reto prioritario para la salud nutricional, y se estableció una proyección de 102 municipios adicionales que también estarían en peligro de carencia alimentaria. Como no ha habido acciones sostenidas para enfrentar estas manifestaciones de hambre, la cuestión continúa siendo un problema, en especial para la niñez, pues limita su desarrollo físico y mental.

⁷⁷ Ibid: 14

Los datos estadísticos reportados para dicho rubro indican que *"...durante el 2002 se encontró que 48.7% de los niños menores de cinco años, en todas las regiones, padecen desnutrición. Aunque no significativamente, se encontró una disminución de 5.4% en promedio. Sin embargo, en la región norte se incremento en 10.7%, pero en la región central disminuyo"*⁷⁸.

La desnutrición crónica es un problema social porque se ha establecido que limita el desarrollo normal que, en condiciones normales, debe tener un niño durante sus primeros tres años de vida *"...un niño desnutrido tiene un cociente intelectual de 13 puntos más bajo del promedio, de 105, lo que indica que las interconexiones cerebrales en un niño con estas características son más débiles. Esto se traduce en menos rendimiento físico, capacidades, e interacción social"*⁷⁹.

Lo anterior, en cualquier país, es una violación a los derechos de vida y desarrollo y el cambio de tales condiciones que afectan severamente a la niñez guatemalteca no puede ser postergado.

Durante el gobierno actual se estableció el Frente Contra el Hambre, el cual tiene como primera prioridad que, desde que se inicia la etapa de gestación, los niños deben tener cuidado especial que se traduce en la mejor alimentación de la madre; como segunda prioridad, mejorar la disponibilidad

⁷⁸ Ibid: 14

⁷⁹ Oscar A. Rivera López, *"La Pobreza, un problema de todos"*, (Guatemala: Editorial de Ciencias Sociales, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2004): 75-78

de alimento; la tercera, mejorar el consumo de los alimentos básicos; la cuarta, mejorar el aprovechamiento biológico; y la quinta, la vigilancia y monitoreo de los embarazos.

No hay estadísticas ni cifras que muestren que se ha cumplido con tales propósitos.

3.7. POBREZA Y DESARROLLO HUMANO

La pobreza es la carencia de recursos para satisfacer las necesidades de una población o grupo y se ha establecido su relación con el desarrollo humano de un país, e involucra los componentes de educación, salud e ingreso.

En el desarrollo existen tres componentes esenciales para las personas que son: vida larga y saludable, educación, y acceso a recursos necesarios para tener un nivel de vida decente y satisfactoria. Inclusive, se explica que no son únicamente los componentes anteriores los que aseguran el desarrollo humano, ya que se incluyen la libertad política, económica y social, así como las opciones para una vida productiva y creativa que generen respeto por sí mismos como garantía los derechos humanos plenos.

En Guatemala el desarrollo humano ha evidenciado rezagos en relación con el crecimiento económico. Se debe crecer económicamente como país, pero se demanda equidad para superar la pobreza. Los componentes legales del país respaldan dicho proceso y existe una Ley de Desarrollo Social que contempla tales extremos.

Dicha ley, decreto número 42-2001, fue emitida por el Congreso de la República de Guatemala, y en su parte considerativa dice así“...se establece que la educación, salud, trabajo y asistencia social son derechos fundamentales del ser humano, garantizados por la Constitución Política de la República. El Estado y sus instituciones están obligados a velar por su implementación, conservación y restablecimiento a fin de procurar su más completo bienestar físico, mental y social”⁸⁰

En el país se ha mejorado el desarrollo humano, no a un paso acelerado, pero se han experimentado cambios que superan etapas anteriores. Así, en el 2002 se estimó por el Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD) la reducción de la pobreza del 62.8% al 56.2% y de la pobreza extrema del 18.1% al 15.7%.

En ese informe, el caso de Guatemala se, introdujo una correlación entre el nivel de consumo y las necesidades básicas insatisfechas, por la cual se establece este índice como una medida de desarrollo humano. En el informe del 2002 para Guatemala se establece un nuevo fenómeno relacionado con la pobreza “...menos de un 20% de los hogares en situaciones de pobreza contaba con un bajo nivel de consumo pero con todas sus necesidades básicas satisfechas, lo cual indica hogares de incorporación reciente a la pobreza”⁸¹.

⁸⁰ Convergencia Cívico Político de Mujeres, “Ley de Desarrollo Social Decreto 42-2001”, (Guatemala: Magna Terra, 2005): 8

⁸¹ PNUD, “Informe Nacional de Desarrollo Humano,” (Guatemala: Editorial Sur, 2002): 13-14

En el mismo informe se estimó que el 40% de las familias que no estaban en situación de pobreza sí tenían por lo menos una necesidad básica insatisfecha. Ello indica que para superar la pobreza no es suficiente el crecimiento económico sino, además, se demandan estrategias más sólidas y aplicables al país, que cubran los componentes identificados para el desarrollo humano.

3.7.1 Características del Desarrollo Humano

Desde el punto de vista económico se define al desarrollo como la *"...fase de la evolución de un país, caracterizada por el aumento de la renta nacional por habitantes"*⁸² lo cual indica que el desarrollo es el camino para alcanzar el bienestar social.

La teoría económica establece las siguientes características del desarrollo humano:

- Elevada capacidad productiva determinada por una compleja estructura de producción industrial, competitiva, y rápida en la readecuación de su producción.
- Elevados niveles de ingreso y consumo per cápita y bienestar social extendido a la mayor parte de los sectores sociales
- Grado de utilización y eficiencia en el uso de las llamadas modernas tecnologías de producción sostenible

⁸² Michael Parkin, et al *"Macro Economía Versión Para Latinoamérica"*, (México DF: Addison, 2001): 112.

- Elevado nivel de población económicamente activa.⁸³

3.8. ESTRATEGIAS PARA SUPERAR LA POBREZA EN GUATEMALA

Por estrategia se comprende "...*coordinación de acciones*".⁸⁴ En Guatemala, desde el año 2001 se plasmaron estrategias para erradicar la pobreza; las que tienen como base los Acuerdos de Paz. Desde que se firmaron los compromisos de la paz en 1996, se hizo evidente que no bastaba con una asignación presupuestaria para este fin sino, además, se debían efectuar reformas institucionales para que el proceso fuese sostenible y los beneficios fuesen directamente a los más necesitados socialmente.

En el 2001 se comprendió que estas reformas profundizaban los acuerdos de paz y privilegiaban aquellos que tienen un mayor impacto sobre la pobreza como lo son: seguridad alimentaria nutricional, educación primaria, reducción de la mortalidad materna infantil.⁸⁵

Los ejes fundamentales en que se pensó para activar dichas estrategias a corto y mediano plazo son:

- Crecimiento económico con equidad
- Inversión en capital humano
- Inversión en capital físico

⁸³ Ibid: 2.

⁸⁴ Anónimo, Larousse "*Diccionario de la Lengua Española*", (México DF: 1979): 229

⁸⁵ PNUD, "*Desarrollo Humano y Pacto Fiscal*", (Guatemala: sin Editorial, 2002):124.

Se considera que los tres ejes son elementos dinámicos de crecimiento sostenido. Analistas económicos han identificado que lo experimentado en Guatemala es un bajo nivel per cápita, característica propia del subdesarrollo.

La educación adquiere relevancia cuando se logran aplicar en su campo avances de la ciencia y tecnología, que son puestos al servicio del pueblo. En este país la educación, vista como proceso integral, no se ha desarrollado pues son escasos los grupos sociales que logran alcanzar una educación formal.

Queda claro que cuando se experimenta la riqueza, lo que debe comprenderse como capacidad de gasto es lo que explica el doctor Rodríguez *"...la riqueza va más allá de la simple acumulación de recursos o la capacidad que tengan los ciudadanos de un país para gastar. Gilder la definió como bienes que prometen una futura corriente de ingresos y explica que el capital se convierte en riqueza hasta que se transforma en industria, infraestructura y capacidad de trabajo".*⁸⁶

Mucha de la población guatemalteca se encuentra en alguna de las clasificaciones de pobreza y se tiende a contrastar esa realidad con la riqueza de recursos naturales existentes en el país. Pero explican las corrientes económicas que aunque exista riqueza de recursos naturales, si no existe una inversión en generación de empleos, y la distribución del ingreso nacional continúa siendo desigual no se puede hablar de un verdadero avance.

⁸⁶ Rodríguez Amado: 251

3.9. INDICADORES ECONOMICOS Y SOCIALES

Para el análisis de la funcionalidad de la política de desarrollo se hizo necesario el estudio de los indicadores que a continuación se presentan.

3.2. TABLA Indicadores de educación.

| INDICADORES | |
|--|---------|
| • Educación Preprimaria | |
| - Tasa bruta de escolaridad | 106.40% |
| - Tasa Neta de escolaridad | 87.48% |
| - Tasa de Repitencia | 14.86% |
| - Tasa de Deserción | 7.71% |
| • Educación Primaria | |
| - Tasa Bruta de Escolaridad | 106.40% |
| - Tasa Neta de Escolaridad | 87.48% |
| - Tasa de Repitencia | 14.86% |
| - Tasa de Deserción | 7.71% |
| - Tasa de Aprobación | 83.07% |
| - Tasa de Reprobación | 16.93% |
| • Educación Primaria de Adultos | |
| - Tasa de Repitencia | 6.66% |
| - Tasa de Deserción | 9.97% |
| - Tasa de Retención | 90.03% |
| - Tasa de Aprobación | 87.30% |

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (2004)

El análisis indica que la repitencia es un problema pendiente de superar en el medio nacional.

La educación es básica para comprender el proceso salud - enfermedad y poder seguir programas de salud preventiva.

3.9.1. INDICADORES DEMOGRAFICOS

El país posee los siguientes indicadores poblacionales:

- Población: 12 millones (2002)
- Crecimiento anual de 2.6% (1985-2000)

- Estimación para el año 2015: 16. 329.000 (2000)
- Crecimiento anual hacia el 2015: 2.4% (2000)
- Crecimiento urbano: 40.4% (2000)
- Hijos por mujer: 4.7% (2000)

FUENTE: Human Development Report⁸⁷

En salud es importante considerar el crecimiento poblacional para adecuar la planificación en respuesta a una realidad de demandas sociales.

3.2. TABLA: Indicadores de distribución del PIB en Guatemala

| PIB | UNIDAD | INDICE | FUENTE |
|-----------------------------------|---------------------|--------|--------------------|
| Importación de bienes y servicios | Millones de dólares | 24.73 | Banco Mundial 2003 |
| Exportación de bienes y servicios | Millones de dólares | 3.957 | Banco Mundial 2003 |
| Deuda Externa | Millones de dólares | 4,862 | Banco Mundial 2003 |

Fuente: Human Development Report⁸⁸

La importación es el factor predominante, superando los ingresos. Esto limita la inversión social que se pueda realizar en salud. Por ejemplo tenemos algunos indicadores de población desocupada, que se deben considerar en el sistema de salud, se presenta a continuación.

⁸⁷ Anónimo, Indicadores demográficos, Septiembre 22 del 2006.
<http://www.eclac.cl/humandevdevelopmentdeport>

⁸⁸ Anónimo, Indicadores demográficos, Septiembre 22 del 2006.
<http://www.eclac.cl/humandevdevelopmentreport>

3.4. TABLA: Indicador de población total en edad de trabajar (pea) índice de desempleo y otros indicadores de la actividad económica de la población según sexo, período 2002-2004

| INDICADORES | 2002 | | |
|----------------------------------|------------|-----------|-----------|
| | TOTAL | HOMBRES | MUJERES |
| Población total | 11,791,136 | 5,777,199 | 6,013,936 |
| Población de 10 años y mas (pet) | 8,089,785 | 3,878,406 | 4,211,379 |
| Activos PEA | 4,223,640 | 3,141,928 | 1,781,712 |
| Inactivos PEI | 3,166,145 | 736,478 | 2,429,667 |
| Ocupados PO | 4,769,384 | 3,064,870 | 1,704,514 |
| Desocupados totales PD o DA | 154,266 | 77,198 | 172,212 |
| Desocupados Activos PDAA | 90,577 | 50,027 | 40,550 |
| Subempleo visible | 737,014 | 478,564 | 258,450 |
| Desocupación Oculta PDO | 654,901 | 140,439 | 514,462 |
| Tasa de desempleo abierto | 3.13 | 2.45 | 4.33 |
| Tasa de desempleo abierto activo | 1.84 | 1.59 | 2.28 |
| Tasa de subempleo visible | 14.97 | 15.23 | 14.51 |
| Tasa de desempleo oculto | 13.30 | 4.47 | 28.87 |

FUENTE: Dirección de Estadísticas Laborales, Ministerio de Trabajo y Previsión Social elaboración en base a datos del INE⁸⁹

Se observa el predominio del subempleo, mas en hombre que en mujeres, población en edad de producir pero que no cuentan con un trabajo fijo ni protección legal.

⁸⁹ Ministerio de Trabajo, Informe Técnico Dirección de estadística, Guatemala : , Instituto Nacional de Estadística, 2004 p 11

La incorporación de menores de edad , que incluye niños a partir de los 10 años, y el predominio del desempleo oculto. Por ejemplo tenemos registro oficial de:

**3.5. TABLA de Indicadores de población en edad de trabajar (PEA)
Índice de desempleo y otros indicadores de actividad económica
Por sexo del periodo 2000-2004.**

| INDICADORES | 2003 | | |
|-----------------------------|------------|-----------|-----------|
| | TOTAL | HOMBRES | MUJERES |
| Población total | 12,087,014 | 5,916,282 | 6,170,732 |
| Población de 10 años y mas | 8,254,510 | 3,973,597 | 4,280,913 |
| Activos PEA | 5,065,365 | 3,154,262 | 1,911,103 |
| Inactivos PEI | 3,189,145 | 819,335 | 2,369,810 |
| Ocupados PO | 4,893,153 | 3,074,882 | 1,818,271 |
| Desocupados totales PD o DA | 172,212 | 79,380 | 92,832 |
| Desocupados Activos PDAA | 140,292 | 70,399 | 69,893 |
| Subempleo visible | 812,460 | 517,540 | 294,920 |
| Desocupación Oculta PDO | 643,227 | 138,955 | 504,272 |
| Tasa de desempleo abierto | 3.40 | 2.52 | 4.86 |
| Tasa de desempleo abierto | 2.80 | 2.20 | 3.70 |
| Tasa de subempleo visible | 16.04 | 16.40 | 15.40 |
| Tasa de desempleo oculto | 12.70 | 4.40 | 26.40 |

FUENTE: Dirección de Estadísticas Laborales, Ministerio de Trabajo y Previsión Social, elaboración en base a datos del INE⁹⁰

La variación en relación con el año 2002 es mínima. No es significativa porque predominan los mismos factores, descritos anteriormente.

⁹⁰ Instituto Nacional de Estadística, Informe Técnico Dirección de estadística Ministerio de Trabajo, sin edit. Guatemala 2004 : 10

Para el sector salud se reporta una inversión financiera de los siguientes sectores según el MSPAS.

3.5. TABLA Comparación de gasto por agente financiero en Salud

| Agente Financiero | Año 2003/Monto | % |
|----------------------------------|----------------|------|
| Sector Público | 4,064 | 38.2 |
| Gobierno territorial | 1933 | 18.2 |
| Fondos del Seguro social | 2,130 | 20 |
| Sector privado | 6,421 | 60.3 |
| Seguro de salud privado | 6,421 | 60.3 |
| Pago directo de hogares | 5,900.8 | 55.4 |
| Instituciones sin fines de lucro | 268.9 | 2.5 |
| Total de gasto en salud | 10,645.5 | 100 |

FUENTE: Unidad de proyectos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.⁹¹

Se puede observar que predomina la inversión en salud del sector privado y el gasto directo de bolsillo, en la población guatemalteca, a pesar de que el sistema es público y sin costo. Otro ejemplo se cita a continuación:

3.6 TABLA Indicadores de impacto en salud

| Indicador | 1987 | 1995 | 1998-1999 | 2002 |
|---|------|------|-----------|------|
| Mortalidad materna (por 1000 Hab.) | s/i | s/i | 5.34 | 4.72 |
| Mortalidad Infantil (por 1000nv) | 73 | 51 | 45 | 39 |
| Mortalidad Materna (por 100,000 nv) | s/i | 190 | 190 | 153 |
| Tasa de Fecundidad | 5.6 | 5.1 | 5.0 | 4.4 |
| Desnutrición crónica | 57.9 | 49.7 | 46.4 | 48.7 |
| Atención del parto en establecimientos de | s/i | 34.3 | 40.4 | 42.1 |

FUENTE: Unidad de proyectos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.⁹²

⁹¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tercer Informe Situación de Salud y su financiamiento, período 1999-2003, (Guatemala, Unidad de Planificación estratégica, 2005): 29

Los indicadores de salud muestran que los daños directos en la población materna e infantil van en disminución.

3.10. APLICACIÓN DE UNA POLITICA SOCIAL EFECTIVA PARA REDUCIR LA POBREZA

El término de política se deriva del latín **politicus** tomado del griego **politikos** derivado de polis "ciudad", y significa que pertenece al gobierno propiamente "relativo a la ciudad"; tiene implícito el concepto de "acción" para gobernar un estado y, por extensión, una entidad o empresa.

En términos generales el maestro en economía Rafael Pineda explica, "*Las políticas se refieren a las diferentes opciones para decidir, mediante estrategias definidas, la elaboración y ejecución de un plan de desarrollo para alcanzar objetivos y metas previstos. Las opciones seleccionadas entre otras, dependen generalmente de la posición ideológica de los planificadores o de los ejecutores de los planes y de su actitud frente al mundo para considerar los problemas sociales*".⁹³

En el caso de Guatemala las políticas impuestas en el campo social surgen como reflejo de la base económica, comprendida esta como una causa

⁹² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tercer Informe Situación de Salud y su financiamiento, periodo 1999-2003, Guatemala: Unidad de Planificación estratégica, 2005: 15

⁹³ Rafael Pineda Reyes "Criterios para la elaboración de políticas de Desarrollo para la USAC" Guatemala: , tesis, Universidad de San Carlos, 1987 p23.

que produce consecuencias políticas; y en este sentido la actividad económica central se basa en el poder económico local como tal.

La pobreza en Guatemala evidencia la urgente necesidad de aplicar políticas de desarrollo social porque las estadísticas indican desigualdad social, exclusión y marginalidad en el conjunto de la sociedad, haciendo vulnerables a aquellos sectores en pobreza o en pobreza extrema.

La respuesta a tales problemas debe basarse en el proceso de planificación. Nuestra época se caracteriza por la tendencia a planificar como una estrategia política. Esta, en Guatemala, se realiza para el corto plazo (3-5 años) y el mediano plazo (5-10 años).

Queda como desafío accionar el componente jurídico para que las políticas se cumplan, pues aun persiste la forma de producción primaria basada en la agricultura "*...que es aun el sustento de la economía de Guatemala. De cada 100 guatemaltecos se estima que 39 se dedican a esta actividad (39.4%)*"⁹⁴ lo que refleja un subdesarrollo existente.

En el medio nacional se elaboran planes de desarrollo como estrategia para enfrentar la pobreza, que involucra los distintos sectores. Esos planes probablemente no han sido concensuados por toda la población, por el tipo de estado imperante, pero sí concensuado por el Estado y sus organismos.

⁹⁴ Instituto Nacional de Estadística "*Entendiendo el trabajo Infantil*" Edit. Organización Internacional del Trabajo, Guatemala 2003 p2

Paralelamente, en la administración pública aparecen los planes de reforma administrativa como una manera de hacer eficientes los procesos.

Para que una política social traslade la teoría al campo práctico con éxito, debe enfocarse bajo el actuar del Estado, y debe ser comprendida como una necesidad histórico-social que debe existir, como explico Herman Heller, *"... como manifestación de poder político debe basarse en el componente jurídico para hacer valer las políticas de desarrollo social que idealmente deben acogerse por todos como para practicarse y entenderse como objeto de cooperación social dentro de un territorio"*.⁹⁵

Esto explica que no se deben ver como una obligación única y exclusiva del Gobierno sino de toda la Nación, como una obligación ética para con los más desposeídos, y requiere fomentar el espíritu de solidaridad entre las entidades que generan los proyectos de cambio y reforma.

3.10.1.UNA POLÍTICA SOCIAL DE PROTECCIÓN A LA MUJER, UN AVANCE EN EL PAÍS

En Guatemala se identifican a la mujer y a la niñez dentro de los grupos de población vulnerable. Es por ello que a partir de que los acuerdos de paz cobran vigencia el sector femenino, se institucionaliza la Secretaría Presidencial de la Mujer. Se cita esto como un avance público que trata de evitar la explotación laboral y otra serie de formas de explotación femenina.

⁹⁵ Herman Heller *"teoría del estado"* México DF, Edit. Fondo de Cultura Económica 1992 p233-234.

En el contexto nacional durante el año 2006 la Secretaría Presidencial de la Mujer dio a conocer una política que impulsa la promoción y desarrollo de la mujer guatemalteca en el plan de equidad de oportunidades.

Al analizarse la relación de la mujer en la economía informal se comprende que las mujeres son entes productivos, cuyo trabajo es invisibilizado, que ejercen un papel de cuidadoras de adultos y niños en el hogar, y que dichas actividades son conocidas como no remuneradas, que implica mayor desgaste físico y emocional.

Lo que se percibe al fomentarse una política integral de desarrollo social es que los grupos vulnerables (niños, niñas y mujeres), quedan protegidos legalmente frente a los procesos de explotación a los que se ven sometidos al laborar, explotación que rompe las normas legales.

Los hechos enunciados por el INE, indican que la niñez es considerada un grupo vulnerable, al igual que la mujer, para ser explotado laboralmente *"...alrededor de 507,000 niños y niñas trabajadores tiene entre 7-14 años de edad. De cada 100 niños y niñas en este grupo de edad, 20 trabajan (20%) 62 estudian (62.4%) y 18 no estudian ni trabajan (18%)".*⁹⁶

⁹⁶ Instituto Nacional de Estadística *"Entendiendo el Trabajo Infantil"* (Guatemala: Informe, Organización Internacional del Trabajo, 2003): 5-7

Algo muy importante es que casi 4 de cada 100, más de 12,000 niños y niñas trabajadores, tienen apenas 5 o 6 años de edad. Hay una incidencia mayor de niños y niñas trabajadores el área rural. De cada 100 trabajan 24 (23.9%), mientras que en el área urbana sólo trabajan 13 de cada 100 (13%). 27 de cada 100 son niños y niñas indígenas trabajadores.⁹⁷

Este diagnóstico estadístico breve indican que los niños están asumiendo responsabilidades de adultos al trabajar para enfrentar la necesidad familiar existente; ello conlleva otros riesgos como el trabajo infantil doméstico, con el cual las niñas del área rural indígena se ven obligadas a abandonar sus comunidades e incorporarse a tareas domésticas en un contexto donde los daños pueden sobrepasar la explotación por medio de jornadas laborales excesivas y llevarlas a ser objetos de abuso sexual.⁹⁸

Se ha comprobado la participación directa de la población infantil y adolescente en el sector de la economía informal, involucrándose en actividades que van desde maquilas, trabajo en casa y trabajo en los mercados. Dichos trabajos no se rigen por las leyes laborales y las actividades no están debidamente legalizadas.⁹⁹

⁹⁷ Ibid p7

⁹⁸ Instituto Nacional de Estadística, *“Estudio Cualitativo sobre el Trabajo Infantil en Guatemala”*, (Guatemala: Informe Final, Serviprensa, 2003): 38-39

⁹⁹ Ibid: 39-40

El peligro se da en que son explotados, sin gozar de ventajas que aseguran la salud mental, como por ejemplo el goce de vacaciones; sin beneficios de seguridad social, o acceso a la educación. En ocasiones, se ven expuestos a enfermar como resultado de su labor, y corren el riesgo de un desenlace fatal sin que haya responsabilidad del sector patronal ni para los niños ni para las familias de los mismos.

Por ello se han generado políticas laborales como mecanismos que contribuyan a que los miembros de la sociedad guatemalteca alcancen niveles de vida satisfactorios, y es obligación de todas las instancias, especialmente por los organismos del Estado, velar por su cumplimiento.

Ello implica una integridad ética y política; la aplicación de programas específicos de protección: acciones que incrementen el ingreso familiar; el aseguramiento de prestación de servicios de educación, acceso a la vivienda, equidad jurídica, y participación sociopolítica.

Poner en práctica políticas y estrategias que conduzcan a lo anterior evidenciaría un verdadero avance en el país. Sin embargo, solo con respetar las normas del Código de Trabajo, que establece los lineamientos generales legales para desempeñar un trabajo en condiciones humanas ya se estaría avanzando por la senda legal. Pero la ley no se cumple y los grupos más vulnerables sufren las consecuencias.

Es importante reconocer el papel que desempeña la figura femenina en la economía informal en el medio nacional. La posición de la mujer en la

organización económica y social es inherente a la relación que tiene con los recursos y los factores productivos, así como a los derechos y capacidades que posee en materia de acceso al trabajo y a los ingresos, es generadora de ingreso económico para el resto de la familia en su mayor parte.

En materia de salud es determinante considerar el papel de la mujer, visualizarse como una figura frágil en riesgo, que labora en igualdad de condiciones con el hombre. En el país no se concibe el aporte real del trabajo femenino, en especial el que desempeña incorporada en la economía informal.

Los estudios realizados en el medio indican que *"...la medición de la contribución económica de la mujer se puede iniciar identificando la oferta de trabajo disponible para la producción de bienes y servicios, que en términos de estadística oficial equivale a la población económicamente activa, como se sabe la PEA excluye a las personas que no contribuyen directamente en el mercado de productos y factores"*.¹⁰⁰

Por lo anterior queda demostrado que en el medio nacional el trabajo de la mujer no está completamente reconocido, y se torna en un elemento motivo de acción ineludible para los programas prioritarios de la salud.

Es preciso además conocer que la incursión de la mujer en trabajos por cuenta propia y trabajos familiares se produce en condiciones de precariedad,

¹⁰⁰ Edgar Pape Yabilat et al , *"Contribuciones Ocultas de las Mujeres a la Economía"*, (Guatemala: Magna Terra, 2001): 30

cuenta con restricciones que la catalogan de informales y en el medio representan el 55% de la PEA femenina.¹⁰¹

¹⁰¹ Ibid: 34.

4.

EL SUBDESARROLLO EN GUATEMALA: aspectos a tomar en cuenta para salud pública y la economía informal

El propio universo ha experimentado cambios que implican la necesidad de tiempo, la convergencia de leyes físicas y de reacciones químicas que renuevan la materia y se transforma es aplicable a la salud. La humanidad ha experimentado cambios trascendentales de producción y riqueza, para ello ha necesitado el tiempo, innovación e inversión en la población, como se puede realizar en el sector de la economía informal.

En otro orden, se nota que las condiciones adversas de la humanidad, en muchos casos, han generado espacios de bienestar posteriores a las crisis.

Este hecho, bien conocido, permite comprender que en Guatemala se está en proceso de evolución hacia el bienestar. Este cambio probablemente se da en forma lenta, y la relación establecida por las fuerzas de producción, pueden ser adversas y provocar daños; pero es necesario analizar y comprender esta realidad para transformar el contexto existente.

4.1. CARACTERÍSTICA GENERALES SOBRE EL DESARROLLO Y SUBDESARROLLO: DEMANDAS Y NECESIDADES EN LA SOCIEDAD GUATEMALTECA

El proceso económico de un país, independientemente de si es pobre o rico, capitalista o no, establece tareas básicas que son determinantes para comprender la dinámica interna del desarrollo y subdesarrollo, reflejo de ello es la salud, condiciones de trabajo, de vivienda, educación entre los elementales.

La teoría económica ayuda a comprender la vinculación que se da entre salud como parte del desarrollo la cual indica "*...en una sociedad, debe determinarse qué bienes y servicios se requieren, cuáles se deben producir, cuántos de cada uno, dónde y la forma en que deben producir*",¹⁰² para marcar el camino de bienestar social de un país; lo cual debe considerarse para un país como el nuestro, en especial en materia de salud.

Otro término importante que se debe definir y conocer para analizar el tema a tratar, es el que se refiere al Producto Interno Bruto o PIB porque en Guatemala la el Ministerio de Salud se le asigna un presupuesto en base a los ingresos que se tengan del mismo, se refiere al "*... valor monetario total de todos los bienes y servicios producidos dentro de los límites geográficos de una*

¹⁰² Banco Interamericano de Desarrollo "*política Pública*" (Guatemala: Editorial Universidad Rafael Landívar 2002) : 2.10.

país durante un año,"¹⁰³, el cual en el medio nacional se utiliza para establecer los avances en materia de desarrollo económico.

Su cálculo se establece valorizando la producción de todos los bienes y servicios finales a precio de mercado. La palabra *Bruto* se refiere a que no toda esta producción se halla disponible para el consumo y la inversión privada o pública, porque una parte se necesita para la reposición del equipo, bienes materiales e industriales.

Otro elemento que merece explicarse es el Producto Nacional Bruto (PNB) que se refiere a la parte del PIB que en efecto produce y gana, u obtiene por transferencia, la población. Esta es una medida adecuada para comprender el ingreso ganado por la población¹⁰⁴.

Estos términos económicos se relacionan con el subdesarrollo y el desarrollo, se parte del hecho de que una economía subdesarrollada, "...posee características como:

- *Rápido crecimiento poblacional*
- *Escasa industrialización*
- *Indicadores de salud de daño acentuados por procesos prevenibles*

¹⁰³ Michel P. Todazo, "Economía Para el Mundo en Desarrollo", (México DF.: Editorial Olimpia, 1987): 39

¹⁰⁴ Todazo :123

- *Bajo ingreso per cápita.*" ¹⁰⁵

La economía subdesarrollada se presenta con una estructura primaria y dual. Su funcionamiento se caracteriza por la inestabilidad y la dependencia, difícilmente puede romperse el círculo vicioso de la pobreza analizándolo bajo la teoría y elementos descritos anteriormente.

Esto es aplicable para Guatemala que llena, en materia de perfil económico social, las características anteriores. Su estructura primaria de producción se centraliza en lo agropecuario y recursos no renovables de origen extractivo (por ejemplo la minería que presentó un auge en el 2006), pero también ha incorporado rasgos de modernismo capitalista, (industrialización), aunque no de beneficio de toda la población, lo que indica una sociedad capitalista con lento progreso.

Se comprende que el subdesarrollo nacional se marcó desde épocas de la dominación española y continuó así luego de la independencia, lo que marcó el tipo de desarrollo económico imperante.

Así lo expone el especialista Severo Martínez según lo expone el estudio del Instituto de Investigación Económico y Social: "*... no es extraño, pues, que los distintos grupos de la sociedad centroamericana de principios del siglo XIX*

¹⁰⁵ Anónimo, "Interpretación Socioeconómica del Subdesarrollo, Problemas Socioeconómicos No9", (Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, 1982): 6

asumieran actitudes diversas, y hasta contradictorias entre sí, en la lucha por la independencia para los grupos que se encontraban cerca del poder, y que finalmente lo tomaron, fuera una prolongación relativa de la vieja dependencia interna para los grupos oprimidos. Siendo los grupos terratenientes los que tomaron el poder y se ha mantenido por mucho tiempo”.¹⁰⁶

Teniendo clara una explicación del origen del subdesarrollo nacional es necesario no confundirse en cuanto a los términos subdesarrollo con pobreza, así lo expone el experto doctor Ricardo Rodríguez Amado “...la pobreza y el subdesarrollo, a pesar de estar estrechamente ligados como concepto, no son lo mismo. No en todos los países considerados como subdesarrollados los habitantes son necesariamente pobres, sin embargo los países pobres si son subdesarrollados”.¹⁰⁷

La pobreza¹⁰⁸ está asociada a: “1.) bajo nivel de activos y lento crecimiento económico, que reducen las oportunidades para los pobres; 2.) la exclusión de las esferas institucionales, sociales y políticas; y 3.) la vulnerabilidad a los riesgos y las crisis”.

¹⁰⁶ Instituto de Investigación Económico y Social, “La independencia es un largo y penoso proceso”, (Guatemala: Facultad de Ciencias Económicas, 1999): 59-61.

¹⁰⁷ Rodríguez Amado: 251

¹⁰⁸ *Ibíd.* : 251.

En una sociedad subdesarrollada la relación de las fuerzas de producción (relación hombre, recursos y fuerzas naturales de producción) son dependientes, y las relaciones de producción, comprendidas como las relaciones de los seres humanos entre sí, no alcanzan un pleno proceso evolutivo.

Aún persiste un desorden interno, lo que no permite crecimiento y por ende se inhibe el progreso social, y las relaciones de producción se encuentran subordinadas al modo de producción existente en un sistema "*...al modificarse aquéllas, se modifican las relaciones de producción, es decir, la forma en que se realiza la producción de bienes materiales*"¹⁰⁹ al crecer las relaciones de producción es preciso plantearse la destrucción de las caducas relaciones de producción que obstaculizan el desarrollo, generando por evolución nuevas relaciones de producción.

En un país con subdesarrollo los indicadores de salud, de expectativa de vida, marcan un límite de 60 años de edad. Este no es superado por la mayoría de la población y es evidente que es una consecuencia de la dependencia económica y del escaso avance en materia social.

Otros indicadores importantes son la mortalidad infantil y morbilidad general. Estos arrastran daños directos en la población como lo son las enfermedades prevalentes en el medio nacional, entre las que se encuentran

¹⁰⁹ Luis Díaz Filande "*Dialéctica del Subdesarrollo*" (San José: Editorial Universitario Educa, 1971):128-130

la desnutrición, malaria, diarreas, enfermedades respiratorias y muertes maternas; las cuales no se superan sin medidas de ajuste social e institucional drásticas que involucran cambios en la estructura económica.

Existen condiciones que frenan el proceso de desarrollo como: carencia de capital, que involucra la dotación de factores productivos "*...(capital y trabajo), crecer (fenómeno cuantitativo) incorporando unidades adicionales productiva sobre todo trabajo, implica mejoras en el capital humano, y servicios. Existen categorías que definen los proceso de subdesarrollo el cual se comprende en definitiva lo opuesto al desarrollo*".¹¹⁰ Que es lo que se vive en Guatemala, como país.

Una limitante para alcanzar un proceso importante de desarrollo es contar con una población demasiado joven generando una tasa de dependencia que retarda el crecimiento económico e impide que se generalicen los esfuerzos de educación y capacitación profesional, la distribución de la renta y la riqueza, no se da en forma uniforme las condiciones de pobreza y los bajos niveles de vida se asocian a el hecho concreto de contar con un trabajo productivo.

Este proceso evolutivo en Guatemala, se da a un ritmo lento que probablemente no ha dejado claro los objetivos sociales y económicos que deben reajustarse para superar y encausarse al desarrollo como país es por ello que debe recordarse que lo que se quiere es alcanzar el desarrollo pleno, y para ello debe comprenderse que "*...este tiene lugar cuando el incremento en*

¹¹⁰ Sergio Ricosa, "*Diccionario de Economía*" (México DF: Siglo Veintiuno, 1990): 142-143.

porcentaje, a largo plazo de la producción total del ingreso nacional es igual al incremento en porcentaje, a largo plazo de la población” ¹¹¹ con equidad para que esto se transforme posteriormente en bienestar social aunado a un desarrollo social pleno.

Otra característica importante es la agricultura como factor primario de producción en un país¹¹², En la renta total de un país subdesarrollado este indicador puede rondar el 30%, porcentaje que en el caso de los servicio supera el 55%. A medida que avanzan los países, suele perder peso el sector primario (es decir, la agricultura) y este cambio estructural permite liberar recursos al sector más productivo: el sector industrial. Este es un fenómeno observado en la economía guatemalteca, no como un proceso acelerado pero sí se ha observado avance lento en el mismo.

Como segundo componente, dentro del presente estudio, se debe comprender el desarrollo, como opuesto al subdesarrollo, para profundizar en el análisis. El desarrollo varía de acuerdo con las políticas de cada país para lograrlo, expone el experto doctor Ricardo Rodríguez “...*algunos se han inclinado por seguir la línea de desarrollo económico, otros por los índices de*

¹¹¹ *Ibid.*: 143

¹¹² *Ibid.*:142-143.

*desarrollo humano que incorpora todos los aspectos del bienestar de los individuos, desde el estado de salud hasta la política social y económica".*¹¹³

En primer lugar, se establece la existencia de una línea de dirección del componente de desarrollo, que no debe confundirse con crecimiento económico, porque, este es únicamente una medición porcentual del PIB o PNB per cápita y por ello implica un crecimiento de ambos en el desarrollo, lo que tiene como efecto cambios cualitativos en la población.

Analizando las características propias del desarrollo, con base en su componente estructural se toman en cuenta:

- El tamaño del país.
- Su evolución histórica.
- Sus dotaciones de recursos físicos y humanos.
- La importancia relativa de sus sectores públicos y privados.
- La naturaleza de su estructura industrial.
- Su grado de dependencia frente a las fuerzas económicas y políticas existentes dentro del país.

4.1.1 DEMANDAS PARA EL SECTOR DE LA ECONOMÍA INFORMAL.

En Guatemala, la economía informal surge como fenómeno debido a las relaciones sociales de producción que se establecen en la sociedad con rasgos

¹¹³ Rodríguez Amado: 251

de capitalismo en evolución; y a que no existe una respuesta plena para cubrir la demanda de trabajo de la población.

Es evidente que es una respuesta de incorporación de la población que no encuentra inserción en el trabajo formal debido a sus características "... de crecimiento económico concentrado, excluyente y un agotamiento del modelo de producción, y una limitada intervención estatal, unidades individuales humanas de baja calificación como un principal fenómeno de la fuerza de trabajo un factor de segundo lugar como causa, predominante en nuestro medio".¹¹⁴

Todos los países subdesarrollados, incluyendo a Guatemala, persiguen el objetivo de desarrollo traducido en estabilidad económica, progreso científico y bienestar social; que involucra componentes que sobrepasan el aspecto material y financiero de la vida de los individuos. Es aquí donde la institución de salud pública, como reflejo del régimen económico imperante, debe realizar amplios esfuerzos para mantener un equilibrio de eficiencia.

La importancia de hacer inclusiva la protección especial para la población de la economía informal se centraliza en el hecho de que este sector "...es un ejército de reserva industrial, población excedente que no se incorpora a la industrialización y capitalización (no se invierte en este sector porque se genera

¹¹⁴ Bastos, Santiago y Canus, Manuela; "La Exclusión y El Desafío, Estudios Sobre Segregación Étnica y Empleo en Ciudad de Guatemala", (Guatemala: Editorial. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 1998): 6.

*gasto en salarios y prestaciones de ley). Es por ello que se hace imperante la protección universal individual y familiar para dicho sector incorporando procesos paralelos de educación, vivienda, y concientización para alcanzar sus objetivos mínimos vitales”.*¹¹⁵

4.2. LOS INDICADORES ECONOMICOS SOCIALES EN GUATEMALA: LA SALUD PÚBLICA

El experto en salud Paulo Marchiori Buss expone que el daño en salud está en relación con los condicionantes de bienestar económico: “...*las desventuras económicas y sociales que enfrentan nuestras poblaciones repercuten fuertemente sobre la salud. Los grupos socioeconómicos menos favorecidos muestran tasas morbilidad y mortalidad claramente excesivas en todos los grupos étnicos así como en todos los bienes esenciales para la vida*”.

Lo anterior implica que no es únicamente un proceso de agregados de crecimiento económico sin planificarse adecuadamente, o cambios parcializados económicos, lo que va a transformar positivamente la salud poblacional para los grupos más vulnerables.

En Guatemala, como país en vías de desarrollo, para estimar el daño en materia de salud se trabaja con medidas estadísticas relacionadas con el

¹¹⁵ Anónimo, “*Foro Económico de Política*”, Septiembre 28 2006. <http://www.red-vertice.com/fep/textos/apuntes>

ingreso, pero esto no es muy específico y tiende a simplificar los problemas. Medir el subdesarrollo permite colocar al país en escalones de desarrollo “...vitales, económicos, y sociales estos son de importancia en un país”¹¹⁶ porque permiten establecer diagnósticos oportunos para generar políticas, planes y programas que eliminen el daño en poblaciones vulnerables.

Los indicadores sociales indican lo siguiente: la expectativa de vida del país en 65.87 años para el quinquenio 2000-2005; la diferencia por sexo indica un predominio de 5.86 más de vida para las mujeres —que llega a los 68.87— que para los hombres, de 63.1; la tasa de crecimiento poblacional, en 27.40 x 100 habitantes, aunque existe la tendencia a disminuir para el quinquenio 2000-2005 que se estimó en 25.76 por 1000 habitantes. La tendencia en la concentración poblacional hacia la capital es del 22.1%, esto es así porque la capital continúa siendo un polo de atracción laboral¹¹⁷.

Los indicadores económicos en Guatemala se relacionan con el grado de desenvolvimiento¹¹⁸, y aplicando la teoría se agrupan en dos categorías: los que tienen que ver con la estructura productiva (calificación de la mano de obra

¹¹⁶ Anónimo, “*Interpretación Socioeconómica del Subdesarrollo, Problemas Socioeconómicos No9*” (Guatemala: Universidad de San Carlos, 1982): 22

¹¹⁷ *Ibid.* : 23.

¹¹⁸ Organización Mundial de la Salud, “*Perfil del Sistema de Servicios de Salud en Guatemala*”, (Guatemala: Organización Panamericana de la Salud, 2001), <http://www.lach.org/doc> Informe (septiembre 24 2006)

disponible por limitación de oportunidades educacionales) y los relacionados con la disponibilidad de bienes y servicios.

En este último componente, de vital importancia para el análisis del acceso de la economía informal al sistema de salud, se ha estimado que el número de pobres aumentó en 500 mil personas, mientras que la pobreza se mantuvo en 2.8 millones de personas.

La prestación de servicios, que es claramente un indicador social, en Guatemala se divide en tres subsectores poco articulados entre sí. Ninguno ejerce una hegemonía en términos de cobertura o recursos financieros, el subsector público, conformado por el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Guatemalteco de Seguro Social (IGSS) –semiautónomo-, y el subsector privado, que se divide en lucrativo y no lucrativo.

Se ha estimado la cobertura en salud y que el MSPAS¹¹⁹ “... cubre el 71% de la población total de la siguiente forma aproximadamente: 5.6 millones de personas institucional y 25% que corresponde al 3.1 millones de personas por medio de extensión de cobertura, para el seguro social se estima que cubre el 8.2% equivale a 1.01 millones de personas y los sanatorios y hospitales privados tienen una cobertura de 8.2% , pero lo mas preocupante es la población si acceso al sistema de salud que se estima en 1.6 millones que corresponden al

¹¹⁹ Angel Sánchez, "Agenda Legislativa en Salud Pública, Periodo 2001-2012", (Barcelona; Editorial. Solidaridad Internacional 2001):15-18

13% de la población total ". siendo un grueso poblacional que aumenta año con año.

4.3. NECESIDAD DEL CAMBIO EN SALUD PUBLICA PARA PROTEGER AL SECTOR INFORMAL

El sistema de salud requiere recursos para su funcionamiento, pero también es esencial aprovechar eficientemente los recursos existentes, optimizar lo que se tiene, pues los recursos son escasos, en especial en los componentes sociales. En lo económico, lograr mayor expansión y tecnificación, recursos humanos calificados para avanzar y superar los indicadores existentes que reflejan el subdesarrollo.

En el subdesarrollo todos los procesos de desarrollo humano son limitados, en especial para los más pobres; no hay capacidad de ahorro, se perciben salarios que no superan, incluso, un dólar diario para subsistir, lo cual no permite comprar lo necesario para sobrevivir, lo que en Guatemala se identifica como canasta básica de alimentos, generando con ello problemas de salud que requieren atención inmediata.

Para fundamentar este aserto basta evocar la situación de las poblaciones rurales de Guatemala que se encuentran alejadas físicamente de los centros dinámicos de desarrollo, salud, educación, financiamiento, etc.

Está comprobado que la persona humana no puede bastarse a sí misma en su apetencia corporal y espiritual, expone el analista Francisco Pérez¹²⁰, necesita y reclama el concurso de la sociedad para suplir las deficiencias en la realización de su programa de vida.

El fin supremo del hombre es obtener el bien y la verdad como persona individual, y la sociedad es la unión moral de individuos que buscan el bien común¹²¹, este pensamiento debe reflejarse en las instituciones que prestan un servicio social.

Por décadas los expertos en políticas sociales han incorporado el término exclusión social, adoptado para muchas ciencias, pero su intención primordial es referirse a las poblaciones en situación de desventaja social en cualquier parte del mundo. Por eso el sector de la economía informal, conocido como economía subterránea, o negra, no aparece oficialmente como tal.

Si como fenómeno aún es poco analizado y estudiado, no es objeto específico de medición como tal por los expertos en economía nacional: lo que sí se sabe es que son sectores poblacionales en desventaja social, (pobreza, marginación, precariedad e infraclass, desposeídos de las condiciones de protección social).

¹²⁰ *Ibíd.* : 531

¹²¹ Víctor Afanasiev, "*Fundamentos Filosóficos*", (México DF: Editorial Siglo Veintiuno 1985): 59

Por ello es necesario ampliar la cobertura de política social, ya que el sector merece ser atendido socialmente.

Bajo el sistema actual una parte de las clases populares están protegidas de la contratación y despido arbitrarios, y libres de la práctica forzosa de otras actividades económicas para aumentar sus ingresos. Pero la gran mayoría carece de protección económica. Y lo que es más importante aún:¹²² estas condiciones no dependen del equilibrio entre el capital y los trabajadores, sino que se han institucionalizado, tanto que es normal que existan como tal, lo cual puede ser una trampa para la economía informal, bajo el pretexto de una nueva economía, y la descripción de sus características se lleva a cabo sin una consideración de la acción de las agencias del estado.

4.3.1 FUNCIONALIDAD PROPUESTA

En el medio nacional se hace imperante que las leyes que amparan las prestaciones de servicios deben ser reformadas para cubrir este sector. Se ha demostrado en estudios básicos de salud que existe exclusión en el acceso a la salud.

- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, depende del poder Ejecutivo y fue creado para ejercitar la rectoría del sector salud, es un proveedor gratuito de salud preventiva y curativa que ha involucrado

¹²² Alejandro Portes. et al "*La Economía del Rebusque*" (San José: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 1988): 8

reformas basándose en los Acuerdos de Paz, y de ellos derivan los procesos de extensión de cobertura. Pero aún con este esfuerzo se observa que la inmensa mayoría de personas dedicadas a la actividad marginal comercial continúan olvidadas tanto por el ministerio como por el resto de la sociedad.

- El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, como entidad semiautónoma de salud, financia su funcionamiento por medio del pago de las cotizaciones de patronos y trabajadores, quienes por medio de sus aportaciones hacen funcional el sistema de prestación de servicios para los legalmente inscritos en el medio económico formal. Además de las especialidades y prestaciones esenciales, el seguro social provee cobertura por accidentes y de servicios de maternidad aunque no para todos los departamentos del país, pero lamentablemente, el sector informal se encuentra marginado.
- El sector privado que presta servicios de salud se divide en lucrativo y no lucrativo, incluye una gama de servicios diagnósticos y tratamientos especializados pero su costo es excesivamente alto para el sector de la economía informal, si demandara servicios de esta categoría. Las instituciones no lucrativas, ONG, se concentran con mayor frecuencia en dotar al interior del país con cobertura, bajo la dirección y coordinación del

Ministerio de Salud que en ocasiones paga la prestación de servicios de salud.

- En Guatemala el sistema de seguros privados, como opción para la atención en salud, no está plenamente desarrollado y es accesible solo para personas insertas en una relación laboral estable, que tienen ingresos que les permiten solventar tales gastos; generalmente se trata de personas de clase media alta, y alta. Esto, en el medio nacional representa el 1% del gasto privado de los hogares.

El gasto privado en salud es una inversión directa que sale del bolsillo de los usuarios para los proveedores de servicios. El grupo de mayores recursos económicos tiene opciones de salud fuera del país, y optan por el sistema de clínicas y hospitales privados. Está demostrado que las personas de menor ingreso preferentemente acuden a las farmacias donde les recetan sin que medie la intervención de un médico.

Al abordar el tema de salud se estima que se le da mucha importancia a las instituciones como tales, sin abordar los componentes que hacen funcional la salud pública en una población. Si se analiza teóricamente se piensa que son importantes, pero se pierden de vista, dentro de la miopía del sistema, procesos vitales como la educación, utilización eficiente de los recursos, asignaciones

presupuestarias acordes al crecimiento de acciones institucionales, o el proceso de renovación tecnológica.

El sector salud en Guatemala es funcional por la inversión directa que el Estado realiza en sus instituciones, según lo explica el experto en salud, Daniel Lopez *"...además de que el sector salud consume una parte del PNB de cualquier país, hay una gran falta de equidad en la distribución y el uso de los recursos. Asimismo los recursos no siempre se gastan en forma eficiente"*¹²³ los elementos que hacen eficiente a un sistema no se ubican siempre en componentes financieros.

Es necesario un autoexamen del sector público que permita perfilar la funcionalidad del sistema, ya que en Guatemala el sistema es amplio en prestación de servicios, cuenta con tecnología adecuada para la atención especializada en materia de salud clínica, pero no se han ordenado los procesos existentes, se han sometido los componentes de salud a procesos políticos desgastantes, se ha abandonado el quehacer de reorientar la prestación de servicios con factor humano de calidad.

Se abandona el eje central que es el usuario, el demandante del quehacer de la salud, el motivo de existir para un sistema eficiente de salud estatal.

¹²³ Daniel López et al *"La Reorientación de los Sistemas y Servicios de Salud con Criterios de Promoción de la Salud: Componente Decisivo de las Reformas del Sector Salud"* (México DF: Editorial Organización Panamericana de la Salud, 2000): 2

Por lo anterior, la funcionalidad propuesta se centra en dos ejes centrales propuestos por la investigadora:

- Auditoría estatal permanente en la ejecución del gasto con información oportuna a la población.
- Reordenamiento del quehacer de la salud y sistemas afines.

4.3.2 INCURSIÓN DEL SECTOR INFORMAL EN EL CAMBIO

En Guatemala es una realidad la existencia de sectores informales, que por razones de carácter limitante, por no contar con recursos y no poseer los medios para obtenerlos, se incluyen en los grupos de pobreza.

Componentes como el acceso a la educación formal, son consideradas fracturas importantes que limitan las oportunidades de trabajos competitivos en el medio nacional; además el crecimiento poblacional acelerado se combina con un crecimiento lento y un incremento relativo a las oportunidades de desarrollo humano.

El sector informal, que es el motivo de la presente investigación, es en este caso un actor primario decisivo que debería tener una participación activa en la demanda de servicios vitales educación, salud, vivienda. No ha expresado,

por falta de conocimiento, por falta de iniciativa, su deseo de hacer valer sus derechos humanos.

Los expertos en economía de la salud como Victor Fuchs, según lo dicho por Vicente Navarro, explican que *"...el deseo popular determina lo que ocurre y lo que no ocurre en el sector sanitario norteamericano. En el marco de esta interpretación, asegura que Estados Unidos no cuenta con un programa nacional de salud (un programa sanitario completo y universal a cargo del gobierno) porque el pueblo norteamericano no lo desea"*.¹²⁴

Este es un ejemplo claro de voluntad popular donde el usuario del sistema decide lo que le conviene, no permite que otros decidan por ellos como ciudadanos.

En Guatemala se debe promover un valor del componente de la salud, comprendida como bienestar social, de tal manera que las personas integren a sus esquemas mentales el hecho de que cada ciudadano debe participar en decidir lo que desea en la prestación de servicios de salud, que quiere en materia de salud, que tipo de atención desea, y si es factible contar con un proceso de refinanciamiento impulsado por cooperativas o microcreditos. Luego se organizaría una especie de votación, como si fuese un proceso electoral y en que podría expresar su voluntad en materia de organización, ejecución (velar por

¹²⁴ Vicente L. Navarro, *"Sistemas de Salud en los Países Desarrollados Salud Pública"*, (México DF: Editorial McGraw Hill, 1988): 915

la transparencia del gasto), y evaluación del sistema de salud; donde se les permita hacer valer sus intereses de grupo.

El análisis realizado en el proceso de cambio indica que es más que necesario poner en marcha la reforma de salud; la rectoría del Ministerio de Salud debe hacer valer lo establecido en el Código de Salud aprobado desde 1997, que conlleva la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones prestadoras de servicios en Guatemala, o bien retomar el proceso de reformas de salud ya encaminadas en 1989, enfocando su actividad central en la descentralización administrativa financiera y establecer proceso de coordinación de los sectores del sistema de salud por medio de consejos locales.

4.4. LA GLOBALIZACIÓN: ASPECTO A TOMAR EN CUENTA PARA LA ECONOMÍA INFORMAL Y SALUD

Partamos del concepto mismo de globalización “... proceso por el cual el predominio del pensamiento económico de libre mercado a nivel mundial, determina las relaciones de interdependencia económica y comercial entre naciones, superando la tradicional segmentación del análisis económico y las barreras de las fronteras”¹²⁵; es la presencia de relación económica, a través de los mercados de diferentes países de bienes, servicios y capital, sin limitaciones fronterizas.

¹²⁵ Anónimo, “Globalización”, Septiembre 23, 2006. <http://www.definición.Org/globalización-económica>

La esencia de esta teoría se centra en la disponibilidad de recursos para la producción, en la que el empresario se beneficia porque cada uno produce donde encuentra mayor eficiencia y a un bajo costo. Esta teoría económica funciona bajo este enfoque teórico.

Cuando se trata la globalización se tiende a pensar en apertura comercial sin límites, competitividad, productividad con calidad, e innovación tecnológica, y social, pero esta temática es de preocupación para cualquier sector dedicado a la ciencias sociales.

Así lo explica el sociólogo José Miguel Candida, quien expone “...la preocupación por el futuro del trabajo humano no es nueva. La discusión sobre las condiciones actuales del mercado laboral y en particular el debate acerca de la no centralidad del mundo del trabajo en relación a otros espacios de la vida social se ha ido entrapando en dos posiciones extremas. Uno de estos enfoques afirma que la humanidad está viviendo un proceso cuyo hilo conductor es el ingreso en la sociedad del no trabajo”.¹²⁶

¹²⁶ José Miguel Candida, “Globalización y Trabajo: Hacia un mundo sin empleo” (México DF.: Editorial Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Revista pista No.12, 2004): 10

Lo cual es más que preocupante por las repercusiones que se experimentan frente a una economía sin límites, si no se tiene la capacidad y habilidades para competir.

Las reformas económicas impulsadas con mayor auge a partir de los años 90 provocaron un incremento de la economía informal, expone el experto en economía Ian Vásquez *"...la organización internacional del trabajo reportó que a principios de la década, 1990 un 52% del sector laboral estaba en el sector informal y que llegó casi a un 60% a finales de esa época"* ¹²⁷ esto se expone como ejemplo de qué sucede cuando las reglas no son claras en las políticas económicas y en las instituciones de un país, fenómeno que se ha experimentado en casi toda Latinoamérica.

La disminución del empleo convencional y la reducción de las ocupaciones asalariadas representan una tendencia visible de forma de trabajo subterránea que está destinada a ser dominante en las próximas décadas.

Por ejemplo: expone el sociólogo Candida *"...en enero del 2004 la OIT dio a conocer un informe en el cual señala que el desempleo es de casi 190 millones de personas, en todo el mundo. El comportamiento del empleo formal*

¹²⁷ Ian Vásquez, "Definición de Economía Informal", Octubre 10 2006, <http://www.elcato.org/node/1244>

es francamente raquítico, aún en aquellas economías capitalistas que experimentaron recuperación en el segundo semestre del 2003”.¹²⁸

Se expresan como ejemplos de proceso de economía libre los que se experimentan en Latinoamérica. Se han desarrollado experiencias de una política económica de mayor dimensión a los niveles comerciales locales, como el que se trata de impulsar para el comercio de las regiones latinas denominado área de libre comercio para las Américas –ALCA– pero que encuentra oposición por el MERCOSUR, integración comercial entre países de América del Sur; y en la actualidad surge el proyecto bajo el nombre de “*Acuerdo Comercial de los Pueblos*” en el marco de la alternativa Bolivariana para las Américas integrado por Venezuela, Bolivia y Cuba.

En Guatemala las expectativas de apertura ante el nuevo proceso son de optimismo para algunos sectores, pero existen condiciones que no son del todo propicias para el proceso demandado, a excepción de algunos sectores industrializados que son los sectores con respuesta tecnológica y recursos financieros sólidos para establecerse en el marco competitivo que demanda el proceso de globalización.

Lo que preocupa en materia de salud pública es la salud mental y física que se puede traducir en daño al no incorporarse la población en actividades

¹²⁸ Candida: 10

laborales remuneradas dignamente, los expertos en el tema indican como lo expone Saúl Osorio Paz "...la trampa de la globalización, calcula que 20% de la población activa en el próximo siglo bastará para poder poner en marcha la economía mundial, el 80% restante de la población activa quedara formando parte de un inmenso ejército de reserva" ¹²⁹

Existen condiciones que demuestran lo precario de la situación laboral como Subempleo (no se debe confundir con desempleo pleno – trabajo parcial) de acuerdo a la Quinta Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos (ENEI), revela que el 16.25% de la PEA se encuentra en esta condición. ¹³⁰

Las estadísticas oficiales indican que la situación de desempleo, factor propicio para la incorporación a la economía informal en Guatemala, es de tres de cada diez guatemaltecos que buscan trabajo activamente y no lo encuentran (3.1% es la tasa de desempleo abierta).

Según el experto Sigfrido Lee, gerente general del Instituto Nacional de Estadística (INE), el problema del contexto laboral se refiere a la calidad de empleo con la que cuentan los guatemaltecos, pues de los 4.99 millones que

¹²⁹ Instituto de Investigación Económica y Social, "Globalización y Subdesarrollo", (Guatemala: Editorial Facultad de Economía Universidad de San Carlos, 1999): 27.

¹³⁰ Candida: 12.

tienen trabajo (PEA) unos 811 mil 136, que representan un 16.25% están subempleados¹³¹.

Esto limita la oportunidad de contar con un salario estable y justo, lo que tendrá como consecuencia la reducción del gasto familiar en componentes prioritarios como salud, se visualizará en la población del sector sin trabajo estable como una necesidad no prioritaria, si no de demanda cuando el daño físico se establezca plenamente.

El experto Fort Meredith expone que el tratado de libre comercio tendrá en el componente de salud y expone "*...entender el impacto potencial en la salud y desarrollo de la población bajo los nuevos tratados de libre comercio, se puede observar la experiencia de México, Canadá, y los Estados Unidos, el tratado ha tenido un impacto negativo en agricultores y en la capacidad del gobierno del proteger la salud pública. Estados Unidos subsidia a su sector agrícola con mas de 30\$ billones cada año, los agricultores de México no han podido competir como resultado han tenido que dejar de trabajar y han viajado a áreas urbanas o al norte para buscar trabajo*"¹³²

En salud esto es preocupante porque en Guatemala aun las condiciones de respuesta en demanda de atención son limitadas para la población nacional, por lo que se debe pensar que el sector informal aumentará drásticamente si las

¹³¹ Ana Maria Monroy, "Subempleo Afecta a 811 Mil Trabajadores", *El Periódico*, jueves 23 de Junio 2005, :30 columna 1

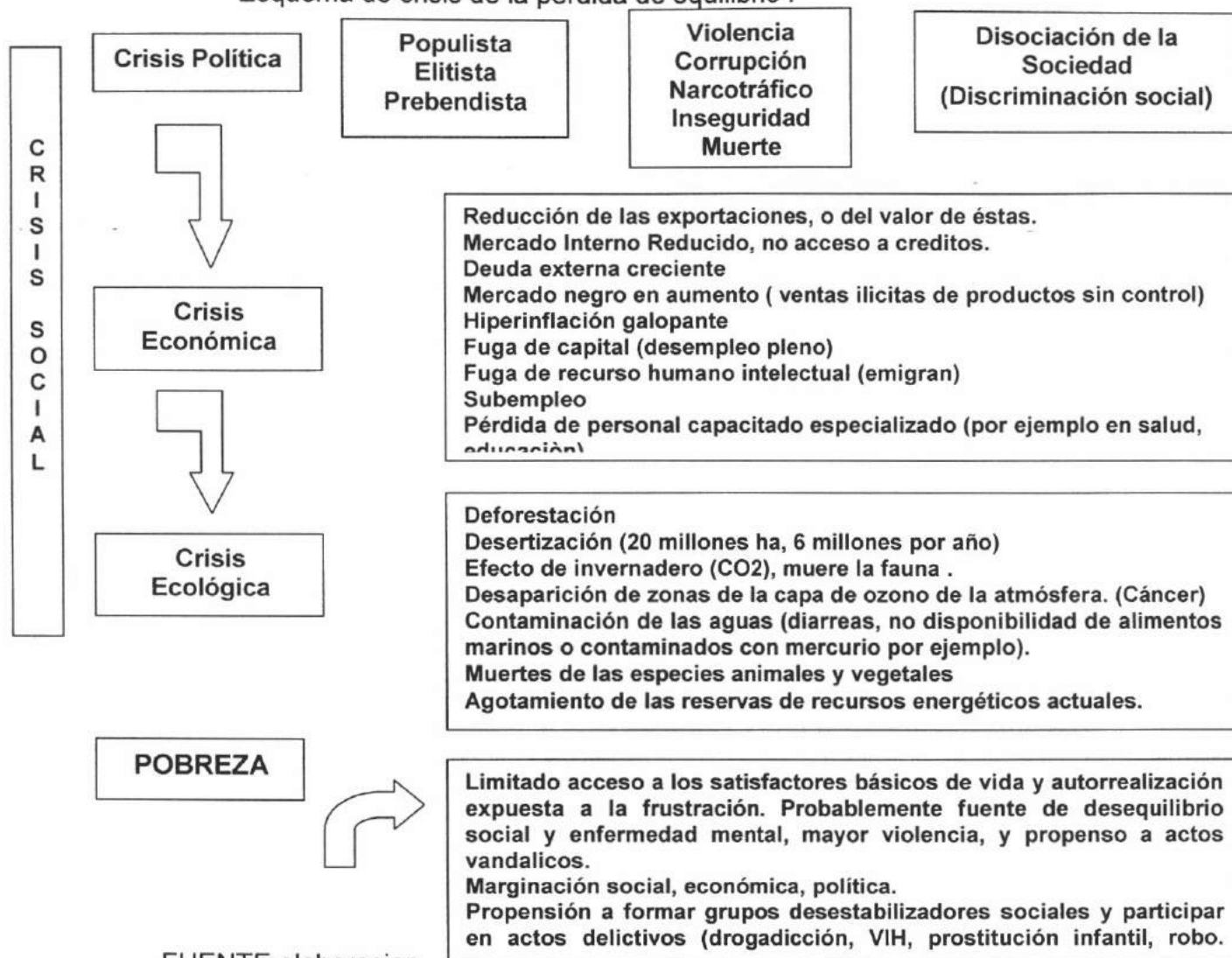
¹³² Órgano de Análisis Político, Información y Divulgación de la Instancia Nacional de Salud. "*Tratado de Libre Comercio una Amenaza a la Salud de la Población, No8*", (Guatemala: Magna Terra, 2003): 6

microempresas, entes individuales, no encuentran una estabilidad laboral; los problemas de salud y sociales (incremento de delincuencia, violencia, prostitución, drogadicción) derivados de ello serán de mayor trascendencia, lo que probablemente demande nuevos retos de prestación de servicios públicos y especializados.

