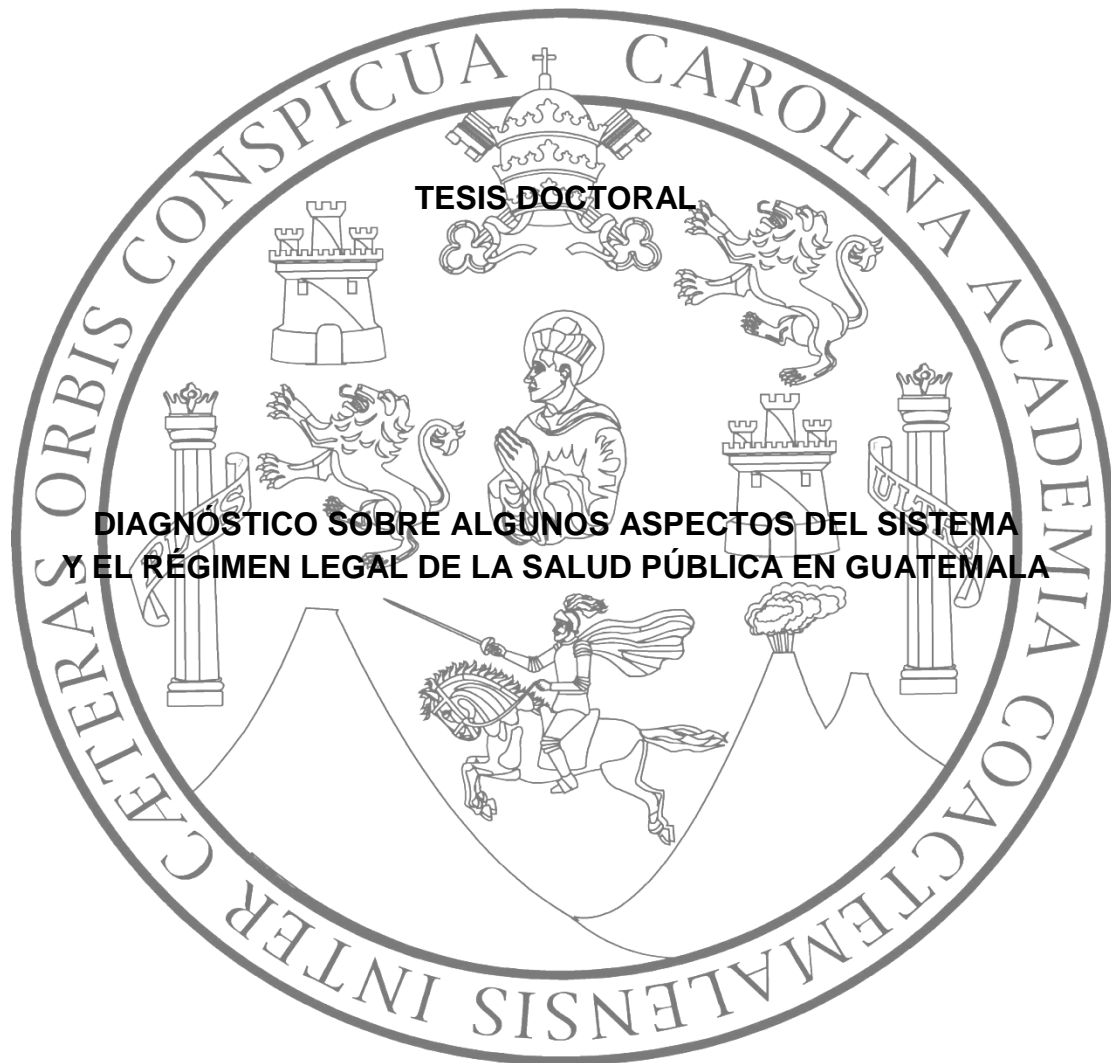


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN DERECHO



DR. RODRIGO MONTUFAR RODRÍGUEZ

GUATEMALA, MARZO DE 2022

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN DERECHO

**DIAGNÓSTICO SOBRE ALGUNOS ASPECTOS DEL SISTEMA
Y EL RÉGIMEN LEGAL DE LA SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA**



Previo a conferírsele el Grado Académico de

DOCTOR EN DERECHO

Guatemala, marzo de 2022

**HONORABLE JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

DECANO: M. Sc. Henry Manuel Arriaga Contreras
VOCAL I: Licda. Astrid Jeannette Lemus Rodríguez
VOCAL III: Lic. Helmer Rolando Reyes García
VOCAL IV: Br. Javier Eduardo Sarmiento Cabrera
VOCAL V: Br. Gustavo Adolfo Oroxom Aguilar
SECRETARIA: Licda. Evelyn Johanna Chevez Juárez

CONSEJO ACADÉMICO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DECANO: M. Sc. Henry Manuel Arriaga Contreras
DIRECTOR: Dr. Luis Ernesto Cáceres Rodríguez
VOCAL. Dr. Nery Roberto Muñoz
VOCAL: Dr. Carlos Estuardo Gálvez Barrios
VOCAL: Dr. William Enrique López Morataya

TRIBUNAL EXAMINADOR

PRESIDENTE: Dr. René Arturo Villegas Lara
VOCAL: Dr. Luis Ernesto Cáceres Rodríguez
SECRETARIO: Dr. Aníbal González Dubón

RAZÓN: «El autor es el propietario de sus derechos de autor con respecto a la tesis sustentada». (Artículo 5 del Normativo de Tesis de Maestría y Doctorado de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Estudios de Postgrado).

Dr. MSc. Lic. SAÚL GONZÁLEZ CABRERA

Abogado y Notario

Guatemala 01 de marzo de 2021.

Señor Director de la Escuela de Estudios de Postgrado,

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales,

Universidad de San Carlos de Guatemala.

Señor Director:

Fui nombrado como Tutor de Tesis del Doctorado en Derecho del Doctor Rodrigo Montufar Rodríguez, mediante resolución "RES. D.E.E.P. D.E.D. 236-2017" de treinta y uno de agosto de 2017. El sustentante abordaría el tema "**DIAGNÓSTICO SOBRE ALGUNOS ASPECTOS DEL SISTEMA Y EL RÉGIMEN LEGAL DE LA SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA**", que según el sustentante surge de la inquietud de verificar la estructura del sistema de salud en Guatemala, así como establecer su forma de funcionamiento.

El Doctor Montufar Rodríguez, aceptó y realizó dentro de su investigación las sugerencias formuladas por el suscrito Tutor, incluyendo en la misma las citas correspondientes de cuya importancia y obligatoriedad, así como de su responsabilidad en cuanto al contenido de su trabajo, fue debidamente advertida la investigadora.

Al finalizar la investigación, examinó el asunto principal que motivó su curiosidad científica por el tema tratado, así como construyó un marco teórico en los primeros capítulos de su investigación que le permitieron finalmente responder a la hipótesis planteada dentro de su plan de investigación.

El suscrito en consecuencia, rinde dictamen favorable para que el trabajo del Doctor Rodrigo Montufar Rodríguez pueda ser sometido al examen correspondiente en el que podrá sustentar la tesis defendida en el mismo.

Atentamente,



Dr. Saúl González Cabrera

TUTOR DE TESIS



USAC

TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Guatemala, 10 de enero de 2022

Doctor:

Luis Ernesto Cáceres Rodríguez
Director de la Escuela de Estudios de Posgrado
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
-USAC-

Distinguido doctor Cáceres Rodríguez:

Con base en su solicitud expresa en la carta a mi persona con fecha veintiséis de noviembre de dos mil veintiuno, en donde se me pide dictamen gramatical; y, según los Artículos 7, 9 y 21 del Normativo de Tesis de Maestría y Doctorado de la Escuela de Estudios de Posgrado, de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Le informo que el maestro: **RODRIGO MONTUFAR RODRÍGUEZ**, del programa de **Doctorado en Derecho**, ha realizado las correcciones y recomendaciones de gramática, ortografía, redacción y estilo, a su trabajo de tesis, cuyo título final es: **DIAGNÓSTICO SOBRE ALGUNOS ASPECTOS DEL SISTEMA Y EL RÉGIMEN LEGAL DE LA SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA**.

Asimismo, manifiesto que se ha utilizado un léxico adecuado a los requerimientos de una investigación científica, que llene las exigencias de la técnica jurídica y los principios exegéticos y hermenéuticos de la ciencia del Derecho. Esto, en consonancia con las normas, consideraciones y recomendaciones de la Real Academia Española, para utilizar el lenguaje de manera actualizada y como primera fuente teleológica idónea, para el conocimiento.

Dicho trabajo, presenta las partes requeridas en el instrumento legal *supra* anotado, según lo establece la Escuela de Estudios de Posgrados. De esta forma, el sustentante, ha referido con el modelo de la Asociación Americana de Psicología – APA- en su séptima edición, las fuentes bibliográficas, para dejar los créditos de las teorías que han fundamentado la investigación.



USAC

TRICENTENARIA

Universidad de San Carlos de Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSGRADOS

La metodología, técnicas y doctrinas que el estudiante y su parte asesora presentaron, fueron respetadas en su totalidad y ningún planteamiento fue conculcado para mantener el fundamento teórico original del documento presentado.

De esta manera se procedió con la revisión, exclusivamente en lo que corresponde a la gramática, ortografía, redacción y estilo, para comprobar que el cuerpo capitular contenga los requerimientos y extensión respectivos; con ello, se adecuó la diagramación pertinente y cotejaron los enunciados del índice, los títulos y subtítulos, la parte conceptual introductoria y la conclusión, según los enlaces externos que se describen en la bibliografía consultada.

En virtud de lo anterior, se emite: **DICTAMEN FAVORABLE**, a efecto de continuar con el trámite correspondiente.

Cordialmente.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. William Enrique López Morataya
Revisor de Gramática



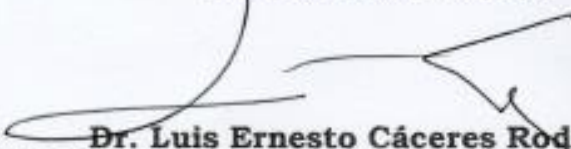
USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

D.E.E.P. ORDEN DE IMPRESIÓN

LA ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, Guatemala, 3 de marzo del dos mil veintidós,-----

En vista de que el Dr. Rodrigo Montufar Rodríguez aprobó examen privado de tesis en el **Doctorado en Derecho** lo cual consta en el acta número 68-2021 suscrita por el Tribunal Examinador y habiéndose cumplido con la revisión gramatical, se autoriza la impresión de la tesis titulada **“DIAGNÓSTICO SOBRE ALGUNOS ASPECTOS DEL SISTEMA Y EL RÉGIMEN LEGAL DE LA SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA”**. Previo a realizar el acto de investidura de conformidad con lo establecido en el Artículo 21 del Normativo de Tesis de Maestría y Doctorado.-----

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Dr. Luis Ernesto Cáceres Rodríguez
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



DEDICATORIA

Dedico esta tesis doctoral a la señora Hortensia Soto de Rodríguez, mi abuelita;
alma buena y persona generosa, quien veló por mi salud, mi educación, mi formación
y me enseñó qué es la caridad.

¡A ella le debo lo que soy!

ÍNDICE



| | |
|--------------------|---|
| Introducción | 1 |
|--------------------|---|

CAPÍTULO I

| | |
|---|----|
| 1. El sistema de la salud pública en Guatemala y la realización de acciones curativas | 1 |
| 1.1. El sistema de la salud pública es fundamental para cualquier sociedad civilizada .. | 1 |
| 1.1.1. Qué es el sistema de la salud pública en Guatemala | 1 |
| 1.1.2. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) | 4 |
| 1.1.3. La red nacional hospitalaria | 5 |
| 1.1.4. Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) | 9 |
| 1.1.5. Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala (UNICAR) | 10 |
| 1.1.6. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) | 11 |
| 1.1.7. Centro Médico Militar | 14 |
| 1.1.8. La labor hospitalaria y los centros de salud privados | 16 |
| 1.1.9. Necesidad de la supervisión hospitalaria pública y privada | 21 |
| 1.1.10. La Cruz Roja Guatemalteca | 22 |
| 1.1.11. Los colegios profesionales: el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, el Colegio Estomatológico y el Colegio de Psicólogos | 23 |
| 1.1.12. Las facultades de Medicina y Ciencias de la Salud y la formación profesional en medicina, especialidades y áreas afines | 25 |
| 1.1.13. Asociaciones y fundaciones dedicadas a la salud | 26 |
| 1.1.14. Los laboratorios | 27 |
| 1.1.15. El régimen farmacéutico: las droguerías y farmacias | 29 |
| 1.1.16. Las gobernaciones departamentales y las municipalidades: su acción o inacción en materia de salud | 33 |
| 1.1.17. Los cuerpos y brigadas de emergencias | 37 |

CAPÍTULO II

| | |
|---|----|
| 2. El régimen legal de la salud en Guatemala | 39 |
| 2.1. Qué es el régimen legal de la salud pública de Guatemala | 39 |



| | |
|---|----|
| 2.2. Constitución Política de la República de Guatemala | 39 |
| 2.3. Código de salud | 40 |
| 2.4. Ley del IGSS | 66 |
| 2.5. Leyes y reglamentos relacionados con la salud | 72 |
| 2.6. Legislación con motivo de la COVID-19 | 78 |
| 2.7. Otra clase de normativa: Acuerdos Gubernativos, Acuerdos Ministeriales, reglamentos internos, manuales y protocolos | 83 |
| 2.7.1. Manuales y protocolos en materia de salud | 84 |
| 2.8. Convenios internacionales en materia de salud. La salud en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos | 87 |
| 2.9. Régimen legal laboral de la salud | 91 |

CAPÍTULO III

| | |
|--|-----|
| 3. Algunos ámbitos de la salud y la necesidad de una adecuada normativa | 99 |
| 3.1. Prioridades para Guatemala (y para el mundo) | 102 |
| 3.1.1. Cáncer | 103 |
| 3.1.2. Alzheimer | 105 |
| 3.1.3. Diabetes (endocrinología) | 109 |
| 3.1.4. Hepatitis | 111 |
| 3.1.5. Tuberculosis | 114 |
| 3.1.6. Enfermedades tropicales | 118 |
| 3.1.7. Dengue | 121 |
| 3.1.8. Enfermedades de transmisión sexual (ETS): su proliferación, su tratamiento y su prevención | 126 |

CAPÍTULO IV

| | |
|---|-----|
| 4. Especialidades médicas en las que ya existe un adecuado marco legal y regulatorio ... | 135 |
| 4.1. Marco legal relacionado con los profesionales | 136 |
| 4.2. Marco regulatorio de las profesiones relacionadas con la salud (Código de Ética Profesional de las Ciencias Médicas y otras regulaciones) | 141 |



| | |
|--------------------------------------|-----|
| 4.3. Odontología | 143 |
| 4.4. Oftalmología | 148 |
| 4.5. Dermatología | 153 |
| 4.6. Salud mental (Psicología) | 160 |
| 4.7. Pediatría | 188 |
| 4.8. Geriatría | 199 |
| 4.9. Ginecología y obstetricia | 206 |
| 4.10. Hematología | 220 |
| 4.11. Cardiología | 225 |
| 4.12. Oncología | 228 |
| 4.13. Nutrición | 229 |

CAPÍTULO V

| | |
|---|-----|
| 5. Necesidad de una adecuada regulación legal en ciertos campos relacionados con la salud | 275 |
| 5.1. Epidemias y pandemias: epidemiología, infectología e inmunología | 278 |
| 5.2. Prevención de pandemias | 280 |
| 5.3. Medidas de bioseguridad preventiva en la sociedad | 280 |
| 5.4. Bioseguridad e higiene doméstica | 283 |
| 5.5. Lecciones aprendidas después de una pandemia | 295 |
| 5.6. Donación de órganos. Régimen legal | 304 |
| 5.7. La eutanasia: análisis legal. Régimen normativo en Guatemala | 305 |
| 5.8. Ortotanasia | 306 |
| 5.9. Régimen legal del manejo de desechos hospitalarios y determinación de su efectividad | 306 |
| 5.10. Medicina natural: utopías, verdades y realidades. Necesidad de un régimen legal. Uso de plantas medicinales: opiniones científicas, inocuidades, peligros | 308 |
| 5.11. Medicina alternativa. Tratamientos sin dolor o con bajo dolor, complementarios a las terapias convencionales | 309 |



CAPÍTULO VI

| | |
|--|-----|
| 6. Enfoque jurídico en materia de prevención de la salud | 313 |
| 6.1. El derecho y la prevención | 313 |
| 6.2. Legislación y normativa en materia de prevención de la salud | 318 |
| 6.3. Medidas legales para combatir y erradicar, o al menos controlar, las más graves enfermedades contagiosas que hoy en día aquejan al mundo y que pueden eventualmente convertirse en una epidemia | 320 |
| 6.4. Alcohol, tabaco y drogas: su prevención | 337 |
| 6.5. Reglamento de Salud y Seguridad Ocupacional | 343 |
| 6.6. Importancia de la fumigación de los ambientes residenciales, hospitalarios, clínicas médicas y dentales, laborales, comerciales, industriales, turísticos y agrícolas y la necesidad de una regulación legal más estricta | 349 |
| 6.7. Alimentación y nutrición | 353 |
| 6.8. Inmunización (vacunación). Su régimen legal | 357 |
| 6.9. Régimen legal de la salud mental | 362 |
| 6.10. El ejercicio y la salud física y la necesidad de más y mejores leyes | 364 |
| 6.11. La importancia del derecho ante el desafío de vencer la enfermedad. La acción jurídica en la investigación científica | 366 |
| 6.12. El papel de las leyes de presupuesto en la investigación científica relacionada con la salud | 367 |
| 6.13. ¿Qué podría hacer el derecho en materia de investigación? | 368 |
| 6.14. El apoyo del derecho en la labor de las instituciones que realizan actividades de investigación en otras partes del mundo y que frecuentemente son laureadas con el Premio Nobel de Medicina | 370 |
| 6.15. Desafíos por enfermedades extrañas y la necesidad del apoyo legal | 372 |
| 6.16. El apoyo legal a la investigación médica | 372 |
| 6.17. Régimen legal de la salud ambiental | 373 |

CAPÍTULO VII

| | |
|--|-----|
| 7. La importancia de la rehabilitación | 375 |
|--|-----|



| | |
|--|-----|
| 7.1. La rehabilitación física y mental como una necesidad humana | 375 |
| 7.2. Legislación en materia de rehabilitación | 375 |
| 7.3. La resiliencia del ser humano. Necesidad de legislación | 376 |
| 7.4. Una mayor y mejor acción del Derecho en materia de rehabilitación | 377 |
| 7.5. Labor de las instituciones que realizan actividades de rehabilitación | 378 |

CAPÍTULO VIII

| | |
|---|-----|
| 8. La asistencia social | 387 |
| 8.1. La asistencia social como una atribución fundamental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). También la comunidad puede y debe actuar en espacios de la asistencia social | 387 |
| 8.2. Programas de asistencia social | 399 |
| 8.3. El descanso y la recreación como garantes de la salud y parte de los Derechos Humanos. Lo que puede hacer el Derecho en favor del descanso y la recreación. En materia de recreación también puede y debe actuar la iniciativa privada | 410 |
| 8.4. Las acciones de la comunidad | 420 |
| 8.5. El voluntariado | 423 |

CAPÍTULO IX

| | |
|--|-----|
| 9. Diagnóstico sobre el sistema de la salud pública en Guatemala y su régimen legal y propuesta de soluciones a algunos de sus principales problemas | 431 |
| 9.1. Problemática urbana y rural de Guatemala | 436 |
| 9.2. Algunas de las principales deficiencias del sistema de la salud pública en Guatemala y sus causas | 454 |
| 9.3. Problemática urbana y rural de Guatemala y la necesidad de un marco legal eficaz | 457 |
| 9.4. Otros hallazgos | 462 |
| 9.5. Análisis de la pandemia de la COVID-19 al mes de mayo del año 2020 | 468 |



| | |
|---------------------------|--------------------|
| CONCLUSIÓN | Pág. 477 |
| ANEXOS | 479 |
| BIBLIOGRAFÍA | 589 |

INTRODUCCIÓN



Att förbättra människors hälsa

“Para mejorar la salud humana”

(Lema del Instituto Karolinska, Estocolmo, Suecia)

“La salud pública, un bien de todos”

(Lema de esta tesis doctoral)

Silva García (2011) expone:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y dependerá de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. (s. p.)

Así reza la introducción de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), según fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946.

El presente trabajo responde a una de las líneas de investigación sobre temas de interés para Guatemala que han sido establecidas por la Universidad de San Carlos a fin de cumplir con la misión fundamental de esta casa de estudios y, más importante aún, contribuir al estudio y solución de los problemas nacionales (Artículo 82 de la Constitución Política de la República de Guatemala).



En efecto, la atención de la salud de las personas es uno de los requisitos indispensables de toda sociedad humana organizada, y si esta aspira verdaderamente a ser una civilización, el tema de la salud debe de ser prioritario para el Estado. En la Constitución Política de la República de Guatemala está dispuesto que “El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna” (Artículo 93); por lo tanto, “El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes.” (Artículo 94). La Norma Fundamental denomina a la salud como “un bien público” (Artículo 95), de manera que todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento (Artículo 95).

A ese respecto y en la misma línea, el Código de Salud, Decreto 90-97 del Congreso de la República, establece que “Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.” (Artículo 1 del Código de Salud). Nótese los verbos que utiliza la ley rectora de la salud: a) prevención: es fundamental evitar la enfermedad y preservar la salud; b) promoción: promover, cuidar, apreciar, valorar la salud para no perderla, no someterse a riesgos que pongan en peligro la salud; c) recuperación: si por alguna razón la salud se pierde, ayudar al individuo a recuperarla y mejor todavía enseñar a la gente a recuperarla; y, d) rehabilitar: no solo recuperar la salud sino recuperar las funciones y capacidades derivadas de tener salud. Esta labor es muy importante y es una de las características de una sociedad desarrollada.

La salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social. (Artículo 2 del Código de Salud)



No olvidemos que el sujeto central del mundo es el ser humano, por lo que la salud es fundamental para su propia subsistencia, desarrollo y superación.

Martínez Hernández (2013) explica: “Entendemos por salud pública el conjunto de intervenciones organizadas por la comunidad para prevenir las enfermedades, la discapacidad y la muerte prematura, así como para promover y restaurar la salud” (s. p.).

Es interesante ver que el papel de las comunidades debe ser de primer orden en lo concerniente a la salud pública. La Constitución va más lejos cuando estipula que las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud (Artículo 98).

Louise Albour (2007), sobre el concepto de salud pública, ha dicho la Corte de Constitucionalidad de la República de Guatemala:

El derecho a la salud es definido por el experto de las Naciones Unidas Paul Hunt, como:
El derecho a un sistema de salud efectivo e integrado, que abarque la asistencia médica y los determinantes subyacentes de salud, que responda a las prioridades locales y nacionales, y que esté al acceso de todos. (p. 19)

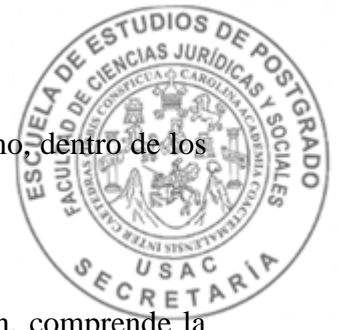
Dicha explicación es absolutamente válida y de gran actualidad, porque menciona la expresión “sistema de salud efectivo e integrado”, tal como se estará exponiendo en esta tesis. La salud requiere un sistema, para estar adecuadamente organizada y así ser convenientemente atendida.

La visión de salud es universal, y así lo reconoce también la Corte de Constitucionalidad de la República de Guatemala (2010) en sentencia emitida al evocar que:



El Comité de las Naciones Unidas sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha desarrollado una interpretación del derecho a la salud, contenido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. Refieren a la tripartita obligación de los Estados de respetar, proteger y satisfacer los derechos reconocidos en el Pacto. Respecto de la segunda, se requiere que los Estados tomen medidas para evitar que terceras partes interfieran con el derecho a obtener asistencia médica adecuada. La tercera, requiere que los Estados tomen medidas positivas que capaciten a las personas individuales y a los grupos para gozar del derecho a la salud. La obligación de satisfacer requiere que los estados, por ejemplo: i) otorguen suficiente reconocimiento al derecho a la salud en los sistemas nacional, político y legal, preferiblemente en forma de implementación legislativa; ii) adopten una política de salud nacional con un plan detallado para realizar el derecho a la salud; iii) aseguren el suministro de atención médica, incluyendo programas de vacunación contra las principales enfermedades infecciosas; iv) aseguren igual acceso a todos los determinantes subyacentes de salud, tales como alimentos nutricionalmente seguros y agua potable, saneamiento básico y condiciones de vida y vivienda adecuada; v) aseguren la capacitación adecuada de los doctores y personal médico y el suministro de un número suficiente de hospitales, clínicas y otras instalaciones relacionadas con salud, con la debida consideración a su distribución equitativa en todo el país. (s. p.)

No es solamente incumbencia de un país o de un grupo de países, sino que constituye un programa internacional que aplica a todas las naciones del mundo como una obligación legal, ya que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas es un instrumento internacional vinculante, que impone a los Estados la tripartita

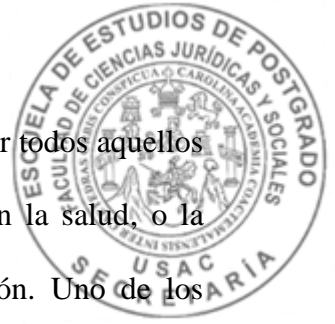


obligación de respetar, proteger y satisfacer los derechos reconocidos en el mismo, dentro de los cuales destaca el derecho a la salud.

La salud pública, elemento fundamental e indispensable del bien común, comprende la salud de todos los miembros de la población, sin excepción alguna, e incluye la salud física, la salud mental, la salud social y la salud individual. Es importante también señalar a propósito de la salud individual que hay diferencias biológicas sustanciales entre la salud del hombre y de la mujer, de los recién nacidos, de los niños, de los jóvenes, de los adultos y de los ancianos.

A lo largo de esta tesis doctoral, se comprenderá que la acción del derecho también se percata de tales diferencias biológicas y a eso se debe que el régimen legal tiene una normativa específica para cada caso, como las leyes relacionadas con la infancia, la protección del embarazo, la salud del adulto mayor, entre otras. La labor del sistema de salud pública va dirigida desde la prevención de la enfermedad, la conservación de la salud, su recuperación en caso dado, hasta el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, para lograr su desaparición y si eso no es posible, la aminoración de sus efectos.

Una política de salud pública también comprende la labor de la investigación científica para conocer mejor todo lo relacionado con la salud, con la calidad de vida, con el bienestar físico y mental, con la enfermedad, con la epidemiología y con los productos farmacéuticos idóneos para tratarla y curarla. Es oportuno señalar que en las universidades se realizan importantes trabajos y estudios a este respecto, una de ellas la Universidad de Buenos Aires, Argentina.



También es importante destacar que las ciencias de la salud deben estudiar todos aquellos agentes y factores, intencionales, accidentales y naturales, que afectan y dañan la salud, o la preservan y mejoran, a efecto de favorecer la calidad de vida de la población. Uno de los principales objetivos de la salud pública es evitar las epidemias y para el efecto aislar aquellos agentes que pueden causarlas. En tal sentido, la epidemiología, como base de la medicina preventiva, requiere muchos más estudios e investigaciones, y se considera que en Guatemala existen suficientes instituciones públicas y privadas que pueden lograr éxitos al respecto. Se ha anotado en esta tesis que Guatemala ha dado importantes médicos y científicos que han hecho considerables aportes a la salud nacional y mundial, por lo que la labor debe continuar y ser favorecida, y para ello el marco legal resulta necesario.

Por otra parte, los estudios biológicos son indispensables, ya que la coherencia de la naturaleza ofrece muchas explicaciones y respuestas que todavía no han sido descubiertas, y por eso el sistema nacional de investigación debe fomentar, incentivar y motivar la investigación biológica.

No menos importante es el cuidado del ambiente, indispensable para la vida y la salud humana. Todos los miembros de la comunidad internacional tienen el grave deber de establecer los acuerdos que sean necesarios para la protección ambiental y velar por su efectivo cumplimiento. A este respecto, Guatemala tiene grandes tareas pendientes porque tanto las autoridades nacionales como los gobiernos locales deben adoptar las medidas necesarias para erradicar actividades y prácticas contaminantes de los recursos naturales, para evitar la depredación de los bosques (que son indispensables para la producción de oxígeno), para la conservación de la limpieza de los ríos, lagos y fuentes de agua, para educar a las poblaciones en

la disposición de los desechos, y muchas tareas más. Las autoridades de educación pública deben establecer programas de ecología en todos los planes de estudio, para formar a las futuras generaciones con la cultura de la vida y de la salud mediante el cuidado de la naturaleza.



La conciencia social debe despertarse y propiciar el conocimiento de la población de aquellas prácticas y malas costumbres que constituyen hábitos nocivos para la salud, tales como el alcoholismo, el tabaquismo, las adicciones, la insalubridad alimenticia, sexual y mental, la violencia en todas sus formas, y destacar las actitudes positivas, constructivas y saludables para todos. En este sentido, el marco legal también es indispensable y se considera aquí que desde el legislativo, pasando por el gobierno central (que debe elaborar muchas iniciativas legales a ese respecto) hasta los gobiernos locales pueden emitirse las disposiciones legislativas y reglamentarias que contribuyan eficazmente al bien común.

Siendo, pues, un verdadero y claro mandato constitucional es evidente que para la Tricentennial University the topic of health should be the subject of our research to promote solutions to the different challenges that it implies, especially because a large part, if not an absolute majority, of the population lacks the resources, the knowledge and the material possibility to overcome and even to alleviate the deficiencies that it suffers in the sanitary field.

The justification of the present thesis is that there is no previous research on this topic and that there should be one and many more in the various specialties of medicine, since the national health system should consist of an adequate legal regime to be efficient and with greater coverage.



El marco teórico de esta investigación está constituido por las corrientes doctrinarias que abordan los principales servicios públicos que el Estado está obligado a prestar a la población, y son unánimes en cuanto que la salud y la educación son dos de las funciones fundamentales que le son inherentes. Por lo tanto, la regulación legal, o régimen legal, debe facilitar y garantizar el acceso a la salud general y especializada de todos los ciudadanos, para lo cual el sistema debe ser eficiente.

Guatemala, como toda nación en vías de desarrollo, tiene toda una agenda pendiente en lo que a salud se refiere. No se trata solamente de tener o de carecer de los recursos económicos para proporcionar la cobertura a todas las necesidades sanitarias, sino que fundamentalmente de tener la cultura de la salud, aspecto que es o debe ser el corazón de una auténtica política de salud. La cultura de salud es un tema nacional, pero se concreta a nivel social y especialmente personal.

El concurso en el estudio de la salud, como uno de los más desafiantes problemas nacionales, no es competencia solamente de profesionales de las ciencias médicas, sino que es de un círculo de 360°, lo que significa que los aportes para las muchas soluciones que necesita deben provenir de todas las profesiones. Eso incluye a las investigaciones que se realizan en las ciencias jurídicas y sociales. La Norma Fundamental de la nación se refiere a salud en los términos que se han apuntado en los párrafos iniciales.

Toda sociedad organizada debe aspirar a mejorar constantemente la protección de sus miembros frente a todas las necesidades que ellos enfrentan. Para su adecuada atención, como una de sus funciones fundamentales, el Estado ha reunido a esas necesidades en una expresión que se denomina “seguridad social”. Por eso, las soluciones en materia de salud deben ser



congruentes y simultáneas en lo posible con las otras materias que la seguridad social comprende, como lo son la educación, la vivienda, el trabajo y el retiro. Esta afirmación se comprueba mediante un razonamiento elemental: no puede llamarse civilizada a una sociedad educada pero sin salud, o a una sociedad sana pero sin educación. Tampoco puede concebirse una sociedad en la cual sus miembros son sanos y tienen educación pero no tienen vivienda ni trabajo.

Igualmente, absurdo sería afirmar que los miembros de una sociedad tienen trabajo y vivienda pero carecen de salud y de educación, a menos que sean esclavos en una dictadura opresora. El ideal de una sociedad civilizada es que sus miembros tengan salud, educación, trabajo y vivienda, y que con sus aportes el Estado les pueda garantizar a todos tales satisfactores y al final un retiro digno.

En este trabajo se hace referencia a la necesidad de conocer y evaluar desde el punto de vista jurídico el Sistema de la Salud Pública en Guatemala y su Régimen Legal, y para ello hay que basarlo en la relación, poco conocida y menos comprendida, entre el Derecho y la Medicina. Se destacará la importancia de la cultura de la salud y ello lleva a la necesidad de realizar tres enfoques:

- a) Preventivo de la salud
- b) Curativo
- c) La rehabilitación como garantía de recuperación de la salud

También se destaca la asistencia social como una obligación del Estado hacia la población, la cual incluye entre otros programas el descanso y la recreación como Derechos



Humanos para la preservación de la salud.

En años recientes se habla del derecho sanitario como la rama del derecho relacionada con el campo de la salud. Probablemente este concepto está todavía en gestación, pero se considera que llegará a ser una importante rama del derecho una vez evolucione y demuestre que es posible y hasta necesario que estas dos ciencias (el derecho y la medicina) se encuentren para estudiar y analizar desde el punto de vista jurídico los temas de salud.

En opinión de la maestra Claudia Viviana Madies (2017) directora del Centro de Estudio e Investigación en Derecho Sanitario y Bioderecho de la Universidad Isalud, de Buenos Aires, Argentina, el derecho sanitario es una rama transversal emergente del derecho que regula las relaciones jurídicas que “tienen por objeto la salud humana individual y colectiva y su protección, incluyendo las conductas, procesos, actividades, condiciones, servicios y productos pertinentes para su prevención, preservación, promoción, conservación y mejoramiento” (s. p.).

Por su parte, Sergio Gallego Riestra (2003) explica que:

El Derecho Sanitario es una disciplina fuertemente emergente en el ámbito sanitario como consecuencia de la interacción entre el mundo jurídico y el mundo médico. Esta interrelación se pone de manifiesto en múltiples facetas entre las que cabe destacar la organización administrativa de los centros sanitarios, el alcance de la protección de la salud, la repercusión en la esfera profesional o la responsabilidad legal de los profesionales sanitarios. (s. p.)

El doctor Juan José Bestard Perelló (2011) médico y abogado español, dice que:



Al hacer referencia a la salud en el ámbito material del derecho en realidad está refiriendo al amplio espectro del derecho sanitario como conjunto de normas de derecho constitucional, administrativo, civil, penal, mercantil, tributario e internacional que intervienen en el sector sanitario o de la salud regulando relaciones, reconociendo derechos, imponiendo obligaciones o estableciendo funcionamientos administrativos o burocráticos tanto para el ciudadano sano, como para el paciente, como para los profesionales de la salud, los proveedores de productos y prestaciones sanitarias o aseguradoras de seguros de la salud. Este autorizado autor agrega que la salud se ha convertido en uno de los elementos identitarios del siglo XXI. (pp. 67-68)

En la presente tesis se hace un diagnóstico del sistema de la salud pública en Guatemala para determinar qué acciones deben tomarse para que cumpla sus objetivos, y en cuanto al régimen legal que lo regula igualmente se harán recomendaciones para mejorarlo, en aplicación del principio jurídico de la perfectibilidad constitucional y legal.

Para cumplir con la normativa de tesis de postgrados de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el diagnóstico jurídico y social sobre algunos aspectos del sistema y el régimen legal de la salud pública en Guatemala, al que se refiere esta tesis doctoral, no se basa solamente en la ya mencionada relación entre las ciencias jurídicas y las ciencias de la salud, sino más diáfananamente es una investigación jurídica sobre el sistema y el régimen legal de la salud pública de la República de Guatemala. Esta tarea no es fácil, debido a la separación natural que existe entre las ciencias humanísticas y las ciencias de la salud, o sea, entre el derecho y la medicina, pero también debido a la necesidad de que exista una interrelación entre dichas ciencias. Se ha acudido al derecho comparado pero no hay un resultado



uniforme al respecto.

Quizá el caso más conocido y de mayor trascendencia sobre esta materia en América del Norte fue el proceso de implementación del programa “Obamacare” en los Estados Unidos por parte del expresidente Barack Obama, quien en el 2010 emitió la *Ley de Protección al Paciente y Cuidados de Salud Asequible* (en inglés *Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)*). Dicho programa requirió el apoyo de los dos grandes partidos que integran el Congreso norteamericano pero también de instituciones públicas y privadas por las cuales tenía que pasar la aprobación del mismo, el cual finalmente fue aprobado por el Senado aunque con varios cambios.

La oposición política a dicho programa por parte del partido republicano se debía a que el financiamiento del mismo requería una imposición específica a los más grandes patrimonios. Se aprobó el programa en una versión diferente, aunque buscando proteger a millones de norteamericanos que tienen ingresos muy bajos y que no cuentan con un seguro, convirtiendo en una obligación de todos los ciudadanos de contar con un seguro de salud, y también imponiendo ciertas obligaciones a las aseguradoras.

Lo interesante de este caso para este trabajo fue la emisión de la ley produjo una larga y todavía inconclusa confrontación entre el gobierno y el Congreso de los Estados Unidos, luego la prolongada discusión gubernamental parlamentaria que se centraba nada menos que entre la garantía de la salud de los ciudadanos y el sistema impositivo, la economía familiar y los servicios de seguros, representando un desencuentro entre el derecho y la salud que finalmente logró un resultado parcialmente aceptable, según el cual todo individuo debía adquirir el seguro de salud o de lo contrario sería multado.



No obstante, luego del triunfo del partido republicano para el gobierno de los Estados Unidos, el presidente Donald Trump propuso derogar dicha ley y la polémica nacional volvió y los votantes manifestaron directamente frente al gobierno y frente a los legisladores republicanos para que se mantuviera y se fortaleciera el programa *Obamacare*. Según el periódico *La Hora* (2017) el debate fue interesante porque requirió argumentos de fondo y las decisiones fueron políticas. “Las opiniones estuvieron polarizadas, según una encuesta nacional dada a conocer públicamente el 10 de Agosto de 2017 por la Kaiser Family Foundation, una entidad apartidista” (s. p.).

Es interesante ver la evolución del programa, porque “el Senado –de entonces, demócrata– frustró el intento republicano de reducir enormemente el papel del gobierno federal en los seguros de salud” (*La Hora*, 2017, s. p.), lo que evidenció un nuevo contexto social: ya no son dos fuerzas políticas las enfrentadas sino la población que se manifestó. El *Obamacare* no puede subsistir sin el subsidio del gobierno, al no haber fondos suficientes para financiarlo. El expresidente Trump justificó que al suprimir el *Obamacare* la población podrá tener una mejor oferta de seguro médico, más completo y a menor precio. La batalla continuó. Un juez declaró inconstitucional el programa en el año 2018. Mientras tanto, el presidente Trump eliminó de facto la multa a los individuos que no adquirieran el seguro de salud, lo que significó el apoyo de una parte de la población que no deseaba pagar por algo que no recibiría, pero también implicó la reducción no deseada de todo el seguro.

El gobernador demócrata de California apeló la decisión del juez y llegó de nuevo a la Suprema Corte de los Estados Unidos, la cual finalmente el 17 de junio de 2021 declaró conveniente el *Obamacare* y ya se está utilizando de nuevo. Este caso, constituye una interesante



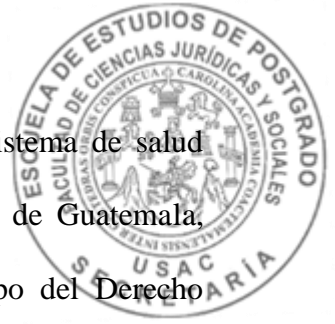
evidencia de la cercana relación entre el derecho y la salud.

Un segundo caso en que se ha requerido un entendimiento entre el derecho y la medicina es el caso de los **genéricos de las medicinas**, porque el postulado social de su comercialización libre en beneficio de la salud de la población sigue debatiéndose con los derechos de las patentes que garantizan la protección de la propiedad intelectual. Un derivado de este caso es lo relacionado con la **prescripción médica**, ya que hay países en los cuales se imponen restricciones a la venta simple de medicamentos que requieren de una prescripción específica por parte de facultativo debidamente registrado (en nuestro medio se llamaría colegiado), hay países en los cuales casi no se conoce la prescripción médica y la mayoría de los medicamentos se despachan libremente, a excepción de fármacos muy sensibles como los estupefacientes.

Un tercer caso es la **donación de órganos**, como se verá en el capítulo V. Un cuarto caso es la **eutanasia** y su variante, la **ortotanasia**, tal como se expondrá en el capítulo V.

En esta tesis doctoral se exponen varios casos más, directamente relacionados con las medidas ministeriales para enfrentar las enfermedades que inciden más negativamente en la población guatemalteca, que junto con los relacionados en forma comparada, revelan concretamente una forma de relación entre el derecho y la medicina, ciencias que pueden ir en la misma dirección o bien en direcciones diferentes y aún opuestas, estudio que es el objetivo principal de esta tesis.

