

# artículos

## El Programa Materno Infantil y las Políticas de Salud

Werner Omar Molina Soto\* en Guatemala 1980 - 1987

---

EL AUTOR PRESENTA UNA DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE SALUD EN GUATEMALA, DESTACANDO LAS POLÍTICAS DE SALUD PRIORITARIAS PARA EL PERÍODO 1980 -1987. EN EL DOCUMENTO SE HACE UNA PRIMERA APROXIMACIÓN A LA PROBLEMÁTICA QUE EXISTE A NIVEL DEL MEDIO SOCIAL E INSTITUCIONAL EN MATERIA DE SALUD. FINALMENTE SE EXPONE LA ORIENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS QUE ACTUALMENTE SE PRIVILEGIAN PARA DAR SOLUCIÓN A LAS NECESIDADES DETECTADAS.

El marco conceptual del programa de Gobierno, concibe el desarrollo en Guatemala como un amplio proceso de fenómenos sociales que afectan las estructuras básicas de la sociedad, su cultura y sus instituciones, y cuyo objetivo final es el elevar el bienestar de todos los guatemaltecos, tanto en los aspectos materiales, como culturales y espirituales.

Con esta perspectiva, la salud adquiere un carácter prioritario para el proceso de desarrollo, pues se orienta a salvaguardar el recurso más trascendente del país: su población.

Siendo la salud un componente del perfil de bienestar, debe necesariamente incorporar dimensiones intersectoriales; lo anterior produjo el planteamiento de políticas y estrategias que armonizaran con los otros componentes que contribuyen al desarrollo global y al establecimiento de un sistema nacional de salud, con política unitaria que tienda a evitar la duplicidad y dispersión de esfuerzos, así como la utilización eficiente de los recursos.

El Plan de Salud tiene como propósito el procurar para todos los guatemaltecos los más altos niveles de bienestar físico, mental y social, a través de acciones organizadas e integradas de protección, promoción, recupera-

---

\* Médico Cirujano. Funcionario del Ministerio de Salud en Guatemala

ción y rehabilitación de la salud, con el fin de que pueda disfrutar de una vida satisfactoria y participar activamente en el desarrollo económico y social de la nación.

Lógicamente, este proceso llevará tiempo. Se logrará de acuerdo con el apoyo que se les de a las políticas y áreas de acción programática, también influirá la continuidad en el desarrollo de los programas, puesto que el cambio de gobierno muchas veces ha traído cambios en las políticas, pero si se dejan bien sentadas las bases, finalmente se logrará el desarrollo y bienestar deseados.

Nuestra población, en su mayoría, ha permanecido en el abandono desde la época colonial hasta la fecha. La marginación educacional y de oportunidades ha sido constante a lo largo de casi cinco siglos. Sumado a esto, existen otras barreras: a) culturales, ya que cada grupo étnico tiene su propio idioma, lo que dificulta la comunicación entre las comunidades y las entidades estatales, aspecto que incide en el proceso de enseñanza b) barreras geográficas dadas las características del país, que limitan la accesibilidad hacia muchas comunidades, por lo que también hay que seguir trabajando en la construcción de caminos y carreteras.

No podemos olvidar la inestabilidad política en que hemos vivido por más de treinta años, la cual ha constituido un obstáculo para el inicio de un proceso administrativo, que coadyuve al desarrollo socioeconómico, y que favorezca, principalmente, a la población que ha estado marginada.

Otros problemas relevantes que inciden en la salud, además de los men-

cionados, son: contaminación ambiental (falta de letrinas, de agua potable, de drenajes, de mercados, lo que provoca ventas callejeras de alimentos sin control sanitario, además, la existencia de desagües a flor de tierra, botaderos abiertos de basura, gran cantidad de perros callejeros; escasez de vivienda con el consiguiente hacinamiento de las familias y sus consecuencias; desempleo, lo que aumenta la pobreza, el pillaje y la violencia; deficiente producción, conservación y utilización de los alimentos que aumenta el problema nutricional; tratamiento empírico de las enfermedades, lo que hace que éstas se prolonguen y aumente la mortalidad; además de que no brinda la oportunidad a la comunidad para que determine sus necesidades y prioridades.