4.5. CRISIS SOCIAL EN LOS SISTEMAS ECONOMICOS Y SUS EFECTOS EN: EL SECTOR INFORMAL

El siguiente es un ejemplo de cómo se puede generar situaciones de daño social y provocar una enfermedad llamada pobreza, a la cual cualquier ser humano desprovisto de los elementos esenciales de desarrollo humano (salud, educación, vivienda, justicia social), se enfrenta como daño a su desarrollo.

Esquema de crisis de la perdida de equilibrio .



FUENTE.elaboracion
Propia

4.6. LOS SATISFACTORES SOCIALES EN GUATEMALA: UNA NECESIDAD EN LA ACTUALIDAD PARA HACERLE FRENTE A LA CRISIS DE SALUD PÚBLICA

Guatemala presenta una diversidad de características sociales y culturales. Existen más de 20 grupos de población que tienen sus propias costumbres e idiomas y se reconocen 4 grupos étnicos: maya, ladino, xinca y garífuna. De acuerdo al censo del año 2002, "...se estima que el 34.98% de la

*población es urbana y 65.02% vive en el área rural, la pobreza se situó en un 56.2% y la extrema pobreza en un 15.70%, con una mayor proporción en los sectores indígenas".*¹³³

En respuesta social, la Constitución Política de la República de Guatemala establece en sus artículos 93, 94, 95, 96, 97, 99, el derecho a la salud; donde el derecho a la salud es considerada una orden máxima del estado, y la obligación del estado para el bien publico.

En las reformas del sector salud se hace énfasis en la atención a la población de bajos recursos y se considera prioridad *"...la lucha contra desnutrición, saneamiento ambiental, la salud preventiva y la atención primaria. Así la política de desarrollo social y poblacional, en materia de salud, respalda valores de protección como: la igualdad, la equidad, la libertad, la familia, el derecho al desarrollo, los grupos de especial atención y la descentralización, considerado un elemento vital que se asumió como estado en la época de los 90".*¹³⁴

En el medio estatal los componentes legales específicos que establecen el quehacer en el contexto de la salud, se encuentran en el Código de Salud y la Constitución Política de la República.

¹³³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Protección Social en Salud", (Guatemala: editorial Asdi, 2002): 5-7

¹³⁴ Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Foro Internacional "La Reforma del Sector Salud" (Guatemala: Editorial, Organización Panamericana de la Salud, 1999): 105.

En su artículo 4, el Código enfatiza que es obligación del estado el velar por la salud de sus habitantes bajo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad *“En el mismo artículo 4 se explica la prestación de los servicios, en especial a sectores de bajos ingresos económicos, y en el artículo 17 el Código de Salud establece como una función vital del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el formular políticas nacionales de salud, dictar medidas a través de leyes y reglamentos para la protección de la salud de sus habitantes, desarrollar acciones de promoción, prevención, recuperación, y la rehabilitación de la salud”*.¹³⁵

Las herramientas legales existen en el medio estatal, como se ejemplificó en el párrafo anterior, este proceso permitiría activar decisiones políticas en beneficio de los más vulnerables como grupos sociales, en este caso específico los grupos inmersos en la economía subterránea.

Las plataformas legales que amparan la protección a todo ciudadano guatemalteco son amplias y su prestación se centra en bases sólidas, con el firme propósito de proteger, conservar y mejorar la salud del pueblo.

¹³⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social /Organización Panamericana de la Salud *“Perfil de la Situación Ambiental de los Niños en Guatemala”* (Guatemala: editorial. OPS, 2003): 2-4

Otro componente legal investigado fue el concerniente al Código de Trabajo¹³⁶, el cual establece en su artículo 37 "*...convenio 122 ratificado ante la OIT sobre la política de empleo, que se debe estimular el crecimiento y desarrollo económico, la elevación del nivel de vida, la satisfacción de necesidades de la mano de obra, resolver el problema del desempleo y del sub empleo, y de llevar a cabo políticas activas destinadas a fomentar el pleno empleo*", productivo libremente elegido siendo el Ministerio de Trabajo el responsable de velar por el cumplimiento de ello .

No debe olvidarse que todo Estado debe garantizar plenamente el desarrollo humano pleno" comprendido como el proceso que amplía la libertad de las personas y de las comunidades para que en base a esa selección alcancen, de acuerdo a sus capacidades, valores, vidas creativas y plena satisfacción al contar con acceso a satisfactores esenciales como lo es la salud, trabajo digno y educación.

4.7. LA SALUD PUBLICA UN ENTE SISTEMATICO DE RESPUESTA SOCIAL PARA EL SECTOR INFORMAL

El Ministerio de Salud Pública, es una institución que ejerce una eficiencia en sus acciones, en base a sus políticas altamente organizadas, que define sus acciones en forma sistemática y hace conciencia en todos los elementos que

¹³⁶ Anónimo, *informe 2003/Ministerios*. <http://www.segeplan.gob.gt> (10 de diciembre 2005)

integran su organización para alcanzar los propósitos convenidos en beneficio de la respuesta social del país.

Es importante comprender cómo funciona un sistema, conocer sus elementos vitales y para qué existen.

Se parte del hecho de que un sistema "...es un todo organizado o complejo, un conjunto o combinación de cosas o partes que forman un todo unitario o complejo. Incluye una ordenación compleja de principios o hechos esenciales, dispuestos con una dependencia o conexión racional, un complejo de ideas, principios o leyes que forman un todo coherente" ¹³⁷ para su funcionamiento, se refiere al proceso de relacionar los recursos, integrarlos para alcanzar los objetivos, su existencia se centraliza en alcanzar los objetivos por los cuales cobran vida como institución.

La salud pública en Guatemala se debe comprender como un sistema complejo, que ordena sus principios en beneficio de un conglomerado. Que aplica los principios de un sistema como lo son:

- Planeación. "*Función vital en donde se seleccionan los objetivos de la organización así como la política, programas, procedimientos y métodos para lograrlo*". ¹³⁸ La función de planeación proporciona esencialmente

¹³⁷ R. A Johnson et al "Teoría, Integración y administración de sistemas" (México DF: Editorial Limusa, 1998): 23-26

una estructura para la toma de decisiones integradas y es vital para el sistema.

- **Organización:** se comprende como el proceso que permite coordinar personal y recursos dentro de un sistema, de tal forma que toda actividad que se realiza lleven o conduzcan a alcanzar las metas del sistema.¹³⁹ Ello implica determinar de antemano las actividades para alcanzar los objetivos de la empresa, la asignación de autoridad y responsabilidad, este proceso de interrelación permite su funcionalidad.
- **Control:** este es esencial para lograr que los distintos subsistemas organizacionales lleven a cabo sus tareas de acuerdo a los planes, y permite la corrección de las actividades para asegurar el logro de un plan total.
- **Comunicación:** Consiste en transferir información entre los centros de decisión dentro de los diversos subsistemas en toda organización. Así como el intercambio de información con otros agentes externos.

Analizando la teoría de sistemas y sus elementos, un sistema eficiente de salud pública cumple con el funcionamiento vital de todos los elementos que dirigen su accionar en forma puntual y permanente. Ello permite evolucionar en

¹³⁸ *Ibíd.*: 26

¹³⁹ *Ibíd.* : 26.

forma responsable para planificar un futuro consolidado en una prestación de servicios que permitan una cobertura universal, aplicando un método, orden y arreglo interno de su organización. Para convertirse en una organización útil y efectiva.

El sector de la economía informal está desprotegido en materia de cobertura social, lo que lo coloca como un grupo vulnerable en materia de salud. Por el hecho mismo de que el trabajo al cual se integran no genera estabilidad económica necesitan integrarse al amparo de un sistema de salud pública, con cobertura eficiente.

En el país es evidente que en la actualidad el sistema de salud pública no ha cumplido a cabalidad con todo lo que promete, por lo que el desorden prevalece. Ello incide en no alcanzar eficientemente las metas de salud y la no aplicación de un proceso ordenado de todos los elementos de un sistema crea caos, fricción y destrucción.

4.8. LOS DERECHOS HUMANOS: UNA ACCIÓN VÁLIDA DE PROTECCIÓN EN SALUD PÚBLICA

El sistema estatal de salud pública de Guatemala posee un modelo de atención el cual se sustenta en el funcionamiento de 3 niveles. El primer nivel se refiere al proceso de promoción y prevención impulsado a nivel comunitario, el segundo nivel proporciona una atención de curación y promoción, y el tercer

nivel corresponde a la prestación de una atención de curación y rehabilitación. El modelo establecido es funcional parcialmente,

En la actualidad las unidades técnicas de gestión del Ministerio de Salud reconocen que no se logra cubrir al 100% de la población. De acuerdo a datos oficiales proporcionados por la Unidad de Supervisión del Ministerio de Salud Pública, durante el año 2005 se experimentó el siguiente patrón: se registró una cobertura de acceso a los servicios de salud del 8% para el Seguro Social, 46% para el Ministerio de Salud, 25% por servicio de extensión de cobertura, el 8% por el sector privado, y un 13% no cuenta con acceso al sistema. Los esfuerzos de atención se centran en las poblaciones más desprotegidas socialmente, con mayor énfasis en las áreas rurales del país, tomando como marco de referencia legal las políticas y acuerdo de gobierno existentes¹⁴⁰.

Dentro del grupo de población que no es cubierto se encuentra el sector de la economía informal, los cambios establecidos van en camino, no a un ritmo acelerado, por ello no se logra percibir tal problema de cobertura, pero aún quedan desafíos como el componente financiero, que hacen efectivo muchas acciones de salud pública en el medio nacional por la características económicas que imperan.

¹⁴⁰ Angel Sánchez, *“La Inconclusa y Tutelada Reforma del Sector Salud en Guatemala”*, (Guatemala: sin editorial, 2005): 23.

Es importante considerar el presupuesto asignado para el Ministerio de Salud, el cual aumentó durante el año 2005 para hacerse efectivo para el 2006, que se centró en 1,867.7 billones de quetzales aprobados por el Congreso de la República.

Esto implica hacer eficiente la prestación de servicios, en especial para sectores pobres, pero en la actualidad no figura ningún programa para los sectores laborales del comercio informal. Y de acuerdo a estudios realizados por el Seguro Social se estableció que *"89.6% del gasto sanitario total es ejercido por la suma del presupuesto del Ministerio de Salud y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se estima que la cobertura estatal en contraposición con el seguro social es marcada 9.5 Millones para el primero, y 1.9 Millones para el segundo. Se estimo en base a estudios que el gasto respectivo per cápita en el Ministerio es de \$16.8 mientras que para el seguro social fue de \$90"*.¹⁴¹

En cuanto al gasto privado se estimó que representaba el *"...61%, siendo un gasto de bolsillo, lo cual establece un contraste que genera desigualdad de asignación de recurso y gasto, se suman deficiencias educativas, de vivienda, y*

¹⁴¹ Enrique Quezada *"Diagnostico de Situación y Propuesta de Líneas de Mejora de la Gestión de Pacientes en Unidades Asistenciales Seleccionadas del IGSS"* (Guatemala: Editorial BID, 2002) :20

situaciones precarias que deben considerarse para proporcionar atención de salud.¹⁴²

En especial entre los sectores de mayor postergación social, los intentos de transformar el sistema incluyen un proceso de reforma donde se ha impulsado plenamente, a través del Ministerio del ramo, una extensión de cobertura con mayor énfasis en las poblaciones rurales; pero aún así el daño de no protección a toda la población persiste, a pesar de involucrarse en la atención a sectores del seguro social, y privado.

En el sistema de salud guatemalteco existen aspectos de modelos de atención que pretenden innovación en atención para hacer efectivos sus programas; como ejemplo de ello está el proceso de jornadas de vacunación, como una primera actividad extramuros de la constante curativa con predominio hospitalario.

Existe un avance, en especial en lo relacionado a la protección infantil, por medio de la utilización de biológicos (vacunas) por ejemplo de acuerdo a lo reportado en el año 2002¹⁴³, se reportan coberturas cerca del 90%, Los retos

¹⁴² PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano "Una agenda para el desarrollo humano" Guatemala: editorial. Van Color, 2003. : 191-203.

¹⁴³ *Ibid.*: 203-205

pendientes de superarse concentran en la mortalidad materna, y la mortalidad infantil (44%) respectivamente¹⁴⁴.

Se estimó que para el año 2015 se cumplirá en este programa establecido por las metas del milenio. Otro avance establecido es el relacionado con la reducción de la mortalidad materna, que afecta en especial a las mujeres del área rural e indígenas¹⁴⁵.

Aún así, el Ministerio de Salud no logra cubrir a toda la población guatemalteca proveyéndole de la atención y de servicios básicos de salud (salud preventiva).

De acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud "*...se estima que menos del 20% de los habitantes del país continúan sin acceso al sistema de salud y se ha observado que existe una relación en cuanto a la diferenciación económica, los servicios de salud prestan poca atención a las características culturales, de género y territoriales del país. Menos incorpora experiencias y prácticas curativas de la población. Los problemas en este campo son amplios y complejos es así que se ha estimado muy difícil el cumplimiento de las metas del milenio para el 2015*".¹⁴⁶

¹⁴⁴ Quezada: 28.

¹⁴⁵ *Ibid.*: 28.

¹⁴⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "*Agenda Nacional de Salud, Lineamientos Estratégicos Para 2006-2015*", (Guatemala, Editorial. Sistema Integral de Salud, 2006): 38.

Los esfuerzos a realizar son alcanzables a mediano y largo plazo, es por ello el Ministerio de Salud implementa la estrategia de extensión de Cobertura en Salud, impulsada como una política por medio del Sistema Integral de Atención de Salud (SIAS).

Lo anterior anuncia un largo camino pendiente de recorrer con énfasis en poblaciones postergadas, niñez, mujeres y hombres de todo el país.

4.9. LAS METAS DEL MILENIO: COMPROMISO PARA LA SALUD PÚBLICA

Para Guatemala existe una nueva oportunidad de redefinir las funciones vitales rectoras de su actuación en materia política social; esta nueva oportunidad se centra en las Metas del Milenio, un compromiso de Estado para erradicar las desigualdades de desarrollo humano, y hacer legítimo el poder del Estado en beneficio de un pueblo.

Oportunidades como estas le han permitido a Guatemala tener retos similares dentro de los cuales se recuerda por ejemplo: la atención primaria en salud, una estrategia cuya base primordial se centraba en la participación comunitaria para superar las disparidades en materia de salud, con la finalidad de eliminar el desequilibrio que reflejaban los indicadores epidemiológicos de daño en materia de salud, en especial con la población materno infantil.

Su aplicación todavía es viable en el contexto nacional. Vale la pena recordar la definición de la APS *"...fue concebida durante la conferencia Internacional de ALMA ATA, como la clave para alcanzar "salud para todos en el año 2000" conforme a un espíritu de justicia social que promovía la cooperación entre países y la movilización, coordinación de la cooperación internacional en función de las prioridades nacionales en salud"*.¹⁴⁷

Este fue el lema gestor de la atención primaria, lo que supera en la actualidad más de 25 años desde que se planteó. Sus ejes centrales, que son: equidad, acceso universal, participación comunitaria y acción intersectorial¹⁴⁸, serían decisivos si se hicieran realidad en el medio nacional.

Nuevamente surge otro componente vital para que la APS accione, como lo son, desde mi punto de vista, los Objetivos del Milenio, aprobados por todos los estados miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU) *"...establecen una meta ambiciosa para reducir la pobreza (50% para el 2015). La salud ocupa un lugar central en los objetivos del desarrollo del Milenio: tres de los ocho objetivos de desarrollo, ocho de las dieciocho metas y dieciocho de los cuarenta y ocho indicadores están relacionados con la salud"*.¹⁴⁹

¹⁴⁷ Anónimo, *Definición de Atención Primaria en Salud*, <http://www.ops.org.gt/APS> (28 de septiembre 2006)

¹⁴⁸ *Ibíd.*: 1

¹⁴⁹ *Ibíd.*:2.

Las metas que se deben tener claras son ocho y todas se relacionan con la salud como elemento vital:

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Lograr la enseñanza primaria universal.
- Promover igualdad entre género y la autonomía de la mujer.
- Reducir la mortalidad infantil.
- Combatir el VIH Sida, paludismo y otras enfermedades.
- Garantizar la sustentabilidad del ambiente.
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Estos ejes son, en la actualidad, el proceso que debería regir en el contexto de salud pública en el país. Pero los esfuerzos apenas se inician y el camino por recorrer es largo y no en línea recta, sino en espiral.¹⁵⁰

4.9.1. EXPECTATIVAS DE AVANCE DE GUATEMALA

De acuerdo al informe del estado se indica que existen avances menores en los últimos diez años, al hacer efectiva los Acuerdos de Paz (parcialmente desde mi punto de vista), se aumentó la carga tributaria y el gasto social se orientó al cumplimiento de los mismos "...de esa manera, la carga tributaria paso alrededor el 8% del PIB en 1995 a mas de 10% en el 2002".¹⁵¹ A pesar de ello

¹⁵⁰ Peter D. Bell, "Las Ameritas en el Milenio", http://www.iadialog.org/publications/policy_reports/las_ameritas.asp#Las%20Américas%20en%20el%20Milenio : (4 de Junio 2004)

los cambios sustanciales que se debieron imponer en materia fiscal (nuevos impuestos) aún no se han establecido.

Los esfuerzos que se hacen en materia de desarrollo social, indica el Estado, que se ejecuto una inversión entre el periodo 1995-2002 de alrededor del 8% del PIB y a más del 10% en el 2002.

En Guatemala únicamente el primer objetivo, el de erradicar la pobreza y el hambre, es una condicionante que demanda acciones concretas.

Su importancia para el contexto de la salud esta enfocado en el hecho de que los grupos vulnerables de niños que enferman por desnutrición tienen mayor probabilidad de morir, así lo explica el especialista Pelletier,¹⁵² *...al menos el 54% (2005) de las muertes infantiles pueden ser atribuidas a la desnutrición crónica. La nutrición adecuada permite a los niños hacerle frente de mejor manera a las enfermedades e infecciones*", esto es una explicación más que razonable para que un país como Guatemala asuma un compromiso real.

Se ha demostrado por los estudios realizados en materia de nutrición que el daño que provoca la desnutrición en los primeros tres años de vida nunca más permitirá alcanzar un desarrollo normal en cuanto a crecimiento y desarrollo intelectual.

¹⁵¹ Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, *"II Informe, Hacia el Cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio"* (Guatemala, Magna Terra, 2006): 1-30

¹⁵² Ibid pag. 30.

Esto se traduce en daño "*Dichas pérdidas en la productividad se traducen en reducciones en el crecimiento económico, que pueden estar en un rango del 7% al 10%, según un estudio de Haggard (1999)*"¹⁵³, disminuye la capacidad de contar con generaciones productivas, por ende mayor dependencia estatal y problemas sociales.

Algunos ejemplos de los indicadores establecidos para el propósito, se basan en componentes de medición de la pobreza extrema, proporción de la pobreza cuyo ingreso es menor a un dólar diario, (ajustado por la paridad del poder adquisitivo PPA). En 1989 se estimó como valor de referencia el 20% de extrema pobreza para Guatemala, y se espera reducir a un 10% para el 2015.

Es aquí donde la población de la economía informal retoma importancia, porque son sectores de personas muy pobres, lo que limita su propiedad de activos, muestran carencia de oportunidades, pero que además, no tienen oportunidades de ascenso en la escala social, y carecen de oportunidades de acceso al mercado bienes y servicios.

Se debe hacer énfasis que este sector surge por la falta de oportunidades laborales, que en Guatemala se experimentan lo mismo que en cualquier otro país. Pero el desempleo no siempre es permanente y se han logrado avances así para el 2004. Con relación a la tasa de desocupación abierta total se reporta del 4.9% y en el 2003 fue de 3.7%. Esto puede fluctuar y se espera que los procesos de incorporación laboral mejoren.

¹⁵³ Ibid:1-30

LA POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL EN GUATEMALA: dicotomía a ponerle atención para analizar la protección al sector informal

Para la comprensión de la política económica, en este estudio se hace referencia a las directrices y lineamientos mediante los cuales el Estado regula y orienta el proceso económico del país, define los criterios que se aplicarán a la estrategia general de desarrollo, los fundamentos para los instrumentos financieros, el gasto público, la vinculación con la economía mundial, y la productividad. Lo anterior enmarca la política social, sectorial y regional del país, y actúa a manera de directrices del estado en respuesta social.

Como ejemplo de eficiencia en los países desarrollados se planifica y aplica una política económica que mantiene la estabilidad, en donde las decisiones y acciones emanadas del Estado por medio de sus entes administrativos cumplen con la ejecución de acciones específicas que permiten

superar los parámetros o indicadores de daño social, para transformarlos en bienestar para la población.

Se contrasta con las características propias del subdesarrollo en donde predominan las demandas sociales básicas, las condicionantes de vida (morbilidad y mortalidad) imperantes son de daño, es en este sentido donde el Estado instituye la necesidad de realizar esfuerzos y aunar voluntades de la colectividad para lograr alcanzar las políticas establecidas de beneficio social, y alcanzar con ello el desarrollo sostenible, lo cual es motivo de análisis en el siguiente capítulo.

5.1 ACERCAMIENTO A LA CARACTERIZACION ECONOMICA DE GUATEMALA

En Centroamérica, Guatemala afronta problemas muy diferentes en materia económica y social, como la limitación de los mercados, la escasez de habilidades y de recursos físicos, el débil poder de negociación, y las escasas perspectivas de una autonomía económica importante.

Se ha comprobado por la teoría y la práctica que existe una relación recíproca de determinación entre salud y el desarrollo económico, conforme un país se encamina a mayores niveles de desarrollo la población¹⁵⁵ presenta mejores condiciones de salud. Esto ejerce un impacto positivo, una economía se beneficia de las mejoras en la situación de salud como resultado de la disminución de gasto público y el de las familias en servicios de salud, un

¹⁵⁵ PNUD "Informe de Desarrollo Humano Mujer y Salud 2002" Guatemala, P. 293.

aumento del rendimiento en el trabajo y en la escuela, así como mejor dotación de capital humano”

Cuando se hace un análisis económico se debe incluir el tamaño físico de un país, su capacidad productiva, su nivel de ingreso nacional per cápita, para comprender como se distribuye el ingreso en salud, de acuerdo a los indicadores nacionales de encuesta nacional de condiciones de vida del 2000 indica que en Guatemala la concentración del ingreso per capita se concentra en el 5.6% de los hogares con ingresos más altos, obtienen el 50% del total, y el 94.4% de la población del país capta el otro 50%, lo que indica un desequilibrio en la repartición de bienes. En el campo de la salud es más que evidente que las familias pobres y en extrema pobreza son las que en su mayoría invierten parte de sus ingresos para atender sus propias demandas de salud. No cuentan con aportes extras de ingreso para subsanar sus demandas sin ver afectados sus ingresos familiares.

Guatemala posee recursos físicos capaces de generar ingresos pero existen las limitantes financieras y de tecnología para explotar los mismos, lo cual escapa de la capacidad productiva de la gran mayoría de la población que se dedica a producir a pequeña escala. Es necesario el apoyo político para avanzar y crecer, las temáticas de economía así lo exponen “...en el caso de economías atrasadas, el análisis del transito de la economía campesina a una

capitalista propiamente dicha, se ve dificultado por la existencia de factores extraeconómicos, la dimensión política juega un papel importante".¹⁵⁶

Es importante comprender que, de acuerdo con lo que la teoría económica indica, los países subdesarrollados tienen una economía dependiente, se presentan con una estructura primaria y dual, su funcionamiento se caracteriza por la inestabilidad y la dependencia, y difícilmente pueden romper el círculo vicioso de la pobreza.¹⁵⁷

Guatemala, como ejemplo de país subdesarrollado, para atender las demandas sociales de la población que no se ve involucrada en la producción vital, necesita la prestación de servicios mixtos estatales y privados.

La base económica del país se ha sostenido teniendo como principal bastión la agricultura,¹⁵⁸ lo cual tiene un proceso histórico sostenido de marginación de la mayoría de la población, como lo indica la misma historia nacional, "*...la reforma liberal marcó una división del trabajo estrechamente relacionada con la pertenencia étnica. A través de los mandamientos y las habilitaciones, la población indígena queda obligada a desempeñar el papel de*

¹⁵⁶ Facultad de Ciencias Económicas, "*La acumulación capitalista en el agro guatemalteco*", (Guatemala: Universidad de San Carlos, 1989): 21

¹⁵⁷ Facultad de Ciencias Económicas, "*Interpretación socioeconómica del subdesarrollo*", (Guatemala: Universidad de San Carlos, 1982): 6

¹⁵⁸ Richard Adams y Santiago Bastos, "*Las relaciones étnicas en Guatemala 1944-2000, ¿Por Qué Estamos Como Estamos?*" (Guatemala, Cirma, 2003): 119.

la mano de obra necesaria para la cosecha del café, principal cultivo de exportación"

La agricultura es un trabajo estacional que reduce el costo de la producción de la fincas y que sujeta a la población en sus lugares de origen durante el resto del año. Ahí la población indígena practica, como lo había hecho desde la colonia, una agricultura de subsistencia que, en algunos lugares, sirve además para proveer de alimentos básicos a la población urbana.

La economía capitalista agraria en Guatemala se va desarrollando a costa de la economía campesina. Existe una doble función económica de los indígenas (campesinos y semiproletarios forzados) se articula con la estructura de la tenencia de la tierra a través del denominado "binomio minifundio-latifundio", no se desarrolla el trabajo del campesino sino se ve únicamente como fuerza de trabajo al igual que el trabajo de su familia, basándose en el momento y el espacio en que se desenvuelve la producción,, que oscila entre la economía natural (producción de autoconsumo) y la producción mercantil simple.¹⁵⁹

¹⁵⁹ Facultad de Economía, *"La acumulación capitalista en el agro guatemalteco"*, (Guatemala: Universidad de San Carlos, 1989): 25.

Es importante considerar que en Guatemala existe una estructura de producción basada en actividades primarias: las fuerzas productivas no logran desarrollo pleno con las relaciones sociales de producción. Las fuerzas productivas están conformadas por el ser humano y por factores materiales de producción. Los trabajadores son la fuerza productiva primordial para los bienes materiales, y los factores materiales de producción son los medios de trabajo y los objetos de trabajo (los medios de trabajo están integrados por las máquinas complejas y sencillas, la tecnología, herramientas y aparatos, etc.; así como los combustibles y los medios energéticos.

Debe comprenderse que los instrumentos de producción son los utensilios que el hombre interpone entre él y el objeto de trabajo sobre el cual recae la acción, estos determinan qué se puede producir y cómo se produce, asimismo determinan las relaciones de los hombres en el proceso productivo.

En Guatemala esto no se ha desarrollado plenamente, las relaciones de producción determinan incluso el régimen de propiedad imperante, lo esencial en una formación económica social, es decir el régimen de propiedad determina la posición y lugar que ocupan los hombres y los distintos grupos sociales en la producción, del mismo modo que sus relaciones mutuas, la forma de interrelación de sus actividades y finalmente la forma de distribución de los productos.

Este factor se considera importante para la presente tesis, porque determina lo imperante en cuanto a la forma de producción que se ha mantenido como explotación de la gran mayoría poblacional, reflejándose en los estados de salud que experimenta la población en general.

El sistema es de subsistencia para la gran mayoría poblacional, reflejándose en el tipo de políticas sociales imperantes promovidas por el Estado; en el caso de la salud pública es de prestación de aspectos básicos para cubrir las demandas de una población que crece en necesidades de salubridad pero que no se cubre a todos los habitantes del país.

La investigación realizada para la presente tesis establece que en Guatemala el componente de crecimiento económico se basa en actividades primarias, y no permite cambios de impacto social profundos limitando el desarrollo, *"...la economía se ha caracterizado por bajas tasas de crecimiento, lo cual se ha agudizado en los últimos años observándose una tendencia a la baja de la actividad económica (5.1% en 1998 frente al .8% en 2001)"*,¹⁶⁰ repercutiendo en el comportamiento que se refleja en indicadores de pobreza.

Vale la pena preguntarse ¿cómo ha sido el desarrollo en los últimos cinco años?. En el último quinquenio la dinámica productiva "ha sido afectada por

¹⁶⁰ Asociación de Investigación y Estudios Sociales, Momento, *"Propuesta para la reactivación económica, Foro Guatemala, Serie Económica Año 17"*, (Guatemala: Sin Editorial 2002): 3-5

factores internos y externos, los cuales han jugado en su momento un papel decisivo en el nivel de dispersión del crecimiento".¹⁶¹

El PIB per cápita no refleja avance significativos,"...en el contexto nacional el PIB durante el 2005 creció a una tasa estimada en 3.2%",¹⁶² comprendiendo que se refiere al valor monetario total de todos los bienes y servicios producidos a lo interno del país durante un año dado, ello implica que de esto se pagaran impuestos que derivaran en inversión social, y a menor ingreso percibido se acentúan más las limitantes en asignaciones presupuestarias, acentuando así las condicionantes de deterioro social (pobreza, acceso a los satisfactores básicos) .

El bajo nivel de inversión productiva causada por la incertidumbre tributaria y política que han sido factores internos relevantes en el medio nacional, en especial en el último decenio, aunado con un entorno externo adverso: incremento en la producción mundial del café y consecuente caída en el precio del grano; incremento en el precio del petróleo y desaceleración en la actividad económica mundial, son cuestiones que complican las perspectivas de bienestar poblacional.

¹⁶¹ Ibid.: 1

¹⁶² Asociación de Investigaciones y Estudios Sociales, "XXVIII Encuesta empresarial, situación económica del país expectativa para los próximos seis meses", (Guatemala: Sin Editorial, Revista No21, 2006): 1

Una economía pequeña y abierta como la guatemalteca no puede hacer alterar los precios internacionales o la demanda externa de la producción local, pero puede avanzar en políticas que amortigüen dichos desequilibrios, y ser elemento activo e innovador ante un proceso de apertura y globalización "Se sugiere que para Guatemala los actores económicos deben fomentar el empleo y el bienestar",¹⁶³ que permitan retomar el crecimiento económico con equidad en el mediano y largo plazo, que salvaguarden la integridad de la mayoría de hogares del país. (Alusión al proceso de inseguridad ciudadana), modernizando su proceso de productividad, que ya no debe centrarse en actividades primarias de producción.

5.1.1. TENDENCIAS ECONOMICAS EN GUATEMALA EN MATERIA DE SALUD.

En el medio nacional se entiende por desarrollo la capacidad de la economía del país, medida en producción, para lo cual se establece como parámetro el PNB, (la capacidad del país para aumentar su producción a una tasa mayor que la del crecimiento de su población), o la medida, en términos generales, del bienestar económico general de una población lo que se traduce en bienes y servicios a disposición del conglomerado poblacional.¹⁶⁴

¹⁶³ Asociación de Investigación y Estudios Sociales, Momento, "Propuesta para la reactivación económica, Foro Guatemala, Serie Económica año 17, No. 1", (Guatemala: Sin Editorial. 2002): 1.

¹⁶⁴ Michael Tadoro P. "Economía para un mundo en desarrollo", (México DF.: Olimpia, 1987): 40

Toda política económica tiene como principal objetivo el desarrollo, pero en Guatemala se tiende a planificar dicho proceso basándose en la modificación de la estructura de la población y el empleo, para que decline en ambos casos la participación de la agricultura y aumente la industria manufacturera y de servicios, pero el proceso ha evidenciado que no existe capacidad de absorción para toda la PEA.¹⁶⁵ generando desempleo y subempleo respectivamente.

Otro aspecto que debe considerarse en materia de salud, para la prestación de servicios es el componente de crecimiento natural de la población guatemalteca. Existe una tendencia de 2.8 por ciento de crecimiento poblacional, y si se toma en cuenta el saldo migratorio este baja aun 2.6 por ciento, lo que se considera un crecimiento elevado, y si este ritmo de crecimiento se mantiene constante la población se duplicara cada 27 años, ello tiene efectos directos en las demandas de políticas sociales y económicas en la prestación de servicios de salud, la demanda aumenta y debe existir capacidad instalada de respuesta.

Si toda política social y económica se encamina hacia una planificación consciente de cuánto se necesita producir, para quién, con qué recursos se cuenta, se aproximará a establecer un proceso de bienestar común. Pero analizando la tendencia de la incorporación laboral en Guatemala se observa que desde 1989 se ha incrementado como antivalor el problema de la

¹⁶⁵ Asociación de Investigación y Estudios Sociales, Momento , "*Propuesta para la Reactivación Económica, Foro Guatemala, Serie Económica Año 17*", (Guatemala: Sin Editorial 2002):.3

obtención de empleo. Esta situación se ha agravado con la crisis provocada por la fuente principal de monocultivo de exportación del café (los precios del café experimentaron una caída internacional).¹⁶⁶

De ello derivó una crisis en el componente socioeconómico provocando un desempleo de aproximadamente 19 millones de jornales que equivale a 77,500 empleos (CEPAL 2002).¹⁶⁷

5.2. MEDIDAS ORIENTADAS AL CRECIMIENTO ECONOMICO EN GUATEMALA EN MATERIA DE SALUD.

La búsqueda de alternativas para superar los procesos de subdesarrollo, son válidos. En este contexto no se debe pensar en modelos ilusorios, ni se debe ser escéptico en el proceso, sino realista en base a la estructura económica vigente. Para crecer en el contexto económico de un país, se requiere de un marco social y político estable pero flexible que pueda albergar y estimular el cambio estructural.

El especialista Boeke explica al respecto que "*...el dualismo social consiste en el choque de un sistema social importado con un sistema social autóctono de otra naturaleza*",¹⁶⁸ por lo tanto no se deben copiar modelos que

¹⁶⁶ PNUD, "Guatemala Desarrollo Humano Mujer y Salud", (Guatemala: Van Color, 2002): 71-97

¹⁶⁷ *Ibid.*: 97-98

¹⁶⁸ Anónimo, "Interpretación Socioeconómica del Subdesarrollo, Colección Problemas Socioeconómicos No.9" (Guatemala: Facultad de Ciencias económicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1982): 51

en otros sistemas han superado los procesos porque probablemente no se adaptan a la población externa, y al quererse implantar, probablemente no respondan adecuadamente a las demandas locales, porque existe una desvinculación de los hechos con la realidad social.

En Guatemala, tiene que analizarse cada contexto regional si se quieren aplicar medidas para el crecimiento económico, (aumento en la cantidad y calidad del recurso y de las condicionantes políticas y sociales), porque se ha demostrado que no es posible adaptar una política que actúe para todos porque no existe una homogeneidad poblacional, geográfica y contextual, lo que puede derivar en potenciales conflictos internos y descontento social.

Un ejemplo claro es el analizado por ASIES, el que en su análisis de materia de crecimiento económico para Guatemala expone 1.) Que el Ministerio de Economía debe facilitar el traslado de las mejores tecnologías y prácticas gerenciales hacia sectores donde la productividad nacional más lo necesita, priorizando los sectores con mayor potencial exportador de la pequeña y mediana empresa. 2.) Incremento del capital humano. La educación ha jugado un papel central en el crecimiento de países que han logrado mejores niveles de vida para su población. El incremento en el capital humano puede lograrse a través de la educación formal y de la capacitación para el trabajo. 3.) Acceso a activos productivos. Es indispensable invertir en sistemas de registro, catastro, titulación así como garantizar la tenencia de la tierra y

diseñar sistemas de negociación de conflictos de tierra y agua. 4.) Implementar una política laboral integral. Las acciones deberán orientarse a mejorar la calidad de los puestos de trabajo por el lado de la oferta e incrementar el capital humano por el lado de la demanda. Este proceso debe acompañarse de acciones en lo social y políticas con reglas claras.¹⁶⁹

Por lo anterior se entiende que para propiciar el cambio se debe tener una mentalidad abierta al cambio estructural, promoviendo todas las oportunidades para la participación social en forma ordenada.

5.2.1. CARACTERIZACIÓN DEL CRECIMIENTO EN GUATEMALA

Todo bienestar también involucra riesgos y efectos colaterales, no solo se debe pensar en beneficios y estabilidad para la sociedad, existen situaciones que son productos del crecimiento que escapan del control estatal, y desborda en supervivencia de los sectores pobres y en extrema pobreza.

Al crecer económicamente se desarrollan fenómenos que escapan de control que transforman patrones de vida en situaciones de vulnerabilidad y reacción adversa al proceso. Dentro de estos fenómenos, como la migración de la población rural, porque la economía nacional funciona basada en polos de desarrollo concentrados en las urbes.

¹⁶⁹ Asociación de Investigación y Ciencias Sociales, Revista Momento, "Propuesta para La Reactivación Económica, Foro Guatemala, serie económica año 17, No. 1", (Guatemala: Sin Editorial 2002): 1.

Ese sistema tiene como consecuencia la pérdida de identidad cultural, ajuste al anonimato como individuo, enfrentar costos de vida más elevados, surgen las villas miserias de las periferias, que contrastan con la urbe. Esto como producto del crecimiento desordenado, no planificado, de una economía nacional, y no es preciso mucha teoría para evidenciar la realidad observada en el país en especial en las áreas urbanas.

El objetivo central del crecimiento está dado por la idea de contribuir a desarrollar una sociedad con equidad social; es aquí donde el Estado aplica prioridades de respuesta inmediata a las necesidades de la población.

El imperativo que lleva a impulsar la aplicación de estrategias combina la aplicación de políticas universales y de políticas selectivas con enfoque para los sectores de mayor desigualdad social, demandando intervenciones especiales de parte del Estado para solventar las crisis.

Queda claro que las poblaciones mencionadas son vulnerables al daño, ello conlleva respuestas del estado para la mitigación enfocada a la eliminación o reducción del daño.

Debe considerarse otro factor que involucra el crecimiento desordenado y que puede centralizarse en la violencia, drogadicción, prostitución, surgimiento de grupos de presión antisocial, ello demandará nuevos compromisos en materia de respuesta social de parte del Estado, consideración que se debe tomar en cuenta para una coordinación y control oportuno de una red de instituciones estatales para prevenir mayores daños.

En Guatemala los fenómenos de crecimiento se pueden ejemplificar con la atracción laboral que provoca migración interna, en donde sus efectos adquieren una tipificación negativa.

Se centraliza la migración en asentamientos de condiciones precarias, que se ubican en las periferias de la ciudad capital, donde son vulnerables a consecuencias negativas por fenómenos naturales, porque se ubican en las orillas de barrancos. Entre los fenómenos naturales que pueden afectarlas negativamente están los terremotos, inundaciones, deslizamientos, huracanes, sequías. También están sujetos estos asentamientos a los efectos disociativos de grupos que viven fuera de normas sociales, y que se identifican como grupos marginales.

El mismo Estado en el contexto nacional, reconoce que existen dos divisiones que son efectos de un desarrollo económico mal orientado, como lo son los pobres y los pobres crónicos, lo cual deriva en que el Estado tenga como reto el mejorar la integralidad y complementariedad, sobre todo en las inversiones del sector público y establecer con el sector privado redes de acción conjunta para alcanzar un desarrollo económico.

El desarrollo humano es, en efecto, alcanzar un crecimiento económico, un modelo tan integral que supere la medición del simple aumento o disminución del ingreso nacional por persona así lo explica el experto Juan

Pablo Corlazzolli “...significa un entorno en el que las personas puedan hacer plenamente realidad sus posibilidades y vivir en forma productiva y creadora, de acuerdo con sus valores, necesidades e intereses”.¹⁷⁰

Se deduce que son los grupos poblacionales quienes deben hacer realidad sus demandas en materia de desarrollo económico que los encamine a ser grupos innovadores que aplican la libertad de productividad, elección de modelos propios de vida, y creatividad para superar la pobreza económica y pobreza que daña la dignidad humana.

Los componentes que deben superar en el país sobrepasan los esfuerzos únicos del Estado, por lo que se requiere unidad de conjuntos para promover oportunidades de educación, superar bajos niveles de vida, salud inadecuada, deficiencias institucionales y sociales, y disminuir la vulnerabilidad económica, educativa, tecnológica, y cultural en el terreno local y fuera de este.

La privación de libertades no es únicamente económica, en el caso de Guatemala se enfocan a factores relacionados con los satisfactores relacionados al hambre, miseria humana, para solventar sus problemas de salud, de vivienda, trabajos justos, acceso al servicio público de calidad, a condicionantes de saneamiento básico, entre los muchos factores relativos al crecimiento basado en un desarrollo humano.¹⁷¹

¹⁷⁰ Todazo: .169

¹⁷¹ Todazo: 170

5.3. INDICADORES LABORALES DE GUATEMALA

Los indicadores permiten establecer diferencias y prevalecias de un fenómeno objeto de estudio en una población. En el caso específico de la investigación desarrollada se abordan los indicadores laborales, abarcando hechos concretos de subempleo, cobertura social, y la caracterización laboral.

Para Guatemala se establece los siguientes indicadores primarios para el comportamiento laboral. Según la ENEI, 2003, la población ocupada en el sector informal representa el 70% de la población total ocupada. De acuerdo al reporte oficial del Gobierno, para el año 2004 se ha reducido la tasa de desempleo de un 3.4% a 3.1% en el 2005 resectivamente.¹⁷²

La población que desempeña una ocupación formal y que se encuentra protegida con seguridad social se estimó en 15,768 trabajadores, según indicó el Instituto Guatemalteco de Seguridad social.

Se reporta que el problema de la pobreza, no se ha superado; se identifica como factor causal la incapacidad de absorción laboral formal que se estima en el 11.65% según Informe Nacional de Estadística, 2004.¹⁷³ Y para el año 2006 se reporta que el 51% de la población vive en condiciones de pobreza y un 15.2% en condiciones de pobreza extrema de acuerdo al informe

¹⁷² Instituto Nacional de Estadística, "Población Económicamente Activa", Septiembre 29 del 2006 <http://www.fao.org/docrep/007/> (29 Septiembre 2006)

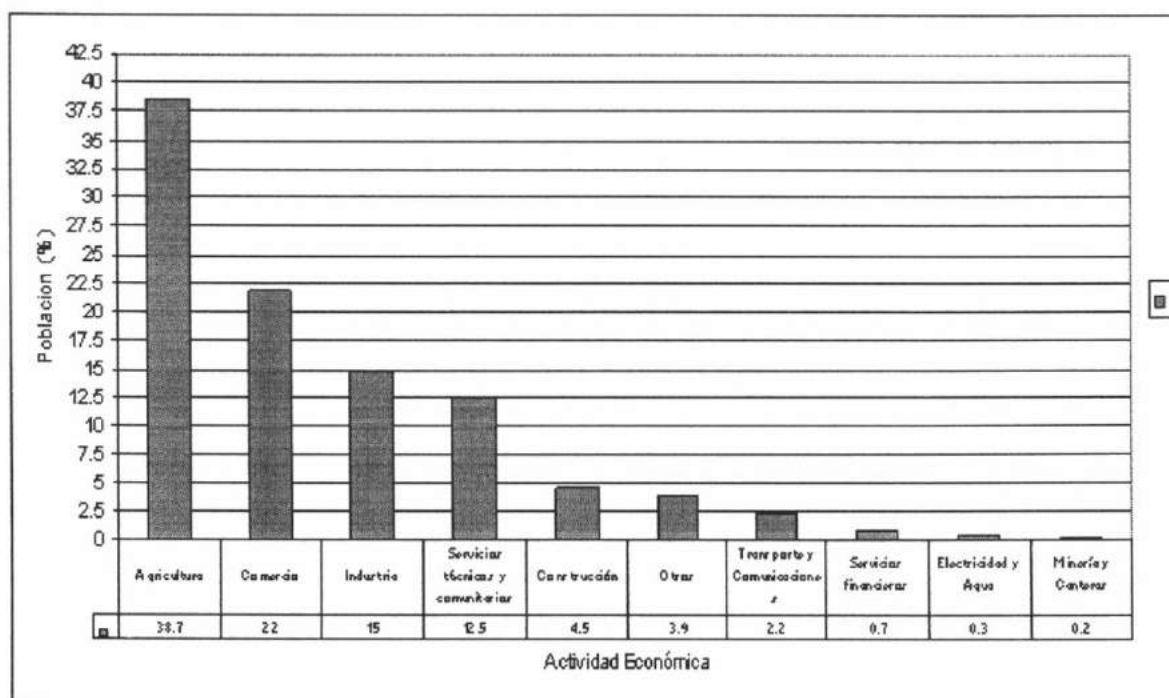
¹⁷³ Ibid. p.1

nacional de condiciones de vida del instituto nacional de estadística 2006. Ello indica que subyacente a este problema estará presente el desempleo, lo que en ocasiones inclina la balanza para que las personas acudan a medios ilícitos de sobre vivencia.

Consultando los procesos estadísticos de indicadores laborales del país, se establece el siguiente parámetro en base a la encuesta nacional de estadística, la más reciente, que permite aproximarnos a una comprensión de las principales formas laborales del país. Se observa la siguiente tendencia:

Figura 2.

Población ocupada por rama de actividad en Guatemala para el 2002



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, 2002.

Analizando la información recabada para la presente investigación ¹⁷⁴ se estima que la mayor concentración de la PEA, se concentra en la agricultura como principal empleador de la población del país a nivel del área rural. Le siguen el comercio y la industria como los sectores más sobresalientes. Lo anterior indica que probablemente el acceso a satisfactores básicos no es el adecuado.

En consecuencia, se determina que el Estado de Guatemala, es el único ente que puede adoptar medidas para incorporar medidas destinadas a corregir los daños en las poblaciones vulnerables.

Si esta tendencia persiste se derivan problemas serios: el acceso a productos de la canasta básica se restringe por el bajo nivel de ingresos y por los procesos inflacionarios. Según el Banco de Guatemala, la inflación promedio para el quinquenio 2000-2004, fue del 7.2% respectivamente. El precio de la canasta básica vital promedio se estima en Q2, 406.31 y de la canasta básica de alimentos promedio es de Q 1, 318.66 (promedio enero-diciembre del 2003 de acuerdo a la ENEI). Un porcentaje del área rural y urbana marginal no alcanzó el ingreso suficiente para acceder a ella.¹⁷⁵

¹⁷⁴ Instituto Nacional de Estadística, "Población Económicamente Activa", <http://www.fao.org/docrep/007> (septiembre 29 2006)

¹⁷⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Análisis de situación de salud y lineamientos estratégicos 2006-2015. MSPA". (Guatemala: Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud UPSII, 2006): 10

Este panorama disocia la relación que trata de impulsar la política económica y social de un país, vinculada a la creación y distribución de la riqueza, y en lo social, referida a la calidad de vida, a la equidad y a la integración social. Inclusive distorsiona el componente ambiental, referido a los recursos naturales y a la sustentabilidad de los modelos adoptados a mediano y largo plazo lo que repercute en la salud humana.

En relación a las condiciones de salario, el Ministerio de Trabajo de Guatemala se reporta para el año 2004, *“...el sector primario de la economía generó empleo formal para 145,401 personas, lo que representa el 14% de los empleos formales; el salario promedio de este sector fue de Q1,222.69, ingresos que no cubren la canasta básica de alimentos, y por ende, la incapacidad de los hogares de atender sus necesidades de educación y salud”*.

176

Considerando la postura del sociólogo Oscar Fernández en relación a los indicadores sociales, expone *“...el concepto abarcador de los social parece remitir al universo amplio de las condiciones de vida o de existencia de la población, el ámbito de la generación y del control de la política social se vuelve más bien un coto reservado e inaccesible en manos de técnicos y expertos que prodigan beneficios o desventuras, porque involucra factores*

¹⁷⁶ *Ibid.*: 9.

jurídicos, fiscales y económicos lo que es manejado no por todos los técnicos, sino por especialistas en derecho laboral",¹⁷⁷ quedando fuera las demandas sentidas por la población obrera o asalariada del país, y se responde a los intereses individuales de un sector.

Se deduce de lo anterior que en Guatemala el concepto de política social no ha cobrado la dinámica implícita en el mismo concepto. Si hacemos valer la interpretación de lo que es una política social se observa que, el desarrollo de la política social implica no solo una transferencia o entrega de bienes o de servicios a una población determinada, sino que contempla la posibilidad o inclusión de participación activa de esa población y no la mera pasividad provocada o producida por el acto de recibir esos bienes o servicios, sin promover el factor de concientización social participativa.

5.3.1. INDICADORES LABORALES DE GÉNERO PARA GUATEMALA

La mujer, desde épocas históricas, desempeña un rol laboral que se inicia en el hogar, se prologa de generación en generación, conforme avanza la sociedad y en la parte que atañe al crecimiento económico se incorpora nuevos mecanismos de trabajo que permiten la identificación productiva de la mujer.

¹⁷⁷ Oscar Fernández, *"Política social y descentralización en Costa Rica: Lo social y la política social"* (San José; Ensayo UNICEF 1998):7-28. www.cariari.ucr.ac (26 septiembre 2006)

En Guatemala la participación de la mujer en la actividad económica se identifica y no es visible entre la oferta de trabajo disponible para la producción de bienes o servicios, lo que se comprende como la PEA (que no incluye a las personas dedicadas a actividades que no contribuyen directamente en el mercado de productos y factores ejemplo estudiantes, amas de casa, jubiladas, -población inactiva). Sin embargo, su incorporación al mercado de trabajo es medible cuando se analiza su incursión en las diversas ramas de la actividad económica.

Los expertos como Edgar Pape indican que en Guatemala *"...en el último cuarto del siglo XX, la tasa de actividad de la mujer como relación del volumen de población activa femenina con la población de diez y mas años de edad, manifestó una tendencia creciente al pasar del 12.3% que se tenía en el censo de 1973 al 39% en 1999"*,¹⁷⁸ sí hay una evolución en la incorporación de la mujer a la vida laboral del país.

Pero se debe tener claro que son las crisis por las que el país ha atravesado lo que ha determinado dicha incorporación. El experto Edgar Pape así lo indica *"...no cabe duda que la crisis económica y lo extraeconómico derivados de la violencia ha tenido una fuerte influencia en esta tendencia, dado que los incrementos de acceso han producido en algún sentido trabajadoras agrícolas en unidades familiares sin remuneración, en estos*

¹⁷⁸ Pape Yabilat et al: .30

cambios han influido también la apertura de la economía y sus efectos en sectores no transables como el comercio y los servicios que han presentado mayor demanda",¹⁷⁹ lo cual es importante reconocer por la participación e incorporación plena de la mujeres en la economía informal.

5.4. POLITICA DE ELIMINACION DE LA POBREZA EN GUATEMALA, UN EJEMPLO DE RESPUESTA ESTATAL

Al analizar las implicaciones de una política económica percibimos que no es importante solamente el componente sustentado en enriquecimiento, sino además la reorientación del desarrollo que va más allá del crecimiento del PNB, que tiene como principal objetivo el desarrollo social, para lograrlo hay que pensar en una reestructuración económica que tienda a erradicar la pobreza, estrategia que se aplica en países subdesarrollados como Guatemala.

Lo que se pretende al aplicar medidas correctivas que protejan a grandes segmentos de la población de la pobreza, es hacer válido el derecho a la igualdad. Si esto no se comprende y no se actúa en consecuencia, se esta aplicando un valor negativo centrado en la desigualdad.

En Guatemala se han realizado procesos de medición de la pobreza, utilizando el nivel de ingreso, nivel de consumo y necesidades básicas insatisfechas lo que ha permitido determinar que existen grupos clasificados

¹⁷⁹ Ibid.: 31

dentro del parámetro de pobreza extrema y otros dentro del parámetro de pobreza general.

Otro indicador utilizado es el relacionado con el empleo; en el medio nacional se refleja un predominio laboral concentrado en la agricultura, seguido de la industria, el comercio y servicios.

Los indicadores en Guatemala en relación con el trabajo indican que para el año 2000 la agricultura aportó en torno al 23% del PIB. Entre la población que cae en los índices de pobreza el 46% se clasificaba en ese año como económicamente activa (PEA); el 57% se dedica a la agricultura, el 15% a la industria manufacturera y el 13% al comercio, una cifra significativa que indica la presencia de un sector que cobra importancia por encontrarse entre las principales formas de producción.¹⁸⁰

Tomando en cuenta que lo que se pretende alcanzar se basa en crecimiento económico, visualizándolo como generador de trabajo, ello implica desarrollar una estrategia de equidad social.

Otro ejemplo de política social que demanda cambios administrativos y estructurales se centra en la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, inclusive es básica para las metas del milenio (2015). Pero para que

¹⁸⁰ PNUD, *Guatemala: "Desarrollo Humano Mujeres y Salud"*, (Guatemala: Van color, 2002): 45-58

Guatemala logre erradicar la pobreza extrema para el año en mención se requiere de un incremento mayor del PIB de 1.97% desde el año 2000 hasta el 2015¹⁸¹, en especial en los sectores donde la concentración se encuentran los más altos índices de pobreza extrema (regiones de Alta Verapaz, y noroccidente). Si se hace efectiva dicha política se alcanzará estabilidad social para dichas regiones del país.

5.5. ELEMENTOS VITALES DE LA POLITICA SOCIAL EN GUATEMALA

Para hacer efectiva la dinámica de la acción de la política del Estado en materia de componente social económico, se deberá incluir dos aspectos esenciales, como explican los expertos en sociología *"la equidad y la inclusión, la combinación de ambos elementos de forma realista y sostenida permitirá que los sectores sociales menos favorecidos puedan mejorar sus condiciones de vida, y aporten esfuerzos al desarrollo de vida"*.¹⁸²

Derivado de lo anterior se garantiza un acceso a elementos básicos como: alimentación, salud, educación, vivienda y empleo digno (con justicia salarial), como expone el director de la OIT, Juan Somavia *"...un trabajo decente permite sostenibilidad de los otros factores de bienestar"*¹⁸³ por lo que la política social no es únicamente generar empleo tanto en el sector público o

¹⁸¹ Oscar A. Lopez Rivera, *"La pobreza un problema de todos"*, (Guatemala: Editorial de Ciencias Sociales 2004):81-83

¹⁸² Momento, "Formulación de políticas sociales" *Asociación de Investigación y Estudios Sociales, Revista año 18, No.3 Guatemala 2003: 1-5*

¹⁸³ *Ibid.*: 5

privado, sino que el mismo tenga sostenibilidad, garantías sociales de seguridad, y políticas salariales justas.

Todo este proceso debe reflejarse desde el momento de la aplicación de la planificación de la política sanitaria, que apunta a lograr un cambio social deliberado, que tiene una relación directa con la estructura de valores de una sociedad que, en este caso específico de Guatemala, se considera una normativa que responde a las demandas institucionales pero no ha involucrado a los sectores sociales.

Sus objetivos centrales se centran en el ser humano, y deberían incluir, de acuerdo a los expertos en la materia de las políticas sociales.¹⁸⁴

- Sostenimiento de la vida, comprendido como la capacidad de satisfacer las necesidades básicas, para la vida, como alimentación, vivienda, y la protección. Si uno de elementos falta o su provisión es escasa se da una condición de subdesarrollo, y sus efectos de antivalores. Porque todo desarrollo pretende alcanzar los elementos vitales de la política de bienestar que comprende:
- La autoestima, comprendida como una sensación de valía y de respeto a sí mismo, no percibirse solo como herramientas productiva para otros que perciben fines individualistas de enriquecimiento sin valoración humana; porque inclusive se puede manipular a la sociedad para que acepte condiciones de pobreza como efectos normales de castigo

¹⁸⁴ Todazo: 168-170

divino. Se debe estimular la valoración humana como tal sin confundirla con el individualismo.

- Libertad, comprendida como una ideología de hacer frente a las enajenantes condiciones materiales de la vida dependiente de otros modelos; se debe aplicar a la erradicación de la ignorancia, la miseria, inclusive a creencias dogmáticas de fanatismo. Es la libertad en valores humanos el reconocer al hombre o mujer como elementos capaces de decidir económica y socialmente ante un modelo propio de producción nacional.
- Igualdad entre personas, que implica la eliminación de la exclusión y de la discriminación, la disponibilidad de oportunidades y de estructuras de distribución equitativa del ingreso.

Estos objetivos se relacionan entre sí y son los resultados del bienestar total aplicables en Guatemala.

5.6 INVERSION EN SALUD UN PROCESO DE REVISION EN GUATEMALA

Es motivo de análisis el comportamiento del gasto en materia de inversión en salud, la mayoría de políticas diseñadas para moderar sus costos no han sido fructíferas, e incluso los esfuerzos tentativos de medir la calidad de su empeño reflejan limitantes en el medio nacional; son funcionales parcialmente, no en su totalidad.

Con fines de análisis para la presente tesis se considero necesario establecer un enfoque centrado en el rol del Estado como promotor de la libertad de sus ciudadanos (dignidad, valoración de la persona) que les permitan alcanzar sus satisfactores básicos.

Es importante comprender que es una acción del Estado es el dar a sus ciudadanos una sensación de pertenencia y valía dentro del orden estatal “...todo individuo y toda sociedad buscan alguna forma de autoestima, que puede llamarla dignidad o respeto”,¹⁸⁵ estos hechos observables son los componentes que legitiman una política de Estado, cuya función o sentido está referida a valores.

La naturaleza de la realidad del Estado se centra en el componente jurídico para hacer valer sus dediciones políticas; se debe apoyar plenamente en el poder jurídico, reconociendo que este poder es superior al Estado mismo.¹⁸⁶

En Guatemala se puede exigir una inversión justa en salud, —porque la asignación presupuestaria está enmarcada en la ley presupuestaria decretada por el Congreso de la República—, con la adecuación de la asignación que

¹⁸⁵ Herman Heller “*Teoría del Estado*” (México DF.: Fondo de Cultura Económica, Progreso, 1992): 226

¹⁸⁶ *Ibid.*: 46-47

supere el 4.4% que reportó el Ministerio de Salud para el 2003, que era efectivo para el 2004, y que no ha mostrado variabilidad para el 2006.¹⁸⁷

En el medio nacional el camino en espiral hacia el desarrollo, lo que se conoce como sistema, no establece una relación en la que la salud es parte de la responsabilidad estatal para producir mayor desarrollo, porque en un sistema "...cada operación individual podría ser descrita como un sistema y puede estar relacionado con un sistema mayor que cubra una operación de proceso completo",¹⁸⁸ cada subsistema debe ser funcional en su totalidad ser confiable porque se integra de elementos del todo.

Los sistemas de salud no deben verse como retazos añadidos de colores (diversidad de servicios) en un tapete que cubre a la población. (Proporciona salud), sino que debe integrarse en sus políticas, estrategias y acciones para evitar duplicidad de esfuerzos.

A pesar de ello en el medio nacional sigue la prevalencia de sectores poblacionales que no tienen acceso a la salud básica. Los esfuerzos por unificar unos lineamientos para incluir la salud no se han podido coordinar, existiendo diversidad de entidades públicas, semiautónomas y privadas que

¹⁸⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Situación de la salud y su financiamiento periodo 1999-2003": 4-7

¹⁸⁸ Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica "La crisis de la salud pública, reflexiones para el debate" (Guatemala: Organización Panamericana de la Salud, 1992): 273

realizan las mismas funciones. La salud como organización funcional debe responder a un proceso de planificación, como respuesta a las necesidades de los grupos.

La planificación en el proceso de inversión en salud debe basarse en la eficiencia. Porque el sistema de salud de Guatemala (privado, autónomo, público) opera en un proceso de transición, debe estar preparado para reaccionar a los cambios, como la consecuencia inevitable de operar en un contexto dinámico.

Cabe notar que si se mejora la inversión en salud, la contraposición al daño y al componente de cobertura debe mejorar, pero previamente debe establecerse una jerarquía de planificación vista como un vehículo para el cambio en el sistema de salud, en respuesta a la demanda social de la población creciente, donde lo primordial es la prestación de servicios que satisfagan al consumidor.

La importancia de analizar costos en materia de salud se centra en que permite una distribución de los fondos en forma equitativa, pero dado el crecimiento logarítmico de la demanda de recursos, por un lado y el estancamiento general de las economías por otro opuesto, parecería inevitable que se produjera un cambio significativo en un futuro cercano, porque siempre las demandas superan las expectativas de recursos existentes.

En el contexto de la salud se debe tener una mentalidad abierta y establecer alternativas que no se centralicen exclusivamente en los recursos financieros como principal elemento del otorgamiento de salud. Se debe permitir el incorporar terapias diferentes de atención con participación ciudadana plena o involucrar a entidades que pueden desarrollar un papel vital en la prestación de atención en salud.

En el medio nacional esta situación ha sido motivo de polémica en el momento actual de ejercicio de poder del período 2006, los recursos son insuficientes para cubrir las necesidades existentes, en cualquier momento puede pasarse de un estado delicado a un estado crítico, porque se suman nuevas demandas por el crecimiento poblacional, nuevos daños a la salud (VIH-SIDA, epidemias que son emergentes y completamente desconocidas para el medio, Sars, y otros), que requieren dar un giro a lo establecido en los modelos vigentes.

Tradicionalmente la asignación presupuestaria del sistema de salud de Guatemala se establece en base a un proceso de programación y presupuesto que demanda la ley Orgánica del Presupuesto Decreto 101-97 y su reglamento

Acuerdo Gubernativo No.240-98¹⁸⁹, el cual debe ser congruente con las políticas, y estrategias de mediano y largo plazo en el área de salud.

Los mismos planes establecen normas en la programación de la ejecución presupuestaria, que se realiza desde el nivel operativo. Tomando en consideración las necesidades que parten desde el puesto de salud, deberá considerarse las actividades específicas y aquellas estrategias o metodologías que, a juicio de los programas técnicos, sean las más costo-efectivas. Todo presupuesto deberá ser reestructurado de acuerdo a la asignación para el ejercicio fiscal de un periodo, que responda a las políticas de salud establecidas.

5.6.1.FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD EN GUATEMALA UNA REALIDAD

De acuerdo a la interpretación de los datos analizados para la presente investigación se establece que, en el medio nacional el proceso de financiamiento proviene de cuatro fuentes en orden de importancia:

- Los hogares
- El Estado
- Las empresas
- Los cooperantes internacionales

En la categoría del sector público, las fuentes se establecen en los ministerios de Salud, Defensa Nacional, Gobernación, instituciones autónomas

¹⁸⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Tercer Informe, situación de salud y su financiamiento, periodo 1999-2003": 12-34

como la universidad, gobiernos locales, y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

En cuanto al sector privado, los aportes financieros provienen del hogar, donde la inversión es directa (gasto de bolsillo de las personas) y de las empresas privadas. El otro sector, de cooperantes Internacionales, se refiere a la ayuda consistente en donaciones de las agencias bilaterales y multilaterales.