Por lo anterior, se puede afirmar que este trabajo ha contado con un amplio apoyo de la técnica jurídica para articular las posiciones jurídicas que debaten a lo largo de su desarrollo dentro de la ciencia jurídica porque en este estudio está presente en primer lugar el derecho



constitucional, ya que los principios generales que regulan la actividad del sistema de salud pública se encuentran enunciados en la Constitución Política de la República de Guatemala, mientras que la gestión institucional del sistema de salud pertenece al campo del Derecho Administrativo, ya que dentro del organigrama del Organismo Ejecutivo se ubica el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que es la dependencia rectora del sistema de salud. Por lo tanto, la técnica jurídica ha ayudado a este trabajo para hacer compatibles las posiciones de diferente rango y de múltiples variantes que genera la protección de la salud de la población guatemalteca.

Así, por ejemplo, mientras de acuerdo con el derecho constitucional el sistema de salud debería tener una protección y una gestión privilegiada, el derecho administrativo no logra organizar y desempeñar en forma eficiente las dependencias e instituciones encargadas de la salud pública. Adicionalmente, el derecho administrativo no logra obtener de quienes formulan los componentes presupuestarios la asignación de los recursos necesarios al sistema de salud. Sabemos de sobra las muchas limitaciones presupuestarias del sistema de salud pública que lo han llevado en varios departamentos de la república a un verdadero colapso.

El derecho constitucional, ejercido por la Corte de Constitucionalidad, constituye un contralor único que recuerda al Estado su obligación de garantizar la salud de la población, sin ninguna clase de excusas ni siquiera de orden financiero, tal como la sentencia que se expone y comenta.

Aparte de lo relacionado con el sector gubernamental, también se analiza un debate muy interesante que se da entre el derecho administrativo y las organizaciones sociales como resultado del esfuerzo que hacen estas para apoyar a los hospitales nacionales, porque las leyes



presupuestarias no permiten recibir en forma fácil y expedita la donación de dinero para los centros nacionales de salud que las poblaciones se proponen para apoyar a los hospitales nacionales que sufren de constantes carencias de bienes como resultado de la carencia de recursos.

En este sentido, el autor de esta tesis ha recomendado en sus múltiples y diferentes visitas al interior del país, la organización de comités de vecinos para apoyar al hospital nacional más próximo que muchas veces no tiene equipos, materiales quirúrgicos, medicinas, etc. para atender a los pacientes que llegan de la periferia del mismo. Aunque parezca innecesario, las autoridades hospitalarias deben gestionar previamente las autorizaciones superiores para poder recibir insumos que requieren con carácter de emergencia. Resulta contradictorio que un hospital necesita urgentemente insumos para atender a los pacientes, pero previamente tiene que gestionar ante el ministerio la autorización para recibir la ayuda por parte de terceros. Esta contradicción o contraposición de posiciones es resuelta por el derecho, ya que busca la compatibilidad de principios y de normas tanto desde el ámbito del derecho constitucional como desde el ámbito del derecho administrativo.

El debate se produce también como consecuencia que el análisis jurídico del régimen legal del sistema de salud implica la consideración de normas de diferente jerarquía, ya que una modalidad de regulación eficiente, versátil y permanentemente actualizada de las dependencias de salud es mediante reglamentos, de tal manera que las leyes respectivas se limitan a estipular los principios generales y las disposiciones correspondientes, mientras que la parte operativa debería estar regulada en reglamentos ya sea de la autoridad administrativa establecida (que es el Ministerio de Salud) o de la autoridad del hospital de que se trate.



Se vive en un país y en una región cuyo sistema jurídico es una herencia española desde el tiempo de la colonia y esto tiene algunas consecuencias todavía al día de hoy. La primera es el rigor de lo escrito. La segunda es la exclusiva disponibilidad y aplicación de facultades regladas en la administración pública, ya que el sistema está basado en la regulación mediante leyes y otras normas de rango inferior para todo, lo cual deja muy poco margen para la discreción del administrador, al grado que lo mismo ocurre para el juzgador.

La tendencia en el mundo apunta hacia la evolución de los sistemas jurídicos, sean cuales sean, hacia un derecho más práctico, actualizado, flexible y dinámico a fin de acompañar al ser humano y a la sociedad en su respectiva evolución. Esto no sucede todavía en Guatemala y no sucederá a corto plazo, de manera que los administradores y los juzgadores necesitan que todo esté contenido en leyes y normas para limitarse a “*aplicar la ley*”. Por esta razón se ha encontrado necesario que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuente con un régimen legal compuesto por un catálogo de leyes, acuerdos gubernativos, reglamentos y disposiciones ministeriales e institucionales (como los manuales y los protocolos) que indiquen lo que hay que hacer en diferentes situaciones. La prevención y la promoción de la salud lo justifican, así que debemos hacerlo de esta manera aunque sepamos que en el futuro el sistema irá evolucionando, lenta o rápidamente.

Finalmente se debe resaltar que, mientras esta tesis se finalizaba devino la pandemia del coronavirus surgido en Wuhan, China, en la segunda mitad del año 2019 y llegado pocos meses después a Guatemala. Este evento resulta de gran interés para esta tesis doctoral porque la penosa situación derivada de la COVID-19 que se está sobrellevando en todo el mundo desde principios del año 2020, proporciona a esta investigación la posibilidad de incluir en el análisis un enorme



caso real y actual que incide en el sistema y en el régimen legal de la salud pública en Guatemala, materia directa de la tesis. Además, esta crisis constituye por sí sola una justificación de este trabajo y hasta lo convierte en un aporte verdaderamente histórico.

Se ha incorporado a la misma todo el análisis relativo a la pandemia del coronavirus y la normativa que se ha tenido que emitir –y que sin duda se seguirá emitiendo– para la prevención de la propagación de dicha enfermedad, para la protección de la población y para que el sistema de salud pública esté en capacidad de enfrentar la emergencia, aunque se sabe que tan enorme fenómeno no ha concluido ni está cerca de cesar en sus efectos.

La presente tesis tiene como hipótesis la siguiente: **“El régimen legal del sistema de la salud pública en Guatemala es suficiente para regular los aspectos generales de la misma, pero requiere de normas secundarias para completar y mejorar la regulación de los diversos componentes del sistema como son los hospitales y los programas de salud en todas sus especialidades.”**

Debido a que la hipótesis es una suposición o posibilidad de un resultado no demostrado aún y que debe demostrarse mediante un proceso investigativo, en el presente trabajo se supone que **el régimen legal de la salud pública en Guatemala es suficiente a nivel de leyes**, pero para completar una adecuada regulación de los demás componentes del sistema puede y debe utilizar **normas secundarias**, como los **Acuerdos Gubernativos** y los **Acuerdos Ministeriales** (en Salud), así como regulaciones de procedimientos denominadas **manuales** y para casos especiales los denominados **protocolos**. Para ello, se describe en los siguientes capítulos, un análisis de los desafíos de la salud, como son las enfermedades y los programas especializados de salud con que cuenta –o debería contar– el sistema de la salud pública en Guatemala.

Esta hipótesis, que por cierto es inédita ya que no se ha realizado otro trabajo semejante antes, está planteada de tal manera que permitió realizar el trabajo de investigación teniendo en mente la búsqueda viable de una solución legal al complejo problema de la salud en Guatemala.





CAPÍTULO I

1. El sistema de la salud pública en Guatemala y la realización de acciones curativas

1.1. El sistema de la salud pública es fundamental para cualquier sociedad civilizada

1.1.1. Qué es el sistema de la salud pública en Guatemala

Al ser la salud un bien público, como la denomina la Constitución Política de la República de Guatemala, el sistema nacional de salud comprende tanto a las entidades y organizaciones públicas como a las privadas. A eso se debe que se ha de considerar también a todas las entidades y organizaciones nacionales o no que no están subordinadas al Organismo Ejecutivo. El sistema nacional de salud está integrado, pues, por todas las entidades y organizaciones públicas y privadas que tienen competencia para actuar en las diferentes áreas que se refieren a la salud de los miembros de la sociedad. El órgano rector del sector salud es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

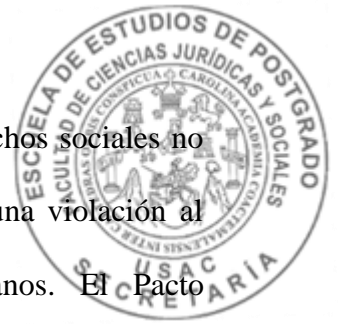
Ahora bien, el sistema de la salud pública en Guatemala no puede depender solamente de las acciones del gobierno, puesto que necesita la acción de toda la población. Sin embargo, el gobierno no debe sujetar su actividad a tener recursos, sino que tiene que utilizar el ingenio, la creatividad, que le permitirá resolver problemas con pocos recursos económicos e incluso sin ellos.

A este respecto, es interesante el Considerando III de la sentencia proferida por la Corte

de Constitucionalidad de la República de Guatemala (2010) dentro del expediente número 2643-2008, ya citada en esta tesis y que por su importancia obra íntegra como Anexo, que en su parte considerativa dice lo siguiente:



Si bien el Estado manifiesta prestar los servicios de salud, en la medida de sus capacidades, las cuales no alcanzan satisfacer este derecho a niveles óptimos, lo cual se entiende en un país con altos grados de pobreza como Guatemala, también lo es que esa cobertura mínima y actual no es excusable que decaiga o retroceda de una mínima satisfacción a una insatisfacción absoluta o menor. Por el contrario, a falta de óptimas atenciones en materia de salud, el Estado debe conservar lo niveles alcanzados, con tendencia obligatoria a la progresividad de las condiciones mínimas de asistencia de salud, derivados de su deber apremiante de realizar prestaciones positivas, para su satisfacción, (...) ello porque la discontinuidad de tales prestaciones vulnera el principio de no regresividad o de no retroceso social, consagrado en el Pacto mencionado, lo cual conlleva proscribir o no admitir políticas y medidas que empeoren la situación de los derechos sociales o de las prestaciones brindadas. De acuerdo con este principio, como se estimó en el fallo antes aludido, una vez reconocido un derecho y efectivizado su goce por medio de un servicio prestado por el Estado, implica el reconocimiento de un status jurídico básico, por lo que su vigencia no puede mermarse o eliminarse posteriormente. El principio de no regresividad constituye una limitación constitucional a la reglamentación de los derechos fundamentales que veda a las autoridades públicas la posibilidad de adoptar medidas o permitir que se desarrollen situaciones que reduzcan el nivel alcanzado por tales derechos sociales y de las prestaciones de que goza la población, más aún si se encuentran en situaciones de vulnerabilidad extrema,



precariedad o pobreza. Las condiciones de vigencia y acceso a los derechos sociales no pueden reducirse con el transcurso del tiempo, porque ello configura una violación al Artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales establece que los Estados partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos reconocidos (este condicionamiento “máximo de los recursos” disponibles es una cuestión de prueba y variará de acuerdo a la situación económica del país en el que se intente aplicar la normativa del Pacto). Por ello, la obligación de no regresividad constituye una limitación que la Constitución y los tratados internacionales en materia de Derechos Humanos imponen a los poderes legislativo y ejecutivo a las posibilidades de reglamentación de los derechos económicos, sociales y culturales. (s. p)

Como se puede observar, la Corte de Constitucionalidad hace una consideración ad-hoc sobre la obligación que gravita sobre el gobierno, en el sentido que no puede aducir carencia de recursos para disminuir el nivel de satisfacción de las necesidades básicas de la población, entre las que destaca la salud. Y la Corte de Constitucionalidad todavía más impone el principio de no regresividad o de no retroceso social, que constituye una obligación para el Estado, el cual debe conservar lo niveles alcanzados, con tendencia obligatoria a la progresividad de las condiciones mínimas de asistencia de salud. Se considera que esta sentencia es histórica porque sienta conceptos de protección para la población y de obligación irrenunciable e ineludible para el Estado. Es de señalar que Guatemala ha alcanzado niveles de progreso en materia de salud, que no debe permitirse disminuir ni rebajar, tal como lo dice la Corte de Constitucionalidad. Este es un claro ejemplo de cómo el derecho (mediante una sentencia del más alto Tribunal

Constitucional del país) puede constituir un verdadero y sólido apoyo a la salud de la nación.



1.1.2. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

El MSPAS es la principal dependencia del Organismo Ejecutivo que se ocupa de la salud, y es el rector de este sector. A su vez, tiene las dependencias que tienen sus respectivas competencias. La organización es vertical, de manera que el Ministerio tiene la precedencia en la definición y ejecución de la política de salud. La importancia del Ministerio de Salud es indudable y el Código de Salud estipula que “tiene a su cargo la rectoría del Sector Salud, entendida esta rectoría como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional” (s. p.). El Ministerio de Salud tendrá, asimismo, la función de formular, organizar, dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población.

Para cumplir con las funciones anteriores, el Ministerio de Salud tendrá “las más amplias facultades para ejercer todos los actos y dictar todas las medidas que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones del servicio, competen al ejercicio de su función” (Artículo 9, inciso a, del Código de Salud). Como se puede apreciar, el Ministerio de Salud tiene competencia para actuar en muchas áreas, lo cual hace que sea una dependencia extremadamente útil para la sociedad, con proyección cuantitativa y cualitativa en todo el territorio nacional.

Dentro de los factores que afectan negativamente el funcionamiento del Ministerio de Salud es que sigue siendo una dependencia unipersonal en la que el titular, o sea el ministro, lo administra con mucha discrecionalidad, lo que impide que se sigan políticas permanentes, produciendo inestabilidad en la gestión permanente de las diferentes áreas que tiene a su cargo. Eso sin mencionar los posibles casos de corrupción que pueden darse cuando un ministerio tan

importante está manejado por una sola persona. Creemos que el régimen legal de salud debería imponer más criterios obligatorios para quien sea el ministro y que le obligue a llevar políticas permanentes que trasciendan con independencia a su propia permanencia en el cargo.



1.1.3. La red nacional hospitalaria

La red nacional hospitalaria Está integrada por los hospitales clasificados de la siguiente manera:

Hospitales Nacionales de Referencia: de la máxima complejidad, de tipo general y especializada, así como con capacidad de atención y resolución de casos complejos.

1. Hospital General San Juan de Dios, zona 1, Ciudad de Guatemala
2. Hospital Roosevelt, zona 11, Ciudad de Guatemala

Especializados o de Función Específica:

1. Hospital Neuropsiquiátrico, zona 18, Ciudad de Guatemala
2. Hospital San Vicente, zona 7, Ciudad de Guatemala
3. Hospital de Ortopedia y Rehabilitación, zona 1, Ciudad de Guatemala
4. Hospital Infantil Elisa Martínez, Puerto Barrios, Izabal
5. Hospital Rodolfo Robles, Quetzaltenango
6. Hospital Fray Rodrigo de la Cruz, Antigua Guatemala, Sacatepéquez
7. Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, Zona 11



Nacionales de Región: son centros de capacidad de resolución de tipo general y especialidades como Ortopedia, Intensivo y otras de patología local; de referencia a Hospitales Departamentales, Distritales y de Contingencia.

1. Hospital General de Occidente
2. Hospital Nacional de Cobán
3. Hospital Nacional de Zacapa
4. Hospital Nacional de Escuintla
5. Hospital Nacional de San Benito
6. Hospital Nacional de Cuilapa
7. Hospital De Coatepeque
8. Hospital De Amatitlán

Departamentales: estos hospitales tienen competencia para manejar patologías de tipo general (medicina, cirugías, pediatría y maternidad), más de 100 camas.

1. Hospital Nacional de Antigua Guatemala
2. Hospital Nacional de Mazatenango (Suchitepéquez)
3. Hospital Nacional del Quiche
4. Hospital Nacional de Puerto Barrios



5. Hospital Nacional de Jutiapa
6. Hospital Nacional de Retalhuleu
7. Hospital Nacional de Huehuetenango
8. Hospital Nacional de Chiquimula
9. Hospital Nacional de Totonicapán
10. Hospital Nacional de Guastatoya (El Progreso)
11. Hospital Nacional de Chimaltenango
12. Hospital Nacional de Tiquisate (Escuintla)
13. Hospital Nacional de San Marcos
14. Hospital Nacional de Salamá (Baja Verapaz)
15. Hospital Nacional de Jalapa
16. Hospital Nacional de Sololá

Distritales: son servicios que refieren lo complejo a un nivel superior, manejan patología local.

1. Hospital de Sayaxché (El Petén)
2. Hospital de Melchor de Mencos (El Petén)
3. Hospital de Poptún (El Petén)



4. Hospital de Malacatán (San Marcos)
5. Hospital de San Pedro Necta (Huehuetenango), inconcluso

De contingencia: son unidades hospitalarias montadas en Centros de Salud tipo “A”, de encamamiento mínimo, resolución limitada (cirugía menor).

1. Fray Bartolomé de las Casas (Alta Verapaz)
2. La Tinta (Alta Verapaz)
3. Uspantán (Quiché)
4. Nebaj (Quiché)
5. Joyabaj (quiché)

Se ha tenido la oportunidad de visitar algunos de estos hospitales y se comprueba que su funcionamiento está caracterizado por la numerosa afluencia de pacientes que requieren todos los servicios que ellos prestan, lo que pone de manifiesto las necesidades de salud de la población. La regionalización facilita la atención conforme la ubicación geográfica de los hospitales, pero, aun así, hay grandes vacíos de atención hospitalaria porque en algunos casos es grande la distancia entre la población donde reside el paciente y el hospital más próximo; además de la distancia también se pudo observar que por el mal estado de algunas carreteras el traslado del paciente toma más tiempo del esperado y eso puede poner en peligro la atención oportuna si se trata de un caso de emergencia.

Con motivo de la pandemia de la COVID-19, el sistema hospitalario colapsó y no tiene la capacidad de atender a todos los pacientes que requieren servicios de ventilación artificial. Se ha

tenido que habilitar hospitales de emergencia en el Parque de la Industria, zona 9 de la capital y de igual manera en algunas cabeceras del país. Además, para aprovechar la capacidad instalada se han arrendado algunos hoteles que sirven para la recuperación de pacientes.



Esta situación de la COVID-19 también ha venido a afectar colateralmente los servicios hospitalarios porque los centros de salud no han podido atender fluidamente a pacientes con otra clase de enfermedades crónicas graves o accidentados, según lo han venido informando los medios de comunicación del país; por cierto, esta situación también se ha venido dando en otros países de América Latina, de África y Asia que no habían previsto situaciones de calamidad generalizada como la COVID-19.

1.1.4. Instituto Nacional de Cancerología (INCAN)

El Instituto de Cancerología es una institución privada que realiza una labor social en el tratamiento del cáncer. Es parte de la Liga Nacional Contra el Cáncer, asociación civil ajena a toda actividad política, religiosa o lucrativa, fundada en 1953 por el Dr. Bernardo del Valle. El INCAN fue fundado en 1968 y desde entonces ha formado numerosos médicos oncólogos y ha proporcionado un valiosísimo servicio a la población guatemalteca. Recientemente, de Junio a Julio de 2017, a un costo muy bajo, el INCAN realizó una jornada de detección temprana de cáncer de próstata, labor muy importante tomando en cuenta que el cáncer de próstata es el segundo más común en el mundo y es la tercera causa de muerte de hombres en los países desarrollados y la quinta causa de muerte de hombres en Guatemala.

En los países latinoamericanos, incluyendo Guatemala, la cultura masculina es poco favorable a la realización de los exámenes relacionados con la próstata y con los genitales en general, lo que implica que es alto el número de pacientes con cáncer de próstata que han llegado



a un grado avanzado que dificulta casi totalmente su curación. El cáncer de próstata es curable cuando se detecta tempranamente, pero más tarde ya no lo es. Se vuelve a referir tanto a esta enfermedad crónica como a la institución en el Capítulo III de esta Tesis.

1.1.5. Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala (UNICAR)

Es una institución de cardiología que comenzó como una unidad del Hospital Roosevelt en 1976 y se fue perfeccionando, convirtiéndose en un hospital de alta calidad especializado en cardiología.

UNICAR es una institución que pertenece a la red hospitalaria Nacional con dedicación exclusiva a la atención de enfermedades del corazón, que requieran de estudios diagnósticos especializados y tratamiento quirúrgico. En resumen, es un centro hospitalario completo, con servicios de Consulta Externa; diagnóstico no invasivo, tratamiento radiológico, intervencionista, cuidados intensivos, quirófanos y encamamiento general, tanto en adultos como en pediatría.

Según UNICAR (s. f.) “El hospital ofrece la atención médica especializada, integral de las enfermedades del corazón, en niños y adultos, único en su género en Guatemala” (s. p.). Los precios son altos para la población nacional. La razón es que en un servicio de alta especialización se requiere de muchos insumos y equipos sofisticados de alto precio. Para Guatemala, un país con alto índice de pobreza, era necesario contar con un programa de cirugía cardiovascular, con el propósito de prestar fundamentalmente sus servicios a la población de escasos recursos, en forma gratuita.

La labor de UNICAR es fundamental tomando en cuenta el alto número de población de la República de Guatemala, y que dentro de ella se presentan muchos casos de dolencias

cardiacas y la población de escasos recursos no tiene los medios para obtener tratamiento en hospitales privados. Por otra parte, los médicos cardiólogos que trabajan en UNICAR son especialistas de prestigio.



Los casos de INCAN y UNICAR son buenos ejemplos de lo que puede llegar a realizar la iniciativa de una sola persona porque los respectivos fundadores, Dr. Bernardo del Valle y Dr. José Raúl Cruz Molina, médicos y cirujanos, comenzaron con el ideal de crear una institución de beneficio para la población guatemalteca, y gracias a su impulso personal y con la colaboración de instituciones nacionales y extranjeras las llevó a ser importantes instituciones especializadas como lo son hoy en día, de manera que así podría haber más unidades en las diferentes especialidades médicas.

1.1.6. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

Ahora se hace referencia al IGSS como entidad plenamente autónoma que rige el sistema de seguridad social de Guatemala; aun cuando es del Estado, no está subordinado al Ministerio de Salud Pública, lo cual no excluye ni impide que pueda coordinar con este lo relativo a la atención de la salud de los guatemaltecos. El principal riesgo que enfrenta el IGSS en la actualidad es que los costos de la cobertura a sus afiliados excedan a los ingresos provenientes de las cuotas que ellos pagan, lo cual podría ocasionar un gradual empobrecimiento y debilitamiento de los programas que tiene en la actualidad.

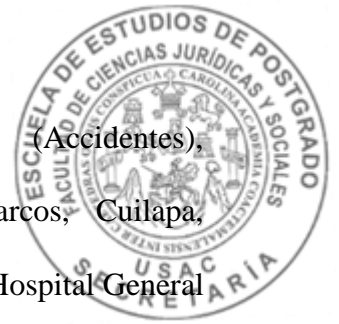
El IGSS se nutre de las cuotas que todos los afiliados pagan, pero el gran consumidor de los servicios de seguridad social es el Estado y él no paga las cuotas que le corresponden, nunca las ha pagado, y ese déficit ha provocado un permanente desencaje en las finanzas del seguro social. Las autoridades han contraargumentado que a cambio de dicho pago el Estado ofrece las



clases pasivas, pero dicha justificación carece de fundamento porque los trabajadores del Estado se paga tanto la cuota del IGSS como nuestra cuota de clases pasivas civiles del Estado, de manera que cada programa tiene sus propios recursos, no hay razón válida ni legal para financiar un programa (clases pasivas) con ambos ingresos y dejar desfinanciado el otro (el IGSS), siendo el Estado un patrono obligado a efectuar los pagos que como tal le corresponden.

Este aspecto podría constituir otra de las conclusiones de este trabajo de investigación y verdaderamente constituiría un valioso aporte de la Universidad de San Carlos de Guatemala al saneamiento financiero del IGSS. De acuerdo con su Ley Orgánica, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en su Artículo 1 del Decreto 295 del Congreso de la República es: “una institución autónoma, de derecho público, con personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es la de aplicar en beneficio del Pueblo de Guatemala y con fundamento en la Constitución Política de la República, un régimen Nacional, unitario y obligatorio de Seguridad Social de conformidad con el sistema de protección mínima. Dicha institución se denomina “Instituto Guatemalteco de Seguridad Social”, para los efectos de esta Ley y de sus reglamentos, “Instituto”. El domicilio de las oficinas centrales del Instituto es la ciudad de Guatemala”.

El IGSS es una institución de gran proyección nacional por cuanto provee salud y otros beneficios a todos los trabajadores guatemaltecos que necesariamente tienen que estar afiliados a él. El IGSS cumple sus funciones razonablemente bien, aunque siempre puede mejorar la calidad de sus servicios. Algunos afiliados prefieren acudir a proveedores privados de servicios de salud, pero para la inmensa mayoría de afiliados el IGSS es insustituible. Quizás el principal problema es que el IGSS no puede establecer hospitales en todos los departamentos, pero sí los hay en Cobán, Chimaltenango (Accidentes), Escuintla, Santa Lucía Cotzumalguapa, Tiquisate,



Retalhuleu, Huehuetenango (Accidentes), Puerto Barrios, Colimba (Accidentes), Quetzaltenango (Accidentes), Coatepeque, Malacatán, Tumbador San Marcos, Cuilapa, Mazatenango y en la Ciudad Capital tiene el Hospital General de Accidentes, el Hospital General de Enfermedad, el Hospital de Gineco Obstetricia, el Hospital de Rehabilitación, el Hospital Juan José Arévalo, el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (I) y (II), la Policlínica, la Unidad Periférica Zona 5, la Unidad Periférica Zona 11 y el Centro de Atención Integral de Salud Mental.

Por otra parte, en otros municipios del departamento de Guatemala existen unidades de asistencia, como en Amatitlán, San Juan Sacatepéquez. Además, el IGSS tiene una extensa presencia en el territorio nacional por medio de consultorios en Villa Nueva, Villa Canales, Salamá, San Miguel Pochuta, Chiquimula, Guastatoya, La Gomera, Masagua, Palín, Siquinalá, la Democracia, Puerto San José, Palencia, Fraijanes, San José Pinula, Santa Leonarda, El Estor, Los Amates, Morales, Jalapa, Jutiapa, San Benito, Santa Elena, Sayaxché, Poptún, Quiché, San Juan Cotzal, Champerico, San Felipe Retalhuleu, Antigua Guatemala, San Marcos, Tecún Umán, Guazacapán (Santa Rosa), Sololá, San Lucas Tolimán, Chicacao, Patulul, Totonicapán, Gualán y Zacapa. Si bien los consultorios no ofrecen los servicios hospitalarios, constituyen la primera atención a los afiliados con padecimientos primarios, y si el paciente necesita hospitalización tiene que ir al hospital de su jurisdicción. No cabe duda que la segunda institución en importancia que participa en el sector público de salud del país, es el IGSS.

Según lo expresado por Prensa Libre (2014), una de las mayores debilidades que presentan los hospitales nacionales es:

La corrupción, se publicó el reportaje sobre la sustracción de medicinas en los hospitales

nacionales, por parte de personal médico. Tal acción es, además de un hecho ilícito, un crimen social, por cuanto hurtar las medicinas destinadas a las personas de escasos recursos es hurtarle la salud a dichas personas. (s. p.)



1.1.7. Centro Médico Militar

Pertenece al Ministerio de la Defensa y está dedicado a la atención de los miembros de las fuerzas armadas; también participa en el Sistema Nacional de Salud, pues atiende a muchas personas que sin ser militares son aceptadas para gozar de sus servicios médicos. En efecto, así lo explican desde el Centro Médico Militar (s. f.) el Centro Médico Militar, llamado inicialmente Hospital Militar, fue creado para la atención médica específica de los miembros del Ejército de Guatemala. “Su función principal es brindara asistencia y servicios médicos hospitalarios a Oficiales, Especialistas y Tropa, en el caso de los Oficiales y Especialistas, también a sus familias. Hoy en día también ofrece sus servicios, a costo normal, al público en general” (s. p.). El CMM está reconocido como Hospital Escuela por la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala.

No obstante, la situación normal y positiva del Centro Médico Militar, en algún momento trascendió que el IGSS podría tener interés en adquirirlo, pero legalmente no sería factible sin modificar la Ley Constitutiva del Ejército, pues en ella se menciona expresamente al CMM. En todo caso, dicho centro hospitalario funciona normalmente y su administración demuestra resultados satisfactorios, según lo que se ha podido investigar, e incluso se podría afirmar que la normativa interna es suficiente para que opere positivamente, y la organización de este hospital es un modelo para un hospital de esta categoría; sin embargo, la observación que se hizo de este centro es en tiempo de paz, no podemos hacer una apreciación para una situación de emergencia,



ya sea por guerra o por una catástrofe nacional.

Como ejemplo de esta organización, que por cierto está bien administrada, se mencionan los servicios del Centro Médico Militar (CMM), basados en sus normas internas, comprenden las siguientes especialidades:

El CMM tiene seis departamentos, que son: Medicina Interna, Anestesia, Traumatología, Pediatría, Ginecología, y Cirugía General. El Departamento de Medicina Interna tiene catorce especialidades, que son: Neumología, Infectología, Reumatología, Cardiología, Oncología, Dermatología, Nefrología, Neurología, Psicología – Psiquiatría, Gastroenterología, Psicometría, Endocrinología, Intensivista y Hematología. Por su parte, el Departamento de Cirugía General tiene las siguientes especialidades: Urología, Cirugía Plástica, Cirugía Vasculat, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía de Tórax y Cirugía Pediátrica. Además de los Departamentos ya mencionados, el Centro Médico Militar presta los siguientes servicios externos: Odontología, Rayos X, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Medicina Física, Patología y Emergencia. (Centro Médico Militar, s. f., s. p.).

De esta manera se puede apreciar que el Centro Médico Militar cumple una función muy importante dentro del sistema hospitalario nacional, aun cuando su objetivo inicial –o sea prestar servicios médicos hospitalarios– está dirigido al Ejército de Guatemala. No obstante, el CMM está abierto al público y puede atender pacientes no militares cuando sus posibilidades se lo permitan.

A este respecto, por ser una dependencia del Ministerio de la Defensa Nacional, el CMM está sujeto a la Ley Constitutiva del Ejército, Decreto 72–90 del Congreso de la República de Guatemala, puesto que conforme el Artículo 36, numeral 9, de dicha ley, el CMM es una



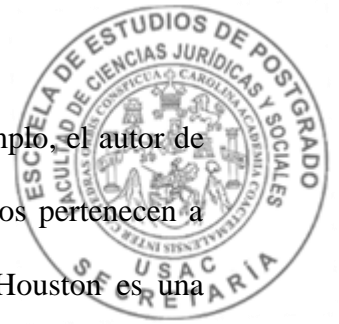
Dependencia Militar Auxiliar del Ejército de Guatemala. Las normas que rigen al CMM pueden ser administrativas o internas, emitidas por el director, si se refieren a cuestiones de administración o a alguno o algunos de los servicios que presta o a alguna de las especialidades que ofrece; o bien si son normas más generales provienen del Ministerio de la Defensa Nacional por ser una dependencia militar, tal como hemos dicho.

No hay estadísticas del número de pacientes que atiende el Centro Médico Militar y aunque fue solicitada, no dieron la información. Pero hemos obtenido la opinión de personas que han sido pacientes de dicho Centro, y nos han manifestado su satisfacción con los mismos.

1.1.8. La labor hospitalaria y los centros de salud privados

Al ser la salud uno de los derechos fundamentales, la labor hospitalaria es una respuesta que en principio corresponde al Estado, pero también a la misma comunidad dada la insuficiencia de recursos con que aquel cuenta para tal efecto. Además, los requerimientos de atención a la salud son tan amplios que la mayoría de países no son capaces de brindar desde la organización estatal. Por tal razón, en casi todo el mundo existen los centros de salud privados, que no solo coadyuvan a la atención sanitaria sino que proporcionan servicios de calidad conforme la capacidad de pago de los usuarios.

Si bien es verdad que los centros de salud privados, por su misma naturaleza, pueden ser lucrativos, también es cierto que su potencialidad es mayor en el sentido de contar con especialistas y equipo moderno de alta tecnología que cumple una función importantísima en el tratamiento de diversas enfermedades. Sin embargo, también existen centros de salud privados que no son lucrativos, como aquellos que pertenecen a universidades, a organizaciones religiosas, a fundaciones y a otra clase de instituciones de beneficencia.



Esto no solo en Guatemala, sino que en otros países del mundo. Por ejemplo, el autor de esta tesis visitó famosos hospitales en los Estados Unidos, y la mayoría de ellos pertenecen a universidades, a instituciones religiosas y a instituciones no lucrativas. Así, Houston es una ciudad del estado de Texas, Estados Unidos de América, conocida por sus enormes recursos humanos y materiales médicos y hospitalarios en todas las especialidades, con gran proyección académica, que atienden a pacientes de todo el mundo.

También el sustentante de esta tesis visitó Cuba, comprobando que dicho país cuenta con un amplio sistema de salud que cubre todo el territorio de la isla y aún pese a los limitados recursos económicos con que cuenta esa nación, brinda cooperación en materia de salud a innumerables países, incluyendo Guatemala, enviando brigadas de médicos en varias especialidades que llegan a regiones remotas a las cuales no llegan los servicios públicos del país receptor y en no pocas ocasiones exponiéndose a peligros, aún el de su propia vida, como sucedió recientemente en la frontera entre Kenia y Somalia, en que fueron secuestrados y asesinados dos médicos cubanos. Se podría decir que la dedicación a la salud constituye una señal inequívoca de preocupación humana y social de un gobierno, sin importar su signo político o ideológico, porque representa una obligación superior del Estado que está por encima de las diferencias políticas del gobierno que lo dirige.

La labor hospitalaria, pública y privada, debe ser proporcional a la densidad demográfica de un país, aunque es presumible que nunca será suficiente en aquellas regiones en las cuales se producen epidemias en forma recurrente, tal como ocurre en varios países de África y en Asia. Idealmente, un país con verdadera preocupación por la salud de sus habitantes debe esmerarse en crear una amplia base de prevención de enfermedades y lograr altos estándares de salud en su población. Para ello debe implementar campañas y actividades de información, ilustración,



orientación y capacitación de personas de todas las edades en labores de higiene, alimentación, nutrición, ejercicio, esparcimiento, prudencia y prevención de enfermedades y de accidentes. Todas estas metas caben dentro de una bien entendida política de salud, de la cual la labor hospitalaria constituye una parte indispensable.

La labor hospitalaria, pública y privada, también debe incluir la investigación, porque muchas veces se presentan casos clínicos extraños o sui géneris a los cuales no se les puede proporcionar atención general, y la investigación debe también comprender causas inherentes al ambiente propio del país y aún de las diferentes regiones del mismo.

Un aspecto sumamente importante es la **construcción hospitalaria**, lo que incluye los equipos. La construcción hospitalaria es una especialidad en la ingeniería, la cual debe garantizar la seguridad y el mejor servicio para los pacientes y para el personal médico y paramédico, sin olvidar a las personas que visitan o acuden a los mismos. Hoy en día existen instituciones que analizan los aspectos de seguridad en el uso ordinario y en situaciones extraordinarias de toda construcción; en Guatemala es CONRED. Sin embargo, sin necesidad de esperar la concurrencia de una revisora, las construcciones deben preverse con las máximas garantías de seguridad y calidad.

Por eso según publicación del *Diario de Centro América* (2017) se cree que,

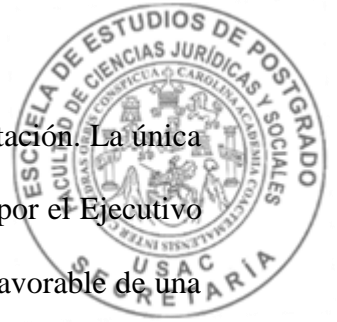
(...) la responsabilidad del MSPAS también comprende la construcción de hospitales y centros de salud, porque debe procurar que la construcción o la obra sea versátil y de fácil compostura, mantenimiento y reemplazo, “así como los equipos, especialmente los equipos de uso constante. (p. 3)



Otro elemento atingente a los hospitales es el de las ambulancias, porque son vehículos que por su uso intenso tienen una vida útil no mayor de diez años, por lo que deben ser reemplazadas. La chatarra se debe vender, no acumular. Los problemas de tipo legal que existen para disponer de los vehículos del Estado que ya no están en funcionamiento, por lo cual convendrá hacer una gestión para que el Ministerio de Finanzas autorice la destrucción o la disposición de la chatarra y de bienes que ya están inservibles, pero si se trata de aspectos legales entonces el Organismo Ejecutivo podría presentar una iniciativa de ley para modificar la Ley de Bienes del Estado y así permitirla. Aparte de lo necesario que resulta disponer rápidamente de los bienes desechados, también por razones ambientales, ya que la chatarra causa una grave contaminación y ocupa espacio que se podría utilizar para otros fines. Por cierto, el producto de la venta de la chatarra podría destinarse a un fondo privativo para el mantenimiento de equipo e instalaciones.

En cuanto a las medicinas, es muy importante tener las necesarias disponibles en los hospitales y centros de salud, pero no se trata solamente de tener genéricos sino de tener las medicinas adecuadas para las diferentes enfermedades que pueden presentarse normalmente en ellos. Como una ayuda, podrían constituirse fundaciones entre personas altruistas del sector privado y personeros de cada hospital y de ser posible del Colegio de Médicos, y así cada hospital podría contar con una fundación o un comité de apoyo.

En relación con la adquisición de medicinas para los hospitales públicos es necesario implementar un sistema que garantice calidad, suministro permanente, transparencia y precios razonables. A este respecto, el IGSS y el MSPAS han presentado propuestas al Ejecutivo para que utilice su iniciativa de ley ante el Congreso de la República para modificar la Ley de Contrataciones del Estado, que le permita a dichas instituciones en casos de emergencia comprar



medicinas, equipos e insumos para los hospitales sin someterse al proceso de licitación. La única causa de esa excepción sería la de emergencia en casos que no serían aprobados por el Ejecutivo sino por la Junta Directiva del IGSS o por el Ministro de Salud (previa opinión favorable de una Comisión Especializada). Este es un punto sumamente importante porque en la actualidad el conflicto está desenfocado porque se crea alrededor de la honestidad de la adquisición, y se pasa por alto la urgencia que tienen los pacientes de tal o cual medicina o equipo, como los ventiladores para los pacientes de la COVID-19.

Se debe hacer un análisis de todo el conjunto de circunstancias que concurren a una crisis de suministro y luego presentarlo de una manera clara y sencilla a la opinión pública y a los medios de comunicación, en razón de la transparencia, para que sea comprendido y aceptado. La población guatemalteca tiene mucha sensibilidad por los casos de corrupción en el Estado y eso dificulta encontrar una vía rápida para la adquisición de medicinas, equipos e insumos hospitalarios.

Por tal razón, esta clase de propuestas tendría críticos y opositores, pero dando razones válidas convencerían a quienes tengan que aprobar la modificación, porque el sistema hospitalario atiende a un sector de la población que no tiene voz. En la comisión que se propone estarían representantes de los diversos sectores, si aceptan. Se reitera, según lo informa *el Periódico* (2017):

que este es un tema que requiere de una buena preparación, incluso debería haber un apoyo de profesionales en psicología social que aconsejen la forma de presentar a los diversos sectores la solución más adecuada a la crisis de suministro de medicinas. (p. 8)



Luego de exponer la importancia de la labor hospitalaria, pública y privada, también es preciso señalar que así como existen centros públicos y privados dirigidos e integrados por profesionales capaces y responsables, también los puede haber que emplean personal profesional inescrupuloso que falta a los códigos de ética a los cuales están sujetos los médicos y paramédicos, y aún que pueden prestarse a hechos ilícitos. Por esa razón, tal como se expondrá en el inciso siguiente, es precisa la supervisión hospitalaria pública y privada.

1.1.9. Necesidad de la supervisión hospitalaria pública y privada

Aun cuando corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la función de supervisión hospitalaria pública y privada en Guatemala sigue siendo débil debido a que las autoridades del MSPAS tienen otras prioridades y carecen de un sistema especializado que incluya recursos humanos, materiales, tecnológicos y económicos para mantener un adecuado control de la forma como operan los hospitales, centros de salud y clínicas en general. No obstante, en los últimos años se han impartido las instrucciones pertinentes para mejorar dicho control e institucionalizar la supervisión permanente y eficiente. Es necesario aclarar que la supervisión no debe significar obstaculización del funcionamiento de los centros públicos y privados, sino correctamente entendida la supervisión es la facultad de la autoridad de velar por que las instituciones relacionadas con la salud funcionen correctamente en beneficio de la población.

Sin embargo, la supervisión hospitalaria debe ser especializada a efecto de detectar los casos en los cuales se estén transgrediendo los códigos de ética profesional por parte del personal médico y paramédico, y también denunciar los casos descubiertos en los cuales se cometan hechos ilícitos.



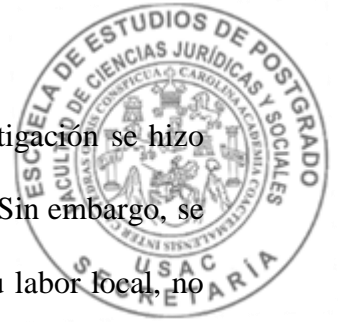
En cuanto a la supervisión de clínicas médicas particulares, la supervisión comprende básicamente contar con las licencias sanitarias correspondientes, pero también estar atenta a las denuncias que presenten pacientes que han sido deficientemente atendidos o que han sido víctimas de hechos reñidos con la ética y también de hechos ilícitos. La supervisión va asociada a la dirección técnica de los centros de salud, que está a cargo de profesionales del ramo, tal como lo dice el Artículo 184 del Código de Salud.