En síntesis, las condiciones objetivas que presenta el país demandan, con urgencia, un trabajo continuo en materia de salud, que debe estar asociado, necesariamente, con políticas de vivienda, empleo y educación, para poder dar una respuesta global e integrada a la situación difícil y problemática que vive el guatemalteco.

### **Las políticas de salud y el concepto de salud enfermedad**

Según el marco conceptual establecido por el Gobierno, la salud es un componente teórico del perfil del bienestar humano, que contribuye a la conservación de la vida y al desarrollo global del individuo y la comunidad;

la enfermedad altera ese estado de bienestar.

La naturaleza y orientación de las políticas de salud, está basada en la observación de las necesidades y prioridades en la salud de la población y en la evaluación de los errores, principalmente políticos y administrativos, que se han cometido en el pasado. Persiguen, a corto plazo, que las poblaciones rural y urbana marginales, logren el acceso a los servicios que hasta ahora no han tenido. Se proponen como prioritarias cinco políticas que se describen a continuación:

#### *Política de aumento de cobertura*

La política sustantiva del Plan de Salud se propone alcanzar la cobertura total, iniciando, rápidamente, acciones y buscando la consolidación dentro del gobierno presente, mediante la ejecución de planes operativos anuales. Este proceso permitirá establecer las condiciones para el desarrollo posterior del plan y su proyección a largo plazo. En este sentido tiene como propósito **extender** los servicios en calidad y cantidad, para satisfacer las necesidades más urgentes de la población, especialmente en los sectores sociales que históricamente no han alcanzado las condiciones mínimas de bienestar.

#### *Política de protección, conservación y mejoramiento ambiental de la salud*

Se inscribe dentro del marco integral de acciones intra y extra secto-

riales, el fortalecimiento de los programas de saneamiento de la población menos protegida y de menores recursos. Esto conlleva a impulsar los programas dentro de una cobertura nacional de acciones, a través del fortalecimiento nacional, regional y descentralizado de los programas de saneamiento ambiental, con la participación activa de la comunidad.

#### *Política de alimentación y nutrición*

Esta política establece el marco integral para las acciones tendientes a mejorar las condiciones nutricionales de la población, para alcanzar la autosuficiencia en materia de alimentos y lograr que una buena nutrición y alimentación esté al alcance de todos los estratos sociales.

Contará con el apoyo de los programas de regionalización productiva y descentralización administrativa. El sector salud orienta sus acciones hacia la prestación de servicios de educación y recuperación nutricional, la atención especializada de casos, la vigilancia en el cumplimiento de la ley de yodización de la sal para el consumo humano y la fortificación y enriquecimiento del azúcar con vitamina "A". Lleva a cabo el control de la calidad de los alimentos y promueve la investigación e incorporación de tecnologías apropiadas para el desarrollo de los programas afines a estas políticas.

## *Política de desarrollo institucional y administración del sector*

Reviste características intersectoriales en las que el Estado busca superar los problemas a corto plazo y modernizar la administración pública, mejorando la capacidad operativa de las entidades ejecutoras, para lograr mayor eficiencia en la prestación de servicios.

## *Política de infraestructura física*

Las acciones de esta política se orientan a mantener en buen estado los edificios y equipo del sector, mediante la reposición, remodelación, reparación y mantenimiento. Los proyectos de desarrollo de la infraestructura física deberán estar acordes con los programas.

La naturaleza y orientación de estas políticas está basada en la observación de las necesidades y prioridades en salud de la población, principalmente aquellos sectores que han sido marginados y abandonados, como por ejemplo, el campesino indígena y los habitantes de los anillos de miseria urbanomarginales y administrativos.

## **Zonas y grupos sociales prioritarios de los programas de salud**

### *Zonas prioritarias*

Extender los servicios en calidad y cantidad especialmente a los sectores

sociales que históricamente no han alcanzado las condiciones mínimas de bienestar y, que se ubican en comunidades rurales lejanas con poblaciones menores de 2.000 habitantes, poblaciones marginales y suburbanas que viven en condiciones habitacionales y ambientales subóptimas y que son las que poseen la tasa más alta de morbilidad y mortalidad.