En relación al comportamiento del financiamiento se establece que, dentro del periodo 1999-2003, mostró un crecimiento "...promedio del 10.7%. El flujo de recursos en el 2003 represento 65% más de lo que se produjo en 1999. Del total de gasto del sector salud durante dicho periodo, fue de Q43,834. 3 millones, el subsector público participo con 21.4% (Q9 mil 381.5 millones), el privado con 75% (33 mil 179.5 millones) y la cooperación internacional 2.9% (Q1,273.3 millones). Y el total de recursos aportados por los hogares, con respecto al monto global del sector fue de 65.2% , donde el gobierno central realizo una inversión del 19%, los empleados el 10.5%, la cooperación Internacional 2.9% y en concepto de retorno de activos de entidades públicas 2.5%".¹⁹⁰

Se evidencia crecimiento en el proceso de inversión pública en materia de salud, pero se establece que la participación de los hogares en aportes

¹⁹⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Tercer Informe, situación de salud y su financiamiento, periodo 1999-2003": 25

directos (bolsillo) en inversión de salud ha sido representativa del gasto total lo que establece que los grupos sociales no logran satisfacer sus necesidades de bienestar.

5.7. PROMOCION DE LA SALUD UNA POLITICA FUNCIONAL: DE PROTECCIÓN PARA EL SECTOR INFORMAL

Es preciso tomar en cuenta la reorientación de la definición tradicional de salud por la más moderna, que es definida como ir más allá de lo que es el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente tratar de obtener la ausencia de enfermedad.

Dicho concepto fue aceptado por Guatemala y por todos los países del mundo. Luego, se trata de incorporar el hecho de que la salud concilia la satisfacción de las necesidades humanas y los ideales de salud y bienestar de la población, que reemplazan el concepto antiguo de *daño*. Por lo que concibe como un efecto social, fuente de riqueza para la vida diaria que se incorpora como un elemento más para el crecimiento equitativo y así alcanzar el desarrollo.

Analizando la historia reciente se parte de la época de los 90 cuando se conoce y adopta la promoción de la salud, como una política pública saludable, la misma fue impulsada a nivel de varios países por la Organización Mundial de la Salud, por medio de proyectos, programas y acciones prácticas que

hasta la presente fecha se han mantenido como una acción de salud que se incorporó en el medio nacional.

Se indica que, como derivado de los compromisos, surge la carta de Ottawa en 1986, considerada una renovación para el enfoque de la Salud Pública. Esta carta contiene *"los principios que rigen el concepto positivo de la salud como recurso para la vida, sólo posible si se da el poder a la gente para transformar las condiciones que impiden mejorar su salud: fija los prerrequisitos para alcanzar la vida saludable en: paz, vivienda, educación, alimentación, ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad"*.¹⁹¹ Si se retoma el concepto, resalta la trascendencia desde componentes básicos de la salud tradicional, se establece una posición de correspondencia social.

Sus áreas de acción aplicables al medio nacional son:

- Construir políticas públicas saludables
- Fortalecer la acción comunitaria
- Crear ambientes favorables a la salud en las dimensiones físicas y sociales
- Desarrollar aptitudes personales para tomar decisiones con respeto a su propia salud

¹⁹¹ Organización Panamericana de la Salud, "Municipios Saludables", (Lima, Sinco Editores, 1999): 10-11

- Reorientar los servicios de salud para dar mayor importancia a las actividades de prevención de las enfermedades y promoción de la salud.

Todas las áreas de acción son aplicables en el medio nacional, algunas se han desarrollado con mayor énfasis a nivel de salud preventiva en el área rural, pero no se les ha dinamizado con la participación de otros sectores, ni se les da continuidad, y se ha aplicado como un componente parcializado porque no se han modificado las condiciones de vida que involucran al Gobierno mismo, promoviendo el acceso a la tierra, educación, y empleo pleno.

Para fines de la presente investigación se determinó y analizó qué es la promoción de la salud; se parte del hecho de que es una expresión política viable, sostenible en materia de salud pública., y que permite a las personas y conglomerados sociales incrementar el control de salud para mejorarla.

Es una alternativa estratégica que en Guatemala se ha tratado de establecer pero cobra la modalidad de una política partidista más del gobierno de turno, que una respuesta lógica a la demanda del medio de salud donde las personas puedan alcanzar satisfacer sus necesidades de salud no se ha realizado como tal.

Si se enfocara adecuadamente la promoción de la salud como un componente dinámico no partidista, permitiría a las personas o grupos fortalecer sus habilidades y desarrollar sus capacidades como primer

mecanismo de acercamiento para proteger la salud como responsabilidad compartida, con participación sectorial social en forma permanente, no temporalizada, sería un componente del desarrollo local.

La promoción de la salud tiene como segundo mecanismo el pretender modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con la finalidad de reducir y modificar su impacto en la salud pública e individual. Este es el verdadero sentir de la promoción en salud, que dentro de los grupos que no alcanza cubrir el Ministerio de Salud —como en el caso del sector informal del presente estudio—. Si se fortaleciera su componente comunitario y se existiera un compromiso con crear un ambiente saludable favorable sería un éxito, donde las personas manifestaran satisfacción plena del acercamiento e identificación con salud pública.

5.8. LA EDUCACION CLAVE PARA ALCANZAR METAS DE POLITICAS SOCIALES

La educación es un hecho inherente a la persona humana, no es discrecional, sino ineludible, la palabra educación viene del latín¹⁹² de *educare*, que significa alimentar o nutrir, y de *ex – ducere*, conducir.

La educación dice Lalande “...es un proceso que consiste en una o varias funciones, se desarrolla gradualmente por medio del ejercicio y se perfecciona.

¹⁹² Luis A Lemus. “Pedagogía Temas Fundamentales” (Argentina: Kapelusz, 1999):.6

Educación es el resultado de ese proceso"¹⁹³ partiendo de este concepto se establece que la educación es un valor ambivalente: es proceso y a la vez es el resultado del proceso.

Investigando en relación a la temática planteada, se establece una definición de Reboul quien propone que la educación es la "*...acción que permite que un ser humano desarrolle sus aptitudes físicas e intelectuales, al igual que sus sentimientos sociales, estéticos y morales, teniendo como meta el realizar lo mejor posible su función de personal; educación es también el resultado de esa acción*".¹⁹⁴

En esta definición se identifican dos elementos: el auto desarrollo y los sentimientos que, unido a las aptitudes físicas e intelectuales, inducen a una manera de obrar Educar no se debe confundir con la instrucción.

Con los conceptos anteriores se entiende que la educación puede ser un proceso permanente a lo largo de la vida del ser humano, y a diferencia de los animales irracionales, siempre es susceptible de desarrollo. La apreciación de la educación como incorporación al molde del ser humano nace desde la niñez.

¹⁹³ Rafael Pineda "*Criterios para la elaboración de políticas de desarrollo de la USAC*" (Guatemala; Tesis, Universidad de San Carlos, 1987): 25-26

¹⁹⁴ *Ibíd.* 26

Explica el pedagogo Rafael Pineda que Aristóteles planteo una definición precisa al respecto “...temo que el racionamiento y la enseñanza no sean igualmente poderosas en todos los hombres antes que nada, y por medio de las costumbres, hay que cultivar el espíritu del auditor con vistas a hacerle querer o detestar lo que debe ser querido o detestado, igual que una tierra llamada a hacer fructificar la semilla”,¹⁹⁵ esto en la antigüedad se centralizaba a la función familiar, hoy en día se transfiere a otras células de la sociedad, donde se refuerza el proceso iniciado en el núcleo familiar.

Es necesario no confundir la educación con el adiestramiento y el aprendizaje porque la educación es trascender en el plano humano para el desarrollo.

¿Por qué es necesario comprender que el adiestramiento no es educación? Vale la pena profundizar en ello. El primer término se tendrá como: una técnica para obligar a adquirir una conducta útil para alguien, muy útil para adiestrar animales, a partir del reflejo-acción, su base se centraliza en la relación mecánica-pasividad, de la energía hacia un objeto artificial, no teniendo esa transferencia ningún significado para el sujeto, porque no aplica la razón, no quiere decir que no se pueda aplicar al proceso educativo humano es valido para que realicen acciones esperadas de manera mecánica, para adaptarla a una mecánica de reacción.

¹⁹⁵ Pineda: 26

Por el segundo término, aprendizaje, se comprenderá el hecho de adquirir el saber un saber hacer. Por ejemplo nadar, bailar, escribir, son procesos repetitivos que eliminan el mayor número de errores. Este se diferencia del adiestramiento porque involucra una motivación individualizada, y su efectividad se basa en que proporciona una técnica y una habilidad a desarrollar por el ser humano.

Otro elemento importante en la educación, basada en el uso del razonamiento como conocimiento científico, que tiene como efecto ser libertadora, es la enseñanza, que en el contexto de salud debería ser vital para incorporarse al proceso en las etapas tempranas del ser humano para que este aprenda a cuidar su propia salud como una responsabilidad individual, y luego de grupo. Porque por naturaleza el hombre está destinado a vivir en un mundo común, a compartir con los demás hombres una serie de experiencias, de hechos y de bienes que son comunes a todos.

La enseñanza es una actividad donde el que aprende bajo la dirección del maestro elabora o ensaya sistemáticamente un saber o un poder (capacidad o habilidad) cuya intención no es únicamente producir conocimiento y habilidades, sino la de influir en la conducta y acción del ser humano, este debería ser la parte dinámica de la salud preventiva, es hacer educación con intensidad y direccionalidad, porque independientemente de los objetivos de la enseñanza que pueden ser políticos, de salud, etc., puede ser además

ocasional o sistemática en relación con el conglomerado al cual se quiere influir.

5.8.1 FUNCIONES DE LA EDUCACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA SALUD PÚBLICA

Esta temática está relacionada con los valores y los fines, según se comprenda la educación en cuanto a metas y valores así será también su función. Cada época histórica, cada pueblo o nación y cada situación social y política, tienen conceptos distintos de la vida y del mundo y de su vida o razón de ser, esto determinará la educación como medio de realización del ser humano. Debe quedar muy claro el hecho de que la educación está condicionada por el conocimiento que se tenga de la naturaleza antropológica del hombre, por sus aspiraciones culturales y por la situación social que le sirve de medio y factor educativo.

En el contexto de la salud es importante conocer el quehacer de la educación como estrategia política de cambio porque cada ser humano o conglomerado posee una percepción propia de los procesos de enfermedad y lo interpretan de acuerdo a su conocimiento y experiencia. Esto incide directamente en la conducta determinante de las personas para actuar en caso de identificar un daño en salud.

La idea de la tesis realizada, se basa en la necesidad de educación en el contexto de la salud como una actividad permanente en Guatemala, donde

las características sociolingüísticas y culturales son tan heterogéneas que demandan iguales conocimientos sobre los componentes de las ciencias sociales y de las ciencias clínicas, como un complemento.

Además está comprobado por la teoría de las ciencias pedagógicas que la educación es inherente a la sociedad en todas las fases de su evolución, de sus confluencias y antinomias, en especial cuando se trata de grupos como el sector de la economía informal donde las demandas de educación saltan a la vista, porque es necesario contar con ciudadanos instruidos cualificados para fomentar los cambios en las relaciones de producción.

5.8.2. LA RELACIÓN ENTRE LA EDUCACIÓN Y LA SOCIEDAD

La educación posee un carácter social, el filósofo Paul Natorp, creador de la teoría de la pedagogía social, expone que el hombre aislado es una abstracción, no existe el hombre sino una comunidad humana.

Partiendo de ello se comprende que toda actividad educadora se realiza sobre esa comunidad. Toda educación es comunal e individual, es por ello que su significación es social, el progreso social es consecuencia de la incumbencia de la educación.

Si la educación es comunitaria influye en el hombre que está dentro del contexto social, y la unidad es el grupo. En este medio se identifican factores propios de la educación que se clasifican en:

- Factores generales. Bajo el concepto de que la educación refleja la concepción de la vida de acuerdo al momento histórico, siempre reflejará las concepciones ideológicas de la civilización a la cual pertenece en este momento.
- Factores Políticos. Se comprenden como los factores que ejercen influencia directa por las instituciones del Estado, sumándose a ellos órganos de poder como los partidos políticos, asociaciones gremiales, las organizaciones como tales.
- Factores Sociales. Se refieren al desarrollo de las fuerzas productivas en la formación de los recursos humanos que construirán la fuerza de trabajo.

5.9. LA ÉTICA COMPONENTE VITAL DE LAS POLÍTICAS NACIONALES

Ejecutar una política pública demanda un compromiso social, porque es la respuesta de un Estado ante aquellos a quienes se debe: su población, que demanda hacer legítimas las funciones del Estado, y estas requieren de compromisos que trascienden lo político, centrándose en la ética.

Etimológicamente '*...el término ética se deriva del griego ethos que significa "cubil", lugar donde se habita, "morada", pero también se usa para denotar el "modo de ser". La ética trata pues del modo de ser del que nos vamos apropiando a lo largo de la vida, ello siempre ha estado presente en un estado, el ingreso al mundo en la época moderna tuvo como efecto una vida pública laica*'.¹⁹⁶

Los ciudadanos pasaron a fundamentar sus aspiraciones en un derecho y un gobierno legítimos, en una justicia imparcial e insobornable, en la racionalidad y el funcionamiento de la sociedad, y en el reconocimiento de la identidad y de la sociedad.

Es importante reconocer que la ética puede considerarse una ley u ordenanza moral, según el filósofo Kant, "*...la norma debe de cumplir con ciertos requisitos para ser considerada como ley moral, los cuales son: 1) debe ser universal 2) tiene que proteger al hombre como un fin en sí mismo 3) que sea aceptados por todos de manera universal*",¹⁹⁷ es aquí donde el gobierno legítimo, establece el cumplimiento de ciertas normas como deberes de Estado que abarcan más allá de ciertas perspectivas, es aplicar una democracia con principios morales.

¹⁹⁶ Contraloría General de la Nación "*Ética, moral pública y contra la corrupción en Guatemala*", (Guatemala: San Juan, 2000): 5-6

¹⁹⁷ Víctor Afanasiev, "*Fundamentos de Filosofía*", (México DF.: Siglo Veintiuno, 1985):

Su objetivo dentro de un sistema estatal o en cualquier situación de vida practica, se refiere a las formas de verdad referidas a la fundamentación, razones y causalidades de lo que se considera bueno o malo, correcto o incorrecto.

Es importante no confundir con la moral, porque la moral establece un código a cumplir con componentes justos o injustos, en el convivir social. La ética en cambio trata sobre la fundamentación racional de esas conductas, se basa en un sistema de valores correspondientes a determinada sociedad o grupo, que supone valoración con bases sólidas, que determinan la identidad de una persona o sociedad.

En el medio nacional la relación de colectividad en una diversidad hace que cada guatemalteco practique componentes afectivos, económicos, políticos, de convivencia, etc. Todo este proceso se realiza conscientemente. Pero se debe tener claridad en el hecho mismo de que el ser humano posee autonomía (toma decisiones para actuar) no únicamente basado en sus intereses, y al relacionarse con otros (grupo) es aquí donde la moral cobra vida, porque se somete a prueba la aplicación de valores.

La aplicación del ejercicio del poder al gobernar, involucra acciones a través de cánones o fundamentos morales que se aplican como deber con un carácter universal y un fin en si mismo, basado en la aplicación y verificación de actos buscando la verdad.

Esto debe estar fundamentado en acciones humanas (los gobernantes y sus elementos ejecutores son humanos) deben responder a tres componente fundamentales para actuar en base al apego de la moral como ejercicio de la ética, en cumplimiento de los deberes, la acción como tal, para lo cual debe aplicar tres componente vitales:

- Seguir el proceso de la razón reconocida como pragmática o instrumental, es decir, la adecuación entre medios y fines.
- Seguir el camino de la razón moral, lo que se tiene que hacer, lo que es justo u obligatorio, si se aplican los principios morales en este aspecto permiten la regulación de la vida en común.
- Aplicación de la razón ética a la autocomprensión. El dilema ético está en determinar la preferencia y conocer qué bien, qué valor se persigue.

198

Estos deberían ser los elementos vitales de una política pública, centrada en una perspectiva superior, que busca el bien común, la convergencia de la ideología con el contexto social.

5.9.1. ÁMBITO DE LA POLÍTICA Y LA ÉTICA EN EL MEDIO NACIONAL

En Guatemala hoy día se vive un proceso de modernismo parcializado. Por las demandas económicas vigentes de crecimiento y un desarrollo lento, este contexto se aplica a un modelo de modernismo basado en el utilitarismo como corriente de filosofía práctica que es la tendencia en el medio social.

¹⁹⁸ Contraloría General de la Nación "Ética, moral pública y contra la corrupción en Guatemala" (Guatemala: San Juan, 2000): 18

Se ha establecido que hoy en día en cualquier contexto social, no escapando el nuestro, la modernidad marca una tendencia a separar entre prácticas y normas, no se pregunta la persona sobre lo que es bueno y justo para el conglomerado, sino para lo concerniente a la individualidad y la sectorización.

La política pública experimenta una tensión entre dos aspectos: uno el de crear condiciones para que funcione los mercados de comercio en el componente financiero; y por otra parte. el llenar el vacío de legitimidad del Gobierno, en materia de protección social, no se refleja dicho ente. Se olvida que la función de sentido del Estado, como la de todo fenómeno histórico, siempre está, ciertamente referida a valores que para cobrar la naturaleza del quehacer del estado, debe aspirar a ser, a su vez, poder jurídico basado en normas.

En el medio nacional, se ha establecido un proceso creciente partidista que no es participativo de todo el pueblo, que en este caso se le llamaría privatización de la política, que lleva a la construcción de mecanismos institucionales de "democracia" de minorías. En apariencia se permite crear la imagen de una tendencia a que los elegidos reciban el apoyo de los grupos votantes que no son representativos de todos.

A la vez se buscan y facilitan los medios escritos, televisivos, radio, para transmitir la opinión gubernativa en materia de salud como política de gobierno, perdiendo de vista su tarea vital de acción concreta de protección en salud, y no de publicidad parcializada, lo que da lugar a creer en un rol que no compete ni cumple con lo ideal.

Al ejercer el poder en el medio existen contradicciones entre el modelo establecido y la práctica (cobertura), entre el hecho y la sociedad, perdiendo de vista su objetivo moral de bienestar común para todos por igual. Por lo tanto, hay motivo de revisión del actuar ético que debe corresponderse con la moral que observa toda la comunidad y que el Estado refleja o debería reflejar.

5.10. PARTICIPACION SOCIAL COMPONENTE DE LA SALUD PÚBLICA

La sociedad civil se conceptualiza como el género humano, entendido como el contenido abstracto de todas las formas de convivencia humana.

La sociedad civil, en cuanto concepto recíproco del Estado, se refiere al conglomerado poblacional mismo, que demanda atención o respuesta estatal, sin embargo debe tenerse claro que no toda la actividad del Estado es actividad política. La calidad de político de un poder social no es algo definitivo porque depende de las circunstancias sociales existentes. En el sentido práctico es una unidad contractual entre sujetos de derecho, *vis à vis*, como partes jurídicamente libres o iguales.

Este termino de conceptualización romana, establece que además de ser entes con derechos jurídicos, la sociedad no puede estar sometida a ningún poder eclesiástico ni estatal que posee autodeterminación, la sociedad civil real es una sociedad de clases cuya unión se mantiene mediante el predominio de una de ellas, para cuya subsistencia es sin duda, necesario el mantenimiento de la ideología de la libertad e igualdad. Existe relaciones reciprocas de grupos dentro de la sociedad civil que implican igualdad como lo es la salud.

La sociedad civil es algo más que un grupo que busca y actúa en función del espíritu orientado hacia la formación de la comunidad, su propósito central es establecer una revolución que busca el bien común fomentando la conciencia de clase convirtiéndose así la sociedad civil en un concepto político, dinámico, que incursiona a el hecho de alcanzar mayores niveles de desarrollo humano, el sector informal suele coincidir en sus demandas de salud dentro de este grupo sociedad de clase que demanda el ejercicio directo de dotar de servicios idóneos rompiendo barreras de esquemas presupuestarios y modelos de salud impuestos que no responden a la realidad nacional, y que a gritos demandan una reforma total.

En el contexto de la política social se encuentra inmersa la salud, en donde la sociedad civil conformada por ciudadanos puede ejercer influencia para determinar el tipo de política de salud que se desea.

La teoría política indica que el Estado se ve influenciado por el poder que le rodea para ejercer sus políticas, según esta teoría por ejemplo "*...la política sanitaria es el resultado de los diferentes grados de influencia que ejercen distintos grupos de presión (médicos, hospitales, centros académicos, etc.) sobre el proceso de tomas de decisiones del proceso sanitario. Siendo los exponentes principales Ted Marmor (1983) Anderson (1986) Starr (1983), según ello exponen que la teoría de los grupos de presión no se contraponen sino que complementan a la de la voluntad popular, como determinantes de la política sanitaria*".¹⁹⁹

Sustancialmente dicha teoría no es del todo realista pero sí ejerce una influencia que anhela hacer realidad la participación de la voluntad de la sociedad civil para que ella sea la que opine considerándosele un factor decisivo dentro del sistema de salud, para lograr los cambios esperados.

Debido al tipo de sistema de funcionamiento financiero de las instituciones estatales de Guatemala, (asignación presupuestaria aprobada por el Congreso de la República) las que se aprueban son las medidas que, de acuerdo con el Estado, son las más costo-efectivas, de beneficio colectivo, y que permiten generalizar a toda la Nación la financiación y la organización de

¹⁹⁹ Herman Heller "Teoría del Estado" (México DF: San Lorenzo, 1992): 132-133

los servicios estatales. Sin embargo quedan al margen del sistema de salud los sectores privados, semiautónomos, con iguales o similares funciones.

Esto justifica el criterio de ser inclusivos en las decisiones de la colectividad, conocer qué es lo que la población demanda en realidad, y permitir que haya alianzas básicas de atención en salud, a manera de hacer efectivo la prestación de servicios de carácter universal, como ha sucedido en países en los que, en materia de salud, sus avances ya sobrepasaron esta etapa como son las sociedades europeas, estadounidense, canadiense o costarricense.

En Guatemala los avances en materia de salud pública que incluyen la participación social como elemento vital son limitados, se ha manejado por medio de algunas municipalidades locales con participación comunitaria. En los procesos de promoción de la salud se ha tenido experiencias positivas, considerando que la salud es un bien en el que los individuos, las familias y las comunidades tienen mucho que decir, opinar y decidir.

Queda demostrado que en salud pública no solo el enfoque médico es válido sino también la participación de los individuos o los grupos para que contribuyan a la labor de desarrollo comunitario con responsabilidad compartida en materia de salud, en especial cuando se enfrentan nuevos retos

como la epidemia del SIDA, la cual hace a las poblaciones vulnerables, y que fomenta las situaciones sanitarias difíciles.

Para la organización y desarrollo de los servicios basados en proceso eficientes la participación comunitaria significa:

- Compromiso sin ambigüedad hacia la promoción de la salud.
- Identificación plena de los grupos vulnerables a nivel local.
- Constatación de los beneficios que se desprenden del proceso mismo.
- Participación comunitaria, que es responsabilidad de todos en materia de salud pública.

6.

LA SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA: un sistema, o señales de crisis

El ejercicio de la salud pública involucra procesos donde se debe superar el horizonte de la comprensión de los problemas de salud como daño físico, es levantar los ojos del conocimiento para observar más allá del perfil común definido, es hacer realidad la asistencia social comprendida como la asistencia accesible a un individuo a través de los lazos sociales como otros individuos, grupos y comunidades más grandes.²⁰¹ La vinculación directa del ejercicio de la salud al sector informal se basa en que son grupos de población (masas marginales que no gozan de prestaciones) que requieren políticas estatales dirigidas específicamente a este sector, no como caridad pública sino como política social y económica planificada.²⁰²

La salud pública implica la dinámica de los miembros dentro de la red de la sociedad, para compartir la responsabilidad del cuidado de la salud individual y colectiva, "...involucra una dimensión dinámica del concepto, que

²⁰¹ Joanne E. Hall y Barbara Redding Weaver, "Enfermería en salud comunitaria: Un enfoque de sistemas", (Washington DC: OPS, 1990):.70

²⁰² Víctor Cartaya et. al, "Marginalidad del sector informal", (Alemania: Nueva Sociedad, 1987): 74

involucra la prevención de enfermedades como primero punto del triángulo, la promoción la cual no es únicamente explicación del daño a nivel individual o grupal", ²⁰³ es tener una visión amplia de la noción de paciente social considerándola como ser integral.

6.1. ACERCAMIENTO A UN SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA

La base conceptual de la noción de sistema indica que este, como modelo, comprende un complejo interconectado de componentes o partes funcionales que trabajan a un mismo ritmo y con un mismo fin.

Existen sistemas no estructurados y de secuencia abierta, las organizaciones humanas son ejemplos de sistemas no estructurados y de secuencia abierta cuando se establece un proceso de organización y el vasto complejo de elementos que lo integran se logra alcanzar la eficiencia, y viabilidad.

La salud pública implica la participación de la comunidad, manteniéndola motivada, informada, y comprometida en el logro de su autodesarrollo en salud, se parte del concepto que establece por ello "*...un modelo de formas o procedimientos en los cuales un número grande de personas, demasiadas para tener contacto frente a frente uno con los otros y ocupados en una*

²⁰³ Carlyle Guerra de Macedo, "Reflexión sobre la salud pública, compendio de salud pública" (Washington DC: OPS, 1992): 30.

*complejidad de tareas, se relacionan entre sí en el establecimiento y obtención sistemáticos y conscientes de propósitos mutuamente convenidos".*²⁰⁴

El sistema de salud se centraliza en la relación de las personas para el logro de objetivos comunes, del lado externo los usuarios del sistema captan un sentido general de ella como organización pública, desconociendo su funcionamiento interno así como la relación que debería mantener con el contexto social como tal.

Las organizaciones relacionadas con los seres humanos son entidades complejas, es característico de ellas, en la vida moderna, el aumento extraordinario en tamaño y complejidad de las organizaciones humanas, y el caso de la salud pública ha evolucionado en respuestas múltiples, lo que ha hecho que los compromisos en materia de salud se tornen mas dinámicos, en el proceso de sus relaciones como organización.

La palabra sistema "*...implica plan, método, orden y arreglo*",²⁰⁵ lo que es aplicable a la salud pública. El antónimo de sistemático es lo caótico, y la ciencia siempre busca explicación, por lo tanto existe un interés considerable

²⁰⁴ Richard Johnson et al. "*Teoría integral y administración de sistemas*". (México DF Edit. Limusa, México DF 1999, p 52

²⁰⁵ Adela Cortina et. al "*La empresa ante la crisis del estado de bienestar*" (Madrid: Miraguano, 1999): 120.

para desarrollar un conjunto de conocimientos que se puedan organizar dentro de un todo complejo.

Puede afirmarse entonces que comprendemos, por sistema de salud, un ente rector que integra varias agrupaciones, inclusive privadas, que bajo un orden específico ejecutan el cumplimiento de las políticas de bienestar que impulsa un Estado.

En el medio nacional se establece, para la funcionalidad del sistema de salud pública, como marco de referencia la familia como primera organización social de impacto, que contiene en su interior elementos individuales objetos de protección y seguridad en materia de salud; esta es la base primordial para el logro de los objetivos de la organización. Así también se contempla que, como país, existe un sistema estructurado que involucra a las poblaciones indígena, ladina, garífuna y xinca, estos grupos tan diversos con características socioculturales propias marcan una diferencia para que el sistema de salud enmarque sus acciones dentro de esta caracterización.

Como institución con "*...función social enmarcada en un compromiso de Estado con base legal*",²⁰⁶ se ha visto que a través de su historia ha crecido por las demandas poblacionales, y la evolución propia de la sociedad.

²⁰⁶ Dennis F. Polit. "*Investigación científica en ciencias de la salud pública*" (México DF.: McGraw Hill, 1991): 50.

Explican los expertos en administración como Johnson que *“los gobiernos modernos son sistemas típicamente masivos organizados bajo la forma burocrática. Las organizaciones sociales del hombre han evolucionado hacia sistemas más diversificados, complejos de mayor escala”*,²⁰⁷ y ello denota que todo proceso en la vida social es cambiante o tiende a modificarse, y si no resulta competente para las demandas existentes queda caduco y desaparece.

Existe la tendencia en las organizaciones modernas de estar conscientes de que se enfrentan a nuevos escenarios, que demandan una diversidad de objetivos de las diferentes personas y unidades organizacionales.

A pesar de que existe diversidad de subsistemas en el ámbito de la salud, esta debe proponer opciones para funcionar y alcanzar su máximo rendimiento, uniendo la diversidad de objetivos de los diferentes participantes de la salud para ser una sola institución que persigue el bien común, donde la política de Estado se halla fuertemente influenciada por elementos como la promoción de la libertad económica y la presencia de demandas sociales a las que se le trata de dar respuesta acorde a las necesidades.

²⁰⁷ Richard Johnson, et al *“Teoría, integración y administración de sistemas”* (México DF.: Limusa, 1999): 56-61

Esto se apoya inclusive por la teoría administrativa de Max Weber quien explicó que "*...el progreso de la organización burocrática se ha debido a su capacidad técnica sobre cualquier otra forma de organización*"²⁰⁸ es por ello que el enfoque dado a cualquier sistema de salud, debe centrarse en la funcionalidad de todos sus subsistemas para que el mismo crezca en función de las necesidades sociales.

En la actualidad la forma más útil para comprender y analizar una organización es a través de la definición de sistema, "*...este punto de vista tiende a tratar la organización como un sistema de partes que se interrelacionan generando dentro de sí mismas diferentes corrientes alternas para alcanzar un mismo objetivo, vale la pena recordar que los sistemas tienen como componente esenciales para su funcionamiento como la planificación, organización y control*"²⁰⁹ que es el proceso aplicado por el Ministerio de Salud Pública en Guatemala.

Además hay diferentes subsistemas, aplicables al ministerio del ramo con cierto número de componentes como:

²⁰⁸ Richard Johnson, et al, "*Teoría, integración y administración de sistemas*", (México DF.: Limusa, 1999): 10.

²⁰⁹ José Juran, "*Análisis y planificación de la calidad, salud pública*" (México DF.: McGraw Hill, 1998): 111.

- Administración
- Recursos humanos
- Tecnología apropiada
- Insumos
- Consumidores
- Competidores
- Gobierno y público ²¹⁰

Todos estos, ya integrados se convierten en un sistema operativo y viable por virtud de la organización, aplicable al sistema de salud pública, donde el ente máximo organizador debe integrar todas las partes a fin de que trabajen hacia una meta única organizacional. Debe considerarse los elementos de la organización, tales como los individuos, los grupos de trabajo relacionados con el objetivo que se persigue y el medio.

El segundo elemento se refiere a la interrelación entre los sistemas de la organización, esto permite tener un marco de referencia completo para la continuidad del proceso que se persigue.

Un tercer elemento se centra en el proceso de información y comunicación, la cual, en salud, es vital tanto en el interior de las instituciones

²¹⁰ *Ibíd.*: 67

como fuera de ellas, para establecer una red funcional cuyas acciones permitan acercarse a un proceso sincronizado.

Un cuarto elemento lo constituyen los problemas de crecimiento y adaptabilidad, esto indica que la salud como sistema debe responder al crecimiento de las demandas así como debe establecer un proceso de adaptación permanente al ambiente cambiante. Siempre hay que recordar que toda organización en el medio público o privado, está sujeta al cambio.

Y por último el más importante, relacionado "*...la función de organización vital como lo es la organización de salud pública, se refiere a la toma de decisiones, que puede establecerse en orden de jerarquía desde los sistemas simples mecánicos hasta los sistemas complejos sociales*",²¹¹ a nivel superior. Todos estos grados de complejidad al interconectarse crean sinapsis, para alcanzar los objetivos de bienestar poblacional. Que han evolucionado constituyéndose en un ente que se ha fortalecido dentro de la institución pero que tiene como desafío el coordinar acciones externas para hacer imperar sus políticas de salud vigentes.

²¹¹ Carlyle Guerra "*Reflexiones sobre la salud pública, compendio de salud pública*" (Washington: OPS, 1992): 58.

6.1.1. CARACTERÍSTICAS A CONSIDERAR EN UN SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

Todo modelo de salud pública de dentro de su marco de acción, poder analizar, estudiar e intervenir para eliminar, modificar, o preservar los factores de riesgo, daño, o mantener un equilibrio de los estados de salud y enfermedad, cuyo fundamento central es la preservación de la salud.²¹²

Es por ello que, como organización, debe alcanzar sus objetivos de preservación de la salud humana, por medio de la distribución de productos físicos y servicios que, unidos, demandan que la organización de salud cumpla con las siguientes características como organización responsable de salud:

- Crecimiento organizacional. Comprendido como una respuesta de la institución de salud pública, ante las demandas de la población que superan las expectativas de la misma.
- Complejidad: En materia de salud las demandas se tornan cambiantes porque el patrón epidemiológico de daño, producto de las enfermedades, ha variado, lo que ha exigido que la línea básica de producción no se establezca en una única forma de atención, y se ha tenido que diversificar el proceso de prestación de servicios de salud en respuesta de la diversidad de daño a la salud individual, o grupal, experimentando de esta forma en un proceso complejo que opera bajo la dirección del Estado en un contexto político y social.

²¹² Joanne E. Hall y Bárbara Redding Weaver, "Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas", (Washington DC: OPS, 1990): 71

- Especialización de las habilidades *"se refiere al hecho mismo de que el proceso salud-enfermedad ha cambiado, el comportamiento epidemiológico de las enfermedades ha variado en el mundo"*.²¹³ En el presente los mismos comportamientos de las enfermedades emergentes y re-emergentes demandan mayores habilidades técnicas, diagnósticas, de tratamiento, para superar los daños en la población expuesta.
- Afrontar los cambios: El ambiente donde operan las organizaciones de salud se enmarca en un proceso evolutivo que demandan cambios organizacionales, científicos y técnicos.
- Exigencias internas *"Se refiere a la forma creciente de dominio tecnológico, científico, político y administrativo que las entidades prestadoras de servicios deben afrontar para suprimir el daño de enfermar y morir dentro de una población"*.²¹⁴
- Exigencias Externas: Toda organización no opera en un vacío, es una parte de la sociedad considerada como un todo, las demandas de la sociedad, el entorno exterior cambiante, las demandas organizacionales del Estado y organismos externos hacen que se renueven o se incorporen nuevos reglamentos, o se modifiquen los existentes. Todo

²¹³ Jacobo Finkelman y Edgar Barillas, *"El proceso de transformación de la salud pública"*, (Guatemala: OPS, 1996): 20-36.

²¹⁴ *Ibíd.*: 36.

ello para agilizar los procesos y mantener una permeabilidad y viabilidad en los mismos.

6.1.2. EVOLUCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA

El proceso salud-enfermedad en el sistema de salud de Guatemala, ha evolucionado constantemente, no a un ritmo donde la práctica supera a la teoría, pero los objetivos primarios de servicio público han demandado cambios por crecer en complejidad, incrementar sus objetivos, en especialización de sus habilidades técnicas y profesionales, y sobre todo, en mantener una respuesta eficiente de adaptabilidad al medio cambiante en forma permanente.

Partiendo del análisis desde la época de la colonia en 1545-1548,²¹⁵ a pesar de que se registraron brotes de sarampión, viruela, “tabardete”, afectaron directamente a las poblaciones pobres, a los indígenas, lo que desde esa época marcó la intervención estatal para controlar las epidemias. Desde el punto de vista de la investigadora puede considerarse un hecho histórico social que enmarca los primeros lineamientos de la salud pública.

Posteriormente los hechos históricos indican que de 1831 a 1833 en Guatemala, durante el régimen de Mariano Gálvez, se vivió una epidemia de cólera, pero aun así no se instituyó como tal una unidad estatal de salud.

²¹⁵ Jorge Lujan Muñoz “*Guatemala breve historia contemporánea*” (Guatemala: Fondo de Cultura, 2004): 56-106.

Antes de 1944 no existían el Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, creados durante el período de la Junta Revolucionaria de Gobierno, específicamente 1945 cuando se crearon.

Hasta ese momento, la institución responsable de salud en el país era la Dirección General de Sanidad,²¹⁶ que dependía del Ministerio de Gobernación y cuyas funciones estaban orientadas al control de las enfermedades transmisibles, epidemias y establecimientos públicos.

Los hospitales dependían en su gran mayoría de patronatos privados y recibían escaso apoyo del gobierno. Con la creación del MSPAS y del IGSS, aparecen leyes específicas que definen sus funciones. Posteriormente, en 1976, se hizo la última modificación al Código Sanitario Original el cual fue sustituido en octubre de 1997 por el actualmente vigente Código de Salud. Por su parte el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se rige por su propia Ley Orgánica, la cual ha sido afectada por decisiones tomadas por el Organismo Ejecutivo, en menoscabo de su autonomía.²¹⁷

²¹⁶ Solidaridad Internacional, "Agenda Legislativa en salud período 2001-2004, Centro para el desarrollo estratégico en salud, Guatemala, Consejo Ínter Hospitalario de cooperación, Informe Técnico No. 1", (Guatemala: Sin Editorial, 2004): 10.

²¹⁷ Angel Sánchez, "La inconclusa y tutelada reforma del sector salud en Guatemala en el marco de cumplimiento de los Acuerdos de Paz", (Guatemala: Sin Editorial, 2005): 9.

Analizando el cambio y trayectoria histórica se puede establecer que el Ministerio de Salud, respaldado por el Organismo Legislativo mediante el Artículo 170 de la Constitución de la República, y sustituye el nombre de Dirección General de Servicios de Salud, creándose el Consejo Nacional de Salud.

Posteriormente en 1969 nuevamente se reorganiza el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social estableciéndose “...divisiones administrativas como epidemiología, salud materno infantil, saneamiento del medio, servicios técnicos así como la subdirecciones normativas, áreas de salud y regiones”.²¹⁸

Nuevamente en 1976 se reorganiza el sistema por medio del acuerdo gubernativo 71-75, creando en definitiva veintiséis áreas de salud y la región metropolitana (Guatemala Norte, Sur, Amatitlán).

Por acuerdo Gubernativo SP-G 43-80 del 16 de junio de 1980, se establece una organización de los niveles operativos prestadores de servicios en los centros de salud de los tipos tipo A y B, hospitales de base y hospitales regionales (complejidad)

²¹⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, “Definición de la función institucional”, <http://www.mspas.gt.gov/>. (10 octubre 2006)

Luego de la firma de los Acuerdos de Paz del 29 de diciembre de 1996, únicamente se incluye como modificación prioritaria para salud el incremento con proyección para el presupuesto en el contexto de salud, en base al PIB. Pero no se documentan cambios en la estructura del sistema.

En el año 1997 se emite el decreto número 114-97 de la Ley del Organismo Ejecutivo, en el cual se deja sin efecto del Decreto número 93 que creó en 1945 las secretarías y ministerios de Estado. Se cambia inclusive su filosofía y contenido.²¹⁹

Con la emisión del Código de Salud, decreto 90-97, se inició la reorganización del MSPAS y durante el año 2000 se hicieron algunas modificaciones al Código de Salud, relacionadas específicamente con el programa VIH/SIDA y del consumo del tabaco.

Durante el periodo 2001-2004 se establecen como prioridades en materia de salud, el cumplir el decreto 90-97 del Congreso de la República *“...en su último párrafo establece que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dentro del marco de subsidiaridad, solidaridad y equidad, garantizara la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus*

²¹⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *“Plan Nacional de Salud 2000-2004”*, (Guatemala: Unidad de Planificación Estratégica, 2001): 2-6.

familias cuyos ingresos no les permitan pagar parte de los servicios de salud recibidos".²²⁰

En la actualidad, de acuerdo con el registro del año 2001, se cuenta con un sistema de salud sumamente complejo en el funcionamiento administrativo, con una estructura programática presupuestaria de divisiones, y se cuenta con un registro de prestación de servicios que incluye las siguientes unidades:

- Centros de Salud Tipo A 32
- Centros de Salud Tipo B 249
- Puestos de Salud 926
- Centros de convergencia 1244 (consultas realizadas por vigilantes de salud)
- Hospitales de 43²²¹

En el 2006 se trata de reformar la estructura administrativa programática del Ministerio, pero no se realizan cambios en la red de servicios de salud, a excepción de la apertura de los centros de atención materna (Caimés), referido como cambio de trascendencia en materia de salud en la actualidad.

²²⁰ *Ibíd.*: -6.

²²¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "*Plan Nacional de Salud 2000-2004*"

6.2. REFORMA DEL SECTOR SALUD UNA NECESIDAD EN GUATEMALA

Debe asegurarse un bienestar presente y futuro en especial en países pobres como el caso de Guatemala. Se considera muy acertado el mensaje de la Dra. Gro Harlem Brundtand directora general de la Organización Panamericana de la Salud durante el periodo 2000, *"...esta es una época peligrosa para el bienestar de la humanidad. En numerosas regiones, algunos de los mas temibles enemigos de la salud están uniendo sus esfuerzos con los aliados de la pobreza para imponer una doble carga de enfermedades, discapacidades y muertes prematuras a millones de personas"*.²²²

Reducir los riesgos para la salud, *"...ha sido una preocupación de las poblaciones, de sus médicos y de sus responsables políticos a lo largo de la historia. En algunas de las más antiguas civilizaciones hay vestigios de esa preocupación que se remonta a más de 500 años"*,²²³ pero la cuestión nunca fue de mayor actualidad que hoy.

Guatemala, durante las últimas décadas y a partir de 1994, ha tratado de realizar cambios en las instituciones y las políticas sociales, con el propósito de volver eficiente la prestación de servicios así como de mejorar la equidad,

²²² Organización Panamericana de la Salud, *"Informe sobre la salud en el mundo 2002, Reducir los riesgos y promover una vida sana"*, (Washington DC: OMS, 2003): 3

²²³ Mir Capote Roberto, et. al *"La Salud Pública en el siglo XXI, Tendencias y Escenarios"* (Tegucigalpa: OPS, 1996): 10-18.

eficiencia y calidad de la prestación de servicios de salud como parte de los procesos de reforma.

Este proceso no cobra impulso sino a través del componente legal respectivo, durante el período del año 2000 Guatemala presenta el programa de extensión de cobertura como parte de una reforma en el sector.²²⁴ Su mayor impulso se centró en la prestación de servicios locales por medio de la contratación de ONG, se visualicé en esto que la transformación de la prestación de servicios podría contribuir a la sostenibilidad institucional, del programa mejorando la eficiencia y calidad de atención.

El tema de servicios de salud ha sido abordado desde perspectivas muy diferentes: desde la ampliación de las redes físicas de infraestructura básica en salud incluyendo el mantenimiento y recuperación de equipos y establecimientos, abordando los diferentes temas de la gestión y la descentralización hasta el desarrollo y la comercialización de servicios médicos de alta complejidad. Lo que ha marcado la reforma del sector salud es sin lugar a dudas lo circunscrito a tema de servicios de salud, para mejorar la cobertura.

²²⁴ Magdalena Rosenmøller "El Desafío De La Reforma En Salud" (Barcelona, Banco Mundial, 2000): 301

Luego surgían dudas en relación a la continuidad o perpetuidad del plan de cobertura, siendo para ello utilizados los procesos de contratación, pero se justificó por los Acuerdos de Paz. De allí se centralizan objetivos como accesibilidad traducida en cobertura. No se pudo tampoco incorporar el proceso de evaluación en la prestación de servicios, lo cual hasta el presente año 2006 no se ha retomado como prioridad para darle continuidad al proceso de la reforma. Únicamente se ha dado respuesta al proceso de extensión de cobertura ampliándolo con la incorporación de más elementos humanos, pero dejando en el olvido la evaluación del desempeño y del proceso.

La salud pública siempre ha buscado, a través del tiempo, la supresión de riesgos, así lo explica la Dra. Brundtland "...Casi todos los adelantos de la salud pública entrañaron la reducción o supresión de los riesgos. Las mejoras habidas en el suministro de aguas y en el saneamiento durante los siglos XIX y XX, y la incorporación de programas masivos de vacunación",²²⁵ siendo un modelo viable aplicable en Guatemala en especial con las poblaciones de mayor vulnerabilidad.

Es aquí donde el sector informal cobra importancia para incorporarse plenamente, porque queda más que demostrado el hecho comprobado de ser un sector social que no goza de beneficios de protección en salud, inclusive

²²⁵ Organización Panamericana de la Salud, "Informe sobre la salud en el mundo 2002, Reducir los riesgos y promover una vida sana," (Washington DC: OMS, 2003): 5

dentro de dicho sector hay personas con discapacidad física como lo reporta la periodista Claudia Vásquez, "*Jaime Gómez (no vidente) vendedor de dulces se gana la vida ofreciendo productos en los buses urbanos, teniendo 6 años de ejercer dicho trabajo*".²²⁶

Ejemplos, a nivel nacional, de la incorporación de personas a la informalidad sobrepasan los miles, pero no es la dimensión de la cantidad lo importante sino el hecho concreto de ser sectores desprotegidos socialmente.

6.2.1. CONTEXTO DE LA REFORMA

Es importante conocer la tendencia y los nuevos momentos que deberá desarrollar la nueva salud pública, en cuanto a el proceso de reforma que se ha tratado de impulsar. En Guatemala el proceso de reforma del sector comenzó en 1995, para resolver el conflicto de un modelo de atención en salud agotado y enfocado a curar enfermedades, aún en 1996, cuatro de cada diez guatemaltecos carecían de acceso a la atención médica, los medicamentos aumentaban de precio y los hospitales enfrentaban un colapso financiero.²²⁷

Debido a la desorganización que imperó en aquel momento, se impulsó la reforma basada en el alcance de los objetivos en tres componentes vitales:

²²⁶ Claudia Vásquez, "Trabajan en lo informal", *Prensa Libre*, (14 de enero 2007): 12 columna 1

²²⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Cuentas Nacionales de Salud 1995-1997, Informe Final* (Guatemala: Unidad Sectorial de Planificación de la Salud, 1999):15-16.

- Desarrollo institucional
- Financiamiento del sector
- Ampliación y mejoramiento de los servicios de salud

Estos elementos vitales guiaron los inicios de las reformas, y se necesitó ampliar el marco jurídico y la capacidad regulatoria del MSPAS, el componente de financiamiento se centró en ampliar la cobertura involucrando al sector privado, y como tercer elemento, se ofreció una canasta básica de servicios de salud. Estos elementos se siguen perfeccionando para atender las desigualdades de acceso en salud de la población guatemalteca.

Brundtland²²⁸ explica que lo importante es atenuar las desigualdades, reducir el hambre y mejorar la salud de una sociedad planetaria más justa y menos excluyente. Estos deberán ser los retos de la nueva salud pública; en el caso de Guatemala, el compromiso se asume para impulsar las reformas del sector salud, a partir del año 2000.

Se hace imperante conocer cuáles han sido las líneas de acción de la salud pública en el país se tiene más de una veintena de años que se trata de fortalecer el sistema existente, tomando como base el periodo de 1999 por la riqueza de información existente y por ser un período próximo al nuevo milenio, propicio para análisis del presente estudio.

²²⁸ Organización Panamericana de la Salud, "Estudio básico del sector salud", (Guatemala: Ministerio de Salud Pública, 1991): 1-10

En el estudio básico del sector salud, se expone en su primera parte: *"En los últimos cinco años se realizaron diversos estudios sobre el sector salud, destacándose el Análisis del Sector Salud, (AID, 1987), el estudio sobre el Desarrollo Institucional del Ministerio de Salud Pública 1987-1990, (PNUD-OPS), y el Proyecto Nacional de Desarrollo de la Salud. Es específicamente en el Marco del proyecto Gua-0023".*²²⁹

Estos estudios permitieron establecer lo insatisfactorio a nivel de salud de la población, una red de infraestructura física que requiere de mejoramiento de su capacidad operativa, la existencia de fuertes restricciones operativas, especialmente las relacionadas con el financiamiento, y una entidad rectora del sector, el MSPAS, con grandes limitantes institucionales, especialmente las determinadas por la marcada tendencia al centralismo y la burocracia.

En Guatemala se impulsa los servicios básicos de salud, lo que se gestó como modelo en 1997 *"...cuando cobra vida el primer grupo de acuerdos piloto con tres organizaciones no gubernamentales (ONG) estos se conocían como convenios, y eran instrumentos contractuales utilizados por el MSPAS y a principios del 2000 se había firmado 137 convenios con 89 ONG",*²³⁰ cuando se aplicó dicho proceso se pensó en que se aumentaría la calidad de los

²²⁹ Organización Panamericana de la Salud, *"Estudio básico del sector salud,* (Guatemala: Ministerio de Salud, 1991): 11.

²³⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *"Línea basal de mortalidad materna para el 2000"* (Guatemala: Departamento de Epidemiología, 2003): 5-9.

productos y se mantendría los precios a un nivel razonable, se obligaría al MSPAS a fijar estándares de desempeño en términos de calidad y precio. Ello, como aspectos mínimos en materia de prestación de servicios de salud.

Luego se ejecutaron proyectos de extensión de cobertura en especial para las áreas de salud con mayor predominio de población indígena, estableciéndose convenios de paquetes básicos entre el Ministerio y las ONG, ello con la intención de mejorar la eficiencia y calidad de la atención.

Esta decisión de incorporar un nuevo proceso de prestación de servicios se centralizó por las condicionantes de salud, porque a cinco años de finalizar el anterior milenio la esperanza de vida para un guatemalteco promedio se estimaba en 65 años, y la tasa de mortalidad se estimó de "...46 por 1000 nacidos vivos, mientras que la tasa de mortalidad materna era de 200 y 460 por 100.000 nacidos vivos, esto se acentuaba con mayor daño en las áreas de población indígena, donde la mortalidad infantil era del 20 y 60% más altas".

231

En el resto de departamentos donde disminuía la concentración de población indígena las causas de daño eran primordialmente enfermedades infecciosas asociadas a la falta de saneamiento y buena nutrición, y el acceso al sistema de salud se complicaba.

²³¹ Rosenmoller:131-134

Los compromisos del cambio realizan a partir del año 2000 porque los Acuerdos de Paz son el marco de referencia para impulsar los cambio, y por el compromiso de aumentar el gasto público en salud en un "...50% con relación al PIB, con respecto a lo ejecutado en 1995",²³² asimismo se estimó el presupuestar por lo menos el 50% del gasto público en salud a la atención preventiva, reducir la mortalidad infantil y materna al 50% del índice observado en 1996. También se incorporaron mecanismos para fomentar la participación comunitaria en salud, y mantener la certificación de erradicación de la poliomielitis y alcanzar la del sarampión.

En aquel momento se estimó que la población no cubierta por el MSPAS oscilaba en un 46%. Adentro de la institución se establecían limitantes en recursos humanos y materiales, por lo que se estableció que únicamente sumando esfuerzos sería posible alcanzar los objetivos de mejorar las metas de salud planteadas.

También se planteaban procesos de inversión comunitaria para la de promoción y protección en salud, para hacerlas efectivas y corregir las tensiones no deseadas en las poblaciones con mayor vulnerabilidad.

²³² Ministerio de Salud Pública, *El nuevo papel de la regulación gubernamental en salud a cargo de los Ministerios de Salud*, (Washington DC: OPS, 1998): 24.

Por todo lo anterior se entiende que la preocupación de permeabilizar el sistema de salud ha existido siempre, y se ha tratado de solucionar sus carencias pero no se ha permitido la inclusión de los diferentes actores sociales que integran el país: sectores políticos y organizaciones sociales como tales, se ha trabajado aisladamente y se ha logrado superar con muchas dificultades algunos obstáculos- Hasta el año 2006 se continúa con las prestadoras de servicios de salud en algunas ONG como alternativa de extensión de cobertura, pero los problemas persisten y tienden a complicarse.

6.3. PRINCIPIOS BASICOS QUE ORIENTAN LA REFORMA DE SALUD PÚBLICA

Todo principio dentro del campo administrativo se relaciona con identificar un punto de meta como explica Reyes Ponce "*...que ha de seguirse, estableciendo los principios que habrán de orientarlo, la secuencia de operaciones para realizarlo, y la determinación de tiempos y números necesarios para su realización*"²³³ por ello se comprenderá entonces los lineamientos que guían el proceso, es por ello que en sector de salud específicamente en el contexto de la reforma se establece que los principios que guían la misma son:

- Equidad, relacionada con superar las disparidades en la cobertura de algunos servicios y algunos programas básicos; este es un proceso de

²³³ Daniel Acuña et al "*La reorientación de los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud*" (México DF: Organización Panamericana de la Salud, 2000): 5-6

incorporación para los sistemas de salud, que no se pueden separar de la finalidad planteada.

- Eficacia y calidad, derivadas del latín eficaz, que indica que se tiene el poder de producir el efecto deseado. Los servicios de salud en Guatemala no han realizado cambios drásticos; se incorporan procesos nuevos de modelos administrativos pero con componentes antiguos, lo cual no ha permitido alcanzar el desarrollo de dicho componente.
- Eficiencia, del "*...latín efficientia, acción o fuerza, virtud de producir es el criterio económico que revela la capacidad administrativa de producir el máximo resultado con el mínimo recurso, energía y tiempo*".²³⁴ el proceso de optimizar los recursos escasos en respuesta a las demandas de salud no se ha generalizado en todo el sistema de salud nacional, se ha diluido en esfuerzos de algunos sectores generalmente de las bases operativas no así de los niveles medios y altos administrativos.
- Sostenibilidad financiera, se refiere a la "*...generación de recursos propios del sistema*",²³⁵ esto se agrava en el sistema de salud de Guatemala donde se depende de la asignación presupuestaria en base a los recursos que el Estado tenga para otorgar siendo su termómetro la captación de ingresos al sistema financiero del país.

²³⁴ Adela Cortina "*La empresa ante la crisis del estado de bienestar*" (Barcelona: Miraguano, 1999): 67

²³⁵ Rafael de la Cruz "*Descentralización, Gobernabilidad y Democracia*" (Caracas: Sin Editorial, 1992): 89.

- Participación social: a nivel de las comunidades se ha impulsado el proceso de participación en salud, quedando pendiente de cumplir dicha condicionante a un nivel totalitario o de mayor número a nivel del país.

Todos estos son considerados elementos vitales para allanar el camino, incluso, de la reforma de salud. Se espera que se retomen en un futuro no lejano que permita hacer realidad el bienestar en salud para todos los guatemaltecos.

6.4. IMPORTANCIA DE LA PLANEACION DENTRO DEL SISTEMA

El contexto nacional demanda una dinámica administrativa que sea vinculante al proceso de salud, a los cambios que pueden ser súbitos o lentos, la planificación permite alcanzar estos cambios, basada en la participación de la comunidad para proporcionar los recursos necesarios, tiempo, mano de obra voluntaria, materiales, financiamiento, siendo vital la participación de los líderes comunitarios para alcanzar el éxito del proceso.²³⁶

Los enfoques modernos de la administración demandan que la persona que dirige un sistema, en este caso salud, coordine actividades macro de las unidades operacionales y utilizar las metas de la empresa total. Nunca se debe

²³⁶ Organización Panamericana de la Salud, "La participación en el desarrollo de la salud, experiencias en Latinoamérica", (Washington DC: OMS, 1995): 7.

visualizar la función del MSPAS como un número equis de partes aisladas, se debe tener conciencia de las interacciones que potencializan las acciones.

La importancia de planificar en salud se basa en las siguientes razones:

- Propicia el desarrollo de la organización al establecer métodos de utilización racional de los recursos.
- Reduce los niveles de incertidumbre que se pueden presentar en el futuro, más no los elimina.
- Permite hacer eficiente a la organización de salud frente a las contingencias que se presenten, con las mayores garantías del éxito.
- Mantiene una mentalidad futurista teniendo más visión del porvenir y un afán de lograr y mejorar las cosas de daño en la salud de la población.
- Mantiene una dinámica interna con recursos humanos capaces para coordinar los procesos de cambio y superar las metas establecidas.
- Condiciona a la empresa al ambiente que lo rodea.
- Establece un sistema racional de toma de decisiones, evitando desgaste y empirismo en procesos que se retornan desde afuera de la institución.
- Reduce el mínimo riesgo y aprovecha al máximo las oportunidades.
- Las mediciones se basan en procesos de razón y no en emociones.
- Promueve la eficiencia y elimina las improvisaciones.

- Establece un esquema de trabajo donde suministra y detalla las acciones y el gasto racional de los elementos materiales óptimos para atender las demandas poblacionales.²³⁷

El reorientar y aplicar eficientemente los procesos de planificación en el medio nacional evitará el apareamiento de las crisis en los sistemas, que tan repetidamente se dan en el contexto de la salud pública.

6.4.1. PRINCIPIOS DE PLANIFICACIÓN APLICABLES A SALUD PÚBLICA

Por principios comprenderemos "...Las verdades fundamentales de aplicación general que indican el camino a seguir para lograr una administración eficiente",²³⁸ dentro de los más funcionales para el sistema se sugieren:

- Factibilidad,²³⁹ contrastar con la realidad la probabilidad de alcanzar los planes trazados por la organización, en un tiempo promedio.
- Objetividad y cuantificación; cuando se realiza un proceso de planificación se debe hacer considerando datos reales, razonamientos precisos y exactos, y no basado en opiniones subjetivas, especulaciones, o cálculos arbitrarios. En el país este proceso no se cumple a cabalidad porque se planifican desde el nivel local todas las

²³⁷ Daniel Acuña et al: 5-6.

²³⁸ Paulina Demarchi F. "Diccionario de Sociología, definiciones" (Barcelona: Paulina, 1976): 155.

²³⁹ *Ibíd.*: 89.

acciones y materiales, los cuales no deben sobrepasar el presupuesto otorgado para un año. Además se debe considerar que la planeación es confiable en tanto pueda ser cuantificada, expresada en tiempo, dinero, cantidades y especificaciones.

- Flexibilidad: se deben establecer márgenes de holgura que permitan afrontar imprevistos.
- Unidad: todos los cambios deben integrarse en un plan general para alcanzar objetivos y propósitos generales, para mantener un equilibrio.
- Del cambio de estrategias: cuando un plan se extiende con relación al tiempo será necesario rehacerlo completamente, para que el sistema de salud modifique o pueda acoplar los cursos de acción, políticas, programas, procedimientos y presupuestos.
- Todos los procesos, al establecerse, deben tener seguimiento y socializarse para verificar el alcance de las metas.

6.5. PLANIFICACION UNA HERRAMIENTA: PARA REORIENTAR LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUATEMALA

La planeación es una herramienta administrativa clave que se desarrolla adentro de la organización con la participación de todos sus elementos, en niveles donde se ejecutan los proyectos. Dentro del desarrollo de la misma se establecen metas y objetivos para proporcionar una jerarquía de planeación, básicamente las metas son planes expuestos en función de los resultados que

se deben lograr. Las mismas incluyen elementos como los objetivos que son los eslabones básicos para alcanzar la meta como fin último del proceso.

En materia de salud pública, es pertinente aclarar que los objetivos del proceso de planificación que se utilizan se centralizan en componentes de producción de bienes y servicios públicos, que responden a la demanda de las necesidades sociales en materia de salud poblacional.

Es por ello que la reorientación de los sistemas de servicios de salud debe establecer objetivos claros, con precisión, y factibilidad para alcanzarlos. Considerando la opinión de los expertos en el campo de la salud pública se sugiere el siguiente modelo que puede ser redefinido para Guatemala:

6.5.1. CUADRO: DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD

Idealmente el análisis realizado de las teorías que orientan el cambio de la salud pública en Guatemala debería visualizarse de la siguiente manera (por criterio individual de la investigadora):

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS |
|--|--|
| 1. Definir, implantar y evaluar las funciones esenciales de la Salud Pública como parte de las responsabilidades de la rectoría de las autoridades sanitarias. | 1. Fomentar y facilitar el diálogo y el acuerdo de las partes interesadas a fin de lograr consenso sobre la necesidad de reorientar y aprovechar el máximo los recursos para la promoción de la salud. |
| Promover métodos de financiamiento y asignación de recursos que den prioridad a las poblaciones de mayor vulnerabilidad social, a la demanda de servicios con avances tecnológicos para procesos | Incorporar objetivos de reorientar los sistemas de salud pública vigentes, que permitan la asignación de recursos en respuesta a las demandas de la población basándose en perfiles epidemiológicos, |

diagnósticos.

contextos de pobreza y analizar la protección por cooperantes.

Promover servicios integrales de salud aunando esfuerzos con entidades del IGSS, sector privado y ONG, para que la función presupuestaria se desarrolle con una mayor cobertura a corto plazo.

Evaluar el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública.

FUENTE: Elaboración Propia.

6.5.2. CUADRO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:

1. Cambiar la composición y el equilibrio en los tipos de atención de salud e incorporar la promoción y la prevención en el modelo de la prestación.

Hacer efectiva la capacidad de respuesta y la tecnología de la atención de salud como condición para afianzar la legitimidad social de los servicios desde el punto de vista de la población incorporando componentes del modo de vida predominante en los ámbitos donde se presten los servicios.

2. Incorporar el fomento de los principios de la promoción de la salud en los modelos de gestión de servicios de salud.

Aumentar la importancia de caracterizar los grupos a los que se les presta servicios de salud, para que se les ayude a orientarse en el sistema, que lo utilicen adecuadamente en el momento que lo demanden.

3. Fomentar la toma de decisiones individuales, grupal y familiar de las personas insertas en la economía informal que les permita decidir sobre su propia salud.

Promover el consenso de dicho sector, con énfasis en componentes de promoción prevención, curación y rehabilitación, que los mismos se puedan someter a proceso de evaluación permanente.

4. Gestionar un proceso autofinanciamiento del sector salud para dicho sector poblacional, a fin de que se permita alcanzar las metas propuestas de cubrir en salud a dicho sector poblacional.

Gestionar los mecanismos financieros e institucionales para impulsar el proceso de autofinanciamiento. Crear un mecanismo de contrato social, entre las partes beneficiadas y el sector estatal.

FUENTE: Elaboración Propia

6.6. DESARROLLO IDEAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN GUATEMALA

La salud pública "...se comprende como la salud de la población siendo inclusiva en relación a la colectividad poblacional".²⁴⁰ Sin embargo se debe reconsiderar el planteamiento de la salud como completo bienestar, porque el concepto no recae directamente sobre el usuario sino que debe pensarse que el mismo involucra a todos los sectores sociales, más la participación decisiva del primero en mención.

Revisando la teoría se identifica el siguiente concepto que es más explícito el cual indica que "...la salud es la realización del potencial biopsíquico de las personas y de la población de acuerdo con las diferencias circunstancias en las que viven, sin limitaciones por lesiones incapacidad o enfermedad y en el caso de que esto ocurra con la posibilidad de contar con la pronta recuperación o la adecuación funcional en las situaciones de discapacidad irreversible"²⁴¹ lo que demanda esfuerzos y participación de todos.

Partiendo de este marco de referencia, se establece que todo esfuerzo importante para inducir cambios en el sistema de salud debería fortalecer las

²⁴⁰ Fernando Cortéz "Ciencia y humanismo al servicio del enfermo" (Bogotá: Manual Moderno, 2003): 30.

