



Introducción

A continuación se describen los principales hitos de la historia de la salud en Guatemala. Como parte de esta historia se destaca la evolución de la salud y las respuestas del Estado en este campo. También se hace referencia a otros factores que han tenido un papel fundamental en este proceso, incluyendo a las mujeres, los gremios médicos, actores no lucrativos y actores externos.

A. Rasgos principales de la evolución de la salud en Guatemala

La historia de la salud en Guatemala se caracteriza por una lenta mejora de los indicadores de mortalidad y esperanza de vida, junto con eventos trágicos que han incluido guerras, epidemias y desastres naturales que no sólo han sido consecuencia sino también causa de la situación de pobreza en que se encuentra la mayor parte de la población. La muerte violenta y las epidemias han sido parte de este panorama desolador desde que se tienen registros de la historia.

Así, además de las pérdidas humanas que significó la fase militar de la conquista, el régimen colonial causó un deterioro de las condiciones de vida de la población indígena. La falta de una alimentación y nutrición adecuadas, junto con las epidemias introducidas por los conquistadores, colonizadores y las poblaciones de esclavos negros (21,000 esclavos entre 1520-1820),¹ fueron la causa de altas tasas de mortalidad,² que redujeron extraordinariamente la población indígena. Se estima que la población indígena se redujo de dos millones de personas en 1520 a menos de medio millón (427,850) en 1550 y a poco más de 100 mil (133,280) en 1600, es decir, la población se redujo a una vigésima parte de lo que había sido 80 años antes. Durante este período se registraron brotes y epidemias de sarampión, vi-

ruela y tifus. Aunque durante la civilización maya hubo guerras, epidemias y migraciones, no hay registros de un fenómeno similar de reducción tan grande de la población en esa época,³ sí existiendo un legado de prácticas médicas que continúan teniendo vigencia en la actualidad (véase el recuadro XIII.1).⁴

Recuadro XIII.1 Legado histórico de la civilización maya en el campo de la salud

En el pensamiento mesoamericano el origen de la vida y la creación de los hombres y mujeres a partir del maíz, se concibe como resultado de elementos naturales y sobrenaturales. En consecuencia, la concepción y práctica de la salud maya era el resultado de la interacción de elementos sobrenaturales y naturales, identificándose entre estos últimos los accidentes, deficiencias y excesos. El concepto de equilibrio y desequilibrio eran parte del modelo de salud / enfermedad, el cual perdura en la actualidad con algunos cambios según los diferentes grupos étnicos. Cuando se identifica la causa de la enfermedad es posible brindar un tratamiento de acuerdo con su origen.*

Los actores en la práctica de la medicina, como para otras ramas del quehacer de la sociedad, se seleccionaban a partir de las características y atributos personales obtenidos según el calendario maya, combinando para el efecto los cálculos del día de engendramiento y el del nacimiento con los símbolos correspondientes a esos días en su respectivo tiempo.

Los cuidados de la salud eran ejercidos por diferentes practicantes de la medicina. Los gobernantes, al ser formados en el sacerdocio y en la medicina, se dedicaban a la curación y el tratamiento de las enfermedades, existiendo además otros responsables de la atención de la salud de la población, tales como los especialistas en mordeduras, sobadores o reparadores de huesos, los herbolarios, cirujanos, dentistas y las comadronas. Estas prácticas fueron continuadas por las poblaciones mayas después de la conquista y colonización españolas y persisten en la actualidad en las comunidades en donde son promovidas colectivamente.*

(*) Orellana (1999), págs. 459-468.

¹

² A. Barnoya, 1989, pág. 17; Lovell y Lutz, 2000, págs. 327-336.

³ Véase Schele y Freidel, 1990.

⁴ Lovell y Lutz, 2000, pág. 17.



La insalubridad y deplorables condiciones de vida de la mayoría de la población contribuyeron a que después de la independencia las epidemias continuaran manifestándose con fuerza. Así, en 1837 la epidemia de cólera morbus provocó 12 mil muertos, a pesar de las medidas preventivas asumidas por las Juntas de Sanidad del gobierno liberal desde 1833, poniéndose en evidencia la desconfianza popular resultante de la ausencia de educación, junto con la pobre participación del Estado en la concreción de las políticas públicas en materia de salud.⁵

Posteriormente hubo significativos cambios demográficos, que se reflejaron en que la población total aumentó en más de dos veces entre 1824 (633,500 habitantes) y 1893 (1,497,185 habitantes). Además, la población urbana alcanzó casi el 40% de la población total y la Ciudad de Guatemala ya representaba entonces un 10% del país con cerca de 150,000 habitantes.⁶ Sin embargo, hacia finales del siglo XIX la situación social de la población continuaba presentando serios déficit. Durante la década de 1880 se estimaba un analfabetismo del 90%, y durante los últimos 20 años del siglo la mortalidad general apenas disminuyó de un 30 a un 23 por mil habitantes. La población indígena y rural, empobrecida, continuó siendo la más afectada por epidemias y endemias como la viruela, el tifus y el paludismo, habiéndose manifestado preocupación acerca de los efectos de dichos problemas de salud ante la escasez de mano de obra necesaria para la producción cafetalera.⁷