### *Grupos sociales prioritarios*

Los grupos sociales prioritarios están integrados por:

- a. Las poblaciones indígenas que se dedican fundamentalmente, a las labores agrícolas y artesanales ubicados en el altiplano en los Departamentos de Chimaltenango, Quiché, Sololá, Totonicapán, San Marcos, Quetzaltenango, Huehuetenango, Alta y Baja Verapaz. Estas poblaciones constituyen más del 50% de la población total, y viven en condiciones deficientes. Desde el punto de vista económico, ambiental y habitacional, no gozan de agua potable, letrinas, ni drenajes, viven hacinados, y en general, en muy malas condiciones.
- b. La población que vive en asentamientos y anillos urbanos marginales, con las mismas condiciones de escasez de agua potable, letrinas, desagües, basureros, hacinamiento, y otras condiciones que favorecen la enfermedad, la mala nutrición, y el deterioro social con la subsecuente pérdida de valores, lo que conduce al resentimiento, la delincuencia, la drogadicción y la violencia. Como puede desprenderse de la descrip-

ción anterior, es precisamente en zonas de mayor deterioro social y de condiciones adversas, desde el punto de vista infraestructural y geográfico, hacia donde se dirigen las políticas de salud. Sin embargo existe una distancia real entre los pronunciamientos e intenciones manifiestas del sector salud y el impacto concreto de su acción, brecha que se concreta en el tímido mejoramiento de los intereses de salud de Guatemala.

de recursos humanos y en algunos casos la ausencia de infraestructura.

A pesar de ello, no es tan marcada la diferencia entre lo programado y lo realizado, excepto en los programas de atención de niños de 5 a 14 años, porque no se cumple con el programa de atención a escolares, y en el grupo de puerperas se programa más de lo que se realiza. Las señoras no acuden al control del puerperio por falta de conscientización y educación acerca de su importancia. (Ver Cuadro 1)

### Cobertura teórica y real

Se observa que la cobertura es baja, tanto a nivel urbano como rural, esta última es menor debido a la deficiente promoción, al difícil acceso, la escasez

### Gastos del Estado en salud

El análisis de la distribución del gasto público de 1980 - 1987, muestra que

CUADRO 1

> 1 Año	1-4 Años	5-14 Años	Prenatales	Puerperio	Mujeres 15-44	Resto Población	Total
<b>Programado</b>							
106,863	358,226	238,500	103,541	42,729	65,610	631,197	156,686
<b>Realizado</b>							
203,752	351,041	190,481	125,206	27,760	22,340	747,327	1,667,927
<b>(%)</b>							
34-35 P-R	32-32 P-R	29-9 P-R	29-35 P-R	14-9 P-R	5-1 P-R	28-31 P-R	21-22 P-R

Fuente: Unidad Sectorial de Planificación.

el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha captado un promedio de 8.2 % del presupuesto general de la Nación. (Ver cuadro 2)

A nivel nacional el gasto para 1985 dedicado al área materno-infantil y de niños de 5 a 14 años fué del 16.5 % del total del presupuesto de funcionamiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; hay que hacer notar que ese porcentaje tiene grandes variaciones en las distintas áreas de salud del país; en un contexto en que la inversión per cápita para 1985 fue de Q. 7.49

Como porcentaje del PIB la participación del Ministerio de Salud entre 1980 y 1987 ha sido aproximadamente del 1%.

En cuanto a la población cubierta por servicios de salud estatal, el Ministerio de Salud Pública contribuye con el 68 % de las camas, 62 % de egresos y 39 % de consultas a la población.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social contribuye con el 19% de las camas, 31% de egresos, 19% de las consultas.

De los datos anteriores podemos desprender que la cobertura para los sectores más desposeídos, no sólo es insuficiente, sino que revela la marginación del acceso a la salud de amplios sectores populares. Es revelador el hecho de que el 42% de las consultas se atienden a nivel privado, lo que impulsa el desembolso de una suma significa-

## CUADRO 2

### PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y SU RELACION CON EL PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN

(En millones de quetzales)

Años	Presupuesto general de la Nación	Presupuesto Ministerio de Salud Pública	% de participación Pto. M.S.P. Pto. General
1980	1.280.3	108.6	8.5
1981	1.466.6	137.7	9.4
1982	1.461.4	139.5	9.4
1983	1.314.1	101.1	7.7
1984	1.314.1	99.2	7.5
1985	1.282.1	98.7	7.5
1986	1.710.4	131.9	7.7
1987	2.556.2	219.9	8.6

Fuente: SEGEPLAN.

tiva de dinero, que la mayoría de los ciudadanos no tiene.