²⁴¹ Acuña, et al: 7

principales funciones de la salud pública²⁴² que están a cargo del Estado y de sus representantes políticos, ello permitiría evaluar los avances, establecer las limitantes y redefinir la salud pública en respuesta a lo que se demanda en el presente y realizar proyección para el futuro.

Ello permite fortalecer la capacidad del Estado²⁴³ para desempeñar cada una de las funciones, renovar los marcos antiguos, e incorporar agentes nuevos que respondan oportunamente al proceso, ello hace legítimo el proceso de ejecución de las autoridades como facilitadores de la ejecución, demostrar su capacidad de conducción y ser capaces de criticar y evaluar su propio sistema.

6.7. CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN GUATEMALA

En Guatemala el sistema de salud pública incluye la prestación de servicios cuyo funcionamiento se basa en componentes diversos como principal motor de la prevención (puestos, centros de salud, unidades cantonales de maternidad), curación a través de la red hospitalares y rehabilitación.

El sector salud basa su función vital en el decreto 90-97 del Código de Salud, el cual define al sector salud como "*...el conjunto de organismos e*

²⁴²Ibíd. p8

²⁴³ Luis y Filander Díaz Chávez "Dialéctica del Subdesarrollo" (San José: Educa, 1971): 73.

instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas municipalidades, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, cuya competencia u objetivo es la administración de acciones de salud, incluyendo los que se dediquen a la investigación, la educación, la formación, y la capacitación del recurso humano en materia de salud y la educación de salud a nivel comunitario.”²⁴⁴ De ello se deduce que la salud está compartida con otros sectores, en teoría.

Actualmente, los esfuerzos por analizar las funciones esenciales de la salud en Guatemala²⁴⁵ incluyen la realización de la agenda nacional de salud, en la cual se define la siguiente caracterización del sector salud.

²⁴⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Agenda Nacional de Salud, “Análisis de situación de salud y lineamientos estratégicos 2006-2015” (Guatemala: MSPAS. Sistema Integral de Salud UPS III, 2006): 7-13

²⁴⁵ Sánchez: 48.

6.7.1. CUADRO DE ACTORES DE SALUD EN GUATEMALA

| | | Características |
|------------|---|---|
| Actores | Usuarios | Existen diferentes tipos de usuarios 1) población de áreas urbanas y rurales; de bajo nivel socioeconómico con diferente capacidad de pago y características culturales. Existen proveedores públicos y privados (lucrativos y no lucrativos), cooperación internacional y tradicional IGSS. |
| | Proveedor | Dichos proveedores no trabajan en forma articulada para dar cobertura a la totalidad de la población, con el mismo nivel de respuesta y calidad de atención. |
| | Fuente Financiera | El Gobierno: a través de la recaudación de impuestos; los empresarios a través del pago de cotizaciones al IGSS, los hogares. |
| | Rector | El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. |
| | Financiamiento | Costo en salud 5.4% del PIB (2.1% gasto público en salud) presupuesto del MSPAS 7.3% de presupuesto del Gobierno. |
| | Regulación | Rectoría limitada ya que no existen los espacios, voluntad ni/o capacidad instrumental jurídica y administrativa del MSPAS para asumir plenamente su rol rector. |
| Procesos | Gestión | Pública (bajo incentivo a unidades proveedoras) competencia en tres sectores por recursos públicos. Privada (incentivos atractivos a unidades proveedoras) Recursos son producto de la relación demanda-oferta |
| | Provisión | Atención atomizada entre los diferentes niveles de atención con poca vinculación funcional entre proveedores pertenecientes a los subsectores (MSPAS, IGSS, Privados). Se requiere establecer un sistema de salud que esté integrado horizontal y verticalmente a fin de que podamos garantizar la calidad de la atención en términos de pertinencia y oportunidad y continuidad del proceso asistencial en todos los niveles de atención existentes. |
| Resultados | Satisfacción del usuario, cobertura programática y mejoría en el estado de salud de la población. | Disponer el financiamiento y demás recursos en función de las necesidades de los usuarios, poner al usuario como eje central para decidir que acciones son las más efectivas en costo en materia de salud, a fin de incrementar la cobertura de los servicios de salud y la situación de salud del país. |

Fuente: Agenda Nacional de Salud, análisis de situación de salud y lineamientos estratégicos 2006-2015 MSPAS.

Del cuadro en resumen se visualiza una complejidad de funciones que no permiten volver operativa, coordinar y retomar la rectoría de salud, lo que dificulta la dinámica de la prestación eficiente de las acciones de salud para toda la población nacional.

6.8. DETERMINANTES DE LA SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA

El marco de referencia para la protección de la salud en el país se encuentra en la constitución política de la Republica en el artículo 95 “...*la salud es un bien público*”.

La salud de los habitantes de la nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento”. Aquí hay que anotar el origen de la cita. La dinámica que involucra la salud poblacional se concentra en dos elementos básicos: las personas e instituciones que demandan, por mandato, accionar la protección, pero es válido el incorporar factores determinantes de la salud como:

- Estilos de vida, “...*son todas las acciones propiciadas por el ser humano, que pueden favorecer o provocar daño a su integridad física o mental, como el sedentarismo, consumo de alcohol, drogas, consumo de alimentos no sanos, ausencia de acciones de salud mental*”,²⁴⁶ estos
-

hábitos tiene diversos orígenes que se han incorporado al modo de vida poblacional.

La obesidad, la diabetes, la pérdida de salud mental, y más preocupante aún, el uso de drogas y alcohol que en Guatemala afecta desde la niñez, a los adolescentes y adultos —según estudio realizado en el 2003 por la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra Las Adicciones y Tráfico Ilícito de Drogas de la Vicepresidencia de la República— se determinó que el 52% de los niños en edad escolar que participaron en el estudio indicaron haber bebido alcohol; el 44% ha fumado cigarrillos, y en el uso de drogas se obtienen resultados que indican que de cada 100 niños escolares que participaron en el estudio, aproximadamente uno indicó haber usado drogas.²⁴⁷

Estos son ejemplos de problemas relacionados con estilos de vida, que indican que los patrones tradicionales tienden a cambios, individuales y familiares, de daño.

- Seguridad Ciudadana y Violencia Intrafamiliar; el daño por violencia incide negativamente en el sector salud, porque provoca gran número de lesiones que demandan servicios relativos complejos, de tipo quirúrgico y de rehabilitación, física y psicológica. Durante el 2005 las

²⁴⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Agenda Nacional de Salud, "Análisis de situación de salud y lineamientos estratégicos 2006-2015 MSPAS", (Guatemala: Sistema Integral de Salud UPS III, 2006): 14-16

²⁴⁷ Movimiento social por los derechos de la niñez y la juventud, "Política Pública y Plan de Acción a favor de la Niñez y Adolescencia 2004-2015", (Guatemala: Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia, 2004): 12-13.

heridas por armas de fuego afectaron a 3,766 personas; el 72.86% de ellas fallecieron.

- Dentro de sus causas se identifican tres a) el crimen organizado, que se manifiesta por actividades relacionadas con el narcotráfico, secuestro, robo de vehículos; b) la delincuencia común y violencia comunitaria. La delincuencia común constituye un problema básico urbano, el cual es un problema ilícito que daña a la persona y a la propiedad, y cuyos efectos se materializan en maltrato infantil, violaciones, robo, homicidios, trabajo infantil y la violencia juvenil; c) otros factores asociados, como el retardo en la justicia.
- Etnicidad y Salud. En Guatemala de acuerdo con el censo poblacional del 2002 del INE, hay 4.6 millones de indígenas que equivalen al 41% de la población total. Las poblaciones con mayor predominio indígena son Totonicapán, 98.35%; Sololá, 96.4%; Alta Verapaz, 92.8%; y Quiché, 88.8%. La pobreza afecta en un 12% más a la población indígena que a la no indígena, además, según los datos de ENCOVI el 82% de los pobres viven en el área rural.²⁴⁸

En materia de acceso a los servicios de salud, mientras la cobertura de atención del parto institucional en mujeres ladinas es de 57% en mujeres indígenas es de 19%. La tasa de mortalidad infantil registra en 44 niños por

²⁴⁸ Movimiento social por los derechos de la niñez y la juventud, "Política Pública y Plan de Acción a favor de la Niñez y Adolescencia 2004-2015", (Guatemala: Secretaria De Bienestar Social De La Presidencia, 2004): 7

cada 1 mil nacidos vivos; en la población indígena esta tasa llega a 49 niños por cada 1 mil nacidos vivos.

- Medio Ambiente, en *"Guatemala dentro de los principales problemas ambientales se pueden destacar a) deforestación, b) degradación y contaminación de suelos por erosión y agroquímicos c) pérdida de biodiversidad, d) contaminación ambiental por desechos sólidos y líquidos, e) contaminación atmosférica, f) pérdida de calidad y cantidad del agua"*.²⁴⁹

La problemática de la contaminación supera las expectativas de solución; no se ha impulsado por ningún ministerio procesos que partan desde la educación sobre la temática, hay acciones muy limitadas que recaen en una incapacidad estatal de afrontar la problemática, lo cual no genera conciencia a otros niveles.

En el país se reporta que el 65% de la industria nacional se concentra en el departamento de Guatemala, y produce diariamente 38 toneladas de desechos industriales, por esa razón los principales problemas de contaminación se encuentran en los ríos María Linda y Motagua, a donde van a parar tales desechos.

²⁴⁹ Alfonso Batres, *"Estructura Agraria-Conceptos"*, (Guatemala: Universidad de San Carlos, 1979):3-4

- Emergencias y Desastres, Guatemala no esta exenta del daño que al planeta ha provocado la contaminación del medio ambiente, lo cual ha repercutido en alteraciones de las condiciones climáticas, como los fenómenos derivados del calentamiento global como El Niño, La Niña. Unos ejemplos recientes lo constituyen el Mitch en 1998, y el Stan en el 2005. Estos fenómenos repercuten en la producción nacional, generando pobreza, desnutrición y desplazamiento poblacional.
- Accesibilidad a los servicios de salud, considerado el ejemplo más importante en relación directa con el presente estudio. porque no se cuenta con instituciones de salud que resuelvan los daños en forma oportuna para la población.
- Componentes de satisfacción en materia de salud y desarrollo "una población saludable requiere además, condiciones sanitarias, de habilidad y de calidad del ambiente que promueva un círculo virtuoso que perpetúe la salud, una población saludable requiere también, la posibilidad de tomar decisiones informadas sobre lo que más le conviene y contar con las instituciones y servicios que le permitan resolver sus necesidades de manera oportuna y eficaz, la prestación de servicios debe estar posicionada en la población que demanda atención, en especial para los grupos de riesgo".²⁵⁰

²⁵⁰ PNUD, Informe Nacional De Desarrollo Humano, "Salud Para La Mujer 2002", (Guatemala: Van Color, 2003): 20

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, el acceso físico adecuado a un servicio es aquel que queda a menos de 60 minutos de viaje. "A nivel de Guatemala se ha estimado de acuerdo a estudios sobre enfermedades prevalentes de la infancia por Gragnolati y Marini (2003) tomando como referencia ENCOVI 2000, reflejan que únicamente el 10.7% de la población adulta reportada enferma, viajaba un lapso de menos de una hora para llegar al servicio de salud".²⁵¹

Según el informe del MSPAS, con datos de la encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI 2002), la cobertura de inmunización ha sido aproximadamente útil de acuerdo a la definición de OPS en un 62.5%, no existiendo desigualdad importante entre la cobertura del área rural y urbana.²⁵² Con el programa de extensión de cobertura, el MSPAS ha incorporado al sistema a una población de 4.0 millones según la memoria epidemiológica del MSPAS del 2004, por lo que se estima que la cobertura de este ministerio alcanza el 71% de la población total, distribuido de la forma siguiente: 46% institucional, 25% por medio de extensión de cobertura, el IGSS cubre el 8.2% (1.01 millones de personas) y los sanatorios y hospitales privados cubren el 8.2%. La población sin acceso a servicios de salud se estima en 1.6 millones equivalente al 13% de la población.

²⁵¹ PNUD, "Informe Nacional De Desarrollo Humano, Salud Para La Mujer" 2002:22

²⁵² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Agenda Nacional de Salud, "Análisis De Situación De Salud Y Lineamientos Estratégicos 2006-2015 MSPAS. Guatemala, Editorial: Sistema Integral De Salud UPS II":45.

De acuerdo con el último Informe de Desarrollo Humano del PNUD, el que exista ese porcentaje de la población sin acceso a servicios de salud sigue siendo preocupante porque denota incapacidad de respuesta del sistema.

Por ejemplo se expone en ese informe que una mayor proporción de población no indígena contaba con acceso físico adecuado a los servicios de salud (12.2%), en comparación con los indígenas (8.7%), de ellos el grupo que tenía más precario acceso es el Mam (6.4%), mientras los grupos como los Xincas y Garifunas contaban con mejores niveles de acceso (16.3%).²⁵³

6.9. SALUD DEL GUATEMALTECO: UN DERECHO HUMANO PARA EL SECTOR INFORMAL

La salud humana es producto social, espiritual, ambiental, es vista como un derecho inherente a la especie, es por ello que hace más de cincuenta años la OMS lo incorpora a su base legal, en especial para los más pobres y vulnerables.

Debe quedar claro que el sector informal es un grupo de sobrevive día a día, no es un fenómeno exclusivo de Guatemala, se ve unido al daño provocado por no contar con un empleo asalariado, y ello conlleva riesgos. En

²⁵³ PNUD, *"Diversidad étnico cultural, la ciudadanía en un estado plural, Informe Nacional"*, (Guatemala, Sin Editorial 2006):172

el sector informal el nivel de empleo dependería de la magnitud del excedente de fuerza de trabajo y de las posibilidades de los trabajadores de generar algún ingreso a través de las actividades de producción o de servicio.²⁵⁴

Si el ingreso generado no permite un margen de ganancia mínima no se pueden cubrir necesidades vitales básicas.

En Guatemala se debe considerar esto para el sector de la población a la cual atienden el MSPAS y otros entes, y razonar plenamente los problemas económicos, como la inflación. Para el 2004 se reportó una inflación para los productos básicos ricos en proteína (carnes-pollo) durante el mes de julio del 1.14% por libra, utilizando para medir dicho fenómeno el Índice de precios al consumidor considerado una herramienta estadística para medir la inflación en el país, la explicación se centra en las alzas en los grupos básicos de alimentación debido al incremento de costos de producción.²⁵⁵

Es por ello que la salud debe visualizarse y entenderse como un derecho humano que permite protección en componentes vitales básicos para sobrevivir sanamente.

²⁵⁴ Víctor Cartaya, *“La informalidad toda una forma de vida”* (Alemania: Nueva Sociedad, 1987): 82

²⁵⁵ Instituto Nacional de Estadística, *“Índice de Precios al Consumidor”*, (Guatemala: INE, 2004): 1

Los derechos humanos protegen a las personas de las acciones que dañan la libertad²⁵⁶ y dignidad humana, protección que incluye lo que se conoce como derechos civiles, y que establecen una relación entre la persona y el Estado, con vistas a las obligaciones de los gobiernos con respecto a los derechos humanos. Esta cuestión trasciende el cuidar e incluye el respetar, proteger y cumplir con el resguardo de la vida.

Su característica se centraliza en ser universales *"...indivisibles e interdependientes y están relacionados entre si, la comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso. Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los estados tiene el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales"*.²⁵⁷

Este es el compromiso asumido por Guatemala como miembro de la ONU; los derechos humanos son términos legales incluyentes de protección de toda la población.

²⁵⁶ David Werner y Bill Bower, *"Aprendiendo a promover la salud"* (California: Hesperian 1985): 92.

²⁵⁷ Nygren: 3-6

Su relación fundamental con la salud se basa en vínculos de promoción de la salud como derecho, las políticas sanitarias y sus programas pueden promover los derechos o violarlos, según la manera de aplicarlos, por ejemplo la vulnerabilidad a la mala salud se puede reducir adoptando medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos, y no fomentar la violación de los mismos.

Dentro de los derechos humanos relativos a la salud en forma específica por ejemplo tenemos: violencia contra los niños "*...se adoptaran todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación incluidos los abusos sexuales*".²⁵⁸

Otro componente esencial es la reducción a la vulnerabilidad, a la mala salud, mediante la promoción de los derechos humanos como derecho a la salud, educación, alimentación y nutrición, no discriminación.

Por consiguiente por derecho a la salud expone Mary Robinson de la ONU, que se comprenderá, "*...que no es únicamente gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos, significa que los*

²⁵⁸ *Ibid.*: 3-9

*gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible. Lograr que esto ocurra es un compromiso al que debe hacer frente la comunidad encargada de proteger los derechos humanos como los profesionales de la salud pública”.*²⁵⁹

El reto está en adoptar los compromisos, además incluye componentes como intimidad (mantener la individualidad), progreso científico y de los beneficios, a la educación, en especial el derecho a conocer los principios básicos en alimentación y nutrición del niño, ventajas de la lactancia materna, higiene, saneamiento del ambiente, medidas de prevención de accidentes, nivel de vida adecuado que incluya vivienda, alimentación, vivienda adecuada, agua limpia, vestuario, derecho a la asistencia médica y servicios sociales necesarios, y esencialmente, el derecho a contar con acceso a la seguridad social.

El derecho a la salud demanda “...*la reivindicación de componentes legales, normas, establecimiento de compromisos, sanciones, vistos como componentes inclusivos de salud*”.²⁶⁰

²⁵⁹ *Ibid.*: 7-9

²⁶⁰ Werner y Bower: 98.

Para el sector salud los derechos que se determinan como pertinentes y aplicables a Guatemala con urgencia, se delimitan los siguientes:

- Disponibilidad: deberá haber un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas pertinentes.
- Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas y todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado. Sus cuatro dimensiones son:
 - no discriminación
 - accesibilidad física
 - accesibilidad económica
 - acceso a la información
- Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiada y sensible a los requisitos del género y el ciclo de vida y respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas que se trate.
- Calidad: relativa a los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y ser de buena calidad.²⁶¹

²⁶¹ Adela Cortina, *"La empresa ante la crisis del bienestar"*, (Madrid: Miraguano, 1999):

6.10. ESTRATEGIAS PARA AMPLIAR LA PROTECCION EN SALUD COMO MODELO ALTERNO

La inclusión de la salud pública se ve como una parte integral del sistema de un país, comprendido como la participación de la sociedad que tiene como propósito principal la salud. Esta es una estrategia que marca la ruta de mayor viabilidad para alcanzar el objetivo del MSPAS.

Debido a que se trata de un sistema de salud tan complejo, la creación de nuevos servicios demanda un cambio estructural respecto a la totalidad de ofertantes de salud en el medio, para ello es necesario plasmar las estrategias que permitan que la institución de salud proponga nuevas alternativas para los sectores poblacionales que no son cubiertos por el sistema o que no utilizan el sistema para su beneficio.

Pensar en el accionar de la salud pública, es pensar en un "diagrama mental de interferencia donde el conjunto mayor contiene al menor siendo en este caso el mayor la sociedad, pero este a su vez puede producir ángulos de inserción que salen del mismo como sombras que abarcan aspectos externos a la sociedad misma, porque la salud es reflejo de una estructura total".²⁶²

²⁶² Agencia para el Desarrollo Internacional "Introducción a la Gestión Estratégica" (Washington Sin Editorial 1991): 18.

Es por ello que es necesario al aplicar una estrategia que marque el camino al cambio, el contar con una metodología, que en este caso concreto se sugiere la aplicación del siguiente:

- Análisis de las competencias clave de la organización con participación de actores externos (usuarios, instituciones privadas, IGSS, ONG, cooperantes)
- Establecer los parámetros de crecimiento en cuanto a ofertar servicios de calidad.
- Definir el plan estratégico en cuanto a ofertar los servicios, publicidad, capacidad de respuesta con el recurso humano existente, disponibilidad de tecnología, definir el sistema de operaciones, estimar los errores potenciales de la institución, disponibilidad financiera existente.
- Asesoramiento permanente durante todo el proceso.²⁶³

Otra estrategia de vital importancia que el sistema de salud no debe perder de vista es la relativa a los valores los cuales son principios *"...estructurales de los sistemas, condicionando su organización y funcionamiento y calificando sus objetivos finales. Constituyen así objetivos finales, que incluyen componentes de: equidad, participación social, eficiencia, descentralización, integralidad de la atención, solidaridad"*.²⁶⁴ Dentro del

²⁶³ *Ibíd.*: 19.

²⁶⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Agenda Nacional de Salud, *"Análisis de Situación de Salud y Lineamientos Estratégicos 2006-2015 MSPAS"*. (Guatemala: Sistema Integral de Salud UPS III, 2006): 19

sistema de salud se ha tratado de incorporar dichos valores pero no existe operatividad de los mismos por lo que se quedan en un plano teórico, conceptual, sin reflejo participativo alguno.

Pero no se debe perder de vista que los servicios de salud estatal son la red más grande de prestación de servicios existente, a medida que aquellos han crecido, la aceptación de los mismos es amplia, aunque las barreras aún persisten probablemente con el tiempo y el mejoramiento organizacional se logren la reducción de brecha en la cobertura.

6.11. DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD EN GUATEMALA

En el contexto nacional la utilización de los servicios depende de la oferta de los mismos o su disponibilidad económica, así como de la conceptualización de los usuarios del sistema, como perciben la atención así determinaran el acercamiento en atención en salud, en nuestro medio.

Diferentes estudios, indican que aún persiste la exclusión en la salud en países como Guatemala, por lo que se debe aclarar que la exclusión se entenderá, en el presente estudio, como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan.

Por ello la exclusión marca la ausencia de derecho del ingreso al sistema ofertante de prestación de servicios en salud, que puede incluir desde los sistemas básicos hasta los de mayor complejidad y especialización. No debe confundirse la pobreza como indicador de exclusión, expertos en salud explican "*...las personas pueden ser pobres y no estar excluidas de la satisfacción de ciertas necesidades básicas y al revés, las personas pueden no ser pobres y estar excluidas por otros motivos como aislamiento geográfico o cultural*";²⁶⁵ esto puede marcar la protección en salud para los grupos de población.

Este es una caracterización de las barreras que pueden limitar el acceder un servicio por la población, otro aspecto importante se centra en la demanda de los servicios o su utilización, ello depende de la oferta o disponibilidad de estos servicios, pero también de la percepción que la población tenga sobre componente vitales de la atención como calidad, accesibilidad, y resolución de los problemas de salud.

El estudio de Desarrollo Humano de 2005, en la parte correspondiente a Guatemala, expone un ejemplo en cuanto a la búsqueda de atención de la población, indica que "*...los datos sobre prevalencia de enfermedades y accidentes, mostraron que casi la cuarta parte de la población había sufrido*

²⁶⁵ Organización Panamericana de la Salud, "*Exclusión en salud, en países de América Latina y el Caribe*", (Washington DC. Sin Editorial, 2003): 2-3

*alguna enfermedad o accidente, sin diferencia de grupo étnico. La búsqueda de atención fuera del hogar tampoco presentó mayores diferencias entre dichos grupos. Resalta sin embargo la prevalencia de enfermedad o accidente que va desde 19.6% de los identificados como otros "mayas" a 33.2% entre los Q'eqchi. La población Mam tiende a buscar la atención dentro del hogar".*²⁶⁶

Esto indica que la demanda o utilización de un servicio en el sistema de salud depende de la conceptualización cultural que prevalezca, pero se debe considerar que existen condiciones como la concentración de servicios que en su mayor parte se concentran en los cascos urbanos de las ciudades, así como el hecho de contar con medidas terapéuticas alternativas no propiamente de la medicina occidental.

Se considera interesante los resultados del análisis de la búsqueda de la salud de la población que realizó los especialistas Gragnolati y Marini²⁶⁷ quienes exponen que a nivel nacional se da la siguiente diferenciación:

²⁶⁶ PNUD, Informe de Desarrollo Humano, "*Diversidad Étnico-Cultural la ciudadanía en un Estado Plural*", (Guatemala Sur,2005): 174-175

²⁶⁷ *Ibid.*:175

6.7.2. CUADRO DEMANDA DE SERVICIOS POR GRUPO ÉTNICO.

| | Hospitales | | | | Puesto o centro de salud | Centro comunitario | No biomédico | | |
|-------------|------------|------|---------|-------|--------------------------|--------------------|--------------|-------|-------|
| | Publico | IGSS | Privado | Total | | | Farmacia | Otros | Total |
| Nacional | 9.3 | 6.8 | 40.0 | 56.1 | 22.8 | 2.0 | 8.0 | 11.2 | 19.2 |
| No indígena | 9.9 | 8.4 | 45.4 | 63.7 | 19.1 | 1.3 | 6.0 | 9.7 | 15.7 |
| Indígenas | 8.1 | 3.7 | 30.2 | 42.0 | 29.6 | 3.2 | 11.5 | 13.8 | 25.3 |

FUENTE: Informe de desarrollo Humano 2005

El mismo estudio indica que se puede pensar que las diferencias responden a la poca disponibilidad de los servicios biomédicos, que a una preferencia intrínseca de la población indígena hacia los proveedores no biomédicos como farmacias, comadronas, curanderos, hierberos, etc. Esto es una tendencia que ha marcado la demanda de servicios públicos, y que el sistema de salud no ha incorporado estos patrones alternativos de atención para establecer un acercamiento con la población.

Debe quedar claro que la salud pública, sin una relación dinámica con la sociedad, está actuando en un vacío social, donde se impone un rumbo equivocado. Es la misma población el objeto central, el que marca el ritmo para

que todas las parte funcionen coordinadamente “...*el público no es solamente el objeto central de la salud pública, sino su principal actor. La salud pública es la salud de la población, para la población y por la población. La actuación de la sociedad en pro de la salud se manifiesta en las instituciones y prácticas sociales y en los valores socialmente reconocidos que modelan las actitudes, comportamientos y conductas sociales a favor de la vida y la salud*”,²⁶⁸ esto es realizable en forma conjunta donde la población se debe organizar para demandar elementos que satisfagan sus necesidades de atención en salud. Lo que ha prevalecido aún durante el periodo del 2006.

6.12. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAL EN SALUD

La realidad social²⁶⁹ nunca puede considerarse como una realidad subjetiva de convivencia, ni como realidad extra subjetiva, un realismo normal habrá de ver, en la realidad, un ser independiente de toda relación con el yo, del sujeto.

El Estado es un “...*ente legal jurídico organizado que corresponde a los social, pero a causa de su función social debe preocuparse de su justificación moral, de sus normas jurídicas o convencionales positivistas, dentro de las cuales están las acciones de protección poblacional*”.²⁷⁰

²⁶⁸ Organización Panamericana de la Salud, “*La salud en las Américas nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*” (Washington DC: Sin Editorial, 2002): 41

²⁶⁹ José Ramón Sariego, “*Bioética desde una perspectiva cubana*” (Habana: Varela, 1997): 3-20.

Toda actividad del Estado se desarrolla en una realidad social, Marx y Engels "...exponen el carácter de la realidad política social".²⁷¹ Lo cual es necesario incluir como marco determinante en el presente estudio, porque el sistema de salud pública es producto de la base económica social imperante.

Por ello comprender como se interpreta el Estado como actor es importante, por lo que explica dichos teóricos que "... la organización social y el Estado nacen, en forma ininterrumpida, de los procesos vitales de determinados individuos, pero no de estos tal como lo imagina la representación propia o ajena, sino tal como ellos realmente son, es decir tal como obran y producen materialmente, tal como actúan dentro de determinados límites y bajo determinados supuestos y condiciones independientes de su albedrío".²⁷²

El hombre racional es el que determina su propia historia, es el autor y el actor de su obra dramática o contextual. Es un hecho que el escenario nacional es cambiante, se ha transformado, en especial cuando la tendencia es la globalización; es aquí donde el Estado, bajo los límites legales, debe

²⁷⁰ Nels Anderson "*Sociología de la comunidad urbana una perspectiva mundial*" (México DF: Fondo de Cultura Económica, 1993): 12-15.

²⁷¹ Ibid P 29.

²⁷² Herman Heller "*Teoría Del Estado*" (México DF: Progreso, 1992): 86-87

regular su accionar, visualizando las incertidumbres y consecuencias de los cambios.

Es evidente que la salud pública es una organización de bienestar que se interrelaciona con los grupos formando una estructura abierta, que es una respuesta social, que busca el bienestar.

Etimológicamente responsabilidad deriva *"...de defender una cuestión en público, de justificar una acción, somos responsables cuando tenemos varias posibilidades de elección y nos decidimos por una de ellas, desde el momento en que una empresa puede hacer las cosas de una u otra forma, tiene un "espacio de libertad" del que debe dar razón",*²⁷³ de su responsabilidad, que involucra inclusive componentes éticos, como acción intrínseca.

También debe quedar claro que toda institución de salud tiene como objetivo ser una entidad que oferta servicios de salud de calidad para satisfacer las demandas sociales de la población, por lo que en Guatemala, si no se alcanza dichos objetivos, hay que analizar las causas, porque el MSPAS pierde su razón de ser ante la sociedad, destruye su credibilidad de ente rector y tiende a desvalorizar sus acciones y a desvanecerse como institución.

²⁷³ Anónimo, "Diccionario de Ciencia Política", <http://www.ifs.csic.es/postgrad/> (26 Octubre 2006)

Es preciso recuperar la visión de la salud bajo un concepto cultural del proceso salud enfermedad, no se está siendo excluyente del proceso vigente, sino incorporando procesos nuevos de cambio donde los pueblos buscan una estrategia de cooperación para solventar sus necesidades vitales. En Guatemala, hasta el momento, no se ha impulsado un modelo de salud con inclusión cultural, no debiéndose confundir que se identifican los grupos étnicos para fines de construcción de una política que reconoce la existencia de dichos sectores pero no trasciende en cómo dichos sectores participarán para la efectividad de la misma.

PARTE III LA SALUD PÚBLICA Y EL COMERCIO INFORMAL EN GUATEMALA

- ❖ LAS DIMENSIONES DE LA SALUD PÚBLICA Y LOS PARADIGMAS A SEGUIR EN EL ACTUAL MILENIO EN GUATEMALA

- ❖ EL COMERCIO INFORMAL EN GUATEMALA:
Motivo de análisis

- ❖ FUNCIÓN DEL ESTADO ANTE LOS NUEVOS ESCENARIOS EN LA SALUD PÚBLICA Y EL COMERCIO INFORMAL

7.

LAS DIMENSIONES DE LA SALUD PUBLICA, MODELO A SEGUIR EN EL ACTUAL MILENIO EN GUATEMALA

En Guatemala, a pesar de los esfuerzos de promover estrategias como la atención primaria en salud, propuesta en Alma Alta (Cumbre de salud para fijar metas mundiales alcanzables en año 2000 donde participaron todas los gobiernos del mundo), la aplicación de los sistemas locales de salud, la carta de Ottawa (Convención de salud mundial que se realizo en Canadá en la década del año 2000 donde se indicaron compromisos mundiales en materia de salud con los jefes de estado) para impulsar el proceso de reformas en salud, no han sido suficientes para superar y alcanzar las metas de salud para todos incluyendo al sector de la economía informal.

Esta realidad es la que se trata de exponer en el presente capítulo, así como un análisis del nuevo modelo que demandan los compromisos actuales de salud en respuesta a las Metas del Milenio, vistos como una oportunidad para proteger a la población vulnerable de la economía informal.

7.1. LOS EFECTOS DE LOS CAMBIOS EN EL FUTURO DE LA POLITICA EN SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA

En el nuevo milenio todos los países, salvo los más pobres, ven surgir una industria de la atención en salud, en respuesta a un crecimiento exponencial y que cada vez es más costoso en materia de recursos, de inversión financiera, tecnológica y humana.

Las políticas diseñadas para hacer efectiva una respuesta han sido hasta cierto punto infructuosas, el librarse del daño, el ver alterados los procesos de evolución por el daño en la salud, depende no únicamente de los elementos biológicos que propician las enfermedades, sino de un fuerte componente de las condiciones y oportunidades con que cuenta la población para superarlos, La salud requiere de un entorno social seguro, en el que se valore la vida humana donde las personas se sienta con libertad para elegir, crecer y desarrollarse socialmente.

Así también existen desafíos que escapan de la misma organización de salud a causa de enfermedades como el SIDA, tuberculosis, dengue, y otras, asociadas a la violencia, que limitan la oportunidad de que los sectores poblacionales amplíen sus años de vida, por lo que los esfuerzos realizados frontalmente para contrarrestar el daño en forma de aplicación de tácticas estratégicas con ampliación de cobertura, quedan limitados.

La población en Guatemala se duplicó entre fines del siglo XIX y mediados del siglo XX,³⁰⁶ partiendo de esta realidad se plantean situaciones complejas. En el año 2000, según el Ministerio de Salud, la proporción de habitantes sin vivienda se estimó en 1.4 millones, de los cuales el 75% es consecuencia de la baja calidad de las construcciones y carencia de servicios básicos. El déficit de cobertura de agua potable y saneamiento es del 41.5% en las viviendas a nivel nacional. En el área rural esta deficiencia alcanza el 43.3% de viviendas sin conexión a una red de distribución de agua.³⁰⁷

No se debe olvidar que el crecimiento población ha sufrido incremento determinante para la atención en salud, por lo que las variables demográficas ejercen una presión para transformar la prestación de servicios.

Guatemala tiene una dinámica contradictoria muy marcada por la desigualdad, el atropello a los derechos humanos individuales, elevados niveles de pobreza, lo que es preocupante en materia de política de Estado que demanda mayores niveles de inversión en componentes vitales como salud, educación, trabajo.

La composición por edad de la población en Guatemala indica que es un país joven. *“Cuatro de cada 10 habitantes son menores de 15 años, sin embargo el análisis de los cambios en la estructura por edad en los últimos*

³⁰⁶ PNUD, *“Desarrollo Humano Mujer y Salud”*, (Guatemala: Van Color, 2002): 268.

³⁰⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *“Agenda Nacional de Salud, análisis de situación de Salud y lineamientos estratégicos, 2006-2015”*. (Guatemala: Sistema Integral de Atención Salud. 2006): 10.

*50 años pone de manifiesto la ocurrencia de una lenta disminución del peso relativo de los más jóvenes y un aumento relativo de los mayores de 65 años”.*³⁰⁸

En el medio nacional las políticas de salud priorizan la atención en la población materno infantil, incluyendo al resto de población por grupos del infante, adolescente y adulto mayor.

El modelo de salud vigente esta basado en el componente de demanda, no de promoción, ni de educación, ni de mejores condiciones de vida; por ello se considera necesaria la renovación del proceso visualizándolo como un derecho y responsabilidad social compartida.

El enfoque de renovación debería ampliar una relación con la comunidad, en forma permanente con individuos, familias y comunidad, retomar estrategias como la atención primaria en salud porque la misma promueve la seguridad universal como política de Estado.

7.2. DESIGUALDAD EN LA POBLACION UNA LIMITANTE PARA LA SALUD PÚBLICA

La desigualdad es reconocida por las ciencias sociales como una limitante para la cohesión social del estado—nación; esto, en Guatemala, se ha marcado desde el inicio de su historia como país. Los beneficios del crecimiento económico marcados desde la colonia nunca fueron decisivos

³⁰⁸ PNUD, “ *Guatemala: Desarrollo Humano Mujer y Salud*” (Guatemala: Van Color, 2002): 282

para toda la población, limitando el desarrollo y creando un ambiente propicio para crecer en desigualdad, y marginación social.³⁰⁹

La desigualdad es un factor relacionado con la pobreza "...la desigualdad incrementa la pobreza y limita los efectos del crecimiento, debilita la cohesión social, aumenta la conflictividad, la violencia y la delincuencia, por otro lado la desigualdad en el acceso a crédito reduce oportunidades de inversión que serían rentables a la economía en su conjunto",³¹⁰ su dimensión como fenómeno tiene efectos amplios que provocan exclusión en las oportunidades de desarrollo humano.

La división de estratos poblacionales es una realidad en Guatemala desde la época colonial que se reconocen por distinciones socioeconómicas y que ubican a la persona hombre, mujer, indígena o ladino en diversas posiciones de la escala social.

Afirman los expertos en desarrollo humano que "...en la historia la clase, el estrato y el estamento han sido las tres formas de clasificación más utilizadas. Tienen en común que resumen las diferencias de poder, riqueza, prestigios entre los grupos sociales",³¹¹ y partiendo de este concepto se

³⁰⁹ Phillippe Paris, "¿Qué es una sociedad justa?" *Introducción a la práctica de una filosofía política*, (Barcelona: Du Seúl, 1993): 44.

³¹⁰ PNUD, "Diversidad Étnico-Cultural Ciudadanía y Estado" (Guatemala: Sur, 2005): 93-93

³¹¹ PNUD, "Diversidad Étnico-Cultural Ciudadanía y Estado": 93

analiza la diferencia de estratificación en Guatemala que incluyen peldaños de: alto, medio, medio-bajo, bajo y bajo extremo.

Cuadro 7.1 Estratificación de clase en Guatemala

| Estrato | Población (millones de quetzales) | | | Porcentaje | | |
|---------------------|-----------------------------------|----------|----------|------------|-------|-------|
| | 1989 | 2000 | 2004 | 1989 | 2000 | 2004 |
| Alto | 368.0 | 529.0 | 380.5 | 4.3 | 4.7 | 3.2 |
| Medio | 749.7 | 1,332.3 | 1,847.1 | 8.7 | 11.7 | 15.5 |
| Medio bajo | 1,252.8 | 2,220.0 | 2,421.6 | 14.5 | 19.6 | 20.4 |
| Bajo | 4,219.9 | 4,636.2 | 3,419.7 | 23.6 | 23.1 | 28.8 |
| Bajo extremo | 2,623.0 | 2,624.8 | 3,419.7 | 23.6 | 23.1 | 28.8 |
| TOTAL | 8,623.0 | 11,342.5 | 11,888.3 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

FUENTE: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala 2005

El análisis por estrato indica que en los últimos años se experimenta un descenso de la clase alta, y por el contrario los estratos medio, medio-bajo, bajo y bajo extremo muestran un incremento, marcando esto la brecha de subdesarrollo.

7.3. POBREZA, FENOMENO DE PRIVACION; LIMITANTE PARA EL MODELO DE SALUD DE GUATEMALA

En salud, analizar los factores subyacentes en la morbilidad y en la mortalidad son de importancia, pero se deben agregar las brechas que existen entre los privilegiados y los desposeídos. Está comprobado que la pobreza provoca daños irreversible en materia de salud La pobreza en

Guatemala se redujo en la última década de 63% a 56%, y la pobreza extrema disminuyó de 18 a 16%.³¹²

En Guatemala la pobreza es un mal social endémico estratificado en pobreza y pobreza extrema, donde para el primer indicador se estableció un promedio de ingreso de "Q 4,318 por persona año o Q360 por persona al mes o Q 12.00 por persona al día, de acuerdo al estudio realizado en el 2000 de línea base de pobreza para el segundo rubro se estimó un ingreso de Q 1,911 por persona-año o Q159 persona-mes o Q 5.31 persona-día".³¹³

La incapacidad de una persona, familia o comunidad de cubrir sus necesidades vitales con lo que generan por su trabajo es un indicador clásico de pobreza, se relaciona con gasto para cubrir una canasta básica de subsistencia. El comprender dicho fenómeno no es suficiente porque su importancia radica en exterminarla. En una economía de mercado como la de Guatemala el Estado tiene un rol que cumplir en dicho proceso, para acercar las oportunidades, generando igualdad de condiciones, y oportunidades para los excluidos muchos de los cuales se ubican en el sector de la economía informal a pequeña escala.

Los intentos por definir y medir la pobreza datan de finales del siglo XIX, destacando entre ellos los trabajos clásicos de Rowntree sobre la

³¹² PNUD, "Desarrollo Humano, Mujeres y Salud", (Guatemala: Van Color, 2002): 46.

³¹³ Arzobispado de Guatemala "Situación de la Niñez en Guatemala" (Guatemala: Organización de Derechos Humanos, 2001): 110.

pobreza y en Cork, el de Mollie Orshansky sobre la pobreza en los Estados Unidos en los años 70, por lo que el análisis del fenómeno no es nuevo.³¹⁴

De acuerdo con el estudio del PNUD, hay un círculo vicioso que afecta las posibilidades de crecimiento económico, sus efectos directos sobre la salud se centran en la nutrición, generando bajas expectativas de vida, mayor posibilidad de enfermar y morir. Conocer el volumen y características de la población pobre equivale a definir la población objetivo central de una política de Estado.

El comportamiento favorable que determinan las principales variables de crecimiento económico, señalan que la relación³¹⁵ de la pobreza indica un crecimiento lento que no genera las suficientes ofertas de trabajo para las personas que lo demandan, por lo que el fenómeno se ve ligado al desempleo y subempleo. En el año 2000 se asume el compromiso ante las Naciones Unidas de incrementar esfuerzos para erradicar dicho daño.

En Guatemala, según datos de la encuesta Nacional Sociodemográfica, se indica que el porcentaje de población que vive con menos de un dólar diario (Q8.00) se redujo al 57%.³¹⁶

³¹⁴ Anónimo, Diccionario de Economía, <http://www.idrc.ca/es/ev> (8septiembre 2006)

³¹⁵ Anónimo, Diccionario de Economía, <http://www.monografias.com/> (8 Septiembre 2006)

³¹⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Agenda Nacional de Salud, Análisis de Situación de Salud y Lineamientos Estratégicos 2006-2015", (Guatemala: Sistema Integral de Salud, 2006): 7-8

De acuerdo con la encuesta nacional de estadística en el 2004 el 21.9% de la población guatemalteca vivía con menos de un dólar diario. Esto, tanto en población rural como en la población urbana.³¹⁷

El efecto de la pobreza en la salud comporta la desnutrición que afecta en mayor proporción a los niños, en el país se consideran departamentos de riesgo (no occidente del país) en especial la población indígena de Chiquimula, (Ch`orti) y de origen Quiche de (Alta Verapaz).

Si se desea avanzar en la eliminación de la pobreza antes del 2015, en cumplimiento de las Metas del Milenio, se deben rediseñar políticas exclusivas para las áreas indígenas, y urbanas pobres haciendo efectiva la intención de no exclusión y desigualdad entre la población guatemalteca.

7.4. EL MODELO DE SALUD DE GUATEMALA: UN ACERCAMIENTO A LA REALIDAD

Conocer la tendencia y los nuevos momentos que deberá desarrollar la nueva salud pública está sujeto a condicionantes económicos, sociales y culturales, porque la incidencia que tienen las prácticas de salud sobre las condiciones de salud de una población repercute en el desarrollo.

Es evidente que los mayores egresos de un país normalmente están asociados a un mayor gasto público en salud, educación, trabajo. Los

³¹⁷ *Ibíd.* p. 8

expertos en salud como Brundtland³¹⁸ explica que lo importante es atenuar las desigualdades, reducir el hambre y mejorar la salud de una sociedad planetaria mas justa y menos excluyente, propicio para la actualidad.

En Guatemala el sector salud indica que su modelo de atención se ha centralizado en procesos de ofertar servicios locales de salud en respuesta a una demanda de daño, y las redes de salud existentes requieren mejoramiento de su capacidad operativa, además de no duplicar esfuerzos, que se diluyen en una relación de costo-beneficio poco efectiva.

Es necesario conocer la estructura de la red de salud para analizar su funcionalidad. Sus características principales se enfocan en actividades del siguiente tipo, ya el Ministerio de Salud se integra en la siguiente forma.³¹⁹

- Centro Comunitario de Salud, es un establecimiento de menor complejidad dentro de la red de servicios de salud pública, usualmente se ubica en caseríos o aldeas, es un servicio mínimo de atención. Su diseño permite alcanzar una cobertura de 1500 habitantes. Sus programas alcanzan actividades de atención del parto, puerperio, vacunación, suplementario nutricional, detección del cáncer uterino y de la mama, control y crecimiento en niños menores de 2 años, atención de enfermedades comunes, heridas, hemorragias.

³¹⁸ Organización Panamericana de la Salud, "*Estudio Básico del Sector Salud*" (Guatemala: sin editorial 1991): 1-10

³¹⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "*Protección Social en Salud*" (Guatemala: Sistema Integral de Salud 2000): 38.

- Puesto de Salud, es el establecimiento de los servicios públicos de salud, ubicado en aldeas, cantones y barrios de los municipios, tienen un nivel de complejidad simplificado a los servicios mínimos de atención primaria, con nivel de referencia a centros de salud tipo A y B. forma parte del distrito de salud y están bajo la responsabilidad directa de un auxiliar de enfermería, y por un técnico de salud rural. Se diseñó para proporcionar una cobertura de 2,000 habitantes. Los servicios que prestan se centran en atención a la mujer y niño, emergencias, morbilidad general, educación y promoción de la salud sobre vectores, excretos, basura, alimentación y nutrición.
- Centro de Salud tipo A, son servicios de asistencia médica general, ubicados en las cabeceras municipales, debe contar con encamamiento para la atención materno-infantil, su dotación es en un promedio de 30-50 camas. Son servicios intermedios; si la morbilidad no se puede resolver a este nivel se refiere al hospital departamental. Su horario laboral es en horas hábiles y en casos de emergencia amplían sus servicios. Su diseño permite una cobertura de entre 10 a 20 mil habitantes como promedio.
- Centro de Salud tipo B, son servicios de atención médica general, ubicados en cabeceras municipales, son servicios intermedios; si se presentan casos complejos se refieren a un Centro de Salud tipo A, o al hospital de distrito. Cuentan con sala para atender partos, y realizar procedimientos quirúrgicos simples como suturas, que no requieren

hospitalización de pacientes. Su diseño permite cubrir entre 5 y 10 mil personas.

- **Maternidad Cantonal**, se encuentran bajo la responsabilidad de un Centro de Salud tipo A; su finalidad es atender partos normales. En este nivel la comadrona tradicional participa en la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud. Cuentan con una dotación de entre 10-15 camas, atienden las 24 horas los 365 días del año.³²⁰

Los servicios de extensión de cobertura son servicios básicos comunitarios que su estructura es la siguiente:

Cuadro 7.2 Estructura de los servicios de salud

| Conjunto | Componente | Servicios |
|----------------------------|--|---|
| Servicios básicos | Atención a la mujer embarazada | Control prenatal, toxoide tetánico, entrega de micro nutrientes, atención del parto, puerperio e interconcepcional. |
| | Atención Infantil y Preescolar | Vacunación control de IRA, control de diarrea, evaluación y atención nutricional en menores de 2 años |
| | Atención a la demanda de emergencia y morbilidad | Control de vectores, control de zoonosis disposición sanitaria de excretas y basuras, control de la calidad del agua. |
| Servicios Ampliados | Atención a la mujer en edad fértil | Detección del cáncer y planificación familiar |
| | Atención Infantil y preescolar | Evaluación y atención nutricional en menores de 5 años |
| | Atención de emergencias y morbilidad | Según demanda local |

FUENTE: Ministerio de Salud Pública / Informe de Desarrollo Humano 2002.

³²⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Agenda Nacional de Salud, "Análisis De Situación De Salud Y Lineamientos Estratégicos 2006-2015", (Guatemala: Sistema Integral De Salud, 2006): 19-21

Los servicios de extensión de cobertura, son servicios básicos que superan los diez años de existencia, las limitaciones y servicios prestados continúan siendo centralizados, con poca participación local, y no se ha desarrollado la cultura de la evaluación y acreditación de los servicios proporcionados.

En lo concerniente a los otros tipos de servicios,³²¹ se tienen:

- Hospital de Distrito, son establecimientos ubicados a nivel de distrito de salud y cuentan con un equipo multidisciplinario para desarrollar programas de promoción, recuperación y rehabilitación de salud. Reciben referencias de los puestos de salud, centros de salud tipo A y B, cuentan con Rx, laboratorio.
- Hospitales de área, son establecimientos ubicados en la cabecera departamental de una área de salud, generalmente cuentan con todos los servicios y con una dotación de entre 100-150 camas, atienden servicios de urgencia, ambulatorio y encajamiento.
- Hospitales Regionales, son centros de referencia para patologías complejas, cuentan con una capacidad instalada de entre 150-300 camas, se encuentran en las cabeceras departamentales.

³²¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Protección Social en Salud" (Guatemala: Sistema Integral de Salud 2000): 39-40

- Hospitales de Referencia Nacional, se ubican en la ciudad capital, por su capacidad tecnológica y resolutive reciben pacientes referidos de los departamentos, cuentan con una capacidad instalada entre 300 y 900 camas, cuenta con recurso humano especializado. Realiza funciones de prevención, curación, promoción y rehabilitación.
- Clínicas Periféricas, son unidades que se encuentran en la capital en las zonas de mayor demanda de atención en salud, prestan servicios de medicina, cirugía, pediatría, rayos X, ginecología. Su función principal se centra en la desconcentración de la consulta externa, y emergencias. Cuenta con recurso humano especializado.
- Hospitales Especializados, son hospitales que por su especialización en la atención que prestan a la población, se transforman en hospitales de referencia nacional en áreas específicas de la medicina, como tuberculosis pulmonar, ortopedia, y salud mental. Tienen una dotación entre 100-200 camas, cuentan con médicos especializados y generales, rayos x, farmacia.

El otro componente de importancia lo constituye el seguro social. En Guatemala es el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social el que cubre al sector laboral activo, proporcionando servicios de atención, cobertura de accidentes, medicamentos, y sus acciones se centralizan en morbilidad, complicaciones, rehabilitación, invalidez, vejez, y supervivencia. Su principal

forma de financiamiento se obtiene por programas de contribución obligatoria de trabajadores y patronos.

En el caso del sector informal este no es cubierto por dicho seguro ni se han planteado alternativas para dotar a dicho cuerpo laboral con un seguro universal, en especial para las mujeres y niños, y poder llegar así a los más necesitados del grupo.

La red de servicios de salud pública es amplia y parte desde un nivel local, todos los niveles realizan acciones concretas de prevención, promoción, curación y rehabilitación de la salud, lo que en ocasiones tiende a complicar los procesos o que las personas mal utilicen los servicios existentes.

El reglamento orgánico del MSPAS en su artículo tercero establece *"...políticas, planes, y programas de salud. El Ministerio de Salud con el objeto de asegurar la salud de la población, formula, organiza, dirige, conduce y evalúa las políticas, planes, programas, y proyectos de salud, asignando los recursos financieros humanos, tecnológicos, físicos y materiales, tanto de origen gubernamental como de otras fuentes, de acuerdo a las prioridades nacionales de salud"*.³²²

Las funciones vitales que demandan las políticas ministeriales no se han cumplido a cabalidad porque la evaluación no se interiorizado en el sistema mismo.

³²² Constitución Política de la República *"Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social"* (Guatemala: Diario de Centro América, 1999): 79

7.5. MODELOS ALTERNATIVOS DE SALUD: EXPERIENCIAS DE OTROS CONTEXTOS

En el área de la prestación de servicios de salud se incorporaron las políticas contenidas en los Acuerdos de Paz. Lamentablemente no todo el proceso cristalizó ni se consolidó como se explicó en la agenda legislativa 2001-2012 “...que significó para Guatemala, la apertura de nuevos espacios sociales y políticos, habiendo desaparecido la represión como política de Estado, siendo notorio el inicio del reconocimiento de la identidad y derecho de los pueblos indígenas, el protagonismo de la mujer y la apertura de la implementación de políticas sociales y económicas propuestas por la comisión creadas por dichos acuerdos y asumidas parcialmente por las instancias de gobierno”.³²³

Para comprender esa falta de éxito se analiza el siguiente contexto explicado en la agenda 2001-2012 “Guatemala presenta un sistema de salud fragmentado, segmentado y excluyente con un gasto total en salud estimado en 5.03% del PIB y un gasto público del 1.64. La exclusión en salud se expresa por el del desigual acceso a los servicios, la persistencia de una morbilidad a expensas de los problemas prevenibles y el mantenimiento de un alto gasto privado en salud con mayor impacto en los hogares indígenas y rurales”.³²⁴

³²³ Centro para el Desarrollo Estratégico en Salud, “Guatemala, Solidaridad Internacional, Agenda Legislativa en Salud periodo 2001-2012. Informe Técnico No.1, Serie legislación en Salud”, (España: sin editorial. 2001): 29-31

³²⁴ *Ibid.*: 31-32

Lo anterior demanda fortalecer los mecanismos de la política de salud actual. La realidad actual del sector salud se percibe como un modelo administrativo de línea directa, parcializado, asistencialista o curativo, y sus debilidades de financiamiento se hacen sentir en la presente década. El modelo debería ser reorientado hacia un enfoque preventivo, que integre todas las etapas del proceso salud-enfermedad.

Es necesario abordar algunas fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del sistema de salud de Guatemala para análisis previo a conocer otros modelos, que se pueden tomar de referencia para el local.

Fortalezas: disposición de las unidades físicas a nivel de todo el país, disponibles para la población, acceso a medicamentos básicos, personal especializado en materia de salud (recurso humano en especial médico en abundancia).

En relación a sus debilidades se cuentan: la disponibilidad de recursos financieros no responde adecuadamente a las demandas de atención del sistema, una visión miope en relación a la solidaridad social.

Una notoria diferencia entre indicadores de salud entre sectores poblacionales (indígenas) quienes reportan mayor daño en indicadores de morbilidad y mortalidad, ausencia de un modelo que responda a procesos de Emergencia nacional por desastres, ineficiencia en el proceso de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención, no cobertura universal a

grupos vulnerables como los grupos del sector informal, carencia de seguimiento y evaluación a los procesos, programas desarrollados.

Entre las oportunidades se identifican las siguientes: el que el país posea un ministerio de gobierno en el área de salud con prestación de servicios a nivel de aldeas, caseríos, municipios, departamentos, en todo el país.

El hecho de poder establecer alianzas con otros sectores en la prestación de servicios, posibilita el incrementar el presupuesto para funcionamiento con apoyo comunitario, de ONG, y facilidad de reorganizar el sistema preventivo, no así del curativo.

Incorporar la cultura de calidad es otro desafío en todos los niveles de atención con incorporación plena a la cultura laboral, mejorar el proceso de información estadística local para evitar la duplicidad de información en cobertura.

Dentro de las amenazas se detectan presiones de carácter interno en demandas de prestaciones para los trabajadores de salud, inconformidad profesional, la dilución de esfuerzos en procesos administrativos caducos, la promoción de asistencia de carácter político para trabajadores de cuello blanco, ausencia de marcos normativos que regulen la prestación de servicios profesionales.

Hay confusión dentro del sistema, y existe una tendencia a fomentar la salud como un sistema comercial, sin protección a los usuarios, que se traduce en la imposibilidad de hacer partícipe del proceso a la población civil.

En relación a los modelos de salud que se considera conveniente conocer, y que pueden orientar el proceso local, se encuentran el modelo de salud de Canadá, el de Cuba, los que son orientadores del proceso en análisis. Son características de ellos:

En Canadá desde 1974, el gobierno federal posee una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses "*...cambios en los estilos de vida o en los entornos sociales y físicos posiblemente mejorarían la salud aún más que gastando en los servicios de atención de salud existentes. Ello genero programas de promoción, que crea conciencia en la población sobre el riesgo asociado para la salud en relación a ciertos comportamientos que dañaran por los estilos de vida*".³²⁵ Lo anterior involucra el componente social con la salud. Por ejemplo en dicho sistema el desempleo puede conducir al aislamiento social y a la pobreza, que a su vez influye en la salud psicológica y las aptitudes de adaptación, el desgaste físico, lo que puede conducir a un estado de salud deficiente.

El enfoque canadiense se basa en el supuesto de que la salud es algo más que un buen sistema de atención de salud.

³²⁵ Organización Panamericana de la Salud, "*Salud de la población, Conceptos y Estrategias*", (Washington DC: Sin Editorial, 2000): 41-43

En Canadá el sistema de salud incluye un examen periódico de salud mediante un conjunto de procedimientos primarios y secundarios de prevención según la edad y el sexo de la persona. Además, se promueven políticas públicas saludables con alianzas y colaboración de la comunidad.

En relación al modelo de Cuba, sabemos que se basa en la medicina del grupo familiar, que es una necesidad si se desea progresar en las estrategias de promoción, prevención y recuperación de la salud en la atención primaria. Se desarrolla bajo una metodología eminentemente participativa con grupos focales, encuestas con expertos, actores sociales, líderes de manzanas habitacionales, y familias.

El experto en salud Benítez González *"...plantea que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa de ciclo vital, afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos, modo de vida de la comunidad, de la sociedad"*,³²⁶ el centro del quehacer del sistema de salud se basa en la familia como primer elemento decisorio de la estructura político social del Estado.

Su principio científico se basa en la relación salud-familia *"...la familia cumple una función reguladora en la salud, el carácter de grupo especial de intermediación social que tiene la familia fundamenta este principio, al incidir*

³²⁶ Organización Panamericana de la Salud, Salud Pública, <http://www.bvs.sld.cu/> (8 octubre 2004)

*la familia directamente en la dinámica de la población, cumplir funciones claves en el desarrollo biopsicosocial del ser humano, influir en el desencadenamiento de la enfermedad y en las decisiones acerca de la utilización de los servicios de salud, al tiempo que se constituye en la más efectiva fuente de apoyo ante los eventos de salud, enfermedad, rehabilitación y muerte".*³²⁷

El carácter de su sustento científico trasciende la teoría, uniéndola a la realidad (concebida como percepción social) no imaginaria, ni fantasiosa. Su modelo se concibe como una representación abstracta de fenómeno de la vida material por medio de sistemas lógicos y bajo el precepto de modelo eficiente, en el sentido que sea lo suficientemente simple para que sea manejable, se reconoce que los modelos no son esquemas prefabricados, hormas inflexibles, ni moldes eternos, sino que son guías que inducen a pensar en la situación vigente.

7.6. LOS ACUERDOS DE PAZ: UN MODELO IDÓNEO DE POLÍTICA DE ESTADO EN MATERIA DE SALUD

El contar con instrumentos jurídicos que apoyan el proceso de paz en Guatemala es considerado un avance, en especial de las poblaciones más desprotegidas socialmente: niños, mujeres, ancianos, y pueblos indígenas. Los cambios que surgen de los Acuerdos son una etapa que parte de los años noventa y que apunta a poner de manifiesto la necesidad de consenso

³²⁷ *Ibíd.*

a favor del régimen político en donde el estado de derecho tenga un eje de desempeño.³²⁸

Pensar en los Acuerdos de Paz para Guatemala como una política de estado de bienestar social, es algo que se plasmó pero que se cumplió parcialmente porque no se le dio continuidad, en salud este proceso permitía abrir espacio para una medicina alternativa con rostro humano.

Pensamientos como los expuestos por el experto en salud pública Rafael Álvarez explicitan esta temática: "...entre nosotros, la medicina preventiva no ha alcanzado el lugar que le corresponde, dada su importancia y su trascendencia. Buscar los factores que han determinado esta situación y procurar modificarlos, es la forma de conseguir que el personal de salud cumpla cada vez mejor con su responsabilidad".³²⁹

Los Acuerdos de Paz, hacen recordar que en Guatemala por razones históricas, la debilidad institucional es producto del reflejo de la superestructura basada en dictaduras "...el país ha vivido una democracia más formal que real y el contexto de constituciones cuyo principios han sido generalmente letra muerta"³³⁰ y las leyes se constituyen en prosa muerta

³²⁸ CENDEP, *"La Niñez y la Juventud en la Agenda de Construcción de la Paz"*, (Guatemala: Barna, 1998): 4

³²⁹ Rafael Álvarez, *"Salud Pública y Medicina Preventiva 3ª. Edición"*. (México DF: Moderna, 2002): 83.

³³⁰ Procuraduría de los Derechos Humanos *"Derechos Humanos y Acuerdos de Paz"* (Guatemala: Sin Editorial.1997): P5

para recordar únicamente como un momento de romanticismo que se vivió en el país.

Para las ciencias sociales es vital que la teoría se extienda a la práctica. Lo preocupante en el contexto nacional es la persistencia de los elementos que generan condiciones sociales adversas de la población, como la pobreza, situación pendiente de superar y considerado un elemento importante a cumplirse desde que se firmaron los Acuerdos de Paz.

Aún es motivo de noticia diaria el dar a conocer la vida miserable de las poblaciones del occidente y noroccidente del país "*...los dos municipios más pobres del país están en Huehuetenango. Los habitantes de Santa Bárbara y San Gaspar Ixil viven sin servicios básicos, abandonados a la mano de Dios y del Gobierno*".³³¹

Es más que una noticia de prensa, es más que una denuncia, requiere de compromisos y acciones concretas de toda la sociedad para superar situaciones como esta.

El informe de los Acuerdos de Paz indicó que las situaciones son tan diferentes en el país, donde la debilidad institucional es palpable, "*...con un desarrollo político ineficiente y alarmante índices de desigualdad social. Aquí las políticas de ajuste estructural pueden producir fuertes convulsiones*

³³¹ Carlos Menocal, "Los más pobres", *Prensa Libre* año LVI No 18,227, Guatemala 15 Octubre 2006: 2-3

sociales en caso de no conciliar la modernización económica y la reforma del Estado,³³² con políticas sociales públicas o privadas de gestión rentable y eficiente, con estructura democrática y política social solidaria”.

Lo que se propuso en su momento era el marco idóneo para impulsar reformas de Estado no solo a nivel de instituciones sino a nivel de la estructura económica.

Lamentablemente han sido incumplidos los compromisos tales como la reducción de la mortalidad materno-infantil para antes del año 2000 que se planteo a un 50% del índice observado en el 1995. Aún está por alcanzarse y se vuelve a replantear en las Metas del Milenio para el 2015,³³³ que la investigadora duda de que se alcancen, porque se requiere más que extensión de cobertura con servicios básicos; se requiere retomar a los grupos dándoles paquetes integrales, vivienda digna, educación, trabajo, condiciones básicas de saneamiento, alimentación.

En apariencia lo único que se alcanzó hasta el momento fue el incremento presupuestario para salud, y por ende el gasto respecto del PIB, se incrementó en 1.8% de 1999 al 2001; pero en el 2002 dicho indicador cayó más bajo que el nivel de 1999. En el 2003 se reportó nuevamente un estancamiento con respecto al año del 2001. Esto indica que no se ha

³³² Procuraduría de los Derechos Humanos, *“Derechos Humanos y Acuerdos de Paz”* (Guatemala: Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala, 1997): 6-7

³³³ Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, *Hacia el Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Guatemala, II Informe Avances*, (Guatemala: Magna Terra, 2006): 115.

cumplido a cabalidad con el acuerdo porque se anunció el propósito del Gobierno del incremento, en un 50%, del gasto en salud para el año 2000, en relación al ejecutado en el 1995.³³⁴

El marco delimitado en componentes de salud aun es rescatable y aplicable, porque se propone una práctica de salud humanista y con base en la solidaridad ³³⁵ “...que enfatice el espíritu de servicio, aplicado a todos los niveles del sector público del país”.