A las epidemias se agregaron los desastres naturales. Un terremoto destruyó la ciudad de Quetzaltenango en 1902, ocasionando un número considerable de muertos y entre diciembre de 1917 y enero de 1918 ocurrieron devastadores terremotos que destruyeron la Ciudad

de Guatemala.⁸ El problema del alcoholismo fue detectado desde principios del siglo XX, que en parte era estimulado por el Estado que, al contar con el monopolio de la venta de bebidas alcohólicas, tenía a éstas como una de sus principales fuentes de ingresos fiscales.⁹ Por su parte, las epidemias continuaron manifestándose durante el siglo XX. Después del terremoto de 1917 hubo una grave epidemia de fiebre amarilla, y entre 1918 y 1919 una epidemia de influenza ocasionó casi 44 mil muertos, de los cuales la mayoría fueron indígenas del altiplano e indígenas trabajadores de las fincas de café.¹⁰ La respuesta del Estado fue militarizar la atención de la salud, para lo cual se acudió a Jorge Ubico, que con ello ganó fama de exitoso administrador público con mano de hierro.¹¹

La situación social permaneció sin cambios significativos durante décadas. Hacia 1940 se reportó un analfabetismo en el 67% de la población. Al mismo tiempo la pobreza continuó siendo un condicionante básico de la situación de la salud: las principales causas de la mortalidad infantil eran las enfermedades diarreicas agudas, el parasitismo y la desnutrición. Así, durante la dictadura de Jorge Ubico (1930-44) la política de salud combinó legislación que no se cumplía con prácticas represivas por medio de acciones arbitrarias por parte de personal de la Dirección General de Salud Pública (véase recuadro XIII.2).

La población se duplicó entre fines del siglo XIX y mediados del siglo XX, alcanzando casi tres millones de habitantes en 1950. Con base en el censo de 1950, CELADE estimó una tasa de natalidad para el quinquenio 1950-55, de 51.3 por 1000 habitantes, la cual disminuyó posteriormente de forma muy lenta. La mortalidad general para el mismo quinquenio fue estimada en 22.4 por 1000 habitantes, similar a la prevaleciente medio siglo antes,¹² siendo la

⁵ Rivera Álvarez, 1985, pág. 62.

⁶ Arias de Blois, 1995.

⁷ Arias de Blois, 1995, pág. 22.

⁸ Rendón, 1996, págs. 27-28.

⁹ Adams, 1996, págs. 177-179.

¹⁰ Adams, 1996a.

¹¹ Véase el capítulo I del SNU 2001.

¹² Arias de Blois, 1997, págs. 197-200.



Recuadro XIII.2 La política de salud durante el gobierno de Jorge Ubico

“A pesar de que la propaganda oficial resaltaba constantemente los esfuerzos del gobierno en materia de salud pública, en realidad apenas se dieron mejoras sustanciales. El nuevo Código de Salud, por ejemplo, reglamentó la necesidad de que todos los guatemaltecos fueran vacunados contra la viruela, y otras disposiciones legales ordenaban iguales medidas en relación con los escolares y soldados, y se fijaba la obligación del Estado en cuanto a cubrir la totalidad de los costos de tales campañas. Sin embargo, la insuficiencia de dinero, la falta de personal médico y el alto grado de inasistencia escolar redujeron al mínimo el alcance de dichas disposiciones. Algo parecido sucedió con los controles sanitarios establecidos por ley para todos los lugares abiertos al público, como clínicas, mercados, restaurantes, servicios de agua, escuelas, edificios gubernamentales, etcétera. Los reglamentos eran siempre prosa legislativa pocas veces cumplida, o mero requisito formal, como a veces lo reconoció el propio Ubico, quien, cuando encontraba alguna situación anómala de esta naturaleza, ordenaba inmediatamente el cumplimiento de la ley. Empero, estas reacciones del Presidente, a veces vehementes, no tenían mayores consecuencias efectivas para remediar la situación general si se exceptúan la ciudad capital y algunas cabeceras departamentales, y a pesar de las importantes reformas a que aludía el gobierno de Ubico que cuando éste asumió la presidencia.

Por otro lado, parece ser que el sistema oficial de sanidad pública sirvió, más que para el bienestar de la población, como una forma de control político de los médicos, quienes, junto con los maestros y abogados, pertenecían al grupo sospechoso de los profesionales. También se utilizó para la difusión de los ideales morales puritanos, por los que tanto entusiasmo mostraba el Presidente. No hay que olvidar que los inspectores y médicos de la Dirección General de Sanidad Pública, como agentes que eran también de la Policía de Investigación, cumplían funciones de espionaje político sobre sus colegas independientes”.

Fuente: Karlen (1996).

mortalidad general de los no indígenas alrededor de 17 por 1000 habitantes y la de los indígenas de 26.

En 1967 fue realizada una encuesta nacional de alimentación y nutrición por el INCAP, la cual evidenció bajos niveles de consumo proteínico-calórico y otros nutrientes esenciales. Como consecuencia de este bajo consumo, la población presentaba altos índices de desnutrición proteínico calórica y en especial los niños menores de 5 años, en los cuales era alta la incidencia tanto de desnutrición crónica como de formas agudas de desnutrición. Del total de niños menores de 5 años, el 81.5% sufrían algún grado de desnutrición y arriba del 3% presentaban desnutrición severa. Además se encontró alta prevalencia de anemia en niños y mujeres en edad fértil y embarazadas, si bien el bocio endémico había descendido de más de 30% a 5% en el ámbito general, siendo la mayoría de los casos de bocio adultos mayores. Otra deficiencia detectada fue la de vitamina A, principalmente en escolares y de riboflavina en la población en general.¹³

Pero hubo dos eventos de grandes proporciones que afectaron negativamente la salud de la población durante la segunda mitad del siglo XX. Primero, en 1976 hubo un terremoto de gran magnitud, afectando principalmente la cuenca del Motagua y el altiplano central guatemalteco. Además de la destrucción en infraestructura y servicios, murieron más de 24 mil personas principalmente en los Departamentos de Zacapa, El Progreso, Chimaltenango y Quiché.