El Colegio de Médicos y Cirujanos, por su parte, podría realizar labores rutinarias de información para determinar los casos de clínicas atendidas por profesionales que no tienen la especialidad, profesionales extranjeros que no están debidamente incorporados o, peor aún, que ni siquiera son médicos. A este respecto existen denuncias de supuestos profesionales dedicados a cirugía cosmética (que tiene gran demanda) y que no cuentan con la especialidad ni con el equipo adecuado, lo cual constituye un alto riesgo de salud y hasta de su vida a quienes se someten a tales tratamientos. El Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala debería ser obligatoriamente parte en los casos denunciados ante el Ministerio Público de práctica ilícita de la medicina.

La idea que se expone en esta tesis es que la supervisión hospitalaria debe ser una actividad positiva que asista a las autoridades a contar con un sistema hospitalario confiable y eficiente.

1.1.10. La Cruz Roja Guatemalteca

También es una organización independiente consistente en la Sociedad Guatemalteca de la Cruz Roja, que a su vez es miembro del Comité Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. A pesar de tal independencia, la Cruz Roja Guatemalteca también debe participar en



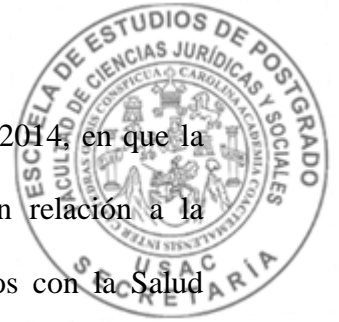
cierta forma en el Sistema Nacional de Salud. Para la realización de esta investigación se hizo una visita a la Cruz Roja, cuyo resultado se expone en el anexo correspondiente. Sin embargo, se ha de señalar que la Cruz Roja de Guatemala, con todo y lo meritoria que es su labor local, no constituye por sí sola un ámbito de gran proyección a la población, puesto que sus recursos materiales, humanos y financieros son limitados. Por tener el apoyo legal nacional e internacional con que cuenta, la Cruz Roja debería tener una mayor presencia en Guatemala, con una mejor institucionalidad y gestión de recursos.

1.1.11. Los colegios profesionales: el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, el Colegio Estomatológico y el Colegio de Psicólogos

Entre los otros entes públicos y privados relacionados con la salud, se tiene a los colegios profesionales. Todos ellos constituyen entidades gremiales a las cuales la afiliación es obligatoria para todo profesional de dichas ciencias. Si bien son entidades gremiales, también tienen un rol importante en la formación continuada de sus miembros a través de actividades esporádicas que abordan temas generales o especiales de su respectiva actividad profesional.

En el inciso anterior se ha expuesto la labor que el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala podría realizar para detectar y sancionar las prácticas ilícitas de la medicina, como en el caso de la cirugía cosmética y otros casos en que los pacientes son engañados.

También es verdad que han existido épocas en las cuales estos colegios profesionales, especialmente el de médicos y cirujanos, han sido dirigidos por personas con intereses ajenos a la defensa gremial y que se han beneficiado de la importancia que tienen tales colegios profesionales en general. Pero también hay casos en los cuales los colegios profesionales han



tenido una correcta intervención, tal como ocurrió en el mes de mayo del año 2014, en que la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales se pronunciaron con relación a la iniciativa de ley 4718, Ley de Medicamentos, Bienes y Servicios relacionados con la Salud (comentada en otra parte de este estudio).

En el pronunciamiento, como lo informa Prensa Libre (2014):

La Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales emite opinión desfavorable a la ya mencionada iniciativa; convoca a Mesas Técnicas de análisis y discusión que den como resultado una propuesta coherente con los antecedentes regulatorios en materia de productos farmacéuticos y afines con la realidad nacional y con la estructura de organización del Estado, incluyendo en ellas a profesionales idóneos y expertos en materia de medicamentos; fortalecer las entidades técnico/normativas existentes para que logren de manera plena sus objetivos de vigilancia y control; y tomar en cuenta que en otros países de menor nivel de regulación, vigilancia y control se han implementado leyes similares, pero en nuestro país ya existen leyes y reglamentos en esta materia, que han significado ventajas reales para la población y que tienen una cobertura mayor. (p. 71)

Por cierto, dicha iniciativa no llegó a tener dictamen de la Comisión de Salud del Congreso de la República, por lo que después de dos cambios de legislaturas desde su propuesta, es de suponer que ha quedado abandonada. Pero, tal como decíamos, en este caso los colegios profesionales hicieron valer su capacidad de pronunciamiento en un tema nacional de salud, lo cual indudablemente fue tomado en cuenta por la comisión parlamentaria que tuvo en estudio la iniciativa de ley ya relacionada. Ojalá en todos los casos de problemas nacionales los colegios profesionales se pronunciaran, porque su opinión es calificada y respetada.



1.1.12. Las facultades de Medicina y Ciencias de la Salud y la formación profesional en medicina, especialidades y áreas afines

También se tienen las Facultades de Medicina o de Ciencias de la Salud, de Odontología y de Psicología, así como las Escuelas de Nutrición de las universidades legalmente autorizadas en Guatemala. Dichas facultades y escuelas constituyen la base principal de la formación académica, científica y profesional de quienes se encargarán de cuidar la salud de los ciudadanos.

En el Código de Salud de Guatemala se hace una referencia expresa a ellas en los Artículos del 25 al 31, siendo el más explícito el 29, que dice:

Las universidades, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y demás instituciones del Sector tienen la responsabilidad de formar a los profesionales y el personal técnico y auxiliares de la salud y ciencias conexas, de acuerdo a las normas y requerimientos académicos establecidos para cada nivel educativo en el sistema. (s. p.)

Asimismo, el Artículo 31 destaca la práctica junto con la teoría al disponer que

Las instituciones formadoras de recursos humanos en salud a nivel de pre-grado y post-grado, favorecerán la vinculación del educando a los servicios de salud, como una de las estrategias básicas en su proceso de formación, para lo cual se ratificarán, aprobarán e implementarán los acuerdos interinstitucionales que sean pertinentes. (s. p.)

Como se ve, el Código de Salud le da gran importancia a la formación de los recursos humanos, por lo que no se debe dejar de mencionar aquí dicha normativa.



1.1.13. Asociaciones y fundaciones dedicadas a la salud

En el país también se tienen Asociaciones y fundaciones dedicadas a la atención e investigación de determinadas enfermedades. La insuficiencia de recursos que llegan al Estado para atender las necesidades de todos los sectores hace que la misma población se organice en asociaciones, patronatos y fundaciones privadas que impulsan y realizan actividades relacionadas con determinadas áreas de la salud pública.

Estas actividades son muy importantes porque podrían ser un apoyo eficaz para los servicios que ya prestan hospitales nacionales o bien en la prestación de servicios que no son prestados por ellos, así como en la investigación de temas de salud, pero han sido poco aprovechadas por el sector público de salud en general.

La población puede dar respuestas mayúsculas a requerimientos tan fundamentales como la salud si se le sabe pedir y hacer conciencia, incluso reunir recursos económicos. Igualmente, existen organizaciones religiosas pertenecientes a diversos credos que actúan con verdadera vocación de servicio en diversas áreas de la salud. También es loable la actividad que realizan organizaciones extranjeras e internacionales no gubernamentales, tales como Médicos sin Fronteras. Las ayudas que se reciben pueden ser grandes y pequeñas, todas útiles por igual.

A título de ejemplo como lo informó Prensa Libre (2017):

El 16 de Marzo de 2016, la Fundación Esperanza de Vida (Hope of Life International) donó medicamentos y equipo quirúrgico al Ministerio de Salud para ser distribuido en la red hospitalaria del país. Los medicamentos, que fueron previamente supervisados, y el equipo quirúrgico están valorados en más de 50 millones de quetzales. (Fuente: Facebook



del Ministerio de Salud Pública). De igual manera, el Hospital Regional de Cobán recibió de esa misma fundación un donativo de diez camillas, seis con un sistema que permite colocar al paciente sentado, las cuales serán utilizadas, en su mayoría, en el área de recuperación de anestesia, además de colchonetas lavables y un equipo de ultrasonido. (s. p.)

Es de hacer notar que la Fundación Esperanza de Vida, (*Hope of Life International*) es obra de un guatemalteco radicado en los Estados Unidos de América y que ha establecido una gran infraestructura de obras de salud y educación en el oriente de Guatemala y ayuda desinteresadamente a diferentes establecimientos.

Al igual que la *Fundación Hope of Life International*, hay otras instituciones caritativas nacionales y extranjeras que representan un gran apoyo para el sistema nacional de salud; sin embargo, son insuficientes para satisfacer la demanda. Entonces, lo que corresponde es que la población de Guatemala se organice a efecto de constituir fundaciones, asociaciones, patronatos, comités y otra clase de organización social de servicio, para apoyar los servicios de salud en todo el país. La sociedad lo puede y lo debe hacer, ya que se ha dicho que la salud no es solo responsabilidad del Estado, sino que es responsabilidad de todos y cada uno de los ciudadanos. A lo largo de esta tesis doctoral se hará referencia a algunas asociaciones y fundaciones relacionadas con el tratamiento de determinadas enfermedades.

1.1.14. Los laboratorios

También son parte muy importante del sistema de salud pública. El manejo de muestras de excretas, partes y sustancias del cuerpo humano y sus fluidos es realizado por los laboratorios para ser examinados y diagnosticar las causas de las enfermedades que aquejan a los pacientes.



De acuerdo con el primer párrafo del Artículo 196 del Código de Salud,

(...) laboratorios de salud públicos y privados son los que practican y analizan especímenes humanos o animales, para el diagnóstico, seguimiento, tratamiento y prevención de la enfermedad con fines de investigación médica y de salud pública, certificación de los estados de salud de las personas y diligencias judiciales (...). (s. p.)

Por la especialidad de su giro, el mismo Código de Salud los clasifica de la siguiente manera:

1ª) Laboratorios de anatomía patológica, que son los que realicen exámenes de tejidos de origen humano dirigidos al diagnóstico o investigación para determinar cambios estructurales por medio de tejidos obtenidos por cirugía, biopsia o necropsia, abarcando los cambios de patología macroscópica y microscópica.

2ª) Laboratorios clínicos, los que realizan exámenes dirigidos al diagnóstico o la investigación en los campos de bioquímica, biofísica, hematología, inmunología, parasitología, virología, bacteriología, micología, coprología, urología, citología, radioisótopos y otros en muestras de procedencia humana.

3ª) Laboratorios forenses, los que por medio de la aplicación de métodos técnicos anátomo-patológicos, histopatológicos, químicos, toxicológicos y otros, realicen exámenes para asuntos relacionados con investigaciones judiciales. (Artículo 196 del Código de Salud)

La labor de los laboratorios es fundamental, especializada y muy delicada, por lo que constituyen parte esencial en la labor sanitaria pero, por lo mismo, deben ser regulados y



supervisados adecuadamente. Al igual que los centros de salud, los laboratorios deben contar con las licencias sanitarias correspondientes, así como estar integrados por profesionales de las ciencias químicas y biológicas debidamente colegiados.

Con motivo de la pandemia del Coronavirus (COVID-19) es imperativo realizar los exámenes y las pruebas para identificar a quienes puedan estar infectados, ya sea sintomáticos o asintomáticos. Dichas pruebas las realizan los laboratorios con reactivos, tomando el personal todas las medidas de bioseguridad. Sin embargo, debido a que el Laboratorio Nacional no tiene suficiente capacidad para realizar todas las pruebas diarias, el MSPAS pidió la colaboración de las Universidades de San Carlos, Mariano Gálvez y Del Valle de Guatemala.

1.1.15. El régimen farmacéutico: las droguerías y farmacias

En este rubro se incluyen las regulaciones para la autorización y funcionamiento de droguerías y farmacias, condiciones adecuadas e higiénicas de los establecimientos, capacitación y supervisión del personal de droguerías y farmacias, procedimientos para la preparación, distribución, manejo y venta de medicamentos y productos o sustancias farmacéuticos terminados o genéricos, el sistema recetario, su necesidad en los casos específicos y su adecuada regulación.

El régimen farmacéutico de los establecimientos farmacéuticos y afines, conforme al Artículo 182 del Código de Salud, está referido a los laboratorios de producción y control de calidad de productos farmacéuticos y similares, droguerías, distribuidoras, farmacias, depósitos dentales y ventas de medicinas. A este respecto, se deberán emitir las normas jurídicas correspondientes, especialmente reglamentarias y otra clase de regulaciones, para garantizar el correcto funcionamiento de tales establecimientos, respetando su propia organización y gestión



empresarial.

Las regulaciones para la autorización y funcionamiento de droguerías y farmacias deben poner especial énfasis, entre otros, a vigilar la vigencia de los productos que ofrecen al público, así como las condiciones adecuadas e higiénicas de tales establecimientos. Asimismo, deben exigir la adecuada capacitación y supervisión del personal de las droguerías y farmacias que atienden, cuidando especialmente que no receten ni diagnostiquen y así evitar que el personal de dichos establecimientos, sin los conocimientos profesionales y científicos correspondientes pretendan diagnosticar enfermedades y recetar medicamentos.

El sistema recetario va en permanente evolución, aunque en muchos países como Guatemala su regulación es débil y poco observada. En efecto, el Artículo 173 del Código de Salud, referente al uso racional de los medicamentos, dice así: “El Ministerio de Salud normará el suministro, la prescripción, promoción y uso adecuado de los medicamentos, según los niveles de atención de salud y escalones de complejidad que queden establecidos en el modelo de atención de salud” (s. p.). Se cree que esta disposición legal debió dejar plasmado en ella un régimen estricto y sujeto a sanciones severas para que constituyera una norma penal. Sin embargo, el Artículo 177 del mismo Código de Salud sale al paso de la obtención de beneficios a cambio de las recetas. Así, este Artículo dice:

Queda prohibido el cambio de recetas prescritas por los profesionales de salud a cambio de un beneficio económico o material a los propietarios o dependientes del establecimiento. Las sanciones que se dicten para esta falta serán aplicadas tanto a quien recibe el beneficio como a quien lo otorga, conforme al libro de sanciones del presente Código. (s. p.)



Esta regulación es positiva porque evita el uso indebido e interesado de las recetas.

Es muy importante que en Guatemala tanto las autoridades de salud como los Colegios Profesionales, especialmente los Tribunales de Honor, recaben información en forma permanente, sin esperar denuncias, para garantizar la debida supervisión de la práctica médica de la prescripción. Aun en países desarrollados se han dado múltiples casos ilícitos cometidos por personal médico, paramédico y farmacéutico en materia del uso indebido e ilícito del sistema recetario, y vamos a ver a continuación, a título de estudio comparado, lo que ha sucedido en América del Norte.

En efecto, según *El País* (2019):

En los Estados Unidos se descubrieron muchos abusos cometidos por personal médico al extender recetas en forma anormal para obtener favores de todo tipo, desde económicos hasta sexuales. Luego de una investigación, las autoridades determinaron que decenas de profesionales de la salud facilitaban millones de analgésicos en siete estados de dicho país. La acusación fue presentada por el fiscal de Ohio, Benjamin C. Glassman ante la Corte de Cincinnati, por prescribir y distribuir ilegalmente medicamentos, calificando al operativo como el mayor golpe a prescriptores de drogas. El fiscal de Kentucky, Robert Duncan, calificó a los médicos involucrados como “traficantes de drogas de bata blanca”.

(s. p.)

No es el primer caso, pues ya en el año 2017 se investigó en los Estados Unidos la muerte de más de setenta mil personas por sobredosis de drogas, habiendo encontrado que casi una cuarta parte se debió a opioides recetados. De acuerdo con información de *El País* (2019), la mayoría de médicos acusados provenían de Virginia Occidental, Ohio, Alabama, Kentucky y



Tennessee. “En esa investigación se descubrió a un médico que recetaba medicamentos altamente adictivos y con alto riesgo de abuso, a cambio de dinero y sexo. Entre los involucrados había médicos, farmacéuticos y enfermera” (s. p.).

El tema de la prescripción médica es tan importante que por sí mismo merecería un trabajo de investigación específico, como una tesis de postgrado. Esto demuestra la necesidad de que las regulaciones en el campo de la salud deben ser dinámicas, capaces de adecuarse a los cambios que la ciencia aporte y, por lo mismo, en lugar de leyes emanadas del Organismo Legislativo deben provenir del Ejecutivo, lo cual hace más fácil su sustitución, aun cuando sean de un rango inferior.

Desde luego, queda a salvo la normativa que regule los procedimientos para la preparación, distribución, manejo y venta de medicamentos y productos o sustancias farmacéuticos terminados o genéricos, porque la misma merece ser de rango legislativo y contener los mecanismos que garanticen su cumplimiento y, en caso contrario, las sanciones correspondientes.

Un ejemplo reciente se encuentra en el Acuerdo Ministerial 145–2019 que aprueba la Normativa para la Regulación de Medicamentos de Prescripción Médica Antimicrobiana y Esteroides Oftálmicos, el cual restringe la venta de antibióticos además medicamentos que atacan los virus, hongos y parásitos, de manera que la venta en farmacias privadas será solo con receta médica. Luego vino el Acuerdo Ministerial 181–2019 a reforzar esta materia.



1.1.16. Las gobernaciones departamentales y las municipalidades: su acción o inacción en materia de salud

Las gobernaciones representan la presencia del Organismo Ejecutivo en cada departamento y la figura del gobernador está establecida en el Artículo 227 de la Constitución Política de la República de Guatemala, en el sentido que “el gobierno de los departamentos estará a cargo de un gobernador nombrado por el Presidente de la República, (...)” (s. p.). Por su parte, el capítulo V de la Ley del Organismo Ejecutivo, Decreto 114–97 del Congreso de la República, contiene las atribuciones de los Gobernadores Departamentales (Artículo 47), dentro de las cuales están las siguientes: “(...) d) Propiciar e impulsar el pronto y eficaz cumplimiento de las políticas y acciones generales y sectoriales del Gobierno Central” (s. p.).

A este respecto cabe señalar que una de las más importantes políticas sectoriales del Gobierno Central es la de la salud, por lo que los gobernadores son responsables por su cumplimiento en su respectivo departamento. Al realizar las visitas de investigación en los departamentos de la República, que la labor de las gobernaciones es insuficiente en el apoyo que requiere el ramo de salud, si bien se comprenden las limitaciones presupuestarias que padecen, pero también se cree que con ingenio, creatividad y buena asesoría podrían implementar iniciativas que no requieran de gastos considerables.

En varios casos es una cierta indiferencia por parte de autoridades de las gobernaciones departamentales hacia las muchas necesidades del sector salud ya que suponen que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) lo hará todo, pasando por alto que este ministerio necesita también de la ayuda de las demás dependencias del Organismo Ejecutivo, incluyendo desde luego las gobernaciones, para implementar sus políticas.

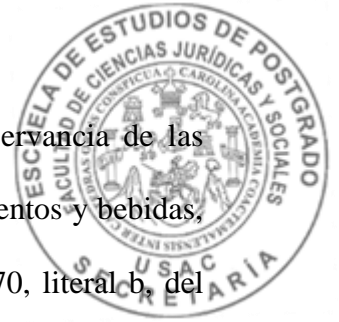


Las municipalidades tienen muchas posibilidades legales de apoyar y actuar en materia de salud en beneficio de sus poblaciones. En efecto, el Código Municipal establece en su Artículo 68, dentro de las competencias propias del municipio, las siguientes:

(...) abastecimiento domiciliario de agua potable debidamente clorada; alcantarillado; (...); rastros; (...); administración de cementerios y la autorización y control de los cementerios privados; limpieza y ornato; formular y coordinar políticas, planes y programas relativos a la recolección, tratamiento y disposición final de desechos y residuos sólidos hasta su disposición final; (...); la autorización de megáfonos o equipos de sonido a exposición al público en la circunscripción del municipio; (...); (...); gestión y administración de farmacias municipales populares; (...); desarrollo de viveros forestales municipales permanentes, con el objeto de reforestar las cuencas de los ríos, lagos, reservas ecológicas y demás áreas de su circunscripción territorial para proteger la vida, salud, biodiversidad, recursos naturales, fuentes de agua y luchar contra el calentamiento global. (s. p.)

Todas esas competencias propias del municipio están directamente asociadas a la salud, sin embargo, varias municipalidades de la República no cumplen con ellas y por eso es importante que el público las conozca para poder exigirles a sus autoridades locales que las haga efectivas.

Además, los municipios tienen competencias delegadas, tal como lo establece el Artículo 70 del Código Municipal, conforme la ley y los convenios correspondientes, según las características de la actividad pública de que se trate y la capacidad de gestión del gobierno municipal, teniendo como objetivo el acercamiento de los servicios públicos a los ciudadanos.



Entre las competencias delegadas está la de velar por el cumplimiento y observancia de las normas de control sanitario de producción, comercialización y consumo de alimentos y bebidas, a efecto de garantizar la salud de los habitantes del municipio. (Ver Artículo 70, literal b, del Código Municipal).

Los servicios derivados de las competencias propias del municipio y los de las competencias delegadas del municipio pueden ser prestados directamente por la respectiva municipalidad, por la mancomunidad de municipios o por concesión. (Artículos 72 y 73 del Código Municipal).

Si el reto de los servicios en el campo de la salud es demasiado grande y está fuera de las posibilidades de una municipalidad de ayudar al Ministerio de Salud en tales labores, existen soluciones legales que son: 1.^a la conformación de asociaciones de municipalidades, tal como lo establece el Artículo 10 del Código Municipal, que son asociaciones de municipalidades que se constituyen para la defensa de sus intereses municipales, departamentales, regionales o nacionales y para la formulación, ejecución y seguimiento de planes, programas, proyectos o la planificación, ejecución y evaluación en la ejecución de obras o la prestación de servicios municipales.

Hasta la fecha no existen asociaciones de municipalidades, diferentes a la Asociación Nacional de Municipalidades (ANAM), que se propongan actuar en apoyo de los servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones, aunque podrían hacerlo en beneficio de su misma población.

2.^a La conformación de mancomunidades de municipios (que son diferentes a las asociaciones de municipalidades), tal como lo establecen los Artículos 49, 50 y 68 del Código



Municipal. Las mancomunidades son asociaciones de municipios para la formulación común de políticas públicas municipales, planes, programas y proyectos, así como la ejecución de obras y la prestación eficiente de servicios municipales.

Se pone especial énfasis en las municipalidades porque son los gobiernos locales que están en contacto directo con sus respectivas poblaciones y, por lo tanto, son las que tienen la posibilidad de atender en forma más pronta y eficaz sus necesidades, si bien el tema de salud corresponde al gobierno central a través del Ministerio de Salud, los gobiernos locales (municipalidades) pueden y deben actuar y ayudar en esa tarea.

Aquí se puede citar algunos casos ejemplares sobre las acciones de las municipalidades: con motivo de la pandemia de la COVID-19, como lo expone *Prensa Libre* (2020): “varios alcaldes solicitaron al Ministerio de Salud Pública tomar medidas en sus localidades, tales como instalar cordones sanitarios, lo cual en un principio no les fue autorizado” (p. 6).

Los cordones sanitarios son medidas eficaces para controlar el ingreso de personas y vehículos que no residen en las poblaciones o, al menos, sometiéndolos a un proceso de desinfección y así evitar la propagación del virus. Aun sin tal autorización, aduciendo no necesitarla, varios alcaldes tomaron la decisión de cerrar el ingreso a sus respectivos municipios. Se considera que aun cuando por ley la autoridad rectora en materia de salud es el MSPAS, dada la premura derivada de la emergencia y con el propósito de actuar rápidamente en protección de los pobladores, los alcaldes actuaron con diligente prudencia al imponer el cerco sanitario en sus respectivas jurisdicciones.

Ahora bien, ese no fue el caso de cordones sanitarios implementados en forma empírica por vecinos de colonias y barrios, como lo informó *Prensa Libre* (2020):



Porque ellos no observan los protocolos epidemiológicos correspondientes para controlar y realizar las pruebas respectivas a las personas sintomáticas y asintomáticas, de tal manera que varios expertos se pronunciaron en forma opuesta a dichos controles, por carecer de la rectoría de la autoridad sanitaria. (p. 7)

Sin embargo, a medida que los casos de contagio aumentaron, varios alcaldes se preocuparon por implementar estrictas medidas de control y el MSPAS proporcionó el apoyo para establecer cordones sanitarios en los municipios más afectados por la COVID-19. Sin embargo, como expresa *Prensa Libre* (2020): “la situación se presentó favorable a todos los alcaldes cuando el Gobierno de la República ordenó el cierre total durante los fines de semana a partir del viernes 22 de Mayo de 2020” (p. 6).

1.1.17. Los cuerpos y brigadas de emergencias

Finalmente, aunque no se agoten las innumerables entidades y organizaciones que pueden actuar y apoyar en el campo de la salud, se tienen los cuerpos y brigadas de emergencias, como los bomberos. Hay Bomberos Voluntarios y Bomberos Municipales; estos últimos tienen una asociación, que es la Asociación de Bomberos Municipales Departamentales (ASONBOMD) que reúne a unas cien estaciones, lo cual es muy positivo porque se apoyan entre sí. Los bomberos tienen una vocación inicial para atender incendios, pero su accionar ha devenido tan importante y amplio, que se han convertido en verdaderos auxiliares en las labores de protección de la vida y la salud de las personas, acudiendo con rapidez, intrepidez, valentía, esfuerzo y sacrificio en casos de accidente, de fenómenos naturales o de solicitud particular.

En tales casos, los bomberos proporcionan los primeros servicios básicos a personas heridas o enfermas, a mujeres que están a punto de dar a luz, a quienes van a los ríos, lagos y

mares exponiéndose a la bravura de las aguas, y hasta disuadir a quienes pretenden quitarse la vida. Para tales tareas, los bomberos reciben una capacitación adecuada, aunque podría mejorar si tuvieran los recursos suficientes para inscribirse en los cursos profesionales de primeros auxilios.



Los cuerpos de bomberos cuentan con su propia legislación en lo referente a su calidad de instituciones y sus fines, sin embargo, en su calidad de auxiliares de salud podrían contar con una normativa más ordenada y detallada, que no necesita ser a nivel de ley sino de reglamentos y de regulaciones propias que puedan ir mejorando conforme la experiencia demuestre su necesidad. Tal normativa, en cuanto a su accionar en el campo de la salud, le dará a dichos cuerpos más certeza y seguridad jurídica.

CAPÍTULO II



2. El régimen legal de la salud en Guatemala

Siendo el sistema de la salud pública fundamental para cualquier sociedad civilizada, tal como se ha dicho, debe contar con un régimen legal sólido y amplio.

2.1. Qué es el régimen legal de la salud pública de Guatemala

El régimen legal de salud de Guatemala es el conjunto de normas constitucionales, legales, reglamentarias y demás disposiciones que regulan aspectos generales o especiales relacionados con la protección de la salud de los habitantes de la República de Guatemala.

En primer lugar se deben citar los Artículos 93, 94 y 95 de la Constitución Política de la República de Guatemala, que constituyen las normas superiores en esta materia. En segundo lugar, están las leyes aprobadas por el Organismo Legislativo correspondiente, así como los tratados internacionales, toda vez que al ser aprobados por el Congreso de la República por medio de un decreto se convierten en leyes ordinarias. En tercer lugar están los reglamentos emitidos por la autoridad respectiva, que podría ser un acuerdo gubernativo, o bien un acuerdo ministerial (del Ministerio de Salud). También hay disposiciones inferiores, como reglamentos internos y acuerdos de dependencias del área de salud, las cuales aunque no pueden ser generales sí cuentan dentro de la normativa sanitaria. Y también hay disposiciones relacionadas con procedimientos preventivos de enfermedades o de epidemias, que son manuales y protocolos.

2.2. Constitución Política de la República de Guatemala

Tal como se ha dicho, en la Constitución Política de la República de Guatemala está



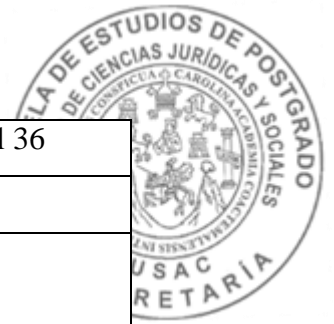
dispuesto que “El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna” (Artículo 93), y por lo tanto “El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes” (Artículo 94). La Norma Fundamental denomina a la salud como “un bien público” (Artículo 95), de manera que todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

2.3. Código de Salud

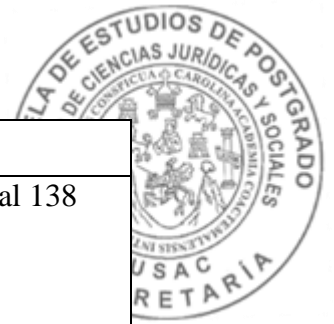
Es útil conocer el esquema del **Código de Salud de Guatemala**, porque eso permite ubicar fácilmente la disposición relativa al enunciado. A continuación del esquema se hace un análisis jurídico sobre esta importantísima norma sanitaria.

El código de salud está contenido en el Decreto 90–97 del Congreso de la República de Guatemala y para tener una visión integral del mismo, podemos esquematizar su contenido de la siguiente manera:

| LIBRO I | | |
|--------------------------------|---|--------------------|
| Disposiciones generales | | |
| Título único | | |
| Capítulo I | Principios fundamentales | Artículos 1 al 7 |
| Capítulo II | El sector salud | Artículos 8 al 11 |
| Capítulo III | Consejo Nacional de Salud | Artículos 12 al 15 |
| Capítulo IV | Organización y funciones del Ministerio de Salud | Artículos 16 al 20 |
| Capítulo V | Financiamiento del sector | Artículos 21 al 24 |
| Capítulo VI | Formación y capacitación de los recursos humanos en salud | Artículos 25 al 33 |



| | | |
|---|--|----------------------|
| Capítulo VII | De la investigación en salud | Artículos 34 al 36 |
| LIBRO II | | |
| De las acciones en salud | | |
| Título I | | |
| De las acciones de promoción y prevención | | |
| Capítulo I | Definición de acciones | Artículos 37 y 38 |
| Capítulo II | De los estilos de vida saludables | Artículos 39 al 51 |
| Capítulo III | De la prevención de las enfermedades | |
| Sección I | De la vigilancia de la salud | Artículos 52 al 60 |
| Sección II | Del control de las enfermedades | Artículos 61 al 67 |
| Capítulo IV | Salud y ambiente | |
| Sección I | Calidad ambiental | Artículos 68 al 77 |
| Sección II | Agua potable | Artículos 78 al 91 |
| Sección III | De la eliminación y disposición de excretas y aguas residuales | Artículos 92 al 101 |
| Sección IV | Desechos sólidos | Artículos 102 al 108 |
| Sección V | De la urbanización y vivienda | Artículos 109 al 111 |
| Sección VI | De los cementerios | Artículos 112 y 113 |
| Sección VII | De los cadáveres | Artículos 114 al 120 |
| Sección VIII | De los establecimientos y lugares temporales abiertos al público | Artículos 121 al 123 |
| Capítulo V | Alimentos, establecimientos y expendios de alimentos | |



| | | |
|--|---|----------------------|
| | | |
| Sección I | De la protección de la salud en relación con los alimentos | Artículos 124 al 138 |
| Sección II | De los establecimientos para el expendio de alimentos | Artículos 139 al 145 |
| Sección III | De los alimentos donados | Artículos 146 al 149 |
| Título II De las acciones de recuperación y rehabilitación de la salud | | |
| Capítulo I | Definición de acciones | Artículo 150 |
| Capítulo II | De la organización y desarrollo de los servicios para la recuperación de la salud | Artículos 151 al 161 |
| Capítulo III | De los productos farmacéuticos y otros afines | |
| Sección I | De los productos | Artículos 162 al 171 |
| Sección II | De los productos farmacéuticos o medicamentos | Artículos 172 al 177 |
| Sección III | De los estupefacientes y sus precursores | Artículos 178 al 181 |
| Sección IV | De los establecimientos farmacéuticos y afines | Artículos 181 al 185 |
| Sección V | De los medicamentos donados | Artículos 186 al 188 |
| Capítulo IV | De las acciones de rehabilitación de la salud | Artículos 189 al 192 |
| Capítulo V | De los profesionales | Artículos 193 al 195 |



| | | |
|---|---|----------------------|
| | universitarios, técnicos y auxiliares vinculados con la salud | |
| Capítulo VI | De las unidades de apoyo diagnóstico para el tratamiento de la enfermedad | |
| Sección I | De los laboratorios de salud | Artículos 196 al 200 |
| Sección II | De los bancos de sangre | Artículos 201 al 203 |
| Sección III | De la disposición de órganos y tejidos | Artículos 204 y 205 |
| Sección IV | De las fuerzas radioactivas, equipo generador de radiaciones ionizantes, no ionizantes y personas expuestas a las radiaciones | Artículos 206 al 212 |
| Sección V | De los equipos, instrumentos, prótesis, ortesis, ayudas funcionales y otros insumos para la atención de la salud | Artículos 213 al 215 |
| LIBRO III | | |
| Infracciones contra la salud y sus sanciones | | |
| Título único | Disposiciones generales | Artículo 216 al 222 |
| Capítulo II | Parte especial | |
| Sección I | De las infracciones sancionadas con multa | Artículos 223 al 228 |
| Sección II | De las infracciones sancionadas con cierre | Artículo 229 |



| | | |
|--------------------------------------|---|---------------------|
| | temporal del establecimiento | |
| Sección III | De las infracciones sancionadas con clausura definitiva del establecimiento | Artículo 230 |
| Sección IV | De las infracciones sancionadas con cancelación del registro sanitario de referencia o inscripción obligatoria | Artículo 231 |
| Sección V | De las infracciones sancionadas con comiso | Artículo 232 |
| Sección VI | De las infracciones sancionadas con prohibición de ejercer temporalmente alguna actividad u oficio | Artículo 233 |
| Capítulo III | Disposiciones procedimentales | Artículo 234 al 240 |
| Capítulo IV | De las acciones contra la falsificación de medicamentos, falsificación de productos farmacéuticos, adulteración de medicamentos, falsificación de dispositivos médicos y material médico quirúrgico | |
| Disposiciones finales y transitorias | | |

Cuadro propio, elaborado en octubre de 2021.

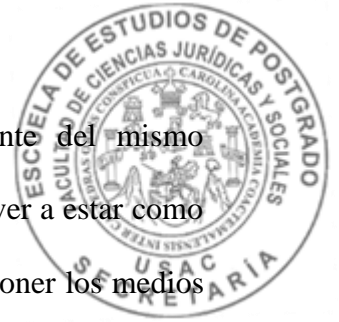


El Libro Primero contiene las disposiciones generales en materia de salud, reunidas en un solo título y este a su vez en siete capítulos. Es una parte enunciativa. El primero de los principios fundamentales enunciados en el primer capítulo es el derecho a la salud: “Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna” (s. p.). Este principio resume plenamente el derecho humano a la salud, estableciendo como primera etapa del itinerario la prevención.

La prevención es fundamental porque lo más importante es evitar la enfermedad o la pérdida de la salud. La labor de prevención es evocada a lo largo de este trabajo y debe ser desarrollada a base de extensas campañas en todo el territorio nacional, llamando a todas las personas a prevenir, a adelantarse, a fortalecer su salud y alejar los riesgos para ella. La expresión “prevención” es muy amplia y, por lo tanto, puede utilizarse para diversísimas campañas dirigidas a las familias y a personas de toda edad con o sin escolaridad. Sin embargo, los establecimientos educativos constituyen el mejor ámbito para promocionar la prevención en materia de salud, enseñando a los niños y niñas a cuidar y apreciar su condición saludable de vida. Eso no impide que se utilicen otros medios para llegar a la población adulta, urbana y rural, para enseñar a todos a mejorar siempre su salud.

El segundo elemento que contiene este enunciado es la promoción de la salud. Precisamente dar a conocer las ventajas de estar saludable es la labor de promoción en materia de salud; promoverla es insistir en mantener la salud y no exponerla a deterioro de cualquier forma. La conservación de la salud es una parte fundamental de la cultura de una sociedad civilizada.

Referir la recuperación de la salud es necesario porque puede presentarse el caso en que, con o sin culpa del individuo, este la pierde. Entonces es preciso implementar las medidas



necesarias para recuperar la salud, labor cuya eficacia depende directamente del mismo interesado. Es posible recuperar la salud, pero debe saberse que no será fácil volver a estar como antes. La recuperación de la salud es un derecho humano y todo gobierno debe poner los medios para que las personas se puedan recuperar.

La rehabilitación de la salud también es básica porque permite al individuo que la perdió recuperarla y recuperar de una vez sus facultades físicas que se vieron perjudicadas como consecuencia de la enfermedad. La rehabilitación es el complemento indispensable de la prevención.

En esta misma parte introductoria, la ley da una definición de salud (Artículo 2):

La salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social. (s. p.)

Es necesario dar a conocer este postulado y divulgar la cultura de la autoestima. La cultura de la autoestima es la que empuja a cuidarse, a buscar lo que ayuda a estar mejor. Nótese que en este Artículo la ley está identificando los aspectos sociales e individuales para llegar a la culminación que es el bienestar físico, mental y social.

En el Artículo 3 la ley reconvierte el derecho a la salud en una obligación e introduce el concepto de “responsabilidad”: “Todos los habitantes de la República están obligados a velar, mejorar y conservar su salud personal, familiar y comunitaria, así como las condiciones de salubridad del medio en que viven y desarrollan sus actividades” (s. p.). Si bien es cierto, la salud



es un derecho, también es una obligación y el individuo deviene responsable de su cuidado porque al cuidar su salud está cuidando la de los demás, y al descuidar su salud está descuidando la de los demás. Es una regla exacta: se cuida la propia salud, se cuida la de los demás; se descuida la propia salud, se descuida la de los demás. Como todos son miembros de una colectividad, es preciso ser responsable por la salubridad y bienestar de los demás.

En este esquema el Estado no es ajeno, por ello el Artículo 4 del Código de Salud impone al Estado la obligación de cumplir sus propias responsabilidades al respecto.

El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiariedad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en coordinación con las instituciones estatales, entidades descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. Con esta finalidad, el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública y demás instituciones públicas, velará porque se garantice la prestación del servicio de salud a toda persona guatemalteca, en forma gratuita. (s. p.)

El bienestar de la persona comienza por su propio bienestar de salud, y este postulado debe comenzar y presidir cualquier clase de campaña de salud en la nación.

El Estado tiene la responsabilidad de velar por el bienestar de los ciudadanos; sin embargo, esto no les quita precisamente a las personas su propia responsabilidad de cuidarse y evitar cualquier riesgo o amenaza a su propia condición saludable.



Aparte del Estado, la comunidad organizada debe actuar en forma directa y eficaz, y a ello se debe que el Artículo 5 del Código de Salud exprese que “El Estado garantizará el derecho de participación de las comunidades, en los programas y servicios de salud, en lo que respecta a la planificación, organización, control y fiscalización social” (s. p.). Actualmente se ven diversas organizaciones que ciertamente mantienen la observación sobre el funcionamiento de los servicios de salud y detectando cualquier irregularidad en ellos. Este es el espíritu de esta norma.

Desde el punto de vista legal, sin ser necesarias leyes, existen normas o normativas que podrían facilitar aún más la aproximación de la población a una verdadera cultura de la salud, traducida en cuidar la salud que se tiene, cuidar la propia salud y la de los demás, apartar los riesgos y amenazas a la misma, y en caso de enfermedad ir prontamente a buscar la curación. Es un aspecto cultural en el cual hay que mantener activamente las campañas y programas que sean asimilados por todas las personas, adultos, jóvenes y niños, tanto del área urbana como especialmente del área rural.

En la investigación se ha puesto de manifiesto que no solamente la población rural sin instrucción descuida su salud, sino que se identifican aspectos en los cuales la población urbana educada también incurre en graves daños y riesgos a su propia salud y a la salud de los demás. Por lo mismo es preciso que el Ministerio de Salud mantenga campañas permanentes de información y orientación sobre lo saludable y sobre lo no saludable. Esta clase de actividad debe ser objetiva, oportuna y valiente porque tiene que decir la verdad, aunque haya intereses opuestos a ella.

Se debe partir que nadie quiere conscientemente estar enfermo; sin embargo, hay personas que carecen de la cultura de la salud y por lo mismo ponen en riesgo su propia salud y



la de los suyos con actividades que son insalubres y dañinas. Por eso es indispensable en la labor de divulgación de la salud todo lo relativo a la enfermedad.

La información es un factor determinante en la promoción de la salud, porque es preciso dar a conocer todo lo relativo a las enfermedades, a las epidemias, a los riesgos que pueden presentarse como amenaza para las familias. A eso se debe que el Artículo 6 de la ley contiene este principio, y lo hace de la siguiente manera:

Todos los habitantes tienen, en relación con su salud, derecho al respeto a su persona, dignidad humana e intimidad, secreto profesional y a ser informados en términos comprensibles sobre los riesgos relacionados con la pérdida de la salud y la enfermedad y los servicios a los cuales tienen derecho. (s. p.)