Asimismo se sugirió la concertación y acuerdos con el IGSS y con el sector privado y no gubernamental para unificar acciones que permitieran universalizar el proceso de acceso de toda la población nacional a los servicios integrales de salud, lo que se ha dado es crear más servicios con menos recursos, y no básicamente integrales lo cual limita el proceso de atención.

Al atender a los sectores de bajos recursos se evita la migración interna y externa, se disminuye la concentración poblacional que se inserta constantemente a la economía informal al ver anulada su incorporación al sector de la economía formal productiva.

En la actualidad el Ministerio de Salud, contempló priorizar las acciones, mantener, vigilancia y proveer oportunamente a las instituciones con medicamentos y equipo en forma oportuna y permanente. También,

³³⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, “Situación de la Salud y su Financiamiento, Periodo 1999-2003”, (Guatemala: Unidad de Planificación Estratégica, 2005): 25-28

³³⁵ Procuraduría de los Derechos Humanos, “Derechos Humanos y Acuerdos de Paz”: 76-77

incorporar la medicina indígena y tradicional, la participación social como elemento vital, y la descentralización y desconcentración administrativa. Si se cumpliera con estos procesos se iniciaría un nuevo modelo de atención en el contexto nacional.

7.7. LA CALIDAD MODELO A SEGUIR: EN GUATEMALA EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA

En Guatemala la salud se reconoce como un derecho, es vista como un proceso integral, pero se basa en un modelo tradicional no inclusivo para una estructura social diversa. Su modelo no contempla en forma dinámica la diversidad étnica, es importante visualizar que los conceptos mismos de la nueva salud pública están cambiando.

A partir de la década de 1990 surge una propuesta de la concepción de la nueva salud pública.

El experto Milton Terris, Salubrista y teórico expone en su temas de disertación en salud, explica que la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones.

También, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que le

asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.³³⁶

Esta conceptualización renovada es integral, y aplicable al contexto local, porque es inclusiva en el componente comunitario, y no se basa en los servicios como centro de acción a demanda de un daño.

En Guatemala los ejemplos de no inclusión y respuesta desacertada en materia de salud a las poblaciones sobran, —uno de ellos se describe en el capítulo de desarrollo humano correspondiente al año 2005—, e indican que aproximadamente persiste un 10.3% de personas sin acceso a ningún servicio de salud (IGSS, privado, público).³³⁷

Se agrega a ello el componente cultural, el cual en nuestro medio significa 24 idiomas mayas, cuestión que no se contempla en el proceso de formación de ninguno de los profesionales de la salud. Y esto no es un problema de la población, sino de la falta de una estrategia de vinculación entre los servicios profesionales de la medicina que hasta la presente fecha nunca se han atendido debidamente ha pesar de que dicha población sufre los efectos de daño físico y psicológico de la guerra interna que se libró en el país por más de 36 años.

³³⁶ Francisco Martínez Navarro, et. al, "*Salud Pública*", (México DF: McGraw Hill, 1988): 848-849

³³⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "*Situación de la Salud y su Financiamiento, Periodo 1999-2003*", (Guatemala: Unidad De Planificación Estratégica, 2005): 25

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha tratado de incorporar el componente de calidad dentro de su sistema asistencial, su enfoque se basa en componentes tan ilusorios que no reflejan una armonía con el contexto político impulsado por el Estado y la ideología social predominante³³⁸ "...un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción por parte del paciente".

En el contexto de la salud se ha demostrado que el sistema mismo es inoperante, se afrontó inclusive una huelga de los profesionales de la medicina que se prolongó durante últimos seis meses de 2006, lo cual desvirtúa la realidad de calidad, eficiencia, equidad de las políticas de salud.

Vale la pena replantearse el funcionamiento del sistema porque es importante el concepto de calidad dentro de las instituciones de salud. A la luz del análisis de la teoría se encuentra que la calidad se supera al incrementarse los recursos financieros.

Para cambiar esta situación tan poco favorecedora debe considerarse aspectos vitales como el siguiente:

- Estructura ideológica, de donde se derivan las políticas, valores esenciales, liderazgo en promoción y prevención, recurso humano calificado motivado en la realización de sus funciones.

³³⁸ Ibid: pg. 22.

Puede decirse entonces que la diversidad étnica, en el contexto de salud no es considerada más que en forma parcial. Las prácticas de aspectos culturales deben ser motivo suficiente para modificar los servicios existentes.

Como evidencia, en el Informe de Desarrollo Humano del 2005, se establece que durante más de un quinquenio han persistido las diferencias culturales en la atención en salud, lo que impide tomar acciones para contrarrestar la deficiente asistencia en salud preventiva y curativa.

La búsqueda de servicios para la atención en salud por grupo étnico de acuerdo al informe de desarrollo humano se indica el siguiente cuadro:

Cuadro 7.1 Atención en Servicios de Salud.

| | Busca atención fuera del Hogar | | | | No busco atención fuera del Hogar | | |
|------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------|--------|-----------------------------------|--------------|-------|
| | Prevalencia | Personal no biomédico | Enfermero o Promotor | Médico | Busco atención dentro del Hogar | No hizo nada | Total |
| Nacional | 24.8 | 4.8 | 9.5 | 36.1 | 38.7 | 10.9 | 49.6 |
| Indígenas | 25.0 | 4.1 | 6.6 | 44.4 | 35.6 | 9.4 | 48.5 |
| K'iche' | 26.0 | 9.2 | 9.5 | 29.7 | 41.2 | 10.4 | 51.6 |
| Q'eqchi | 33.2 | 5.8 | 20.8 | 14.9 | 38.4 | 20.1 | 58.5 |
| Kaqchikel | 23.7 | 4.0 | 6.5 | 31.7 | 46.6 | 11.2 | 57.8 |
| Otros mayas | 19.6 | 6.0 | 15.3 | 23.1 | 40.9 | 14.7 | 55.6 |
| Otros indígenas | 32.3 | 6.3 | 23.2 | 26.1 | 35.2 | 9.2 | 44.4 |

Fuente: Informe de Desarrollo Humano 2005

Analizando el cuadro anterior se observa que la mayoría de la población aún acude al personal no biomédico para la atención en salud,

inclusive para resolver enfermedades comunes. Probablemente una causa sea el hecho de percibir que en los puestos de salud (son la mayoría de servicios comunitarios a nivel del país) no existe mayor capacidad de respuesta a las necesidades del grupo.

No se está diciendo con ello que no se utiliza la atención profesional de los servicios mencionados, porque el 44% busca al médico como facilitador para atender sus demandas, pero asimismo se contrasta con el hecho de que el 46.6% de la población no acude al servicio sino que se atiende por su propia cuenta en casa.

Queda claro que bajo la óptica del presente estudio, la demanda o no de los servicios de salud va enlazada dentro del contexto de Guatemala "*...con componentes culturales como factor predominante, seguido de lo económico*",³³⁹ un hecho claro es la atención de salud que otorga las comadronas tradicionales en la atención prenatal, durante el parto y puerperio.³⁴⁰ Así, se puede establecer, como un ejemplo, que las comadronas son elementos de respeto dentro de su comunidad, se ven como las personas que no son ajenas a la cultura, incluyen en su trabajo rituales como:

- Rezos antes y durante el parto
- Baños de Vapor

³³⁹ Linda Barrios Asturias y Helena Alarcón "*Salud y Enfermedad en la Cultura Maya*" (Guatemala: Simac, 1993): 140.

³⁴⁰ Glendy Car y Karin Eder, "*La herencia de los Abuelos y Abuelas en la medicina indígena Maya*" (Guatemala: Asociación De Servicios Comunitarios De Salud, 2005): 68-70.

- Bebidas calientes (té)
- Maneja el parto con una posición natural
- Acompañamiento de la familia

Lo preocupante surge luego del parto porque se desconoce la atención al recién nacido y a la madre dentro del sistema de salud, en parte porque las madres ya no acuden a los servicios de salud estatales a no ser por gravedad. Quizá la explicación radica en que los 40 días del posparto son contemplados culturalmente como un tiempo de reposo según la tradición, y por concepto religioso porque en el contexto cristiano el niño Jesús se presentó al templo a los 40 días.³⁴¹

Es válido profundizar en el contexto cultural para comprender la dimensión de pensamiento de la salud que se maneja en Guatemala, que posee una gran diversidad y riqueza antropológica ligada a la salud.

7.7.1. CLAVES DE LA SATISFACCIÓN EN SALUD

En cualquier entidad que preste servicios de salud se debe considerar que el motivo de existencia de los mismos radica en la satisfacción plena del usuario. Y se debe tener una mentalidad creativa que contemple componentes que a criterio personal deberían ser:

- Los servicios de salud no dan un servicio vacío, promocionan un valor inherente al ser humano, contexto social, y comunitario.

³⁴¹ Ibid.: 71

- Se debe considerar el pensamiento del usuario, y saber identificar sus ideas y creencias.
- Mantener la satisfacción del demandante.
- No visualizar al usuario insatisfecho con el servicio como molestia sino aprovechar su descontento para analizar dónde se está fallando.
- Ser leal a la profesión de salud y prestación del servicio porque el trabajo en salud debe sentirse como propio y vivirse con empatía hacia los usuarios.
- Mantener la cordialidad para que el usuario retorne con agrado.³⁴²

7.8. MODELO EPIDEMIOLOGICO: EN LA POLÍTICA SANITARIA DE GUATEMALA

Las políticas sanitarias se basarán en la prevención, por ello deben considerar la epidemiología como una guía, que permite identificar en forma oportuna el riesgo, comprendido como el resultado adverso, o factor que aumenta la probabilidad de daño.

En la actualidad el modelo epidemiológico aplicado a Guatemala, comprende una visión de causas múltiples de los procesos de morbilidad y mortalidad, dentro de los cuales se toman en cuenta:

- El estilo de vida,³⁴³ el cual indica precisamente los riesgos generados por el consumo, el ocio, y los factores ocupacionales. En relación con

³⁴² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Capacitación de facilitadores para el mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud", (Guatemala: Dirección De Recursos Humanos, 2004): 1-2

³⁴³ Braulio Alfaro y Rigoberto Blanco, "100 años de salud en Costa Rica" (San José: OPS, 2003): 115.

el primero se desconoce el tipo de hábito establecido por consumo excesivo de alimentos, adicción al alcohol, consumo de drogas. En el medio nacional se ha comenzado a ver con preocupación el incremento de casos de diabetes e hipertensión con sus respectivas complicaciones. Este daño se clasifica dentro de este factor.

- Medio ambiente, desde el punto de vista epidemiológico se refiere a los hechos externos al cuerpo sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control. El elemento puede incluir una disminución física, social y epidemiológica.

Se desconocen los estudios relacionados con esta temática porque no se encuentran específicamente separados, únicamente existe una base estadística de componentes cuantitativos de daño en salud, entorno únicamente.

En el medio nacional el mayor problema se observa en la concentración de los esfuerzos del sistema de epidemiología en una cierta selección de enfermedades de alto riesgo, representadas por listado de 10 primeras causas de daño. En esa lista predominan las enfermedades infecciosas, prevenibles, seguidas de las degenerativas.

Es importante hacer notar que en el medio nacional no hay estudios, ni informes recientes que permitan conocer cuál es la tendencia real de daño provocado por las diferentes enfermedades, para no identificar solamente los

motivos subyacentes, sino además, el comportamiento humano y la manera como este cambia, no solo en el medio nacional y contrastarlo con la tendencia mundial.

La mayor problemática en el medio de salud en cuanto a componentes de daño registrados en cuestión de epidemiología, se centran en la en procesos de desnutrición, y de inseguridad alimentaria lo que indica determinantes socioeconómicas.

Se ha demostrado en el medio nacional, que los hábitos de consumo de los pobres son desiguales con los no pobres. Según estima el estudio de Mecovi del 2000, mientras cada persona no pobre gasta en bienes y servicios de consumo 11 mil quetzales en promedio al año, los pobres gastan cuatro veces menos, y los extremadamente pobres, ocho veces menos.³⁴⁴

Se estimó para dicho estudio que las personas con mayor ingreso gastan el "...40 % en alimentos, los no pobres de sus ingresos gastan el 55% y quienes viven en la indigencia el 60%".³⁴⁵

Esto, a seis años del estudio, ha variado muy poco, pero dentro del contexto de salud es un indicador que determina carencias en las políticas existentes.

³⁴⁴ Instituto Nacional de Estadística "Perfil de la Pobreza en Guatemala" (Guatemala: Universidad Rafael Landívar, 2002): 22

³⁴⁵ *Ibíd.*: 16-22.

7.9. INCORPORACION DE LA MUJER: UN PROCESO DE INCLUSIÓN UN MODELO ALTERNO EN GUATEMALA

En la historia de la salud la mujer ha jugado un papel protagónico de protección, de entrega. Siempre se le ha ubicado en un contexto de función maternal en Guatemala, el patrón no varía independientemente del contexto étnico. Desde la época de las civilizaciones mayas las mujeres desempeñaban un papel fundamental en la alimentación y el cuidado de la familia, siendo común la utilización de las nodrizas.

En 1883 se fundó la Escuela de Comadronas adscrita a la Facultad de Medicina y Farmacia de la universidad estatal, donde las religiosas desempeñaron el papel de enfermeras dedicadas a la salud del más necesitado, modelo que se mantiene posteriormente y hasta nuestros días.

Se ha demostrado que luego de cualquier crisis, incluso los desastres naturales, las mujeres sobrevivientes suelen ser las que sobrellevan la más pesada carga de atención a los otros. No puede olvidarse, empero, que las mujeres poseen las mismas oportunidades de desarrollo que los hombres por lo que la responsabilidad de cuidados, en materia de salud pública, debe ser compartidas.

Es aquí donde el Estado debe organizar sus políticas con responsabilidad en la prestación de servicios de manera equitativa, y con justicia para la mujer.

Dentro del análisis del presente estudio se considera importante el desempeño profesional de las mujeres en el medio de Guatemala porque pueden contribuir a alcanzar las políticas enfocadas al daño que afectan directamente a la mujer.

Visto esto como una barrera inherente al acceso de servicios con enfoque de género, en nuestro medio el componente de pudor por concepto cultural es determinante. Si se genera un cambio en este sentido, la estrategia puede servir para los siguientes propósitos:

- Detección del cáncer cérvico uterino
- Detección del cáncer de mama
- Promoción de protección contra enfermedades prevenibles durante el embarazo, parto y puerperio.
- Educación sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA
- Atención y protección al recién nacido, niño y adolescente con énfasis en la participación masculina.
- Educación para superar la desigualdad de acceso a los sistemas de salud.

También en el contexto nacional se puede incluir la búsqueda de la equidad como un factor de reforma del sistema, como un cambio relevante en la interacción entre los actores y demandantes de salud del medio nacional.

La equidad de género en el ámbito de la salud debe entenderse, entonces, como la “...eliminación de disparidades injustas entre hombres y mujeres que se asocian con desventajas inclusive en el contexto socioeconómico, y sobre todo porque el gozar de salud física, psicológica”³⁴⁶

Y en este sentido los expertos en salud como David werner y Bower exponen “...social involucra tanto al hombre, y la mujer”.³⁴⁷ Para superar las barreras de este nivel la atención en salud debe enfocarse a las necesidades específicas de hombre y mujeres, en especial en el sector de la economía informal, donde la mujer se incorpora a laborar inclusive con niños pequeños, considerándose una forma de ayuda familiar.

Las condiciones laborales para el infante y la madre no son las adecuadas para mantener a niños en áreas de exposición al viento, lluvia, sin acceso al agua, y aumenta el riesgo de daño si son menores de 5 años (expuestos a diarreas, enfermedades bronquiales).

7.10. RESPONSABILIDAD DEL ESTADO DE GUATEMALA: EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE PROTECCIÓN EN SALUD POBLACIONAL

Para comprender el concepto de política pública, se parte del concepto de María Gracías Rúa “...conjunto de decisiones que se traducen en acciones estratégicamente seleccionadas (dentro de un conjunto de alternativas,

³⁴⁶ Walds Barrios, “*Mujeres Mayas y Cambio Social*” (Guatemala: Magna Terra, 2001): 70-72

³⁴⁷ David Werner y Bill Bower, “*Aprendiendo a promover la salud*” (California: Hesperian, 1985): 187.

conforme a una jerarquía de valores y preferencias de los interesados)³⁴⁸ su dimensión es pública por el tamaño de agregado social sobre el cual incide, pero sobre todo por su carácter imperativo, siendo éste revisado de la autoridad legítima y soberana del poder público.

La función de dimensión pública³⁴⁹ significa respuesta de un ente gobernante por medio del ejercicio del poder en beneficio de un pueblo. El carácter público radica en enfrentar una situación considerada problemática social.

Partiendo de ello, dentro de este contexto, es necesario considerar tres dimensiones básicas para la formulación de una política pública de salud,³⁵⁰ como:

1. La importancia de las decisiones base de toda política de Salud:

En toda acción política el proceso de contradicción está presente generando conflicto, este se genera porque el problema que se enfrenta tiene múltiples facetas, y por ello se observa multiplicidad de soluciones, y porque existen multiplicidad de intereses por quienes participan en la toma de decisiones.

2. La existencia de acciones:

³⁴⁸ Ala Dever, *"Epidemiología y Administración de Servicios de Salud,"* (Montreal: OPS, 1999): 7-9

³⁴⁹ Órgano De Análisis Político, *"Pensamiento y Acción en Salud"* (Guatemala: INS, 2003): 12.

³⁵⁰ Banco Interamericano de Desarrollo, *"Diseño y Gerencia de Políticas y Programas Sociales,"* (Guatemala: Universidad Rafael Landívar 2002): 4-19

Para hacer valedera la política pública esta debe salir de la dimensión teórica a la práctica para que demuestre resultados concretos en un accionar social.

El alcance de lo público:

Debe contener legitimidad y autoridad³⁵¹ como manifestación concreta de las acciones relevantes para una sociedad en respuesta a demandas sentidas por una población delimitada dentro de un territorio (Estado).

Existen modelos que permiten la conjugación de elementos sencillos sin mayor complejidad que al final conllevan la toma acertada de medidas políticas estables en un sistema como lo son:³⁵² Definición de un problema, generación y selección de opciones, gestión de la opción seleccionada, monitoreo y evaluación.

Así se han propuesto algunos modelos que fortalecerán la formulación de una política pública y su implementación, en los que la evaluación marca un proceso determinante, clave, para afrontar las problemáticas existentes. Se tiene por ejemplo el modelo de los holandeses Hoppe, Van de Graaf y Van

³⁵¹ Van Paris Philippe "Qué es una Sociedad Justa" (Barcelona: Dú Seul, 1993): 145.

³⁵² BID, "Diseño, Gerencia de Políticas Públicas y Programas Sociales", (Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES), 2003):.30.

Dijk propuesto en 1985 que se puede aplicar a procesos de políticas públicas.³⁵³

Lo importante para salud pública se centraliza en el hecho concreto de que el proceso y los resultados de las políticas sociales, se materialicen en acciones para los sectores sociales vulnerables, en especial para el sector informal, porque en el medio nacional es más que evidente la presencia de dichos sector en cualquier ambiente abierto *"Hay puestos informales en las banquetas, semiformales con tablas y cierto techo de lámina o nylon, aquellos que están levantados con tablas donde se puede pernoctar a su interior, o bien puestos más formales al interior de los mercados, donde la solidaridad de la familia y los paisanos es base para su funcionalidad"*.³⁵⁴

Comprendiendo cómo funciona una política en forma dinámica se tiene:³⁵⁵

³⁵³ *Ibíd.*: 18.

³⁵⁴ Manuela Camus, *"Ser Indígena en la Ciudad de Guatemala"*, (Guatemala: Ciencias Sociales, Tesis Doctoral, 2002): 115

³⁵⁵ *Ibíd.*: 18



FUENTE: Gerencia y política pública BID.

Ello permitiría a cualquier sistema social concentrarse en los objetivos precisos que pretende alcanzar, partiendo siempre de un adecuado análisis de las situaciones en forma jerárquica se considera la base primordial para los objetivos los cuales deben ser gerenciales y evaluables.

Cuando un gobierno da respuesta a las demandas sociales, ejerciendo el pleno uso del poder que por legitimidad le corresponde, utiliza las políticas sociales, las cuales se caracterizan por: alcance extendido de sus componentes esenciales.

Se reconoce como tal la definición de problema, generación y selección de opciones puesta en ejecución y evaluación, aunque en la práctica no aparecen, pero no se pierde de vista la dimensión de dar respuesta a la problemática establecida en una sociedad.

SECTOR INFORMAL EN GUATEMALA: motivo de reflexión.

Al analizar un sector tan complejo, que no posee homogeneidad, dentro de su estructura, más que observar un grupo de personas heterogéneas que son vendedores o vendedoras en las calles, esquinas, avenidas, plazas, hay que visualizar un grupo poblacional creciente que no posee una incorporación a procesos formales de trabajo, ni prestaciones laborales, menos un futuro laboral estable que les permita generar ganancias para afrontar situaciones adversas.

En esos grupos informales las actividades se replican por generaciones sino existe oportunidad para ascender en grupos generacionales, los factores institucionales y el carácter históricamente condiciona de los procesos de producción imperantes en el medio, determinantes para explicar el porqué se desarrollan dichos sectores, la interpretación económica sobre el sector informal toma en cuenta predominantemente la relación capital- trabajo, en la que las microempresas están caracterizadas por una mínima inversión de capital y un máximo de

fuerza de trabajo³²³.quedando así los trabajajadores informales fuera del sector productivo como figuras que generen ingresos al estado. No aparecen en el registro de producción económica y sector no se beneficia por el desarrollo del país, se ve excluido de los beneficios sociales del Estado.

Debe protegerse a sectores como este, porque en su interior hay niños, niñas, mujeres y ancianos que requieren atención especial, por su condición de pobres e informales.

La temática abordada en la presente tesis no es nueva, pero requiere de apoyo para su comprensión y vinculación al el proceso de la salud pública, porque el contexto de la salud como política social exige que los gobiernos, en cualquier parte del planeta, modernicen sus sistemas de gestión pública, y optimicen la calidad de atención al usuario como principal desafío.

De ello se derivan las políticas, programas, acciones, proyectos que sustentan el marco valorativo de la nueva Salud Pública.

Lo primero que se aborda en este campo es la definición y caracterización de la informalidad como fenómeno, porque es un campo abierto, sumamente cambiante, y aun los especialistas como lo son los economistas no tienen consensos sobre el tema.

³²³ Víctor Cartaya, "*Marginalidad Del Sector Informal*", (Alemania: Nueva Sociedad, 1987): 89.

Toda la teoría consultada para el presente estudio muestra variaciones pero todas apuntan a un mismo fenómeno, que es el que se trata de analizar, comprender, para vincular a los informales al proceso de salud pública en el presente por las repercusiones futuras, de no atenderse debidamente a dicho sector poblacional.

8.1. QUE ES EL SECTOR DE LA ECONOMIA INFORMAL: SU IDENTIFICACIÓN PARA GUATEMALA

Este sector está formado por grupos humanos que para sobrevivir realizan funciones de pequeños industriales, comerciantes o artesanos.³²⁴ Sus acciones se conceptualizan teóricamente, como una actividad que surge por la no inserción a la producción económica formal de un país, que consta de grupos poblacionales en forma individual o colectiva, que no tienen acceso pleno a las formas de desarrollo económico sostenible.. Una característica propia que lo identifica plenamente es la relación negativa con la estabilidad laboral.

Ha experimentado todo un proceso de desarrollo, según lo explica la ciencia económica con mayor exactitud, aún durante la época del capitalismo en el siglo XIX, debido a que no se registraron contrataciones laborales con el surgimiento de la industrialización plena. La mayoría de países que han experimentado un camino hacia el desarrollo presentan

³²⁴ Ibid.: 92

problemas en relación con la magnitud y las condiciones de subempleo, porque las fuentes de empleo no superan el componente demográfico.

El término *economía informal* se relaciona con el excedente de mano de obra urbana comprendiendo por ello³²⁵ "...el conjunto de puestos de trabajo autogenerador por la fuerza laboral excluida del sector moderno" y existen diversidad de definiciones como la expuesta por el autor Schneider quien define que los informales (2001) puede mezclar la actividad informal con actividades ilegales o bien es comprendida como³²⁶ "producción de mercado legal o no, de bienes y servicios que escapan al registro del PIB".

Es conocida también como actividad subterránea y es considerada la parte de la economía que se oculta deliberadamente porque de esa forma permite contar con un ejército de reserva de mano de obra barata con fines de lucro y de no cumplimiento de prestaciones, o porque los bienes y servicios producidos son ilegales.

El trabajo humano es visto como una mercancía dentro de un sistema capitalista, aunque no sea motivo de registro de cuentas nacionales como forma de producción.

³²⁵ Jose P. Pérez Sainz "Informe Urbano En Centro América: Evidencias E Interrogantes" (Guatemala: Serviprensa Centroamericana, 1989): 8-9

³²⁶ Alejandro Portes Y Luis Guarnido, "La Globalización Desde Abajo: Transnacionalismo Inmigrantes Y Desarrollo, La Experiencia De Estados Unidos Y América Latina" (México DF: Porrúa, 2003): 90.

Debido a que este tipo de economía no reporta sus actividades, dentro de la variedad de definiciones consultadas se le conoce como una modalidad de trabajo auto sostenido, en la que se puede incluso involucrar a los miembros del hogar.

En Guatemala la antropóloga, Manuela Camus, reporta que se ha visto este fenómeno como una forma de mejorar las condiciones de vida al emigrar del campo a la ciudad aún cuando se vaya a vivir en condiciones infrahumanas: *"...otra situación cualitativa y simbólica es la de Gaspar y su familia, padre, tío y hermano que están alquilando en un pequeño apartamento. Este paso puede suponer un mayor asentamiento en la ciudad, hemos pensado, no sólo mi papá, también yo estoy a la par de él, de pensar en que vienen ellos también aquí como hay oportunidad"* Inserte aquí el pie de cita correspondiente y fijese bien en el texto, porque no me parece congruente.. El incorporarse a la ventas es visto como una oportunidad de mejorar las condiciones de vida.

Lo importante es que es un mundo complejo donde la socialización urbana de estas personas se produce dentro de su ámbito de trabajo³²⁷, lo que puede ser aprovechado por la Salud Pública.

Es preciso comprender que generan nuevos puestos de trabajo y son grupos o sectores excluidos de la economía formal³²⁸, legal o no, de bienes y servicios, y escapan al PIB oficial.

³²⁷ Manuela Camus, *"Ser Indígena En Ciudad De Guatemala"*, (Guatemala: Ciencias Sociales, Tesis Doctoral, 2002): 116.

De acuerdo con el enfoque basado en una división del trabajo, puede verse como una actividad de tiempo parcial o total, desempeñada por niños, niñas, mujeres, ancianos (considerados grupos vulnerables) y hombres que jamás gozan de garantías públicas, mucho menos de seguro social o protecciones especiales.

- En el medio nacional este sector está plenamente identificado como *vendedores ambulantes, marchantes, vendedores callejeros, vendedores del mercado*, que son los términos más comunes para identificarlos. Su surgimiento se vincula a la incorporación lenta al proceso de industrialización que se vivió en el inicio de los años 50-60. Lo que marcó el crecimiento lento fue el hecho mismo de basar la producción en el monocultivo del café, lo cual no tuvo ningún alcance social en beneficios sino que fue excluyente, polarizando a la sociedad misma. El Estado se quedó al margen y no diseñó políticas redistributivas para impedir que creciera la pobreza..

Dentro del proceso laboral existe una *aristocracia* popular que, o se incorpora a las fábricas, o al sector público, y forma parte de las filas de empleados de cuello blanco. El resto de la población basa su economía en el rebusque de oportunidades que establece el medio, o forman batallones que se convierten en una fuerza de trabajo a demanda del sector industrial o productivo, que contrata temporalmente a los trabajadores en mención³²⁹.

³²⁸ CIEN, *Informe "Estimación De La Magnitud De La Economía Informal En Guatemala"* (Guatemala: Sin Editorial, 2001): 1

³²⁹ *Ibid.* P. 33.

Es determinante el proceso que sufren, en el que predominan las relaciones interétnicas que incorpora a los sectores indígenas con mayor prevalencia hasta hace unas décadas. Esto tiene como explicación³³⁰ el "...hecho de que muchos de los indígenas ya no sobreviven del cultivo de la tierra y el ejemplo más obvio son aquellos que residen en la capital y su área metropolitana" lo que ha determinado la migración del campo a la ciudad, visto como una movilidad que permite la mayor incorporación de personas al sector informal.

El trabajo informal se puede definir como las actividades que no tienen intrínsecamente un contenido criminal, pero que a pesar de ser actividades finalmente lícitas y convenientes, deseables en un país, tienen que servirse de medios ilícitos para llevarse a cabo, porque las personas que se incorporan a dicha actividad no cumplen con todas las regulaciones establecidas en la economía formal. Y es ello sucede porque el costo resulta demasiado oneroso para dicha población.

Basándose en componentes hipotéticos³³¹ "...a. existe una relación entre el tamaño de la economía informal y la cantidad de regulaciones por un lado, y la discrecionalidad con que se aplica la misma, b. hay una relación entre la extensión de la economía informal y la carga tributaria (tomando en

³³⁰ Santiago Bastos Et Al "La Exclusión Y El Desafío " (Guatemala: Facultad Latinoamericana De Ciencias Sociales, 1998): 19-20

³³¹ CIEN, Informe "Estimación De La Magnitud De La Economía Informal En Guatemala " (Guatemala: Sin Editorial, 2001): 4

cuenta el nivel de tasas como la manera en que administra el sistema tributario) c. existe una relación directa entre el tamaño de la economía informal y el nivel de corrupción y otros indicadores que miden el Estado de Derecho".

8.2. EXPLICACION SOCIALOGICA DE SU SURGIMIENTO: APLICABLE AL CONTEXTO GUATEMALTECO

De acuerdo con las teorías existentes, válidas para comprender el fenómeno de la informalidad y sus causas en Guatemala, se identifican las siguientes explicaciones:

1. El enfoque de la Organización Internacional del Trabajo, que define al sector informal con base en las características de unidades productivas y al carácter autogenerador de los puestos de trabajo, visto como una respuesta al excedente de fuerza de trabajo, a la imposibilidad de inserción al sector moderno, dentro de lo programático se enfatiza el efecto positivo que estas empresas tienen en relación a la generación de empleo y producción, bajo el supuesto de contar con un apoyo estatal.
2. Desde el enfoque neo marxista³³², se establece una continuidad o reproducción de una necesidad funcional del sistema capitalista en "*...mantener niveles aceptables de las tasas de ganancia mediante un incremento en la explotación de los trabajadores*", según este enfoque define que el sector informal al estar completamente subordinado a las necesidades de acumulación de capital, no tiene ninguna posibilidad

³³² Luis Y Filander Díaz Chávez "*Dialéctica Del Subdesarrollo*" (San Jose: Educa, 1971): 73-78.

de desarrollo autónomo³³³ "*...un ejército de reserva, heterogéneo que debe satisfacer las*

necesidades de contar con un proletariado barato a un sistema capitalista" traducido en forma explícita, es contar con mano de obra barata.

3. En sociedades desarrolladas definen el sector informal como una economía negra en respuesta de las empresas y de la crisis estructural mundial³³⁴ "*...estas empresas tienden a reducir sus costos fijos, y particularmente los salariales mediante la búsqueda de nuevas formas de organización del trabajo y de gestión de la mano de obra*" que no permite la inserción a un sistema de trabajo estable formal con prestaciones sociales.

4. El enfoque Neoliberal que define a este sector estudiado especialmente en Latinoamérica identificado como un sector que surge bajo un espíritu de incorporación a procesos de producción legal, y son sectores que viven y se desarrollan en una forma de producción al margen de la ley.

³³³ Alejandro Portes Et Al. "*La Economía Del Rebusque.*" (Guatemala: Editorial De Ciencias Sociales, 1988): 27-28.

³³⁴ *Ibid.*: P29

5. Desde el punto de vista de la estructura económica basada en el modelo marxista³³⁵ "se analiza la problemática de las diferentes actividades remunerativas de los hogares individuales, con distintos modos de producción; para ello distingue tres modelos de producción :

- a. Subsistencia directa: considerada una actividad de inclusión de la obtención y compostura de artículos de consumo, así como su producción.
- b. Producción e intercambio de pequeña utilidad: son personas auto empleadas que producen bienes o servicios con carácter comercial.
- c. Producción capitalista atrasada, que incluye empresas con trabajadores asalariados desprotegidos y trabajadores ocultos empleadas por empresas mayores bajo arreglo de subcontrato.

En el contexto de las ciencias sociales el término *sector informal* es reciente. Existen corrientes clásicas del pensamiento económico, como las representadas por: David Ricardo, la concepción marxista y la escuela Keynesiana. Todas ellas tratan de explicarlo:

- a. Desempleo (David Ricardo y escuela Keynesiana)
- b. El ejército industrial de reserva (concepción Marxista)

³³⁵ Alejandro Portes, Et Al "La Economía Del Rebusque" (Guatemala: Ciencias Sociales1988): 10

Cualquiera de los enfoques anteriores permiten tener una comprensión del fenómeno en mención, pero en el medio guatemalteco se identifican como determinantes.

Explica la Doctora Mosquera, antropóloga, en su trabajo de tesis de antropología, indica que estos términos son aplicados exclusivamente en sociedades basadas en modelos capitalistas; para Latinoamérica, expone, las concepciones relacionadas con el precapitalismo no explicaban plenamente el fenómeno. Por ello surge la teoría de *'...la Marginalidad, que está en el pensamiento de autores como Aníbal Aquijano, para quien el sector informal es "polo marginal", José Nun " Masa Marginal" Francisco Oliveira "economía de subsistencia" Paulo Singer " sector autónomo" Organización Internacional del Trabajo, autor Manfred Bienfeld y PREAL lo definen como "sector informal" y Richard Webb "Sector trabajador urbano"'*

Queda claro que son grupos que no tienen acceso a los medios de producción, comprendido como el conjunto de medios y objetos de trabajo que participan en el proceso de producción y que el hombre utiliza para crear los bienes materiales.

En el capitalismo³³⁶ que es la forma de economía existente en Guatemala, los medios de producción son propiedad privada de los capitalistas o de los monopolios y constituyen un capital, es decir, un medio de explotar el trabajo asalariado.

³³⁶ Anónimo, "Definición De Capitalismo", *Diccionario De Economía Política*
[Http://www.Eumed.Net](http://www.Eumed.Net) (16 Octubre 2004)

Bajo el socialismo, que no se conoce en Guatemala hasta el presente siglo, los medios de producción pertenecen a la sociedad, son propiedad social, dejan de constituir un instrumento de explotación del hombre por el hombre y se convierten en fondos de producción de la economía socialista. La propiedad social socialista ofrece amplios horizontes para que los medios de producción crezcan sin cesar, rápidamente, y se perfeccionen.

Una definición aceptable, que se acerca a la realidad de Guatemala se basa en la teoría que expone la Organización Internacional del Trabajo, la cual ve en el sector informal elementos potenciales para lograr un mayor crecimiento económico con una mejor distribución del ingreso (traducido en bienes y servicios) enfoque que ha sido llamado "de las relaciones benignas".

La base teórica comprende que el sector informal está compuesto por quienes producen o venden un bien o servicio que les genera ingresos para subsistir, que no poseían por la carencia de un empleo bien remunerado.

Este concepto es funcional para Guatemala porque constituye una alternativa para la subsistencia, que cubre en un momento dado una demanda básica. El enfoque de las relaciones benignas supone que el sector informal posee una autonomía, que se caracteriza por brindar ocupación, bienes y servicios a la población urbana con menores ingresos (lo cual es compatible con el estudio realizado), que es económicamente eficiente y que presenta ventajas comparativas con respecto a las actividades del sector formal, basa su eficiencia en la medida que utiliza menos capital por unidad de producción, porque la tecnología utilizada es baja (maximiza el empleo de mano de obra sin altos requerimientos de capital).

Lo preocupante en el contexto nacional se refiere al hecho de que no todos los elementos humanos que laboran en la economía informal logran acercarse aun proceso sostenido de crecimiento; se quedan en una etapa de subsistencia, y es aquí donde el Estado debería ser el garante de los desposeídos, facilitándoles cobertura social con servicios eficientes y de calidad.

8.3. CONTEXTO SOCIAL Y POLITICO DEL PAIS: ELEMENTOS DETERMINANTES DEL SECTOR INFORMAL

De acuerdo con el contexto político, Guatemala es un país democrático, su base productiva se basa en el modelo capitalista, y un problema grave a superar es el desempleo imperante³³⁷, "*...las encuestas oficiales reportaron una tasa de desempleo del 3.1% en mayo-junio 2002, y del 3.4% en el 2003, la proporción de desempleo en el área urbana metropolitana (5.6%) y la tasa de subempleo visible de la PEA paso de 15-16%*"

Los retos a superar se concentran que aún permanece un 21.9%³³⁸ "*...de la población que subsiste con menos de un dólar al día, ello repercute en la adquisición de alimentos al no poder acceder a una canasta básica de alimentos*". No se puede excluir el hecho de que existen grupos étnicos, como el indígena, con mayor desventaja en este caso.

³³⁷ CIEN, "Rasgos Generales De La Evolución Reciente", [http://www.eclac.cl/Publicaciones/Desarrollo Económico/ Guatemala PDF](http://www.eclac.cl/Publicaciones/Desarrollo%20Económico/Guatemala%20PDF), (8 De Octubre 2004)

³³⁸ Oscar Lopez Rivera "*La Pobreza: Un Problema De Todos*" Serie Debate Y Propuesta No 1 (Guatemala: Ciencias Sociales, 2004): 70-83.

Los elementos del problema en mención son variables, provocan dolarización dentro del sector social, generan crisis que se reflejan no solamente en la no incorporación laboral de una población sin trabajo, sino en el interior de las instituciones estatales que no se dan abasto para atender las demandas de un sector creciente.

La crisis se refleja también en un mercado laboral que aumenta significativamente generándose el subempleo encubierto, una variable invisible, que se refleja en el presente estudio, donde las personas comparten tiempo laboral parcial en actividades complementarias como las ventas a menor escala.

La salud pública, debe hacer una evaluación conciente de los grados de respuesta institucional, porque queda más que comprobado que no se dan respuestas idóneas, ni siquiera parcializadas a las demandas de atención en salud de la población, involucrando al sector informal, dentro de estos grupos que demandan atención en salud.

Entre las razones por las que la economía informal no se halla incluida en las cifras del PIB encontramos las siguientes: para ello se requiere de capital físico, recursos naturales, mercados, formación y capacitación, tecnología, instituciones sólidas, entre otros factores.

El PIB es una expresión de desarrollo. De ella se deduce que a mayor ingreso³³⁹ per cápita, mayor bienestar y progreso social, aunque debe recordarse que este indicador no es el único para medir el avance económico

³³⁹ Informe De Desarrollo Humano "Diversidad Étnico Cultural: La Ciudadanía En Un Estado Plural" (Guatemala: PNUD, 2005):117

sino que para encontrar un verdadero desarrollo hay que indagar cómo se traduce el ingreso per cápita en beneficios sociales para todos.

En Guatemala los retos para alcanzar el bienestar aún representan un camino en espiral, se estima que el camino a recorrer se centraliza en la actualidad en erradicar la pobreza, tal como en el 2000 se fijó dentro de las Metas del Milenio, y se espera disminuir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas cuyo ingreso es menor de un dólar diario, y disminuir a la mitad la proporción de personas que sufren hambre. No se debe perder de vista la meta para el 2015, de reducir al 10% la pobreza extrema³⁴⁰

8.4. EXCLUSION DEL SECTOR INFORMAL DEL SISTEMA DE ATENCION EN SALUD EN GUATEMALA: UNA REALIDAD

A este hecho se suma la polarización socioeconómica³⁴¹ que se da a el interior del el país, (desde tiempos ancestrales) con la violencia implícita y explícita que esto conlleva: la distribución per cápita de servicios urbanos es aún mas desigual que en la ciudades del interior.

Si la visión de salud Pública en Guatemala³⁴²³⁴³ establecida por el MSPAS comprende en este momento tres escenarios enmarcados en el

³⁴⁰ PNUD, "*Desarrollo Humano, Mujeres Y Salud, Guatemala*" (Guatemala: Van Color, 2002): 51.

³⁴¹ Santiago Bastos, Et Al "*Exclusión Y Desafío*" (Guatemala: Facultad Latinoamericana De Ciencias Sociales, 1998): 17

³⁴² Ministerio De Salud Publica Y Asistencia Social, "*Plan Nacional De Salud 2004-2008*", (Guatemala: Unidad De Planificación De La Salud, 2004): 2-3

³⁴³ Ministerio De Salud Publica Y Asistencia Social "*Situación De La Salud Y Su Financiamiento, Período 1999-2003*": 7.

tiempo que parte del "2007, donde se indica que el énfasis de la salud preventiva, recibe recursos que se utilizan con equidad, calidad, eficiencia y transparencia. Para el 2011 se visualiza una consolidación de un modelo de atención integral en la salud de la población con equidad, calidad, eficiencia y transparencia, seguidamente para el 2015 se establece que la población Guatemalteca posee y tiene acceso a un sistema de prevención y atención de salud con criterios de solidaridad, subsidiaridad, equidad, calidad, eficiencia y transparencia".

La descripción está falseada porque se esta tesis muestra que jamás la salud en Guatemala ha permitido equidad, calidad y eficiencia, menos transparencia. Es mas preocupante aún que un Estado planifique hasta para el periodo del 2015 un escenario donde hasta en esa fecha se hace efectivo el acceso a un sistema de salud con criterios de solidaridad, subsidiaridad, equidad, calidad y todos los derivados de una empresa eficiente.

Otra prueba plena es el hecho de contar con indicadores de salud que muestran poco avance y que se da en término de cada 4 o 5 años, a un paso muy lento como se observa en el siguiente cuadro:

8.1 Comportamiento de los indicadores de Impacto en 15 años.

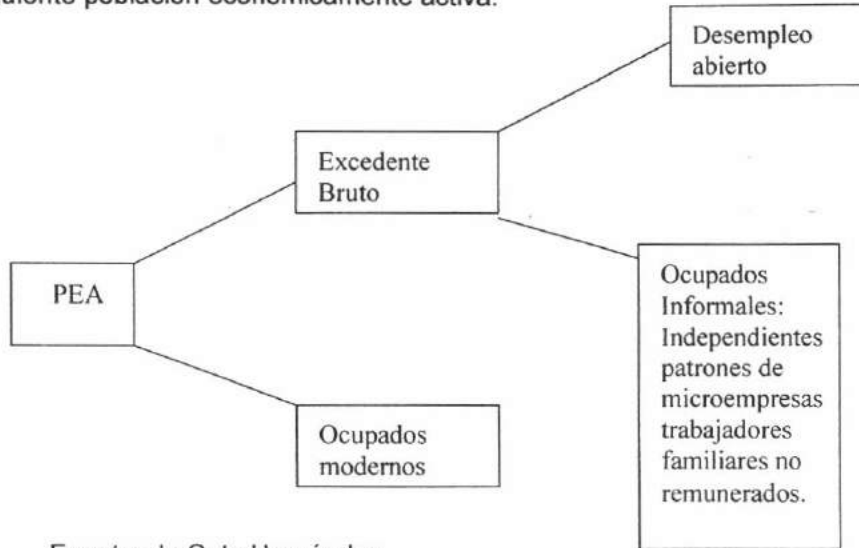
| Indicador | 1987 | 1995 | 1998-1999 | 2002 |
|---|------|------|-----------|------|
| Mortalidad general (1000 habitantes) | ND | ND | 5.34 | 4.72 |
| Mortalidad Infantil (por 1000 nv) | 73 | 51 | 45 | 39 |
| Mortalidad Materna(1000nv) | ND | 190 | 190 | 153 |
| Desnutrición Crónica | 57.9 | 49.7 | 46.4 | 48.7 |

FUENTE: MSPAS- Informe de Salud y Financiamiento 1999-2003

Aún durante el año 2006 se reporta una tasa de mortalidad materna de 3.77 por 100,000. y una razón (muerte materna/nacidos vivos) de mortalidad materna 72.55 por 100,000 ello involucra probablemente a la población de mujeres embarazadas de la economía informal.

8.5. ESTRUCTURACIÓN DEL SECTOR INFORMAL: UNA REALIDAD PARA GUATEMALA.

Su clasificación partiendo del concepto de economía, se tiene la siguiente población económicamente activa:



Fuente: de Soto Hernández.

La Población del sector informal está integrada por unidades unipersonales, es por ello que el anterior esquema trata de mostrar la clasificación de un excedente donde se insertan los sectores excluidos de la economía formal, proceso no visible en el registro estatal.

Auto generación de puestos se comprende como una unidad productiva informal pues esta, una vez creada, absorbe a otros miembros del excedente bruto de trabajo que se pueden incorporar a los asalariados existentes.

Se considera una forma de sobrevivencia³⁴⁴ "...dentro de las actividades productivas y de servicios, es considerada de acuerdo a los expertos en el tema, una alternativa incluso de desarrollo de masas populares, ante el embate de la globalización".

Caracterizándose por la asociación y esfuerzo organizativo y productiva de sus integrantes para tener una forma de vida digna. Establecen una unidad productiva que tiene muy baja relación capital-trabajo y constituye el refugio de todos aquellos que resultan excluidos del empleo en el sector moderno y se ven obligados a inventar modos de obtener un ingreso que les permita subsistir.

La informalidad como fenómeno constituye incluso una forma de vida³⁴⁵, implica procesos de convivencia y de organización social, política y cultural específicas, incluye las antiguas y nuevas estrategias de sobrevivencia, las pautas culturales y los valores, es decir las condiciones generales de la reproducción social en el sentido más amplio de las grandes masas de un pueblo.

Si su estructura se contextualiza como independiente, se puede explicar que de acuerdo a la teoría se indica que dicho sector posee una autonomía. Este enfoque es el de la subordinación, el exponente de ello,

³⁴⁴ De Soto Hernandez, *"El Otro Sendero, La Revolución Informal"* (México. DF: Diana, 1987): 130.

³⁴⁵ Víctor Cartata Et Al "Marginalidad Del Sector Informal" *Revista Nueva Sociedad* 1987: 75

Tokman³⁴⁶, dice "...que se evidencia una dependencia en la falta de acceso a los recursos productivos y a los mercados de productos, su expansión depende de exceso de mano de obra del cual participa el sector informal, congestiona al mismo haciendo disminuir el ingreso de sus integrantes antes de transmitir esa caída al resto de la economía, y el excedente originado es transferido a través de mecanismos financieros al sector formal".

En esta explicación los elementos de subordinación no son precisos; es más una relación de dependencia donde la economía formal establece su correspondencia mediante el control de precios y mercados desde fuera del sector.

8.6. CLASIFICACION DEL COMERCIO INFORMAL: CATEGORÍAS APLICABLES A GUATEMALA

El fenómeno de la producción económica informal incluye, de acuerdo a la teoría, dos modalidades: el comercio ambulatorio y los mercados informales, porque se consideran dos etapas de un mismo fenómeno. Se ha establecido que incluso dentro de estos sectores existe una movilización interna porque las personas que comienzan como vendedores ambulantes no lo hacen con la idea de quedarse en las calles para siempre, sino con el propósito de trasladarse algún día hacia mercados fuera del perímetro público, para desarrollar su actividad en condiciones favorables³⁴⁷.

³⁴⁶ Manuel Ramirez Et Al. "El Sector Informal Urbano En Colombia Y Las Políticas De Empleo, 1970-1980. 2ª. Edición" (Bogotá: Tercer Mundo, 1987): 17-30

³⁴⁷ Hernando De Soto "El Otro Sendero, La Revolución Industrial" (México DF: Diana, 1987):.66-68

Estas clasificaciones son transferibles al medio guatemalteco donde el comerciante informal está concentrado, y se ha desarrollado en mayor escala a nivel de la capital, por diversidad de factores que se abordan en este capítulo. Las clasificaciones siguientes son las comunes que se han definido por expertos en la materia y que se desarrollan dentro de los espacios físicos del comercio informal local.

Llama la atención que el estudio de Hernando de Soto, del Perú,³⁴⁸, hace referencia a que, en el contexto de aquel país, las ventas informales son muy similares a las de Guatemala. Que inclusive la clasificación descrita parte de el estudio en mención.

COMERCIO AMBULATORIO

Evoca dos definiciones: la del comerciante que deambula por la ciudad ofreciendo productos o servicios sin un lugar fijo donde establecerse, o la del comerciante que vende mercadería o presta un servicio desde un puesto fijo en la vía pública. Aun dentro de este se establecen dos tipos o subdivisiones:

ITINERANTE:

Es considerada una forma de comercio ambulatorio que desarrollan los que compran en pequeña escala, (baratijas, golosinas, comestibles) y deambulan en las calles tratando de vender entre las personas que se encuentran en su paso. Sus ingresos dependen de su habilidad para

³⁴⁸ Ibid.: 69-75.

movilizarse ofreciendo sus productos³⁴⁹, "...este tipo de ambulante no posee mayor capital físico ni recibe mayoritariamente crédito por lo que asume su propio financiación y trabajan por lo general al contado" que se desarrolla en Guatemala.

EL VENDEDOR FIJO:

En esta segunda clasificación de comercio ambulatorio, el comerciante posee un lugar fijo, previo una valorización del la capacidad comercial del área donde se establece, y las modalidades de servicio que ofrecen varían incluso puede ser de preparación de alimentos.

.MERCADOS INFORMALES:

Es considerada la segunda modalidad del comercio informal, se desarrolla desde un mercado construido informalmente para ambulantes que desean abandonar las calles.

Puede incorporar a los trabajadores que optan por la actividad informal, particularmente³⁵⁰ el comercio callejero para escapar de los excesos de reglamentos de los gobiernos es sus políticas económicas para mejorar sus rendimientos y ascender socialmente.

³⁴⁹ Ibid: 68-75.

³⁵⁰ Anónimo, Definición De Economía Informal, <http://www.ub.es/geocrit> (16 Octubre 2006)

VENTAS EN LAS CALLES

Son lugares donde se congregan los vendedores de la calle, los servicios y productos ofrecidos varían desde productos de comida, frutas, dulces, artículos de belleza, tramites de documentación pública, venta de repuestos, que en su mayoría se ubican en las esquinas de las calles, avenidas de las zonas principales de la capital guatemalteca ,o alrededor de colegios, oficinas públicas, hospitales nacionales, inclusive en los cruces de semáforos donde aprovechan el ofertar productos en horas de congestionamiento vehicular, cambios de vías de semáforo³⁵¹.

La mayoría de ventas incorpora diversidad de personas desde niños, niñas, mujeres, hombres quienes inclusive no son ni siquiera dueños de sus pequeños negocios sino son contratados para la venta, esto se confirmo al sondear el desarrollo de la investigación en mención.

Los artículos a la venta varían, así como su costo, algunos pueden ser:

- Ventas de rosas
- Venta de diarios
- Ventas de frutas
- Golosinas
- Ventas de hotdogs, algodones de azúcar y otros.

La opción de diversidad de ventas se produce a partir de la idea de maximizar los beneficios y minimizar los costos. Su problemática se centra en

³⁵¹ De Soto: 69

la ilegalidad, el exceso de horas laborables que las personas dedican a la venta en condiciones de exposición a contaminación ambiental, condiciones climáticas, sin servicios de agua y saneamiento, sin alimentación adecuada, sin opción a higiene mental, y espacialmente sin control sanitario alguno de los productos que venden al resto de la población. Todo esto, para el sistema de salud pública, debería ser preocupante.

Dentro dentro de este marco se confirma que los informales son conjunto de unidades productivas³⁵² que tienen muy "...baja relación de capital/trabajo y constituyen el refugio de todos aquellos que son excluidos del empleo del sector moderno y se ven forzados a inventar modos de obtener un ingreso que les permita subsistir".

En Guatemala los expertos como Santiago Bastos explican que estos sectores³⁵³ "...se desarrollan porque perciben una menor oferta de empleo en industria y establecimientos formales-que se combate con mayor presencia de la informalidad- y el rasgo a destacar sería el de la caída del poder adquisitivo entre la demanda, mas el aumento del costo de los insumos".

Con ello, los empleos autogenerados no perciben la baja de ingresos como una necesidad de mayor número de horas y personas para lograr unos niveles que siempre se habían mantenido a la altura de la mera subsistencia.

³⁵² Jose Mezzera, "Abundancia Como Efecto De La Escasez. Oferta Y Demanda En El Mercado Laboral Urbano", (Venezuela: Nueva Sociedad, 1987):106

³⁵³ Bastos: 21

8.7.1 MIGRACION, UNA CONDICIONANTE DEL SECTOR INFORMAL: UNA EXPERIENCIA PARA GUATEMALA

Es un hecho que la economía informal deriva de los sectores que necesitan subsistir por carecer de acceso a los medios de producción; en los estudios consultados sobre inmigración en el contexto nacional se ha identificado esta situación como un hecho predominante.

Generalmente se asocia al sector poblacional indígena, que por sus características culturales (horizonte de ejemplo familiar) de sobrevivencia, así como por la necesidad de mecanismos para aportar económicamente al sostenimiento familiar se ve en la necesidad de abandonar sus comunidades y establecerse en la ciudad capital. En ocasiones se traslada el núcleo familiar prolongados,

En Guatemala se marca el proceso de informalidad desde el momento en que las personas emigran del campo a la ciudad, lo que sucede en las primeras décadas de la modernización, encontrándose dos patrones diferenciados de migración³⁵⁴ "*...los no indígenas se trasladan a la capital sobre todo antes de 1960 y hasta 1976, y con ello ofrecen el aporte migracional*" los indígenas se incorporan en la década de los 70 una década posterior a los no indígenas.

Los factores que provocan la incorporación de nuevos inmigrantes a la capital varían: van desde la modernización de las comunidades por experiencias de grupos, la guerra interna, por crecimiento poblacional, el

³⁵⁴ Bastos: 26-27

agotamiento de la tierra, básico en el fenómeno, y por la necesidad de incrementar los ingresos familiares para sobrevivir.

La razón del movimiento migratorio es la búsqueda de una mejor sobrevivencia; muchas familias se desplazan con la idea de tener mejores oportunidades, pero lo único que produce es con mano de obra no calificada.

La migración de los departamentos a la capital se produce por la poca actividad productiva en el interior, que no alcanza a incorporar a los jóvenes y no debe olvidarse que la mayoría de la población es joven. En el estudio de las Naciones Unidas se afirma ³⁵⁵ "...que la población entre 0-18 años de edad constituye el 51.6% del total de la población, de los 11 millones de habitantes, lo que conlleva una tasa de crecimiento demográfico promedio anual de 2.8%".

En el más reciente estudio realizado sobre el trabajo infantil doméstico considerado de categoría informal, se comprobó que quienes viven en la ciudad capital, provienen en su mayoría de las áreas rurales de los departamentos de mayor expulsión, en el Occidente del país.

La ciudad capital constituye un espacio importante para la incorporación y desarrollo de la economía informal³⁵⁶ "...poco más de la quinta parte de los habitantes del país radican en la capital, la magnitud

³⁵⁵ Ibid.: 26-28

³⁵⁶ Ibid.: 28

poblacional del departamento de Guatemala se estima en 2.573,084 al año 2000 un 22.6%.

Aunque se incorporen a la forma de vida de la ciudad, los migrantes desarrollan modelos de trabajo basados en la subsistencia como principal característica; en ocasiones se incorporan núcleos familiares completos, lo que les permite mayor vinculación con la comunidad de origen (donde han nacido ambos jefes familiares), cohesión familiar e identificación con el grupo de procedencia.

La forma de organizarse para laborar varía considerando la experiencia y el apoyo familiar para independizarse, así como el tomar una decisión de no retornar al trabajo del campo. De acuerdo con los estudios realizados se indica que al emigrar tienden a ubicar negocios que los identifica como por ejemplo³⁵⁷ *"...las ventas de colonia, tiendas con concepto de abarrotería, tortillerías de barrios, talleres de sastrería, las mujeres indígenas se caracterizan por las ventas de verduras, y los hombres se tienden a ubicar por cuenta propia en mercados y ventas de calle".*

En Guatemala el crecimiento de la economía se ha fundamentado en el sector primario exportador, por ende la agricultura ha sido la principal fuente de empleo. Pero en el presente esta tendencia tiende a cambiar

³⁵⁷ Bastos: 29

siendo un modelo propicio para la incorporación de sectores poblacionales informales, porque está creciendo el sector servicios³⁵⁸

8.8. CARACTERIZACION DEL COMERCIO INFORMAL: UN ACERCAMIENTO AL CONTEXTO DE GUATEMALA

Se comprende como sector informal el conjunto de puestos de trabajo autogenerado por la fuerza laboral excluida del sector moderno, en tal sentido el sector informal urbano sería el conjunto de puestos de trabajo laborable las personas excluidas del sector moderno de producción. Estos grupos generan sus puestos de trabajo, y las fuentes de ingreso familiar³⁵⁹ el "...concepto de informalidad se asocia con la unidad de producción y no con el puesto o con el trabajador" dentro de ello cuatro categorías ocupacionales se identifican:

1. Microempresas
2. Asalariados de microempresas
3. Independientes
4. Los trabajadores familiares no remunerados que laboran en microempresas de sus parientes³⁶⁰.

De acuerdo con los estudios realizados el grupo que predomina es el de cuenta propia o independientes, seguidos por los microempresarios.

³⁵⁸ PNUD, "Diversidad Étnico-Cultural, La Ciudadanía En Un Estado Plural, Informe De Desarrollo Humano" (Guatemala: Sur, 2005): 118

³⁵⁹ Gustavo Corado. "Estudio De La Economía Informal" (Guatemala: Compendio Para Docentes De La Facultad De Ciencias Económicas: Facultad De Ciencias Económicas, Cedoccee, 1987) 125.

³⁶⁰ *Ibid.*:126.

Además se piensa que, de la población económicamente activa, el sector informal es absorbido por unidades unipersonales.

Dentro de este sector la demanda de mano de obra no obedece a una definición técnica de puesto de trabajo disponible, el número de personas incorporadas a dichas formas de trabajo depende de la fuerza de trabajo no absorbida por el sector formal de la economía y oportunidades de producir o vender algo que signifique para ellos un ingreso.

El incorporar sectores poblacionales dedicados al comercio informal se relaciona con ciertos estadios de la economía como lo es la recesión. En algunos momentos las personas pueden considerar la informalidad como temporal, y es considerada en la teoría económica una variable de ajuste del desempleo abierto.

Así lo explica el experto de Soto³⁶¹ *"...Juan Pérez adquiere una propiedad de 100 metros en un asentamiento popular y necesita un crédito para construir una casa de dos niveles, para ello primero debe regularizar la propiedad y obtener la licencia de construcción para poder hipotecarla, el trámite de titulación tarda 4 mil 307 días (12 años) y supone un costo de 9\$ mil 312, además deben pasar diez años para ser propietario"*.

Si aunamos a ello, expone Hernando de Soto, el hecho de la carga familiar, dónde quedará la ganancia para Juan. En Guatemala el número de

³⁶¹ Lorena Álvarez, "Guatemala Posee US\$ 32.6 Millardos De Capital Muertos," Reportaje De Prensa Sección Economía, Diario *El Periódico* Año 10 No.3434, Junio 2006.

empresas informales es grande: "Unas 708 mil 227 empresas son informales, el 93% de las empresas del país, con activos por \$2mil 300 millones. El capital muerto (activo que no reúnen requisitos legales para utilizarse como garantías para un crédito, inversión o compraventa) en Guatemala cuenta con \$32 mil 637 millones, un 60% del Producto Interno Bruto (PIB) que por su condición de informalidad no puede utilizarse para generar prosperidad". (Crecimiento económico y bienestar).

En ocasiones se piensa que estos sectores generan grandes ingresos pero es relativo. de acuerdo a la experiencia registrada en la literatura se explica que el crecimiento que reportan es únicamente marginal no se aúna al capital fijo de ahorro, porque depende incluso de la evolución de la tecnología.

En países como los que forman Latinoamérica en los que se ha observado el fenómeno, la relación informalidad urbana se asocia con el desempleo; esa asociación, impulsa a desarrollar actividades de supervivencia, considerando que no existe una formalidad de seguridad social o protección social por desempleo por parte del Estado , y por ello el sector informal urbano se define como una consecuencia³⁶² de factores como:

³⁶² Víctor Cartaya, Et. Al "La Economía Del Rebusque", (San Jose: Ciencias Sociales Cuaderno De Ciencias Sociales No. 16, 1988): 29-30

➤ “Bajos índices de relación de capital/trabajo”, uso de tecnología simple³⁶³ intensiva mano de obra y generalmente de baja productividad con una débil división técnica del proceso productivo.

➤ Sus niveles de operación son de baja escala, en relación a los volúmenes de venta como a los volúmenes de trabajo, las unidades productivas unipersonales (trabajadores por cuenta propia) son parte importante del volumen total.

➤ El propietario de los medios de producción trabaja directamente en su unidad productiva (fuente de ingreso) y en puede recurrir al trabajo de otros miembros del grupo familiar, o al trabajo de asalariados.

➤ Sus formas de vinculación con el mercado establecen frecuentemente una compra de productos a un precio alto y a vender el mismo a un precio bajo, lo que deriva de una frecuente inserción en mercados competitivos en la base de una pirámide de oferta dominada por oligopolios concentrados.

➤ Implica trabajo no visible porque involucra mano de obra de familiares en su gran mayoría, con horarios que exceden las 40 horas laborales semanales.

➤ Se ven muy vinculados a la pobreza, escasa o nula formación educativa, y sin acceso a sistema de crédito para superar su trabajo.

³⁶³ De Soto: 50-58.

➤ Estas unidades no son capaces de acumular excedentes reinvertibles, por lo que reproducen precariamente su existencia³⁶⁴.

8.9. SECTOR INFORMAL UN GRUPO VULNERABLE PARA SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA

Como se ha venido analizando a través de todo el proceso desarrollado en la presente investigación, este grupo merece especial importancia por su crecimiento constante, por ser un grupo excluido socialmente, y porque el concepto de microempresa que se maneja en el contexto nacional indica que son grupos con baja productividad que no logran cubrir sus necesidades vitales.

Es aquí donde la salud pública debe encaminarse como bien público, satisfacción para todos y todas.

Debe desarrollar dos características básicas de acuerdo a lo comprendido:

1. No debe existir rivalidad en el consumo del bien, es decir que pueden consumirlo dos o más personas al mismo tiempo que se acabe ese bien.
2. No es posible excluir del consumo del bien a ninguna persona.

En el caso específico de la salud pública, en Guatemala se centraría en la disponibilidad de atención en salud, educación en salud, promoción de salud, acceso a medicamentos de calidad, disposición de agua y saneamiento básico para toda la población nacional.