Segundo, el conflicto armado interno durante el período comprendido entre 1960 a 1996, tuvo un impacto aún mayor sobre la salud individual y colectiva en Guatemala. La guerra produjo desplazamientos internos y externos de población, los cuales se estimaron en un millón y medio de personas en el periodo más álgido (1981-1983). Ello tuvo enormes re-

¹³ INCAP, 1967.



percusiones en la vida, salud, nutrición y salud mental de los desplazados.¹⁴

La población guatemalteca, inclusive ancianos, mujeres y niños también fueron víctimas de asesinatos, desapariciones forzadas, ejecuciones arbitrarias, masacres y violación de mujeres, reportadas en el Informe de la Comisión de Esclarecimiento Histórico (CEH), y que principalmente afectaron a la población indígena, la cual también sufrió la violación de su derecho a la identidad étnica y cultural.¹⁵ Además del impacto en la mortalidad, cabe resaltar el alto número de heridos, lisiados, viudas y niños huérfanos. Esta población se vio afectada por problemas de salud física, salud mental y desnutrición.

B. Reformas del Estado para atender la salud

Los rasgos discriminatorios de la atención a la salud heredados de la Colonia se mantuvieron durante los inicios de la vida independiente. Se basaban en la tradición conservadora de carácter caritativo-asistencial para atender a la población pobre, rural e indígena, mientras la población con capacidad de pago era atendida por médicos particulares. La población en general era tratada en hospitales públicos y lazaretos. Las instituciones coloniales de sanidad continuaron funcionando después de la independencia hasta la primera mitad del siglo XX, cambiando solamente en algunos casos de nombre y ubicación.¹⁶

Durante el régimen liberal, a fines del siglo XIX, y partiendo de la concepción de que el Estado era la única entidad capaz de hacer frente a los problemas de salud, se establecieron las normas de la práctica médica pública que estaban destinadas a la vigilancia de la salud a través de las Juntas de Sanidad. Simultáneamente se estableció un control ejercido por la Policía de Seguridad, Salubridad y Ornato,

dándole una dimensión coercitiva a la atención pública de la salud. Medidas impulsadas en esta época fueron la prohibición de la inhumación de cadáveres en las iglesias, el establecimiento de cementerios fuera de las poblaciones urbanas, la vacunación en contra la viruela y la fundación del asilo para leprosos. También se acudió al Ejército para combatir epidemias, reforzando así el carácter coercitivo e incluso militarizado de la atención de la salud.

A partir del establecimiento del régimen liberal comenzó a desarrollarse cierta institucionalidad pública para implementar políticas de salud. En 1906 se organizó el Consejo Supremo de Salubridad Pública oficializado por el Código de Sanidad que funcionó hasta 1925, fecha en que se fundó la Dirección General de Salubridad Pública, la cual cambió de nombre a Dirección General de Sanidad Pública en 1932.¹⁷

Posteriormente, como parte de las reformas sociales impulsadas a partir de la Revolución de 1944, la Dirección General de Sanidad Pública pasó a formar parte de la nueva Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.¹⁸ De esa manera, la sanidad pública abandonó su ubicación anterior en el Ministerio de Gobernación y Justicia,¹⁹ terminando con la dimensión coercitiva y militarizada de la atención de la salud, y asumió funciones benefactoras y reparadoras, además de hacerse cargo de centros hospitalarios y de programas preventivos.²⁰ La Secretaría de Salud Pública fue luego convertida en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Durante esta época también se crearon unidades móviles de salud con acciones en todo el territorio nacional, se inició el funcionamiento de distintas dependencias técnico-normativas en el nivel central, se organizaron delegaciones sanitarias en todos los departamentos del país, y se impulsó el programa de dispensarios municipales (1950).

¹⁴ CEH, 1999, pág. 14.

¹⁵ CEH, 1999, T. V, pág. 36.

¹⁶ Asturias Barnoya, 1989, págs. 133-135.

¹⁷ Rivera Álvarez, 1985, pág. 21.

¹⁸ Rivera Álvarez, 1985, págs. 34-35.

¹⁹ Asturias Barnoya, 1989, págs. 40-41.

²⁰ Rivera Álvarez, 1985, pág. 33.



Además, la Constitución de la República, puesta en vigor en marzo de 1945, estableció el seguro social obligatorio, que comprendía los seguros contra la invalidez, vejez, muerte, enfermedad y accidentes de trabajo, con el pago de una prima tripartita a la cual contribuirían los patronos, obreros y el Estado. En 1946 el Congreso de la República aprobó la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por medio del cual se creó esta institución con carácter autónomo, cuya finalidad era la de aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala un régimen nacional, unitario y obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima.²¹

En 1945, la recién creada Secretaría de Bienestar Social inició un programa de comedores infantiles, guarderías y jardín de vacaciones, trabajo que continuó hasta 1967, fecha en la cual se creó la Secretaría de Asuntos Sociales de la Presidencia.²² También se estableció el Laboratorio Biológico para la preparación de vacunas antirrábicas, antivariolosas y anti-tifoidea, el Laboratorio de Anatomía Patológica y Biotécnica, y se dio énfasis a la lucha contra las enfermedades transmitidas por vectores, para lo cual en 1953 se creó la sección de lucha contra la leishmaniasis y tripanosomiasis.²³

A las reformas institucionales nacionales se sumó, en 1949, la fundación del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (IN-CAP) al que posteriormente se incorporaron Belice y República Dominicana. Su papel ha sido trascendente en la caracterización del problema nutricional y en el planteamiento de alternativas para aumentar la disponibilidad, consumo y utilización biológica de los alimentos.²⁴