El Código de Salud es una ley de observancia general, tal como lo enuncia el Artículo 7 del mismo. Además, en su interpretación priva el interés social.

Es fundamental que toda ley tenga garantizado su cumplimiento y observancia; esto es necesario en el caso del Código de Salud, pues le hacen falta las herramientas para garantizar su eficacia.

El Código de Salud tiene en segundo lugar la parte institucional y está contenida en el capítulo II, cuyo Artículo 8 define el sector salud como el,

conjunto de organismos e instituciones públicas, centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipalidades, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, cuya competencia u objeto 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 en salud a nivel de la comunidad. (s. p.)



Esta disposición es adecuada, no necesita ningún cambio, pero es preciso darla a conocer más ampliamente, porque el sector salud comprende a todas las dependencias e instituciones a que se refiere dicha norma, sin embargo, mucha gente la ignora.

El sector salud tiene las funciones y responsabilidades a que se refiere el Artículo 9, comenzando por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que es el rector del sector. Luego el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), a continuación las municipalidades, después las universidades y otras instituciones formadoras de recursos humanos y finalmente las entidades privadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias y agencias de cooperación. En dicha norma están establecidas sus atribuciones en lo que al sector salud respecta.

El Ministerio de Salud es el que tiene la rectoría o coordinación del sector salud, lo cual ratifica el Artículo 10 del Código. Sin embargo, esta norma dispone que la coordinación sea conjunta entre el Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en lo relativo a sus planes, programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la utilización de sus recursos humanos, físicos y de equipo con el fin de lograr la ampliación de cobertura de los servicios de salud, ser eficiencias, eficaces y evitar la duplicidad de servicios, infraestructura y gastos.

Esta norma, en este punto específico, no tiene plena vigencia porque la población no percibe dicha coordinación, más bien lo contrario una cierta rivalidad entre el Ministerio de Salud y el IGSS. Desde el punto de vista jurídico esta situación es irregular y los sectores

sociales deberían demandar de las autoridades centrales una disposición firme y categórica de ordenar a ambas partes a encuadrarse en lo que la ley acertadamente dispone.



Mención especial merece la disposición contenida en el Artículo 11 del Código de Salud, la cual se refiere a que:

la organización y administración de los programas y servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud, contemplados en el presente Código será desconcentrada y descentralizada según las necesidades de la población y del proceso de modernización administrativa del sector. Las instituciones del Sector para la administración y prestación de servicios, establecerán áreas de influencia para atender grupos de población preferentemente coincidentes con los espacios territoriales de los departamentos y municipios de la República. (s. p.)

Esta disposición es muy importante porque establece la desconcentración y descentralización en el Sector Salud a efecto que los servicios sean eficientes y estén al alcance de la población.

Institucionalmente, el Sector Salud cuenta con un órgano colegiado como asesor del Ministerio de Salud, y es el Consejo Nacional de Salud, (Artículo 12 del Código de Salud) lo cual es muy conveniente porque entre sus funciones están la de promover mecanismos de coordinación entre las instituciones que conforman el Sector de Salud y brindar asesoría al Ministerio de Salud en la formulación y evaluación de políticas y estrategias y en el desarrollo de planes nacionales de salud de carácter sectorial e institucional (Artículo 13 del Código de Salud).



Un órgano colegiado es conveniente porque un sector tan importante como el de salud no puede estar dirigido ni coordinado por una sola persona, sino que la labor de dirigir todo el sector Salud requiere de un equipo profesional, y por eso es que la conformación del Consejo Nacional de Salud responde a esa necesidad.

El Consejo Nacional de Salud está conformado por las siguientes entidades y/o dependencias:

1. Ministerio de Salud
2. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
3. Asociación Nacional de Municipalidades (ANAM)
4. Asociación de instituciones para el desarrollo que brindan servicios de salud a la población
5. Coordinadora de Asociaciones Comerciales, Industriales y Financieras (CACIF)
6. Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales
7. Universidad de San Carlos de Guatemala
8. Universidades privadas del país
9. Ministerio de Educación
10. Cualquier otra institución que a juicio del Ministerio pueda formar parte del Consejo de manera temporal.



La conformación del Consejo Nacional de Salud es adecuada, aunque sería recomendable que tuviera más proyección hacia el interior de la República, lo cual implicaría la conformación de organizaciones de vecinos en diferentes áreas del país. Hasta la fecha no hay otras organizaciones que puedan formar parte del Consejo.

El capítulo IV del Código de Salud está dedicado a la organización y funciones del Ministerio de Salud. Es interesante ver que la organización del Ministerio de Salud está basada en la Ley del Organismo Ejecutivo y está enmarcada dentro de las estrategias de descentralización, desconcentración y participación social. Esta visión amplia e incluyente del Ministerio de Salud es muy positiva y permite la aplicación de infinitas soluciones a los muchos problemas de salud de la población guatemalteca, sin embargo, falta ver su aplicación. Las crisis hospitalarias tendrían una menor dimensión con la descentralización y la desconcentración y además, especialmente, por la participación social. Es perfectamente comprensible que la necesidad de salud sobrepasa la capacidad estatal de dar respuesta a dicha necesidad, pero justamente por esa asimetría se puede imaginar las muchas acciones que la población puede emprender.

La sociedad puede organizar comités comunitarios de salud y comités comunitarios de emergencia en salud que apoyen no solo a los hospitales nacionales sino a la misma comunidad en casos de emergencia en que los hospitales no se dan abasto para atender una demanda masiva de servicios de salud, tal como ocurre en casos de catástrofes o desastres naturales. Este punto lleva a una de las conclusiones: el Ejecutivo ha tomado poco en cuenta a la sociedad para coadyuvar en los servicios de salud que la misma necesita.



El Código de Salud le otorga al Ministerio de Salud muchas facultades, de conformidad con lo expresado por el Artículo 17 de dicho cuerpo legal, tal como se verá a continuación:

1. Ejercer la rectoría del desarrollo de las acciones de salud a nivel nacional. Solamente en algunas acciones se encuentra el papel rector del Ministerio de Salud, tales como la actividad hospitalaria y la prevención de ciertas enfermedades, pero el texto legal es mucho más amplio y la expresión “acciones de salud” es un mar sin orillas, por lo que le corresponde al Ministerio indagar qué otras acciones pueden emprenderse y no necesariamente bajo su presupuesto.
2. Formular políticas nacionales de salud. En consonancia con la primera función del Ministerio de Salud, la política nacional de salud representa el conjunto de acciones que se planifican a corto, mediano y largo plazo con base en las leyes que la regulan y con los medios y recursos humanos, económicos, materiales y técnicos con que se cuenta. Efectivamente hay una política nacional de salud, pero el Código de Salud utiliza un plural: políticas, y es aquí donde hay una falta de planificación. El Ministerio de Salud actualmente formula, planifica y ejecuta una política, pero en realidad y con fundamento en la ley matriz debería formular varias políticas de salud, tantas como las necesidades de la población lo demanden.
3. Coordinar las acciones en salud que ejecute cada una de sus dependencias y otras instituciones sectoriales. Sí se da una coordinación, pero es de recordar que la palabra “coordinar” tiene varias acepciones, entre ellas apoyar, ayudar, encauzar, dirigir, vincular unas con otras. El Ministerio de Salud ha entendido que coordinar es limitar y creemos que esta interpretación es restrictiva. El Coordinador debe tener liderazgo, impulsa, lanza, anima,



es creador e imaginativo, enfrenta los desafíos con optimismo y con valentía. El Ministerio de Salud debe fijar políticas de salud que no sean dependientes del régimen político de turno porque con ello las condena a ser sustituidas por el régimen siguiente o, peor aún, por la gestión personal de un nuevo ministro si se da el cambio. La perfecta coordinación no resuelve un problema momentáneo sino prevé los futuros problemas, es previsor y establece los remedios anticipados que impiden que surjan.

4. Normar, monitorear, supervisar y evaluar los programas y servicios que sus unidades ejecutoras desarrollen como entes descentralizados. Las unidades ejecutoras están en relación directa con los contratos de obra y servicios públicos que permiten al Estado adquirirlos. Corresponde, entonces, al Ministerio establecer las normas, monitorear, supervisar y evaluar los resultados de las unidades ejecutoras. En parte esta función la cumple el Ministerio pero solamente en relación a los suministros y servicios que esa dependencia adquiere; sin embargo, la ley también se refiere a los entes descentralizados y es aquí donde advertimos una falta de acción por parte del Ministerio de Salud, porque es muy importante que supervise lo que actores descentralizados realizan. Puede haber una excusa aceptable: el limitado número de personal que el Ministerio tiene, pero entonces dicha dependencia tiene la facultad de delegarla en un órgano que pueda ser responsable de la evaluación de los servicios y bienes adquiridos.
5. Velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud. Probablemente subestimada esta función, se ha reducido a viajar a las reuniones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de otros organismos. En realidad la función es mucho más activa: cumplir con tratados y convenios internacionales, lo que significa analizarlos y detallar uno por uno



cuáles son las consecuencias para Guatemala e implementar las medidas correspondientes. El Ministerio de Salud tiene poco apoyo de profesionales del derecho especializados en derecho internacional que puedan elaborar un inventario de las acciones derivadas de la vigencia de los instrumentos internacionales adquiridos por la nación.

6. Dictar todas las medidas que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones del servicio, competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes. Esta función de gran proyección la ha ejercido el Ministerio de Salud en forma irregular, pues hay momentos en que ha emitido muchas disposiciones y luego han venido momentos en que ha bajado su acción en temas relacionados con la salud. Hay muchas medidas más que podrían dictarse en beneficio del requerimiento de la población, pero el Ministerio de Salud no las ha emitido y lo puede justificar con la presencia de varios abogados a nivel del despacho, pero eso no es suficiente ni es un indicativo de verdadero interés en solucionar los problemas con medidas eficaces.
7. Desarrollar acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud y las complementarias pertinentes a fin de procurar a la población la satisfacción de sus necesidades en salud. A este respecto, hay acciones que se ven y acciones que no se ven, pero también hay acciones que no llegan a cobrar vida. La promoción es una labor muy amplia que requiere acciones eficaces que se miren; la prevención quizás no se mira mucho pero debe lograr su cometido: evitar uno o muchos males. La recuperación es una acción muy directa en relación a la salud perdida en determinadas áreas.
8. Propiciar y fortalecer la participación de las comunidades en la administración parcial o total de las acciones de salud. Esta disposición es muy importante porque abre la posibilidad de



que la población se organice para tener una participación activa plena en materia de salud; sin embargo, son pocos los casos en los cuales hemos encontrado una aplicación real de lo preceptuado en esta norma. Las limitaciones presupuestarias y de recursos humanos del Estado deberían incentivar a las comunidades a organizarse y actuar en este sentido. Hace falta divulgación y promoción de la organización ciudadana.

9. Coordinar la cooperación técnica y financiera que organismos internacionales y países brinden al país, sobre la base de las políticas y planes nacionales de carácter sectorial. Esta disposición puede interpretarse de dos maneras: en primer lugar como una garantía de que la cooperación internacional debe ajustarse a la política nacional de salud, lo cual en cierta forma es conveniente. Pero, en segundo lugar, también puede interpretarse como un obstáculo a la concurrencia de la cooperación internacional en materia de salud, pues podrían desaprovecharse y hasta perderse considerables donaciones efectuadas por organismos internacionales o por países amigos, al no ser posible aceptar medicinas que no concuerdan con los requerimientos exigidos por el sector salud. En este sentido, lamentablemente se han perdido embarques completos de medicinas que llegan o que están por llegar a Guatemala pero no encajan en las directrices impartidas por los gobiernos de turno. Esta es una debilidad de la forma de recibir donaciones por parte del sector salud nacional.
10. Coordinar las acciones y el ámbito de las organizaciones no gubernamentales relacionadas con salud, con el fin de promover la complementariedad de las acciones y evitar la duplicidad de esfuerzos.



11. Elaborar los reglamentos requeridos para la correcta aplicación de la presente ley, revisarlos y readecuarlos permanentemente. Esta disposición es la que permite que el Ministerio de Salud emita las normas necesarias (acuerdos gubernativos y también ministeriales) que coadyuven al cumplimiento de las leyes. Sin embargo, aunque se ha visto la existencia de varios reglamentos, se cree que podrían darse no solamente respecto de uno de los contenidos de las leyes sanitarias nacionales, sino que podrían explicarle aspectos que todavía no están bien aprovechados.

12. Adoptar las medidas encaminadas al combate y erradicación de la producción, fabricación, manufactura, etiquetado, empaque, acondicionamiento, almacenaje, distribución, comercialización, importación, exportación transporte, suministro, importación, exportación, transporte, suministro, contrabando, venta y/o dispensación por cualquier medio, incluyendo los medios electrónicos o informáticos de medicamentos adulterados, dispositivos médicos y material médico quirúrgico falsificado, ya que los mismos representan un grave riesgo para la salud y la vida de las personas. Esta norma pone posible en alerta casos en los cuales el donante no encuentra la capacidad de los cuerpos de salud nacionales para aprovechar ampliamente la entrega de productos de gran utilidad para la población.

El Artículo 18 contiene una disposición ya relacionada en esta investigación, y es la que indica que:

el Ministerio de Salud debe definir un modelo de atención en salud, idea propia, que promueva la participación de las demás instituciones sectoriales y de la comunidad organizada, que priorice las acciones de promoción y prevención de la salud, garantizando la atención integral en salud en los diferentes niveles de atención y



escalones de complejidad del sistema, tomando en cuenta el contexto nacional, multiétnico, pluricultural y multilingüe. (s. p.)

Justamente esta norma podría ser de gran utilidad en el sistema hospitalario nacional, pero no solo es desconocida sino que el mismo Ministerio de Salud no ha hecho lo necesario por darla a conocer e impulsar su aplicación. Tal modelo de atención en salud es una buena respuesta a la problemática sanitaria y hospitalaria del país.

El Libro II del Código de Salud se refiere a las acciones de salud, tales como promoción y prevención, que constituye el campo indispensable para construir una sociedad desarrollada. Esto incluye los estilos de vida saludable que comprenden los programas de educación, tal como lo contiene el Artículo 39, la salud mental (Artículo 40) ya referida también en esta investigación, la salud de la familia (Artículo 41), la atención a las personas de la tercera edad (Artículo 42), la seguridad alimentaria y nutricional (Artículo 43) también ya referida en esta investigación, la salud ocupacional (Artículo 44) sobre la cual existe un instrumento específico, que es el Reglamento de Salud y Seguridad Ocupacional, Acuerdo Gubernativo número 229–2014 de fecha 23 de Julio de 2014 y sus Reformas, sobre el cual haremos una exposición más adelante en esta investigación.

Asimismo, las acciones de salud también incluyen la salud bucal (Artículo 45), aspecto fundamental en el bienestar de la comunidad, igualmente ya referido en este estudio. La prevención de accidentes (Artículo 46) es una labor que compete en realidad a varias dependencias e instituciones, además del Ministerio de Salud Pública, al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), al Departamento de Tránsito del Ministerio de Gobernación, al Ministerio de Comunicaciones, etc.



Es también necesario exponer que el Código de Salud hace una referencia específica a la publicidad y consumo perjudicial (Artículo 49), que constituye una labor preventiva y educativa. Así, dicha norma ordena divulgar mensajes sobre los daños a la salud que produce el tabaco, mensaje que obligatoriamente deben contener estos productos.

En cuanto al control de enfermedades el Código de Salud contiene una normativa especial desde el Artículo 61 hasta el Artículo 67, pues regula las acciones relacionadas con las enfermedades prevenibles por vacunación, las enfermedades de transmisión sexual y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la salud veterinaria, la rabia, las enfermedades transmitidas por vectores, las deficiencias nutricionales específicas y caries dental, y las enfermedades emergentes, re emergentes y otras, de tal manera que el cuadro sanitario confrontado y prevenido es bastante amplio, por lo que consideramos que la regulación contenida es suficiente y adecuada aunque debe ser continuada y aplicada por las autoridades gubernamentales y por la misma población.

El Código de Salud también dedica un capítulo entero a la salud y el ambiente, lo cual constituye una avanzada regulación. En efecto, del Artículo 68 al 123 se regulan materias tales como la calidad ambiental, el agua potable (Artículos 78 al 91), eliminación y disposición de excretas y aguas residuales, (Artículos 92 al 101), desechos sólidos (Artículos 102 al 108), urbanización y vivienda (Artículos 109 al 111), cementerios (112 y 113), cadáveres (Artículos 114 al 120), establecimientos y lugares temporales abiertos al público (Artículos 121 al 123).

En lo referente a alimentos, el Código de Salud dedica también un capítulo, tomando en cuenta la importancia de la regulación sanitaria de los alimentos (Artículos 124 al 149). Esta normativa en materia de alimentos es adecuada y proporciona normas jurídicas que podrían ser



eficaces para garantizar el sano consumo de alimentos por parte de la población. En todo caso, el Ministerio de Salud debe implementar operativos conjuntamente con las municipalidades y con el Ministerio Público para encontrar expendios de alimentos que no cumplan con las disposiciones de control correspondientes y proceder a su cierre. Todavía proliferan en Guatemala expendios de alimentos que evidencian la falta de aplicación de la normativa de higiene y de limpieza en la preparación de los mismos, por lo que urge la acción correctiva del Ministerio de Salud y de las demás dependencias encargadas de hacer cumplir con las leyes y de castigar a los transgresores.

El Código de Salud dedica también un título completo a las acciones de recuperación y rehabilitación de la salud, el cual comprende del Artículo 150 al 215. Es interesante la diferenciación que hace el código entre recuperación y rehabilitación de la salud. En efecto, en el Artículo 150, en su inciso a), dice “Recuperación de la salud es el conjunto de servicios generales médicos, odontológicos y servicios especializados que se brindan al individuo, a la familia y la sociedad con el objeto de restablecer la salud” (s. p.), y en el inciso b) dice “La rehabilitación de la salud es el conjunto de acciones tendientes a restablecer en las personas sus capacidades, para desarrollar sus actividades normales y poder participar activamente con su comunidad” (s. p.). Ambas definiciones son importantes porque en toda sociedad es necesaria la recuperación de la salud perdida y también es preciso rehabilitar a las personas que por accidente, enfermedad o por diferentes razones han perdido determinadas capacidades.

En Guatemala son precisos los servicios médicos y profesionales, tal como lo dice el Código, porque se vive en una sociedad vulnerable, carente de desarrollo social, y además propensa para perder la salud. La regulación que hace el código es adecuada aunque todavía falta una amplia labor de divulgación de lo que la sociedad puede hacer por sí misma.



Los servicios de salud pueden clasificarse de acuerdo con los niveles de especialización que tengan, y por eso el Artículo 152 del Código de Salud, en su parte conducente, dice que los servicios con base a niveles de atención, son un conjunto de diferentes tecnologías apropiadas para la solución de grupos específicos de problemas de salud de distinta complejidad, con el fin de garantizar el acceso y cobertura a todos los habitantes que demanden atención a la red de servicios de salud que se establezca.

Así, los hospitales nacionales de referencia, tanto del Ministerio de Salud como del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social deben tratar únicamente casos de alta especialidad que por su naturaleza requieren de tecnología de alta complejidad, mientras que la atención general de los pacientes debe paulatinamente ser desconcentrada a hospitales periféricos regionales y locales (Artículo 154). Esta distinción contenida en el Código es clara y, por lo tanto, es oportuno reiterar a los hospitales conocer tal distinción y actuar porque actualmente son muy pocos los hospitales de alta especialidad.

Por otra parte, el Código también incluye la disposición, muy acertada por cierto, de que todo hospital, sea público o privado, deberá contar con un Comité de Bioética, que ayudará al paciente, a la familia y al médico tratante, dentro del marco legal, a tomar las decisiones más acertadas (Artículo 158). A este respecto es necesario apoyar a los pacientes y a sus familias. En primer lugar, al paciente, que necesita no solo cuidados médicos sino también ayuda moral por las consecuencias de los padecimientos que tenga, sea cual sea su gravedad. El efecto emocional de la enfermedad y de la carencia de salud puede ser tan dañino o más que esta. En ciertos casos de enfermedades, como el cáncer, Alzheimer y Parkinson el paciente necesita de alguien que lo cuide, pero también es preciso –como dice el código– darle a la familia y al personal que atenderá al paciente la necesaria preparación, capacitación e información para estar en mejores



condiciones de ayudarlo y ayudarse la familia misma.

Tan importante es el aspecto legal que, por ejemplo, en el caso de enfermedades terminales como el cáncer o del Alzheimer hay que dar todo un programa de preparación, información y recomendaciones a la familia que le harán sobrellevar mejor la responsabilidad de tener un paciente con dicha enfermedad. Un Comité de Bioética es indispensable porque hay ciertas decisiones muy difíciles que requieren una orientación ética.

Hoy en día se discuten temas tan controversiales como la eutanasia para pacientes terminales que viven en forma artificial con efectos devastadores y con costos muchas veces tan altos que conllevan la ruina económica de la familia. Es preciso tomar en cuenta los efectos legales, económicos y sociales de los casos de enfermedades graves, y no solo considerar los principios de carácter religioso. Cuando se hace referencia a la enfermedad de Alzheimer en esta investigación, se incluye esta clase de consideraciones de carácter legal. Todo ello pone de manifiesto que es necesario un Comité de Bioética en todo hospital, nacional o privado, tal como lo indica el Código de Salud.

El Código de Salud contiene una regulación especial para los productos farmacéuticos y otros, del Artículo 162 al 181. La exposición sobre este tema se hace en el capítulo 8 de la presente investigación por ser ella la dedicada al tema farmacéutico.

Finalmente, el Código de Salud contiene el régimen general de infracciones y sanciones en el Libro III, de los Artículos 216 al 240 Ter, aspecto relacionado en otro capítulo de esta investigación. El comentario general que se ha hecho de dicha regulación es que no es suficientemente drástico y las sanciones que impone no solo no son disuasivas sino que son fácilmente evadibles. El régimen penal y sancionatorio en materia penal debe ser revisado y

elaborarse más drástico y contener sanciones que sean claramente disuasivas.



En cuanto a la relación interinstitucional, es importante analizar la clase de relación que ha existido y existe entre el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud, pues por su poca resonancia se puede deducir falta de actividad del mismo, a pesar de la importancia de sus funciones. El Consejo tiene su propio reglamento, que es el Acuerdo Gubernativo 68-2001. No obstante, es justo reconocer que en el año 2011 el Consejo Nacional de Salud (CNS) realizó el denominado Foro Ciudadano en vista que desde la emisión del Código de Salud en 1997 no se había establecido el Consejo. Por otra parte, en esa ocasión se buscó un equilibrio participativo entre las instancias que lo conforman y organizaciones e instituciones que forman parte o trabajan con los pueblos Maya, Garífuna y Xinca, así como las que trabajan con mujeres y migrantes, población LGBTI, lo cual le da mucho más avance. Sin embargo, nuevamente volvió a quedar sumido el Consejo Nacional de Salud en un espacio silencioso en el que debería retomar.

El experimento realizado (Sistema Nacional de Salud, Modelo de Atención en Salud, Sistemas Municipales de Salud, Recurso Humano adecuado para las necesidades de la población y Financiamiento para la protección de la salud) en el año 2011 fue muy positivo

Y en ese año el Consejo Nacional de Salud convocó a la Sociedad Guatemalteca a participar en un proceso de Dialogo Nacional, con el fin de alcanzar un Pacto Social por la Salud que trascienda coyunturas. En este dialogo luego de más de 30 sesiones de trabajo, con la participación de aproximadamente 80 instituciones y más de 300 ciudadanas y ciudadanos, se llegaron a acuerdos en cinco mesas que abordaron temas que se consideran sustantivos para alcanzar la universalización de la salud de la población



guatemalteca. (s. p.) (sic)

En este proceso, se fueron incluyendo las voces de los pueblos Mayas, Garífunas y Xincas; de las Mujeres; de la población LGBTI; y de la Juventud. Para dar seguimiento, según Informe Trimestral CNS (s. f.) a los acuerdos se estableció un Foro Ciudadano, instancia que previo a las elecciones de segunda vuelta, dio a conocer a los Partidos Líder y Patriota, los acuerdos alcanzados en las mesas de diálogo, suscribiéndose un Acuerdo Político para dar continuidad al proceso. “Testigos de honor fueron: La comisión de salud del Congreso, la Universidad de San Carlos a través del Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, el Ministro de Salud, USAID y Delegados del Foro Ciudadano” (s. p.).

Luego de dicha actividad, según el MSPAS (2014) “el Consejo Nacional de Salud volvió a quedar sumido en el olvido; sin embargo, en enero de 2014 volvió a ser reinstalado con la participación de los sectores que forman parte de él” (s. p.).

La existencia de un Código de Salud, junto con otras leyes anteriores y posteriores también del ramo de salud, representa una deficiente codificación. También constituye una falta de coherencia normativa, puesto que al ser leyes diferentes pueden producir indeseados efectos legales sin coordinación de unas con otras.

En cuanto norma jurídica, el Código de Salud es una ley técnicamente correcta, pero la principal característica de una ley es su coercibilidad. El Código de Salud de Guatemala necesita un refuerzo en su poder de coercibilidad, para hacerse cumplir e imponer las sanciones cuando no se cumple. Por ejemplo, podría crearse en el Ministerio Público una Fiscalía de Delitos contra la Salud, ya que existe un vacío en la persecución de hechos que dañan la salud de las personas. Una Fiscalía de Delitos contra la Salud tendría mejor efecto disuasivo.



Este fenómeno constituye la hipótesis central de esta investigación, por cuanto la abundante normativa relativa a la salud no parece ser equivalente a un régimen eficiente y realista del sector; más bien parece necesario hacer una nueva formulación del régimen legal de la salud en Guatemala, con normas que además de vigentes sean realmente positivas, es decir que se cumplan y para ser cumplidas la población debe entenderlas. Gran parte de nuestra legislación no es asequible a la población y además no es fácilmente inteligible.

Del régimen legal que se ha citado, se puede ver que hay leyes recientes, como el mismo Código de Salud, y leyes antiguas como la del IGSS, aparte de otras normas emitidas en los últimos quince años que, sin embargo, carecen de coordinación entre sí y esa desorbitación impide que produzcan los buenos efectos que se esperan de ellas. Si bien es cierto el IGSS es una entidad autónoma, también lo es que su finalidad esencial es de carácter nacional, vinculada nada más y nada menos que al sector salud, por lo que es indispensable que toda normativa sectorial esté correctamente coordinada. Lo mismo se podría decir de otras normas que ni siquiera son conocidas, mucho menos aplicadas.

2.4. Ley del IGSS

La Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es el Decreto 295 del Congreso de la República, y junto con el Código de Trabajo constituye uno de los frutos de la Revolución de Octubre de 1944.

Esta ley fue promulgada el 28 de Octubre de 1946. Su esquema es el siguiente: tiene 75 Artículos (más 12 correspondientes a disposiciones transitorias y derogatorias) contenidos en diez capítulos que se enumeran a continuación.



1. Capítulo I: Creación y Objeto
2. Capítulo II: Organización
3. Capítulo III: Campo de aplicación:
4. Capítulo IV: Beneficios
5. Capítulo V: Recursos y Sistema Financiero
6. Capítulo VI: Política inversionista
7. Capítulo VII: Vigilancia en el cumplimiento de la ley
8. Capítulo VIII: Resolución de conflictos y sanciones
9. Capítulo IX: Disposiciones generales
10. Capítulo X: Disposiciones transitorias y derogatorias

De acuerdo con el Artículo 1 de dicha ley, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es una una institución autónoma, de derecho público, con personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es la de aplicar en beneficio del Pueblo de Guatemala y con fundamento en la Constitución de la República, un régimen Nacional, unitario y obligatorio de Seguridad Social de conformidad con el sistema de protección mínima.

El Artículo 27 es muy importante y constituye la razón de ser del IGSS y establece que:

Todos los habitantes de Guatemala que sean parte activa del proceso de producción de Artículos o servicios, están obligados a contribuir al sostenimiento del régimen de Seguridad Social en proporción a sus ingresos y tienen el derecho de recibir beneficios para sí mismos o para sus familiares que dependan económicamente de ellos, en la extensión y calidad de dichos beneficios que sean compatibles con el mínimo de



protección que el interés y la estabilidad sociales requieran que se les otorgue. (s. p.)

Hace mención de la población productiva del país y que su contribución sea en proporción de sus ingresos, lo que les da el derecho de recibir los beneficios.

En el mismo Artículo, el inciso d) hace referencia a los reglamentos de esta ley en la forma siguiente: “Los reglamentos deben determinar el orden, métodos y planes que se han de seguir para aplicar correctamente los principios que contiene este Artículo” (s. p.).

En cuanto a los beneficios que otorga el IGSS, el Artículo 28 dispone que el régimen de Seguridad Social comprende protección y beneficios en caso de que ocurran los siguientes riesgos de carácter social:

1. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
2. Maternidad
3. Enfermedades generales
4. Invalidez
5. Orfandad
6. Viudedad
7. Vejez
8. Muerte (gastos de entierro)
9. Los demás que los reglamentos determinen.

En el Artículo 29 está la explicación relacionada con la protección relativa a accidentes de trabajo y a enfermedades profesionales, en el sentido que comprende los siguientes beneficios para el afiliado:



1. En caso de incapacidad temporal; servicios médicos, quirúrgicos, terapéuticos y hospitalarios; aparatos ortopédicos, y una indemnización en dinero proporcional a sus ingresos;
2. En caso de incapacidad permanente, parcial o total, las rentas que estimaciones actuariales determinen. Mientras no se declare la incapacidad permanente, se deben dar los beneficios de incapacidad temporal que correspondan; y,
3. En caso de muerte, los causahabientes que hayan dependido económicamente del occiso en el momento de su fallecimiento, especialmente su esposa e hijos menores de edad, deben recibir las pensiones que estimaciones actuariales determinen, además de una suma destinada a gastos de entierro. (s. p.)

Por otra parte, en el Artículo 30 se describe la protección relativa a maternidad, la cual comprende los siguientes beneficios para la afiliada:

- a) Servicios médicos, quirúrgicos, terapéuticos y hospitalarios, durante el embarazo, el parto y el período postnatal, de acuerdo con lo que determine el reglamento. Estos beneficios pueden concederse a la esposa del afiliado que dependa económicamente de él;
- b) Indemnización en dinero durante los períodos inmediatamente anteriores y posteriores al parto, fijada proporcionalmente a los ingresos de la afiliada;
- c) Ayuda para la lactancia, en especie o en dinero; y,
- d) Siempre que el riesgo de maternidad se transforme en enfermedad común o cause la

muerte, se deben dar las prestaciones que indica el Artículo 31, en lo que sean aplicables. (s. p.)



Adicionalmente, en el inciso a) que la disposición remite al reglamento el determinar los servicios que se le prestarán a la afiliada o a la esposa del afiliado.

Por su parte, el Artículo 31 se refiere a la protección relativa a enfermedades generales, la cual comprende los siguientes beneficios para el afiliado:

- a) Servicios médicos, quirúrgicos, terapéuticos y hospitalarios, durante el período y en la forma que indique el reglamento. Estos beneficios pueden extenderse a los familiares del afiliado que dependan económicamente de él, principalmente a su esposa e hijos menores de edad;
- b) Indemnización en dinero proporcional a los ingresos del afiliado, durante el mismo período; y,
- c) Suma destinada a gastos de entierro. (s. p.)

También en este Artículo se puede notar en el inciso a) que la disposición remite al reglamento el determinar el período y la forma de los servicios que se le prestarán al afiliado y a sus familiares.

Lo concerniente a la protección relativa a invalidez, orfandad, viudedad y vejez, está referido en el Artículo 32 de esta ley que aquí se analiza, indicando que consiste en pensiones a los afiliados, que estos deben percibir conforme a los requisitos y a la extensión que resulten de las estimaciones actuariales que al efecto se hagan.



Se hace hincapié en que la ley del IGSS, con una visión futurista (data de 1946) y acertada, remite a lo largo de su texto a los reglamentos el resto de la regulación de las variadas materias que comprende el régimen de seguridad social, a manera de evitar la emisión de una ley demasiado larga y que por su rigidez sería difícil de reformar para adecuarla a los cambios que sean imperativos, mientras que la modalidad reglamentaria además de complementar la ley ofrece esta versatilidad de ir actualizándose y adaptándose a las circunstancias sociales que por su naturaleza son cambiantes.

Como ejemplos de importantes reglamentos el Reglamento de Inscripción de Patronos en el Régimen de Seguridad Social, Acuerdo número 1123 de la Junta Directiva del IGSS. También se menciona el Reglamento sobre Protección Relativa a Invalidez, Vejez y Sobrevivencia, Acuerdo 1124 de la Junta Directiva del IGSS. Aunque ambos han sido actualizados por la misma Junta Directiva, son ejemplos que se puede citar en esta investigación.

Pero no solo los reglamentos como tales componen la normativa del IGSS, pues la Gerencia también emite **Acuerdos**, que sin ser reglamentos tienen fuerza imperativa en el fuero interno del Instituto y hacia sus afiliados. Los Acuerdos son numerosos pero cada uno corresponde a materias relacionadas con los servicios que presta el IGSS y cabalmente cumplen una función regulatoria insustituible. Un ejemplo de Acuerdo de Gerencia es el número 44/2003, que es el Instructivo para la Aplicación del Reglamento de Inscripción de Patronos en el Régimen de Seguridad Social, normativa por demás importante. Podrían citarse muchos Acuerdos de Gerencia, pero son demasiados por lo cual solo se cita el ejemplo anterior. Todo esto constituye además un valioso aporte de más elementos de justificación a esta tesis doctoral. Así, hay ejemplos como los Artículos 33, 39 y 73 de la Ley Orgánica del IGSS, que se transcriben a continuación para facilitar su análisis.



Artículo 33.

Los reglamentos deben determinar, de acuerdo con la naturaleza de las diversas clases de beneficios, qué extremos deben probarse y qué condiciones deben llenarse para el efecto de que la concubina y los hijos nacidos fuera de matrimonio perciban dichos beneficios.

Artículo 39.

Los reglamentos deben determinar en cada caso, el monto de las cuotas o contribuciones, de acuerdo con el costo total que para los respectivos beneficios establezcan las estimaciones actuariales, así como la manera y momento de cobrar o de percibir aquéllas y el procedimiento o normas que se deben seguir para calcularlas. (s. p.)

El Artículo 73 establece que los reglamentos “deben definir los términos cuyo sentido sea necesario precisar para la eficaz aplicación de esta ley” (s. p.).

Está, pues, plenamente explicada la importancia de los reglamentos para complementar y facilitar la eficacia de la ley, y al mismo tiempo imprimir la facilidad de modificarse y reformarse sin los escollos que la actividad legislativa parlamentaria supone.

Esto no significa que la Ley Orgánica del IGSS no necesite reformas, pues efectivamente las ha tenido, pero sí se confirma que la fortaleza de la Ley Orgánica queda demostrada por la asertividad del régimen de protección social que establece.

2.5. Leyes y reglamentos relacionados con la salud

El régimen legal de salud en Guatemala está integrado por las normas, constitucionales y legales, y disposiciones reglamentarias y administrativas.



Las principales leyes en materia de salud son las tres siguientes:

1. Constitución Política de la República de Guatemala.
2. Código de Salud, Decreto 90–97 del Congreso de la República.
3. Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Decreto 295 del Congreso de la República, y sus Reformas.

Luego están otras leyes, también importantes, en materia de salud:

1. Ley General que Regula el Uso de Esteroides y otras Sustancias Peligrosas, Decreto 13–2007 del Congreso de la República.
2. Ley para la Maternidad Saludable, Decreto 32–2010 del Congreso de la República.
3. Ley de Accesibilidad a los Medicamentos, Decreto 69–1998 del Congreso de la República.
4. Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco, Decreto 74–2008 del Congreso de la República.
5. Ley para la Disposición de Órganos y Tejidos Humanos, Decreto 91–96 del Congreso de la República.
6. Ley Reguladora de la Enfermería, Decreto 7–2007 del Congreso de la República.
7. Ley de Desarrollo Social, Decreto 42–2001 del Congreso de la República.
8. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, Decreto 87–2005 del Congreso de la República.

También están los siguientes Reglamentos:



1. Reglamento de la Ley de Maternidad Saludable y su Integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Acuerdo Gubernativo Número 65–2012.
2. Reglamento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar, Acuerdo Gubernativo Número 279–2009.
3. Reglamento de la Ley de Regulación del Ejercicio de Enfermería, Acuerdo Gubernativo 56–2008.
4. Reglamento para el Control de Precursores y Sustancias Químicas, Acuerdo Gubernativo 54–2003.
5. Reglamento de Normas Sanitarias para la Administración, Construcción, Operación y Mantenimiento de los Servicios de Abastecimiento de Agua para Consumo Humano, Acuerdo Gubernativo 113–2009.
6. Reglamento de la Publicidad y el Consumo de Bebidas Alcohólicas, Vinos, Cervezas, Acuerdo Gubernativo 127–2002.
7. Reglamento para la Autorización y Control Sanitario de Establecimientos de Alimentos Preparados y Bebidas No Alcohólicas, en Mercados, Ferias y en la Vía Pública y Bebidas Fermentadas, Acuerdo Gubernativo 249–2002
8. Reglamento para la Prestación de Servicios Funerarios, Acuerdo Gubernativo 375–2007.
9. Reglamento para el Control Sanitario de los Medicamentos y Productos Afines, Acuerdo Gubernativo 712–99.
10. Reglamento General del Consejo Nacional de Salud, Acuerdo Gubernativo 68–2001.
11. Acuerdo Gubernativo 72–2003 Reglamento para el Otorgamiento de Licencias Sanitarias para el Funcionamiento de Establecimientos.
12. Acuerdo Gubernativo 135–2004. Crea la Unidad del Banco de Ojos.



13. Acuerdo Gubernativo 137–2009 Reglamento de la Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco.
14. Acuerdo Gubernativo 376–2007 Reglamento para la Regulación, Autorización, Acreditación y Control de Establecimientos de Atención para la Salud.
15. Reglamento de Normas Sanitarias para la Autorización y Vigilancia de la Publicidad de Productos Derivados del Tabaco, Acuerdo Gubernativo 338–2013.
16. Reglamento para la Inocuidad de los Alimentos, Acuerdo Gubernativo 969–99.
17. Acuerdo Ministerial 681–2010 Consejo Nacional de Lucha Contra el Cáncer, modificado parcialmente por el Acuerdo Ministerial 689–2010 se creó el Consejo Nacional de Lucha contra el Cáncer.
18. Acuerdo Ministerial 745–2010 Crear la Unidad de Género de la Salud.
19. Acuerdo Ministerial 748–2010, Reglamento que Crea y Regula el Funcionamiento de los Bancos de Leche Humana.
20. Acuerdo Ministerial 858–2010 Acuerdo Ministerial para la Emisión de Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura de la Organización Mundial de la Salud Informe Técnico 32 (1992).
21. Acuerdo Ministerial 867–2010 Acuerdo Ministerial para Modificar Listados de Precursores o Sustancias Químicas enunciadas en el Acuerdo Gubernativo Numero 54–2003.
22. Acuerdo Ministerial SP–M–031–2003 Norma Sanitaria para la Autorización, Vigilancia y Control de Empresas Controladoras de Plagas Domesticas.
23. Creación de los Programas de Atención A las Personas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia, Acuerdo Ministerial (MSPAS) 239–2004.
24. Reforma al Acuerdo Ministerial Número SP–M–239–2004 – Acuerdo Ministerial 325–2012.