³⁶⁴ Cartaya, Et. Al: 31

No hay que perder de vista las características que vinculan al sector informal con la salud, lo que explica el porqué deben ser incluidos en las políticas de servicios. Dentro de ellas tendríamos:

- Tener una escala reducida de producción, es decir que las personas o empresas no manejan una producción grande.
- Son personas que laboran por subcontrato "*putting out*"
- Las actividades son de baja productividad y carecen de control de calidad organizacional
- No utilizan tecnología complejas ni formas avanzadas de producción
- No tienen una división del trabajo establecida
- No está constituida jurídicamente dicha actividad como es el caso de las empresas industriales, por lo que no cuentan con prestaciones legales.
- La propiedad de los negocios son de una sola persona que incluso puede subarrendarse, o es utilizados por terceros en lugar de intermediarios.
- Carecen de oportunidades de ahorro por lo que no pueden invertir en demandas de salud que sobrepasen su presupuesto de reserva, si lo llegan a obtener.
- En algunos casos no se cumple con reglamentaciones sobre salario, impuestos, pago de seguro social³⁶⁵.

³⁶⁵ *Ibíd.*: 68

- Incorpora a sectores poblacionales transitorios o que se ven excluidos temporalmente de un trabajo formal.
- Ven limitado su acceso a créditos bancarios, a pago de seguros médicos a pago de seguro de protección social estatal³⁶⁶.

8.10. COMPONENTE ÉTNICO ELEMENTO PARA SALUD PÚBLICA: DENTRO DEL MARCO DE LA INFORMALIDAD

El eje analítico de la informalidad en el contexto nacional indica que existe un fuerte componente étnico ligado a dicho proceso, la antropóloga Manuela Camus en su estudio sobre etnicidad en Guatemala, expone que en la actualidad se marcan diferencias entre los grupos de comercio pendular y los de doble residencia, los emigrantes residentes en la capital y los de socialización urbana nacidos en la ciudad, los primeros mantienen una vinculación con el lugar de origen³⁶⁷.

Llama la atención que en el estudio realizado se detectó una migración de los lugares aledaños a la ciudad capital, lo cual es relacionado con los pendulares, porque se establece que son grupos que llegan a trabajar durante el día o por la semana al espacio metropolitano, en el caso del mercado San Jose es durante el día.

Explica la antropóloga Manuela Camus³⁶⁸ estas relaciones intermitentes y limitadas con la ciudad a través del mercado "*...es una forma de vida muy extendida entre las comunidades indígenas cercanas, donde el*

³⁶⁶ Ibid.: 69

³⁶⁷ Canus: 111-116

³⁶⁸ Ibid.: 116

vínculo suele establecerse por las mujeres: pueden de Santa María de Jesús, que vienen a "poquitear" con la verdura en los mercados, de Chinautla, San Pedro Sacatepequez, San Juan Sacatepequez" lugares referidos e identificados en el estudio.

Es posible comprender este tipo de inserción laboral de carácter temporal, porque no se identifica la capital en el caso del estudio del mercado San José como un lugar de vinculación comercial. No mantiene ningún vínculo significativo cultural, es eminentemente temporal de adaptación a las circunstancias que lo demandan.

El contacto con los puestos de trabajo supone cierta estabilidad y seguridad en su situación como comerciantes y demuestran su inmersión en el conocimiento del área de la periferia del mercado San José, la identificación y solidaridad familiar es evidente, la confianza en el sector del mercado como un lugar adecuado para vender es importante, y lo considera como una forma de empleo dentro de un espacio que permite sobrevivir.

Lo que lleva a comprender que este tipo de comercio es un complemento al ingreso familiar, ello implica adaptación, incorporación de un idioma que no es del dominio propio como lo es el castellano, desvinculándose por motivos de comercio del idioma propio.

Estos factores culturales son de importancia vital para los sistemas de salud pública porque se trata de un país donde existen 24 idiomas mayas (k`eqchi, chuj, akateko, q`anjobal, popti, tektiteco, mam, tzu`utujil, pocomoan,

chortí, garífuna, xinca, pocomchí, entre los más comunes, además de los ,
garífuna y xinca³⁶⁹

En salud se marcan no sólo la distribución de las enfermedades emergentes y la mayor incidencia de las enfermedades prevenibles, que no disminuyen significativamente porque los procesos no son comprendidos en el contexto del idioma, y menos en el cultural. Lo explicado anteriormente es una de las barreras prioritarias a atender en salud pública en Guatemala.

8.11. MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL: UN DERECHO PARA EL SECTOR INFORMAL

En todo momento se ha analizado, expuesto y comprendido en el presente estudio que la salud se basa en un derecho como principio vinculante a la persona, familia y comunidad. Que el mismo puede estar declarado legalmente o sobreentendido.

En Guatemala el marco legal que orienta la actuación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Se basa en la Constitución Política de la República que en su artículo 94 expone³⁷⁰ *"...la obligación de velar por la salud de todos los habitantes procurándoles el más completo bienestar físico, mental y social, para lo que desarrollará acciones de prevención, promoción,*

³⁶⁹ Ministerio De Salud Publica Y Asistencia Social, *"Plan Nacional De Salud 2000-2004"*, (Guatemala: Unidad De Planificación Estratégica. 2001): 9.

³⁷⁰ Ministerio De Salud Publica Y Asistencia Social, *"Plan Nacional De Salud 2000-2004"*, (Guatemala: Unidad De Planificación Estratégica. 2001): 4

recuperación y rehabilitación de la salud, así como las acciones complementarias pertinentes a través de sus instituciones de salud". seguidamente el artículo 98 "las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud"

Estos argumentos legales son el principio que sustenta que las personas tienen derecho a una prestación de servicios con dignidad.

El Código de Salud decreto 90-97 del Congreso de la República otro elemento que ampara el proceso establece en el artículo cuarto³⁷¹, en su último párrafo que el "*Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dentro del marco de subsidiaridad, solidaridad y equidad, garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias cuyos ingresos no les permitan pagar parte o la totalidad de los servicios de salud recibidos*".

Otro elemento legal que apoya la protección al sector informal, se vincula a los Acuerdos de Paz, básicamente en la descentralización y desconcentración de los servicios de salud: poner en marcha la organización descentralizada de los distintos niveles de atención, para asegurar la existencia de programas y servicios a nivel comunal, regional y nacional, base del sistema nacional de coordinación de salud.

³⁷¹ *Ibíd.*: 4

Partiendo de los lineamientos constitucionales y los Acuerdos, se comprende la protección a los sectores de la economía informal, por ser un sector con productividad baja a pequeña escala que incorpora grupos heterogéneos, y merecen un trato especial con sistemas de salud que se adapten a sus necesidades de horario laboral y condiciones de trabajo, que puede incluir la prestación de servicios apropiados a las características socioculturales del contexto donde se desenvuelven.

La motivación de reconsiderar al sector de la economía informal con un trato especial estriba en la búsqueda que cada día incorpora grupos vulnerables al daño como lo son los niños, niñas y mujeres que se ven expuestos no solo al hecho de laborar en condiciones adversas a su desarrollo humano.

Esto conlleva a admitir que un horizonte centrado únicamente en una forma de comercio a pequeña escala que no permite superar los círculos de pobreza y marginación provocada por el sistema mismo y la sociedad, que mantiene los daños derivados de la pobreza.

Con una orientación programática de un plan de gobierno que establezca un espacio propio de protección para dicho sector, así como el dinamizar los componentes de la economía y desarrollo que permitan superar las inequidades para disminuir el sector de la economía informal proporcionándoles nuevas opciones de trabajo, habrá la hasta ahora ausente solidaridad de protección en salud para dicho sector poblacional, que no

desean una atención a futuro, sino demanda una atención inmediata, al menos en el caso de Guatemala.

Las demandas en el sector salud de la población nacional que incluye al sector informal, se hacen sentir en forma creciente donde las demandas crecen y la respuesta institucional se queda corta, es así que los indicadores persisten en condiciones que merecen atención: por ejemplo a nivel central se tiene:

8.1. Cuadro Demográfico de población estimada.

| Demografía | Total |
|---------------------------|---------|
| Población total 2005 | 961,981 |
| Población migrante | 13,248 |
| Total de nacimientos 2004 | 18,182 |
| Total de nacimientos 2005 | 16,540 |

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección general de sistema De atención en salud departamento de epidemiología, memoria de informática y vigilancia epidemiológica. Guatemala 2005.

8.2. Cuadro de Cobertura en salud.

| Prestación de servicios de salud | Población cubierta | |
|--|--------------------|---------|
| | 2005 | 2004 |
| Institución. | | |
| Institucional del MSPAS* | 537,842 | 456,114 |
| Extensión de cobertura | 42,162 | 502,733 |
| IGSS | 263,514 | |
| Otras instituciones (sanatorios, hospitales privados, etc) | 10,540 | 0 |
| Sin acceso a servicios de salud | 107,923 | |

* Incluye todos los servicios ministeriales, Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección general de sistema De atención en salud departamento de epidemiología, memoria de informática y vigilancia epidemiológica. Guatemala 2005.

FUNCION DEL GOBIERNO ANTE LOS NUEVOS ESCENARIOS EN LA SALUD PÚBLICA Y EL COMERCIO INFORMAL

Todo Estado que desarrolla políticas se centra en una filosofía que orienta su existir para promover la acción social de libertad (dignificación poblacional), comprendida como valor de oportunidades, no se trata de igualdad material porque siempre existirán diferencias de clase en el medio nacional, sino se trata de aplicar la igualdad en cuanto a condiciones para hacer realidad el pensamiento axiológico,³⁷³ en materia de salud con equidad y con justicia social.

Las políticas de bienestar pretenden que las personas satisfagan sus demandas de necesidades vitales para sobrevivir dignamente. En Guatemala se establece como prioridad en materia de salud las políticas que responden a un plan de gobierno derivado de las necesidades prioritarias de los sectores más necesitados del país; en el país existen diversidad de políticas surgidas

³⁷³ José Manuel Gómez Fernández, "Economía y valores humanos" (Madrid, Encuentro 1992): 430.

durante diversas gestiones de gobierno, pero hasta el presente no se ha incorporado a ellas la imagen de la población de la economía informal sin ninguna protección social.

El sector de la economía informal es un sector que, en los estudios realizados, se define de diversas maneras que se dirigen al fenómeno, y queda claro que son entes no definidos en las estadísticas de cuentas nacionales del país, y cuya producción escapa al PIB (Producto Interno Bruto), el mismo concepto científico prevalece en la academia científica guatemalteca.

Es por ello que se consideran en el marco de la presente investigación grupos vulnerables al riesgo de daño en materia de salud, porque en el medio nacional el trabajo de dicho sector establece una prevalencia alta 75% respectivamente, de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística.

Los expertos en la temática de la economía informal como el especialista en economía Hernando De Soto, enfatiza que las actividades informales desarrolladas al margen de lo legal, en la mayoría de casos no son actividades antisociales vistas desde la óptica de lo legal; que están al margen de la protección estatal; y que es aquí donde el Estado juega su rol primordial de protección para todos los sectores necesitados del país, que es lo que se analiza, y expone en el presente capítulo.³⁷⁴

³⁷⁴ Hernando De Soto, *"El otro sendero, la revolución informal"* (México DF, Diana, 1987): 301.

9.1 LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA: SALUD PARA TODOS, MITO O REALIDAD

La realidad es concebida como el acercamiento del objeto a conocer por la percepción de los sentidos y objetividad del fenómeno bajo estudio, es captar el ente o fenómeno en su dimensión existente. Partiendo de ello el análisis de las políticas de salud, como un ejercicio del poder del Estado hago referencia a las políticas nacionales de salud, las cuales trascienden un periodo, y afecta a una población en el sentido positivo existencial.

En el medio nacional las políticas surgen como respuesta de un plan de gobierno, para un periodo de 4 años, no se pueden definir como políticas de Estado porque no responden a un componente que marque las características ideales de un país que se encamina hacia el desarrollo.

Las políticas de Estado en el contexto de salud, deben responder a la pregunta ¿Qué se quiere transformar? ¿En cuánto tiempo se transformará la estructura que sostiene la producción con carácter de inclusión? ¿Y cómo se realizará? Menos aún, se especifican los instrumentos que garantizan el cumplimiento fiel de dichas política, en el caso de Guatemala.

En la presente década debe incorporarse el factor de las ciencias sociales como base de su filosofía institucional, porque queda más que demostrado que la salud es producto de las relaciones socialmente definidas como una correspondencia a la realidad.

Explica el especialista en salud pública Miguel Garcés, que la evidencia histórica también ha revelado que las acciones de mayor beneficio para la salud son aquellas que inciden en forma equitativa sobre las condiciones de vida de la población y mantienen un equilibrio en el desarrollo humano integral.

En Guatemala el proceso de demanda en políticas de protección en salud se da en respuesta de cobertura al aumento poblacional, al comienzo de la segunda mitad del Siglo XX,³⁷⁵ se estima que el 54% de la población urbana nacional residía en localidades de 20 mil y más habitantes (es decir el 14.5% de los guatemaltecos habitan en un casco urbano). Al culminar el decenio de los noventa tales centros habían incrementado al 64% su peso relativo dentro del conjunto urbano.

En el año 2006 las demandas de políticas de salud se centralizan en atender 12 millones de habitantes. Confirmando así cronológicamente que el componente demográfico ejerce una determinante que indica la tendencia de las políticas de salud de buscar el bien común como análogo de la naturaleza del régimen político vigente, no debiendo deformarse su concepción bajo un lema de partido, porque se crea un cáncer que corroe los intereses partidarios y no responde a los intereses de la colectividad.

³⁷⁵ CIEN, Emilio. Rivadeneira "*Economía Informal*" <http://www.monografias> (16 octubre 2006)

No debe olvidarse que el Estado, como espíritu de un pueblo, se manifiesta en su constitución, en este caso específico la salud es una ordenanza política para todo el pueblo de Guatemala, siendo el elemento más importante del Estado, su dinámica de beneficio común requiere de instrumentar políticas públicas que garanticen la cobertura de los desprotegidos del sector informal.

Los satisfactores básicos para hacer efectivas las políticas de salud de la población que labora en la economía informal, deben centrarse en satisfacción de necesidades humanas básicas, para los sectores más desprotegidos socialmente. Como son las siguientes:

- Satisfacción de necesidades vitales (hambre, sed, sueño, etc.)
- Seguridad y protección
- Satisfacción social (pertenencia, amor, lealtad)
- Autoestima (posición, reconocimiento)
- Realización propia (es desarrollo personal basado en educación, trabajo, como persona)

Esto es crítico para atender a los sectores populares, porque determinan la conducta posterior de la persona como ser humano. La teoría indica que si se satisfacen las necesidades vitales mínimas, las necesidades sociales se tornan en motivaciones.

Además la parte medular de la puesta en ejecución de políticas de salud enfocadas al sector de la economía informal requerirá de la aplicación y desarrollo de una gerencia especial fundamentada en las siguientes características:

- Interrelación con otras actividades de formación política dentro del contexto nacional
- Apertura y permanente interacción con los usuarios involucrados
- Claro entendimiento de la viabilidad técnica, financiera, política e institucional como base de las acciones de apertura
- Una capacidad coordinadora
- Capacidad desarrollada de evaluación y fiscalización social

Es quizás la parte dinámica de la política destinada a crear el componente de salud para el sector social informal visto desde el componente político estructural dentro del Estado.

El factor humano es el otro componente importante. En el caso del grupo que integra la economía informal, debe atenderse en la satisfacción de necesidades de salud, vistas desde la óptica de necesidades vitales, pero esto debe integrarse en el sistema de salud con el recurso humano que presta el servicio, para demostrar de esta manera la voluntad para un cambio de la prestación de un servicio de carácter social.

La perspectiva con que se logre visualizar la problemática planteada requiere de un Ministerio de Salud Pública innovador, respetando la presencia de nuevos sectores que demandan atención como colectividad, que requerirá de planes estratégicos y políticas de carácter normativo prescriptivo, o bien establecer nuevos entes que dentro del país pueden dar respuesta a dicho conglomerado social.

9.1.1 IMPORTANCIA DEL CAMBIO ESTRATEGICO

En la actualidad es un hecho concreto que las demandas de salud de la población han variado en especial en las última décadas incorporándose enfermedades emergentes (VIH-SIDA) y re-emergentes que requieren una respuesta diferente al patrón común.

Estas variaciones se derivan, por un lado de la propia conducta humana, de las propias transformaciones en los contextos económicos y la creciente complejidad de las relaciones sociales donde se debería incorporar la cooperación social basada en la solidaridad.

Es en este punto donde la salud pública activa su dinamismo de respuesta como una empresa estatal renovada con elementos nuevos, para adaptarse al cambio, demostrando su eficiencia en planificación, ejecución y evaluación , o bien, debe ceder el espacio a otras entidades que demuestran mayor capacidad de competitividad con autonomía propia, por lo que se debe

renovar los elementos humanos caóticos y corrosivos al sistema estatal que prosiguen esquemas que no revelan respuestas sociales sino de intereses sectarios y personales. El sector informal requiere respuestas propias dinámicas acordes a sus necesidades porque son sectores que contribuyen al feudo fiscal institucional, porque generan dinero circulante, pagan impuestos municipal, y son grupos que contribuyen disimuladamente a los grandes comercios al ofertar productos a bajo precio.

Como lo expone el experto Hernando De Soto “...son tres los mecanismos por los cuales los sectores informales transfieren al Estado y al sector informal recursos siendo estos: los impuestos indirectos, la inflación y la tasa de interés”.³⁷⁶

Aunque las empresas del sector informal no pagan impuestos sobre las transacciones de bienes finales, sí lo hacen cuando compran insumos a los formales y se emite factura (en Guatemala esto es retenido por los empresarios –robo- al fisco porque muchos no emiten facturas). Pero el sector informal paga el IVA de los productos que ofertan. De esta manera contribuyen al sistema, pero este sector no se ve beneficiado con la protección estatal específicamente en salud.

Las políticas de Estado en Guatemala no responden a mecanismos para superar los bajos niveles de vida, bajos niveles de productividad, tasas

³⁷⁶ Anónimo, Análisis de Hernán De Soto, <http://www.ild.org.ed/> (16 Octubre 2006)

elevadas de crecimiento demográfico y de la dependencia, niveles de desempleo y subempleo altos y crecientes, gran dependencia del patrón productivo sin innovaciones para superar el modelo de producción primaria; generalmente son políticas con la visión corta del ejercicio del poder por un periodo de 4 años, y en ocasiones replantean políticas a largo plazo pero que no se adecuan al futuro no se realizan proyecciones para ello.

Las políticas vigentes para Guatemala en materia de salud pública para el quinquenio 2004-2008, son las siguientes: (con fines de análisis se plantearan las políticas y algunos ejemplos de objetivos y estrategias)

1. Fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Su objetivo: que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ejerza con efectividad la rectoría del sector salud a través de la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones que realizan las instituciones de salud a nivel nacional.

Sus estrategias: Aplicación del marco legal vigente para brindar acciones integrales de salud a la población guatemalteca.

Recuperación del proceso de modernización del sector salud para el mejoramiento gerencial y desarrollo de las redes de servicios.

Coordinación intra y extra sectorial para aumentar la eficiencia y eficacia del sector salud.

Coordinación de la cooperación técnica y financiera con organismos nacionales e internacionales sobre la base de prioridades, políticas, planes y modelos de atención en salud del país.

Fortalecimiento de la capacidad rectora del Ministerio de Salud Pública y Asistencias Social.

Se considera que hay aquí una intención poco realista, que no ha sido efectiva en el sistema de salud de Guatemala porque el sector privado no mantiene una relación con el sistema público, sus funciones se basan en un sistema de libre mercado donde se oferta la prestación de servicios de salud con mayor énfasis en curación, jamás se logra coordinar ni tener un control de los procesos que conducen dichos sectores.

2. Satisfacción de las necesidades de salud de la población, guatemalteca mediante la entrega de servicios de salud con calidad, calidez, equidad y con enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención.

Objetivo: mejorar las condiciones de salud de la población guatemalteca, priorizando acciones a los grupos de población de mayor riesgo.

En esta política se ubicaría al sector informal, que merece servicios de salud adecuados a su situación contextual laboral. Pero no se ha incluido en ninguna de las políticas establecidas.

3. Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de competencias, responsabilidades, recursos y autoridades a las áreas de salud y hospitales.

Esta política no es propia del sistema de salud, sino que es impulsada por el Estado mismo cuando se retoma la reorientación de los servicios de salud al incorporar las reformas, pero esto jamás ha sido una realidad.

4. Adquisición y provisión de insumos en forma oportuna para el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Es más que evidente que este proceso no se ha cumplido, y se trabaja con productos genéricos cuya calidad aún no se ha demostrado plenamente, y no todos los servicios de salud son abastecidos con tecnología, medicamentos de calidad para la atención del pueblo.

5. Modernización del sistema de gestión administrativa y financiera del MSPAS como elemento básico de apoyo para la prestación de servicios.
6. Fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud.

7. Promoción de acciones de apoyo al saneamiento del medio que mejoren la calidad de vida de la población.

8. Protección a la población de los riesgos inherentes al consumo y exposición de alimentos, medicamentos y sustancias nocivas a la salud.

Las políticas son planteadas en un plano poco realista, no reflejan la integración social. No hay referencia a la protección al sector informal en ninguna de las políticas planteadas, manteniéndose la brecha de desprotección para dicho sector.

Debe recordarse aquí la importancia de la participación social, todo sistema de Estado previo a iniciar su proceso de gobierno debe promover la organización social para interactuar con los diferentes actores del país y construir así sus políticas de gobierno. No debe ser motivo de una campaña política como promoción de un partido, previo al arribo al poder, sino al inicio del ejercicio del mismo para ser integrador del proceso en respuesta de la demanda de la sociedad civil.

9.2 ACCESO DE LOS GRUPOS VULNERABLES LAS POLÍTICAS DE SALUD: UN DISCURSO POLÍTICO O SEÑALES DE CAMBIO

Para poder hacer frente a la materia en mención, es importante trazarse de antemano las definiciones que permitirán acercarnos a las formas más seguras de la construcción de los límites de las cuales debe adoptar la

protección en salud para los grupos identificados como vulnerables en el contexto de salud en la economía informal.

Se advierte que el objetivo que se busca se vincula directamente en el debate de la concepción de salud como prevención, no como daño ya establecido, permitiendo así una comprensión amplia de la temática a tratar.

La salud pública en el medio nacional ha establecido prioridades de atención por medio de sus políticas de salud. Son políticas públicas que responden a una problemáticas social, considerándose enfocar la idea central de por qué incluir a los sectores informales en las políticas públicas

Es la propuesta citada por el especialista en elaboración de políticas, Nioche "...la política pública es la secuencia de acciones que conduce a o se traducen una respuesta más o menos institucionalizada, a una situación juzgada como problemáticas esta definición destaca elementos importantes como: la existencia de una problemática que se traduce en acciones, las cuales llevan implícito una pluralidad y diversidad en la toma de decisiones y el carácter de los público, todo este proceso es inherente al que hacer del gobierno".³⁷⁷

³⁷⁷ BID, Documento De Clase "*Diseño y Gerencia de Políticas y Programas Sociales*" (Guatemala: Universidad Rafael Landívar, 2002): 3

Comprendiendo el concepto descrito anteriormente, queda claro que una política pública es una respuesta institucionalizada ante la existencia de demandas sociales consideradas problemas.

Pero de acuerdo con la teoría, una política pública cobra vida cuando se ejecuta, si no involucra acciones y resultados no cobra vida, porque las decisiones deben traducirse en acciones, por ejemplo: un plan de salud es una política pública. Una vez que se ejecuta genera resultados valorativos de cambio, entonces se puede afirmar que se estableció y concretó una política pública.³⁷⁸

El análisis de los grupos vulnerables en los sistemas de salud indica que son grupos humanos que se identifican como una problemática de carácter de política social, permite profundizar en los componentes que generan dicha vulnerabilidad para los grupos que laboran en dicho sector, en el caso de salud, los sectores informales esta plenamente identificado a los niños, niñas y mujeres como grupos de riesgo.

Son, además, personas que debido a su precariedad laboral, conocimientos y capacidades disponibilidad de recursos para tener una vida digna, están distantes de la realidad, que les excluye de los beneficios sociales, manteniéndose una brecha de enfermedad social y física que se

³⁷⁸ *Ibíd.* P 2.

traduce en desesperanza, desnutrición, ausencia de acciones de protección y fomento para una salud mental.

¿Por qué se hace alusión a esto? Porque en realidad son grupos sin posibilidad frente a lo formal del sistema mismo; el enfoque neomarxista llega a la conclusión de que la funcionalidad de dicho sector es vista únicamente como medio para reducir los costos de producción asociados a la gestión de la mano de obra y para evitar los riesgo inherentes a determinados mercados de factores o de productos.³⁷⁹

De esa realidad no escapa del medio guatemalteco, como expone el especialista Alejandro portees et al *"...en determinados contextos socioeconómicos la subcontratación de las pequeñas empresas familiares o el recurso a trabajadores bajo la forma de contratos que en realidad son formas encubiertas de asalarización. Constituirían para las firmas estrategias tendientes a eludir las cargas sociales. Al mismo tiempo la existencia de dicho sector permite mantener bajos salarios en las empresas modernas"*.³⁸⁰ Esto deriva, en el medio nacional, en la existencia de grupos humanos que laboran en la economía informal que son considerados vulnerables.

³⁷⁹ Alejandro Portes Et. Al, *"La Economía del Rebusque"*,(San José: Editorial de Ciencias Sociales, 1988): 31

³⁸⁰ *Ibíd.*: 32

¿Qué sucede con mujeres y los niños y niñas, que son vulnerables al daño si laboran en la economía informal? Los análisis indican que estos grupos trabajan en un sistema inestable, de irregularidad e informalidad en los mercados laborales en que se insertan. Sobresale la vulnerabilidad social, expresada fundamentalmente en los bajos niveles de ingresos que generan las mujeres y los niños al aporte familiar, lo que dificulta el enfrentar procesos de crisis o de daño cuando se enferman, limitándose a resolver por cuenta propia su situación de salud o a buscar ayuda cuando los problemas han avanzado, y los niños no gozan de su infancia, y son explotados física y moralmente.

Existen formas de trabajo infantil penosas para cualquier sociedad, de la que no está excluida Guatemala "...las peores formas de trabajo infantil incluyen: A) toda forma de esclavitud o práctica similar, tales como la venta o tráfico de niños y niñas, cautiverio y servidumbre por deudas, así como trabajo forzado u obligatorio, incluyendo reclutamiento forzado para conflictos armados. B) Utilizar niños, niñas para la prostitución, para la producción de pornografía o para realizar actos pornográficos. C) Utilizar, facilitar u ofrecer niños, niñas para actividades ilícitas tráfico de drogas, robo, del trabajo que por su naturaleza o por las circunstancias en las que se realiza probablemente atente contra la salud, la seguridad o la moral de niños y niñas".³⁸¹

³⁸¹ <http://www.ctera.com> El Foro Mundial de Educación, diciembre 2005

Los esfuerzos del Estado se han encaminado para evitar colocar en riesgo a la población infantil que labora, pero aún así se infringen los convenios (No.182 OIT) y por ende, la ley, porque el trabajo infantil en Guatemala es una realidad que requiere enfrentar el problema buscando una solución.

Estudios de ENCOVI 2000 indican que en Guatemala "*...un millón de niños, niñas y adolescentes participan en la población económicamente activa (PEA) como trabajadores o buscando trabajo*".³⁸²

Significa que en la actualidad probablemente la cantidad se triplico, porque las condiciones de vida no han mejorado significativamente, los niños y niñas que laboran en el contexto nacional tienen las siguientes características "*...casi siete de cada diez niños son hombres, más de la mitad es indígena y la mayoría viven en el área rural, la mayoría son trabajadores no calificados en ocupaciones relacionadas principalmente con la agricultura como ayudantes familiares sin remuneración, algunos trabajan en el comercio visto como un horizonte ejemplo de lo padres, la industria manufacturera, servicios personales, en la construcción*".³⁸³ En Guatemala se ha demostrado que la pobreza es una variable que tiene alta incidencia en el trabajo infantil y del adolescente.

³⁸² Informe "Estudio cualitativo sobre el trabajo infantil en Guatemala informe final" (Guatemala: Instituto Nacional de Estadística, Organización Internacional del Trabajo, 2003): 1-2

³⁸³ *Ibíd.*: 2

El sector infantil es considerado de riesgo por el hecho de exponerse a explotación, violaciones de sus derechos humanos, marginación social y de educación, aunque los ingresos que puedan generar al trabajar en el sector informal son mínimos, para estos grupos significan un aporte real al ingreso familiar. Es intolerable a los ojos humanos con conciencia social y valores el observar a estos grupos laborando en condiciones no aptas para ellos.

En el componente del trabajo femenino, se ha demostrado que son grupos vulnerables porque "...se han identificado por el rol reproductivo y el hombre se identifica por su rol productivo"³⁸⁴ ejemplo de ello son las campañas de planificación familiar donde inclusive se identifica a la mujer como responsable de las limitaciones del tamaño familiar.³⁸⁵

Es aquí donde la política pública debe considerarse un espacio privilegiado para la deliberación colectiva, un espacio democrático de intercambio y negociación con los diferentes actores sociales, lo cual para salud pública es vital en relación a la existencia de los grupos informales.

³⁸⁴ Edgar Pape Yabilat Et Al "*Contribuciones ocultas de las mujeres a la economía*" (Guatemala: Magna Terra, 2001): 25-30.

³⁸⁵ SEPREM, "*Las políticas públicas y la ciudadanía de las mujeres*", (Guatemala: IMU, 2003): 190

En el contexto laboral de contribución al ingreso familiar no se visibiliza el trabajo de la mujer. Las mujeres ganan menos que los hombres, y se ha demostrado por los estudios realizados por organismos como el BID,³⁸⁶ que en Centroamérica, tienden a concentrarse en trabajos del sector informal pero remunerado. No debe olvidarse el hecho social de los hogares encabezados por mujeres (los hogares con jefatura femenina típicamente son más pobres porque su carga de dependientes es más alta: por cada contribuyente al ingreso del hogar hay más dependientes tanto adultos como niños).

Lo importante es superar la desigualdad y exclusión en factores como desempleo y subempleo, además, reconsiderar la calidad del empleo para los grupos identificados en el medio nacional como vulnerables, debiendo alcanzar la productividad, remuneración, el acceso a la seguridad, protección social, sin olvidando la conjugación de factores de estructura que reproducen el hecho de la pobreza transformándolo en un dispositivo sistemático de exclusión social.

Algunos de estos desafíos a superar son:³⁸⁷ el desempleo, el empleo precario, el ingreso salarial insuficiente, la falta de vivienda o las formas de habitación que favorecen el hacinamiento, la incapacidad de los sistemas educativos de retener a los niños y jóvenes que provienen de hogares pobres y

³⁸⁶ BID, *Informe Economía Informal* <http://www.iadb.org/regiones/02> (20 Octubre 2006)

³⁸⁷ Anónimo, *Análisis de la Pobreza*, <http://www.cinterfor.org.uy> (20 Octubre 2006)

de brindarles servicios adecuados y preventivos de salud que se incorporen a su formación de su psicología personal.

Es aquí donde la política de Estado como una verdad social, acciona sus principios fundamentales de organización de la cooperación para disolver los factores que causan daño social, y permite bajo el amparo jurídico llevar a cabo las principales tarea de regulación del Estado en favor de los desprotegidos.

Los factores que en salud no permiten acercar la prestación de servicios al sector de la economía informal, incluyen desde las políticas mismas de salud establecidas, ausencia de una cultura de servicio e identificación con los sectores populares, así como la infraestructura escasa y con una organización de funcionalidad poco accesible a los sectores informales.

En Guatemala los estudios de desarrollo humano identifican cuatro brechas que impiden la funcionalidad óptima de la prestación de servicios de salud: a) inequidad en la disponibilidad de los servicios de salud, b) en la disponibilidad de agua potable y servicios de saneamiento.

Las desigualdades que experimentan los pueblos indígenas y la morbi-mortalidad asociada a las condiciones de pobreza y violencia, son factores

propios para regiones donde los procesos de desarrollo humano no han logrado un avance significativo, lo cual debe ser motivo de análisis dentro del MSPAS para reorientar sus funciones.

Es evidente que se debe superar en la práctica las demandas de las reformas institucionales que generen nuevas oportunidades a las poblaciones excluidas. Los sistemas de educación y salud deberán hacer alianzas estratégicas que permitan equiparar las condiciones de educación como primer mecanismo para incrementar los conocimientos y habilidades necesarias que permitan tener éxito en los mercados laborales existentes. Y en salud, para que superen los daños y se incluyan en los procesos de promoción, protección en salud individual, familiar y comunitaria, visualizado todo como una nueva tendencia de la nueva salud pública.

En Guatemala, en materia de salud pública, se han realizado permanentes esfuerzos para proteger a los menores de 5 años y embarazadas, de enfermedades prevenibles (sarampión, polio, muerte materna por no llevar un control prenatal) pero el resto de prioridades se están quedando en el tintero de los buenos deseos e ilusiones, porque las necesidades aumentan y son permanentemente cambiantes, por lo que es necesario tomar conciencia de ello.

9.3. LA PROMOCION Y PREVENCION UNA ACCION POLITICA DE SALUD PÚBLICA: PARA GRUPOS DEL SECTOR INFORMAL

La salud pública es tan rica en elementos transformadores para el ser humano porque síntoma decisiones que se traducen en acciones estratégicamente seleccionadas, y dentro de ellas se cuenta el enfoque de la promoción y prevención en el contexto propio de salud., siendo estos elementos los que enfocan acciones, procedimientos e intervenciones específicas de salud para protección individual, familiar y de la población en general para mejorar sus condiciones de vida mantener un equilibrio en la salud.

Su objetivo es promover hábitos saludables y fortalecer factores de protección en salud, a través de procesos de educación, información, atención individual, investigación, aplicación de modelos y prestación de servicios en forma oportuna.

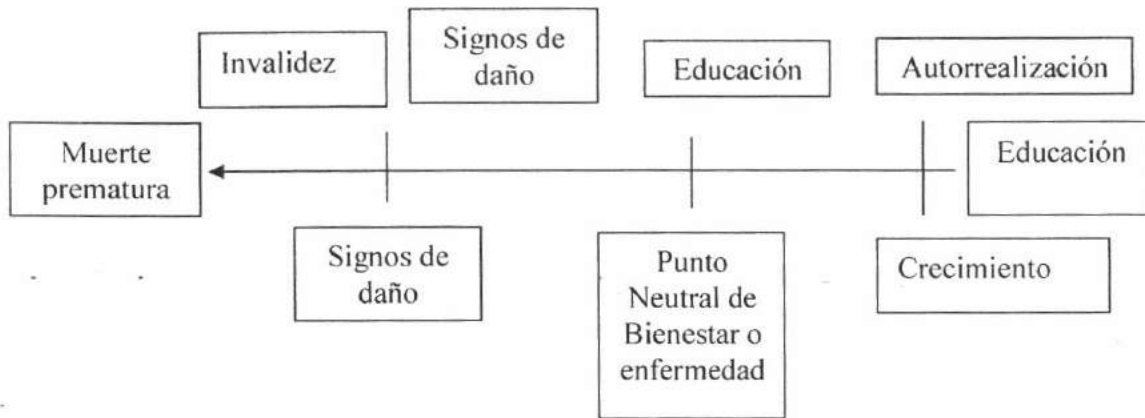
La salud es la realización del potencial biopsíquico de la persona y de las poblaciones de acuerdo con las diferentes circunstancias en las que viven, sin limitaciones por lesiones, incapacidad o enfermedad, y en el caso que ocurran, contar con la facilidad de una pronta recuperación o la adecuada funcionalidad en las situaciones de discapacidad irreversible. El proceso de salud se entiende entonces como un continuo que se puede exponer a desequilibrios.

Frente a este dilema de desequilibrio deben establecerse nuevas medidas de protección, individual y colectiva. Las crisis de daño en la salud crean mayor conciencia en todos los grupos vulnerables, por ello la mirada de la salud pública se extenderá hacia los factores externos e internos del individuo y colectividades determinantes para modificar los factores que limitan las condiciones de vida. Lógicamente la función de la salud pública en relación con dichos factores no es la de decidir o intervenir directamente sino la de promocionar y articular esfuerzos con la finalidad de proteger la salud de la población.

En el caso del grupo de la población que labora en la economía informal, se pretende que la salud tenga como énfasis fundamental concienciar para hacer efectivo la orientación, sensibilización y compartir así la responsabilidad de protección en salud en pro de la salud individual y colectiva, para hacer realidad el compromiso estatal de las políticas públicas y fortalecer así el modelo interactivo de salud propuesto en la presente tesis.

Esquemáticamente se visualiza como el incidir en todo el proceso de vida del ser humano de las personas de la economía informal en componentes preventivos, curativos, de rehabilitación y crecimiento espiritual como personas que trascendemos:

Esquema de prevención en salud:



FUENTE: Esquema de salud, enfermería en salud comunitaria un enfoque de sistemas.

Este esquema indica que lo que se pretende a través de la promoción y educación en salud es incidir en el ciclo de vida de la persona, antes de que el daño se instale, o enseñar a la personas a convivir con el daño. Consiste en un proceso que abarca desde la concepción hasta la finalización de la vida misma.

Es por ello que la salud debe ser conceptualizada, interpretada, y comprendida como elemento vital que permite desarrollar una capacidad para cumplir con los roles y las tareas sociales dentro del un sistema como lo expresó la doctora Duna, que la salud es un bienestar de alto nivel en donde el individuo está vivo en cuerpo, mente y espíritu.³⁸⁸ Este concepto es aplicable a cualquier conglomerado, pero es crítico en el caso del los hombres y mujeres que laboran en el comercio informal de Guatemala.

³⁸⁸ OPS, "Promoción de la salud una antología" (Washington DC: Sin Editorial,2002): 557

El componente legal administrativo hace de la promoción de la salud una ordenanza en el sistema nacional de salud de Guatemala, esto es un avance político porque su concepción está bajo el amparo legal.

Como se establece en el Código de Salud, Artículo 37 "...para los fines del presente código, se consideran: acciones de promoción de Salud, son todas aquellas acciones orientadas a fomentar el normal desarrollo físico, mental y social del individuo, la familia, la comunidad así como la preservación de ambientes saludables, las cuales serán ejecutadas por el Estado, instituciones del sector y la propia comunidad". Artículo 38 "...las acciones de promoción y prevención, estarán dirigidas a interrumpir la cadena epidemiológica de las enfermedades tanto a nivel del ambiente como de la protección, diagnóstico y tratamiento procesos de la población susceptible: a. las acciones de promoción de la salud estarán dirigidas a mantener y mejorar el nivel de salud, mediante la adopción de estilos de vida sanos con énfasis en el cuidado personal, ejercicio físico, alimentación y nutrición adecuadas, las preservaciones de ambientes saludables, y evitar el uso de sustancias nocivas para la salud.

El Ministerio de Salud en coordinación con las instituciones del sector, deberán establecer los mecanismos necesarios para que la sociedad en su conjunto, los individuos, las familias y las comunidades participen activamente". Es evidente el concepto de ordenanza en el cumplimiento de la

promoción y prevención de la salud. El mismo es aplicable a cualquier grupo poblacional del país, su base se establece en compartir el proceso, y en el caso específico del grupo de la economía informal, quienes pueden asociarse para educárseles y adoptar estilos de vida saludables.

9.4. DESENTRALIZACION DE LA SALUD PÚBLICA: UNA RESPUESTA AL SECTOR INFORMAL

Guatemala, dentro de sus componentes de política de salud, incorporó la modalidad legal de descentralización y desconcentración política administrativa plasmada por la ley. La descentralización se basa en el proceso *"...mediante el cual la persona jurídica llamada Estado a través del Gobierno central delega o transfiere a otra persona jurídica la autoridad y el poder para ejecutar funciones que le son propias al Estado"*.³⁸⁹

El Estado se encarga de las funciones siguientes:

- Diagnóstico
- Planificación
- Ejecución
- Contraloría social

Reteniendo para sí las funciones de responsabilidad de prestación de los servicios y obligaciones de un ente que tiene las siguientes características:

- Normativo
- Formador de políticas macro y programas públicos

³⁸⁹ Ministerio de Salud Pública *"Descentralización"* (Guatemala: OPS, 2001): 4.

- Supervisión
- Evaluación
- Financiador subsidiario³⁹⁰

En salud este proceso no se ha concretado en su totalidad, tiende a centralizar las acciones en los municipios, y departamentos. Lamentablemente no se ha incorporado ninguno de los elementos en mención al nivel práctico o de la realidad. Esto facilitaría los procesos de protección social para los grupos de población desprotegidos como en el caso de la economía informal, porque el mismo proceso incluía la descentralización por medio de:

- Corporaciones Municipales
- Organizaciones civiles no lucrativas
- Organizaciones no gubernamentales
- Comités pro-mejoramiento
- Patronatos, asociaciones o fundaciones locales
- Otras organizaciones comunitarias

El sector de la economía informal sería beneficiario directo si estos entes establecieran espacios propios administrativo-financieros, para atención de sus demandas de salud.

³⁹⁰ *Ibíd.*: 5-6

Se trata de un proceso de articulación en funciones prácticas que abarca las dimensiones interdisciplinarias de poner en práctica tanto los conocimientos de la salud pública como su obligación legal, como lo establece la Constitución Política de la República en materia de ordenanza de descentralización, contenidas en los artículos 119, 134, 224, 225 y 257.

Este proceso es viable en el país por tratarse de un Estado regido por una democracia, que no es únicamente un modelo político sino una interacción, como lo establece el concepto mismo de democracia, comprendida como régimen de acción política "*...nació en Atenas con las reformas políticas introducidas por Clístenesa finales del siglo VI AC. Los principales sustentos de la Democracia Griega descansaba en la idea: de que todos los ciudadanos son iguales y que es preciso tomar las dediciones y resolver los desacuerdos mediante el voto mayoritaria*",³⁹¹ es transferible durante la historia misma del Estado. El concepto es válido en el presente siglo XXI.

Guatemala vive bajo el régimen de gobierno democrático como se explica en el párrafo anterior. El Gobierno ejerce su poder sobre unos 12 millones de habitantes, distribuidos en 22 departamentos que comparten identidad multicultural con idiomas como: "Q'eqchi, Pocomchi', Rama k'iche', Sikapense, Sakapulteko, Tz'utujil, Kaqchiquel, Uspanteko, Achi, Rama Mam: Mam, Tektiteko, Awakateco, Ixil, Rama Q'Anjob'Al: Popti, Akateko, Q'anjob'al,

³⁹¹ Edelberto Torres Rivas, Fuentes Juan K. "*Etnicidad y Seguridad*", (Guatemala: Sin Editorial, 1999): 120-123.

Chuj, Rama Chol: Ch'orti, Rama Yucateka: Mopan, Itza, y rama de Garífuna. La diversidad y complejidad poblacional se unifica bajo la protección social del Estado.

El Estado de Guatemala, encargado del bien público, orienta sus actividades hacia la consecución del mismo. Lleva sobre sí la preocupación de todos los fines que interesan a la sociedad en todos sus planos. El bien público que debe realizar el Estado consiste en establecer el conjunto de condiciones económicas, sociales, culturales, morales y políticas necesarias para que el hombre pueda alcanzar su pleno desarrollo incluyendo la salud.

Se debe promover nuevos esquemas de atención, que atiendan a la metodología propicia para la atención de las demandas de salud de la economía informal guatemalteca, buscando innovaciones que puedan partir de seguros populares, esquemas de aseguramiento accesibles de beneficio colectivo, otorgándole a las instituciones autonomía en su actuación para lograr eficiencia en las entidades y el mejor cumplimiento de sus fines.

9.5. GLOBALIZACIÓN Y COMERCIO INFORMAL: UN ESCENARIO A PONERLE ATENCIÓN

Cuando se trata el tema presente se tiende a pensar en apertura comercial sin límites, competitividad, productividad con calidad, e innovación

tecnológica, y social, pero estos temas son de preocupación para cualquier sector dedicado a la ciencias sociales.

Así lo explica el sociólogo José Miguel Candida "*...la preocupación por el futuro del trabajo humano no es nueva. La discusión sobre las condiciones actuales del mercado laboral y en particular el debate acerca de la no centralidad del mundo del trabajo en relación a otros espacios de la vida social se ha ido entrapando en dos posiciones extremas.*

*Uno de estos enfoques afirma que la humanidad esta viviendo un proceso cuyo hilo conductor es el ingreso en la sociedad del no trabajo. La otra línea de análisis sostiene que aún admitiendo la validez empírica de fenómenos como la incorporación de nuevas tecnologías, la crisis de los principios for-Tayloristas de administración del trabajo y la desregularización del mundo labora".*³⁹² La disminución del empleo convencional y la reducción de las ocupaciones asalariadas representan una tendencia subterránea que está destinada a ser dominante en las próximas décadas.

Los dos enfoques expuestos derivan hacia conclusiones unilaterales. El autor, por su parte, entiende que el trabajo sigue siendo marcadamente constitutivo de la conciencia social y de las acciones colectivas, pero que se despliega en un contexto de mayor vinculación con elementos de naturaleza

³⁹² José Miguel Candida, "*Globalización y Trabajo hacia un Mundo sin empleo* / Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Pista No.12, 2004". UNAM Octubre 20 2006 www.mundodeltrabajo.com

cultural es por ello que es temática preocupante para cualquier nación, porque el cambio laboral se impone frente a las condicionantes de patrones externos.

Por ejemplo expone el Sociólogo Miguel Candida que *"...en enero del 2004 la OIT dio a conocer un informe en el cual señala que el desempleo en el mundo es de casi 190 millones de personas, en todo el mundo. El comportamiento del empleo formal es francamente raquítico, aún en aquellas economías capitalistas que experimentaron recuperación en el segundo semestre del 2003.*

*El problema de las personas que laboran en la economía informal estriba en que ven limitado su espacio de desarrollo y no poseen las condiciones de capital, de tecnología, de formación para incorporarse a la globalización como oportunidad de desarrollo económico".*³⁹³

*¿Es necesario recordar que la globalización presenta efectos sociales diferenciados sobre la economía dependiente en detrimento de los más pobres, es válido preguntarse porque se establece esto?*³⁹⁴

³⁹³ José Miguel Candida, "Globalización y Trabajo hacia un mundo sin empleo / Facultad de Ciencias Políticas y Sociales", *Revista Pista* No.12,2004.UNAM www.mundodeltrabajo.com (20 Octubre 2006)

³⁹⁴ PNUD, Informe "Estado de la Región, en Desarrollo Humano Sostenible" (San José: Sin Editorial, 1999): 154.

1. La apertura comercial y el ajuste estructural, propios del actual proceso de globalización han creado un marco desfavorable para la producción agropecuaria (porque en los países desarrollados estos procesos están subsidiados)
2. La importación de alimentos y materia prima barata ha reducido la rentabilidad y agudiza la competencia de productos básicos.
3. La retirada de los Estados de algunas de las funciones que antes desempeñaban.

Como el redimensionamiento y la desaparición de empresas estatales, han creado importantes vacíos institucionales que no han sido llenados por el sector privado, y se ha observado en diversos países que existe igualmente una regresión tecnológica de la agricultura campesina.

Estos elementos de juicio son preocupantes para la población guatemalteca donde aún predomina la producción primaria, con individuos que no pueden incorporarse al empleo formal, que tienden a ajustarse a medios que les permitan sobrevivir. El problema de la globalización es que provoca concentración y centralización económica de sectores en mayor ventaja económica-tecnológica. Las personas que no logran incorporarse al sistema mismo de producción y competitividad, se ven excluidas socialmente.

Lo anterior obliga a las personas marginadas a refugiarse en el llamado sector informal, trabajando únicamente para subsistir, sin esperanza de gozar de prebendas y prestaciones sociales ni a corto, mediano o largo plazo.

Los efectos que pueden generar el desempleo dentro del contexto de la globalización económica, apuntan de acuerdo a los analistas, que se espera grandes estallidos sociales de violencia delictiva, debido a la falta de ingresos financieros que proveen a las familias de los satisfactores de las necesidades fundamentales, en consecuencia los desajustes sociales vienen motivados por el desempleo y subempleo.³⁹⁵

Lo importante es establecer estrategias que reduzcan el problema, porque en los países subdesarrollados como Guatemala, aún se logra cierto desplazamiento, como por ejemplo el caso de los empresarios que compran y venden neumáticos usados (importados de segunda) y eso los hace pensar que están globalizados, sin darse cuenta que *"están precisamente en el mercado marginal, de desechos, donde actúen los que ya no lo pueden hacer en el mercado de primera mano"*.³⁹⁶

¿Pero qué va a suceder con estos sectores informales cuando ingresen en forma masiva, con protección arancelaria, y en mayor ventaja competitiva

³⁹⁵ Anónimo, revista Económica No.137 *"Política Económica y Pobreza"* (Guatemala: Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de San Carlos, 1998): 1-21.

³⁹⁶ *Ibíd.*:20-21

productos nuevos de mejor calidad? Esto en países desarrollados es motivo de análisis, y establecimiento de estrategias para evitar el desempleo y crisis.

En el ámbito del concepto mismo de la informalidad se puede crear una falsa imagen en el sentido de que se puede pensar de que dentro de la economía globalizada se pueden ver sectores de la población que laboran y no son grupos desempleados. Esta doble imagen es una falacia porque bajo esa dicotomía entre la formalidad y lo informal, existe problemas conceptuales inclusive respecto a la vaguedad y las pluralidades de las definiciones de la economía informal, aparte de la dificultad de medir algo que no está bien definido, y que puede confundir.

En el caso de Guatemala la economía informal está integrada por grupos insertos en actividades desarrolladas por cuenta propia con poca capacidad competitiva, seres humanos que sobreviven a la adversidad de la no inserción al proceso productivo pleno, porque sus características como:

- Baja organización
- A veces registran bajos niveles de ingresos
- Ausencia de recursos económicos para superar sus micro negocios³⁹⁷
- Y sobre todo el ser o no calificado para desarrollar ciertos trabajos con destrezas

³⁹⁷ Anónimo, revista Económica No.137 "Política Económica y Pobreza" (Guatemala: Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de San Carlos, 1998): 24.

Con estas cuatro características mínimas se puede decir que el significado de globalización requiere condicionantes que impacten el desarrollo del país que parte desde las capacidades individuales para hacer frente al proceso. Otra variable a considerar son los convenios de trabajo que se puedan desarrollar dentro del país como que las empresas que generan trabajo utilicen normas formales.

Hay una preocupación para los especialistas en la temática de la informalidad en relación a la globalización, como lo evidencia el pensamiento de la economista Kristina Flodman,³⁹⁸ y es el hecho de que son las ciudades donde básicamente se asientan los informales, desprovistos de sus derechos económicos básicos y de tener voz. A pesar de que no todos los pobres son informales, casi todos los informales son pobres.

Sí la globalización, centrada en producción de mercado no identifica estos sectores como productores, son invisibles para el proceso del propio Estado el que debe velar por el cumplimiento de las leyes para que los sectores privados agreguen, a los derechos económicos los derechos de protección en salud y bienestar para superar las crisis que puedan enfrentar los sectores informales.

³⁹⁸ Kristina Flodman, Globalización, <http://www.ilo.org/public> (21 Octubre 2006)

En Guatemala las expectativas de apertura ante el nuevo proceso son de optimismo para algunos sectores, pero existen condiciones como el subempleo,³⁹⁹ que no debe confundirse con el desempleo, que es un trabajo parcial. De acuerdo con la Quinta Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos, ENEI, se revela que el 16.25% de la PEA está bajo esta condición.

Tres de cada diez guatemaltecos que buscan trabajo activamente no lo encuentran (3.1% es la tasa de desempleo abierta). Lo alarmante, según Sigfrido Lee, Gerente General del Instituto Nacional de Estadística (INE), es la calidad de empleo que se ofrece, pues de los 4.9 millones que tienen trabajo (PEA) unos 811 mil 136, que representan un 16.25%, están subempleados (personas que involuntariamente trabajan menos tiempo de la jornada laboral legal, cuarenta horas semanales).

La informalidad es otro sector preocupante. La encuesta reporta que 7 de cada 10 trabajadores, no cuenta con seguro social, servicios médicos, capacitación y recreación. La encuesta en mención puede ser útil para derivar políticas de educación en unidades laborales.

La encuesta también señala que 74% de los trabajadores guatemaltecos no llegó al nivel secundario, el país no está preparado para enfrentar los retos y la competencia derivados de la globalización, como sucede con el convenio que esta vigente: el Tratado de Libre Comercio (TLC) con Estados Unidos, que demanda capacitación laboral de los trabajadores. Ese es un primer elemento de desventaja en Guatemala para el sector de la economía informal; otro es el

³⁹⁹ Centro de Investigaciones Económicas Nacionales, "*Estimación de la Magnitud de la Economía Informal en Guatemala*", (Guatemala: Sin Editorial, 2001): 1-15.

no contar con tecnología para producir. Sólo con estos dos factores se identifica la desventaja frente al proceso en vigencia.

Se debe recordar que lo que se pretende, ante todo, es la globalización, una nueva herramienta del capitalismo para impulsar dentro de cada país que acoge dicho sistema al menos tres cuestiones fundamentales: a) Una tendencia liberalizadora en la legislación laboral b) Privatizadora respecto de la acción económica del Estado y c) Fuertemente restrictiva de los beneficios sociales adquiridos por el estamento mas necesitado.⁴⁰⁰

Bajo la sombra de estas cifras se hace necesario establecer medidas de intervención estatal para solucionar el problema, hacer valer así su carácter su propuesta de políticas públicas en beneficio del sector informal, cuyo carácter debe tener acciones que sean de importancia para la población afectada, y esta a su vez será un agregado importante dentro del conjunto de la sociedad.

9.6. LAS BARRERAS DE LA SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA: ASPECTOS A PONERLE ATENCIÓN

Cuando se trata la temática de barreras en salud, es un poco difícil conceptualizar por qué las mismas tienen diferentes elementos que las hacen

⁴⁰⁰ Joan Ginebra, "La Trampa Global", (Guatemala Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de San Carlos, 1999): 4

constituirse en dificultades o limitantes a un sistema de salud. Esas limitantes pueden ser del carácter propio de la persona, del entorno político y social imperante, o mera ausencia de oportunidades, lo que deriva en exclusión social.

En Guatemala existen leyes específicas que establecen el quehacer de la salud como el Código de Salud, que en su Artículo 4, enfatiza que es obligación del Estado velar por la salud de sus habitantes bajo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad.

En el Artículo 4 se explica la prestación de los servicios en especial a sectores de bajos ingresos económicos, y en el artículo 17 el Código establece, como una función vital del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el formular políticas nacionales de salud, dictar medidas a través de leyes y reglamentos para la protección de la salud de sus habitantes, desarrollar acciones de promoción, prevención, recuperación, y la rehabilitación de la salud, siendo estos elementos legales los principales aspectos que deben permitir el acceso de la población al sistema de salud.

Existe diversidad de aspectos que limitan el acceso a la salud provocando exclusión, se ha comprobado que de acuerdo a estudios realizados existe una relación de variables entre pobreza y exclusión considerado una barrera de gran magnitud en el contexto nacional.

La pobreza de un país es el elemento más dañino para la población que experimenta dicha patología social; limita no solo el acceso a lo económico sino afecta todas las esferas y posibilidades de libertad que debe experimentar la persona: la seguridad y el pleno goce de decidir sobre su futuro como ciudadano se ven vedados. Y por falta de conocimientos, los actores no ejercen sus derechos ciudadanos.

El acceso a la salud en el contexto nacional, está demostrado por los estudios respectivos, ha dependido en buena parte por los ingresos que percibe el hogar, y la responsabilidad de solventar los problemas de salud de los núcleos familiares compromete parte del presupuesto familiar. Así lo demuestra el gasto en salud registrado por cuentas nacionales.

En Guatemala la inversión en salud es directa en consultas al sector privado, farmacias y seguros. Pero el principal proveedor de salud es la farmacia, prueba de ello es la popularidad y facilidad de apertura de farmacias tipo popular con consultorios médicos anexos a nivel de todo el país, desconociéndose hasta el momento la efectividad y funcionalidad de dichas unidades, lo que es motivo de estudio para otro momento.

Otra barrera derivada de la pobreza es el analfabetismo que muestra la relación directa entre el menor grado de estudio y el mayor daño en salud, en

especial en los grupos materno infantil. A mayor grado de estudio mayor comprensión de la problemática de salud y mayor facilidad de seguir instrucciones de protección específica.

Otra barrera es la ausencia de mecanismos básicos de acceso al agua potable, deplorable para la salud humana, así como la ausencia de condiciones idóneas de vivienda, saneamiento del medio, y lugares de esparcimiento. Estas carencias aumentan las brechas de desigualdad y equilibrio en la salud.

Otra barrera se da cuando existen procesos de crisis económicas experimentadas inclusive en países desarrollados "*...las reformas económicas implementadas en la mayoría de los países del mundo no sólo no trajeron consigo el progreso esperado, sino que durante este período aumentó la pobreza, empeoró la distribución de ingreso y se acrecentó la diferencia entre ricos y pobres*",⁴⁰¹ una realidad válida para el medio nacional, y que cada día se acrecienta provocando el desempleo y subempleo invisible para muchos.

Las barreras de todo tipo son el peor flagelo para la salud y en Guatemala se ha demostrado que la subutilización de los servicios de salud tiene una explicación por falta de pertinencia cultural, la cosmovisión de salud-

⁴⁰¹OPS/OMS, "*Exclusión en Salud*, en países de América Latina y el Caribe, Serie No.1 Extensión de la Protección Social en Salud" (Washington D.C.: Sin Editorial, 2003): 1-11.

enfermedad que posee la mayoría de población, que está arraigada a su pensamiento es diferente a lo impulsado por el contexto formal estatal.

Es importante retomar este componente y adaptarlo al sistema de salud en un medio de integración de los elementos humanos que facilitan procesos de protección, basados en la interrelación de elementos de orden social, religioso, ambiental, que predominan en el pensamiento popular para complementar los modelos propios de salud que impulsa el sistema de salud pública.

Las políticas de salud no pueden desarrollarse si no se cambian las estructuras que sostienen al país. Es querer forzar la realidad visible para unos cuantos, pero que no es común para todos: Los procesos en salud pública deben nacer desde el mismo pueblo, y sentirse como una convicción propia, debe darse libertad total de elección para que cada pueblo elija la modalidad de salud aceptable de acuerdo a sus intereses.

9.7. ETICA PÚBLICA EN SALUD: UNA RESPUESTA PARA EL SECTOR INFORMAL

La mayor transparencia y responsabilidad de los gobiernos⁴⁰² en Guatemala se hallan ligados a aspectos tales como:

- Reforma de la administración pública
- Descentralización
- Reforma judicial
- Sistemas que garanticen la aplicación coherente de reglamentos
- Fortalecimiento de las instituciones para mejorar los controles financieros
- Mejoramiento de los mecanismos de compra del Estado⁴⁰³

Lo preocupante, para hacer una práctica con justicia de parte del Estado, es que en la actualidad existe la tendencia pragmática que desvincula la justicia social, actuando con la visión de alcanzar objetivos sin importar los medios.

En salud este enfoque crea una tensión entre las perspectivas teóricas y la práctica poco vinculante con la realidad; lo idóneo es establecer una salud pública integradora con las necesidades de la población, por medio de la cual

⁴⁰² BID, *“Ética, moral pública y lucha contra la corrupción en Guatemala”* (Guatemala: Contraloría General de Cuentas 2004): 7-14.

⁴⁰³ *Ibid.*: 15

el Estado debe asegurar el crecimiento de la economía a fin de ofrecer mejores niveles de vida a los ciudadanos.

La base para orientar dicho proceso lo establece el gasto público y la inversión del Estado. Guatemala ha avanzado lentamente en materia de salud, incorporando procesos de modernización que no responden a la conducción global de sus acciones para garantizar una eficiente formulación, aprobación, implementación, descentralización y evaluación de sus políticas públicas.

Las brechas existentes que generan las desigualdades imperantes en el país, son el escenario propicio para experimentar las lesiones más dañinas en la población más vulnerable al daño: los subterráneos de la economía informal.

No contar tanto con empleo permanente y educación de buena calidad, así como falta de atención a los problemas de salud, generan dentro del sistema una contradicción entre lo que se pretende otorgar por las instituciones de salud pública y la demandas reales de los grupos. Es aquí donde la ética pública cobra sentido respondiendo al compromiso de un gobierno que basa su eficiencia en ayudar a la gente a que descubra y satisfaga sus preferencias colectivas, el responder oportunamente a las demandas sociales, compartiendo los procesos con la población misma para asumir responsabilidades compartidas.

En salud es imperativo el respeto a las decisiones del usuario. Se debe adoptar este principio por el sistema mismo de salud pública, es decir, la capacidad de la persona para funcionar en una sociedad en libertad de elección, para ser y hacer bajo un clima de respeto. Debe adoptarse el concepto de equidad "*...es sinónimo de igualdad de los resultados sociales (o distribución social) para que sea verdad no sólo tiene que estar disponible sino que las personas deben tener la capacidad de aprovecharla, bajo el ejercicio de distribución social igualitaria*".⁴⁰⁴ el cual debe guiar todo el funcionamiento de proceso, transformación y resultado que implica la salud pública.

Tendría que responder a la normativa ética de distribución de los logros del crecimiento económico (incluyendo la salud, educación, trabajo digno, etc.), y sobre todo hacer palpable la fiscalización del gasto. Porque lo importante es mantener una ejecución presupuestaria que responda a las demandas de integralidad, de solidaridad (como componente de modulación de la financiación) y no en gastos que responden a intereses sectarios que no se pueden controlar.

Para mayor comprensión se considera oportuno el pensamiento del economista Ivan Ureta Vaquero, quien expone que el acto voluntario y racional, que piensa finalmente bajo supuestos no relativos, es también justo. Mientras que de forma opuesta, lo que no es racional y en su irracionalidad instrumentaliza el modo de acción se basa en un principio de injusticia, ya que

⁴⁰⁴PNUD, Informe "Estado de la Región" (San José: Sin Editorial, 1999)P163.

persigue un interés que saca provecho de la desigualdad, según pensamiento griego .

En la práctica es imperativo orientar a la ciudadanía para que haga uso de sus derechos en materia de fiscalización social, y de demandas de salud, como lo explica el economista Amartya Sen, “...esa capacitación comienza por lograr que todos tengan un acceso a ciertos ‘funcionamientos’ elementales, tales como el tener una buena salud, o como poseer una buena educación que en realidad les permita a los individuos aprovechar las oportunidades que el sistema genera”.⁴⁰⁵ Lo importante es hacer valer y asegurar el derecho al goce de los beneficios del crecimiento económico.

9.8. CONFORMACION DE REDES DE SOLIDARIDAD: PARA LOS INFORMALES

La solidaridad es una condición que responde a las necesidades de satisfacer un conglomerado social. En respuesta a esto, las personas obtienen recursos interrelacionándose, y estableciendo mecanismos de trabajo dentro del grupo para alcanzar un fin común. En el campo de salud pública el ser humano es el principal elemento que busca atender entre la montaña de dificultades sociales, económicas etc., es el átomo de energía del sistema, su principal actor.