Las reformas iniciadas en 1944 se detuvieron en 1954, y en 1956 el gobierno modificó la Ley orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), restándole autonomía al establecerse que le correspondería al Presidente de la República hacer los nombramientos

de Gerente y Subgerentes, aspecto que junto a otros de carácter político, social y financieros, condicionaron negativamente el ulterior desarrollo de la seguridad social en Guatemala.²⁵

Hubo avances, aunque lentos, en otros campos. Para 1965 el país ya contaba con 54 Centros de Salud y 123 Puestos de Salud y a finales de la década de los años sesenta se concretaron algunos intentos encaminados a desarrollar un sistema nacional de salud. En 1969 se ampliaron las funciones de la Dirección General de Sanidad Pública para convertirla en la Dirección General de Servicios de Salud y se sustituyó el Consejo Superior de Sanidad por el de Consejo Técnico de la Dirección General de Servicios de salud, creándose además el Consejo Nacional de Salud. Diez años más tarde se emitió el Decreto del Congreso de la República 45-79, con el Código de Salud, que duró hasta 1998.

En 1969 dio inicio el Programa de Salud y Comunidad (PROSAC) con sede en Chimaltenango y con carácter multidisciplinario, logrando desarrollar un modelo de atención integral en salud a la población, en coordinación con los servicios públicos de salud. Este programa tuvo un desempeño adecuado y fue notable su participación en la atención y mitigación durante el terremoto de 1976.

Sin embargo, a consecuencia de las medidas de contrainsurgencia, sus actividades disminuyeron hasta su suspensión en 1980.²⁶

Por otro lado, el conflicto armado tuvo serias repercusiones en la provisión de servicios de salud. Muchos de los centros de salud fueron cerrados y la población que se quedó en sus pueblos, junto con los migrantes, no tuvieron acceso a dichos servicios. La organización comunal se vio afectada por represalias directas a las comunidades y a los prestadores de servicios.

El enfrentamiento armado interno cesó formalmente con la firma de los Acuerdos de

²¹ Sánchez Viesca, 2000.

²² Rivera Álvarez, 1985, págs. 135-137.

²³ Rivera Álvarez, 1985, págs. 30-31, 35.

²⁴ OPS/OMS, 2001.

²⁵ Sánchez Viesca, 2002.

²⁶ Ángel, 1993.



Paz el 29 de diciembre de 1996. En materia de salud los Acuerdos de Paz plantean la necesidad de impulsar la reforma del sector salud (RSS), para lo cual se hacía indispensable implementar un Sistema Nacional Coordinado de Salud bajo la coordinación del MSPAS y la participación del IGSS, e incluyendo a otras entidades privadas y organizaciones no gubernamentales. También proponen garantizar el acceso a los servicios de salud, aumentar el financiamiento público de la salud en un 50% (como porcentaje del PIB), y priorizar las acciones de promoción y prevención de manera que correspondieran al 50% del gasto público.

A lo anterior se agregaron los compromisos de garantizar el acceso de medicamentos con modalidades de compra transparentes; rescatar la medicina indígena y tradicional; fomentar la participación comunitaria y social y la organización descentralizada de los diferentes niveles de atención, y alcanzar las metas de disminución de la mortalidad infantil y materna en un 50%.²⁷ Los Acuerdos de Paz también incluyeron compromisos de garantizar la autonomía del IGSS, ampliar los programas de la seguridad social y su universalidad, fortalecer la solvencia financiera de esta institución, promover nuevas formas de gestión y crear las condiciones que facilitarían la incorporación plena de todos los trabajadores a la seguridad social.²⁸

Ya en 1995 se había iniciado un proceso focalizado de cambios en el sector salud de Escuintla habiéndose incorporado hasta agosto de 1996 9 de los 10 distritos de salud, con cuatro componentes: focalización de la provisión de servicios a migrantes, provisión de una canasta básica, mezcla público/privada y descentralización.²⁹ En 1996 se firmó un acuerdo entre el Gobierno de Guatemala y el BID para la ejecución del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (PMSS-I).³⁰ La definición de los servicios básicos de salud se basó princi-

palmente en experiencias piloto desarrolladas por el MSPAS y el INCAP. En su posterior implementación resalta la participación de profesionales mujeres tanto en el nivel directivo como operativo. En relación con la producción de servicios, se ha evidenciado un aumento en las consultas correspondientes a los Centros y Puestos de Salud del MSPAS en donde cabe resaltar la cooperación médica cubana. La incidencia fundamental de las mujeres y de actores externos en el desarrollo de la salud constituyen dos condicionantes básicos tanto de la historia como de la situación actual de la salud, como se verá a continuación.

C. El papel de las mujeres en la atención de la salud

El papel de la mujer en la salud en Guatemala siempre ha sido fundamental, aunque con un creciente grado de responsabilidad y de diversificación. Así, las responsabilidades de la comadrona se remonta al período de la civilización maya, fortaleciéndose posteriormente el papel de las enfermeras y auxiliares de enfermería hasta que en épocas más recientes se puso de manifiesto un amplio abanico de personal profesional femenino en distintas áreas de la salud.

Desde la época de la civilización maya la lactancia materna era el principal alimento durante los dos primeros años de vida, complementándose después con bebidas derivadas del maíz y otros alimentos. Las mujeres jugaban un papel fundamental en la alimentación y cuidados de la familia, siendo común la utilización de nodrizas.³¹ También era fundamental el papel de las comadronas, quienes gozando de prestigio por sus conocimientos obstétricos y rituales, eran y continúan siendo las responsables de la atención a la mujer tanto en el período prenatal como durante el parto y el puerperio así como en relación con el recién nacido,

²⁷ MINUGUA, 1997, págs. 252-254.