Hay que tomar en cuenta que no se cubre el 100% de la población.

El presupuesto del Ministerio de Salud Pública en los últimos años ha disminuido en contraposición al crecimiento de la población, a las necesidades de la misma, acelerado el aumento del costo de los insumos, lo que limita aún más la satisfacción de las necesidades básicas en salud de la población.

El presupuesto es insuficiente. Es menor del 9% del presupuesto general de la Nación y a pesar de que desde 1980 a 1987 se ha duplicado, en términos corrientes, por la devaluación de la moneda, su poder adquisitivo no ha aumentado en términos constantes, lo que lógicamente no permite que se tenga un desarrollo adecuado, sino que la tendencia sea hacia el establecimiento. Lo mismo se observa en lo referente al porcentaje que corresponde al PIB, que en 1980 fue 1.4 % y en 1987 1.3 %.

En cuanto a la cobertura de los últimos cinco años, se observa que ésta es deficiente; para 1986, alcanzó más o menos el 40% de las consultas institucionales, teniéndose como meta el 80%, lo que aumenta con los beneficiarios del Seguro Social que es parte del 20% que resta de la población. Hay que señalar que la población cubierta, en su mayoría, es la maternoinfantil, que es la de mayor riesgo, y el presupuesto también tiene una orientación hacia ese grupo M.I. pero no en la cantidad adecuada.

De acuerdo a la evaluación del propio Ministerio, se sabe que sólo cubre el 20% de la población; lo que en relación con las precarias condiciones de higlie-

ne y de educación revelan un programa insuficiente para cubrir las necesidades de la población guatemalteca.

### **Análisis y panorama general de la situación de salud en el país**

El nivel de salud de la población, en general, no ha variado y no ocurre ningún mejoramiento, sobre todo en la población rural y la de escasos recursos económicos. La morbilidad y mortalidad en general no se han modificado, situación que tiene su origen en la alta incidencia y prevalencia de enfermedades transmisibles, con altos índices de diarreas, desnutrición, parasitismo intestinal, otras enfermedades endémicas como oncocercosis, paludismo, y otros.

La educación sanitaria es deficiente y el ambiente puede ser considerado como contaminado e insano. Entre las razones que explican esta situación podemos mencionar:

La inadecuada oferta de alimentos, inadecuado e insuficiente consumo, el deficiente aprovechamiento biológico del alimento ingerido, la falta de una política dirigida a resolver la problemática alimentaria, la falta de higiene individual y ambiental, el tratamiento empírico de las enfermedades, deficiente acceso a los servicios existentes, falta de proyección de los servicios a la comunidad, y baja calidad en la atención que se presta.

En lo que se refiere a la educación sanitaria, sus deficiencias se explican en razón de la escasa o nula utilización de los medios de comunicación masi-

va, la escasa efectividad de medidas preventivas, la falta de conscientización social, la escasa formación y capacitación de los recursos humanos de salud. Asimismo, el ambiente está contaminado por:

Falta de agua potable, falta de control de alimentos, insuficiente control de vectores, falta de control epidemiológico, inadecuadas condiciones en la vivienda, ocasionadas por la mala disposición de excretas y de aguas servidas, la mala disposición de basura y desechos y la falta de programas de educación orientada a su mejoramiento.

La oferta de servicios para enfrentar la problemática se caracteriza por los deficientes servicios de atención médica con baja cobertura; esta última, debido a programas de escaso impacto, bajo rendimiento, poca racionalización de los recursos y débil proyección a la comunidad; también hay deficientes acciones de prevención por baja cobertura en las inmunizaciones, a causa de poca participación y organización comunitaria, técnicas inadecuadas e insuficientes medios de refrigeración.

Por otra parte, en lo referente a saneamiento ambiental existe baja cobertura por falta de proyección a la comunidad, poca participación de ésta descoordinación interinstitucional, poco uso de tecnologías apropiadas y recursos insuficientes.

### **Naturaleza y orientación de las políticas de salud**

Las cinco políticas enunciadas responden a las urgentes necesidades que

debe solventar el gobierno a través del Ministerio de Salud, con el apoyo intersectorial de otros Ministerios, para proporcionar el bienestar mínimo que se pretende para todos los sectores sociales.