⁴⁰⁵ Michael Parkin Et Al “*Macroeconomía versión para Latinoamérica*”,(México DF: Addison, 2001): 199

Lo que se busca es satisfacer sus necesidades de salud producto de un estado de desequilibrio, cuando entre lo que se posee y lo que se desea poseer hay una grave y se abre un espacio para que el agente de daño se incorpore.

Los sectores de la economía paralela en Guatemala se han significado por la inserción laboral de acuerdo a su adscripción étnica, posibilidad de pertenencia o no de tierra para producir, como primer elemento de subsistencia.

Falta un proceso de educación porque no se llega a completar la primaria, por lo que aparecen las opciones de trabajar en puestos que no necesitan mayor capacitación. Este es un patrón que marca la informalidad.

Lo que sobrepasa los límites de la preocupación en materia de salud pública es el crecimiento de sectores de este tipo que no tienen respuesta concreta de protección en salud. Los indicadores en Guatemala informan de mayor incidencia de personas que trabajan en este sector, así se tiene a nivel nacional los siguientes porcentajes:

Las formas de producción, donde lo tradicional pasa a un segundo plano, son un hecho omnipresente “desde la tienda de la esquina, la tortillería de la cuadra, la venta de leche de cabra en las calles, el vendedor de

periódicos, el vendedor de frutas, el agricultor de maíz o tomate en el mercado o su parcela, el vendedor ambulante de CDS piratas frente a las avenidas".⁴⁰⁶

Pero todos los seres humanos que merecen vida digna junto con su familia y tienen derecho a un espacio social de protección en salud en especial en la niñez (los hijos de las personas que se incorporan al trabajo informal) tanto individual como colectiva, para enfrentar los daños que en un momento dado puedan presentar en su salud física y mental.

9.9. REFLEXIONES FINALES: FUTURO DE LA SALUD PÚBLICA Y EL ACCESO DEL SECTOR INFORMAL A LAS POLÍTICAS EN SALUD

La salud pública de Guatemala, tiene un nuevo desafío: la atención a los grupos laborales paralelos, que en su gran mayoría experimentan la pobreza a nivel familiar, dependen del ingreso de un trabajo desempeñado por el número de ocupados en el hogar (núcleos familiares).

Es evidente que prevalece en tales grupos una inequidad en el acceso a los servicios básicos de salud. Aún quedan aspectos por superar, como el acceso al trabajo digno, mejorar las condiciones de indicadores básicos de salud, de educación, y sobre todo, el factor de desarrollo humano el cual debe ser una realidad a corto plazo.

⁴⁰⁶ Diccionario de Economía, definición de componentes de economía informal <http://www.cien.org.gt> (23 Octubre 2006)

La contribución que este estudio desea generar para la atención del sector de la economía Informal se ubica en una posición ontológica, porque la autora considera que el ser humano debe sentirse plenamente realizado y protegido durante todo su ciclo de vida, independientemente de su condición social, étnica, política.

En un sector tan vulnerable, debe sentirse el quehacer del Ministerio de Salud Pública o de otras entidades que proporcionen atención en salud a dicho sector. Y debe ser evidente que su dinámica como institución pública se centrara en el termino paciente "...derivado del verbo Latino que significa 'padecer'"⁴⁰⁷ y recordar siempre que es son seres humanos los que reciben asistencia la persona.

Se insiste en este estudio en la aplicación de la reforma de salud, con una identidad colectiva para el sector informal, que despierte en este grupo la pertenencia grupal (redes de solidaridad) a fin de alcanzar un bien común como lo es la salud.

⁴⁰⁷ Smeltzer Suzanne C. Et Al, *Enfermería Medico Quirúrgica de Brunner y Saddarth* (México DF, McGraw Hill, 2000): 834.

PARTE IV ANALISIS DE LOS RESULTADOS

- ❖ **ANÁLISIS, ENTREVISTAS:** desde el punto de vista cualitativo

- ❖ **ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS:** desde el punto de vista cuantitativo

- ❖ **PROPUESTA**

- ❖ **CONCLUSIONES**

10.

ANÁLISIS ENTREVISTAS DESDE EL PUNTO DE VISTA CUALITATIVO

En el presente capítulo se hace un análisis cualitativo de la investigación realizada, que se desarrolló aplicando técnicas de observación, entrevista a entes claves, y se complementó con un método cuantitativo como lo es la encuesta, que se sometió a validación con personas de la economía informal que laboran en el Mercado del Guarda, zona 11, y el trabajo de campo que se efectuó en el Mercado San José Mercantil zona 7 de la Ciudad Capital.

10.1 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El presente trabajo trata de acercarse a una realidad que se percibe diariamente en cualquier avenida central, colonias, barrios de la ciudad capital donde a diario se observa gran cantidad de personas incorporadas a la economía informal. En el medio nacional se han realizado estudios de dicho fenómeno, pero desde una perspectiva de análisis financiero-económico, no desde una perspectiva de las necesidades básicas de dicho sector, específicamente en salud. A pesar de que existe un sistema estatal de salud

pública hasta el momento se desconoce qué barreras limitan el acceso a la atención en salud para dicho sector poblacional.

En este capítulo se pretende realizar dos análisis principales:

- Analizar cómo se contextualiza la población de la economía informal dentro de un marco de legalidad administrativa por el ente coordinador que es en este caso la Municipalidad de Guatemala.
- Analizar la respuesta social existente en el medio para la satisfacción de las necesidades de salud de dicha población

10.2 LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Para el presente estudio se incluyen tres categorías centrales en relación con el contexto y entorno laboral del sector de la economía informal bajo estudio, categorías que se complementan con la parte cuantitativa del estudio en mención:

- Condiciones de salubridad laboral
- Accesibilidad a las unidades de salud pública
- Condiciones de riesgo laboral (riesgo ocupacional, violencia, delincuencia, etc.)

10.3 VARIABLES E INDICADORES ANALIZADOS

Para el estudio se diseñó una encuesta de 20 preguntas que se centran en identificar cual es la percepción de dicho sector en relación a la identificación

de barreras para contar con atención en el sistema de salud estatal y disponibilidad para aceptar un modelo propio para dicho sector informal.

Las variables que se analizaron fueron:

Independiente:

- Percepción de las barreras de acceso al sistema de salud del sector de la economía informal.

Dependientes:

- Acceso al sistema de salud pública
- Principales obstáculos en la prestación de servicios públicos
- El papel que ha desempeñado la salud pública en beneficio de dicho sector
- Los componentes legales de protección para dicho sector poblacional
- Disponibilidad económica del sector informal para establecer alternativas de solución viables.

10.4 MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

Se selecciono al azar dentro de la organización de la economía informal, y autoridades municipales administrativas que coordinan y dirigen la función administrativa de los mercados.

10.5 LA OBSERVACIÓN

En la presente investigación se utilizó la observación participativa en el área de estudio para obtener una información precisa mientras las personas permanecen en su área de trabajo, además se consideró vital cuando se realizó la encuesta, observar conductas que reflejaran cómo las personas abordan la problemática de demandas de atención en salud.

A través de esta modalidad se permitió describir el grupo social inmerso en la investigación y las escenas de cotidianidad del ambiente laboral encuestado durante un año de contacto con dicho sector laboral.

Durante el proceso de observaron aspectos concretos como la identificación física de los condicionantes del medio de trabajo en que se encontraba inmersa la población laboral. Todos comprenden que dentro de los determinantes de la salud se ubican las condiciones físicas que rodean al ser humano, que pueden ser factores propicios para el desarrollo de procesos de enfermedad al desempeñar sus funciones laborales (salud laboral).

10.6 ANÁLISIS DE LA OBSERVACIÓN

Se comprende que dentro de los determinantes de la salud se ubican las condiciones físicas que rodean al ser humano, que pueden ser factores propicios para el desarrollo de procesos de enfermedad. Analizando estos factores se puede establecer que no toda la población que labora en el mercado, tanto en

locales internos como los de los sectores de desbordamiento, poseen condiciones mínimas de salubridad:

10.6.1 Disponibilidad de agua:

El agua es considerada elemento vital de limpieza y de mantener un grado de salubridad dentro de los inquilinos del mercado. No todos los inquilinos tienen acceso al vital líquido, a excepción de los locales internos de primera categoría (vendedores de carnes, productos marinos, y lácteos) que poseen desde locales con piso cerámico hasta la instalación de agua corriente con un contador municipal. El acceso a los baños, de carácter público y de pago (Q1.50). Las fuente de agua potable, luz y acceso a drenajes para el uso de las unidades de agua local, son restringidas.

10.6.2 Procesos de saneamiento del medio:

Se observa hacinamiento de locales de madera, propicios a la proliferación de roedores e insectos, lo que fue sopesado en brotes de enfermedades y daño como diarreas, enfermedades producto de contaminación fecal de roedores (leptospirosis), dengue y otros. En especial, porque toda la población laboral está expuesta al daño, y existen niños que trabajan en el mismo sector (por componente familiar en gran parte), y son desde el punto de vista de la salud los grupos vulnerables al daño.

10.6.3 Eliminación de basuras y desechos sólidos:

Se observa que la Municipalidad de Guatemala mantiene un proceso de eliminación de basura pero se necesita educación para clasificar de desechos porque podrían aprovecharse como elementos de generación de abono orgánico o para reciclaje y los fondos recaudados servirían para mejorar los servicios sanitarios para los inquilinos del mercado y evitar pagar por su uso.

No existe educación para la participación activa de los inquilinos para aprovechar los desechos orgánicos en la producción de abono, ni en procesos de reciclaje y utilización de fondos en beneficios del colectivo social que labora en el mercado.

Los focos de desechos observados fueron mínimos en el interior del mercado no así en los sectores de desbordamiento, donde la cantidad de desechos es grande.

10.6.4 Factores de disponibilidad de acceso a entidades de salud interna:

Al área física de ubicación del mercado se llega por la calzada San Juan por el Hospital Roosevelt, por el Centro de Salud de la colonia Centroamérica y por la avenida sur de la zona 7, con acceso a la calzada del monumento a la Madre que comunica con el hospital San Vicente. Hay que anotar que este hospital no atiende emergencias, ni problemas generales de salud porque su especialidad se centra en problemas

infectocontagiosos. En el mismo sector se encuentra ubicada una unidad del Seguro Social para pacientes infectocontagiosos.

No existen entidades estatales que atiendan problemas de enfermedad común ni emergencias para dicho sector a excepción del Hospital Roosevelt, las entidades privadas como clínicas médicas, las farmacias son las únicas de acceso inmediato a la población del mercado.

Lo anterior es una evidencia clara de exclusión del derecho a la salud porque el acceso físico no es inmediato y se ven obligados a pagar los servicios, generar gastos directos en atención médica y medicamentos para superar crisis que presenten en un momento determinado.

10.6.5 Exposición a factores de riesgo físico:

Se pudo constatar que existen factores de riesgo laborales alrededor del área física del mercado que incluyen:

10.6.5.1 Incendios. Porque el área física es antigua, y existen 15 comedores todos con cilindros de gas propano adentro de cada comercio, hay cables de electricidad suspendidos en el aire entre locales, lo que resulta propicio para cortocircuitos, y los locales en su mayoría son de madera.

10.6.5.2 No existen rutas de evacuación. En ningún lado hay señalización de rutas de evacuación en caso de desastres naturales o provocados por errores humanos.

- 10.6.5.3** Hacinamiento de ventas. Existen tanto dentro como afuera, con menos de un metro de distancia entre los vendedores de todo tipo y entre locales que han sido clasificados como categoría A, comedores con acceso al agua e instalaciones físicas idóneas, ventilación, piso de cemento o cerámico) B, locales con piso pero sin agua; C, locales sin ningún servicio y con entarimado de madera para las ventas.
- 10.6.5.4** Lugar propicio para la delincuencia. Existen 6 áreas de riesgo interno perceptibles por el investigador como lo son callejones existentes al final de los costados del mercado donde se ubican también otras ventas.
- 10.6.5.5** Condiciones propicias para brotes de enfermedades asociadas a moscas. Se observó que no todos los inquilinos internos poseen agua en sus ventas. El resto no posee agua y los vendedores externos no tienen acceso al vital líquido y el uso de baños (sanitarios) mediante pago es una limitante para gozar de agua para mantener la salubridad.
- 10.6.6 Factores de riesgo laboral:**

Se observa a niños y niñas trabajando como vendedores, ayudantes de locales, lo que es una violación al Convenio 138 de la OIT, pero en el país aún no cumple con dichos reglamentos legales porque no cuenta con

mecanismos de regulación y control laboral, que corrijan dicho fenómeno.

Algunas de las personas que laboran en los locales internos sobrepasan los horarios de ocho horas laborables, y desempeñan otras actividades complementarias al trabajo que desempeñan (subempleo visible).

No obstante los riesgos a los que se exponen se observan, en materia de salud, daños por cortaduras, lesiones de columna, problemas de salud mental (porque el área laboral no posee ningún espacio libre de ruidos y de contaminación auditiva o visual). Así como accidentes de tráfico por el área de congestionamiento peatonal y circulación vehicular, que incluye el paso de autobuses hacia y desde las colonias de la zona 7.

10.7 OPINIÓN DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA

Al inicio del acercamiento para la investigación de campo el grupo, mostró desconfianza porque la presencia de extraños a su trabajo, en especial cuando se realizan estudios de esta naturaleza porque lo asocian a procesos de sondeo de entidades para privatizar los mercados. Se les dio una explicación y la investigadora se vistió con una bata blanca y portó la identificación adecuada para ser percibida como miembro de la encuesta sobre salud pública.

Al abordarlos manifestaron que existe interés de la Municipalidad para privatizar los servicios del mercado y adujeron que prueba de ello era la

colocación de unidades de cajeros de BANRURAL (según los entrevistados son propiedad del Alcalde) ubicados dentro de los mercados.

Inicialmente pensaron que el estudio lo promovía la Municipalidad para aumentar el pago de los locales, por lo que hubo resistencia, pero luego de acudir a la ayuda del administrador, señor Mynor Hernández, para aclarar dicha situación, y de dar explicaciones a la presidenta del Comité del Mercado San José, el acercamiento se logró y así como la colaboración para recabar la información que motivo de análisis en los siguientes aspectos, manifestados por los vendedores (se tocarán los aspectos más sobresalientes porque más adelante se abordan los detalles):

Los vendedores expresaron sus puntos de vista sobre el sistema de salud, por qué no acuden al sistema de salud pública, o por qué sí lo utilizan, y la necesidad de que la Municipalidad intervenga como garante de la salud de la comunidad.

Estos son los intereses de los vendedores:

- Interés de mejorar sus áreas de trabajo
- Contar con unidades de salud y hospitalito ubicado en la misma cuadra del mercado, anexo a las áreas verdes, en lugar de cajeros automáticos.
- Ampliar las instalaciones por el hacinamiento existente
- Que la Municipalidad mejoren las condiciones laborales

- Que la Municipalidad responda a sus demandas de salud.

10.8 RESUMEN DEL ANÁLISIS CUALITATIVO

El sector de la economía informal, conocida bajo varias formas conceptuales como actividades ilegales de compra y venta de mercancías, mundo subterráneo, vendedores callejeros, estratos de producción urbana, mercado negro, aunque el término es amplio, es en realidad el reflejo del sistema de producción imperante donde predomina el derecho del capital, en segundo plano está el trabajo y un peldaño más abajo las persona o la población en general, que no cuenta con protección legal alguna.

Es un trabajo invisible para el Estado porque no se registra en las cuentas nacionales ni es objeto de medida estadística como indicador socioeconómico. Los expertos en las ciencias económicas indican que es un fenómeno derivado del sistema de producción que se conoce muy superficialmente.

El análisis de este fenómeno incluye la muestra, que permite contrastar componentes del tipo de trabajo realizado, grado educativo, condición de género, edad, inmigración, así como factores específicos de salud como expectativas de atención en salud.

El sector informal del mercado San José se observó como un grupo que labora con el firme propósito de obtener un ingreso mínimo que cubra sus necesidades de existencia individual y familiar, sin derecho a nada más que a la venta de productos que satisfacen en pequeña escala la demanda del resto de la población. En ocasiones parecen ser invisibles ante el predominio de las producciones y venta a mayor escala. El reto que demandan estos sectores poblacionales es silencioso, y participan en formas de trabajo que son parte del panorama "normal" de la vida cotidiana. Para atenderlos es preciso tener una sensibilidad que vaya más allá del horizonte actual del Estado como ente protector máximo.

El presente estudio se centra en la percepción que tienen las personas que laboran en este sector, en relación con las barreras que limitan su acceso a los servicios de salud pública y asistencia social.

El concepto de la salud en el estudio es una acción compartida entre el sector privado, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y el MSPAS porque el otorgar salud es un elemento no común que se torna excluyente de algunos sectores de la población nacional. Y se comprende que persistan segmentos poblacionales que no alcanzan dicha práctica a pesar de que existen esfuerzos de parte del sistema de salud establecido.

10.8.1 ENTREVISTAS, PARTE DEL ANÁLISIS CUALITATIVO

El proceso se asienta en la aplicación de entrevistas estructuradas, basadas en los objetivos de la investigación, a entes claves institucionales y se optó por esta modalidad por tratarse de personas sumamente ocupadas, con limitaciones de tiempo, pero que en todo momento estuvieron en la mejor disposición de contribuir al estudio.

Fueron encuestados las autoridades municipales de la Central de Abastos, considerado el ente rector de los mercados municipales, el Jefe de Mercados de la Municipalidad de Guatemala, y el Director de la Central de Mayoreo, CENMA.

En relación con la descripción de las personas que laboran en la economía informal bajo la administración municipal, explicaron que este sector es parte de la producción nacional y que son vistos como productores importantes por la Municipalidad de Guatemala.

En la actualidad se tiene un registro de 18,870 personas autorizadas legalmente para trabajar en los mercados del municipio (contabilizados mediante el pago de tarjetas).

En el componente de descripción laboral se identifican por categorías de ventas. Tipo A, es de primera categoría (los mayoristas). Además, existen

categorías de mercados: Tipo A para los de venta por mayoreo, muy grandes; Tipo B, para abastecer a pequeños sectores poblacionales; Tipo C, para áreas perimetrales.

En cuanto al proceso de organización de los inquilinos, la encuesta explica que existen los comités únicos de mercados que tienen funciones de seguridad, salubridad (cumplir con las exigencias del Código de Salud para las ventas). Y los indígenas cuentan con una directiva que elegida en forma democrática.

En cuanto a si la población informal que labora en los mercados cuenta con acceso a salud que por medio del banco BANRURAL se promociona una clínica médica a la que se accede teniendo como requisito el ser cuentahabiente del banco, a la que se puede acceder al cabo de 6 meses.

Explicaron que la Municipalidad tiene un cobro por derecho de piso en los mercados de Q0.50 centavos por metro cuadrado. Son precios y tarifas simbólicos, pues son para gente de escasos recursos (un local de 10Mts. cuadrados paga por día Q5.00 y al mes Q 150.00).

Las personas de la economía informal identifican como barreras de acceso al sistema público de salud los siguientes aspectos:

- Tiempo, considerado un factor determinante para movilizarse a una institución de salud en caso de estar enferma la persona. Ese tiempo es visto como pérdida porque al abandonar su negocio deja de percibir un ingreso, y prefieren continuar enfermos pero en su puesto de negocio.

- La mayoría de las personas que laboran en este tipo de economía proceden del interior de la República por lo que desconocen la ubicación física de las instituciones como centros de salud, hospitales, por lo que no los buscan.

Que la Municipalidad tiene la idea de contratar seguros médicos para que estas personas puedan comprarlos y tener derecho a la atención preventiva o curativa.

En relación a las políticas de atención en salud que el Estado promueve a través de las entidades públicas o semiautónomas para el sector de la economía informal de los mercados exponen que por el momento la Municipalidad únicamente cuenta con la Dirección de Salud pero enfoca su función a la inspección de alimentos, y la clínica médica que se instaló en la Central de Abastos como plan piloto que se piensa extender en otros mercados.

Dicho grupo al entrevistarse refieren que en relación al crédito para que estos grupos atiendan sus problemas de salud se cuenta con un sistema de préstamos proporcionados por el banco BANRURAL y explica que es importante contar con ello para mejorar sus negocios (no se enfoca al componente de salud).

En cuanto a programas permanentes explica el encargado administrativo del Mercado San José, representante de la Municipalidad de Guatemala, que en la actualidad en coordinación con el Ministerio de Salud, se tiene algunos

acuerdos para atender las demandas de salud de la población que labora en dicho sector. Explica que existe una coordinación con el área de salud, que apoya únicamente a los supervisores de saneamiento del medio para la extensión de tarjetas de salud, previo a la apertura de un local o un puesto de venta.

No se establece ningún programa en cuanto a atención integral de los vendedores de los mercados.

De la segunda entrevista realizada se obtienen los siguientes resultados:

Administrador del Mercado San José. Representante de la Municipalidad de Guatemala. Define al sector informal que labora en este mercado como las personas que sin permiso municipal para vender (tarjeta de autorización). Se trata de personas que venden con cierta irregularidad, no a diario, y venden sus productos más baratos que el resto, que se considera formal.

El sector formal es el que vende en dicho mercado y cuenta con una tarjeta extendida por la Municipalidad Capitalina. La tarjeta es considerada un respaldo y por ello las personas que venden en dicho mercado y cuentan con las tarjetas autorizadas se encuentran en la categoría de vendedores formales.

El grupo étnico, según el criterio del Administrador, que tiene más de 5 años de laborar en dicho mercado, lo integran en su mayor parte indígenas que proceden del occidente del país: Quiché, Chichicastenango, Totonicapán, y en su mayoría son vendedores fijos que tienen buen rato de permanencia.

En cuanto a la organización interna explica que se trabaja por Comité. (Se reúnen los días martes y participa el Administrador en la reunión).

En relación a los requisitos legales expone que los mismos son:

- Fotocopia de Cédula de Vecindad
- Boleto de Ornato
- Escrito de petición autenticado por un abogado
- Nota dirigida al Comité (para analizar la petición, y si es procedente se levanta acta autorizándola)
- Nota de aprobación del Administrador del Mercado la cual se eleva a la Central de Abastos para su trámite y permiso respectivos.
- El tiempo de respuesta es indefinido (no existe un parámetro y explica que durante el tiempo que tiene de laborar como administrador no se ha elevado ninguna petición).

Según el criterio de la administración, las personas que laboran en este mercado (San José) cuentan con medidas de salubridad básicas.

Expone ejemplos: los vendedores de carnes expendedores de comida interna cuentan con tarjetas extendidas por inspectores del Ministerio de Salud , y que los locales internos en especial los que expenden carne cuentan con agua, y drenajes. No así las personas que laboran afuera del mismo.

En cuanto a la identificación de problemas de salud de las personas que laboran aquí, expone que es producto de los mismos vendedores que venden comida en mal estado para lo cual, él como interventor, puede acudir a levantar actas y sancionar a las persona por medio del Juzgado Municipal.

En cuanto al criterio de cuales serían las barreras para que las personas que laboran en este mercado tengan acceso a los servicios de salud pública, dice que él cree que interviene la falta de información y cultura de acudir a las instituciones públicas, porque incluso la Municipalidad ha impulsado por su campañas para control de glucosa y colesterol; y las personas no acuden a hacérselos (fuera de la entrevista grabada explica que un factor que probablemente intervino para que acudieran o no fue porque tenían que pagar una suma simbólica). Y otro aspecto es porque las personas refieren que deben dar un donativo en la prestación de servicios de las instituciones de salud públicas y desearían que todo fuera gratis.

En cuanto a si ha observado que las actividades laborales son realizadas por núcleos familiares o individuales, explica que es de los dos tipos, y que cuando la tienda es muy grande cuentan con dependientes. (Establecen una relación de propietario de los medios de producción y del capital se cumple la ley de la dialéctica de la calidad a la cantidad, y de contradicción porque se da un cambio interno crece el negocio -nueva cualidad-, pero que establece siempre una explotación a otro mediante el pago de un salario inferior a lo establecido

por la ley y sin prestaciones de ningún tipo, a pesar de que el dueño ya experimentó la explotación a su debido tiempo, y producen bajo un régimen salarial de carácter individual. Las ganancias son solo para los dueños de los negocios).

En relación a qué esperaría él para la población que labora en el mercado San José de una atención de salud que proporciona el ministerio del ramo (en función del sector informal que labora en este mercado), expone que una mayor información para el inquilino explicando a dónde pueden acudir, y que se le explique lo de las donaciones o que se le dé todo gratuitamente.

Factores externos (aspectos ambientales de salubridad que pueden influir en que las personas estén expuesta a enfermar o sufrir daño) son aspectos propios de percepción en cuanto a la utilización de los servicios estatales de salud, incluyendo las expectativas relativas a la atención de salud de los posibles usuarios.

Aplicando las leyes de la dialéctica, la teoría consultada para el análisis de estos factores, se puede establecer que existe diversidad de formas manifiestas que pueden ser determinantes para que las personas se sientan incluidas o excluidas de la atención en salud. Las alternativas que se expusieron en su proceso de validación fueron aceptadas hubo comprensión para aplicar las mismas en el presente estudio. En este caso específico de la presente investigación realizada con los vendedores informales del mercado San José,

se confirma que a pesar de la existencia tan cercana de instituciones públicas en un perímetro no mayor de 1.5Kms. no acuden al sistema de salud estatal, por motivos económicos, y considerarlo como una pérdida de tiempo. Por lo que les interesa más un sistema de acceso rápido, que proporcione atención individual y familiar, que parte desde una consulta simple hasta procedimientos quirúrgicos y de rehabilitación.

10.9. ASPECTOS A TOMAR EN CUENTA EN LA OBSERVACIÓN Y LA ENTREVISTA

Los aspectos en mención indican que dentro del estudio se evidencia la incidencia de un grupo poblacional variado, con predominio de personas adultas, mujeres, y un grupo poblacional joven, que incluye a niños (vale la pena hacer mención que en Guatemala en la economía de subsistencia se integran los niños).

Los locales internos, considerados de primera categoría por la Municipalidad de Guatemala, son en su mayor parte negocios de carácter familiar o de parejas.

En este proceso de trabajo se marca claramente que los locales internos son de mayor categoría, incluso reconocido por los mismos inquilinos, y existe un predominio de los sectores de desborde (vendedores de frutas, verdura, ropa, venta de elementos para el hogar).

El estudio mostró que tanto en grupos mayas como ladinos, el comportamiento de incorporación a dicha forma laboral fue muy similar. La forma de organización se muestra muy parcializada porque no se encontró cohesión fuerte de grupo, es más, existen dos comités: uno interno, reconocido por la Municipalidad de Guatemala y otro externo, integrado por sectores de las ventas de calle que no es reconocido (por el Municipio).

En relación con el contexto laboral (físico), se perciben las condicionantes tales como el acceso a servicios básicos, agua, drenajes, ventilación, y se identifica los siguientes aspectos: en relación al agua potable son los inquilinos de primera categoría los que cuentan con ese servicio, pagado por cada propietario de los locales (quienes tienen que colocar un contador autorizado por la Municipalidad para registro del consumo), los servicios de luz y drenajes se proporcionan bajo circunstancias similares al acceso al agua, y son para los sectores internos del mercado. A pesar de ello no todos los locales de primera categoría, cuenta con dichos servicios.

Los riesgos de carácter físico se identifican: La ausencia de un sistema adecuado de evacuación en caso de un incendio o desastres naturales, existencia de lugares peligrosos, y hacinamiento.

Es preocupante observar que el sistema de baños públicos está dentro del mercado, pero debe pagarse su uso. Aparentemente son accesibles pero

significa un gasto no reembolsable y propicio para la contaminación en los alrededores del sector.

Las condiciones de exposición al medio ambiente lluvia, sol, viento, calor, y otras condiciones climáticas imperantes afectan directamente a los vendedores externos además de riesgos a daño físico, que se ven más expuestos.

11.

ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS DESDE EL PUNTO DE VISTA CUANTITATIVO

En el presente capítulo se abordan los contenidos de la encuesta descrita que permitió recolectar la información específica para tener un parámetro, en componentes numéricos, que complementaran la información cualitativa. La encuesta se aplicó a todos los elementos del estudio en forma aleatoria simple en el mercado San José Mercantil, zona 7.

Las preguntas realizadas son relativas a los factores de la salud, considerados de gran ayuda porque permitieron abundar en los elementos que aclaran la interpretación cualitativa de los hechos relacionados a las barreras de acceso al sistema de salud.

11.1. ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS TABLAS DE FRECUENCIA

La información del trabajo fue tabulada y procesada, así como analizados los resultados por medio de las tablas y gráficas respectivas para cada categoría objeto de estudio, y se realizó una interpretación descriptiva de las respuestas.

Una ventaja de la aplicación de la encuesta en este estudio se centra en que permite, por medio de la aplicación de métodos estadísticos, la interpretación de los componentes cualitativos y cuantitativos planteados, permitiendo una interpretación de la población sujeta al estudio, específicamente en relación con parámetros de determinantes de la salud, que son el reflejo de la percepción de las barreras de acceso al sistema estatal.

11.1.1 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Para el desarrollo del estudio se establecieron los siguientes objetivos:

- Realizar un estudio sobre las barreras de acceso a la prestación de servicios de salud pública.
- Analizar los principales obstáculos que refieren dichos grupos en demanda de su necesidad básica de salud.
- Interpretar el perfil del sector informal y su relación con la salud pública.
- Proponer alternativas de solución viables que respondan a los intereses de dicho sector poblacional.

11.1.2 VARIABLES E INDICADORES

En relación con el indicador se establecen los siguientes condicionantes:

Condicionantes socioeconómicos:

- Inversión en salud en promedio al salario percibido
- Categoría de trabajo que desempeñan.

Condicionantes de Salud:

- Acceso a un sistema de salud preventivo o curativo del sistema de salud en relación con el área de residencia o con el perímetro laboral.
- Disposición de ingresar a un sistema de seguridad social (mediante pago)
- Exposición a riesgos físicos, psicológicos, en el área de trabajo.

Condiciones de salubridad en el área donde labora:

- Calidad de atención en salud.
- Número de personas satisfechas con el sistema de salud/ Número. de entrevistados.
- Número de personas insatisfechas con el sistema de salud y que han experimentado limitación por aspecto cultural, económico o social/ Número. de personas entrevistadas.
- Número de personas que acuden a un centro asistencial privado para su cuidado en salud. Número de personas entrevistadas.

Inversión en Salud:

- Número de personas que acuden a una institución pública para atención individualizada por no poder pagar un sistema privado. / Número de entrevistados.

- Identificación del porcentaje de personas que invierten en gastos en salud. Número de personas entrevistadas.
- Número de personas que podrían pagar un seguro popular. Número de entrevistados.

11.1.3 MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

La muestra de la investigación se representa en el Cuadro No 1, que identifica el número de personas abordadas para dicha investigación por categoría representativa del estudio.

| Descriptor | Personas encuestadas | Porcentaje |
|-------------------------------------|----------------------|-------------|
| Vendedor de Ropa | 45 | 45 |
| Vendedor de verduras | 14 | 14 |
| Vendedor de productos para el hogar | 45 | 45 |
| Vendedor de carnes | 15 | 15 |
| Total | 100 | 100% |

FUENTE:: Elaboración propia con base en la investigación de campo, Enero 2006

11.1.4 PINIÓN DE LA POBLACIÓN BAJO ESTUDIO

Las diferentes opiniones de la población que participó en las encuestas reflejan una aceptación de la investigación; las personas entrevistadas expusieron su opinión sobre los puntos de vistas centrados en cuanto a aspectos específicos que identifican como barreras de acceso al sistema de salud pública, así como sus expectativas en cuanto a atención en salud.

11.2 RESUMEN DEL ANÁLISIS CUANTITATIVO

El componente de las edades de las personas que participan en el estudio de la percepción de barreras de acceso al sistema de salud pública indica las siguientes características:

Cuadro No. 1 PROMEDIO DE EDAD DEL GRUPO DE ESTUDIO.

| N= | Mínimo | Máximo | Media | DS |
|-----------|---------------|---------------|--------------|-----------|
| 100 | 12 | 69 | 34 | 13 |

Fuente: Elaboración Propia con base en la investigación de campo Enero 2006.

Las poblaciones abordadas son relativamente jóvenes con un promedio que oscila entre los 21 y 47 años respectivamente, aunque se comprende que el grupo de edad no representa una distribución normal.

El resto de la población se encuentra en un promedio de 34 años a 50 años.

Tabla No.2

Lugar de origen y zona de vivienda en identificación de barreras de acceso al sistema de salud pública que perciben los trabajadores del sector informal del Mercado San José.

| Lugar de origen | zona de vivienda | | | | | | | | | | | | Mixco | municipio | Total | |
|------------------------|------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-------|------------|
| | 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 11 | 12 | 18 | 19 | | | | | |
| Ciudad Capital | | | 1 | | 2 | 54 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | | | | | 66 |
| Ciudad Quetzal | | | | | | | | | | | | | | 2 | | 2 |
| Mixco | 2 | | 1 | | 2 | 6 | | 2 | | | | | 3 | 1 | | 17 |
| Petapa | | | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| Planes de Minerva | | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| San Juan Sacatepéquez | | | | | | | | | | | | | | 3 | | 3 |
| San Lucas Sacatepéquez | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| San Pedro Sacatepéquez | | 1 | | | | | | | | | | | | 3 | | 4 |
| Villa Canales | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| Villa Nueva | | | | 1 | | | | | | | | | | 3 | | 4 |
| Total | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 60 | 1 | 6 | 3 | 1 | 1 | 4 | 4 | 14 | | 100 |

C.

Es importante destacar que la población que labora en este mercado es una muestra de lo que sucede en el resto de mercados, con poblaciones emigrantes de los municipios aledaños aunque el predominio, con 66 personas en total, vienen de la capital, en segundo lugar el municipio de Mixco, a pesar de ser un área densamente poblada y muy comercial.

El sector informal de dicho mercado esta representado por personas indígenas, por las características de los lugares de procedencia, los sectores de donde acuden son lugares donde la mayoría de la población poseen condiciones heterogéneas, de acuerdo al contexto socioeconómico los lugares como son los municipios de San Juan Sacatepéquez y San Pedro predominan los sectores indígenas. Que es de donde proceden en un 50%, se puede afirmar que se da una economía informal pendular.

Lo anterior indica que se tienen que incorporar al trabajo informal visto como una necesidad de generar ingresos, no importando la distancia a recorrer, aunque la mayor concentración procede de lugares cercanos a la zona 7.

Como indicador geográfico del proceso de movilización para incorporarse a actividades de la economía informal se tiene el siguiente Cuadro de Origen.

Grafico No.1

Principales municipios de procedencia de la economía informal.



Fuente: Elaboración Propia con base en la investigación de campo Enero 2006

Existe un patrón de comportamiento de migración de los municipios de Guatemala, manteniendo arraigada la costumbre de movilización de la periferia a la Ciudad como espacio comercial. Los municipios marcados en color rojo son los que más personas expulsan diariamente hacia el mercado San José; durante el día trabajan y retornan a sus hogares en la tarde y en noche.

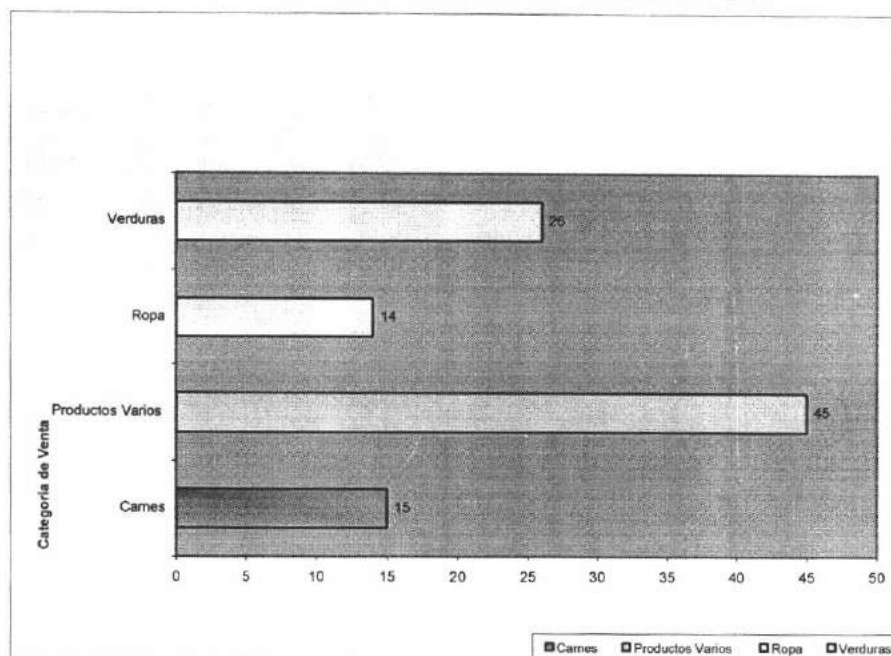
En relación con la residencia y lugar de origen de los vendedores, el 66% reside en la ciudad capital, el 54% en la zona 7 y su origen es en la Capital; el 17% tienen como origen Mixco, el 14% restante vive en diferentes zonas de la

ciudad Capital. El resto se distribuyen entre los municipios de San Juan Sacatepéquez, San Lucas Sacatepéquez, San Pedro Sacatepéquez, Villa Nueva y Villa Canales (ver croquis de los municipios en rojo).

Referente al tipo de actividad a la que se dedica las personas se establece las siguientes características.

Grafico No. 2,

**Caracterización de grupo de vendedores informales
identificación de barreras de acceso al sistema de salud
pública que perciben los trabajadores del sector
informal del Mercado San José.**



Fuente: Elaboración Propia con base en la investigación de campo Enero 2006.

El estudio refleja que el 45% de las personas se dedican a la venta de artículos de primera necesidad, detergentes, comestibles, zapatos inclusive

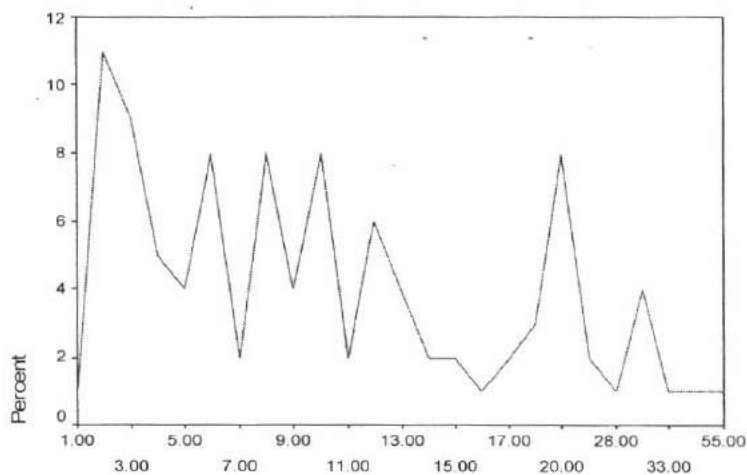
medicamentos, etc. Aplicando la corriente teórica de la economía del rebusque, coincide en el hecho de que se caracteriza por un bajo índice de capital/trabajo, uso de tecnologías simples intensiva mano de obra y generalmente baja productividad con una débil división técnica del proceso productivo.

Otro 45% se dedica a la venta de artículos variados, seguido de personas que venden productos de derivados agrícolas (verduras/frutas) y en menor escala las personas que venden ropa nueva (imitación de marcas), y las personas que venden productos cárnicos, considerados de mayor privilegio en ingresos económicos, aunque no informan el aproximado de los mismos.

Al preguntar sobre el tiempo de poseer fuente principal de trabajo dentro de la actividad informal surgieron los siguientes datos:

Grafico No. 3

Tiempo de poseer fuente principal de trabajo, identificación de barras de acceso al sistema de salud pública que perciben los trabajadores del sector informal del Mercado San José.



VAR00002

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--------------------|-----|---------|---------|---------|----------------|
| VAR00002 | 100 | 1.00 | 55.00 | 11.2100 | 9.1919 |
| Valid N (listwise) | 100 | | | | |

Fuente: Elaboración Propia con base en la investigación de campo Enero 2006.

Del 100% de personas entrevistadas que indican que tienen en promedio 11 años de poseer su negocio, se encontró una desviación estándar de 9, lo que indica que la mayor parte de las personas tienen en promedio tiempo mínimo de 2 años a 21 años de laborar en este tipo de actividades, representando aproximadamente un 70%.

Aplicando el factor de correlación para relacionar la edad con el tiempo de poseer su negocio se establece un 0.574, lo que indica que existe una leve correlación positiva a temprana edad, poco tiempo de tener su negocio, no fue el patrón normal en toda la muestra pero es significativo para el presente estudio.

En relación con las condicionantes de educación de la población que labora en el sector informal del Mercado San José se establece una correlación.

Cuadro No. 4

Caracterización del grado de educación estudio, identificación de barreras de acceso al sistema de salud pública que perciben los trabajadores del sector informal del Mercado San José.

| | | VAR00001 | VAR00006 |
|----------|---------------------|----------|----------|
| VAR00001 | Pearson Correlation | 1.000 | -.281 |
| | Sig. (2-tailed) | . | .005 |
| | N | 100 | 100 |
| VAR00006 | Pearson Correlation | -.281 | 1.000 |
| | Sig. (2-tailed) | .005 | . |
| | N | 100 | 100 |

Fuente: Elaboración Propia con base en la investigación de campo Enero 2006.

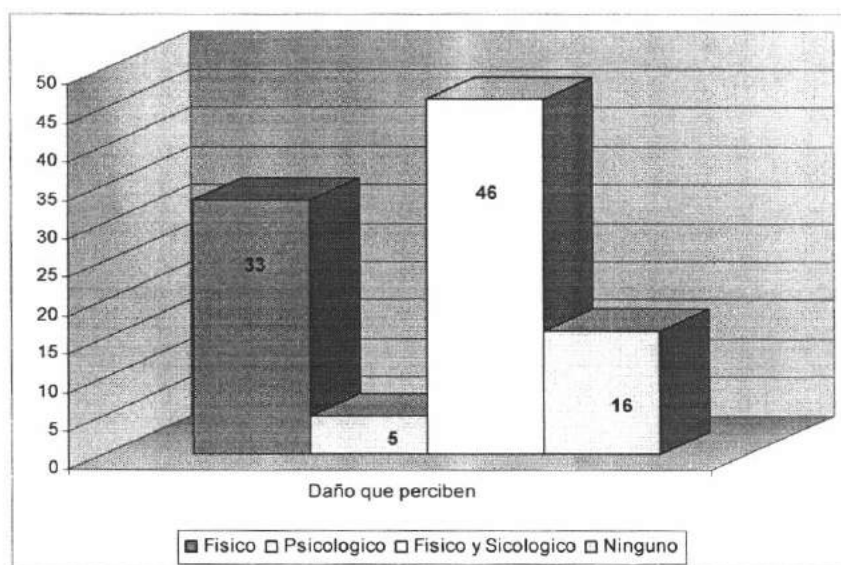
Una de las variables consideradas de importancia para mayor comprensión de la percepción de las personas en relación con la identificación de barreras de acceso a los servicios de salud pública, se establece en edad-grado de estudio alcanzando al establecer la correlación respectiva se obtiene

un -0.281 lo que indica que existe una relación inversamente proporcional al patrón establecido: entre más edad menos estudio, lo que es un reflejo más de las condiciones que propician la ausencia de desarrollo del país.

Grafico 4.

Caracterización de los que perciben al desempeñar sus labores.

Estudio identificación de barreras de acceso al sistema de salud pública que perciben los trabajadores del sector informal del Mercado San José.

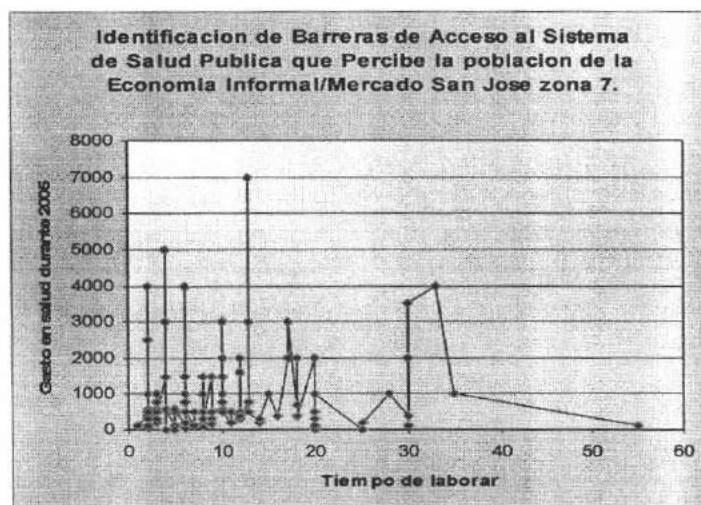


Fuente: Elaboración Propia con base en la investigación de campo Enero 2006.

Un factor importante consistió en caracterizar, de acuerdo con la opinión de las personas, a qué riesgos se exponen. Un 46% identificó factores físicos: heridas con objetos punzocortantes, accidentes de auto (quienes venden en las calles explicaron que en ocasiones personas que manejan de forma imprudente pueden atropellarlas), exponerse a asaltos a mano armada. Fuentes del mismo

estudio, que omitieron su nombre expusieron que existe venta de drogas a pesar que a media cuadra hay una estación policial. También se refirieron a la presencia de delincuentes y de "topetes" (personas que guardan lo robado mientras a los ladrones se les registra sin encontrar evidencias), y un 33% expuso que los factores psicológicos son otro riesgo por el estrés que viven.

Factores de Calidad de Atención Grafico No. 5 Condiciones de Gasto de bolsillo para protección o curación en Salud Individual y Familiar



Fuente: Elaboración Propia con base en la investigación de campo Enero 2006.

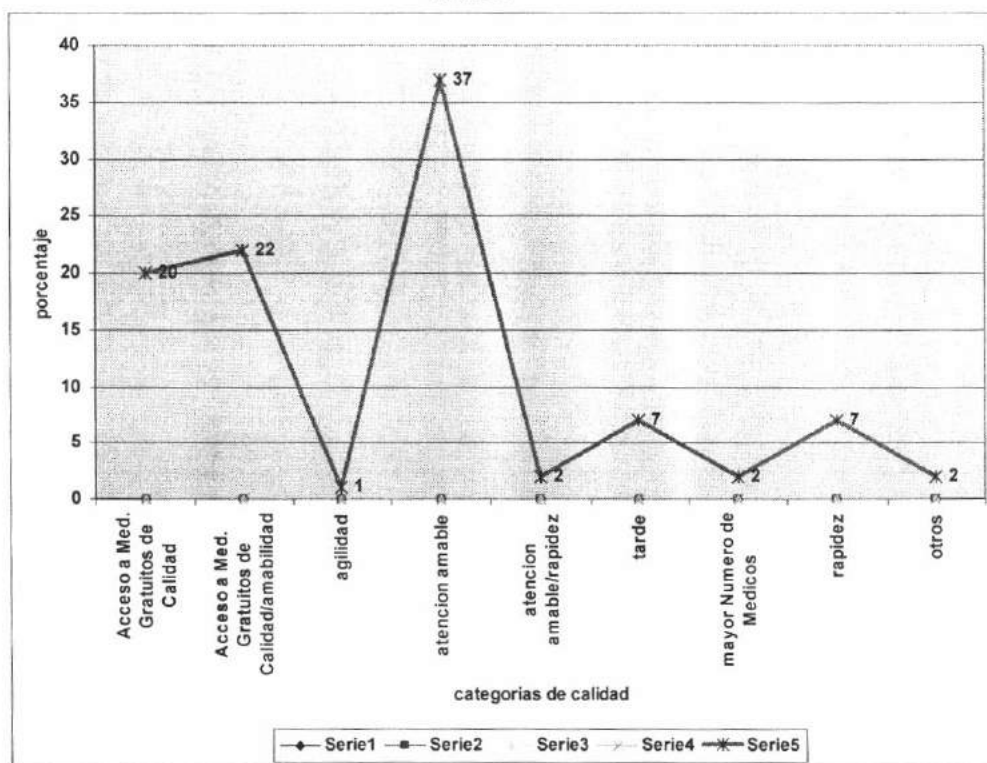
En la relación del gasto al tiempo de laborar, que reportan, algunos sobrepasan la media de gasto y reportan una inversión de bolsillo en salud de 5 a 7 mil quetzales y la evidencia indica que es un hecho poco frecuente.

La relación que existe entre el tiempo que tienen de laborar y el gasto de en salud se refiere al año 2005, ya que se les pidió a las personas un estimado

durante ese año. Se deduce que no existe una relación significativa entre ambos factores, y probablemente el gasto es proporcional a la necesidad existente, pero la mayor proporción de casos se establecen entre los que tienen menos tiempo de poseer sus negocios (es necesario recordar que es una población joven, con un promedio de entre 3 personas dependientes económicamente).

Grafico 6.

Percepción en relación al tipo de atención que desean recibir en el sistema de salud pública. Identificación de barreras de acceso al sistema de salud pública que perciben los trabajadores del sector informal del Mercado San José.

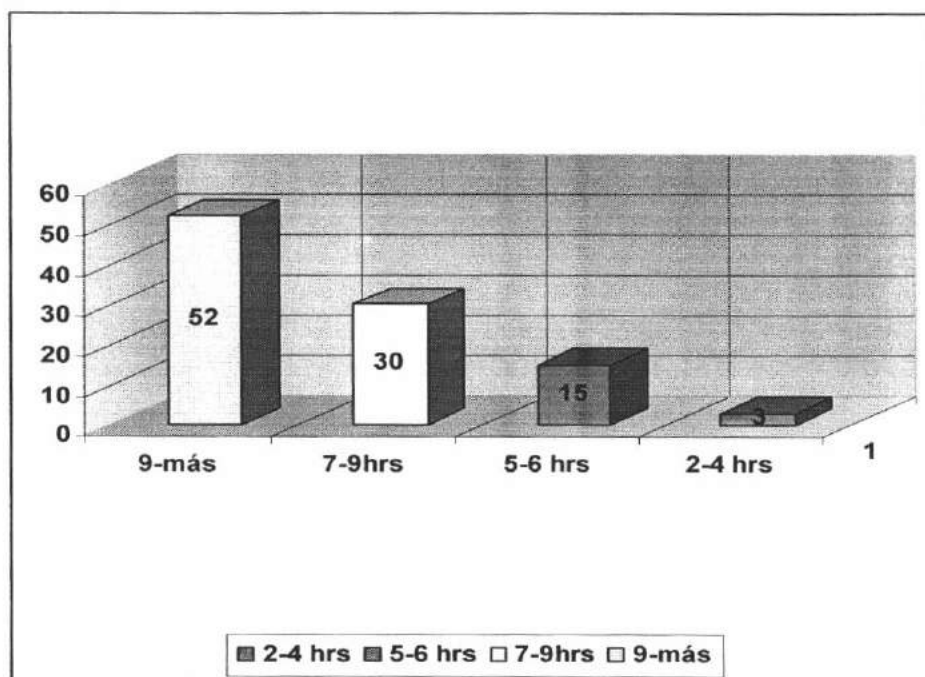


Fuente: Elaboración Propia con base en la investigación de campo Enero 2006.

Estas variables son factores relacionados con la calidad de atención que las personas objeto del estudio idealmente desearían, que se les proporcionara. 37%, desea una atención amable y pronta, y el 22% solicito se les proporcione medicamentos gratuitos, el 7% indico que el horario de atención se realice en la tarde inclusive.

Grafico 7.

Promedio de Horas Laborales.
Estudio identificación de barreras de acceso al sistema de salud pública que perciben los trabajadores del sector informal del Mercado San José.

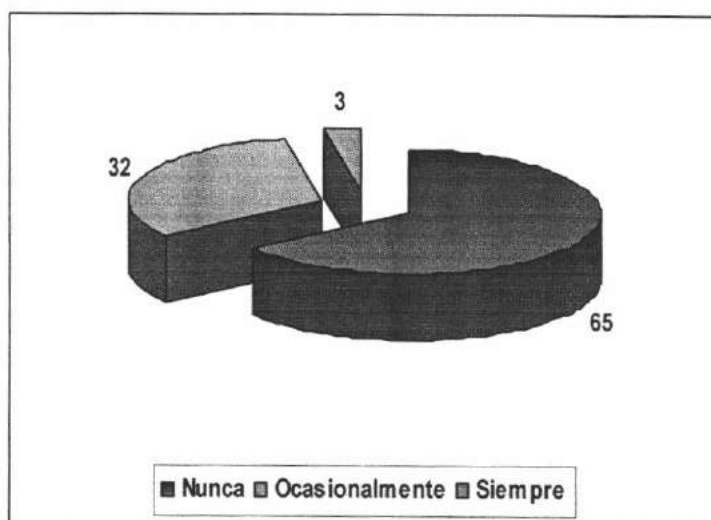


Fuente: Elaboración Propia con base en la investigación de campo Enero 2006.

De acuerdo con lo expresado por los usuarios entrevistados se indica que el 52% labora en promedio más de 9 horas al día, lo que sobrepasa los límites de acuerdo con los estándares de salud. Se sabe que cuando se superan las 8 horas de trabajo el rendimiento disminuye provocándose estrés y desórdenes físicos. Un 30% labora un promedio de 7 a 9 horas al día, un 15% labora menos de 9 horas y únicamente un 3% labora en promedio de 4 horas. De todos los entrevistados en el comercio informal se pudo establecer que estos combinan su trabajo diario informal con otras actividades como trabajo como trabajo en oficinas, empresas pequeñas a nivel del hogar siendo esto un reflejo de que la población combina actividades por ejemplo existen dueños de carnicería que son maestros y combinan actividades laborales, es un fenómeno del subempleo como tal.

Grafico 8.

Demanda de los servicios de salud pública por usuarios del sector informal. Estudio identificación de barreras de acceso al sistema de salud pública que perciben los trabajadores del sector informal del Mercado San José.

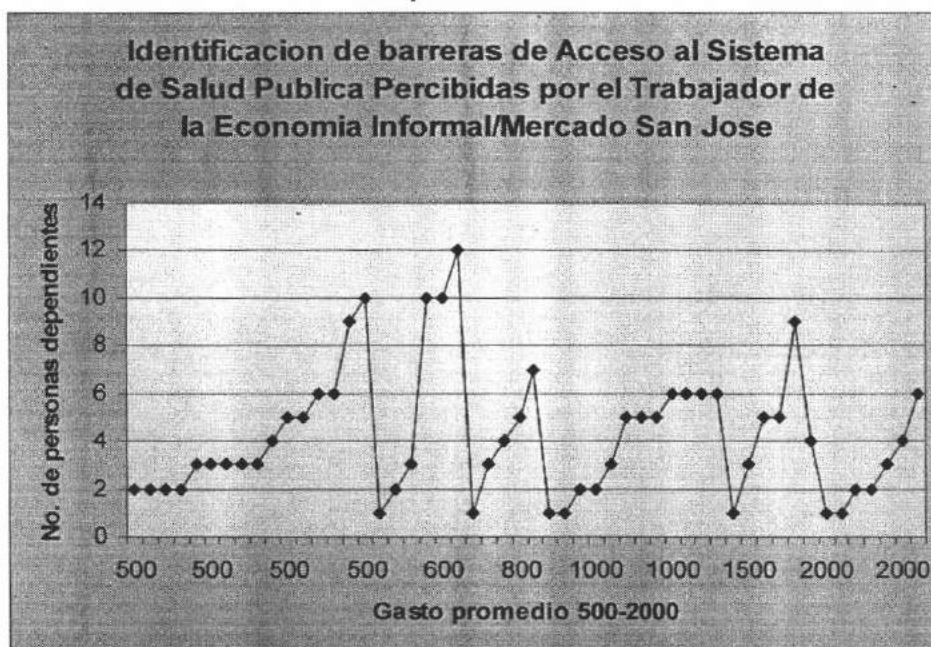


Fuente: Elaboración Propia con base en la investigación de campo Enero 2006.

Se confirma la hipótesis que no utilización servicios de salud pública, a pesar que los vendedores del mercado son un sector conformado por personas de escasos recursos económicos, cuya base de producción son micronegocios. El 65% refiere que no acude a atención médica, no obstante de la cercanía con el Hospital Roosevelt. El 32% refiere utilizar ocasionalmente los servicios de salud y explican que prefieren la atención en centros de salud de las colonias Primero de Julio y Centroamérica, dicen utilizarlos en promedio de una vez, y únicamente el 3% dice utilizar con cierta frecuencia los servicios estatales.

Grafico No.9

Relación del gasto en inversión en salud de acuerdo al No. de personas dependientes.



Fuente: Elaboración Propia con base en la investigación de campo Enero 2006.

Aun cuando se compare por categorías de vendedores se observa que el gasto va de acuerdo probablemente con ingreso obtenido, al tipo de negocio establecido. Un gran porcentaje de los encuestados aun siendo vendedores de ropa productos muy variados, todos tienen unos denominadores comunes que son:

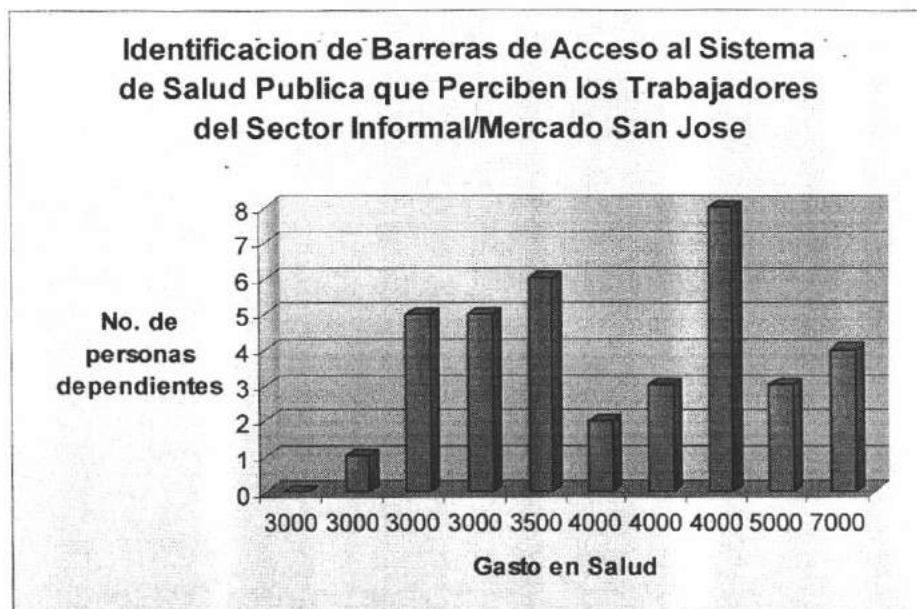
- Gasto de bolsillo en salud que se aproxima a los 4 mil quetzales como aspecto máximo.

- La población que se encuesta en dicho mercado es gente pobre que incluye ladinos e indígenas (categorías creadas para diferenciar sectores poblacionales) que proceden de asentamientos precarios.

Lo anterior es un factor que amenaza la bolsa familiar, porque el estudio refleja que son actividades de tipo familiar que incluye niños, de acuerdo a estudios de la OIT realizados durante el 2005, se estimó que una persona que vende en el sector de la zona 4 (Terminal –persona originaria del Quiche-vendedor de frutas) obtenía un promedio de Q300.00 a la semana / si se relaciona este patrón con el presente estudio el ingreso obtenido por los informales indican que el mismo se invierte en componentes básicos de sobrevivencia como comida, salud y educación, transporte o alquiler de venta. Situación que amenaza la salud y bienestar familiar.

Grafico No.10

Relación del gasto de bolsillo con una inversión base en salud / número de personas dependientes.



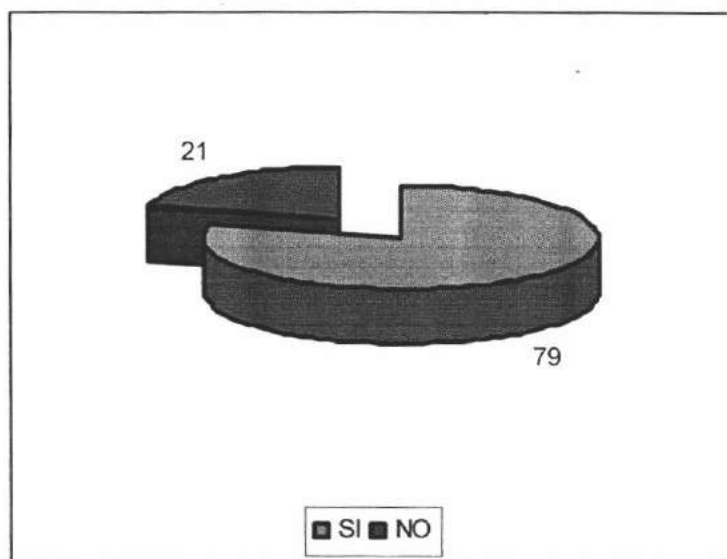
Fuente: Elaboración Propia con base en la investigación de campo Enero 2006.

- El estudio tiene un enfoque cualitativo con componentes complementarios cuantitativo, que permitió conjugar variables que reflejan el gasto directo de bolsillo en salud. Por ejemplo, esta gráfica indica el gasto de inversión de unos 3 mil quetzales, en atención médica.
- La inversión del gasto en salud por consultas médicas (sin complicaciones mayores) lo hacen todos los vendedores independientemente del producto que oferten, y se muestra siempre como un gasto no previsto, independientemente de las condiciones de

venta o productos que venden para generar un ingreso de subsistencia familiar.

Grafico No.11

Condicionantes de saneamiento en el lugar de trabajo



Fuente: Elaboración Propia con base en la investigación de campo Enero 2006.

Las condiciones de salubridad laboral del sector informal del mercado San Jose no son aptas para las personas que laboran en sectores de mercado, siendo un factor predisponente para brotes de epidemias inclusive.

El 79% de las personas no tiene acceso al agua, sus locales carecen de tal servicio, Únicamente un 21% pose agua, específicamente los locales de ventas de carne y derivados, considerado un condicionante mínimo para un pequeño sector, el resto de la población laboral informal no cuenta con ningún

mecanismo o elemento que contribuya a aplicar las reglas mínimas de higiene básica.

11.3 CONTRASTE DEL ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

La economía informal, como fenómeno social, se manifiesta de diferentes formas en el contexto nacional; es el reflejo de la pobreza y la inequidad social existente en el medio.

Este estudio no varía drásticamente en los resultados encontrados entre los componentes de orden cualitativo y cuantitativo. Es necesario mencionar que los estudios que en el contexto de salud no han tomado en cuenta al grupo que origina este estudio.

Las conclusiones importantes a las que se pueden hacer referencia y son objeto de reflexión para cualquier ente que pretende proporcionar bienestar a la población, en materia de salud, se centran en la cotidianeidad del sector informal del mercado San José Mercantil quienes probablemente sea el reflejo de la mayoría de las personas insertas en actividades similares a lo interno del país), las mismas se centran en hechos basados en las contradicciones entre la realidad propia de dicho sector que no goza de ningún beneficio estatal, y únicamente cuentan con el apoyo teórico de las instituciones de salud, y Municipal, siendo estos este último el ente regulador de los componentes administrativos de dicho sector informal, y el responsable del bienestar de los mismos en materia laboral.