²⁸ MINUGUA, 1997, págs. 252-254.

²⁹ Patal Xinico, 1996, pág. 38.

³⁰ Sánchez Viesca, 2002.

³¹ Tejada Valenzuela, 1970.



brindando atención en la casa y ayudando en los quehaceres domésticos.

Durante la época de la Colonia fue de gran importancia el papel de religiosas dedicadas a la atención de la salud en hospitales u hospicios para pobres. Se destaca, posteriormente, el caso de las hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl, que llegaron a Guatemala en 1862. Se dedicaron al cuidado de enfermos en el Hospital San Juan de Dios y posteriormente en otros hospitales departamentales, participación que se prolongó hasta el presente, con algunas interrupciones y variaciones.

En 1883 se fundó la Escuela de Comadronas, bajo la dependencia de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad Nacional, funcionando hasta 1895 con el propósito de regular el oficio de parteras.³² En 1903 se fundó, en el Hospital General San Juan de Dios, la Escuela de Enfermería, siendo las primeras alumnas 15 Hermanas de la Caridad, y no fue sino hasta 1940 que se creó la Escuela Nacional de Enfermeras.

El primer curso oficial de auxiliares de enfermería se realizó en 1955 en el Hospital General San Juan de Dios, egresando las primeras 100 mujeres auxiliares de enfermería en 1956. En 1960 se creó la Oficina Nacional de Registro y Métodos para Auxiliares de Enfermería (ONRMAE) y en la década de los setenta, se fundaron las Escuelas de Auxiliares de Enfermería en Guatemala, Mazatenango, Jutiapa y Quetzaltenango.³³

En esta misma época fue creado el Departamento de Educación en Enfermería, como órgano rector en la formación de enfermeras y auxiliares de enfermería a iniciativa de Sor Elizabeth Steinvorh Jiménez –el cual después de más de 30 años de desarrollo, fue cerrado por el MSPAS en 2002– siendo responsable de diferentes cambios curriculares y estructurales en la formación de enfermeras.³⁴ La formación de auxiliares en enfermería ha significado mo-

dificaciones en el proceso de trabajo en salud, tanto en el ámbito hospitalario como en los servicios del primer y segundo nivel de atención. También afectó la constitución y relaciones con los otros miembros de los equipos de salud.

En las postrimerías del siglo XX se consolidó la tendencia hacia la feminización de la fuerza de trabajo en salud que ya había sido observada con anterioridad como consecuencia del aumento de la matrícula de mujeres en las carreras universitarias y de la persistencia de la misma en las carreras técnicas y auxiliares como Enfermería Profesional y Auxiliares de Enfermería. En la Facultad de Ciencias Médicas, para el ciclo académico 2002, el 52.2% de los estudiantes fueron mujeres, lo que evidencia un crecimiento altamente significativo sobre todo si se compara con las 2 estudiantes inscritas (0.8%) en 1945 sobre un total de 240 estudiantes.³⁵ Al considerar las cuatro carreras de la Universidad de San Carlos en Ciencias Químicas y Farmacia, el porcentaje de mujeres se eleva a un 72.0%, siendo aún más alto en la carrera de nutrición, en donde el porcentaje de mujeres se eleva a un 91.3%. En Odontología, para el año 2002, las mujeres representaban un 55.6% del total, en Medicina Veterinaria y Zootecnia el 43.7% y en la carrera de Trabajo Social, el 95.0%.³⁶

Las instituciones públicas continuaron basando la oferta de servicios en la contratación de personal auxiliar, en su mayoría mujeres con los más bajos salarios. A fines del 2001 estaban contratadas aproximadamente 2,700 enfermeras profesionales con una demanda insatisfecha de casi 1,500 enfermeras. La relación de enfermeras profesionales por habitante era de 2 por 10,000 habitantes y la relación de auxiliares por profesionales de enfermería era de 6 auxiliares por una enfermera profesional, para una relación de 15 auxiliares de enfermería por 10,000 habitantes.³⁷

³² Asturias Barnoya, 1989, pág. 96.

³³ Grupo de Enfermeras, 2000, pág. 36.

³⁴ Grupo de Enfermeras, 2000, págs. 36-37.

³⁵ Cazali Ávila, 2002, pág. 260.

³⁶ USAC-DRE, 2002, cuadro 10.

³⁷ Grupo de Enfermeras, 2000, págs. 26-27.



D. La importancia de los actores no lucrativos

Durante la Colonia predominó una atención en salud en manos de la beneficencia religiosa, especialmente para la población indígena enferma. Por aparte, se practicó la atención de los españoles y criollos en hospitales propios o por médicos tratantes en lo privado, quienes recibían la respectiva remuneración.³⁸ En 1541 se fundó el Hospital de San Alejo y en 1559, el obispo Francisco Marroquín fundó el Hospital de Santiago para los españoles. A finales del siglo XVII se fundaron los hospitales de San Pedro y San Juan de Dios, primordialmente para la atención de españoles.³⁹ En 1666, desde este mismo pensamiento, el Hermano Pedro de San José Betancur fundó otro hospital de convalecientes para la población pobre. Esta tradición se mantuvo durante los siguientes siglos. Lo ilustran la fundación, por parte de grupos privados y en respuesta a iniciativas de vecinos, de un asilo para los Huérfanos Desvalidos y de una Casa de la Misericordia durante la década de 1850, y la fundación del primer asilo maternal en 1871. A mediados del siglo XIX también se organizaron las llamadas hermandades de caridad para colaborar en la administración de los hospitales.