25. Reforma al Acuerdo Ministerial SP-M-239-2004 – Acuerdo Ministerial 850-2010.
26. Reglamento Interno de la Asesoría Jurídica. Acuerdo Ministerial SP-M-1996-2003.
27. Reglamento de Cementerios y Tratamiento de Cadáveres – Acuerdo Gubernativo 21-71.
28. Reglamento de la Ley de Regulación del Ejercicio de Enfermería Acuerdo Gubernativo 56-2008.
29. Reglamento Interno de la Red Nacional – Acuerdo Ministerial SP-M-2216-2003.
30. Reglamento Orgánico Interno del MSPAS. Acuerdo Gubernativo 115-99.
31. ROTATEQ – Acuerdo Ministerial 464-2012.
32. Acuerdo Ministerial 845-2010 declarar la Segunda Semana del Mes de Octubre de Cada Año, Como la Semana de la Salud Mental.
33. Acuerdo Gubernativo 236-2006 Reglamento de las Descargas y Reúso de Aguas Residuales y de la Disposición de Lodos.
34. Acuerdo Ministerial 105-2008 Manual General del Reglamento de las Descargas y Reúso de Aguas Residuales y de la Disposición de Lodos.
35. Acuerdo Ministerial para la Creación de la Red de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre – Acuerdo Ministerial 529-2011.
36. Acuerdo Ministerial para la Emisión de Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura de la Organización Mundial de la Salud –Acuerdo Ministerial 858-2010.
37. Acuerdo Ministerial para Modificar Listados de Precursores o Sustancias Químicas – Acuerdo Ministerial 867-2010.
38. Acuerdo Ministerial que Regula el Uso y Control de Metanol en la Elaboración de Solventes – Acuerdo Ministerial 556-2011.
39. Acuerdo que crea al Comité de Uso Racional de Medicamentos del Ministerio de Salud



- Pública y Asistencia Social – Acuerdo Gubernativo 563–2011.
40. Acuerdo Gubernativo 336–2010, crea con carácter temporal la Comisión de Esclarecimiento de los Experimentos Practicados con Guatemaltecos en la Década de 1940.
 41. Acuerdo Ministerial 701–2010, crea el Comité Ejecutivo de Logística de Abastecimiento de Soporte para la Red de Servicios de Salud Pública.
 42. Acuerdo Gubernativo 117–2011, crea el Fondo Social denominado *Mi Familia Mejora en Salud*.
 43. Acuerdo Ministerial 537–2011, crea la Comisión Nacional para la Salud Ocular.
 44. Acuerdo Ministerial 727–2010, la Primera Semana Nacional de eliminación de criaderos del zancudo transmisor del dengue.
 45. Acuerdo Ministerial 745–2010, la Unidad de Género de la Salud, dentro de la Estructura Orgánica del Ministerio de Salud.
 46. Acuerdo Ministerial 689–2010, modifica el Acuerdo que creó el Consejo Nacional de Lucha Contra el Cáncer.
 47. Acuerdo Gubernativo 51–2011, Reforma Al Acuerdo Gubernativo Número 74–2002, de Fecha 26 de Febrero de 2002, Arancel para Cobros de los Servicios en los Cementerios Adscritos Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
 48. Acuerdo Gubernativo 313–2011, Reformas al Acuerdo Gubernativo Número 8–2011, Reglamento para el Establecimiento y Control de los Límites de Radiaciones No Ionizantes.
 49. Acuerdo Gubernativo 382–2010, Reformas al Acuerdo Gubernativo Número 896–2002.
 50. Acuerdo Gubernativo 8–2011, Reglamento para el Establecimiento y Control de los Límites de Radiaciones No Ionizantes.
 51. Acuerdo Ministerial 527–2011, Crea el Comité Nacional de Coinfección TBVIH.



52. Reglamento Sanitario Internacional (2005).
53. Convenio para la Constitución del Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria.

Desde luego, hay más normas pues dicha lista no es exhaustiva sino elaborada en forma conjunta con la Asesoría Jurídica del MSPAS, pero las que se han anotado constituyen lo más importante del régimen legal.

2.6. Legislación con motivo de la COVID-19

Con motivo de la pandemia del coronavirus, el día 5 de Marzo de 2020 el presidente de la República de Guatemala en Consejo de Ministros emitió el Decreto Gubernativo 5-2020, publicado en el Diario Oficial el día 6 de Marzo de 2020, declarando el estado de calamidad pública. Dicha disposición la dictó el presidente de la República en Consejo de Ministros con base en las facultades que le da el Artículo 183, literal f), de la Constitución Política de la República de Guatemala, y también con base en los Artículos 1º, 2º y 14 de la Ley de Orden Público, Decreto número 7 de la Asamblea Nacional Constituyente, del año 1965. Posteriormente, tal como lo dispone el Artículo 6º de esta última norma constitucional, el Presidente de la República lo envió al Congreso de la República para que lo ratificara, modificara o improbara.

El Congreso de la República lo ratificó mediante el Decreto 8-2020. Posteriormente se sucedieron más Decretos Gubernativos y más Decretos del Congreso de la República, tal como lo veremos a continuación, solamente que nos hemos limitado a las normas emitidas con motivo de la pandemia de coronavirus, ya que al mismo tiempo se han emitido otras disposiciones de emergencia.



Decretos emitidos tanto por el presidente de la república en consejo de ministros como por el Congreso de la República de Guatemala, con motivo de la pandemia del Coronavirus, en el año 2020:

Decretos Gubernativos:

1. **Decreto Gubernativo 5–2020**, emitido el 5 de Marzo de 2020. Declara el estado de calamidad por un plazo de 30 días a partir de la vigencia del presente decreto.
2. **Decreto Gubernativo 6–2020**, emitido el 21 de Marzo de 2020. Reforma el Artículo 5 del Decreto Gubernativo 5–2020.
3. **Decreto Gubernativo 7–2020**, emitido el 24 de Marzo de 2020. Reforma el Decreto Gubernativo 5–2020, prorrogando por 30 días más el plazo de vigencia del Estado de Calamidad Pública.
4. **Decreto Gubernativo 8–2020**, emitido el 20 de Abril de 2020. Reforma el Decreto Gubernativo 5–2020, prorrogando por 30 días el plazo de vigencia del Estado de Calamidad Pública.
5. **Decreto Gubernativo 9–2020**, emitido el 24 de Mayo de 2020. Reforma el Decreto Gubernativo 5–2020, prorrogando por 30 días el plazo de vigencia del Estado de Calamidad Pública.
6. **Decreto Gubernativo 12–2020**, emitido el 23 de Junio de 2020. Reforma el Decreto Gubernativo 5–2020, prorrogando por 30 días el plazo de vigencia del Estado de Calamidad Pública.



Decretos del Congreso de la República de Guatemala:

1. **Decreto número 8–2020 del Congreso de la República**, ratifica el Decreto Gubernativo Número 5–2020 de fecha 5 de Marzo de 2020, emitido por el presidente de la República en Consejo de Ministros.
2. **Decreto número 9–2020 del Congreso de la República**, mediante el cual se ratifican los Decretos Gubernativos 6–2020 y 7–2020 en los cuales se declara el estado de calamidad pública por 30 días y la prórroga del mismo por 30 días más. Asimismo, reforma el numeral 1, literal c) del Artículo 1 del Decreto Gubernativo 6–2020, en el sentido de que los funcionarios, empleados públicos y diputados deberán desarrollar sus funciones legislativas, fiscalizar e intermediar en la crisis, para lo cual mantienen todas sus prerrogativas y calidades, así como el personal del Organismo Legislativo que brinde apoyo administrativo y técnico que cuente con autorización de un salvoconducto firmado por el presidente del Congreso, durante la vigencia del estado de calamidad.
3. **Decreto número 10–2020 del Congreso de la República**, mediante el cual se autoriza al Organismo Ejecutivo para que, por intermedio del Ministerio de Finanzas Públicas, suscriba el Convenio de Préstamo Número 8962–GT, denominado “Segundo Préstamo para Políticas de Desarrollo sobre Gestión del Riesgo de Desastres con una Opción de Desembolso Diferido ante Catástrofes (CAT DDO)”, bajo los términos y condiciones financieras que en el mismo se establecen. La autorización a que se refiere el presente Artículo es extensiva para suscribir los Convenios modificatorios que corresponda, principalmente en lo que respecta a la atención de la salud pública para contrarrestar la pandemia causada por la COVID–19.



4. **Decreto número 12–2020 del Congreso de la República**, que contiene la Ley de Emergencia para Proteger a los Guatemaltecos de los Efectos causados por la Pandemia Coronavirus COVID–19. Esta importante ley tiene como objeto crear medidas iniciales sanitarias, económicas, financieras y sociales para atender la crisis derivada de la COVID–19.
5. **Decreto número 13–2020 del Congreso de la República**, que contiene la Ley de rescate económico a las familias por los efectos causados por la COVID–19.
6. **Decreto número 15–2020 del Congreso de la República**, que contiene Medidas Adicionales de Protección para la Población de los Efectos Económicos Provocados por la Pandemia de la COVID–19.
7. **Decreto número 17–2020 del Congreso de la República**, mediante el cual se aprueban las negociaciones del Contrato de Prestamo Número 4791/OC–GU, a ser celebrado entre la República de Guatemala y el Banco Interamericano de Desarrollo –BID–, para la ejecución del Programa de Fortalecimiento de la Red Institucional de Servicios de Salud –PRORISS–.
8. **Decreto número 18–2020 del Congreso de la República**, mediante el cual se aprueban las negociaciones del Contrato de Prestamo Número 2230 a ser celebrado entre la República de Guatemala y el Banco Centroamericano de Integración Económica –BCIE–, para la ejecución del “Programa de Inversión en Infraestructura y Equipamiento Hospitalario”.
9. **Decreto número 20–2020 del Congreso de la República**, mediante el cual se aprueba la Ampliación del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado para el Ejercicio Fiscal Dos Mil Veinte.



10. **Decreto número 21–2020 del Congreso de la República**, que ratifica el Decreto Gubernativo Número 8–2020, de fecha 20 de abril de 2020, emitido por el presidente de la República en Consejo de Ministros, que proroga por treinta días más el plazo de vigencia del estado de calamidad pública.
11. **Decreto número 22–2020 del Congreso de la República**, que ratifica el Decreto Gubernativo Número 9–2020, que proroga por treinta días más el plazo de vigencia del estado de calamidad pública contenido en el Decreto Gubernativo Número 5–2020, de fecha 5 de marzo de 2020, ratificado y reformado por el Decreto Número 8–2020 del Congreso de la República, siendo el Decreto Gubernativo Número 5–2020 reformado por el Decreto Gubernativo Número 6–2020 de fecha 21 de marzo de 2020 y prorrogado por el Decreto Gubernativo Número 7–2020, de fecha 24 de marzo de 2020; ambos ratificados y reformado el Decreto Gubernativo Número 6–2020 por el Decreto Número 9–2020 del Congreso de la República, de fecha 24 de marzo de 2020 y prorrogado nuevamente el Decreto Gubernativo Número 5–2020 por el Decreto Gubernativo Número 8–2020 de fecha 20 de abril de 2020, ratificado por el Decreto Número 21–2020 del Congreso de la República, de fecha 30 de abril de 2020.
12. **Decreto número 25–2020 del Congreso de la República**, que contiene la Ley de Bonificación a Pensionados y Jubilados del Estado, tiene como objetivo otorgarles una bonificación única para que puedan afrontar la crisis que están pasando, derivada de la pandemia que ha ocasionado la COVID–19.
13. **Decreto número 27–2020 del Congreso de la República**, que ratifica el Decreto Gubernativo 12–2020 que proroga por treinta días más el plazo de vigencia del estado de



calamidad pública contenido en el Decreto Gubernativo 5–2020 de fecha 5 de marzo de 2020.

Disposiciones presidenciales en caso de calamidad pública y órdenes para el estricto cumplimiento:

Aparte de los Decretos Gubernativos emitidos por el presidente de la República en Consejo de Ministros, el presidente de la República, con base en la facultad que le otorga el Artículo 183 literal f) de la Constitución Política de la República de Guatemala y con base en la Ley de Orden Público, ha emitido las **Disposiciones Presidenciales en caso de Calamidad Pública y Órdenes para el Estricto Cumplimiento**, para regular varias circunstancias de la vida nacional con el objetivo de proteger a la población y evitar la propagación de la COVID–19. Tales disposiciones son esencialmente medidas en materia de salud y de corta temporalidad. Las últimas disposiciones se emitieron el día 12 de julio de 2020 y es previsible que se sigan emitiendo durante algunos meses más.

2.7. Otra clase de normativa: Acuerdos Gubernativos, Acuerdos Ministeriales, reglamentos internos, manuales y protocolos

Las normas son disposiciones generales o especiales dictadas para un determinado ámbito. Los reglamentos internos de las instituciones públicas o privadas son emitidos por sus respectivas autoridades superiores. Mientras que los manuales y los protocolos son básicamente instructivos que contienen procedimientos con el fin de responder y enfrentar una situación de emergencia general o particular, ocurrida como consecuencia de fenómenos naturales o por accidente o por acto intencional, y facilitar que el personal actúe sistemáticamente y sea



evacuado o protegido bajo la coordinación de la autoridad del establecimiento de que se trate.

Se puede poner como ejemplos de protocolos los siguientes: el conjunto de procedimientos para el caso de sismo o terremoto, o para el caso de incendio. Tales protocolos de suyo ya constituyen parte de la normativa de seguridad de cualquier establecimiento, pero además muchos de los protocolos derivan de instrucciones emitidas por un órgano legal, como en Guatemala es la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres (CONRED), la cual tiene facultades legales para impartir instrucciones generales o particulares, tal como lo disponen los Artículos 4 del Decreto 109–96 del Congreso de la República y 8, literales a), b), c), d), e) y h) del Acuerdo Gubernativo 49–2012, que es el Reglamento de dicha ley.

El conjunto de normas y medidas que constituyen decisiones de Estado se denominan políticas nacionales, y a este respecto tenemos el Acuerdo Gubernativo 6–2011 que es la Política Nacional de Gestión de Riesgos, al cual hay que agregar otras normas específicas que pueda emitir la CONRED. Algo similar ocurre para el caso de la salud, solamente que en este caso el órgano rector es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), tal como lo determina el Artículo 58 del Código de Salud, el cual faculta a este ministerio conjuntamente con las demás instituciones del sector para que en caso de epidemia o de riesgo socioambiental emita las normas y procedimientos necesarios para proteger a la población. Como se puede apreciar, el derecho concurre a la acción del MSPAS para regular situaciones apremiantes en materia de salud.

2.7.1. Manuales y protocolos en materia de salud

Una de las medidas prácticas idóneas para prevenir la propagación de enfermedades, es la realización de pruebas previas al público que acude a cualquier establecimiento público o



privado, como la determinación de la temperatura corporal y la formulación de preguntas básicas. Una medida tal debe ser normada porque la determinación del estado de salud de las personas corresponde a su fuero personal; sin embargo, por razones de emergencia y de seguridad sanitaria general, el público puede ser constreñido a aceptar los test que se implementen para garantizar la salud de todos y determinar cualquier padecimiento que pueda amenazarla.

En un ámbito interno, las entidades públicas y privadas pueden requerir a su personal que demuestre clínicamente su estado de salud, ya sea al ingresar como laborante y periódicamente cada año o cuando las circunstancias así lo aconsejen, lo cual puede estar contenido en una normativa interna general, incluso en el Reglamento Interior de Trabajo o en una disposición extraordinaria, como sucede cuando hay una epidemia.

Pero en un ámbito especial, como por ejemplo en un hospital, clínica o centro de salud, las autoridades del mismo pueden requerir a su personal –tanto operativo como administrativo– que se someta a los test que sean necesarios para determinar su idoneidad sanitaria, lo cual requiere una normativa especial. Ahora bien, para aplicar una disposición así en el ámbito general para una región o para un país, aun en circunstancias extraordinarias como las derivadas de una epidemia, se necesita una norma también general, que puede ser un acuerdo ministerial o, mejor todavía, un acuerdo gubernativo.

La trascendencia de una tal normativa se puede constatar con el titular del medio de comunicación español *El País* (2020) que literalmente dice así “Los hospitales españoles siguen sin una norma para hacer test a los sanitarios tras dos meses de pandemia” (s. p.).



Al implementar un requerimiento general al sistema hospitalario español, es precisa una norma, la cual no ha sido emitida en tiempo, a efecto de evaluar al personal sanitario. Ese ejemplo puede repetirse en cualquier país, incluyendo en Guatemala, y por tal razón se recomienda que el MSPAS establezca todo un repertorio de **manuales y protocolos** que puedan ser requeridos en condiciones normales y en circunstancias extraordinarias. En la actualidad, con motivo de la pandemia de la COVID-19 se ha visto la importancia de los **protocolos** en los diferentes servicios médicos y en todas las actividades sociales en las cuales deben adoptarse medidas de prevención.

Una de las conclusiones de este trabajo de investigación tendrá que hacer referencia al deber de la Universidad de San Carlos de contribuir a la solución de los problemas nacionales y por lo tanto podría significar retomar el tema de la salud como una prioridad y plantear la necesidad de una reforma de su régimen legal para contar con una mejor codificación de las leyes de salud, lo que producirá más coherencia y eficiencia normativa.

También es interesante anotar que la cultura de la salud no tiene total aplicación aún en población urbana educada, pues se encontraron deficiencias que revelan un desprecio o subestimación de la salud por parte de quienes deberían darle la importancia que tiene. Y en cuanto a la población rural, es preciso preparar los instrumentos de educación en salud con base en la cultura propia y en los respectivos idiomas mayas, garífuna y xinca, según la región a la que vayan dirigidos, para dar cumplimiento a lo estipulado en la Ley de Idiomas Nacionales, Decreto 19-2003 del Congreso de la República.



2.8. Convenios internacionales en materia de salud. La salud en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos

El ente rector de la salud a nivel mundial es la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual ha propuesto a los estados miembros la aprobación de ciertos tratados internacionales. Y a nivel continental es la Organización Panamericana de la Salud (OPS), institución regional asociada a la OMS. Hasta la fecha son muy pocos los instrumentos internacionales aprobados, pero dependerá del liderazgo de la OMS el inducir a los miembros a la aprobación de más tratados porque la protección de la salud así lo demanda, teniendo presente que como tratados internacionales cada país los debe incorporar a su legislación interna, lo cual les dará fuerza de ley.

Los tratados internacionales en materia de salud existentes hasta la fecha son los siguientes:

1. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (1981)
2. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (2003)
3. Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005). Este es un instrumento de gran importancia
4. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, con su Protocolo facultativo (2006).
5. Código Global de prácticas sobre la contratación internacional de personal de salud (adoptada en 2010).

El ya citado Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es uno de los grandes logros de la OMS (s. f.). En efecto:



El RSI (2005) fue adoptado por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud el 23 de mayo de 2005 y entró en vigor el 15 de junio de 2007. La finalidad y el alcance del RSI (2005) son «prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales». El RSI (2005) presenta una serie de novedades, entre las que cabe citar: *a)* un alcance que no se limita a tal o cual enfermedad o modalidad de transmisión en concreto, sino que abarca «toda dolencia o afección médica, cualquiera sea su origen o procedencia, que entrañe o pueda entrañar un daño importante para el ser humano»; *b)* la obligación de los Estados Partes de instalar un mínimo de capacidades básicas en materia de salud pública; *c)* la obligación de los Estados Partes de notificar a la OMS los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional de acuerdo con criterios definidos; *d)* disposiciones que autorizan a la OMS a tomar en consideración las noticias oficiosas acerca de eventos de salud pública y solicitar a los Estados Partes la verificación de esos eventos; *e)* procedimientos para que el Director General determine la existencia de una «emergencia de salud pública de importancia internacional» y formule las recomendaciones temporales correspondientes, después de haber tenido en cuenta la opinión de un Comité de Emergencias; *f)* la protección de los derechos humanos de los viajeros y otras personas; y *g)* el establecimiento de Centros Nacionales de Enlace para el RSI y Puntos de Contacto de la OMS para el RSI, encargados de tramitar las comunicaciones urgentes entre los Estados Partes y la OMS. (s. p.)

El Artículo 2 del RSI, relativo a la finalidad y alcance, dice así:



La finalidad y el alcance de este Reglamento son prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales. (OMS, s. f., s. p.)

La parte medular del RSI son las medidas de salud pública, que son las siguientes:

Medidas de salud pública:

1. Capítulo I: Disposiciones generales
2. Capítulo II: Disposiciones especiales relativas a los medios de transporte y los operadores de medios de transporte
3. Capítulo III: Disposiciones especiales relativas a los viajeros
4. Capítulo IV: Disposiciones especiales relativas a las mercancías, los contenedores y las zonas de carga de contenedores.

El propósito del RSI es proteger la salud de las personas, tomando en cuenta que una de las actividades que puede comprometerla es el transporte internacional de carga y el turismo, puesto que las personas que viajan en los diferentes medios pueden contribuir a la propagación de enfermedades. Este instrumento es de gran importancia porque se propone proteger la salud mediante estos procedimientos de revisión que deben seguir las autoridades de los países miembros.

Por lo que respecta al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (2003), este es el primer tratado internacional negociado con los auspicios de la Organización Mundial

de la Salud. Desde entonces, se ha convertido en uno de los tratados más rápida y ampliamente adoptados en la historia de las Naciones Unidas.



En cuanto al Convenio para la constitución del Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria, del cual son miembros México, Belice, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá y República Dominicana, suscrito en la Ciudad de San Salvador, El Salvador, el 29 de Octubre de 1953, se incluye en este estudio con base en lo dispuesto en el Artículo 63 del Código de Salud, referente a la salud veterinaria, el cual dice

“Los Ministerios de Salud y de Agricultura, Ganadería y Alimentación, establecerán y coordinarán un programa de vigilancia, promoción y atención de la salud pública veterinaria para la prevención y control de las enfermedades que afectan la salud del ser humano y los animales, que incorporen entre otras:

1. Medidas para proteger a la población contra animales que constituyan riesgos para la salud;
2. Programas de inmunización de animales para prevenir las enfermedades zoonóticas, con la participación del sector público y privado;
3. Procedimientos para controlar la importación, introducción transitoria accidental o fraudulenta de productos y vectores de cualquier naturaleza y tipo, capaces de constituir riesgo para la salud;
4. Propiciar la investigación de enfermedades transmisibles a humanos, especialmente las que se transmiten a través de animales domésticos. (s. p.)

Dicho instrumento dio origen al Comité Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (CIRSA) y al Organismo permanente ejecutor de sus acuerdos de carácter técnico y



administrativo, denominado Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA), de carácter internacional. El Segundo Convenio fue suscrito en la ciudad de Guatemala, República de Guatemala el 15 de Mayo de 1987 y es el que está vigente actualmente.

Si bien es cierto este Organismo se refiere a sanidad animal y protección fitozoosanitaria, como indica el Artículo 63 del Código de Salud, ya relacionado, al final viene a proteger la salud de las poblaciones de la región y a asegurar su bienestar contra los graves peligros que ocasionan las enfermedades y plagas.

Conforme el Artículo 2 de dicho Convenio, el objetivo del OIRSA es apoyar los esfuerzos de los Estados miembros para lograr el desarrollo de sus planes de Salud Animal y Sanidad Vegetal, y el fortalecimiento de sus sistemas cuarentenarios. Y se puede deducir que este objetivo se traducirá en garantizar una alimentación sana y saludable para los seres humanos.

Un aspecto interesante de este convenio, y que debería servir de ejemplo para otros instrumentos internacionales en materia de prevención sanitaria, es que prevé situaciones de emergencia que puedan ocurrir en esta materia, pues en el Artículo 27 establece un fondo acumulativo de reserva, el cual servirá exclusivamente para atender los gastos iniciales que ocasione una emergencia. Y, para asegurar su conservación, agrega que dicha suma se depositará por OIRSA en cada uno de los respectivos bancos centrales de los Estados miembros, de conformidad con las disposiciones legales de cada país sobre la materia.

2.9. Régimen legal laboral de la salud

La Constitución Política de la República de Guatemala establece entre los derechos



sociales enunciados en el Artículo 102, el contenido en la literal k), que se refiere a la

Protección a la mujer trabajadora y regulación de las condiciones en que debe prestar sus servicios. (...) La ley regulará la protección a la maternidad de la mujer trabajadora, a quien no se le debe exigir ningún trabajo que requiera esfuerzo que ponga en peligro su gravidez. La madre trabajadora gozará de un descanso forzoso retribuido con el ciento por ciento de su salario, durante los treinta días que precedan al parto y los cuarenta y cinco días siguientes. En la época de la lactancia tendrá derecho a dos períodos de descanso extraordinarios, dentro de la jornada. Los descansos pre y postnatal serán ampliados según sus condiciones físicas, por prescripción médica. (s. p.)

En primer lugar, garantiza la protección a la mujer trabajadora, lo cual no significa de ninguna manera discriminación por razón de género, sino que hace referencia a las condiciones en que debe prestar sus servicios, factor que tiene muchas variables, de tal manera que no se le exija un trabajo que por su dureza sea propio de trabajadores hombres.

Más directamente en materia de salud, esta misma norma se refiere a la protección de la maternidad de la mujer trabajadora de la siguiente manera:

- a) No se le debe exigir ningún trabajo que requiera esfuerzo que ponga en peligro su gravidez.
- b) Gozará de un descanso pre y postnatal forzoso retribuido con el 100% de su salario, durante los 30 días previos al parto y los 45 días posteriores. Estos períodos podrán ser ampliados por indicación médica conforme las condiciones físicas de la madre y del niño.
- c) En la época de lactancia tendrá derecho a dos períodos de descanso extraordinarios, dentro de la jornada, para alimentar a su hijo.



Esta disposición constitucional es fundamental para garantizar la salud de la madre y de su hijo, por lo que debe velarse por su estricto cumplimiento y si un patrono no lo cumple deberá imponérsele la sanción correspondiente.

Por su parte, el Código de Trabajo, en el Artículo 66 dispone que “Son causas de suspensión individual parcial de los contratos de trabajo: (...) b) Las enfermedades, los riesgos profesionales acaecidos, los descansos pre y post-natales y los demás riesgos sociales análogos que produzcan incapacidad temporal comprobada para desempeñar el trabajo; (...)” (s. p.). Esta norma es muy importante porque hace referencia taxativa a la enfermedad, a los riesgos profesionales y a los descansos por maternidad como causas legítimas de suspensión individual parcial de los contratos de trabajo.

Los riesgos profesionales en el ámbito laboral son los peligros que enfrentan los trabajadores de sufrir daños físicos derivados de sus labores en los centros de trabajo. Este concepto se ha ido ampliando a medida que las ciencias aportan más elementos a tomar en cuenta sobre riesgos, además de los visibles, los no visibles como los psíquicos y los sociales que amenazan a los trabajadores, tales como los malos tratos por parte del empleador, el acoso hacia las mujeres, el *bullying* que puede darse entre compañeros y otra clase de temores que termina afectándolos y produciéndoles depresión, miedo, pena de perder su empleo, no pocas veces en el caso de las mujeres haciéndolas ceder a sus acosos y otras tantas veces dejándolas embarazadas y causándoles perjuicios familiares consecuenciales.

También se consideran riesgos profesionales los accidentes que los trabajadores puedan sufrir fuera del lugar de trabajo si por sus funciones tienen que salir del mismo, tal como los vendedores, los supervisores, los mensajeros y toda clase de empleados que están en dichas



condiciones. Otra variedad de riesgo que enfrentan trabajadores y trabajadoras es que el centro de trabajo está situado en un lugar peligroso, ya sea por estar expuesto a pandillas o bien por estar a merced de asaltantes; hay muchas denuncias a este respecto que se publican en los medios de comunicación, y lo único que hacen los empleadores es reclamar a las autoridades que pongan vigilancia policial permanente, lo cual es improbable que se obtenga y de esa manera los empleados siguen siendo despojados de sus pertenencias, no pocas veces de su salario y sufriendo agresión física hombres y mujeres.

Entre los riesgos profesionales visibles, se tienen los siguientes: sobreesfuerzo físico y muscular, accidentes dentro del lugar de trabajo, lesiones de distinta gravedad con instrumentos de trabajo, descomposturas de máquinas y equipos industriales, accidentes al salir a la calle por razones del trabajo, daños derivados del manejo de químicos como el polvo, humo, vapores, gases; ruidos excesivos, vibraciones; manejo de soldadura y no contar con los lentes protectores; radiaciones, temperaturas demasiado bajas (como el manejo de congelados) o demasiado altas (como las labores en grandes hornos), en fin, toda clase de peligros a que están expuestos los trabajadores en sus lugares de trabajo o en el cumplimiento de sus tareas fuera de ellos.

Hoy en día también se podría incluir como riesgo profesional el contagio que pueden sufrir los trabajadores en su lugar de trabajo si otro u otros trabajadores a su vez han contraído la COVID-19.

Es preciso que todos se percaten de dichos riesgos y el daño que les causan a los trabajadores, porque no se debe ni puede quedarse indiferentes. Precisamente por esta circunstancia se desea ilustrar algo que sucede frente a muchas personas con un ejemplo que se da frecuentemente en el cual los mismos trabajadores no se dan cuenta del daño que se están



causando, y es el de los repartidores de garrafones de agua pura, algunos despachadores llevan dos garrafones llenos, uno en cada hombro, sin colocarse el cinturón protector, lo cual les producirá un daño vertebral irreversible.

A este respecto se debe mencionar que el Reglamento de Salud y Seguridad Ocupacional ha venido a llenar un vacío que existía en el sentido de comprender los riesgos derivados del trabajo a que están expuestos los trabajadores. Algunos de esos riesgos son obvios, pero otros no son visibles y sin embargo causan serios daños a la salud, tal como los riesgos ergonómicos, biológicos, psicosociales, ambientales, entre otros que ya hemos referido antes.

Con todo y que estas normas, tanto la constitucional como la del Código de Trabajo son beneficiosas, consideramos que debería y podría haber mejor protección para la salud de los trabajadores.

El Código de Trabajo establece en su Artículo 67 que en el caso de la suspensión individual de los contratos de trabajo, el trabajador queda relevado de su obligación de ejecutar las labores convenidas y el patrono queda obligado a pagar el salario que corresponda. Además, dicho Artículo dispone que si el trabajador está protegido por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el patrono debe pagar únicamente las cuotas que ordenen los reglamentos emitidos por el Instituto, pero si no lo está y la responsabilidad del patrono no está fijada en otra forma por las disposiciones legales, entonces el patrono tiene obligación de dar la licencia al trabajador hasta su total restablecimiento siempre que su recuperación se produzca dentro del plazo señalado en el Artículo 66.

Hay que referirse al hecho mencionado en la norma citada, en el sentido que si la responsabilidad del patrono no está fijada en las disposiciones legales, y conviene proponer a los

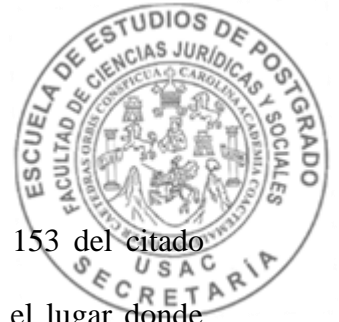


legisladores que emitan las modificaciones correspondientes al Código de Trabajo, para que quede establecido que si el riesgo profesional acaece en el lugar de trabajo y sin culpa del trabajador, el patrono debe pagarle el cien por ciento del salario hasta su total recuperación, sin importar el tiempo que eso le lleve al trabajador. Igual si ocurre un accidente fuera del lugar de trabajo pero en cumplimiento de sus funciones laborales. También ese debería ser el caso de enfermedades que devienen y que los trabajadores quedan contagiados sin culpa de ellos, tal como ocurre con el coronavirus, de tal manera que siempre estén protegidos por el IGSS y en caso que no lo estén, la parte patronal tendrá que asumir la responsabilidad.

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 67 del Código de Trabajo, actualmente en caso de enfermedad o de accidente del trabajador si no está protegido por el IGSS, la responsabilidad del patrono es de pagarle en las siguientes escalas: si es nuevo, medio salario durante un mes; si tiene menos de un año de laborar, medio salario durante dos meses; y si ya tiene más de nueve meses de trabajo, medio salario durante tres meses.

Si transcurridos tales plazos en que el patrono está obligado a pagar medio salario, persistiere la causa que dio origen a la suspensión, entonces se dará la suspensión individual total del contrato de trabajo, conforme el Artículo 68 del Código de Trabajo, y ambas partes quedarán relevadas de cumplir sus obligaciones. Por esta razón es conveniente que todos los trabajadores estén protegidos por el IGSS.

En relación con las mujeres trabajadoras, el Artículo 152 del Código de Trabajo va en línea congruente con la Constitución Política de la República, solamente que en cuanto a los días de descanso post-natal los amplía a **54** y acumula los días que no pudo disfrutar antes del parto para ser disfrutados en la etapa post-parto, de tal manera que la madre trabajadora goce de



ochenta y cuatro (84) días efectivos de descanso durante ese período.

Por otra parte, siempre en el caso de la mujer trabajadora, el Artículo 153 del citado Código dispone que toda trabajadora en época de lactancia puede disponer en el lugar donde trabaja de media hora dos veces al día durante sus labores con el objeto de alimentar a su hijo, pudiendo también acumular las dos medias horas y entrar una hora después del inicio de la jornada o salir una hora antes de que esta finalice, con el objeto de alimentar a su menor hijo o hija. Dicha hora será remunerada y el incumplimiento dará lugar a la sanción correspondiente para el empleador.

Finalmente, también en el régimen laboral de salud de la mujer trabajadora, el Artículo 155 del Código de Trabajo, según el cual todo patrono que tenga a su servicio más de treinta trabajadoras queda obligado a acondicionar un local a propósito para que las madres alimenten sin peligro a sus hijos menores de tres años.

Otra norma laboral encaminada a proteger la salud de los trabajadores es la contenida en el Artículo 7 del Código de Trabajo, según el cual se prohíbe en las zonas de trabajo la venta o introducción de bebidas o drogas embriagantes o estupefacientes. Sin embargo, lamentablemente esta disposición no se cumple y las autoridades competentes son indiferentes ante la instalación de bares y similares en zonas de trabajo y de estudio, ignorando la normativa prohibitiva al respecto. Por esta razón, las autoridades de salud, las de trabajo y las de educación deben adoptar una actitud firme para que se cumpla este régimen laboral y educativo sanitario.

También se puede citar como un caso de inobservancia de la ley la transgresión de lo dispuesto en el inciso a) del Artículo 148 del Código de Trabajo, según el cual se prohíbe el trabajo en lugares insalubres y peligrosos para varones, mujeres y menores de edad, según la

determinación que de unos y otros debe hacer el reglamento, o en su defecto la Inspección General de Trabajo, puesto que hay muchos lugares de trabajo en áreas insalubres y peligrosas para los trabajadores, así como los casos de niños quemados por trabajar en negocios donde se hacen productos con pólvora. Todos estos casos inducen a recomendar que los trabajadores sean seria y efectivamente protegidos contra los riesgos profesionales en el ámbito laboral.



Desde luego, hay casos en los cuales el trabajador es el responsable del accidente por su propia negligencia ya sea en el lugar de trabajo o fuera de él si esa es su función. Y peor todavía cuando no solo él es el afectado sino que causa daños a otros. A este último respecto se podría citar como ejemplo el caso de los pilotos de unidades de transporte extraurbano de pasajeros, que por conducir imprudentemente a excesiva velocidad o en estado de embriaguez causan gravísimos accidentes con víctimas inocentes mortales y lesionadas. En dichos casos, como en otros, el patrono debe responder ante terceros porque debió haber corregido a tiempo las graves faltas de trabajo cometidas por el piloto en los casos precedentes.

El régimen legal laboral de la salud también está integrado por la Ley del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), al cual se hará referencia en otro capítulo de esta tesis.

CAPÍTULO III

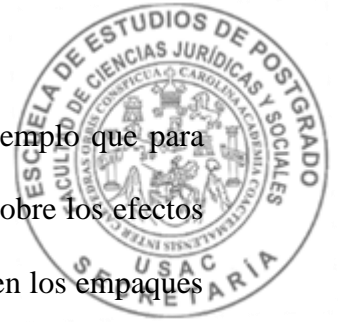


3. Algunos ámbitos de la salud y la necesidad de una adecuada normativa

Todos los ámbitos de salud, generales o especiales, requieren de una adecuada regulación mediante una normativa de diferente jerarquía para lograr que la población adopte voluntariamente las acciones de prevención necesarias y que además haga un correcto y mejor uso de los servicios respectivos. En la mayoría de casos quizás no haga falta una ley, sino instrucciones que perfectamente pueden provenir del Ministerio de Salud con el propósito de orientar a los usuarios en primer lugar a buscar la salud, y si padece de alguna enfermedad, a poner los medios para sanar pronto y totalmente.

Al analizar la teleología de las normas jurídicas se debe destacar que estas en principio no tienen una finalidad sancionatoria sino regulatoria y preventiva, que puede interpretarse como orientadora de la conducta de las personas para que hagan lo correcto y eviten hacer lo prohibido o lo dañino. Esta comprensión es suficientemente ilustrativa de porqué todos los ámbitos de la salud necesitan de una adecuada normativa para fortalecer los procesos de conocimiento y de acción por parte de los diferentes actores que intervienen en el proceso de salud, además del paciente.

En efecto, hay enfermedades crónicas que aquejan no solo a una persona o a un grupo de personas sino potencialmente representan una amenaza a toda la sociedad, por lo que se hace preciso implementar todas las medidas preventivas que sean necesarias y además favorecer los tratamientos e investigaciones que tiendan a encontrar los medicamentos eficaces para curarla o al menos mitigar sus efectos. Adicionalmente, la normativa debe conducir a las acciones sociales



tendientes a evitar que tales enfermedades se produzcan. Así, se tiene como ejemplo que para evitar el cáncer de pulmones el Código de Salud impone una labor divulgativa sobre los efectos nocivos del tabaco en los anuncios y obliga a poner las advertencias respectivas en los empaques de los cigarrillos. Esto significa que no bastan las labores divulgativas por sí mismas, sino que hay que ponerles la fuerza obligatoria que solamente la ley puede darles. Similar ejemplo podríamos poner en el caso de las bebidas alcohólicas.

Para abordar el tema de salud, aún desde el ámbito legal, es preciso mencionar que existe una clasificación internacional de las enfermedades conocida como CIE-11 que fue entregado a los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra el 14 de Mayo de 2018 con el objeto de informar sobre los avances en la revisión e implementación de esta clasificación.

Como se ha dicho, en la relación entre el derecho y la salud, se puede señalar que **por medio de normas, tanto legales como secundarias e inferiores, se deben preservar los derechos de los pacientes y además puede contribuirse a la lucha contra las enfermedades o a mitigar sus efectos**, según sea el caso. Hay enfermedades que todavía requieren de grandes estudios e investigaciones, lo cual conlleva apoyo legal, mientras que otras enfermedades ya tienen cura y las medicinas y tratamientos deben enviarse desde otros países, por lo cual precisan de la flexibilidad del sistema nacional de medicamentos y del régimen aduanero correspondiente, o bien los pacientes tendrán que ser trasladados a centros médicos internacionales en los cuales recibirán el tratamiento adecuado. En todos esos casos el aspecto legal también está presente, aunque sea menos visible que otros aspectos, tales como el clínico, el económico o el social.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados

con la Salud. Es la siguiente:



| Capítulo | Códigos | Título |
|-----------------|----------------|--|
| I | A00–B99 | Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias |
| II | C00–D48 | Neoplasias |
| III | D50–D89 | Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad |
| IV | E00–E90 | Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas |
| V | F00–F99 | Trastornos mentales y del comportamiento |
| VI | G00–G99 | Enfermedades del sistema nervioso |
| VII | H00–H59 | Enfermedades del ojo y sus anexos |
| VIII | H60–H95 | Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides |
| IX | I00–I99 | Enfermedades del sistema circulatorio |
| X | J00–J99 | Enfermedades del sistema respiratorio |
| XI | K00–K93 | Enfermedades del aparato digestivo |
| XII | L00–L99 | Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo |
| XIII | M00–M99 | Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo |
| XIV | N00–N99 | Enfermedades del aparato genitourinario |
| XV | O00–O99 | Embarazo, parto y puerperio |
| XVI | P00–P96 | Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal |
| XVII | Q00–Q99 | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas |
| XVIII | R00–R99 | Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte |
| XIX | S00–T98 | Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa |
| XX | V01–Y98 | Causas externas de morbilidad y de mortalidad |
| XXI | Z00–Z99 | Factores que influyen en el estado de salud y contacto con |



| | | |
|------|---------|-------------------------------------|
| | | los servicios de salud |
| XXII | U00–U99 | Códigos para situaciones especiales |

Cuadro propio, elaborado en octubre de 2021.

Naturalmente, no se tomarán como objeto de estudio todas porque no es el propósito de esta tesis, sino solamente se expondrá **la importancia de la acción del Derecho frente a las enfermedades que aquejan en mayor grado a la población de Guatemala, en cuatro ámbitos: a) la protección del paciente en el goce de sus derechos fundamentales; b) la prevención, control y mitigación de los efectos de tales enfermedades; c) en lo posible la búsqueda o la facilitación de la cura de las mismas; y, d) en lo posible la erradicación de las causas de las enfermedades y/o de ellas mismas.**

3.1. Prioridades para Guatemala (y para el mundo)

La acción del derecho que puede ayudar a aliviar los efectos de ciertas enfermedades mediante disposiciones legales, reglamentarias e inferiores, así como mediante programas, campañas y actividades institucionales, entre otras, en las enfermedades que se mencionan más adelante.

Establecer políticas entendidas como conjunto de acciones gubernamentales e institucionales y, para hacerlas efectivas, contar con la normativa integrada por disposiciones legales, reglamentarias, manuales y protocolos, así como por actividades institucionales basadas en derecho que pueden ayudar a prevenir, combatir, tratar y aliviar los efectos de las enfermedades crónicas que se mencionan a continuación:



3.1.1. Cáncer

El desafío del cáncer todavía es demasiado grande para el mundo por los estragos que causa en muchas personas. Hay varias clases de cáncer y que afectan a cualquiera de los diversos órganos del cuerpo humano, lo que determina las posibilidades de curarlo o, al menos, controlarlo, a menos que sea una versión muy agresiva, en cuyo caso el cáncer es terminal. Los médicos oncólogos coinciden en que el cáncer descubierto y tratado a tiempo ofrece muchas posibilidades al paciente de recuperarse, especialmente si se trata de cáncer pediátrico.

En Guatemala existe una institución muy importante y muy activa en el tratamiento del cáncer, que es el **Instituto de Cancerología (INCAN)**, administrado por la Liga Nacional contra el Cáncer, la única opción para la población de menos recursos; sin embargo, no es suficiente porque a él acuden personas de todo el país, por lo que el Estado debe elaborar los planes que sean necesarios, en conjunto con el sector privado, para implementar más instituciones dedicadas al tratamiento del cáncer en forma descentralizada y así evitar que los pacientes tengan que viajar hasta la capital, tomando en cuenta que muchos de ellos están en precarias condiciones de salud.