En cuanto al orden de importancia, debe encabzarse con la Política de Desarrollo Institucional y Administración del Sector, puesto que partiendo de una sólida base administrativa de planificación, organización, supervisión, evaluación y control, se podrá esperar que las otras políticas se logren. La política debe considerar la formación y capacitación de los recursos humanos en salud, quienes serán los ejecutores de la política administrativa y las otras.

Deben incluirse las políticas de educación en salud y de participación comunitaria como prioritarias en el desarrollo de la salud, ya que éstas a largo plazo tendrán efectos no sólo permanentes, sino más relevantes.

La política de aumento de cobertura debe permitir llegar a los grupos y zonas prioritarias. Al mejorar las condiciones ambientales, se mejorará también el estado de salud, puesto que disminuyen las condiciones que favorecen las enfermedades infecciosas y parasitarias. La política de alimentación y nutrición contribuye a elevar el estado nutricional de la población, especialmente del grupo maternoinfantil que es la más vulnerable, disminuyendo su susceptibilidad a las infecciones y aumentando su resistencia. Lo anterior con el apoyo administrativo del Ministerio de Gobierno.

A pesar de la importancia que revisten las políticas mencionadas, aún no está trabajando en ellas de manera total. Por otra parte, no se puede dejar



de lado la capacitación de los recursos humanos en salud. Es importante la educación en salud de la comunidad y su participación para contribuir a solucionar los problemas de saneamiento del medio, construcción, mantenimiento y cuidado de puestos y centros de salud, letrinas, drenajes y desagües, introducción de aguas, y otros, ya que la comunidad no solo tiene derecho a los servicios de salud, sino también el deber de participar responsablemente en su consecución.

Finalmente, el cambio más relevante en los últimos años se ha dado en Política Administrativa, a dos niveles:

- a. Cuando como consecuencia del déficit económico que atraviesa el país se decidió centralizar en el Ministerio, la autorización para la compra de equipo de cada dependencia (renglón 3 del presupuesto), a fin de controlar y darle prioridad a las compras de acuerdo con las necesidades y,
- b. Fomentando la integración intersectorial de programas que tienen otros ministerios, a fin de que con la participación interinstitucional se logren mejores rendimientos. Con esto se evita la duplicación del gasto y se mejora la utilización de los recursos.

### **Problemática administrativa**

En esta sección se presenta una síntesis de la situación actual de la problemática administrativa en salud, en relación con la capacidad del ministerio para facilitar la puesta en práctica de las políticas gubernamentales.

## *Aspectos Organizacionales*

### *Organigrama del Ministerio*

El organigrama del Ministerio de Salud Pública está encabezado por el Ministro quien es la máxima autoridad. Cuenta con la colaboración directa de:

- a. El Viceministro de Asuntos Técnicos que dirige las siguientes unidades: Planificación y Progreso, Presupuesto, Informática, Control de Proyectos e Inversiones.

Este Viceministro da asesoría técnica al señor Ministro y al resto de dependencias del Ministerio.

- b. El Viceministro de Asuntos Administrativos, que dirige la Unidad de Servicios Administrativos con los siguientes departamentos: Personal, Contabilidad, Compras y Suministros, Transporte, Administración de Cementarios, Auditoría, Artes Gráficas, Auditoría, Control Patrimonial.

Este Viceministro da el apoyo administrativo al Ministerio y sus dependencias.

El Despacho Ministerial cuenta además con las siguientes unidades: Oficina de Asesoría Jurídica, Secretaría del Despacho, Oficina de Relaciones Públicas, Proveduría de Medicamentos de Control de Precios y la Oficina de Coordinación de Asuntos Internacionales.

Todas ellas tienen sus funciones específicas y contribuyen en las actividades o en la asesoría y toma de decisiones del Ministerio.

El Consejo Nacional de Salud, asesora al Ministerio, aunque actualmente no ha sido convocado. Además, se recibe asesoría internacional por parte del representante de la OPS en el país o enviados especiales. La misma está determinada por las necesidades detectadas por los organismos internacionales, o en su defecto, por la colaboración que en este sentido el Ministro solicite. Ambas asesorías deben contribuir en la determinación de políticas y estrategias del Ministro.