Aunque el régimen colonial favoreció las actividades no lucrativas de entidades religiosas, estableció fuertes prohibiciones a los curanderos. Ello afectó sólo parcialmente a la población indígena, que continuó utilizando sus conocimientos y prácticas y a sus distintos personajes, incluyendo la comadrona, para los cuidados de la salud.⁴⁰ Por otra parte, desde la época colonial se hizo evidente cierta capacidad de trabajo científico y académico (ver recuadro XIII.3).

A la tradición religiosa de actividades no lucrativas que predominaron desde el siglo XVI hasta el siglo XIX, se unió una vertiente laica

durante la segunda mitad del siglo XX. Específicamente, en la década de 1970 ya era evidente el accionar de distintas organizaciones no gubernamentales (ONG) en el campo de la salud, las cuales se desarrollaron como consecuencia de la falta de presencia del Estado, particularmente en el área rural. Estas organizaciones se dedicaron principalmente a la prestación de servicios de salud, ejecución de acciones de saneamiento básico y a la formación de personal voluntario y comunitario, tales como comadronas y promotores de salud, que en su mayoría han sido mujeres y que al participar en las acciones de salud, no han percibido una remuneración adecuada –total o parcial– como lo estipulan las leyes de la materia.

Las ONG cumplieron un papel importante al organizar la prestación de servicios en las áreas de conflicto en donde se cerraron o nunca existieron servicios oficiales de salud. En la

Recuadro XIII.3 Actividades científicas y académicas pioneras en la medicina en Guatemala

La Universidad de San Carlos de Guatemala fue fundada en 1676 y el 20 de octubre de 1681 dio inicio la cátedra Prima de Medicina. En 1793 se autorizó legalmente El Protomedicato, a instancias del doctor José Felipe Flores, insigne científico y académico de la época. El Protomedicato tenía como funciones la enseñanza de la medicina, cirugía y farmacia, así como la regulación de la práctica y “la propagación y preparación de las plantas medicinales”.

En 1780 se autorizó a José Felipe Flores para usar el método de inoculación en la vacunación contra la viruela. Narciso Esparragoza y Gallardo realizó en 1797 la primera operación de cataratas en Guatemala y fundó en 1804 la Cátedra de Cirugía.

Fuente: Cazali Ávila, 2002, págs. 24-25; Rivera Alvarez, 1985, págs. 10-11, 53-54.

³⁸ Asturias Barnoya, 1989, págs. 17-19.

³⁹ Orellana, 1987, págs. 159-160.

⁴⁰ Asturias Barnoya, 1989, págs. 17-18 (mencionando a Martínez Durán).



época contrainsurgente muchas de estas organizaciones abandonaron sus campos de trabajo iniciales, el personal formado fue víctima de la represión y como consecuencia, algunas de ellas modificaron sus estrategias originarias.

Con la apertura democrática que se inició en 1986 comenzó a destacarse la participación comunitaria en salud, a contrapelo de lo ocurrido con la estrategia de contrainsurgencia. Después de un proceso gradual de descentralización de algunos servicios de salud, el SIAS pretendió operacionalizar dicha política con la incorporación de ONG y de otras prestadoras públicas y privadas, junto con y la selección de los vigilantes de salud en el ámbito comunitario. Aunque está pendiente una evaluación del SIAS, se ha destacado como uno de sus efectos positivos el aumento significativo de la cobertura de servicios básicos de salud, mientras que por el lado negativo se ha identificado como una de sus limitaciones la instrumentalización de la participación comunitaria en la medida en que se ha reducido a un medio para proveer fuerza de trabajo gratuita.⁴¹

E. La mercantilización de la salud

La atención privada de la salud existió desde la Colonia pero se fortaleció después de la Reforma Liberal. En el contexto de la reforma liberal el ejercicio de la medicina se despojó de su carácter artesanal, elevándose el estatus profesional. La práctica médica liberal de la época se estableció de esta manera bajo los principios de la legislación francesa en materia de salubridad: i) libre elección del médico por el enfermo; ii) libertad de prescripción del médico; iii) honorarios en acuerdo directo entre el médico y el enfermo y iv) pago directo de dichos honorarios. En consecuencia la práctica médica se basó en las leyes de la oferta y la demanda, en donde los miembros de mayores ingresos fueron los únicos que podían retribuir los

servicios médicos diferenciados, aplicando los principios de la terapéutica en boga en los países hegemónicos de la época como Francia y Alemania en donde eran formados dichos profesionales.⁴²

Estos elementos provocaron la concentración de la práctica profesional médica en las principales ciudades (44% de los médicos en la Capital en 1921), en donde la población era capaz de pagar los servicios, no siendo sino hasta la década de 1920-30 en la que el departamento de Izabal, producto de las actividades de empresas como la United Fruit Company, colocaron a este departamento en el tercer lugar entre los departamentos con mayor número de médicos.⁴³

La mercantilización de la medicina fue señalada por los propios estudiantes de medicina quienes además hicieron ver que los médicos veían en el “compañero a un contrario peligroso que quiere arrebatarse a sus enfermos, temeroso de que otro lo suplante en la asistencia de sus clientes”.⁴⁴ Estas críticas originaron la elaboración de un Proyecto de Ley reglamentaria del Ejercicio de la medicina en 1926, el Código deontológico y la inclusión de estos contenidos en los artículos 32 y 35 del nuevo Código de Sanidad en 1932.