Un excelente ejemplo del potencial del sector privado es la **Fundación Ayúdame a Vivir (AYUVI)**, establecida en 1997 con el objetivo de recaudar fondos para brindar tratamientos sin costo a los niños con cáncer de Guatemala. En el año 2000, en una estrecha colaboración con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se funda la **Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP)**, hospital pionero en Latinoamérica en el tratamiento del cáncer pediátrico. El buen trabajo y el deseo de continuar la obra de la Unidad, llevó a que en el mismo año se unieran cuatro empresas socialmente responsables: Tigo, Pepsi, Pollo Campero y Banco G&T Continental (AYUVI, s. f., s. p.). Adicionalmente, en el año 2017 nace **AYUVI Occidente** una



clínica ambulatoria localizada en **Quetzaltenango**, la cual atiende a pacientes del área y del **AYUVI Hogar Estuardo Mini** ubicado en las afueras de la Ciudad de Guatemala.

Este ejemplar precedente puede motivar a descentralizar tan importantes servicios, de manera que en cada departamento de la república se organice la población, con el apoyo de las empresas y las industrias locales así como con las autoridades municipales, para proporcionar esta invaluable ayuda a los niños y adultos de su región que padezcan de cáncer.

Además, es preciso implementar un conjunto de políticas y normativas que conlleve acciones, campañas y programas de información para la prevención y detección oportuna del cáncer. En materia de prevención de cáncer de mama es loable la campaña lanzada por la empresa privada Agua Pura Salvavidas, denominada “Tiempo para Prevenir: hazte el autoexamen, prevén el cáncer de mama”. Dicha empresa como lo informa *el Periódico* (2020) “apoya desde hace años a la Fundación de Amigos contra el Cáncer (Fundecán) tanto realizando actividades de información y prevención como recaudando fondos destinados al tratamiento del cáncer con radioterapias para mujeres de escasos recursos” (p. 20).

Como se ha señalado a lo largo de esta tesis, la acción del sector privado es fundamental para complementar la gestión de la salud pública.

Pero, además, es preciso señalar que al derecho le compete una función coadyuvante ineludible, y respecto de la normativa legal y de otra jerarquía se puede mencionar la legislación contenida en el Código de Salud que obliga a poner rótulos de advertencia en los empaques de cigarrillos, en el sentido que el tabaco produce cáncer. En efecto, el Artículo 49 de este Código (la publicidad y consumo perjudicial) en su literal b) obliga a los fabricantes, importadores y anunciantes de cigarrillos y otros productos derivados del tabaco, a indicar en los espacios de su



publicidad, y a colocar en el empaque o envoltorio, y en la cajetilla del producto mismo, las siguientes advertencias: “FUMAR TABACO PRODUCE CANCER”, “EL CONSUMO DE ESTE PRODUCTO PRODUCE CANCER DE LA BOCA Y DE LA FARINGE” y “EL CONSUMO DE ESTE PRODUCTO PRODUCE CANCER PULMONAR”.

3.1.2. Alzheimer

Este desafío también es muy grande, ya que constantemente aumenta en el mundo el número de población afectada por este mal progresivo, degenerativo y cruel, por lo que es urgente crear las instituciones urbanas y rurales, campañas y programas que sean necesarios para la detección y contención de esta enfermedad, y además para la ayuda a las familias, ya que un paciente de Alzheimer se convierte en totalmente dependiente. Según la asociación internacional *Alzheimer's Disease International*, en Guatemala hay varias decenas de miles de personas con Alzheimer. Lo que puede hacer el derecho con relación con el Alzheimer, tanto a nivel nacional como a nivel internacional, no es fácil pero sí es factible.

Los miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su 70 Asamblea en Mayo de 2017 adoptaron el plan de acción global sobre la respuesta de la salud pública a la demencia, para el período 2017–2025. Dicho plan sigue a diez años de petición de una respuesta global a la demencia planteada por la organización *Alzheimer's Disease International* y por otras entidades alrededor del mundo.

Dicho plan de acción global, que técnicamente es vinculante para los ministerios de salud de los países miembros, busca mejorar las condiciones de vida de los pacientes de demencia, sus familiares y sus cuidadores, además de aminorar el impacto de la demencia en las comunidades y en los países. El plan de acción establece objetivos en siete áreas:



1. La demencia como una prioridad de la salud pública.
2. Conciencia y amistad hacia las personas con demencia.
3. Reducción de riesgos para los pacientes.
4. Diagnóstico de la demencia, tratamiento, cuidado y apoyo.
5. Apoyo para los cuidadores de los pacientes.
6. Sistemas de información sobre la demencia.
7. Investigación e innovación sobre la demencia.

En dichas áreas el derecho puede actuar a través de normativas que tiendan a facilitar la consecución de los objetivos del plan de acción.

En junio de 2018 la OMS publicó un nuevo reporte que contiene una guía técnica y recomendaciones a los estados miembros para desarrollar planes sobre la demencia. El primer objetivo del plan global urge a los 146 países miembros a desarrollar un plan para el año 2025. Dentro de los temas que involucra el plan de acción global de la OMS se mencionan los derechos humanos y civiles de los pacientes, de sus familiares y de sus cuidadores, así como la necesidad de su cobertura por la seguridad social y la protección que debe proporcionárseles a los enfermos con demencia por parte de las entidades públicas y comunitarias.

El 1 de Julio de 2020 el Gobierno de **Alemania** emitió la ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE LA DEMENCIA, la mejor respuesta a dicho Plan de acción global adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS / WHO). Esta estrategia nacional del gobierno alemán incluye a gran parte del sector público federal, estatal, municipal y privado de la República Federal de Alemania. Su objetivo es proporcionar mejor calidad de vida, salud y seguridad a las personas que padecen demencia en diferentes grados, tomando en cuenta que el sistema de



seguridad social alemán garantiza a los ciudadanos una vida lo más larga posible de acuerdo a las circunstancias físicas de cada una. En Alemania hay más de un millón y medio de personas con demencia senil.

Esta estrategia es profundamente humana y comprende una atención integral de los pacientes, sus cuidadores y sus familias, desde la parte espiritual y religiosa (a la que se le da mucha importancia y ocupa el primer lugar), hasta las condiciones que deben tener los hogares y las habitaciones de los pacientes. Incluye el uso de la tecnología digital para apoyar los servicios, cuidados y vigilancia de los pacientes, estableciendo estándares mínimos.

Aspecto importante es el de la seguridad de las personas con demencia, tanto cuando están en casa como cuando salen a la calle. Bajo las condiciones adecuadas de seguridad para ellos y para las demás personas, los pacientes pueden salir a parques, museos, teatros, jardines, conciertos y otras actividades de recreación. Es indispensable que porten una identificación (carnet) seguramente colocada en su vestimenta. Las autoridades y las organizaciones de servicio social deben conocer estos carnets de identificación.

La estrategia también incluye a los hospitales, el suministro de las medicinas adecuadas, servicios ambulatorios para visitar a los pacientes en sus residencias y el apoyo a los cuidadores y a las familias; además, se refiere a la necesidad de mejorar la cultura de la convivencia con pacientes de demencia, y requiere la cooperación de prácticamente todas las dependencias públicas federales, estatales y municipales, así como la de los vecinos, redes sociales y medios de comunicación, porque debe haber un sistema de alerta social cuando una persona con demencia senil se extravía, para que cualquier persona que la vea la cuide y llame a las autoridades.



Todos los países del mundo deben INSPIRARSE en esta estrategia alemana, que es una lección incontestable sobre el deber humanitario de solidaridad, caridad y gratitud hacia las personas mayores que padecen demencia.

Gran parte de los pacientes de Alzheimer están en buenas condiciones físicas de movilidad, de manera que contribuye a su salud física el ponerlos a hacer ejercicios. También es saludable que los pacientes se rían, por lo que son recomendables los programas que les causan hilaridad.

La opción al derecho constitucional de asociación constituye un primer camino a aliviar los efectos tanto para el paciente como para su familia.

En Guatemala existe la asociación **Ermita Alzheimer Guatemala**, que es una entidad civil no lucrativa dedicada a apoyar a pacientes y familiares, mediante actividades que les permitan mejorar sus condiciones de vida.

Esta grave enfermedad indudablemente tiene **incidencias en el campo legal**, además de las condiciones de cuidado de salud y de convivencia social del paciente y de su familia, porque una persona con Alzheimer debe ser declarada incapaz o interdicta, por su propia seguridad y la de sus bienes. En efecto, conforme el primer párrafo del Artículo 9 del Código Civil “Los mayores de edad que adolecen de enfermedad mental que los priva de discernimiento, deben ser declarados en estado de interdicción” (s. p.). Esta declaración la debe hacer un juez del ramo civil a solicitud de un familiar o de la Procuraduría General de la Nación. Así, tal como lo dispone el último párrafo del Artículo ya citado, “La declaratoria de interdicción produce, desde la fecha en que sea establecida en sentencia firme, incapacidad absoluta de la persona para el ejercicio de sus derechos; (...)” (s. p.). Como es de suponer, si el paciente de Alzheimer tiene

muchos bienes, es probable que haya confrontación entre sus familiares y herederos respecto del patrimonio.



Tratándose de acciones civiles, difícilmente trascenderán los litigios a ese respecto; sin embargo, ocurrió **un caso en Francia que se hizo famoso mundialmente y fue el de Madame Liliane Bettencourt, dueña de la prestigiosa casa francesa de cosméticos L’Oreal, cuya interdicción fue demandada por su hija, la cual enfrentó grandes oposiciones hasta que finalmente fue declarada.** Obviamente se estaba jugando una enorme fortuna. Aquí se puede comprobar la trascendencia que tiene el derecho en el caso de un paciente con Alzheimer.

Como ejemplo de acciones que tienen a la protección de los pacientes que padecen de Alzheimer, en **Japón** tienen como equipo de vigilancia de dichas personas un juego de zapatos especiales que contienen un localizador para determinar dónde se encuentran, especialmente si salen a la calle sin acompañamiento, ya que por su misma vulnerabilidad no tienen consciencia de quiénes son, dónde viven o adónde van. Sin duda es un magnífico dispositivo y ojala se generalice su uso en todos los países del mundo.

Adicionalmente es importante que se sigan efectuando las investigaciones médicas especializadas en neurología para prevenir y, ojalá, curar el Alzheimer, porque sería un gran aporte a la humanidad que sufre por este mal.

3.1.3. Diabetes (endocrinología)

Aunque ya existen instituciones y programas destinados a la divulgación de información y prevención de esta enfermedad que aqueja a millones de personas en América, en Guatemala requiere esfuerzos más formales, ya que por ejemplo todavía es alto el consumo desmedido de



azúcar y glucosa en bebidas y alimentos rápidos y callejeros.

La actividad regulatoria puede constituir un factor atenuante en la expansión de esta enfermedad, mediante advertencias de la contraindicación de alimentos y bebidas dulces para los diabéticos, que deberían adherirse a los envases de tales productos.

La diabetes es una enfermedad que por sí misma no es mortal, pero si no se controla, el paciente puede empeorar en sus condiciones de vida hasta extremos graves, haciéndose además vulnerable a otras enfermedades derivadas, lo que deteriora gradualmente su calidad de vida. Una adecuada alimentación, con una nutrición idónea, constituyen los mejores aliados en la lucha contra la diabetes. Asimismo, un cuidado extremo en no herirse, especialmente los pies, ni siquiera con pequeñas lastimaduras, puesto que los diabéticos son vulnerables a complicaciones graves derivadas de heridas en el cuerpo. Todas estas circunstancias deben ser motivo de campañas informativas y preventivas por parte del MSPAS, con la colaboración de empresas farmacéuticas y del sector privado, con la cooperación de las municipalidades.

Adicionalmente, hay medios de control de esta enfermedad, que son medicamentos que permiten a los pacientes llevar una vida normal si observan las ya mencionadas medidas de alimentación, nutrición, precaución y de control. Pero esta no es la posibilidad de personas de escasos recursos, de pobladores de áreas marginales y del área rural, porque la insulina es cara y está fuera de su alcance. La seguridad social, por su parte, cumple más o menos bien con el suministro a sus afiliados, según nos fue informado en las entrevistas que se hicieron en las clínicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, pero el segmento laboral formal es todavía una minoría respecto de la población total del país. Por lo tanto, hacen falta más y mejores campañas tanto a nivel urbano como especialmente rural para ilustrar a la población,



desde los niños y jóvenes hasta los adultos mayores, sobre la necesidad de evitar la diabetes, comenzando por sus causas, y los descuidos que pueden conducir a ella. Las disposiciones sobre la información nutritiva que deben contener los empaques de alimentos, deben incluir lo relativo a los excesos de glucosa, que es una de las causas de la diabetes. Aquí es donde la acción del Derecho viene a coadyuvar en la política sanitaria del Estado.

Es oportuno señalar que en lo referente a esta enfermedad la acción social del sector privado es sumamente útil y eficiente, y se trata del **Patronato del Diabético**, que es **una institución privada no lucrativa, de beneficio social, con 50 años de existencia, cuyos objetivos son:** a) prevenir a la población por medio de información y educación médico–nutricional; b) detectar la enfermedad y proveer educación médico–nutricional; y, c) brindar tratamiento médico a quienes lo soliciten.

Es la única institución en Guatemala avalada por la IDF (Federación Internacional de Diabetes, por sus siglas en inglés), que es la máxima regente a nivel mundial en el tema de diabetes. Actualmente cuenta con 12 filiales en el toda la República y proyecta un plan de expansión con el que espera llegar a toda la población.

Cuenta con una serie de servicios médicos como: endocrinología, frenología, odontología, entre otros que complementa con venta de medicamentos (farmacia) a precios más bajos que los del mercado, medicamentos a domicilio, Laboratorio clínico, tecnología de diagnóstico, entre otros.

3.1.4. Hepatitis

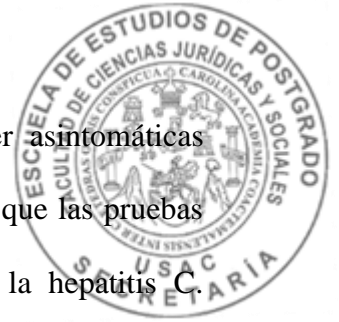
Otra grave enfermedad que según la Asociación Guatemalteca del Hígado (s. f.) amerita

esfuerzos coordinados por el ente rector de la salud en Guatemala (MSPAS) con las demás entidades públicas y privadas, urbanas y rurales, para prevenirla y tratarla, ya que es causa de muerte especialmente de niños en el área rural.



En esta labor pueden coadyuvar eficazmente las municipalidades y las gobernaciones departamentales para implementar programas de información y prevención en escuelas y en comunidades rurales. En el caso de esta enfermedad también actúan instituciones no lucrativas privadas, tales como la **Asociación Guatemalteca del Hígado**, legalmente aprobada el 19 de marzo 1998, según Acuerdo Ministerial 081-98. Es una entidad privada, no lucrativa, apolítica, no religiosa, de carácter médico-social, dedicada a la lucha contra las enfermedades y afecciones del hígado, vesícula y vías biliares, a través de actividades encaminadas a la prevención o control de las mismas. Está formada por personas interesadas en la solución de tales afecciones, incluyendo entre sus miembros a profesionales de la salud, personas y familiares afectados, así como personas que busquen la consecución de los fines de dicha Asociación. (s. p.)

La hepatitis es una inflamación del hígado comúnmente causada por una infección viral por uno de los cinco virus principales de la hepatitis (tipos A, B, C, D y E). Puede provocar infecciones agudas y evolucionar hacia una enfermedad hepática crónica, cirrosis, cáncer o incluso la muerte. Las infecciones de hepatitis B y C se transmiten a través de sangre contaminada, así como a través de agujas y jeringas contaminadas y entre personas que se inyectan drogas. Los virus también pueden transmitirse a través de relaciones sexuales sin protección y de una madre infectada a su hijo recién nacido.



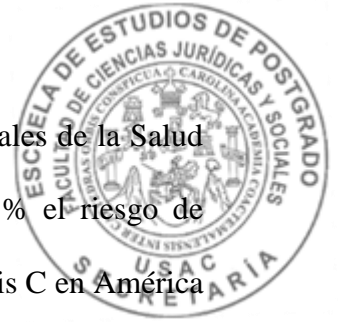
Las hepatitis B y C son infecciones crónicas que pueden permanecer asintomáticas durante largos períodos de tiempo, a menudo durante años. La buena noticia es que las pruebas realizadas tempranamente y el tratamiento previenen las complicaciones de la hepatitis C. Gracias a los avances en el tratamiento, los nuevos medicamentos pueden curar la hepatitis C en solo tres meses o menos. La guía actualizada de la OMS exige que todos los adultos y niños mayores de 12 años que viven con hepatitis C sean tratados con estos nuevos medicamentos.

Las hepatitis B y C afectan a 325 millones de personas en todo el mundo, lo que resulta en 1,34 millones de muertes cada año. En la región de las Américas, 3,9 millones de personas viven con hepatitis B crónica y 7,2 millones con hepatitis C crónica, lo que ocasiona más de 125.000 defunciones anuales. El cáncer de hígado es la cuarta causa principal de muerte por cáncer entre los hombres y la séptima entre las mujeres del hemisferio occidental, lo que representa un importante problema de salud pública.

En el Día Mundial contra la Hepatitis, el 28 de julio de 2018, en la sede de la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** en Washington, D.C., esta institución hizo un llamado a los países de las Américas para que intensifiquen urgentemente sus esfuerzos con el fin de garantizar el diagnóstico oportuno y el tratamiento de las hepatitis.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (s. f.) expresa:

Pese a los claros vínculos entre las hepatitis B y C crónicas, y enfermedades potencialmente fatales como la cirrosis y el cáncer de hígado, la región debe redoblar los esfuerzos para garantizar su prevención, detección y tratamiento. “Mientras que algunos países han logrado grandes avances para enfrentar los riesgos para la salud pública que plantean las hepatitis, muchos siguen rezagados”, afirmó Marcos Espinal, director del



Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud de la OPS/OMS. “Sabemos que tratar la hepatitis C puede reducir 75% el riesgo de desarrollar cáncer de hígado, pero solo el 14% de las personas con hepatitis C en América Latina y el Caribe han sido diagnosticadas y menos del 1% recibe el tratamiento que necesitan”, detalló. Durante 2015 y 2016, los ministros de Salud de todas las Américas acordaron una serie de acciones para reducir la carga de las hepatitis y eliminarlas como problema de salud pública para 2030. Desde entonces, los esfuerzos para garantizar la vacunación contra la hepatitis B han continuado, y todos los países de América Latina y el Caribe vacunan a los niños menores de 1 año, 22 de los cuales lo hacen dentro de las primeras 24 horas después del nacimiento, como lo recomienda la OMS. Sin embargo, cuando se trata del tratamiento de las personas que viven con hepatitis C crónica, queda mucho por hacer. Los nuevos avances muestran que más del 95% de los infectados podrían curarse. Sin embargo, en toda la región latinoamericana, incluyendo Guatemala, la gran mayoría de las personas que viven con hepatitis C no tienen acceso asequible a estos medicamentos altamente efectivos. Por ejemplo, el tratamiento con los antivirales de acción directa (DAA) puede curar la hepatitis C en tres meses o menos tiempo. (s. p.)

3.1.5. Tuberculosis

Grave por igual, esta enfermedad aqueja a miles de guatemaltecos que desconocen los efectos mortales de la misma de no ser tratados a tiempo.

La **Liga Nacional Contra la Tuberculosis** es una institución de servicio social, fundada el 27 de septiembre de 1945, con el fin de prevenir y erradicar la tuberculosis. Este año 2020 cumple 75 años de servicio. De conformidad con sus estatutos su función específica en el campo



de la lucha antituberculosa es el examen de colectividades a efecto de contribuir a la prevención y diagnóstico de la tuberculosis. La Liga sostiene todos sus programas de lucha antituberculosa exclusivamente con los fondos provenientes de la prestación de sus servicios.

Sus estatutos, que definen los fines y atribuciones de la Liga, fueron aprobados por el Gobierno de la República de Guatemala el 5 de marzo de 1946; y ese mismo año el Congreso de la República la declaró “Entidad de utilidad Social”. Según estos estatutos, es ajena a toda actividad política, religiosa y lucrativa y posee atribuciones para el logro de sus fines; entre las cuales están la formulación de su plan general de trabajo, la promoción de la fundación de organismos para la prevención y tratamiento de la tuberculosis, **la difusión de programas educativos en la materia y la gestión en la emisión, reforma o declaratoria de leyes que competen al campo de la lucha antituberculosa**, entre otras. Es factible su colaboración con entidades oficiales y privadas para lograr la unificación de métodos y evitar la duplicación de esfuerzos.

Sus instalaciones se encuentran ubicadas en la misma edificación en que dieron inicio sus labores en el año 1945; desde ese entonces estas han venido sufriendo sucesivas adaptaciones y ampliaciones ante la creciente demanda de servicios de salud.

Desde su fundación en 1945 los esfuerzos de la Liga han estado orientados especialmente al área de diagnóstico. Sin embargo, a partir de 1995, implementó el programa de atención médica, lo cual amplía considerablemente su campo de servicio a la comunidad.

El Decreto 66–95 del Congreso de la República declara el 27 de septiembre de cada año como “Día de la Liga Nacional Contra la Tuberculosis”.



De esta descripción de la Liga Nacional Contra la Tuberculosis es interesante destacar que dentro de sus atribuciones tiene la de divulgar programas educativos para la prevención de la tuberculosis, la cual ha realizado en diferentes épocas aunque habría que determinar si las autoridades actuales de la institución tienen planes a ese respecto.

En este, como en los casos anteriores, también pueden colaborar, como lo han venido haciendo, entidades de servicio tales como los Clubs de Leones y los Rotarios, que cuentan con la capacidad organizativa y confiabilidad recaudadora para apoyar los esfuerzos gubernamentales en tal sentido.

Otra atribución que concierne a esta tesis doctoral es la relacionada con la **gestión en la emisión de leyes en materia de la lucha antituberculosa**. Es preciso contar con un marco legal y normativo que propicie, facilite y garantice la acción de la salud pública tanto por parte del Estado como de los entes no gubernamentales y privados. La lucha contra todas las enfermedades necesita una normativa, y los pacientes también necesitan que se les garanticen sus derechos fundamentales.

Por cierto, existe la Iniciativa 5354, la cual llegó hasta dictamen favorable de la Comisión de Salud del Congreso de la República, pero no ha sido presentada al pleno. Esta Iniciativa 5354 se refiere al proyecto de ley para la prevención y control de la tuberculosis en Guatemala, define el Sector Salud e incluye, entre otras disposiciones, la regulación del Programa de Inmunización y Esquema Nacional de Vacunación, la creación del Consejo Nacional Asesor para Inmunizaciones, atribuye la responsabilidad de la vacunación al MSPAS, y establece la garantía de la vacunación universal.



La ley propuesta por dicha iniciativa es innecesaria a nivel de ley, porque las disposiciones que contiene ya están en forma general en el Código de Salud, lo que implica falta de técnica legislativa emitir una ley que repite o duplica materias ya reguladas en otra ley. Lo que debería hacerse correctamente es que el MSPAS emita un Reglamento específico para la tuberculosis, conteniendo las medidas que en esta iniciativa se mencionan.

Se señala a continuación la duplicidad o repetición de materia regulada en esta iniciativa y el Código de Salud:

1. La definición de Sector Salud le corresponde más bien al Código de Salud, en cuyo Artículo 8 está tal definición.
2. El objeto de la ley que propone esta iniciativa, relativo a “establecer acciones de coordinación, prevención y control de la enfermedad, donde la detección oportuna, el diagnóstico y el tratamiento estrictamente supervisado se lleve a cabo en todo el Sector Salud de la República” (s. p.), ya está contenido en los Artículos 52 y 61 del Código de Salud.
3. En el Código de Salud ya están contenidas las disposiciones sobre vigilancia (Artículos 52, 53 y 54 del Código de Salud), acatamiento por parte de los enfermos (Artículo 56 del Código de Salud), vacunación (Artículo 61 del Código de Salud), etc.
4. La obligación que según la iniciativa tienen las personas diagnosticadas con tuberculosis, también ya está contenida en el Artículo 56 del Código de Salud.
5. No hace falta que una ley clasifique a la tuberculosis como una enfermedad de notificación obligatoria, eso lo puede hacer el MSPAS.



La Comisión de Salud, antes de dar su dictamen, se reunió en una mesa técnica con representantes de varias entidades y oficinas tanto del sector público como del sector privado relacionados con salud. Eso lo puede y debe hacer el MSPAS en caso de discutir una normativa ministerial dedicada a la tuberculosis.

Todas las disposiciones contenidas en la iniciativa 5354 que comentamos, deberían ser objeto de un **reglamento ministerial**, tendrían la misma efectividad y podrían ser actualizadas de cuando en cuando con más facilidad que una ley del Congreso de la República.

Lo expresado por la Comisión de Salud en su dictamen favorable es interesante, pero como decíamos, sería más acertado que fuera el MSPAS como rector del sector salud el que exprese lo que es beneficioso para Guatemala en cada materia de salud.

3.1.6. Enfermedades tropicales

Ejemplos de enfermedades tropicales son el cólera, la malaria, el dengue, zika, chikungunya, entre otras. Aquí también se está hablando de esfuerzos mayores que superan la capacidad estatal de acción, por lo que los programas requieren convenios específicos con organismos o con agencias internacionales que, en primer lugar den las alertas internacionales para que los países se preparen y tomen las medidas urgentes de prevención que correspondan, luego que den al país apoyo material y técnico en el combate y erradicación de tales enfermedades por los estudios y análisis de muy alto nivel científico que realizan, especialmente en la identificación de sus causas, creando programas de divulgación de la información necesaria para que la población evite su propagación.



Con respecto del **cólera**, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (s. f.) indica que

El cólera es una infección intestinal aguda causada por la ingestión de alimentos o agua contaminados por la bacteria *Vibrio cholerae*. Tiene un periodo de incubación corto, entre menos de un día y cinco días, y la bacteria produce una enterotoxina que causa una diarrea copiosa, indolora y acuosa que puede conducir con rapidez a una deshidratación grave y a la muerte si no se trata prontamente. La mayor parte de los pacientes sufren también vómitos. (s. p.)

En Guatemala está la **Ley de Medidas y Acciones Emergentes para Prevenir y Evitar la Propagación del Cólera, Decreto 66–91 del Congreso de la República**, la cual es una disposición sumamente importante, aunque fue emitida con carácter de emergencia en el año 1991 debido al surgimiento de una epidemia de cólera que posteriormente fue superada y que afortunadamente hoy en día no se ha emitido ninguna alerta por cólera; sin embargo, la ley permaneció vigente y disponible para cuando el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social considere necesario activar las medidas allí contenidas. Por la misma utilidad se analiza el contenido de esta ley a continuación.

El Artículo 1 dispone que todos los servicios de agua potable públicos, sean propiedad de municipalidades, entidades autónomas o privadas, deberán mantener clorada el agua al nivel que garantice que sea potable. El Artículo 2 ordena al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social comprobar diariamente que el agua que se venda y distribuya reúna las condiciones de potabilidad que se requiere. El Artículo 3 dispone que los alimentos que se elaboren para el consumo humano en restaurantes, hoteles y ventas deberán ser cocidos, suspendiéndose la venta



de alimentos crudos, especialmente verduras y mariscos en los establecimientos públicos indicados, debiendo asimismo desinfectar todos los utensilios que usen en sus actividades, hasta que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, declare que ha sido superada la fase epidémica de la enfermedad.

Las medidas de prevención contenidas en esta ley son de permanente actualidad por lo que deben seguir siendo obligatorias, dada la emergencia actual por el coronavirus, porque la higiene es elemental para prevenir este virus. Se considera aquí, pues, que el MSPAS debería reactivar las medidas de esta ley.

El Artículo 4 dispone que las compañías que se dediquen a la producción, comercialización de verduras y mariscos, deberán establecer un programa permanente de análisis de sus productos para garantizar y así hacerlo, constar en sus facturas y envases, indicando, asimismo, que estos productos deben consumirse cocidos. El comentario del sustentante respecto de esa norma es que debe estar plenamente vigente, puesto que su contenido es de actualidad con motivo del coronavirus 19 como ya lo hemos afirmado.

Tal disposición es complementada con el Artículo 5, que contiene la parte sancionatoria, según la cual el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, queda facultado para suspender o sancionar a las entidades o personas que violen esta ley y vendan agua contaminada, alimentos contaminados, o contaminen con eses fecales las fuentes de consumo de agua, debiendo el Ministerio emitir el reglamento respectivo.

De acuerdo con el Artículo 6, las municipalidades deberán dar especial importancia a todos los proyectos de infraestructura que mejoren la salud, el agua potable, los drenajes y disposición de excretas, así como controlar la disposición de basura y materiales contaminantes.



Con todo y que es una ley pequeña, su contenido es absolutamente idóneo para una situación de crisis sanitaria con la que está pasando el mundo en este medio año 2020 por la COVID-19.

3.1.7. Dengue

Esta es una enfermedad tropical causante de muchos enfermos y también muertos en toda América Latina. Lamentablemente en Guatemala su prevención carece de una normativa que obligue a la población a evitar los criaderos de mosquitos que son los responsables de su propagación. La falta de medidas de higiene y el descuido en los recipientes de agua son los que favorecen su reproducción.

El dengue se transmite a través de la picadura de un mosquito infectado. Es una enfermedad que afecta personas de todas las edades, con síntomas que varían entre una fiebre leve a una fiebre incapacitante, acompañado de dolor intenso de cabeza, dolor detrás de los ojos, dolor en músculos y articulaciones, y eritema. La enfermedad puede progresar a formas graves, caracterizada principalmente por choque, dificultad respiratoria y/o daño grave de órganos. Tiene un comportamiento estacionario, es decir, en el hemisferio Sur la mayoría de los casos ocurren durante la primera mitad del año, en cambio, en el hemisferio Norte, los casos ocurren mayormente en la segunda mitad. Este patrón de comportamiento corresponde a los meses más cálidos y lluviosos.

En las Américas, el vector principal responsable de la transmisión del dengue es el mosquito *Aedes aegypti*. Cerca de 500 millones de personas en las Américas están actualmente (año 2019) en riesgo de contraer dengue. El número de caso de dengue en las Américas se ha incrementado en las últimas cuatro décadas, en tanto pasó de 1.5 millones de casos acumulados en la década del 80, a 16.2 millones en la década del 2010–2019.



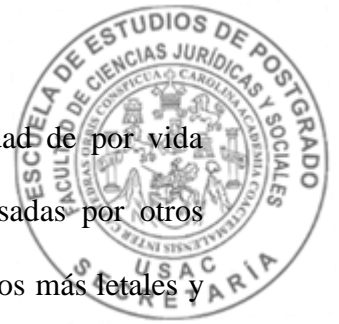
Como antecedente cercano en el año 2013, un año epidémico para la región, se registraron por primera vez más de 2 millones de casos, y una incidencia de 430.8 cada 100 mil habitantes. Se registraron también 37.692 casos de dengue grave y 1.280 muertes en el continente. En 2019 se registraron un poco más de 3.1 millones de casos, 28 mil graves y, 1.534 muertes

Los cuatro serotipos de dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DEN-V 4) circulan a lo largo de las Américas y en algunos casos circulan simultáneamente. La infección por un serotipo, seguida por otra infección con un serotipo diferente aumenta el riesgo de una persona de padecer dengue grave y hasta morir.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La **prevención y el control del dengue deben ser intersectorial e involucrar a la familia y la comunidad**. A esto se debió que en Agosto del año 2019 la OPS advirtió sobre la compleja situación del dengue en América Latina y el Caribe, región que atraviesa un nuevo ciclo epidémico de esta enfermedad. La situación se habría complejizado, por factores como el clima, el inadecuado ordenamiento ambiental y la gran capacidad de adaptación del mosquito.

Otra característica de la epidemia actual es que los menores de 15 años aparecen entre los más afectados. En Guatemala, representan el 52 % del total de casos de dengue grave, mientras que en Honduras constituyen el 66 % de todas las muertes confirmadas. Según funcionarios de la OPS, la causa puede vincularse a que se trata de una población que por su edad ha estado menos expuesta al virus y, por ende, carece de inmunidad.

El causante del dengue es un virus que tiene cuatro serotipos distintos, pero estrechamente emparentados: DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4. Todos circulan en las



Américas. Cuando una persona se recupera de la infección adquiere inmunidad de por vida contra el serotipo en particular. Sin embargo, las infecciones posteriores causadas por otros serotipos aumentan el riesgo de padecer dengue grave. El serotipo 2 es uno de los más fatales y es el que ahora más está afectando a los niños y adolescentes.

En la actualidad, los diez países más afectados por el dengue, según la cantidad de casos nuevos por cada 100.000 habitantes, son Nicaragua, Brasil, Honduras, Belice, Colombia, El Salvador, Paraguay, **Guatemala**, México y Venezuela. **Guatemala**, Honduras y Nicaragua **declararon en el año 2019 alertas epidemiológicas a nivel nacional para agilizar las acciones de respuesta.**

Ante este panorama, la OPS (s. f.) exhortó a toda la comunidad y todos los sectores de la sociedad a:

Trabajar intensamente en la **eliminación de los criaderos de mosquitos, especialmente los que están dentro y alrededor de cada vivienda.** Sin embargo, la respuesta de la población no fue suficiente, por lo que es preciso emitir disposiciones que obliguen y sancionen su inobservancia, vinculando además a las municipalidades para que hagan su parte en cuanto al control en su jurisdicción, algo que resulta imposible al MSPAS.

“El dengue es un **problema de saneamiento doméstico y comunitario**”, sostuvo José Luis San Martín, asesor regional de dengue de la OPS. “La forma más efectiva de combatirlo es eliminando sus criaderos para evitar que se reproduzca el mosquito, porque sin mosquitos no puede haber transmisión”, remarcó. (s. p.)

San Martín (s. f.) pidió que:



La comunidad en conjunto se deshaga de cualquier objeto en desuso que pueda acumular agua, como bidones, neumáticos viejos, latas, botellas y floreros. Los depósitos de agua de uso doméstico deben ser tapados herméticamente. “Eliminar los criaderos es darle un duro golpe al mosquito al cortar su ciclo de reproducción y reducir su población en el espacio” aseveró. (s. p.)

La OPS (s. f.) también pidió:

Asegurar que los profesionales de salud estén capacitados para diagnosticar y manejar en forma adecuada a pacientes con dengue u otras arbovirosis como **zika** y **chikungunya**, enfermedades que pueden desarrollarse y propagarse en paralelo con el dengue ya que comparten las mismas características climatológicas y ambientales.

“El manejo adecuado de pacientes es una prioridad que puede salvar vidas”, sostuvo San Martín e instó a la población a no automedicarse y a acudir tempranamente a un servicio de salud en caso de presentar síntomas de la enfermedad.

Los síntomas más comunes son fiebre elevada (40 °C), dolor de cabeza muy intenso, dolor detrás de los globos oculares, y dolores articulares y musculares; mientras que los signos de alarma del dengue, que demandan atención médica urgente, son dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, respiración acelerada, hemorragias de las mucosas, fatiga, irritabilidad y presencia de sangre en el vómito. Estos síntomas pueden a su vez ser comunes con otras enfermedades, y dar como resultado la concurrencia de dos o más padecimientos, circunstancia muy delicada que se llama comorbilidad.

No hay tratamiento específico para el dengue (ni para el dengue grave), pero la detección



oportuna, el acceso a la asistencia médica y el manejo adecuado del paciente enfermo disminuyen las complicaciones y la progresión de la enfermedad hacia la gravedad. La muerte por dengue es casi siempre evitable. (s. p.)

En el segundo semestre del año 2019 Guatemala estuvo en una alerta roja epidemiológica por los casos de dengue hemorrágico, una enfermedad que contabilizó casi nueve mil casos graves, y causó más de 30 muertes.

Las áreas en donde mayor cantidad de casos se registraron en el año 2019 fueron en El Progreso, San Marcos, Alta Verapaz, Santa Rosa, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Zacapa, Izabal y Baja Verapaz, es decir, en casi un 41 por ciento del territorio.

Según el MSPAS (s. f.) en el año 2019 se realizaron más de un millón de acciones:

Como parte de la estrategia para combatir el mosquito, y entre ellas están las fumigaciones. Pero el MSPAS lamentó que en algunos hogares no dejen ingresar al personal del Ministerio de Salud para que expliquen a las familias cómo evitar la propagación de los zancudos. Por esta razón consideramos que debe emitirse una disposición gubernamental o ministerial que obligue a prestar la colaboración al personal del MSPAS ya que es por el bien de todas las familias. La población debe colaborar con las autoridades quitando las chatarras y cepillando los recipientes donde mantienen agua para evitar que revienten las larvas. A este respecto también debe emitirse una disposición que contenga una parte sancionatoria para que sea cumplida, ya que en todo el país hay muchos lugares propicios como criaderos de mosquitos. Y debe propiciarse un convenio con las municipalidades para que verifiquen el cumplimiento de tan importantes medidas sanitarias. (s. p.)

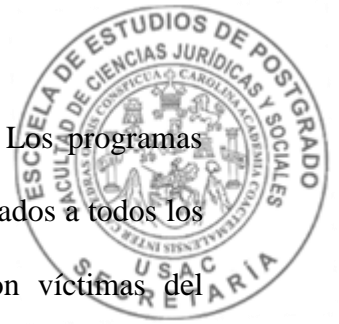


Ahora bien, **la normativa idónea no necesariamente es una ley sino un acuerdo gubernativo** que pueda obligar a la población y pedir la colaboración mediante convenio con las municipalidades, dadas las limitaciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. También están los **acuerdos ministeriales**, emitidos por el MSPAS, relativos a determinadas materias de salud.

Pero más eficaz todavía sería la celebración de **convenios** con sectores de la **población** para hacer conciencia a las familias que las medidas que deben adoptar es por el bien de ellas y cada uno de sus miembros. Esta opción, bastante versátil, se puede tomar tanto en áreas urbanas como rurales, porque la gente del interior del país, especialmente los campesinos, tienen un alto índice de cumplimiento de sus compromisos. Adicionalmente, en materia de enfermedades contagiosas es recomendable que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social proponga otro nivel normativo menos formal pero más cercano a la población como son los **manuales** y los **protocolos** porque estos hacen relación a la actividad directa de las personas, señalando lo que se debe hacer, cómo se debe hacer y lo que no se debe hacer en casos determinados, a efecto de no contagiarse, y si hay contagio cómo evitar que se propague.

3.1.8. Enfermedades de transmisión sexual (ETS): su proliferación, su tratamiento y su prevención

La prostitución urbana, rural y en regiones portuarias; sectores marginales sin recursos económicos y con desatención educativa; población vulnerable (menores, personas con falta de higiene, etc.). También se dan varios casos de transmisión de enfermedades con motivo de violación, ya que muchos abusadores adolecen de esta clase de enfermedades y al tener acceso sexual con la víctima la contagian. Hay casos todavía más graves en que el violador tiene SIDA



y contagia a la víctima, la cual tarda tiempo en descubrir que fue infectada. Los programas educativos y formativos en esta especialidad son urgentes y deben estar encaminados a todos los sectores, pero especialmente a los jóvenes, hombres y mujeres, quienes son víctimas del desconocimiento a este respecto, y de los abusos que se cometen. Existe una normativa en esta materia que relacionaremos a continuación. Sin embargo, lo más importante es la cultura que todos hemos de tener para evitar las consecuencias no deseadas y los daños a niños y jóvenes adolescentes, hombres y mujeres por igual.

En Guatemala se ha emitido la **Política Pública respecto de la Prevención a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y a la Respuesta a la Epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**, que es un conjunto de acciones orientadas a la atención integral de estas afecciones, mediante la coordinación de los distintos actores sociales que intervienen y/o son afectados por las mismas, bajo la responsabilidad del Gobierno de la República, con un enfoque multidisciplinario e intersectorial y con pertinencia cultural.

En cuanto a legislación, está la **Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA, Decreto 27–2000 del Congreso de la República y su Reglamento Acuerdo Gubernativo número 317–2002**. Según el Artículo 2 de la Ley General, dicha norma tiene por objeto la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas.



Al analizar la normativa citada y la antes referida Política Pública respecto de la Prevención a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y a la Respuesta a la Epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), necesitan que se les aplique por todo el sistema, no debe ser encargo solamente de una dependencia, en este caso del MSPAS, porque el esfuerzo rebasa su capacidad de acción. En entrevistas que hemos realizado respecto de dicha Política Pública se nos ha manifestado que debe ser actualizada para dotarla de efectividad.

También se encuentra una muy acertada regulación dirigida a la salud reproductiva en la **Ley de Desarrollo Social, Decreto 42-2001 del Congreso de la República de Guatemala**, la cual en sus Artículos 25 y 26 dice lo siguiente:

Artículo 25. Salud reproductiva. Para propósitos de la presente Ley, la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable.

Artículo 26. Programa de salud reproductiva. Sin perjuicio de las atribuciones y obligaciones que dispongan otras leyes, y de conformidad con lo que establezca la Política Nacional de Desarrollo Social y Población, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Ministerio de Educación, debe diseñar, coordinar, ejecutar y promover el Programa de Salud Reproductiva, que sea participativo, sin discriminación e incluyente, y que tome en cuenta las características, necesidades y



demandas de mujeres y hombres.