Este ente formal más cercano tangible ante el estado, ve limitado su que hacer frente a la demanda creciente de dicho sector informal, y no se ha caracterizado este fenómeno aún para la institución propia por lo que no distinguen categorías informales, únicamente se ve como informales a los vendedores de ropa de las avenidas centrales (ciudad capital) . Cuando la teoría indica que toda aquella persona inserta en actividades de venta propia sin permiso y estabilidad laboral (microempresas en el caso de Guatemala tienditas de una persona que involucra a familias enteras) son considerados sectores informales.

Desde la perspectiva de la autora del estudio, todos aquellos que venden en el mercado San José son informales porque carecen de una estabilidad laboral, no cuentan todos con permiso legal para sus actividades, son subempleados, y ven este tipo de trabajo como una forma de subsistencia, además porque de acuerdo al estudio realizado presentan las siguientes características como:

- Nula aplicación de tecnología para laborar
- Ausencia de acceso a sistemas de crédito sin un respaldo económico, que demuestre un ingreso familiar solido.
- Son sectores poblacionales de Guatemala considerados pobres con margen de ganancia mínimo.
- No logran llenar los procesos de incorporación para establecer un negocio formal creciente, no cumplen con las demandas administrativas

impuestas legalmente (las solicitudes de acceso para tener un local en los mercados son en apariencia tramites simples pero ni la misma Municipalidad tiene establecido el tiempo de resolución para asignar locales de venta en los mercados puede llevar meses o años el tramite respectivo; expresado esto mismo por los mismos inquilinos y administradores de los mercados que fueron objeto de estudio).

- Son sectores desposeídos de protección social en materia de salud (parcialmente tienen acceso a los sectores como hospitales y centros de salud pero lo ven como entidades que no ayudan porque son mal atendidos, pierden su tiempo y encima tienen que comprar sus tratamientos según expresaron los informales entrevistados).
- No se visualiza a corto plazo un desarrollo económico ni un desarrollo humano adecuado para dicho sector porque al contrario, la crisis que sufre tiende a agudizarse, y cada día se incorporan nuevas ventas de cualquier especie de producto popular.
- Se requiere participación de sectores sociales civiles, y ordenanzas jurídicas, para apoyar a dicho sector como una responsabilidad compartida por todos, que permita incorporar educación, salud, credito y creación del Instituto Municipal de salud para dichos grupos.

En el estudio realizado se confirma que este sector es un grupo creciente reflejo de un país en vías de desarrollo, donde se considera la producción de carácter primario como solución de subsistencia, familiar porque

el modelo de producción nacional no puede absorber ni producir fuentes de trabajo para el grueso poblacional (que no ha superado una educación formal).

El sector objeto del estudio indico que la salud pública como un beneficio de protección para ellos y sus familias, que desconocen desde cómo funciona hasta los tipos de servicios que se prestan, y únicamente identifican a los hospitales como prestadores de servicios. Lo anterior es preocupante porque este grupo está ubicado en un sector céntrico en la capital, en un lugar muy poblado (zona 7), refiriendo ellos que acuden únicamente cuando es una emergencia de violencia o accidente laboral para solucionar el accidente momentáneo. Pero no ven más allá de los beneficios que dichas entidades pudieran proporcionarles.

Los hechos analizados bajo el estudio evidencian grupos sociales con características propias como: pobres, con incorporación de grupos familiares quienes laboran diariamente en actividades informales, con escasa o nula educación. Sectores poblacionales con incorporación de personas de diferentes edades, en relación al género se observa un predominio femenino registrándose un total de 51 mujeres como las personas que atienden sus negocios y ventas, 49 hombres.

El estudio evidencia que la eficiencia del estado en materia de salud no cubre las expectativas de dicho sector informal, los sistemas de salud requieren recursos y condiciones que garanticen el acceso a la salud para todos, en forma

de eficiente, con calidad y prontitud, por su estructura administrativa sistema de salud pública no permite la incorporación de protección para dicho sector poblacional recuperando costos de inversión, para hacer eficiente la atención. analizando los hechos se considera imperante la solidaridad para dicho sector en materia de prestación de servicios en materia de créditos, de micro seguros en salud individuales y de carácter familiar, así como el reconocimiento de parte de dichos grupos sobre la estructuración, prestación de servicios innovadores exclusivamente para dicho grupo informal.

Es valido deducir que se debe establecer un modelo propio para el sector informal basándose en los resultados obtenidos en el presente estudio, que reflejan la inexistencia de mecanismos de protección individual o laboral para las personas que laboran en el Mercado San José, no porque el sistema nacional no pueda prestar el servicio, sino porque no llena las expectativas que los usuarios demandan generando así la necesidad imperante de operativizar un modelo propio para dicho sector.

En respuesta a las expectativas de atención en materia de salud se establecen como mecanismos vinculantes para solucionar las demandas en atención que faciliten el proceso, deberán partir de entidades semiautónomas que cuentan con un marco de legalidad, apoyo estatal que permitan generar nuevos modelos de salud alternativa, para el sector poblacional de la economía informal, que incorpore facilidades de pago (micro créditos o seguros populares) para un sector vulnerable (que no cuenta con ningún ingreso monetario estatal, y

dependen de la venta de su fuerza de trabajo y ventas de materia de subsistencia).

12. PROPUESTA

Las consideraciones establecidas en el presente estudio tienen un valor permanente, que son validas en el presente debido a la incorporación de personas que laboran en la economía informal que superan el 70% en la actualidad, lo propuesto hoy abarcara la dimensión social humanista de la salud pública como eje de poder estatal, en beneficio de la mayoría de la población que labora en la economía informal, que parte desde el vendedor por cuenta propia como los sectores de pequeñas empresas (que probablemente no tienen las características propias como empresa) y que no supera un número de 10 personas, y que son la forma de sobre vivencia diaria de un grueso poblacional.

Los grupos humanos de la economía informal, subterránea, lineal, para no olvidar las diferentes conceptualizaciones sobre dichos grupos, que más que una categoría definida para una caracterización entraña conjuntos humanos vulnerables al daño físico y mental, que se encuentran desprotegidos socialmente, demandan no quedarse al margen del beneficio colectivo de protección en salud, ni permanecer en el limbo de la indiferencia del Estado y sociedad, porque bajo el presente planteamiento se consideran grupos dignos de una intervención inmediata que dé respuesta a sus deseos en materia de salud pública.

Se espera que el fenómeno que se presenta cambie a mediano y largo plazo en cuanto al acceso al sistema de salud pública. Se comprende que eliminar totalmente esta forma de subsistencia es casi una utopía, por lo que se debe aprender a convivir con ello y facilitar los medios para promover un cierto

ritmo de progresión, en componentes de beneficio colectivo con justicia social para dicho sector.

La ciencia indica que una teoría solo puede ser llevada a la práctica si se saben reconocer las cuestiones de lo que debe dar cuenta, y para ser objetiva se debe expresar los fenómenos en función de propiedades inherentes a ellos. En este estudio se analiza exclusivamente el sector de la economía informal no itinerante, específicamente aquellas personas que trabajan en el Mercado San José, zona 7 de la Ciudad Capital, para que expresen su percepción en relación al acceso a la salud pública.

La complejidad de la realidad del sector de la economía informal deriva de múltiples factores de daño, y las variables principales se asocian a la pobreza, educación, patrón cultural, dinámica familiar, y principalmente, ausencia de políticas sociales eficientes que protejan a ese sector. Estos elementos son limitantes que amplían la brecha de la desigualdad de atención para los ciudadanos cuyas características de exclusión son motivo de este estudio..

Teniendo en cuenta este enfoque explicativo, los lineamientos que se presentan tratan de impulsar un modelo de desarrollo de una nueva salud pública que incluye tres ejes principales: primero, la educación y promoción de la salud; segundo, el establecimiento de un sistema dirigido, ejecutado y evaluado periódicamente por una entidad nueva con carácter semiautónomo dentro del Estado , y el tercero, la implementación de un proceso auto

sostenible que sirva de factor activador y calificador para impulsar la protección social basada en redes de solidaridad, que es lo que a continuación se expone.

12.1. LINEAMIENTOS GENERALES: UNA PROPUESTA ALTERNATIVA DE SALUD PÚBLICA RENOVADA

Se debe reconocer que el goce de la salud y bienestar se fundamenta en el orden jurídico del Estado, que es una obligación social. En Guatemala las leyes y normas que amparan el proceso de protección social y hacen efectiva la salud pública son amplios, parten del marco establecido en la Constitución Política de la República en sus artículos No. 94, y 98; en el artículo cuarto del Código de Salud ;y en el Decreto 90-97; en los Acuerdos de Paz, y en el Plan de Gobierno. En este contexto, se piensa que la reorientación de protección para todos y todas es una realidad.

Pero los hechos concretos reflejan diferencias en los principios de equidad, eficiencia y calidad, participación social, sostenibilidad financiera, lo que demanda reformas dentro del sistema público de salud.

El Estado necesita reflejar su intención social por medio de políticas públicas que garanticen la cobertura de al menos los satisfactores básicos para los ciudadanos, y ello demanda investigar acerca del rediseño de organizaciones y de las estrategias que contemplen una adecuada distribución de responsabilidad entre diferentes organizaciones del gobierno y la relación que demanda la sociedad.

Prestar atención a las necesidades y expectativas de determinados subgrupos del conglomerado social, que incluya el análisis de factores de producción, edad, sexo, inclusive determinantes de índole religiosa, étnica y cultural, son necesarios. También, incorporarlos para la generación y la prestación de servicios de salud eficientes, como estrategia propicia para aplicar una política pública en beneficio social en este caso específico para los sectores de la economía informal.

La construcción de las políticas públicas en materia de salud para el sector informal debe tomar en cuenta tres componente vitales, propuestos dentro del modelo planteado en el presente estudio: asistencia social compartida bajo el precepto de autofinanciamiento del sistema de salud pública para el sector informal; incorporación de cuadros gubernamentales (semiautónomos) como entidades responsables del cambio para aplicar una salud pública renovada que responda a las necesidades de dicho sector poblacional; y la educación y promoción de la salud que deben ser una base donde se puedan apoyar los otros dos..

Incorporar el fenómeno de la economía informal dentro del campo social de la salud pública hace necesario especificar que no se conoce con exactitud cuándo comienza el proceso mismo de innovación de protección para dicho sector y cuándo finaliza, porque el mismo surge de una inquietud de investigación que pretende revertir el hecho concreto de acceso a la salud sin barreras para todos los estratos que se establecen dentro del conglomerado informal.

El diseñar e implementar una política requiere información y compromiso de parte de los diferentes actores (población informal-gobierno) que promuevan la participación para alcanzar los mejores resultados partiendo de las necesidades reales del sector en mención. Las políticas propuestas pueden ser el camino de resolución, con participación social y del gobierno, siendo estas:

- Proporcionar una asistencia social de bienestar integral en salud pública a lo largo del período de vida del ser humano que labora en la economía informal, que incorpora valores de consenso que orientan los programas, estrategia y acciones para los grupos vulnerables que laboran en dicho sector.
- Incorporar los lineamientos jurídicos que desencadenen procesos de protección para dicho sector laboral, y permitan la direccionalidad, por entidades semiautónomas, de la nueva salud pública para los desprotegidos de asistencia social que laboran en la economía informal.
- Contribuir a la transformación del sistema nacional de salud facilitando los procesos de autofinanciamiento de las entidades que surjan para protección del sector informal.
- La nueva salud pública en beneficio de dicho sector incorporara durante todo el ciclo de vida de las personas que laboran en dicho sector los

procesos de educación, promoción de la salud, acceso a la vivienda digna, y condiciones de mejora laboral para alcanzar el desarrollo humano para dicho sector no quedándose así marginados de los beneficios derivados del crecimiento económico.

12.2. LA SALUD COMO PRODUCTO SOCIAL: BÚSQUEDA DEL BIENESTAR

Al plantear los cambios que se desprenden del el hecho observado, sometido a comprobación en relación a la existencia de barreras para acceder la asistencia de servicios de salud pública por parte de los sectores informales, en el presente estudio, me permito deducir plenamente que el sector de la economía informal en Guatemala representado, por el 75% de la PEA, no cuenta con protección en salud, según el análisis de los resultados de micro nivel representativo por el mercado San José.

Son grupos que crecen continuamente incorporando a los desplazados internos del país que no tienen acceso a los medios de producción, ya que la misma producción primaria ha dejado de ser rentable y como otros factores causales, principalmente el hecho de no poderse incorporar a un trabajo estable de producción, se establecen en el mercado informal como medida alternativa, laborando al margen de lo legal, relegándose a sí mismos de los beneficios de prestaciones que derivarían de un sistema formal.

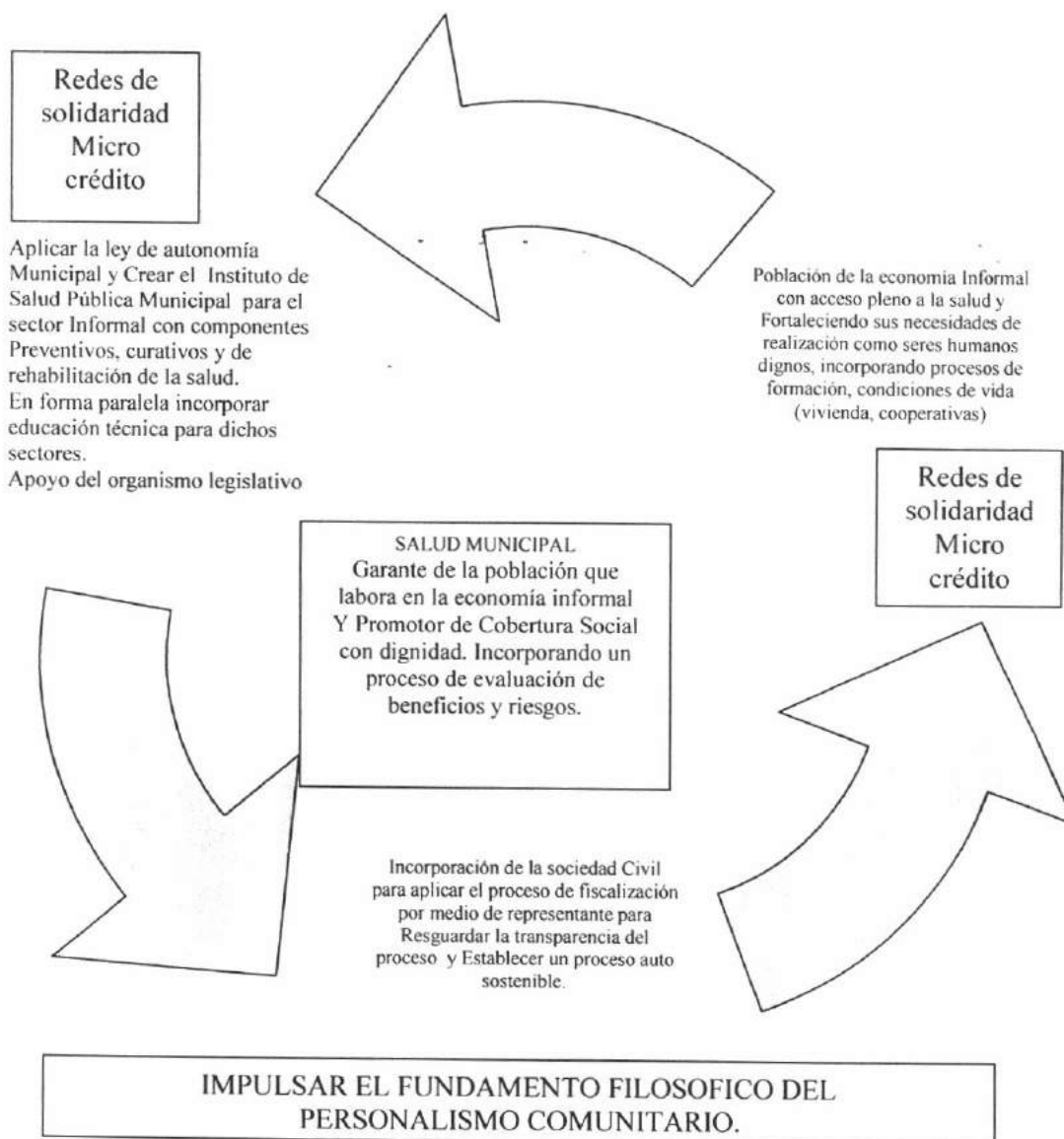
Estas características resumidas de la informalidad analizadas en detalle en el estudio en capítulos anteriores, permiten responder y reformular un

modelo propio de salud para dicho sector, porque la salud y la enfermedad son el resultado de esas relaciones dinámicas y complejas de interacciones que se dan en la sociedad, como producto de las prácticas del hombre frente a su entorno.

La forma y mecanismos que la población informal utiliza para interactuar con los servicios de salud, la estructura social de apoyo en el plano individual y colectivo, así como su propio comportamiento para proteger y establecer alternativas de solución son consideradas estrategias individuales que solventan momentáneamente sus demandas porque acuden en mayor parte al sector privado y a las farmacias como una solución inmediata, aunque las mismas persistan. Es preciso que se establezcan nuevos mecanismos de acceso directo, personalizado y dinámico para dichos sectores en materia de salud.

El modelo que se propone se formula, no únicamente con la intención de responder a una necesidad, sino de incidir en el pensamiento colectivo, a fin de que las personas participen activamente en el proceso, que busquen el bien común aplicando el modelo del personalismo social como base ideológica, que permita renovar la salud pública en un marco administrativo diferente para este sector productivo, e incorporando el microfinanciamiento como alternativa viable para que el modelo propuesto disponga de recursos para provisión de una variedad de servicios que no únicamente puede ser salud, inclusive mejorar los negocios, vivienda, educación donde se invertirán los préstamos con facilidades otorgados bajo una orientación y entrenamiento.

Esquemáticamente se tendría un modelo de la siguiente forma:



Fuente: Elaboración propia con base en resultados obtenidos

Un rasgo esencial a incorporar es el modelo del personalismo comunitario expuesto por una corriente humanista, considero que el modelo es adaptable a la práctica democrática del Estado de Guatemala, donde predomina la producción capitalista. Es aquí donde se debe aprovechar el espacio para demandar el cambio. En esencia, el modelo impone respeto a la

dignidad humana, incorporación de valores, percibir la energía que se produce de la relación de la filosofía política entre el Estado y la sociedad impidiendo así la injusticia social mediante controles y leyes establecidas por el Estado en consenso con la población.

12.2.1.1. MINISTERIO DE SALUD MUNICIPAL PARA LA ECONOMÍA INFORMAL: INCLUYE

Para propiciar el modelo de salud pública adecuado para el sector de la economía informal, se ha visualizado a la Municipalidad de Guatemala, una entidad con capacidad de gestión administrativa que sobrepasa las expectativas de las instituciones estatales, y cuenta con un reglamento orgánico que rige su función dentro del sistema estatal respaldado por el Organismo Legislativo.

Por lo anterior, se propone a la Municipalidad como garante del nuevo modelo y para llevar a cabo sus funciones de políticas, estrategias y componentes específicos como se plantea en el modelo realizado.

12.2.1 Cuadro de Componentes Vitales del Modelo de Salud Propuesto.

| COMPONENTES | DEPARTAMENTOS | Requerimiento |
|---|--|------------------------------------|
| Población de la Economía Informal | Guatemala, y Departamentos del país. | Estudios de proyección del modelo. |
| Unidades de salud especializadas para la familia (preventivas/hospitales) Con incorporación plena de educación en salud/salud mental. | -Servicios de Biológicos -Atención Materno Neonatal. -Odontológica -Geriátrica -Educación en salud con Personas especializadas (pedagogos, psicólogos, etc.) -Otros | Voluntad Política |

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
| Unidad cooperación en salud. | -Proyectos locales de salud en coordinación con Universidades/ONGS/Organismos Internacionales, Entidades Religiosas. | Voluntad Política |
| Unidades de Educación Técnica y formación (tanto para el sector informal al incorporar nuevos talleres industriales como medida alternativa de producción) | -Cooperación de Producción local artesanal. - | Voluntad Política |
| Unidad de Orientación Familiar Incorporación de Educación en Salud. | Se visualiza la familia como sistema interactuante y mediador entre el individuo y la sociedad quienes pueden fomentar el incorporar conductas de protección en salud para evitar incidencia y prevalencia de daños. | Voluntad Política, Y poblacional. |

Fuente: Elaboración propia

12.3. LA OPERACIONALIZACIÓN DE LA POLÍTICAS EN SALUD: UN DESAFÍO PARA EL PRESENTE MILENIO

El hacer efectivo un proceso de salud integral ha elevado de servicios que ofertan en especial en el sector privado, el cual no cuenta con mayor control de calidad de proceso en salud, y no es un fenómeno único de Guatemala, es a partir de los años ochenta que en diversos países, exceptuando los más pobres, surge de una industria de la atención en salud con un crecimiento exponencial y un costo cada vez mayor. Pero no son las instituciones de salud sin calidad humana incorporada (y que se interesan únicamente en el enriquecimiento desmedido), las que deben confundirse con sistema de salud, que se comprende con orden y combinación de elementos afines, cumpliendo con determinados criterios.

Es necesario hacer remembranza de hechos pasados para comprender el presente. En Guatemala las demandas de salud no son homogéneas sino variadas en el contexto social, y existen nuevos desafíos que requieren nuevas estrategias de cambio (reformas), que parten desde el proceso preventivo que requiere incorporar nuevos elementos humanos especializados, porque los problemas de salud han cambiado, involucrando nuevas patologías de daño, que se suman a los procesos de salud tradicional.

El mismo sistema de seguridad social de Guatemala no ha podido crecer en cobertura, así durante el año 2002, se realizó un análisis donde se expone, *el Seguro Social tiene 55 años de existencia, y el porcentaje de población económicamente activa cubierta por el mismo es menor al 25%, lo que es insignificante para la demanda real existente*" lo que demuestra que tampoco este sector de salud cumple con el proceso de protección a la población.

Las formas y mecanismos de interacción de los componentes propuestos para responder, en el plano individual y colectivo, a las demandas de salud de la población del sector informal, se pueden activar bajo una responsabilidad estatal y social con los siguientes componentes:

- ✓ Proceso de cooperación en salud, por medio de los seguros populares comprensibles por la mentalidad del sector informal, sobre todo la parte que trata del compromiso de uso familiar en cualquier momento.
- ✓ Voluntad política para su realización.

- ✓ Posicionamiento de la salud como bienestar individual y familiar, previo al desarrollo de la institucionalización de la salud para dicho sector por la Municipalidad de Guatemala.
- ✓ Establecer un mecanismo de autofinanciamiento por medio de un instituto de formación de recursos humanos en salud, donde la juventud que labora en el sector informal se pueda incorporar y formarse.
- ✓ Transpolar el modelo vigente a otras municipalidades del país, y hacer valer el proceso de descentralización estatal.

Este proceso implica crear jurídicamente la figura ministerial propuesta, la desconcentración de funciones estatales y privadas para asumirlas por un ente diferente, innovador, que condicione su actuación desde el concepto de ética pública.

12.4. MODELO DE SALUD MUNICIPAL: BAJO EL CONCEPTO DE GERENCIA ESTRATÉGICA

Se comprenderá como tal la forma de relacionar los problemas y necesidades de salud de los conjuntos sociales de la población informal, que se desarrollan y viven de una economía de subsistencia. La gran mayoría de sus integrantes no llenan el perfil de microempresarios sino de comercio individual de mínima escala que se crea por inventiva de la necesidad de trabajar y de sobrevivir.

El por ello que una alternativa viable es el modelo propuesto que puede incorporar las siguientes metas:

Definición de Metas: se basa en las necesidades de protección en salud preventiva, curativa, rehabilitación, de la salud de la población de la economía informal durante todo su ciclo de vida, teniendo como objetivo central el cuidado integral de la persona y de su familia.

- Cubrir al 100% de la población del sector informal que labora en el mercado San José como el inicio del modelo a aplicar.
- Institucionalizar el proceso en los 26 mercados existentes a nivel de la ciudad capital.
- Conformar en corto plazo (mínimo de 3 años) las asociaciones de cooperación de la población inserta en la economía informal metropolitana.
- Integrar los procesos preventivo, y de atención en unidades funcionales que cuenten con un unidad de atención como modelo inicial y que cuente con recurso material y humano idóneo para su funcionamiento durante las 24 horas del día, con incorporación de tecnología, medicamentos de calidad, y atención humanizada.
- Mejorar en un 100% las instalaciones físicas del mercado para eliminar focos de contaminación local , con la participación de los inquilinos.

Poner en práctica las siguientes acciones:

- Educación, promoción de la salud individual y familiar de los miembros de la economía informal.

- Hacer valer la justicia social y la ley de Municipalización para impulsar los proyectos con autonomía plena.
- Educación en salud a todos los grupos expuestos, con incorporación y reconocimiento de multiculturalismo, con compromiso de divulgación de componentes en lenguajes mayas, garífuna y xinca.
- Fomentar el proceso de cooperación en salud a nivel local e interdepartamental como modelo municipal.
- Asignación de recursos de acuerdo con el crecimiento de la demanda de atención.
- Mantener una cartera abierta de servicios en coordinación con órganos internacionales, universidades estatales y privadas.
- Integrar plenamente un proceso de saneamiento ambiental para la población que labora en los sectores de mercados y otros ámbitos.
- Incorporar procesos de educación en salud en forma permanente a lo interno de las instituciones de los mercados y lugares públicos donde se ubiquen los vendedores informales.

12.5. LA FAMILIA, UN SISTEMA A INCLUIR COMO ALIADO PARA TRANSFORMAR: CONDICIONES DE VIDA DE LOS VULNERABLES DE LA INFORMALIDAD

La nueva administración operativa de la salud pública, permitiría el acercamiento con las familia, aunque el contacto inicial parta de alguno de los miembros que la integran. La familia, en salud, se entenderá como una unidad promotora de cuidado.

Por familia se comprenderá entonces un sistema social compuesto de personas que interaccionan con intereses comunes que mantienen una dinámica interna propia donde comparten patrones de idioma, de adaptación,

de trabajo, socialización, y respuesta al medio externo. Debe recordarse que las mismas forman parte de un suprasistema o sistema mayor. Lo que varía en cada una es su disposición de apertura para incorporar procesos de cambio, en beneficio de su colectividad. Es aquí donde la salud se idealiza como valor para apropiarlo al medio interno familiar.

Los cambios que pueden alterar su integración son variados, en consecuencia, se debe contar con modelos de respuesta idónea en caso de imbalance en el proceso de salud – enfermedad que perjudique cualquier etapa del ciclo de vida. Lo importante es aprender a enfrentar estas etapas de frustración y estrés dentro de la familia, para apoyarse mutuamente e iniciar así la socialización de la solidaridad que será más fácil posteriormente trasladar esta conducta interiorizada a los miembros de cada familia a los actos que se exterioricen en la sociedad.

El rol de la familia para procurar la salud de sus miembros y posteriormente de la colectividad social es de suma importancia para el modelo propuesto. Por medio de este proceso de socialización de la salud por etapas con énfasis en la prevención, considerará para el medio de Guatemala los contextos culturales, idioma, localización geográfica y condiciones socioeconómicas, así como las alternativas de medicina tradicional vista más allá de un componente de la salud pública transformadora de aceptación y aplicación con acoplamiento de la medicina occidental.

Con la finalidad de reducir las desigualdades de acceso al sistema de salud, las familias serán los primeros elementos que se concientizarán para mantener la seguridad y cohesión en pro del bienestar de sus miembros a través de la educación asistida directamente por el instituto municipal de salud.

Se promoverá acciones específicas que permitan fortalecer la protección de la salud, afrontar las condiciones críticas de cambios emocionales cuando el daño se establece, o se generan secuelas por el daño, si no se permite accionar el componente preventivo, su énfasis principal se realizará con la infancia para aprender los procesos en forma oportuna.

No se debe olvidar que junto a la influencia que se ejercerá sobre la familia, los cimientos de incorporación de la valorización de la salud como meta para alcanzar el bienestar implican compromiso, socialización, respaldo estatal y económico facilitando micro créditos.

Lo anterior mediante la promoción de un sistema justo y equitativo en materia de salud para los sectores desprotegidos de la economía informal, velando por la orientación de un gasto público que refleje transparencia demostrable en cualquier etapa de ejecución. y que permita la acción y auditorías sociales para evaluar el proceso y permitan rectificar, de ser necesario, para retomar la dirección correcta haciendo realidad el modelo propuesto.

13.

CONCLUSIONES

El propósito de medición cualitativa y cuantitativa utilizado en el presente estudio determinan el grado de precisión requerida para la investigación con fines de acercamiento a la realidad del fenómeno de la economía informal mediante un estudio de micro nivel realizado dentro del Mercado San José Mercantil de la Zona 7 de la Ciudad Capital, que permite comprender la dinámica de la percepción que tiene dicho sector sobre el acceso a la salud pública. Este análisis permite comprender el macro nivel de la economía informal a través de los registros existentes, estudios realizados para reafirmar el fenómeno estudiado en el contexto local, permitiendo llegar a las siguientes conclusiones.

13.1 CONCLUSIONES GENERALES

- El sector de la economía informal del mercado San José Mercantil identifica barreras de acceso al sistema de salud pública, las que en su mayoría reflejan ineficiencia del sistema mismo (son características centradas en componentes de atención en su mayor

parte) producto del centralismo tradicional en materia de salud pública, porque la aparente cobertura para toda la población nacional es una falacia, ya que no responde a las múltiples demandas y necesidades de todo el conglomerado nacional.

- Se comprende que el sistema de salud estatal es cada vez más pequeño para el número de miembros que se han incorporado a la ciudad capital en los últimos años y deja de ser funcional para la finalidad creada. Es un hecho que la población no tiene acceso a los servicios de salud aún en la periferia de la ciudad, y los factores determinantes son el grado de educación de las personas, la falta de promoción de los servicios de salud, atención y calidad del servicio proporcionado.

- Además de limitantes económicas, existen condiciones de salud ambiental que no ayudan a mantener un equilibrio propio para las personas que laboran en una economía informal, que incluye niños que deben enfrentar trabajo de adultos y riesgos que son humillantes. (porque se exponen a problemas de abuso). Es importante hacer notar que existe inquietud, de parte de las personas que participaron en el estudio, de contar con acceso a un sistema de salud integral, de calidad, y de preferencia predominantemente gratuito, aunque existen grupos que preferirían pagar un micro seguro de salud.

13.2 CONCLUSIONES ESPECÍFICAS

El propósito del estudio en el segmento de la economía de mercado conocida como informal, mediante el estudio de una parte pequeña del universo como lo son las personas insertas en el Mercado San José Mercantil, Sus demandas de salud se basan en que dicho sector laboral, tiene derecho pleno al goce la salud individual y familiar comprendida como una demanda plena, vigente en este momento y que requiere respuesta inmediata.

Se trata de seres humanos con capacidad de producción. que contribuyen indirectamente a los procesos de la economía formal porque son utilizados por las empresas grandes para vender sus productos en forma individual aun cuando son registrados socialmente como expendedores que evitan el gasto social que asumiría una empresa formal.

Los resultados encontrados no son halagadores, reflejan la disparidad, que se inicia desde la incorporación temprana a la economía informal, y la falta de acceso a la salud como bienestar y ejercicio de política pública.

Hay, en el grupo estudiando, personas que tienen un tiempo promedio de 11 años de trabajar en dicho contexto; el 54% posee un negocio propio de carácter individual; un 46% considerar el negocio como familiar, lo que resulta más comprometedor en el contexto de la salud porque involucra plenamente a núcleos familiares,.

Como posibles usuarios de los sistemas de salud, poseen sus propias características: no son grupos homogéneos, no poseen patrones mentales de salud clínica o preventiva que les permita autoevaluarse y auto tratarse, el estudio refleja que este grupo desconocen cómo funciona el sistema de salud, y reflejo de ello es el hecho de que el 60% no identifica ningún servicio de salud pública en relación al perímetro donde labora, mientras que el 14% identifica al sector de clínicas privadas, y el 6% con hospitales privados.

- Existen contradicciones internas en los hechos observados y analizados, cuestiones que comúnmente y de manera superficial no se comprenden si no se observa al sector desde sus diferentes aristas. Aplicando las leyes de la dialéctica se compenetra el observador con el fenómeno objeto de estudio. La sociología explica que este método de análisis es el ideal para comprender los problemas de una sociedad como la analizada
-
- Los fenómenos observados surante la investigación sugieren que son únicamente un reflejo más de la pobreza material y espiritual que predomina en el país. Destaca la existencia de la poca voluntad de cambio que hay para solventar desde la estructura económica la problemática imperante en todo el país y no únicamente entre los informales.

- De continuar esta actitud, se fomenta de la anomia de los grupos insertos en esta actividad. No tendría la culpa quien se incorpora a la informalidad sino quien esta del lado del poder económico y político.

Para lograr el cambio deseado es preciso incorporar la cooperación basada en la solidaridad como mecanismo de producción social, y superar la fuerza de producción imperante de mercantilismo impuesta en nuestra sociedad

La salud es un elemento vital en el sistema social, se basa en la búsqueda del bienestar de un pueblo, por lo que el compromiso del Estado es mayor que el esfuerzo realizado, las políticas estatales actuales no incorporan al sector informal, menos el Seguro Social, que no moderniza su sistema de respuesta, ¿Por qué no añadir patrones de seguro por desempleo?, Confiar en la respuesta institucional requiere de cambio, compromiso de gestión. Es necesario el reconocer plenamente que la respuesta de salud pública, no es del alcance de todos.

- La salud es, en concreto, un valor real, y como explica el economista nacional Dr. Manuel Ayau, el problema consiste en que para progresar en una sociedad el valor que esta le imponga a las cosas

que desea, tiene que ser mayor que el valor que se le asigne a los recursos que se emplea, cálculo aplicable a la inversión en salud. Por ello se debe promover la cultura de calidad en salud, y la incorporación del pensamiento individual y grupal de que la salud es bienestar social.

-
- En la actualidad el sector privado, de acuerdo con el estudio, es el que absorbe la demanda real de la población en materia de salud,. El gasto de bolsillo en salud de la población en estudio es una práctica común que establece una realidad (demanda establecida-respuesta del ente no público;) el esfuerzo de gasto es visto como una inversión individualizada, que satisface la demanda momentánea de este sector.
- Es necesario interiorizar en la ley dialéctica (que plantea Marx) de la cantidad a la calidad, es aplicable a los fenómenos sociales como el expuesto, porque comprende que la misma naturaleza cambia, por lo tanto lo social es también puede cambiar. Es urgente incorporar nuevas alternativas, incluyendo las que puedan ofrecer los servicios privados, pero asegurándose que la salud que se otorgue incluya el carácter de cooperación: con un mínimo de aporte individual los micro seguros, que permitan una prestación de servicios dignos, y a la vez, mejoras de condiciones sociales.

El estudio no permite concluir en concreto e identificar las siguientes barreras:

1. En la diferenciación por sexo la encuesta se realiz a 49 hombres y 51 mujeres, lo que indica que en dicho comercio informal no existe predominación de sexo. Las edades van desde los 12 años hasta los 69, con un rango de edad de 57 años y una media de 34.
2. El 60% de los encuestados no identifica a ningún servicio de salud pública; la mayor parte de ellos resuelve sus problemas de salud en consultas realizadas a farmacias en un 51%; y un 37% acude al médico particular; hay entre los encuestados personas que se automedican.
3. El factor tiempo para este tipo de trabajadores es vital aun a costa de su salud individual y familiar, porque representa el ingreso económico, y ven el acudir a una institución pública como una pérdida no de tiempo sino de ingresos.
4. La problemática de la existencia de la población insertada en la un sector económico que no goza de protección en salud se refleja en la población que labora en el Mercado San José,. En el momento de tener alguna dolencia o enfermedad las personas refieren que

prefieren visitar, según orden de frecuencia, los siguientes lugares: farmacia; 52%, clínica particular; 36%, se automedica 5%: farmacia y clínica particular; 4%; comadrona; 1%; curandero, 1%; IGSS; 1%.

5. Al tratar de establecer si el tipo de negocio es individual o familiar se determina que un 54% posee un negocio individual, (24% hombres y 30% mujeres), el resto indica que el negocio es familiar, (25% hombres y 21% mujeres). el cruce de variables entre edad y tipo de negocio confirma que un 14% de los trabajadores tiene más de 50 años y confirman que el negocio es individual. Lo anterior puede indicar que es una forma de sobrevivencia del adulto mayor. Cuando se le pregunta si arriendan el negocio o lo trabajaban para otra persona la respuesta fue negativa

6. El 46% de el grupo expresó estar en riesgo de daño físico (cortadura, heridas por asalto, accidentes viales, enfermarse por condiciones de contaminación ambiental) y un 33% en riesgo de daño psicológico.

7. Es una población pobre que trabaja en una economía de subsistencia; así, el 79 % de los puestos de ventan no tienen acceso al agua como elemento de salubridad; el 80 % carece de drenajes; un 74% carece de un local estable; el 72% se expone a las

condicionantes del clima (viento, contaminación del medio, sol, lluvia).

8. Con respecto a las expectativas de atención en salud que se desearía de parte de una institución pública, en las respuestas un 42% manifiesta que desearía poder tener medicamentos gratuitos.. Del total, un 64% desearía una atención más amable: un 6% agilidad en la prestación de los servicios. El resto se divide básicamente entre pedir más responsabilidad, mayor número de profesionales , etc. Con respecto al horario de la atención ,un 7% le gustaría que atendieran más tarde.

9.

- ✓ Se confirma el hecho científico reflejado en el estudio que son sectores con características propias como, incorporación del sector femenino en las actividades del mercado, no siendo un trabajo exclusivo de hombres. Hay un predominio de mujeres jóvenes, propietarias de negocios que van desde expendios pequeños de carne, comedores, ventas de ropa, verduras.
- ✓ El sector ante las necesidades de salud, no utiliza las unidades cercanas de la salud estatal por factores de desconfianza, pérdida de tiempo, y un porcentaje muy bajo lo utiliza únicamente

condicionantes del clima (viento, contaminación del medio, sol, lluvia).

8. Con respecto a las expectativas de atención en salud que se desearía de parte de una institución pública, en las respuestas un 42% manifiesta que desearía poder tener medicamentos gratuitos de calidad.. Del total, un 64% desearía una atención más amable: un 6% agilidad en la prestación de los servicios. El resto se divide básicamente entre pedir más responsabilidad, mayor número de profesionales , etc. Con respecto al horario de la atención ,un 7% le gustaría que atendieran más tarde.

9.

- ✓ Se confirma el hecho científico reflejado en el estudio que son sectores con características propias como, incorporación del sector femenino en las actividades del mercado, no siendo un trabajo exclusivo de hombres. Hay un predominio de mujeres jóvenes, propietarias de negocios que van desde expendios pequeños de carne, comedores, ventas de ropa, verduras.
- ✓ El sector ante las necesidades de salud, no utiliza las unidades cercanas de la salud estatal por factores de desconfianza, pérdida de tiempo, y un porcentaje muy bajo lo utiliza únicamente

en casos de emergencia como se evidencia en el estudio claramente.

- ✓ Se deben interiorizar las políticas de Estado en toda la población, cumpliendo el principio de Durkheim , quien explicó que los procesos políticos de una nación son más amplios y profundos que las instituciones formales destinadas a regular las decisiones más críticas relativas a la dirección de la vida pública, y no se toman en el parlamento ni en el gobierno sino en la conciencia colectiva.

- ✓ El sector salud debe tener conciencia de que la demanda en materia de salud es creciente y de mayor complejidad, que debe permitir la emergencia de nuevos modelos y asumirse el compartir responsabilidades con la sociedad, y organismos semi autónomos, de ser necesario.

condicionantes del clima (viento, contaminación del medio, sol, lluvia).

8. Con respecto a las expectativas de atención en salud que se desearía de parte de una institución pública, en las respuestas un 42% manifiesta que desearía poder tener medicamentos gratuitos de calidad.. Del total, un 64% desearía una atención más amable: un 6% agilidad en la prestación de los servicios. El resto se divide básicamente entre pedir más responsabilidad, mayor número de profesionales , etc. Con respecto al horario de la atención ,un 7% le gustaría que atendieran más tarde.
9. Se confirma el hecho científico reflejado en el estudio que son sectores con características propias como, incorporación del sector femenino en las actividades del mercado, no siendo un trabajo exclusivo de hombres. Hay un prdominio de mujeres jóvenes, propietarias de negocios que van desde expendios pequeños de carne, comedores, ventas de ropa, verduras.
10. El sector ante las necesidades de salud, no utiliza las unidades cercanas de la salud estatal por factores de desconfianza, pérdida de tiempo, y un porcentaje muy bajo lo utiliza únicamente en casos de emergencia como se evidencia en el estudio claramente.

11. Se deben interiorizar las políticas de Estado en toda la población, cumpliendo el principio de Durkheim , quien explicó que los procesos políticos de una nación son más amplios y profundos que las instituciones formales destinadas a regular las decisiones más críticas relativas a la dirección de la vida pública, y no se toman en el parlamento ni en el gobierno sino en la conciencia colectiva.

12. El sector salud debe tener conciencia de que la demanda en materia de salud es creciente y de mayor complejidad, que debe permitir la emergencia de nuevos modelos y asumirse el compartir responsabilidades con la sociedad, y organismos semi autónomos, de ser necesario.

PARTE VIX BIBLIOGRAFIA

- Afanasiev Victor, *Fundamentos filosóficos, filosofía moderna* México DF: Siglo Veintiuno, 1985.
- Adams Richard y Bastos Santiago, *Las Relaciones Étnicas En Guatemala 1944-2000 ¿Colección Por qué estamos como estamos?* Guatemala: Ariel Ribeaux, 2003.
- Antrazyt, Icaria, *El Derecho a la equidad ética y mundialización social* Barcelona España: Icara 1997.
- Anderson, Nels, *Sociología de la comunidad urbana: una perspectiva mundial, tratado de sociología*, México DF: Fondo de Cultura 1993.
- , *Salud 21, Salud para todos en el siglo XXI compendio de salud organización europea para la salud*, Washington D.C., EE.UU: OPS 1999.
- Alfaro Braulio y Blanco Rigoberto et al, *100 años de salud en Costa Rica*, San José: OPS, 2003.
- Anónimo, *Interpretación económica del subdesarrollo, Colección Problemas* Guatemala: Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de San Carlos 1982.
- Anónimo, *Teoría y estudios sobre el sector informal urbano*, Guatemala: Selección de Textos Universidad de San Carlos, PECED, 1990.
- Barrios, Walds, et.al *Mujeres mayas, y cambios sociales*, Guatemala: Magna Terra, Facultad Latino Americana de Ciencias Sociales, 2001.
- Barrios, Asturias Linda, Alarcón Luz Helena, *Salud y enfermedad en la cultura maya*, Guatemala: Simac, (Comisión de Educación Intercultural) Ministerio de Educación, 1993.
- Blaxter, Lorein, et al. *Cómo se hace una investigación, metodología de la investigación*, Barcelona: Gedisa 2000.
- Bastos, Santiago, *Poderes y quererres, investigación sociológica*, Guatemala, Magna Terra, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2000.
- Baca, Laura, *Léxico de la política, Diccionario De Ciencia Política*, México DF: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales,

- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Fundación Heimich Böll, Fondo de cultura económica, 2000.
- Batres, Valladares Alfonso, *Estructura Agraria - Conceptos, Tratado De Economía*, Guatemala: Universitaria, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1979.
- Banco Interamericano de Desarrollo, *Ética moral pública y lucha contra la corrupción en Guatemala*, Guatemala: Proyecto AT/sf 57932004.
- Botella, Cristina, & Bolaños Rosa Maria, *Fobia Social, Avances en la sicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad*, Barcelona, Paidós 2003.
- Borja Osorno, Guillermo. *Derecho procesal penal, Introducción al derecho* Puebla: Cajica 1985.
- Borda Fals Orlando, *Conocimiento y Poder Popular*, Bogotá: Precinsa 1986.
- Canus, Manuela, *Ser Indígena En La Ciudad De Guatemala*, Guatemala: Tesis Doctoral de Sociología, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2003.
- Calderón Arnoldo, et al. *Más De 100 Años Del Movimiento Obrero Urbano En Guatemala, Tomo II, El Protagonismo Sindical En La Construcción De La Democracia (1944- 1954)*, Guatemala: Asociación de Investigación y Estudios Sociales Serviprensa, 1992.
- CAR, Glendy & EDER Karin, et.al. *La Herencia De Los Abuelos Y Abuelas En La Medicina Indígena Maya, Investigación De Antropología*, Guatemala: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud ASECSA, Magna Terra, 2005.
- Capote, Mir Roberto y Granados Toraño Ramón, *La Salud Pública En El Siglo XXI*, Tegucigalpa: Tendencias y Escenarios, 1996.
- Crowther, Warren y Díaz Luis, *Empresas Públicas Mito O Realidad, Salud Pública*, San Jose: ICAP, 1990.
- Clifford, Geertz, *La Interpretación De La Cultura*, Barcelona: Gedisa 2000.
- Cortéz, Fernando Martínez, *Ciencia Y Humanismo Al Servicio Del Enfermo*, Santa Fe de Bogota: Manual Moderno 2da Edición, 2003.

- Cortina, Adela, et al *La Empresa Ante La Crisis Del Estado De Bienestar Economía*, Madrid: Miraguano, 1999.
- Chalmers, Alan F. *¿Qué Es Esa Cosa Llamada Ciencia? Metodología De La Investigación*, Madrid: Siglo Veintiuno, 2003.
- DE la Cruz Rafael, *Descentralización Gobernabilidad Y Democracia, Economía Política*, Venezuela: sin editorial, 1992.
- DE la Peña Ricardo, Laguardia Toledo Rosario, *Cómo Acercarse A La Sociología*, México DF: Limusa. 2000
- DEL Rincón Delio, et al *Técnicas De Investigación En Ciencias Sociales Metodología De La Investigación*, Madrid: Dykinson, 1995.
- Dever Alan, *Epidemiología Y Administración De Servicios De Salud*, Maryland: Organización Panamericana de la Salud, Aspen, Atlanta, 1991.
- Demarchi Franco Paulina, *Diccionario de Sociología*, Barcelona: Ediciones Paulinas 1976.
- Díaz Chávez Luis Y Filander, *Dialéctica Del Subdesarrollo, Sociología*, San Jose, Educal, 1971.
- DE Soto, Hernando, *El Otro Sendero, La Revolución Informal México DF: Diana*, 1987.
- DEL Rincón Delio, et al, *Técnicas De Investigación En Ciencias Sociales Metodología De La Investigación*, Salamanca: Universidad Pontificia, 1995.
- Elster Jon, *El Centro De La Sociedad, La Paradoja Del Orden Social, Sociología*, Barcelona: Gedisa 1997.
- FAURE Edgar, et el, *aprender a ser*, Madrid: Alianza. 1986.
- Finkelman Jacobo, Barillas Edgar et al *El Proceso De Transformación De La Salud, Salud Pública*, Guatemala: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1996.
- Galván Orozco Francisco, et al, *Guatemala Entre El Dolor Y La Esperanza Investigación De Sociología*, Valencia: Universidad de Valencia 1995.

- Guerra de Macedo Carlyle, *Reflexiones Sobre La Salud Pública, Compendio De Salud Pública*, Washington DC:, Organización Panamericana de la Salud 1992.
- GEERTZ Clifford *Interpretación De Las Culturas Tratado De Antropología* Barcelona: Cladema, 2000.
- Giner Salvador y Lama Espinosa Emilio et al, *Diccionario De Sociología, Ciencias Sociales*, Madrid: Siglo Veintiuno, 2001.
- Gómez Rodríguez Gregorio, et al, *Metodología De La Investigación Cualitativa*, Málaga: Aljibe, 1996.
- Gómez Fernández José, *Economía Y Valores Humanos, Tratado De Economía*, Madrid: Encuentro, 1992.
- Hall Joanne, Weare Bárbara, *Enfermería En Salud Comunitaria: Un Enfoque De Sistemas*, Washington DC: Salud Pública, 1era edición, 1990.
- Heller Herman, *Teoría del Estado*, México DF: Fondo De Cultura Económica, 1992.
- Hessen J. *Teoría Del Conocimiento, Metodología De Investigación*, México DF: Unidos 1993.
- Hall, Joanne, et al, *Enfermería En Salud Comunitaria: Un Enfoque De Sistemas*, Washington Estados Unidos: Salud Pública, 1990.
- Hope Hayn Alejandro Vandi, *La Globalización Financiera Génesis Auge, Crisis Y Reformas*, México DF: Fondo de Cultura 2002
- Hidalgo Ottolenghi Ricardo, *Medicina Basada En Evidencias*, Quito: Salud Pública, Universidad Católica, 1999.
- PNUD, *Informe Nacional De Desarrollo Humano, Guatemala Desarrollo Humano, Mujeres Y Salud*, Guatemala: Van Color, 2002.
- , *Informe Final, Entendiendo El Trabajo Infantil En Guatemala* Guatemala: Informe, OIT/INE/UCW 2003.
- , *Informe Final, La Niñez Y La Juventud En La Agenda De Construcción De La Paz*, Guatemala: Ministerio de Salud Pública, 1998.
- Juran, JM. et al, *Análisis Y Planificación De La Calidad, Salud Pública*, México DF: Mcgraw Hill, 1998.

- Jonson, R.A et al, *Teoría, Integración Y Administración De Sistemas*, México DF: Limusa, 1977.
- Kemmis, Stephen y MCtaggart, Robin, *Cómo Planificar La Investigación Acción Metodología De La Investigación*, Barcelona: Laertes, 1988.
- Knoeger, Axel, y Luna Ronaldo, *Atención Primaria En Salud*, México DF: Pax OPS, 1992.
- Lagos, Carlos Rene, *Desarrollo Organizacional En Latinoamérica, Salud Pública*, Guatemala: Publicaciones Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, 1994.
- Leon Opalín, Niska Miel, *Globalización Y Cambio Estructural*, México DF: Administración, Instituto Mexicano de Contadores Públicos, 1998.
- Lugan Muñoz, Jorge, *Guatemala Breve Historia Contemporánea*, Guatemala: Fondo de Cultura económica, 2004
- López, Rivera Oscar, et al, *La niñez y la Juventud en la agenda de construcción de la paz*, Guatemala: CENDEP, 1998.
- Martinez, Mendez Alberto, *fundamentos generales de la Ciencia Política*, Ciencia política, Tomo 3, México DF, Costa amic, 1973.
- Machado, Muñoz Santiago, Delgado Garcia Jose L. Et Al, *Las Estructuras Del Bienestar*, Madrid: Civitas SA. Madrid España 1997.
- Merton, Robert, *Teoría Y Estructura Social, Tratado De Política*, México DF: Fondo de Cultura Económica, 1992.
- Menjivar, Rafael y Trejos Juan Diego, *La Pobreza En América Central, Sociología*, San Jose: de la Facultad Latinoamericana 1990.
- Morgan, Rolando, *El Conocimiento Cotidiano, Metodología De La Investigación* Guatemala: Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de San Carlos 1994.
- Morente García, Ricardo, *Lecciones Preliminares De Filosofía*, México DF: Mc Graw Hill, 1992.

- Morales, Evelyn, et al. *¿Existen Prácticas Sexistas Y Racistas Dirigidas Hacia Las Mujeres En La Educación Formal Y No Formal?*, Guatemala: Publicación Organización Mujeres Tierra Viva, 2004.
- Navarro, Martínez F. et al, *Salud Pública, Tratado De Salud Pública*, México DF: Mc Graw Hill, Interamericana. 1988.
- Nikitin P. *Economía Política, Ciencia Política*, México DF: Unidos 1977.
- Nogueira, Passos Roberto, *Perspectivas De La Gestión De Calidad Total En Los Servicios De Salud*, Washington DC: Serie Paltext, No4.1997.
- Torres, Edelberto *Introducción Al Pensamiento Sociológico*, San José: UCLA, 1974.
- Torjada, Tezanos Jose F. *La Explicación Sociológica, Una Introducción A La Sociología, Ciencia Política Y Sociología*, Madrid: Toron 1, 1995.
- Anónimo, *Exclusión En Salud, En Países De América Latina Y El Caribe Publicación, Serie No1*. Washington DC: Extensión de la Protección Social en Salud, OPS, 2003.
- Anónimo, *Conceptos Y Estrategias Para Políticas Públicas: La Perspectiva Canadiense*, Washington DC: Publicación, Organización Panamericana de la salud, 2000.
- Organización Internacional del Trabajo, *La Justicia Laboral, Un Desafío Para Guatemala* Guatemala: Magna Terra, 2003.
- Pape, Edgar, *Contribuciones Ocultas De Las Mujeres A La Economía Investigación Sociológica*, Guatemala: Facultad Latinoamericana de Ciencia Sociales, 2001.
- Organización Panamericana de la Salud, Silogua, *Una Guía Para La Educación Y La Participación De La Comunidad En Los Sistemas Locales De Salud*, San Salvador: OPS, 1992.
- Parkin, Michael, et al, *Macroeconomía Versión Para Latinoamérica*, México DF: Addison Wesley, Quinta Edición 2001.
- Paz Sandin, Esteban, *Investigación Cualitativa En Educación Fundamentos Y Tradiciones, Metodología De Investigación*, Barcelona: Siglo Veintiuno, 2003.

- Pérez, Sainz, *Ciudad, Subsistencia E Informalidad, Metodología De La Investigación*, Guatemala: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 1990.
- Porrúa, Francisco, *Teoría Del Estado, Ciencia Política*, México DF: Porrúa, 1997.
- Portes, Alejandro y Guarnido, Luis, et al, *La Globalización Desde Abajo: Transnacionalismo Inmigrantes Y Desarrollo La Experiencia De Estados Unidos Y América Latina Estudio De Sociología*, México DF, Miguel Angel Porrúa, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2003.
- Portes Alejandro. et al, *la Economía Del Rebusque*, Guatemala: Investigación Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 1988.
- Polit, Dennis F. *Investigación Científica En Ciencias De La Salud, Salud Pública*, México DF: Interamericana, Mc Graw Hill, 3ra. Edición, 1991.
- Popper, Karl P., *Realismo Y El Objetivo De La Ciencia, Metodología De La Investigación*, Madrid: Tecno SA., 1985.
- Ritzer, George, *Teoría Sociológica Clásica, Tratado De Sociología*, Madrid: Mc Graw Hill, 1995.
- Runes, Dagoberto, *Diccionario de Filosofía*, México DF: Grijalbo 1981.
- Rodriguez, Rabanal Cesar, *Cicatrices De La Pobreza, Un Estudio Psicoanalítico*, Venezuela: Nueva Sociedad, 1991.
- Quezada, Enrique, *Diagnostico De Situación Y Propuesta De Líneas De Mejora De La Gestión De Pacientes En Una Unidad Asistencial Seleccionadas Del IGSS*, Guatemala: Publicación del Seguro Social, Convenio GTM/B7, 2002.
- Ruiz, Luis y Barragán, Arenas et al; *Salud Pública Memorias De La 1era Reunión Andina Sobre Desarrollo De La Teoría Y La Practica En Salud Pública*, Quito, Sin Editorial, 1993.
- Sanchez, Angel; *La Inconclusa Y Tutelada Reforma Del Sector Salud En Guatemala En El Marco Del Cumplimiento De Los Acuerdos De Paz* Guatemala: Publicación del Gobierno Sin Editorial, 2005.

- Sáinz, Pérez J.P; *Ciudad, Subsistencia E Informalidad*, Guatemala: Serviprensa CA. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 1990.
- Sariego, José Ramón; *Biblioteca Desde Una Perspectiva Cubana*, La Habana: Centro Félix Varela, 1997.
- Sierra Bravo R. *Técnicas De Investigación Social, Teoría Y Ejercicios Metodología De La Investigación*, Madrid, Paraninfo 2001.
- Smeltzer, Suganne C. y Bare, Brenda G; *Enfermería Médico Quirúrgica De Brunner Y Suddarth*, México DF.: Mc Graw Hill, Novena Edición Volumen I, 2000.
- Van Paris, Philippe *¿Qué Es Una Sociedad Justa?, Introducción A La Práctica De Filosofía Política*, Barcelona: Du Seúl, 1993.
- Werner David y Cogger, Hill; *Aprendiendo A Promover La Salud, Salud Pública*, California: Fundación Hesperian, 1985.
- Ministerio de Educación, *Plan Estratégico De Educación De La Niña, 2003-2007* Guatemala: Red de Información y Coordinación en Apoyo a la Educación de la Niña, 2002.

Publicaciones Científicas:

- PMUD, *Iniciativa, Reforma Del Sector Salud, Introducción A La Gestión Estratégica, Publicación De Salud Pública*, Guatemala: Agencia de los EEUU, Para El Desarrollo Internacional, 1991.
- , *Reflexiones Para El Debate*, Washington DC.: OPS, 1992.
- , *Aplicación De La Estrategia Mundial De Salud Para Todos En El Año 2000 2da Edición, Octavo Informe Sobre La Situación Sanitaria Mundial, Volumen 3, Región De Las Américas*, Washington DC.: OPS, 1993.
- , *Desarrollo De La Capacidad De Conducción Sectorial En Salud (Una Propuesta Operacional) Serie 6, División De Desarrollo De Sistemas Y Servicios De Salud*, Washington DC: OPS. 1998.
- , *Alianza para la Reducción de la Pobreza, experiencias exitosas en Guatemala*, Guatemala: 1998.
- , *El Nuevo Papel De La Regulación Gubernamental En Salud A Cargo De Los Ministerio De Salud Serie 7, División De*

- Desarrollo De Sistemas Y Servicios De Salud*, Washington DC: OPS, 1998.
- , *La Salud Y Los Derechos Humanos Aspectos Éticos Y Morales*, Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1999.
- , *Informe: Situación De La Niñez En Guatemala*, Guatemala: Organización de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, 2001.
- , *Informe Desarrollo Humano y Pacto Fiscal*, Guatemala, Sin Editorial, 2002.
- , *Informe De Desarrollo Humano Desarrollo Humano Mujeres Y Salud*, Guatemala: Sistema de las Naciones Unidas, 2003.
- , *Informe Final: Línea Basal De Mortalidad Materna Para El 2000*, Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2003.
- , *Informe Seminario Taller Personalismo Y La Superación De La Pobreza*, Guatemala: Universidad Landivar, 2004.
- , *Conceptos Y Estrategias Para Políticas Públicas Saludables, La Perspectiva Canadiense, Salud De La Población*, Washington DC., OPS, 2000.
- , *Protección Social En Salud En Guatemala*, Guatemala: OPS, 2002.
- , *Informe De Desarrollo Humano Una Agenda Para El Desarrollo Humano*, Guatemala: Sistema de las Naciones Unidas, 2002.
- , *Informe Perfil De La Pobreza En Guatemala Instituto Nacional De Estadística, Proyecto Mecovi, Encuesta Nacional De Condiciones De Vida-ENCOVI 2002*, Guatemala: Universidad Rafael Landivar, 2002.
- , *Informe De La Cuarta Reunión Grupo Asesor Técnico AIEPI (GATA)*, Washington DC.: Ministerio de Salud Pública, 2004.
- Secretaria General de Planificación, *Programa de Gobierno 1996-2000*, Guatemala, Gobierno de Guatemala, 2000.

- , *Salud E Historia En Centroamérica, Análisis De Las Reuniones Del Sector Salud De Centroamérica Y República Dominicana, 1985-2000*, Managua, OPS, 2001.
- , *Situación De La Salud Y Su Financiamiento Tercer Informe, Periodo 1999-2003*, Guatemala: MSPAS, 2005.
- , *Plan Nacional De Salud 2000-2004*, Guatemala: MSPAS, 2001.
- , *Protección Social en Salud*, Guatemala: MSPAS, 2000.
- , *La Convención Sobre Los Derechos Del Niño Desde Centroamérica*, San Salvador: Publicación del Naciones Unidas, 1990.
- , *Política De Desarrollo Social Y Poblacional*, Guatemala: Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, 2002.

Revistas:

- Instituto Nacional de Estadística "Poblaciones Locales De Habitación, Particulares Censados Según Departamento Y Municipio (Cifras Definitivas)", *Censo Nacional XI De Población Y VI De Habitación, INE*, 2002.
- Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, "Metodología Tradicional Versus Métodos Novedosos", Facultad de Ciencias Económicas, no.140 año XXXVII, 1999.
- Instituto de investigaciones económicas y Sociales, *Historia Económica En Guatemala Reseña De Su Desarrollo* No.136, año XXXVI, 1998.
- Ramirez, Miguel; "Una Historia En Construcción" *Instituto De Investigaciones Económicas Y Sociales, Crecimiento O Desarrollo En América Latina*, Revista No. 135, 1998.
- "Estadísticas del Trabajo", *Ministerio de Trabajo* No16. 2005.
- V. Cartaya et al, "Marginalidad del Sector Informal" *Nueva Sociedad*, 1987.
- Organización Internacional del Trabajo, PRODIAC, "Comisión Nacional Para El Seguimiento Al Fortalecimiento De La Justicia" *Justicia Laboral* Año 1, 2004.

Nygreen Drug, Helena y Cascels, Andrew, et al; "25 Preguntas Y Respuestas Sobre Salud Y Derechos Humanos" *Organización Panamericana de la Salud*, 2002.

Moodie, Rob, et al; "Infraestructura Para La Promoción De La Salud: El Arte De Lo Posible" *Informe Técnico, Secretaria de Salud, México DF*. 2000.

Portadores de Sueños, "Pensamiento y Acción En Salud" *Órgano De Análisis Político, Información y Divulgación De La Instancia Nacional De Salud, INS*, 2003.

"Realidad Y Justicia La Geografía De La Pobreza, Auditoria Social, Una Invitación A Organizarse". *Pastoral Social, Solidaridad en la Transición, Arzobispado de San Marcos Guatemala, N° 14*, 2006.

Folletos:

Anónimo, El Que Busca Encuentra Modulo 1, Conocimiento, Método Científico Y El Proceso De Investigación.

Anónimo, Que No Le Cuenten Cuentos Modulo 2, Técnicas E Instrumentos De Investigación.

Diarios Consultados:

Illescas, Miguel Ángel; "En Guatemala Reina La Incertidumbre" *Prensa Libre*, Año LV, No.18, 087, Mayo 2006: 16

Bolaños, Rosa Ma; "SOSA: PIB Crecería 5% Revista Negocios", *Prensa Libre*, Año LV, No.18, 87, Mayo 2006: 19.

Guerra, Hernán; "Quienes Tiene Privilegios Presionan Para Mantenerlos", *Revista Negocios, Prensa Libre*, LV No. 18, 086: 19.

Paredes, Jennifer, Y Rodriguez, Luisa; "Inicia Lucha Contra El Tiempo Por El TLC", *Prensa Libre*, año LV, No. 18, 079:3

González Medeiros, Pablo; "Crecer Es Insuficiente Para Abatir La Pobreza" *El Periódico, Sección Economía*, mayo 2004. P sin número.

Palencia, Gema y Reynoso, Cony; "Lejos De Metas Del Milenio", *Prensa Libre* año LV, No.18, 092. Junio 2006: 6.