Ante el fortalecimiento de la institucionalidad pública de la salud como resultado de la Revolución de 1944, el gremio médico se opuso a la seguridad social, porque a su juicio el IGSS significaba un instrumento de la medicina socializada:

“iba a absorber a todos los médicos y que tendrían entonces que estar bajo mandato del Estado, a la vez que abarcaría a todos los enfermos y las clínicas privadas quedarían sin pacientes”.⁴⁵

Así, la Federación Médica fundada en 1947 salió en defensa de la práctica médica liberal ante el establecimiento del IGSS, pretendiendo con ello promover la “dignificación

⁴¹ Sánchez Viesca, 2002.

⁴² Rivera Alvarez, 1985: 24.

⁴³ Rivera Alvarez, 1985, pág. 34.

⁴⁴ Rivera Alvarez, 1985, págs. 24-25.

⁴⁵ Asturias Barnoya, 1989, págs. 41-42.



profesional”. Esta institución dio paso al Colegio de Médicos y Cirujanos creado en 1947, el cual se consideraba “la garantía de los profesionales para velar por el decoro, ética, cultura y protección de su ejercicio...”, quedando en el artículo tercero, inciso n), el defender el carácter liberal de la profesión y procurar porque los profesionales médicos no sean funcionarizados contra su voluntad.⁴⁶

En contraste con las posiciones liberales, un estudio afirmaba que de 317 médicos existentes en la época, 232 profesionales se dedicaban al ejercicio de la medicina y de éstos, la mayoría, casi 200, trabajaban en organismos de servicio público. Sin embargo, muchos distribuían su tiempo entre la práctica pública y privada, con dos tercios de los médicos concentrados en la ciudad capital, lo que daba origen a que se mantuviera la concepción de la “plétora profesional”. Posteriormente las asociaciones médicas fueron aceptando progresivamente el sistema de seguridad social.⁴⁷

Con respecto a la comercialización de medicamentos y otros insumos médicos, la historia de las normativas correspondientes demuestra que han sido indicativas y no obligatorias, de acuerdo a un concepto extremo de funcionamiento libre del mercado. Tampoco se ha logrado incorporar la medicina popular tradicional a los servicios públicos o privados de salud.⁴⁸

F. El papel de actores externos

El impacto de actores externos en la atención de la salud ha sido decisivo a lo largo de la historia guatemalteca. Al inicio de la colonización, la medicina era ejercida empíricamente y los hospitales eran básicamente asilos de enfermos. Los pocos médicos que había trasladaban la concepción de salud/enfermedad propia de la metrópoli que, contraria a la concepción indí-

gena, se fundamentaba en la teoría de la relación de los humores: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, propia del medioevo europeo.⁴⁹ Posteriormente la práctica médica francesa incidió en profundizar el carácter mercantilista de la atención privada, como se anotó anteriormente.

A principios del siglo XX el crecimiento de las exportaciones de banano condicionó la atención de la salud mediante acciones combinadas de actores públicos y privados de Estados Unidos. Así, en los enclaves bananeros se desarrollaron un conjunto de medidas sanitarias aplicadas con el apoyo del gobierno de Estados Unidos⁵⁰ y la Fundación Rockefeller, que inició sus actividades en 1917. Ello se hizo con la finalidad de detectar y eliminar zonas insalubres en Izabal, donde estaban ubicadas las plantaciones bananeras de capital estadounidense, en las zonas de mano de obra potencial como el oriente, y en áreas de posible expansión como el sur-occidente del país.⁵¹ En general, se buscaba eliminar los problemas de salud en las zonas comerciales portuarias y en las tierras de implante de las compañías bananeras. El impacto fue notable, como lo evidencia el hecho de que en la época Izabal fuera el tercer departamento con mayor número de médicos.

La incidencia de organizaciones internacionales también comenzó a manifestarse a partir de inicios del siglo XX, reflejada en regulaciones sanitarias realizadas bajo la influencia la Oficina Sanitaria Panamericana,⁵² e implementadas por la policía de salubridad, caracterizadas por el uso de fuerza para garantizar la implementación de las acciones de salud. Posteriormente, a partir de la década de 1950, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, creó el Programa de Demostración Sanitaria Rural. Este po-

⁴⁶ Asturias Barnoya, 1989.

⁴⁷ Asturias Barnoya, 1989.

⁴⁸ Sánchez Viesca, 2002.

⁴⁹ Orellana, 1987, págs. 164-165.

⁵⁰ Rivera Alvarez, 1985, págs. 30-31.

⁵¹ Rivera Alvarez, 1985, págs. 30-31.

⁵² Rivera Alvarez, 1985, pág. 31.



sibilitó la organización de los servicios de salud por área geográfica con un hospital de referencia. También se crearon centros de salud en las cabeceras municipales y puestos de salud en el nivel de aldea, y se desarrollaron los programas verticales para combatir la tuberculosis y la malaria, además de programas de saneamiento ambiental.⁵³

El control del paludismo continuó realizándose a través del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM), habiendo alcanzado metas importantes en el periodo 1959-1960. Se mantuvo el programa de extensión de los servicios de salud, lucha contra la tuberculosis, introducción de agua potable en las cabeceras departamentales y el programa de alimentos para la paz basado en la Ley PL480 de Estados Unidos. Los alimentos fueron usados en hospitales, asilos, bienestar materno-infantil y para almuerzos escolares a través de la Acción Cívica Militar, dándole una dimensión contrainsurgente de la atención a la salud, y contribuyendo a restaurar la dimensión coercitiva que había tenido en el pasado.