El Programa de Salud Reproductiva deberá cumplir y apegarse a las siguientes disposiciones:

1. **Objeto:** El Programa de Salud Reproductiva tiene como objetivo esencial reducir los índices de mortalidad materna e infantil, haciendo accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres y educando sobre los mismos.
2. **Servicios:** Los servicios de Salud Reproductiva son parte integral de los servicios de salud pública, por lo que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por medio de sus dependencias, hospitales, centros de salud, puestos de salud y demás unidades administrativas y de atención al público, están obligados a garantizar el acceso efectivo de las personas y la familia a la información, orientación, educación, provisión y promoción de servicios de salud reproductiva, incluyendo servicios de planificación familiar, atención prenatal, atención del parto y puerperio, prevención del cáncer cérvico-uterino y el de mama, atención a la menopausia y climaterio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de próstata, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y esterilidad, diagnóstico, tratamiento y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y atención a la población en edad adolescente.
3. **Planificación familiar:** Para fortalecer los servicios de salud reproductiva, se llevarán



a cabo programas y servicios de planificación familiar, basados en información veraz, objetiva y ética, es decir, fundada en la naturaleza de las personas y de la propia sexualidad humana, completa y fácil de entender, accesibles para todas las personas y parejas, en los establecimientos de salud pública y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en relación con sus afiliados y beneficiarios. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá elaborar, informar verazmente y difundir las normas y guías sobre la distribución y uso de los métodos anticonceptivos, tanto naturales como artificiales, ofrecidos en los servicios de salud.

4. **Adolescentes:** En todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se proporcionará atención específica y diferenciada para la población en edad adolescente, incluyendo consejería institucional en la naturaleza de la sexualidad humana integral, maternidad y paternidad responsable, control prenatal, atención del parto y puerperio, espaciamiento de embarazos, hemorragia de origen obstétrico y prevención y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). (s. p.)

Esta regulación es adecuada, según Gobierno Argentino (s. f.) aunque en los últimos años las legislaciones de los países van más avanzadamente a abordar otras especies de la salud reproductiva, tal como la legislación argentina que en su exposición inicial dice lo siguiente:

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos básicos. Son derechos tan importantes como el derecho a la vida, a la salud y a la libertad,



con los que están directamente relacionados.

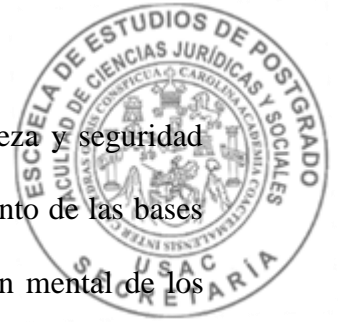
Derechos sexuales: se refieren a poder decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, a vivir la sexualidad sin presiones ni violencia, a que se respete la orientación sexual y la identidad de género sin discriminación, a acceder a información sobre cómo cuidarse, y disfrutar del cuerpo y de la intimidad con otras personas. Todas las personas tenemos derecho a disfrutar de una vida sexual elegida libremente, sin violencia, riesgos ni discriminación.

Derechos reproductivos: todas las personas tenemos derecho a decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijas/os, con quién, cuántos y cada cuánto tiempo. También son derechos recibir información sobre los diferentes métodos anticonceptivos y el acceso gratuito al método elegido.

La atención de la salud respetuosa y de calidad durante el embarazo, el parto y el posparto, así como en situaciones de post aborto, también están contempladas dentro de los derechos reproductivos. Es también un derecho el acceso a la interrupción legal del embarazo en las situaciones previstas por la legislación nacional y el asesoramiento sobre las opciones en todos los casos. (s. p.)

La protección de los derechos sexuales y reproductivos es más específica y puntual, algo que hace falta en el medio guatemalteco y que debería ser motivo de una actualización de la legislación ya mencionada.

En todos estos casos la función normativa del derecho es fundamental porque le



proporcionará las herramientas a la acción sanitaria para poder actuar con certeza y seguridad jurídica en el combate de tales enfermedades y especialmente en el establecimiento de las bases para su prevención. Hay que recordar que la prevención requiere la asimilación mental de los habitantes y la conducta humana necesaria para hacer o no hacer lo que esté indicado para prevenir epidemias o contagios. Por esta razón se han señalado los efectos de tales enfermedades porque son graves y causan daños no solo individuales sino colectivos, así que una normativa que tenga fuerza para poder imponerse sobre la libertad de hacer o no hacer es indispensable.

Es de señalar también que la lucha contra las enfermedades no es solamente desde la perspectiva médica (que, indudablemente es la primera y más importante), sino también deben concurrir todas las ciencias en sus respectivos campos, y una de ellas es la ciencia jurídica, que puede hacer aportes significativos para facilitar la investigación, la producción, la importación y la comercialización de los medicamentos adecuados, regular las actividades que pueden conducir a enfermedades (como lo relativo al tabaco, a las bebidas alcohólicas, etc.). En el caso de estas enfermedades que hemos enumerado, la legislación y la reglamentación son fundamentales, y por eso nos referimos a tales casos en forma individualizada.

Las instituciones no gubernamentales y las del sector privado no lucrativas que actúan en los ámbitos de determinadas enfermedades vienen a complementar acciones que competen al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), por lo que en todo caso, deben de contar con el apoyo del Estado en un conjunto de aspectos: exención mediante ley de toda clase de impuestos (ISR, IVA y otros), flexibilización mediante normas gubernamentales de los requerimientos (trámites) administrativos (ante el MSPAS) y aduaneros (ante la SAT) para la importación de los medicamentos que suministran y para sus insumos, muebles, equipos e instalaciones, tomando en cuenta que contribuyen al bienestar de la población, el cual es sobre

todo el fin del Estado.

A lo largo de esta tesis doctoral se señala la importancia de la combinación, coordinación y cooperación entre el Estado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los entes no gubernamentales y el sector privado, y la acción coadyuvante del Derecho, todo cual garantiza el beneficio de la población.





CAPÍTULO IV



4. Especialidades médicas en las que ya existe un adecuado marco legal y regulatorio

Recordando el marco de la presente tesis, que es un diagnóstico sobre algunos aspectos del sistema y el régimen legal de la salud pública en Guatemala, lo que en resumen significa un **análisis sobre la regulación legal de la salud pública**. Al derecho le interesa todo lo que beneficia o afecta a la sociedad, porque la función del derecho es regular y asegurar la satisfacción de las necesidades sociales. La salud es una necesidad social, por lo que es una prioridad para el derecho.

Esta relación no siempre es bien comprendida y por eso en esta tesis se hace referencia y descender a casos propios de la labor sanitaria que, sin embargo, deben tener la adecuada regulación legal para garantizar su continuidad y su eficacia. En varias especialidades médicas ya existe un adecuado marco legal y regulatorio, pero hace falta su plena realización, no solamente para quienes sean pacientes sino desde el punto de vista institucional dichas especialidades se convierten en labores sociales que debe realizar en principio el Estado pero también las municipalidades, las entidades no gubernamentales, la comunidad y otros sujetos.

Las especialidades médicas están referidas a profesionales de la medicina que luego se especializan en una de las muchas áreas de las ciencias médicas, especialidad que pueden realizar tanto en Guatemala como en el extranjero.

Para satisfacción y orgullo de este país, aquí hay realmente toda clase de especialistas; sin embargo, la proyección de los servicios de salud hacia la población sub-urbana y rural todavía



no es suficiente, por lo que es precisa la labor del Estado, de las municipalidades, de organizaciones no gubernamentales, de la misma comunidad y de otros actores que pueden contribuir con su valiosa actividad en regiones lejanas e inaccesibles.

Para mantener el orden en este capítulo, se iniciará con el marco legal relacionado con los profesionales, en general, y luego con los profesionales de la salud en particular.

4.1. Marco legal relacionado con los profesionales

Comienza con lo dispuesto en el Artículo 90 de la **Constitución Política de la República de Guatemala** sobre la colegiación profesional:

“La colegiación de los profesionales universitarios es obligatoria y tendrá por fines la superación moral, científica, técnica y material de las profesiones universitarias y el control de su ejercicio. Los colegios profesionales, como asociaciones gremiales con personalidad jurídica, funcionarán de conformidad con la Ley de Colegiación Profesional obligatoria y los estatutos de cada colegio se aprobarán con independencia de las universidades de las que fueren egresados sus miembros. (s. p.)

Por su parte, la **Ley de Colegiación Profesional Obligatoria, Decreto 72–2001 del Congreso de la República**, establece en su Artículo 1 (Obligatoriedad y ámbito) también que la colegiación de los Profesionales Universitarios es obligatoria, tal como lo establece la Constitución Política de la República y tiene por fines la superación moral, científica, técnica, cultural, económica y material de las profesiones universitarias y el control de su ejercicio, de conformidad con las normas de esta Ley. Se entiende por Colegiación la asociación de graduados universitarios de profesiones afines, en entidades gremiales, de conformidad con las

disposiciones de esta Ley.



Dicha norma estipula además que deben colegiarse:

1. Todos los profesionales egresados de las distintas universidades debidamente autorizadas para funcionar en el país y que hubieren obtenido el título o títulos.
2. Los profesionales incorporados a la Universidad de San Carlos de Guatemala.
3. Los profesionales graduados en las distintas universidades del extranjero, cuyos títulos sean reconocidos en Guatemala en virtud de tratados y convenios internacionales aceptados y ratificados por el Estado y que deseen ejercer su profesión en el país; y
4. Los profesionales universitarios graduados en el extranjero que formen parte de programas de postgrado, entrenamiento u otras actividades organizadas para, desarrollarse en el territorio de la República por las distintas universidades del país, instituciones no estatales o internacionales o instituciones del Estado, autónomas o semiautónomas y las municipalidades, que por tal motivo deban ejercer la profesión en Guatemala, durante un lapso de tiempo máximo de dos años, no prorrogables, podrán hacerlo por el tiempo que dure la actividad respectiva, para lo cual se inscribirán en el registro de colegiados temporales que deberá llevar cada colegio profesional. (s. p.)

Esta disposición es muy importante porque hace referencia a los profesionales graduados en las universidades del país, a los graduados en el extranjero y que se incorporen, a los graduados en el extranjero cuyos títulos sean reconocidos en Guatemala y los graduados en el extranjero que formen parte de programas hasta por dos años. En el caso de los profesionales de la medicina se presentan, efectivamente, casos correspondientes a los previstos en esta parte del

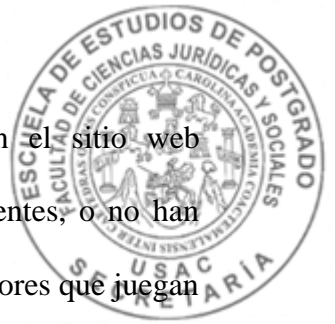


Artículo 1.

Por otra parte, en los casos en que se sindique a un miembro del Colegio correspondiente de haber faltado a la ética, haber afectado el honor y el prestigio de su profesión o haber incurrido en notoria ineficiencia, incompetencia, negligencia, impericia, mala práctica o conducta moralmente incorrecta, será el Tribunal de Honor conocer de las denuncias respectivas, instruir su averiguación y dictar la resolución imponiendo las sanciones cuando procedan. (Artículo 19).

Las sanciones que proceden son: sanción pecuniaria, amonestación privada, amonestación pública, suspensión temporal (6 meses a dos años) y suspensión definitiva en el ejercicio de la profesión. Esta última conlleva la pérdida de calidad de colegiado activo; se impondrá cuando el hecho conocido sea tipificado como delito por los tribunales competentes; siempre que se relacione con la profesión y la decisión sea tomada por las dos terceras partes de los miembros del Tribunal de Honor y ratificada en Asamblea General, con el voto de por lo menos el diez por ciento del total de colegiados activos (Artículo 26).

Esta ley también regula un caso muy grave que se puede dar, como lo es la **usurpación de calidad**, que consiste en arrogarse título académico o ejercer actos que competen a profesionales universitarios, sin tener título o habilitación especial, o quien poseyendo título profesional esté inhabilitado temporal o definitivamente (Artículo 30). Esta clase de usurpaciones se han dado en Guatemala y precisamente por personas extranjeras que han simulado ser médicos con especialidad en ciertos campos, como por ejemplo cirugía cosmética, habiendo logrado engañar a quienes han caído en sus trampas.



Lamentablemente, como lo informa el Ministerio Público (2020) en el sitio web *república.gt* en muchos casos no se han presentado las denuncias correspondientes, o no han llegado a tiempo, y las autoridades no han logrado someter a juicio a tales impostores que juegan con la salud de personas incautas que se exponen a graves peligros por confiar en quienes no tienen ni la capacidad ni las destrezas ni la autorización para dedicarse a tales actividades, por cierto muy delicadas:

Uno de los últimos casos informados por los medios de comunicación es el de un supuesto médico que en Chisec, Alta Verapaz, estafaba con una supuesta vacuna contra el coronavirus, quien fue capturado por denuncia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; sin embargo, según la información publicada solamente se le denunció por estafa, por ofrecer una vacuna que todavía no existe, y no por usurpación de calidad.
(s. p.)

Al observar estos casos se considera oportuno llamar la atención de la Junta Directiva del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, porque el Artículo 30 de la Ley de Colegiación Obligatoria, en su último párrafo, dice lo siguiente: “Las Juntas Directivas, implementarán los mecanismos legales de control y actuarán de oficio en cada caso que sea de su conocimiento” (s. p.), lo que significa que no hace falta esperar a que los impostores o usurpadores sean denunciados sino que las autoridades de los colegios profesionales deben mantener una labor de supervisión, vigilancia y observación, para detectar estos casos lo más pronto posible, denunciarlos ante el Ministerio Público y así evitar que pongan en peligro a quienes inadvertidamente confían en sus servicios profesionales. En esta labor de vigilancia pueden y deben colaborar otras autoridades tales como las municipalidades, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de sus unidades en todo el territorio nacional, y cualquier otra



dependencia que permita detectar rápidamente los movimientos de los impostores y usurpadores.

En otros países han ocurrido hechos similares según los medios de comunicación internacionales, de manera que se trata de un fenómeno transfronterizo, pero por el bien de la población deben lanzarse alertas internacionales, ya que muchos de los impostores y usurpadores provienen de países de la región, por lo que es importante implementar una alerta igualmente regional, difundiendo todas las características que permitan identificarlos, para que el público ya esté enterado y no caiga fácilmente.

En lo relativo a la responsabilidad civil de los profesionales, se debe tener presente lo regulado en los Artículos 1668 y 2033 del Código Civil. En efecto, el Artículo 1668 dice así: “El profesional es responsable por los daños o perjuicios que cause por ignorancia o negligencia inexcusable, o por divulgación de los secretos que conoce con motivo de su profesión” (s. p.) Asimismo, el Artículo 2033 establece que

El profesional está obligado a prestar sus servicios con toda dedicación y diligencia y con arreglo a las prescripciones de la ciencia o arte de que se trate, siendo responsable de los daños y perjuicios que cause por dolo, culpa o ignorancia inexcusable, o por la divulgación de los secretos de su cliente. (s. p.)

En estas normas transcritas está plasmada la **responsabilidad civil del profesional**, la cual se plasmará en los daños y perjuicios que cause por su mala práctica.

En el ámbito penal se tienen los siguientes casos de **responsabilidad penal**:

1. Si como consecuencia de un procedimiento quirúrgico un médico causa lesiones al paciente, se le aplicarán los Artículos 146 al 148 del Código Penal, según se trate de



lesiones gravísimas, graves o leves, respectivamente. Adicionalmente, por supuesto, las responsabilidades civiles;

2. En el Artículo 308, inciso 3º, del Código Penal, como uno de los agravantes del delito de tráfico ilegal de fármacos, drogas o estupefacientes, tipificado en el Artículo 307 del mismo código, está contenido el caso cuando el autor del delito fuere médico, químico, biólogo, farmacéutico, odontólogo, (...), en cuyo caso las penas serán incommutables, las multas serán de cinco mil a cincuenta mil quetzales, y las responsabilidades civiles se fijarán entre diez mil y cien mil quetzales. (s. p.)

4.2. Marco regulatorio de las profesiones relacionadas con la salud (Código de Ética Profesional de las Ciencias Médicas y otras regulaciones)

Por su parte, el Marco regulatorio de las profesiones relacionadas con la salud está representado en primer lugar por el **Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos**, emitido en el año 2017, el cual enuncia que la profesión médica está dirigida al servicio de la persona y la sociedad, al respeto de la vida humana desde su concepción (sinónimo de fecundación o fertilización), a la dignidad de la persona, cuidado de la salud y a la calidad de vida del individuo y de la comunidad. (Artículo 4)

Precisamente dicho Código establece las normas basadas en los principios éticos universales, para que los médicos se relacionen con colegas, pacientes, instituciones, empresas, industria farmacéutica y otras entidades o personas afines en cualquier ámbito de su vida profesional (Artículo 1). Y sus normas deben cumplirlas, obligatoriamente, todos los agremiados en el territorio de Guatemala (Artículo 2).



El Artículo 60 de este Código contiene un importante mandato relativo al médico y la salud pública, al disponer que los médicos deben cuidar la salud de la población y velar para que, en el sistema de salud, se cumpla con los requisitos de calidad, suficiencia y mantenimiento de los principios éticos. Están obligados a comunicar sus deficiencias a las instancias correspondientes, en tanto las mismas puedan afectar la correcta atención de los pacientes.

El Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos estipula que cuando un acto profesional sea manifiestamente contrario a los principios éticos y morales no previstos en dicho Código, la Junta Directiva del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, lo trasladará al Tribunal de Honor el cual lo conocerá para su estudio, consideración y dictamen correspondiente (Artículo 107). Sin embargo, si en el mismo caso se lleva a cabo un proceso ante los Tribunales de Justicia, en el que la comprobación de los hechos denunciados es competencia del Ministerio Público y de la justicia ordinaria, el Tribunal de Honor podrá posponer el conocimiento de la denuncia presentada ante la Junta Directiva del Colegio de Médicos y Cirujanos (Artículo 108).

Se anota que las resoluciones emitidas por el Tribunal de Honor de dicho Colegio son netamente éticas y morales y relacionadas con faltas que transgredan uno o más Artículos del Código que analizado, por lo que dichas resoluciones no son vinculantes con el juzgamiento de faltas o delitos, ni pueden ser utilizadas como prueba anticipada, medida o plataforma para presentar ante el Ministerio Público o los órganos jurisdiccionales (Artículo 110).

En suma, las regulaciones del Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos son normas de carácter ético y moral que gravitan sobre dichos profesionales y aunque no tienen trascendencia hacia el fuero judicial, sí deben ser respetadas por ellos, de manera que los pacientes, las personas relacionadas con ellos y los terceros, pueden presentar las denuncias que

correspondan ante la Junta Directiva del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.



Luego está el **Código Deontológico del Colegio Estomatológico de Guatemala** y el Reglamento del Tribunal de Honor y el **Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Guatemala**, siendo todos ellos también normas de naturaleza ética y su ámbito interno dentro de los respectivos Colegios Profesionales.

4.3. Odontología

La odontología es la especialidad dedicada a la dentadura, incluyendo las encías, la lengua, la boca y el sistema nervioso que lo compone. Para lograr la salud dental, el cuidado de los dientes y controlar la caries es básico, ya que es la principal causa de la pérdida de la dentadura. Muchas personas hacen uso indebido de sus dientes, utilizándolos para fines que no son de alimentación adecuada, y así los lesionan y hasta los pierden. Pero hace falta una normativa completa que incluya los instructivos que las autoridades de salud deben divulgar para que la población vaya asimilando la cultura del cuidado de la dentadura. Puede haber una subespecialidad dedicada al conjunto maxilofacial.

Se comienza indicando que la función de la odontología, para proteger la dentadura y los demás componentes, no tiene un carácter cosmético o estético, sino su objetivo es fundamental, toda vez que la dentadura constituye la primera etapa del proceso alimenticio luego de la ingesta, pues a través de ella se realiza la masticación de los alimentos para poder ser digeridos. La dentadura no es característica solamente de los seres humanos sino de prácticamente la mayoría de mamíferos, porque es indispensable para atrapar y preparar la comida y luego masticarla y digerirla.



Por el constante uso que se da a la dentadura está expuesta al deterioro, aparte de los factores que pueden precipitarlo, como la falta de higiene y consecuentes bacterias que la amenazan, los daños producidos por el tabaco y otras sustancias, los accidentes y los defectos congénitos que pueden traer. Por lo tanto, la odontología es indispensable para preservar o restablecer la salud de la dentadura, como decíamos fundamental para la alimentación de las personas. La odontología marca una señal entre el nivel cultural superior de quien cuida la dentadura, y el nivel inferior de quien no acude al dentista o ni lo conoce.

Los dientes son vitales para los seres humanos, por lo que el sector estomatológico es fundamental en una sociedad organizada y civilizada. Las entidades relacionadas directamente con el sector son: las clínicas odontológicas, el departamento de odontología del IGSS, el Colegio Estomatológico de Guatemala, las Facultades de Odontología de las universidades San Carlos, Mariano Gálvez y Francisco Marroquín. La población guatemalteca comienza a tener conciencia de la importancia de mantener sana la dentadura, pero todavía está lejos de llegar a un nivel mediano, lo cual es un fenómeno cultural. Adicionalmente es importante que las normativas de contratación de seguro médico incluyan la salud dental, porque constituirán un atractivo y darán al individuo su propia sensación de estar en un mejor nivel de vida.

Siendo, pues, la odontología una ciencia tan importante no se puede ni se debe subestimarla y, por el contrario, se debe **destacar la importancia que el derecho le otorga**. Aunque el seguro social del IGSS contempla los servicios odontológicos, no son suficientes para cubrir las necesidades de la mayor parte de la población que carece de ellos. Entonces, es el momento en que la parte jurídica debe actuar: no hace falta que se emitan leyes, quizás lo enunciado y dispuesto por el Código de Salud ya es suficiente para dar la base legal, pero hace falta el marco normativo compuesto por reglamentos y otras disposiciones que conviertan los



servicios odontológicos en una realidad asequible para la mayoría de personas que ahora carecen de ellos.

A este respecto, las facultades de odontología de las universidades que las tienen, así como algunas instituciones privadas con fines benéficos, como los clubes de Leones, los Rotarios y otros, realizan jornadas odontológicas en sectores de personas de limitados recursos. Son maravillosas demostraciones de solidaridad social, pero infelizmente son ocasionales.

También se ha podido comprobar que hay municipalidades que patrocinan esta clase de servicios, lo cual es muy loable. Pero la necesidad de la población va más allá, y por eso el Derecho debe cumplir su parte y emitir el marco normativo que garantice la generalización de los servicios odontológicos y su permanencia. Una normativa tal debería ir acompañada de campañas de información y de promoción de la higiene bucal y dental, como parte de la propia cultura de la salud que la población urbana y rural de Guatemala debe ir adquiriendo. Pero además del marco normativo, es preciso mejorar la estructura institucional, lo que quiere decir promover más clínicas odontológicas privadas y comunitarias.

El factor positivo en Guatemala es que hay suficiente oferta de profesionales de la odontología, o sea dentistas, muchos de los cuales están disponibles para emprender el ejercicio de tan noble y útil profesión en sus mismos lugares de origen, que resulta ser el mejor lugar para ejercer su profesión.

Entonces aquí es donde debe actuar el sistema: a nivel nacional, el Ministerio de Salud podría promover la conformación de muchos más consultorios comunitarios, y a su vez las gobernaciones departamentales ejecutar tales instrucciones, y de ser posible con el concurso de las municipalidades, o estas pueden organizar sus propios programas. Pero se debe comenzar por



destacar la importancia de la odontología, porque la falta de cultura conduce a la subestimación de la salud dental.

En encuestas que se han hecho tanto a nivel urbano como a nivel rural se ha encontrado un alto porcentaje de personas que descuidan la higiene bucal y dental, básicamente que no se cepillan los dientes después de comer. En el campo hay lugares que carecen de servicios básicos, comenzando por el agua y no tienen ni siquiera baños ni lavamanos, a pesar de lo cual se pudo ver en algunas escuelas rurales el esfuerzo de las maestras y maestros por enseñar a los niños a cepillarse los dientes y a no castigarlos triturando objetos demasiado sólidos, porque la función exclusiva de la dentadura es procesar alimentos y no otros usos dañinos.

Pero fue inesperado y sorprendente el alto porcentaje de personas urbanas y educadas que no practican los hábitos elementales de higiene bucal y dental. Los médicos y dentistas entrevistados informaron que la falta de higiene bucal y dental conduce a diversas enfermedades, desde las gastrointestinales (por las bacterias que se van al sistema digestivo) hasta las que causan estragos en órganos vitales al permitir que las bacterias ingresen al torrente sanguíneo y de allí a todo el organismo. No se puede dejar de mencionar y elogiar las campañas que realizan empresas privadas, incluso las que ofrecen los productos dentales, porque de alguna manera contribuyen a promover la cultura de la higiene bucal y dental. Al mismo tiempo las autoridades deben evitar que ingresen productos que no son originales sino plagios marcarios e industriales y que constituyen un verdadero riesgo para el consumidor. Pero la población necesita algo más, y por eso reiteramos que es el momento en que el Derecho puede y debe actuar.

Para las ciencias forenses la dentadura es uno de los más importantes elementos para el reconocimiento del cadáver por las características únicas que tiene para cada persona, y este es



otro vínculo destacado del Derecho con la Odontología, al grado que ha implicado el desarrollo de una rama de esta profesión que se denomina odontología forense.

Así, según expone Athenea Dental (s. f.) **la odontología legal y forense es aquella que se dedica al manejo de las evidencias dentales** para identificar cadáveres, encontrar evidencias o cualquier aspecto relevante para el proceso judicial. “Según el Centro de formación odontológico, la odontología forense es clase en las investigaciones judiciales” (s. p.). Como consecuencia, se puede afirmar que este es otro vínculo entre la odontología y el Derecho.

También se encuentra una relación entre un fenómeno de salud mental, como es la ansiedad, el estrés y la dentadura. En un estudio reciente se demostró que el padecimiento de ansiedad y estrés produce tensión mandibular inconsciente, que se llama bruxismo, el cual afecta la salud dental porque en los dientes detona dicha carga, desgastando el esmalte que los protege, forzando la desalineación de las piezas dentales, aparte de otros daños colaterales a partir de la tensión temporo–mandibular.

Desde el punto de vista legal laboral, un empleado que padece de bruxismo diurno (y posiblemente nocturno) es porque en su trabajo sufre de ansiedad, de tal manera que el servicio dental de la empresa debería tratarlo; y si es un empleado del Estado, este debe acudir al IGSS. Si es el caso de patrono privado, la Inspección General de Trabajo debe establecer las condiciones en que está el ambiente laboral en la empresa, porque puede ser que el empleado o empleada tenga temor o ansiedad por causa de maltrato patronal o también puede ser por *bullying* entre los mismos empleados; en cualquier caso, se deberán tomar las medidas disciplinarias correspondientes. Pero todo viene por el daño que un empleado o empleada sufre en la dentadura por causa del bruxismo, debido a la ansiedad o temor ante el tenso clima laboral



en que desempeña su trabajo. Estos casos también representan encuentros del derecho con las profesiones que constatan el desenvolvimiento de un ambiente de trabajo en el que la salud puede estar siendo afectada.

4.4. Oftalmología

La cultura de la salud tiene diversos y graves desafíos, siendo uno de los principales la protección de los ojos. La oftalmología es la ciencia que trata del sentido de la vista y de los ojos y todos sus componentes, su protección, recuperación y terapias y capacitaciones cuando el paciente padece de ceguera congénita o adquirida, parcial o total, así como de la cultura asociada a la visión. Para lograr la salud visual, es absolutamente necesario el cuidado de los ojos y evitar la catarata y otros daños ópticos; igualmente para la detección de deficiencia visual, la contención de la pérdida gradual de la visión, la actitud ante la ceguera, el entrenamiento de los no-videntes y su integración a la sociedad activa y productiva mediante el descubrimiento y desarrollo de otras capacidades. La prevención de la ceguera también se ha abordado mediante programas de consumo de alimentos que tengan las vitaminas A y E.

En esta sección se estudian algunos de los diferentes **encuentros que tiene el derecho con la oftalmología, con el sentido de la vista y con estos órganos tan importantes**. En efecto, los ojos constituyen dos de los órganos invaluable del cuerpo humano y proporcionan el sentido de la vista, sin el cual nadie puede tener calidad de vida.

El campo oftalmológico es otro en el cual la cultura de la población ha ido asimilando la necesidad de cuidar los ojos y en lo posible mejorar la visión. En este caso se puede evocar el famoso refrán que dice “nadie aprecia lo que tiene sino cuando lo pierde”, porque los ojos constituyen uno de los más preciados tesoros del organismo humano, sin embargo muchas

personas los descuidan y hasta los exponen a altos riesgos por realizar actividades peligrosas, o al contraer enfermedades que los dañan.



Cuando se ha visitado diversos ámbitos sociales, urbanos y rurales, se han observado conductas que revelan desconocimiento o poco aprecio de la necesidad de proteger los ojos ante factores que pueden incidir negativamente en ellos. Se ha visto soldadores que no utilizan los lentes protectores requeridos, sabiendo o debiendo saber que una sola chispa podría dañarlos irreparablemente.

También algunos albañiles no se protegen al llevar a cabo una construcción con cemento, ya que una sola partícula de cemento o de otro material de construcción podría dejarlos ciegos. Automovilistas, motoristas y muchas personas que recorren las calles y carreteras sin las precauciones básicas, lo cual les exponen a accidentes de consecuencias fatales. No menos grave es el descuido en la alimentación, porque hay alimentos que han sido preparados o servidos con ausencia de higiene y pueden ser portadores de bacterias, como la causante de la oncocercosis, que produce ceguera permanente. Una persona debe cuidar la calidad de los alimentos que ingiere, porque por buscar comida barata podría causarse a sí mismo un daño irreparable.

Entre las instituciones que destacan por su dedicación al cuidado de la vista, a su reparación y a su rehabilitación están el Comité Nacional Pro Ciegos y Sordos, con cobertura en todo el territorio nacional, el Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles, la Escuela para Ciegos, y otros muchos programas dirigidos a los no-videntes. Desde luego, la labor que realizan los Clubes de Leones por medio de las jornadas oftalmológicas merece ser reconocida en este trabajo de investigación, por cuanto se dedican a un campo tan especializado que muy pocas personas realmente tienen la preparación y la capacidad de hacerlo.

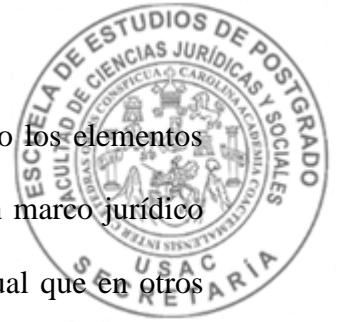


Esto sin mencionar a otras instituciones que actúan en el área oftalmológica, incluyendo a las universidades nacionales y extranjeras que ofrecen dicha especialidad. Es justo mencionar aquí la labor que realizan los médicos cubanos, porque atienden también a pacientes de escasos recursos y del área rural, hasta de las más alejadas, realizando operaciones de ojos a un costo sumamente tan bajo que está al alcance de prácticamente todos los pacientes.

Para realizar una mejor investigación se acudió al Comité Pro Ciegos y Sordos, entidad benemérita fundada por la doctora Honoris Causa Elisa Molina de Stahl, dama altruista y filántropa de vocación oriunda de Quetzaltenango, que dio un ejemplo hermoso de lo que puede hacer un espíritu generoso y solidario con los más necesitados y fue pionera en la dedicación desinteresada a los no-videntes.

El Comité Pro Ciegos es la institución idónea para abordar nuestro estudio en todo lo relativo a la oftalmología, sin perjuicio que lo mencionaremos en otros capítulos, ya que el aporte que dicha institución hace a la salud de los guatemaltecos es amplio y valioso. Como reconocimiento a tan loable aporte, ha sido exonerado de impuestos por medio de las leyes siguientes: Decreto 248 del Congreso de la República, Decreto 576 del presidente de la República y Decreto 10-75 del Congreso de la República, lo que constituye otro encuentro ejemplar del derecho con la salud, en este caso, una institución estrechamente vinculada a la oftalmología, dedicada a los ciegos y hoy en día además al cuidado de la visión para quienes la tienen o para recuperarla quienes la están perdiendo.

La oftalmología es una especialidad médica que requiere de recursos humanos calificados (médicos y cirujanos especializados), recursos económicos, recursos materiales e instrumentales. Los pacientes provienen de todos los sectores sociales, por lo que el Estado debe disponer dichos

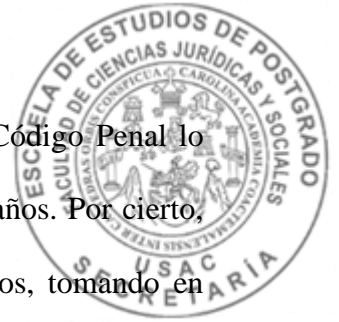


recursos, pero no los tiene, por lo que la misma sociedad debe proveerlos. Pero los elementos que conforman la oftalmología son sumamente delicados, lo que requiere de un marco jurídico adecuado que garantice su calidad y al mismo tiempo su disponibilidad. Al igual que en otros equipos, instrumentos y medicamentos, las autoridades deben ejercer suficiente control para evitar los plagios marcarios e industriales que induzcan a error a los consumidores.

La oftalmología requiere también de hospitales especializados, con equipos e instrumentos también especializados, altamente sofisticados, por lo que Guatemala ha tenido la suerte inmensa de haber tenido como hija ilustre a la doctora Molina de Stahl, quien dejó un legado tan grande y útil como el ya mencionado Comité Pro Ciegos y Sordos, el Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles, al cual acuden pacientes de todo el país, y que es un ejemplo a nivel continental de una institución privada tan activa contra las enfermedades y padecimientos congénitos en el campo de la visión. Gracias a la labor realizada por esta singular institución se ha logrado la inclusión laboral de los no-videntes desde hace muchos años. Se menciona este caso porque demuestra que la salud pública no solamente está en manos del Estado, sino que el sector privado puede contribuir significativamente en la solución de los problemas que aquejan a la población.

La oftalmología también garantiza el sentido de la vista, para el derecho eso tiene una relevancia de carácter legal, tal como se ve en las leyes que tienen relación con los ojos o con el sentido de la visión, entre las que se tienen las siguientes:

El Artículo 145 del Código Penal regula lo relativo a las lesiones específicas, expresando que “Quien, de propósito (...) dejare ciego (...) a otra persona, será sancionado con prisión de cinco a doce años” (s. p.). Y si no causa la ceguera pero produce a alguien debilitación



permanente de la función de un órgano, o de un sentido, el Artículo 147 del Código Penal lo considera una lesión grave, sancionando al culpable con prisión de dos a ocho años. Por cierto, tales parámetros de prisión, como sanción, por una lesión grave son muy bajos, tomando en cuenta el daño causado.

Otro caso de relación fundamental de una ley con la vista, es el Código de Notariado, Decreto 314 del Congreso de la República, porque un notario tiene que utilizar la vista para dar fe de los actos en que interviene. Así, el Artículo 3 de dicho Código, relativo a los impedimentos para ejercer el notariado, en su inciso 3 incluye expresamente a los ciegos. Por la ya mencionada naturaleza del notariado, en este Código hay varias disposiciones en las cuales se hace referencia a que el notario ha tenido a la vista documentos, así como por ejemplo ha visto y oído al testador si lo contenido en cada cláusula del testamento es la expresión fiel de su voluntad (Artículo 42, inciso 6, del Código de Notariado). Se ve, pues, cómo es de trascendental la oftalmología para el notariado.

Otro ejemplo es el Reglamento de Tránsito, Acuerdo Gubernativo Número 499-97, el cual contiene los requisitos para obtener licencia de conducir, su renovación y su reposición. Así, el Artículo 31 de este Reglamento dentro de los requisitos para obtener la primera licencia, contiene el inciso c), que dice: “c) No adolecer de Impedimento mental, volitivo y/o visual para conducir de acuerdo con las normas de la Ley y de este Reglamento, según dictamen de médico colegiado guatemalteco” (s. p.).

Por otra parte, el Artículo 35 del Reglamento citado, dentro de los requisitos para renovación y reposición de licencia, contiene el inciso f), que dice: “No adolecer de impedimento mental, volitivo y/o visual para conducir de acuerdo con las normas de la Ley y de este



Reglamento, según dictamen médico colegiado guatemalteco” (s. p.).

El Reglamento de Tránsito, sin ser una ley sino un Acuerdo Gubernativo, es una norma importante, vigente y positiva, que regula nada menos que el tránsito en toda la República, de manera que constituye otro ejemplo de la relación del derecho con la vida, ya que este sentido es fundamental para la conducción de vehículos de toda clase.

También se tiene otra norma, de nivel menor, que es el caso del Acuerdo Ministerial 181–2019 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de fecha 7 de Agosto de 2019, que aprueba la *Normativa para la regulación de medicamentos de prescripción médica, antimicrobianos (antibióticos de vía oral y parenteral) y esteroides oftálmicos*, que como dice su nombre, tiene por objeto establecer los requisitos para la regulación de antimicrobianos y esteroides oftálmicos de prescripción médica en todas las farmacias. Precisamente, en el punto 5 dice “En el caso de los esteroides oftálmicos son objeto de control en la dispensación bajo prescripción médica, por el riesgo de glaucoma y ceguera” (s. p.).

Esta restricción en la venta de esteroides oftálmicos, requiriendo receta médica, busca la salud ocular del paciente, para que el uso de tal medicamento sea bajo supervisión del médico. Es, pues, otro ejemplo de un beneficioso encuentro entre el derecho (representado por un Acuerdo Ministerial) y la medicina, lo cual confirma la hipótesis de esta tesis doctoral.

4.5. Dermatología

Es la especialidad dedicada a la salud de la piel. Según exponen Eleni Linos & Abrar A. Qureshi (s. f.) aquí se encuentran todos los casos de patología:

Desde los menos graves hasta los más serios. Teniendo en cuenta la alta o creciente



prevalencia de muchas condiciones de la piel, los dermatólogos tienen el potencial de desempeñar un papel importante en la investigación y la política de salud pública. (...) destaca la relevancia de las condiciones dermatológicas para la salud pública, el impacto que la epidemiología puede tener en una práctica de dermatología, y los principales tipos de estudios de salud pública, así como los conceptos de diseño de investigación y la terminología utilizada en epidemiología. (s. p.)

De este texto se puede deducir que la dermatología representa hoy en día una ciencia y una profesión que se encarga de un grupo de padecimientos de la piel dentro de la salud pública a efecto de prevenir sobre la ocurrencia de una epidemia de amplios efectos que ya tiene claras y concretas manifestaciones. Por esta razón la dermatología se encuentra realizando profundas investigaciones y estudios especializados, los cuales deben contar con el apoyo de las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

La salud de la piel suele estar descuidada en países tropicales y con un gran porcentaje de población rural que por dicha circunstancia no conoce lo relativo a los cuidados de la piel. Un país como Guatemala tiene diversas regiones, con diferentes climas, humedad y altura, todo lo que incide en las condiciones en que viven las personas.

El trabajador agrícola está expuesto a la intemperie, pero la misma naturaleza le compensa, y le proporciona la fortaleza y resistencia frente a las inclemencias de calor, frío, lluvia, sequedad, contacto con fauna y flora benigna y maligna. No obstante, a pesar de la compensación de la naturaleza, resultan más peligrosas las bacterias que habitan y se reproducen abrumadoramente en lugares y ambientes sucios, carentes de higiene, en los cuales las personas conviven en hacinamiento entre ellas y en contacto con animales. En el campo de dermatología



esos ambientes favorecen la peligrosa bacteria conocida como bacilo de Hansen, que produce la lepra.

Aun cuando hoy en día la lepra es curable con un tratamiento multimedicado, si los pacientes no se someten al mismo corren el peligro de morir lentamente con graves y dolorosos daños en los miembros, en la cara y en órganos vitales, y lo peor de todo es que la lepra se contagia con saliva y otros fluidos, de manera que viviendo muchas personas en promiscuidad, la enfermedad se transmite fácilmente de unos a otros. Se ha podido comprobar en las visitas a áreas rurales que hay muy poco conocimiento de esta enfermedad en regiones remotas, aun cuando sí se presentan cuadros patológicos, pero se tratan de curar con medicinas naturales que no son capaces de combatir eficazmente la bacteria de Hansen sino solamente son paliativos del dolor, de las molestias y de ciertas manifestaciones.

Por lo tanto, resulta necesario que se tomen medidas administrativas para información de la población, en las diferentes lenguas vernáculas que corresponden a cada región, y que se emitan las disposiciones reglamentarias y administrativas pertinentes a efecto que se implementen en los centros de salud las demás medidas para prevenir esta enfermedad que, aun cuando no representa ningún peligro de epidemia, debería haber sido erradicada totalmente de Guatemala, como lo ha sido en otros países en vías de desarrollo. Y esas políticas y campañas tienen que estar respaldadas por las disposiciones correspondientes, lo cual confirma el importante papel que el Derecho juega en la salud.