La Dirección General de Servicios de Salud, es un enlace intermedio entre el despacho Ministerial y las Dependencias Ejecutoras de Regiones, Áreas, Distritos, Hospitales, Centros y Puestos de Salud, a quienes transmite las disposiciones ministeriales y gubernamentales. Además, la Dirección General de Servicios de Salud cuenta con la Secretaría General, y el Consejo Técnico, formado por el Director General de Servicios de Salud y los jefes de unidades, que dependen de la Dirección General, tales son la Unidad de Recursos Humanos, Programas Aplicativos, Programas Específicos, Supervisión y Evaluación, Desarrollo Administrativo y de Coordinación de Instituciones.

Las seis unidades que dependen directamente de la Dirección General tienen su propia estructura, a saber,

a. Unidad de Recursos Humanos y Educación para la Salud que comprende la Jefatura y Departamentos de Salud Comunitaria, Diseño Curricular, Documentación, Capacitación y Educación Continua, Educación para la Salud e Investigación.

Su estructura organizativa no ha sido función para la formación y capaci-

tación de los recursos necesarios, tanto en calidad como en cantidad, para el desarrollo de los programas nacionales, sino más bien para satisfacer las necesidades locales.

Esta unidad es de suma importancia, puesto que con los recursos humanos adecuados se pueden cumplir los programas y conseguir el impacto deseado.

b. Unidad de Programas Aplicativos, con las siguientes jefaturas y departamentos: Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, Atención Médica, Nutrición y Alimentación, Salud Ambiental, Registro y Control de Medicamentos y Alimentos, Ingeniería y Mantenimiento.

El Departamento de Atención Médica se debería de subdividir en dos sub-jefaturas de atención materno-infantil y de atención médica general, dándosele así la importancia que amerita el grupo materno-infantil, el que además cuenta con el departamento de Supervivencia Infantil. Sin embargo, no se le incluye en el organigrama, a pesar de desarrollar programas y contar con recursos humanos capacitados.

c. Unidad de Programas Específicos, con las jefaturas y departamentos de Malaria, Tuberculosis, Salud Oral, Salud Mental.

Se incluyen aquí dos problemas endémicos de salud, como lo son la malaria y la tuberculosis, ambos Departamentos adolecen del soporte presupuestario adecuado y en eso estriba principalmente que no tengan la eficacia deseada, además paralelo a los programas anteriores, se tiene que mejorar la salud ambiental y la situación

nutricional y socioeconómica de la población.

El Departamento de Salud Oral, debería estar integrado con los otros programas de atención médica, lo mismo que el Departamento de Salud Mental, estos Departamentos no desarrollan sus programas con la eficiencia e impacto que deberían, porque no se les ha dado la importancia necesaria, no se ha logrado que los profesionales en esas ramas tengan una proyección hacia la comunidad que logre cambios en la salud oral y en la salud mental. Esta última, prácticamente se reduce a la consulta externa y al tratamiento de pacientes hospitalizados, pero no se hace educación en salud mental ni prevención, a través de programas educativos y esparcimiento.

La Unidad de Supervisión y Evaluación, integrada por una jefatura y el cuerpo de supervisores, tiene la función de supervisar, evaluar y controlar los programas y los servicios que se prestan a nivel regional y distrital.

d. Unidad de Desarrollo Administrativo, integrada por una jefatura y el cuerpo técnico, es la encargada del desarrollo administrativo de todas las unidades que dependen directamente de la Dirección General; esta unidad es de suma importancia para el desarrollo de las políticas de salud por la labor sustantiva que cumple la administración como base de apoyo para el funcionamiento de las unidades y la ejecución de los programas.

Esta unidad aún no funciona con la capacidad suficiente para satisfacer las necesidades de apoyo administrativo que las unidades tienen.

e. Unidad de Coordinación de Instituciones de Salud no Gubernamentales, integradas por una jefatura y el cuerpo técnico.

Esta es una unidad recién creada, por lo que es difícil evaluar sus logros, pero indudablemente debe contribuir al mejor aprovechamiento de los recursos en salud no gubernamentales.

Todas esas unidades orientan su trabajo hacia las ocho regiones que son dirigidas cada una por un jefe de región, encargado del desarrollo de los programas en cada una de ellas.