El papel de actores externos ha sido importante en el área de capacitación. Uno de los componentes más relevantes en este aspecto fue el Programa de Demostración Sanitaria Rural con apoyo de OMS y UNICEF que tuvo entre sus resultados la formación de recursos humanos por medio del Centro de Adiestramiento de la División de Servicios Rurales de Salud Pública. Fueron formados médicos en salud pública, enfermeras, auxiliares de enfermería, inspectores sanitarios y responsables de estadística, en cantidad suficiente para iniciar el programa de servicios en el área y luego para cubrir su extensión al resto del país.⁵⁴ Además, en 1972 se creó el Instituto de Adiestramiento de Personal de Salud (INDAPS) para la formación del Técnico en Salud Rural y otras carreras técnicas con el apoyo de AID.⁵⁵ En 1976 se creó el Instituto de Adiestramiento

de Personal de Salud de las Verapaces con las carreras de Auxiliares de Enfermería y Enfermeras profesionales, formulándose en 1984 el proyecto de Licenciatura de Enfermería en la USAC.⁵⁶

A partir de la década de 1980, la OPS/OMS promovió el establecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y, conjuntamente con UNICEF y AID, el Programa de Supervivencia Infantil. Ninguno de estos programas logró implementarse a cabalidad debido a la falta de voluntad política de los gobiernos de turno y a la ausencia de recursos humanos y financieros de contraparte. Sin embargo, los SILOS pueden tomarse como antecedentes de lo que sería el SIAS posteriormente.

En medio de los conflictos armados en Centroamérica, la OPS/OMS lanzó, en 1983, la iniciativa “Plan de Necesidades Prioritarias de Salud para Centroamérica y Panamá” (PPS/CAP) bajo el lema “Salud Puente para la Paz”. En el caso de Guatemala se reflejó en un programa de inmunizaciones que contribuyó a la erradicación de la poliomielitis, en un programa de control de enfermedades diarreicas que ayudó a controlar la epidemia de cólera en 1991, y en acciones de saneamiento básico rural y de preparación para el enfrentamiento de desastres naturales.⁵⁷ Estas acciones ponen de manifiesto la continua presencia de epidemias y desastres naturales como rasgos que han marcado la historia de la salud en Guatemala.

En la década de los noventa Guatemala fue objeto de la influencia de las instituciones financieras internacionales en el campo de la prestación de servicios básicos de salud. En 1996 se firmó el acuerdo entre el Gobierno de Guatemala y el BID para la ejecución del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (PMSS-I), el cual contemplaba tres componentes: i) reorganización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); ii) provisión de un paquete de servicios básicos de sa-

⁵³ OPS/OMS, 2001.

⁵⁴ OPS/OMS, 2001.

⁵⁵ OPS/OMS, 2001.

⁵⁶ OPS/OMS, 2001, págs. 117-118.

⁵⁷ Ángel, 1994.



lud y iii) la reorganización hospitalaria. El PMSS-I se puso en funcionamiento en la medida en que el país demostraba el cumplimiento con un conjunto de medidas macroeconómicas y condiciones específicas en el campo de salud por el MSPAS.⁵⁸ Posteriormente, en el año 2000, se aprobó el PMSS-II, que pretende renovar los componentes instituidos en el PMSS-I.

De manera paralela, y después del Huracán Mitch, médicos cubanos han atendido problemas de salud en las zonas con mayores problemas de acceso y con poblaciones más pobres. Ello se combinó con la formación de estudiantes guatemaltecos en ciencias médicas en Cuba (ver recuadro XIII.4).

Recuadro XIII.4

La cooperación médica cubana: eficiente y eficaz

La ayuda médica cubana se inició en 1998 a raíz del Huracán Mitch. Se formalizó con un convenio Guatemala-Cuba que pretendió replicar en el país un llamado "programa integral" que ya existía en 16 países de Latinoamérica, África y Asia. Lo usual es que Cuba proporcione el recurso humano, un país industrializado el financiamiento y el país receptor la logística. En el caso de Guatemala no está involucrado ningún país industrializado, por lo que los gastos son repartidos entre Cuba y Guatemala. El primero paga el salario de los médicos a sus familias en Cuba y el transporte aéreo, mientras el Ministerio de Salud Pública de Guatemala da un bono de Q1,400 mensuales a cada médico para que cubra sus gastos de manutención y hospedaje y su movilización interna. El Ministerio, asimismo, decide el lugar de trabajo de los médicos.

A fines del 2001 el programa cubría diez departamentos y cerca de 100 municipios. La misión constaba de 487 trabajadores de la salud, de los cuales el 80% eran médicos, y el resto enfermeros, ingenieros (que reparan equipo médico) y laboratoristas. Los médicos vienen por un período de dos años. Mucho de su esfuerzo se dedica a la prevención y, por ende, a la educación familiar. A fines del 2001 llevaban un conteo de 2,363,026 consultas realizadas, y si bien no hay estadísticas precisas, se estiman que han contribuido a una reducción apreciable de la tasa de mortalidad infantil en los lugares donde trabajan.

Se pretende que el programa de becados en Cuba sea complementario al anterior, y lo llegue a sustituir en el mediano plazo. En la Escuela de Medicina de La Habana había, en el 2001, 550 estudiantes guatemaltecos en los tres primeros años de la carrera. La duración de la carrera es de siete años (un año es de nivelación educativa). Las becas se otorgan sólo a estudiantes con bajos ingresos, y a partir del 2001 se comenzó a exigir el dominio de un idioma maya. Se busca que esos médicos lleguen a sustituir a los médicos cubanos en sus labores en el interior una vez regresen al país y sustituyan a los médicos cubanos. Si bien no hay una garantía de que ello ocurra (aun cuando los estudiantes firman un compromiso de que irán a sustituirlo una vez concluyan sus estudios), sí se contempla que los estudiantes vengán a ejercer sus prácticas en lugares donde trabajan los médicos cubanos.

⁵⁸ Sánchez Viesca, 2002.