Las Unidades de Desarrollo Administrativo, de Coordinación de Instituciones no Gubernamentales, de Supervisión y Evaluación, cuando desarrollen plenamente sus funciones y actividades, llenarán un vacío en la gestión y ejecución de los programas de salud.

#### *Capacidad instalada*

El análisis de la capacidad instalada en infraestructura, recursos materiales y equipo se presenta de acuerdo a las necesidades de cobertura y calidad de los servicios.

A pesar del aumento de hospitales, centros y puestos de salud que ha habido en los últimos años, aún no se abarca todas las comunidades del país, especialmente las rurales que son pequeñas, están muy alejadas y son de difícil acceso. También las urbano marginales de la capital no son cubiertas en su totalidad, aunque éstas tienen accesibilidad a puestos, centros de salud y hospitales porque existen las facilidades de transporte. Sin embargo, es deseable que los servicios se tengan *in situ*

para que así se brinde no solo atención primaria, sino también de prevención y mantenimiento de la salud.

No puede dejar de mencionarse que el mantenimiento de la capacidad instalada es deficiente, por lo tanto debe mejorarse y capacitarse técnicamente al personal, para que realice esa tarea, de forma tal que se haga un mantenimiento constante preventivo y de reparación eficiente.

Los recursos materiales no se orientan adecuada y oportunamente debido a que las estadísticas, proyección y programaciones son deficientes, lo que repercute negativamente en el presupuesto. Aparte de lo anterior, el soporte financiero estatal no satisface la demanda.

El equipo con que se cuenta es insuficiente para la demanda que existe. No se da la reparación y mantenimiento oportuno, no se compra de acuerdo al aumento de la demanda y por la situación cambiaria, el costo se ha incrementado considerablemente.

Debe mencionarse también, que el Ministerio no capacita personal para que se encargue de la reparación y mantenimiento del equipo, esto obliga a contratar los servicios con empresas privadas lo que eleva sustancialmente los costos.

Igualmente es deseable, contar con equipo técnicamente más moderno y funcional que rinda más en calidad y cantidad, especialmente para ayuda de diagnóstico.

Todo esto hace que se limite la cobertura y la calidad de los servicios, los cuales podrían ser mejores.

### *Aspectos de personal*

Los recursos humanos deben aumentarse en calidad y cantidad para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios, sin embargo, el presupuesto del Ministerio de Salud y Asistencia Social en los últimos años ha disminuido en contraposición al crecimiento de la población, a sus necesidades y al acelerado aumento del costo de los insumos, lo que limita aún más la satisfacción de las necesidades de salud básicas de la población.

La situación de los recursos humanos en función de la problemática en salud, no está acorde con la necesidades reales de la población, sino más bien, obedece a sistemas tradicionales de atención médica directa, dándole poco énfasis a las acciones de prevención y mantenimiento de la salud. No se estipula la conveniencia de contar con un adecuado proceso de desarrollo de los recursos humanos (en cuanto a la planificación, formación, capacitación y su utilización) de tal manera que para alcanzar los objetivos, se hace necesario contar con una política en esta área, que implique una coordinación intra e intersectorial, así como interinstitucional, principalmente entre las instituciones formadoras y empleadoras de los Recursos Humanos en Salud.

No existe implícita ni explícitamente, en las estrategias nacionales de salud, mecanismos de coordinación en la formulación de estrategias para la planificación de los recursos humanos a corto, mediano y largo plazo, que estén acordes con las necesidades reales del país.

El proceso de desarrollo de personal en salud, debería tomar en cuenta

las necesidades económicas, sociales y culturales de la población, así como su distribución geográfica, que condiciona la accesibilidad de los servicios y los programas establecidos por la política de salud del país.

Debe sistematizarse la planificación de los recursos humanos, con base en un análisis relativo de necesidades de la población, naturaleza de los programas, distribución geográfica y pro-

gramática, costotiempo de formación, costo-beneficio en la prestación de los servicios, riesgos de la población y complejidad de los servicios.

Las estimaciones de personal deben tener en cuenta, fundamentalmente, las necesidades planteadas para la atención de los grupos prioritarios, en relación con la problemática de salud del país

◊

# Organigrama del Ministerio de Salud de Guatemala