En Guatemala existen tres Hospitales de Dermatología, que incluyen el tratamiento de todos los casos conocidos de enfermedades dermatológicas, pero es insuficiente tomando en cuenta que llegan a los mismos pacientes procedentes de toda la República. Dichos hospitales



corresponden a una entidad privada no lucrativa que es el Patronato de Acción Contra la Lepra (PACOLEP), fundado en Diciembre de 1972 por el Dr. Fernando A. Cordero, entidad que recibió en usufructo el Leprocomio, anteriormente parte del Ministerio de Salud Pública. En 1976 funda el Instituto de Dermatología y Cirugía de la Piel (INDERMA) a efecto de realizar los estudios necesarios para controlar y erradicar esta terrible enfermedad, y atender de mejor manera a los pacientes.

En este instituto INDERMA los médicos pueden hacer maestría y estudios especializados, e incluso vienen profesionales de otros países de América Latina a especializarse. Con tres hospitales, uno de la zona 1, otro en la zona 6 y otro en la zona 7 de la Ciudad Capital, es la organización que atiende de mejor manera estos casos patológicos. El hospital de la zona 6 es el hospital Las Piedrecitas, especializado en pacientes con lepra. El conjunto hospitalario e investigativo es un modelo en América Latina, pero sigue siendo poco conocido, ante todo por el estigma histórico-bíblico de la lepra.

Por lo mismo, debería contar con más apoyo de la población y del Estado, y por eso se considera conveniente que cuente con un mejor marco normativo. En entrevista realizada con una doctora especializada en Dermatología en dicho hospital ha informado que a dicho hospital, siendo nacional, le falta apoyo del gobierno pues sus desafíos son muchos, tomando en cuenta que gran parte de los pacientes vienen desde el interior del país.

Entonces, la dermatología constituye una especialidad cada vez más apreciada por la sociedad porque de ella depende el contagio de otras enfermedades que son verdaderas amenazas para los seres humanos. Los estudios sobre la piel y los factores que la dañan son insuficientes, tomando en cuenta que se vive en una región carente de las medidas de higiene que prevendrían

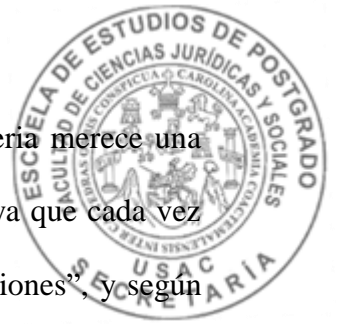


las enfermedades dermatológicas que actualmente padecen miles de personas y que les causan muchas limitaciones o padecimientos en la piel de diferentes partes del cuerpo. Como hecho afirmado anteriormente, por la posición geográfica de la República de Guatemala el clima es tropical, lo que produce un ambiente propicio para las enfermedades dermatológicas. A este respecto es necesario que también haya una normativa relativa a las medidas de prevención para quienes trabajan en ambientes propensos a esa clase de enfermedades.

El Reglamento de Salud y Seguridad Ocupacional (RSSO) constituye un importante avance en la protección de los laborantes, pero en el área rural todavía falta mucho porque la vigilancia y supervisión de las autoridades de trabajo es limitada en recursos humanos, logísticos y económicos.

Se ha anotado desde el principio que la dermatología es mucho más que ciencia cosmética y estética, sin embargo a este respecto también es preciso alertar sobre los peligros y riesgos que representan tratamientos cosméticos y estéticos llevados a cabo por profesionales especialistas y no especialistas, así como por no profesionales, sin advertir las contraindicaciones y sobre los riesgos peligrosos que conllevan para quienes se someten a los mismos.

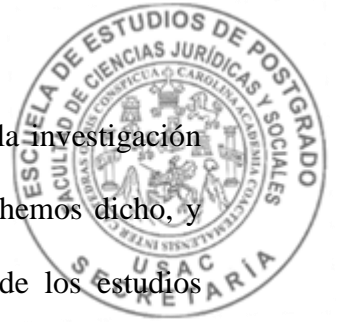
En entrevistas que se han hecho a pacientes y a personas que estuvieron a punto de someterse a ciertos tratamientos de “rejuvenecimiento”, se ha encontrado que es inexistente la supervisión de salud pública sobre estas prácticas, muchas de las cuales han causado daños graves irreparables a los pacientes. Algunos pacientes manifestaron que nadie publica las contraindicaciones de las denominadas “infiltraciones” en diferentes partes del cuerpo, especialmente en la cara, senos y glúteos, que se ha convertido en un gran negocio, y cuando han preguntado a las compañías farmacéuticas que suministran las materias primas y los productos



para tales tratamientos, les niegan la información. Consideramos que esta materia merece una atención urgente y especializada por parte de las autoridades de salud pública, ya que cada vez hay más requerimiento de tratamientos que implican las denominadas “infiltraciones”, y según testimonios que hemos obtenido, gran parte de los pacientes son mujeres jóvenes, muchas de ellas menores de edad, que merecen una guía objetiva de beneficios y riesgos de tales tratamientos.

En entrevistas con profesionales de la medicina han informado que tales actividades de tratamiento “cosmético” se prestan a fraudes porque hay supuestos médicos especializados que vienen de otros países a realizarlos, y no tienen tal la especialidad y muchos ni siquiera son médicos, lo que evidencia la falta de control de las autoridades del Ministerio de Salud Pública. En efecto, han relatado, que ha habido pacientes a quienes se les ha causado daños irreparables, incluso un contagio que le produjo a la paciente la muerte, por haberse practicado el “tratamiento” sin los requerimientos quirúrgicos necesarios para esos casos.

Otra patología concerniente a la dermatología es la de los hongos en la piel, algunos de los cuales dejan secuelas imborrables, riesgo al que está expuesta gran parte de la población debido al frecuente contacto con lugares contaminados con hongos, sumado a que se vive en un clima cálido y húmedo, y principalmente por la falta de higiene en muchos ambientes públicos y que se transmite y contagia fácilmente porque existe poco hábito de lavarse las manos antes y después de haber tocado objetos que suelen estar contaminados con hongos, tales como los picaportes, pasamanos, ventanillas, llaves de los servicios y en general diversos objetos que están en contacto con intenso tráfico humano.



En este sentido, convendría que las autoridades del MSPAS estimulara la investigación científica en este campo, por las características propias de la región, tal como hemos dicho, y cada programa debería tener su propia normativa que facilite la realización de los estudios correspondientes, incluyendo la formación de los profesionales seleccionados, la dotación de los recursos económicos necesarios así como los equipos técnicos idóneos que tendrían que importarse, para lo cual la administración tributaria deberá cooperar facilitando los trámites requeridos. Un campo de investigación idóneo en materia de dermatología es el relativo a dos de las principales afecciones de las que, entre otras, padece la población: los hongos y el acné.

De igual manera que las otras patologías, se considera conveniente que las autoridades proporcionen constante y amplia información a este respecto, y que se promueva el uso público y doméstico de agua y jabón. Como uso público debe emitirse una normativa que obligue a utilizar jabón antes de iniciar las labores en una dependencia o institución del Estado. **Es allí también otra área donde el derecho tiene también una misión que cumplir en el campo de la salud pública.**

En las entrevistas que se han sostenido con médicos dermatólogos han expresado que otro riesgo grave en materia de dermatología es el cáncer de piel, del cual hay varias clases, debido a descuidos comunes de las personas, tales como la exposición al sol sin sombrero ni ropa que les cubra, en un país tropical como el este.

Otro padecimiento dermatológico es el de los papilomas o verrugas que proceden de un virus fácil de adquirir cuando hay falta de higiene; agregan los entrevistados que aunque este mal tiene solución muchas personas desconocen cómo curarse y el aspecto que le dan es muy desagradable. En estos casos hace falta la emisión de instructivos y la realización de jornadas



dermatológicas auspiciadas por el MSPAS y patrocinadas por las empresas farmacéuticas de productos para la piel y de cosméticos, tanto en la capital como en las cabeceras departamentales, en las cuales se den a conocer todas las campañas de información y recomendaciones a la población para lograr más prevención. Podemos anticipar que tales eventos tendrían mucho éxito y las farmacéuticas expositoras serían muy bien recibidas en todo el país, aparte que darían oportunidad al MSPAS para transmitir los mensajes correspondientes.

4.6. Salud mental (Psicología)

La salud mental es tan importante o más que la salud física, porque la mente debe gobernar al cuerpo y no al revés. El subsector de la salud mental pone de manifiesto la necesidad de su atención, ya que toda sociedad civilizada debe preocuparse por ella. El ser humano no está exento de imperfecciones físicas y mentales congénitas o con el paso del tiempo ir adquiriendo enfermedades que deterioren su cuerpo o su mente. Tampoco es infalible y puede cometer actos erróneos o puede sufrir accidentes que le produzcan daños graves e irreparables, incluso en su mente.

Dentro de las enfermedades mentales comunes más conocidas se mencionan las siguientes: el síndrome de Down, el autismo, la esquizofrenia, la paranoia, la psicosis, ansiedad, pánico, fobias y el mal de Alzheimer. Y otro grupo considerable es el de los trastornos afectivos.

La salud pública es una función muy amplia porque comprende todos los casos de enfermedad que pueden sufrir los seres humanos, así como los procedimientos y medicamentos para prevenir, curar o paliar los efectos que producen. Hay enfermedades visibles y enfermedades que no se miran pero que producen efectos leves o graves. Dentro de las enfermedades que posiblemente no se miran a simple vista están las enfermedades mentales que

pueden padecer las personas en su fuero mental interior. La acción del sistema de salud pública dedicada a las enfermedades mentales de la población es muy importante.



La salud mental es fundamental en una sociedad para considerarse civilizada bien organizada y, por lo tanto, las autoridades de salud pública deben darle el lugar estratégico que le corresponde. Sin embargo, la atención de los tantos casos de trastornos mentales que aquejan a una comunidad es mínima e insuficiente, y mucho menos para la labor preventiva que debería desplegar el Estado, y todavía menos para elaborar patrones y perfiles que permitan conocer las manifestaciones que revelen una determinada patología mental y así detectar con certeza los individuos que padecen alguna enfermedad mental y evaluar la peligrosidad que ofrezcan para ellos mismos, para su familia y para su entorno social.

Aquí es donde el derecho vuelve a ayudar, porque se necesitará una normativa que elabore una estrategia de acción, de prevención y de conocimiento, que incluya desde campañas puramente informativas hasta servicios gratuitos de información personal (para el autoconocimiento del individuo), familiar y social.

Desde luego, es preciso advertir que no todos los padecimientos de salud mental son enfermedades graves o incurables, sino que hay muchas afecciones que son comunes en una sociedad hiperactiva, lo que no significa que no deban prevenirse o, en caso ya se padezcan, que no deben tratarse. Lo primero es informar a las personas que conocerse a sí mismas es fundamental, y que el primer campo de salud que debe fortalecerse es la salud mental, y detectar cualquier riesgo o amenaza a la misma.

Desde luego, si hay alguien con padecimientos más serios, es imperativo que la familia lo sepa, y que le aplique las medicinas que necesariamente se le deban administrar, y si requiere



hospitalización o reclusión internarlo el tiempo que sea necesario, y si la familia del paciente no cuenta con los recursos ni los medios para hacerlo, pedir la ayuda de las autoridades correspondientes. Es todo un proceso, que implica los correspondientes protocolos de evaluación, de diagnóstico, de tratamiento y, en su caso, de reclusión.

Adicionalmente, la normativa debe contemplar todas las características de las instituciones públicas y privadas dedicadas al tratamiento de enfermedades mentales, desde la selección y capacitación del personal encargado, hasta la infraestructura propiamente dicha, incluyendo el equipamiento, amueblado y todos los objetos que estén en contacto con los pacientes, así como la alimentación y el suministro de los medicamentos respectivos. Toda esa infraestructura debe ser permanentemente supervisada y periódicamente actualizada.

Con respecto a los trastornos mentales, la organización Mundial de la Salud (s. f.) expone lo siguiente:

Datos y cifras

1. Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.
2. Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo.
3. Hay estrategias eficaces para prevenir algunos trastornos mentales, entre ellos la depresión.

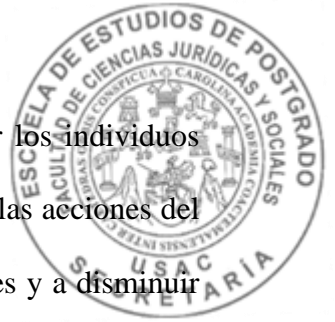


4. Se dispone de tratamientos eficaces contra los trastornos mentales y medidas que permiten aliviar el sufrimiento que causan.
5. Los pacientes deben tener acceso a la atención médica y los servicios sociales que les puedan ofrecer el tratamiento que necesitan. Además, es fundamental que reciban apoyo social.

La prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países. (s. p.)

Al respecto: es cierto que hay una gran variedad de trastornos mentales, muchos de los cuales ni siquiera se conocen a fondo, y además tienen características y manifestaciones diferentes aunque el género sea el mismo. Las enfermedades mentales afectan potencias internas del sujeto y por eso es más difícil conocerlas plenamente, porque el psiquiatra depende de lo poco visible o perceptible basado en la conducta externa del paciente, y luego de lo que el mismo pueda expresar. La psiquiatría ha hecho importantes avances para ir obteniendo información directa e indirecta e interpretarla, pero cada caso requiere un estudio particular.

Hay pacientes que consciente o inconscientemente disimulan muy bien los padecimientos mentales que les aquejan, o bien requieren de mucha observación para detectar algo extraño en el sujeto, y eso dificulta la labor profesional. Precisamente hay quejas de pacientes que no reciben la atención adecuada. Y es de recordar que determinados trastornos mentales son artificiales, lo que quiere decir el tratamiento es más fácil pero debe de cumplirse para que sea eficaz.



Se verá ahora algunos casos de trastornos mentales que pueden padecer los individuos que conforman la sociedad y, por lo tanto, es de interés para el derecho asegurar las acciones del sistema de salud pública tendientes a garantizar la atención debida a los pacientes y a disminuir todo lo posible los efectos que le causan al mismo y a su entorno familiar y social.

a) Depresión

Tal como afirma la OPS/OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de otros males en todo el mundo y se puede estimar que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.

Aun cuando este trastorno no es visible a simple vista, afecta gravemente al individuo e incide inevitablemente en su desempeño vital. **Según explicaron psicólogos entrevistados, en muchos casos, el individuo que padece depresión no se reconoce a sí mismo como paciente.** Este fenómeno indudablemente es de relevancia social, por lo que para el derecho es muy importante aportar la normativa que permita atender a los pacientes, sea cual sea el nivel de padecimiento depresivo y su ámbito de desenvolvimiento.

Esta normativa no hace referencia solamente a la seguridad social, que debe cubrir y atender estos casos, sino también a que el sistema de salud pública garantice la disponibilidad de medicamentos que alivien al paciente y la terapia necesaria para curarlo. Todo este marco regulatorio es la contribución del derecho para este padecimiento.

Se tiene que tener presente que **en este y en los demás casos de enfermedades los medicamentos deben tener una doble propiedad efectiva: curar el mal y al mismo tiempo**



evitar la adicción.

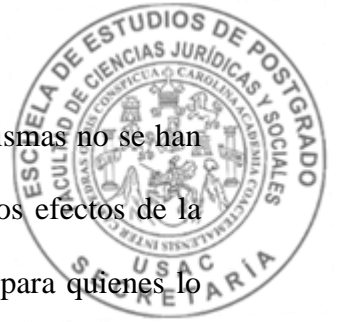
Según el documento de la OPS/OMS, el paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. La depresión puede ser de larga duración o recurrente, y afecta considerablemente a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

A este respecto, se puede afirmar que en una de sus modalidades la depresión es un mal generado fuertemente por las sociedades actuales en su ímpetu de producir y consumir, y en el círculo vicioso resultante los individuos se maquinizan de tal manera que temiendo no responder suficientemente a la dinámica, se frustran y caen en depresión.

En otra modalidad, la depresión proviene de situaciones afectivas –de infinita variedad– mal administradas por el individuo (en muchos casos mujeres, pero también hombres). Existe la consciencia que muchos problemas afectivos no son fácilmente digeribles, lo que lleva aparejados estragos adicionales.

Dentro de las muchas causas de la depresión, la OPS/OMS señala el maltrato doméstico (que afecta a gran cantidad de niños) y las secuelas de desastres naturales y conflictos bélicos (en los adultos).

En todos los casos comentados el sistema de salud pública debe establecer tratamientos preventivos disponibles para toda persona que se considere afectada por esas y otras causas. En Guatemala, siendo una sociedad permanentemente convulsionada por eventos de distinta



naturaleza, la depresión afecta a muchas personas, aunque posiblemente ellas mismas no se han percatado del mal que padecen. El derecho no puede ser ajeno a las causas y los efectos de la depresión, porque produce consecuencias tanto para el mismo individuo como para quienes lo rodean.

Entre los factores que los psicólogos refieren como más recurrentes en el diagnóstico de la depresión están las dificultades económicas, los problemas laborales y el maltrato psicológico –real, sobredimensionado o imaginario–. Los facultativos consideran que antes de administrar medicamentos conviene aplicar una terapia que induzca al individuo a resolver o mejorar por sí mismo el ambiente de donde emergen tales causas.

Se ha encontrado en la investigación y en las entrevistas realizadas que en muchos casos los mismos individuos son responsables de su propio sobre–endeudamiento. A este respecto, se han propuesto en esta misma investigación que las autoridades correspondientes (Superintendencia de Bancos) elaboren programas informativos y educativos a todo nivel y que deban publicar recomendaciones, guías y orientaciones al público sobre el correcto y prudente uso de las tarjetas de crédito, mientras que las autoridades del ramo de Economía deben hacer lo propio, para evitar que la población caiga en el consumismo, práctica lesiva para la economía familiar.

En lo referente a los problemas laborales, existen muchas causas, pero todo el fenómeno lleva a recomendar que las autoridades correspondientes (Ministerio de Trabajo), como rector del sector laboral, recomiende la capacitación, supervisión y evaluación de todos los laborantes, públicos y privados, tanto subalternos como jefes, porque está comprobado que un problema laboral proviene de una falta de competencia de uno o de otro.

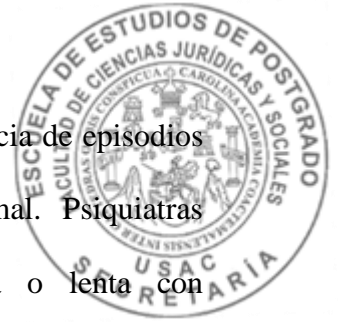


Luego de una terapia no medicada llevada a cabo por psicólogos, podría ser recomendable un tratamiento con medicamentos recetados con mucha prudencia para no producir adicción, y por eso la normativa correspondiente impone la prescripción obligatoria y supervisada (el médico al paciente y las autoridades de salud a las farmacias contra verificación de los inventarios).

Aunque en otro capítulo se hace referencia al suicidio, se puede mencionar aquí que como trastorno mental está asociado a casos radicales de depresión y de infra autoestima en los cuales el individuo pierde por completo el sentido de valor por la vida y considera mejor quitársela. Como parte de esta investigación se escucharon testimonios de bomberos (tanto voluntarios como municipales) y confirmaron que en muchos casos intentaron frenéticamente disuadir a quienes estaban a punto de arrojarse del puente Belice o del Incienso, pero escuchaban razones absurdas que evidenciaban un serio trastorno mental. En un caso sobrecogedor de suicidio ocurrido en Guatemala hace algunos años, una mujer que padecía de este trastorno se tiró del puente Belice junto con su pequeña hija que también murió en el acto.

La información proporcionada por sus familiares reveló que dicha persona padecía de severa depresión, aunque hubiera podido salir de ella, pero se alejó de ellos y no permitió que se le proporcionara la asistencia que urgentemente necesitaba, produciendo tan triste desenlace. Es así que el derecho concurre con una función tan importante como es la normativa en todos los campos para garantizar el bienestar de la sociedad.

En cuanto al **Trastorno afectivo bipolar**, el documento de la OPS/OMS que se comenta indica que afecta a millones de personas en todo el mundo, muchas de las cuales no se han percatado del mal que padecen o bien las personas de su entorno no saben de la existencia de tal



trastorno, o lo llaman “irritabilidad fácil”, y se suele caracterizar por la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por periodos de estado de ánimo normal. Psiquiatras entrevistados han informado que puede presentarse oscilación acelerada o lenta con progresividad continua o con gradualidad de un extremo a otro, pero también puede darse giros instantáneos entre un estado y otro sin pasar por progresividad.

Este trastorno puede producir consecuencias menores o mayores tanto hacia el mismo individuo como hacia quienes lo rodean y es causa de innumerables crisis familiares, sociales, laborales y de toda índole. Por eso es absolutamente que exista una normativa especializada por parte del sistema de salud pública, tanto con carácter informativo, preventivo y alertivo, como para el tratamiento correspondiente, que cada facultativo debe aplicar atendiendo a las características del trastorno y a las circunstancias propias del paciente. Es importante también inducir y orientar al paciente en el conocimiento de sí mismo y a aceptar que padece un trastorno muy delicado. De igual manera es recomendable aconsejar a la familia sobre el comportamiento a seguir ante la variabilidad de conducta de su ser querido.

La trascendencia de esta enfermedad es que en uno de los episodios de anormalidad, el sujeto es capaz de cometer agresiones que no cometería en un estado normal pero que ya puede ser constitutiva de delito, aun cuando para la fijación de la pena el juez tendría que analizar por medio de dictamen de expertos (médicos psiquiatras) el grado de enajenación que padecía el sujeto cuando perpetró el acto delictivo.

Uno de los problemas laborales que presenta la bipolaridad es que mientras se descubre que el sujeto la padece, podría llegar a asumir responsabilidades que incrementan el peligro de actuación anormal resultante de tal trastorno. Esta situación es de gran interés para el derecho



laboral, para la emisión de normativas que recomienden la selección, capacitación y permanente evaluación psicológica del personal, y qué hacer en caso de detectar trastornos momentáneos o permanentes que pueden ser causantes de hechos tipificables como ilícitos. En efecto, al llegar a un episodio de anormalidad, el paciente puede llegar a decir, a sugerir o a hacer algo que afecte a otra persona en su ambiente laboral y que resulte en una agresión.

Es oportuno señalar que los medicamentos destinados a estabilizar el estado de ánimo indicados para pacientes que padecen este trastorno y así prevenir cualquier anomalía, son muy delicados y deben enmarcarse en una prescripción obligatoria y supervisada. Desde luego, el tratamiento psicológico es absolutamente necesario porque el éxito depende en primer lugar del mismo paciente en la medida en que se conozca y desee curarse.

Se debe tener cuidado con el diagnóstico equivocado, creer que el paciente tiene una enfermedad tal y en realidad tiene otra, o errar en el medicamento prescrito. El error en el diagnóstico puede ser constitutivo de mala práctica y acarrear consecuencias legales para el facultativo.

Uno de los trastornos mentales más delicados es la **esquizofrenia** y otras **psicosis** que, según el documento de la OPS/OMS, afectan a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Se caracterizan por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. Suelen ir acompañadas de alucinaciones (ver, oír o percibir algo que no existe) y delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad de las que el paciente está firmemente convencido aun cuando haya pruebas de lo contrario). Estos trastornos indudablemente pueden dificultar que el paciente trabaje o estudie con normalidad y además pueden producir estigmatización y discriminación en los ambientes laborales o

educativos en los que se desenvuelve.



La paranoia según Medline Plus es (s. f.):

El trastorno de personalidad paranoica (PPD, por sus siglas en inglés) es una afección mental en la cual una persona tiene un patrón de desconfianza y celos de los demás en forma prolongada. La persona no tiene un trastorno psicótico completo como la esquizofrenia. (s. p.)

La paranoia puede muy peligrosamente llegar a tener consecuencias legales por las siguientes razones: produce baja autoestima y depresión, culpando a los demás de su propio fracaso o frustración. Pero como la paranoia es degenerativa, va empeorando al individuo pudiendo llevarlo hasta sentir una profunda hostilidad hacia quienes le rodean, desde la propia familia o algunos de sus familiares hasta los compañeros, colegas y vecinos, y aún extraños que encuentra en la calle, llevándole a pasar de la hostilidad mental a la hostilidad de palabra y luego a la hostilidad manual, instrumental y hasta armada, pudiendo provocar desde una simple riña hasta lesiones y asesinato incluso masivo.

Esto explica casos muy graves que han sucedido en los Estados Unidos en los cuales alumnos, exalumnos o exempleados llegan a un establecimiento donde habían estudiado, o estudiaban o en el cual habían trabajado, con armas de asalto y disparan al azar causando muchas muertes. La paranoia también puede presentarse entre ex combatientes en las fuerzas armadas de un país que han sido dados de baja.

En otra versión de la paranoia, la baja autoestima y la depresión llevan al individuo a sentir frustración y que su vida no vale nada, llevándole al abandono, ya sea en el mundo de las drogas,



de la delincuencia y finalmente al suicidio. Muchos individuos que forman parte de bandas criminales son paranoicos y consideran que no tienen nada que perder al perpetrar toda clase de acciones crueles, impías y hasta sanguinarias. En los estudios practicados a esta clase de personas se han encontrado síntomas y sentimientos que casi invitan a que se les dispare y se les mate y al no lograrlo su frustración es todavía mayor.

Aun cuando actualmente se asocia la paranoia a la esquizofrenia y a la psicosis, todavía hay psiquiatras que la siguen diferenciando. Para este estudio conviene hacer esta distinción por las consecuencias legales que puede provocar, según lo expuesto en párrafos precedentes.

En estos casos los pacientes deben contar necesaria y absolutamente con la asistencia psicosanitaria correspondiente que, en casos graves, debe incluir la reclusión temporal que permita su rehabilitación o permanente que sea aconsejable por el equipo psiquiátrico.

Los medicamentos en estas enfermedades son sumamente delicados y por lo tanto su prescripción supervisada es terminantemente obligatoria tanto para el paciente, como para los facultativos y para las farmacias respectivas. Además, la información, orientación y preparación de la familia del paciente es absolutamente recomendable. Es preciso garantizar a los pacientes un trato humano adecuado que les permita desenvolverse con la mayor naturalidad y normalidad posible.

En todo caso, este trastorno es particularmente de interés para el derecho, por lo cual se ha hecho referencia a él con el detalle expuesto.

El documento de la OPS/OMS indica que los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales, lo cual es absolutamente cierto y se

comparte esa preocupación porque el sistema de salud pública de Guatemala no le ha dado la importancia que tiene la enfermedad y especialmente su prevención.



Esta clase de males no requiere solamente medicamentos y terapias sino además es necesaria la actitud de la población, comenzando por la de los mismos familiares, ya que en muchos casos discriminan y rechazan al paciente, lo envían a un hospital público, nunca lo visitan ni se preocupan por él y no pocas veces los sacan de la casa, aun dejándolo en la calle. En esta investigación de campo se encuentra incluso un caso de una paciente, de origen sudamericano, persona que en su edad sana fue muy preparada, pero con el tiempo le devino una enfermedad mental que requirió su internamiento en Guatemala en un centro privado de salud mental, pero los familiares directos de dicha persona no quisieron ayudarla. Esto demostró la dificultad existente en este medio para encontrar solidaridad humana en caso de enfermedad mental.

Además de lo anteriormente expuesto, se debe señalar que los servicios de salud que el sistema de salud pública presta son de muy baja calidad.

Estas enfermedades requieren capacitación especializada para el personal que atiende en los hospitales y centros de salud públicos y privados, información y orientación a las familias y educación permanente a los pacientes. Los pacientes deben ser enseñados a manejarse, aunque muchos no tienen consciencia de lo que les está pasando, pero pueden aprender mucho más de lo que se imagina la opinión pública.

Pero no se ha quedado solo con los casos expuestos. Existen otras enfermedades mentales graves con repercusión igualmente grave en la convivencia familiar y social que producen a su vez consecuencias legales tanto de carácter civil como de carácter penal. El estudio de este

campo está compartido por la psiquiatría, la psiquiatría forense, el derecho civil en cuanto a la responsabilidad civil y el derecho penal en cuanto a la responsabilidad penal.



Con respecto de **la situación de los trastornos mentales en Guatemala**, en un interesante reportaje realizado por la periodista Geidi Muñoz (2017) del diario *Prensa Libre*, publicado en la edición del 3 de Enero del 2017 se lee:

Que el sistema de salud pública de Guatemala es débil para prestar la atención debida a la población por falta de personal especializado. (Según dicho reportaje), solamente hay 108 psiquiatras activos en la Asociación de Psiquiatras de Guatemala, aunque según el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) hay un poco más pero no llegan a 150. Mientras tanto, los servicios de salud mental se centralizan en la capital y solamente en siete departamentos (o sea la tercera parte de 22 que integran la República); según el Departamento de Programa de Descentralización del Hospital Nacional de Salud Mental Federico Mora, varios ya están jubilados o en edad de jubilarse y no viajan al interior de la república. El reportaje indica que según el Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud, en la red hospitalaria en la provincia laboran nueve psiquiatras —uno en Petén, dos en Quiché, uno en Retalhuleu, dos en Chimaltenango, uno en Santa Rosa y dos en Jutiapa—, mientras que en el Federico Mora tienen 14, entre ellos el director y subdirector. Indica el reportaje que “se busca descentralizar y desinstitucionalizar a todos los pacientes de salud mental, ya que ahora se concentran en el Federico Mora.” (s. p.)

De acuerdo con la investigación realizada por la periodista relacionada (2017),

(...) la morbilidad más frecuente es un trastorno mixto de ansiedad y depresión, luego siguen los trastornos de ansiedad, depresivos y la bipolaridad. (...) Las causas (...) son



los problemas medioambientales, sociales, de violencia, de desintegración familiar así como a factores laborales y sentimentales; las mujeres son las más vulnerables. (s. p.)

Es así que Guatemala tiene un índice muy negativo en este aspecto, lo cual es entendible por la problemática perenne que vive el país, según se ha dicho en este trabajo, pero es preocupante que cuente con tan poca capacidad de asistencia psicosanitaria.

En el reportaje comentado (Geidi Muñoz, 2017) se explica que

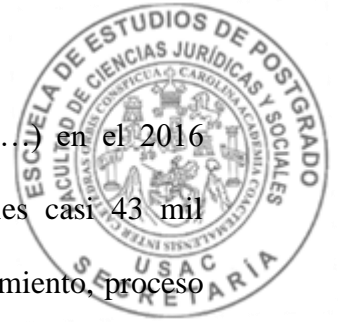
el trastorno mental es un conjunto de síntomas y signos que hacen reconocer a una persona con una dificultad en el área emocional, psicosocial, familiar, laboral; y la discapacidad es una secuela o una consecuencia de un trastorno mental, por ejemplo la depresión o el alcoholismo, que están muy asociados. (s. p.)

El contenido técnico del reportaje coincide con el documento de la OPS/OMS al que se ha hecho referencia. En el caso de Guatemala, hay que señalar el alto índice de alcoholismo en la población de la provincia, lo que hace más preocupante la poca cobertura que tiene el sistema de salud pública en materia de salud mental.

La política en salud pública debe poner atención en esta debilidad porque, como se ha anotado, los trastornos mentales son causa a su vez de problemas legales a nivel individual, familiar y social.

En cuanto al IGSS lo que expone Geidi Muñoz (2017) en el reportaje de *Prensa Libre* que se comenta señala que:

El Centro de Atención Integral de Salud Mental del Seguro Social tiene cuatro servicios



—consulta externa, hospitalización, emergencia y hospital de día—. (...) en el 2016 registraron 48 mil 804 consultas en los cuatro servicios, de las cuales casi 43 mil corresponden a consulta externa. En este servicio el paciente recibe tratamiento, proceso psicoterapéutico y medicamentos. Tiene hospitalizados 468 pacientes, emergencia ha asistido a dos mil 726 pacientes y el resto está en los otros servicios (...) el 30 por ciento de los pacientes son de la provincia, a quienes les brindan transporte. (...) entre los trastornos más frecuentes que atienden están: depresión, ansiedad, trastorno bipolar y los relacionados con bebidas alcohólicas. El centro cuenta con 15 psiquiatras profesionales. El Seguro Social tiene una escuela de postgrado que forma a profesionales de esta rama de la salud.

Es muy interesante la información relacionada con el IGSS, pero hay que recordar que dicho Instituto solamente atiende a sus afiliados. (s. p.)

El reportaje concluye con una estadística más interesante todavía de la atención pública, que resume de la siguiente manera:

1. El Hospital Federico Mora atiende en promedio entre 150 y 200 pacientes cada día en la consulta externa. Tiene hospitalizados entre 330 y 350.
2. El presupuesto que se asignó para ese nosocomio en el 2016 fue de Q53 millones y se logró una ampliación de Q6 millones.
3. El hospital cubría el 80 por ciento de los medicamentos a los pacientes de consulta externa, pero debido a la crisis que hubo en Salud dejó de hacerlo. Ahora se cubre menos de la mitad.
4. Los programas de salud mental en el país tienen atención alta, pero no propiamente



psiquiátrica, sino psicológica.

5. Pérez explicó que los psiquiatras son especialistas médicos y normalmente trabajan en áreas de salud hospitalaria, y los del sistema público también se forman en atención psicosocial y psiquiatría infantil y comunitaria. (Geidi Muñoz, 2017, s. p.)

En la publicación oficial del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se indica que para el año 2019 se han hecho proyectos para mejorar la situación de los pacientes del Hospital Federico Mora. Será importante darle a dicho hospital más recursos humanos, materiales e inversiones para que cumpla mejor sus labores, pero creemos que falta ver con detalle un programa de ampliar y mejorarla atención de adultos mayores, adultos jóvenes y jóvenes menores de edad y de todas aquellas personas que requieran de estos servicios vitales y necesarios.

En Guatemala el sistema hospitalario dedicado a enfermos mentales está compuesto en primer lugar por el Hospital Nacional de Salud Mental Carlos Federico Mora. Sobre este nosocomio se han publicado varios reportajes que denotan el descuido y la deficiente gestión administrativa del mismo, siendo la principal dependencia del Ministerio de Salud dedicada a la salud mental, sin embargo, es importante recordar que en materia de salud mental la atención primaria está constituida por el tratamiento del paciente, ya sea durante un tiempo o durante el resto de su vida, y esa parte ya no está a cargo de dicho hospital sino a cargo de la familia y del mismo paciente.

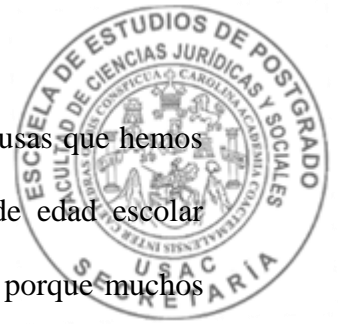
Uno de los aspectos más importantes de la salud mental es su cuidado y la detección a tiempo de cualquier limitación o incapacidad. Si bien hay limitaciones o incapacidades incurables, también es cierto que todos los individuos pueden lograr aprovechar otras facultades



que tengan. La psiquiatría hace aquí una labor muy valiosa para estudiar los perfiles normales y anormales y los factores que pueden alterarlos. En Guatemala no existe todavía un servicio adecuado en materia de salud mental, aun cuando es loable el trabajo que hace el Hospital Nacional de Salud Mental y su personal, pero no es suficiente para la demanda de atención a los mismos pacientes reclusos y rehúsa aceptar nuevos pacientes por carecer de suficientes camas, equipo y personal, siendo sus recursos económicos totalmente insuficientes para cubrir sus necesidades.

En la investigación que el autor realizó con personal que atiende dicho centro (y que pidió el anonimato para evitar represalias de las autoridades) manifestaron que en el hospital hay pacientes que llevan tiempo indefinido y no se toma ninguna medida para determinar su situación, ya que las familias se niegan a hacerse responsables de sus parientes internados allí; por otra parte, están internados hombres y mujeres sin una separación efectiva, de manera que se entablan vínculos entre unos y otras, derivando en muchos casos en embarazos de las pacientes, causados por otros pacientes. Se considera que esta problemática requiere de una nueva normativa, actualizada y detallada para regular todos los detalles del funcionamiento de este hospital y de los que en el futuro se implementen. Sin embargo, la mayoría de casos de trastornos mentales el mejor lugar para el paciente no es el hospital sino su casa y sus parientes cercanos.

Hay que tomar en cuenta que aparte de los trastornos mentales innatos que padecen muchos individuos en el mundo, como los que hemos expuesto, trastornos que pueden ser visibles o no, la sociedad actual está además expuesta a constantes, intensas e insanas presiones, denominadas “stress” (término inglés que ha sido castellanizado como “estrés”), derivadas del mayor valor productivo que se asigna al tiempo y al desafío generalizado en los ambientes laborales y empresariales de realizar el mayor número de actividades en el menor tiempo posible.



El estrés afecta a todas las personas, mujeres y hombres, por diversas causas que hemos analizado y que expondremos a continuación, pero también afecta a niños de edad escolar especialmente los que asisten a colegios privados, según el muestreo obtenido, porque muchos establecimientos pretenden graduar a los jóvenes con una fuerte formación académica, lo cual es loable, pero lamentablemente el itinerario para tal fin constituye una carga demasiado pesada para los niños y que además los empuja a competir activa o pasivamente entre ellos, produciéndoles una enfermiza ansiedad que pronto derivará en estrés y en frustración, ya que no tienen alternativa y se resignan a absorber interminables tareas, a asimilar difíciles lecciones, a entender explicaciones muchas veces mal expuestas, o apresuradamente expuestas por maestras y maestros mal pagados que deben justificar haber cubierto todos los puntos del programa de la materia de que se trate que, en muchos casos, es excesivo, innecesario e inidóneo para escolares, pero lo hacen para conservar su empleo.

Según testimonio de maestras y maestros que se han entrevistado, en muchos establecimientos escolares privados no se hace una adecuada selección ni clasificación de los alumnos por capacidades, porque solamente les interesa el número de ellos (y de las cuotas que pagan los padres), derivando en que conviven niños con diversa aptitud para el aprendizaje, colocando en desventaja a aquéllos que ofrecen una respuesta más lenta a las enseñanzas, lo que no significa de ninguna manera que sean menos inteligentes ni menos capaces.

En la historia de la ciencia se pueden encontrar innumerables casos de sabios, filósofos, pensadores, artistas, científicos, descubridores e inventores, así como empresarios exitosos, que se tomaban más tiempo para asimilar y para responder, e incluso que eran tartamudos para hablar, pero que dictaban cátedras magistrales.



Esta forma de estrés, se ocupa, no solo por lo actual, común y generalizado, sino porque afecta a niños en edad escolar y a jóvenes universitarios. La diferencia entre estos dos grupos es que los niños en edad escolar son menores de edad, mientras que los universitarios son mayores de edad, lo cual no necesariamente significa que sean autónomos o autosuficientes, pero al menos ya pueden expresar, si es el caso, la necesidad que tienen de ir más despacio.

El riesgo de los niños en edad escolar sometidos al estrés de la excesiva carga de estudios, es que, al frustrarse, con mayor facilidad optarán por la deserción escolar o por la deserción de estudios universitarios. En la penosa situación de muchos niños sometidos al estrés escolar tienen responsabilidad los padres, porque pretenden tener el orgullo que sus hijos tienen un alto rendimiento, sin considerar que internamente los niños sufren y que quizás preferirían un ritmo de estudio–aprendizaje más relajado aunque más efectivo y por supuesto más saludable.

En entrevistas con experimentados reclutadores de personal se ha escuchado que no necesariamente las mejores calificaciones numéricas, con todo y lo meritorias que son, significan que un empleado, un ejecutivo o un profesional, sea competente. Incluso han reiterado que los mejores perfiles laborales, empresariales y profesionales provienen de un rango mediano alto, lo cual confirma que el estrés al que muchas veces son sometidos los niños en edad escolar no garantiza el éxito de su vida adulta.

Por lo tanto, es conveniente que las autoridades de salud pública elaboren un marco normativo que emita recomendaciones a las autoridades de educación, para prevenir el estrés en los niños, y para favorecer una mejor educación. Ese sería el papel contributivo del derecho en la salud mental de los escolares del país. Al mismo tiempo, detectar aquellos planteles en los cuales la educación es deficiente y deformante y retirarles la licencia o la autorización para funcionar.



Para preservar y mejorar la salud mental de los niños es necesario dedicar más tiempo al ejercicio y al deporte sin fines competitivos, así como a actividades al aire libre puesto que todas las personas necesitan una mejor oxigenación y recibir los beneficios vitamínicos del sol. Desde luego, es indispensable que la formación de los niños y de los jóvenes incluya actividades culturales en todos los campos de las artes, en los cuales ellos podrán explayarse con la automotivación que tengan. Esa clase de ímpetu debe ser estimulado por los padres y por los docentes. En este aspecto todos los niños se benefician, incluyendo aquéllos que tengan capacidades diferentes, porque tal como dijo un pensador anónimo “donde se cierra una puerta se abren ventanas y también otras puertas”. Y según afirman docentes entrevistados, los jóvenes provenientes de escuelas públicas e institutos nacionales suelen tener un mejor rendimiento en la universidad, porque no se les creó una fobia contra el estudio, sino que por el contrario se automotivaron para aprender más, para seguir estudiando y superarse académicamente.

En un reportaje televisivo de otro país latinoamericano se mostró que los niños de escuelas públicas hacen más ejercicio y practican más deporte que los niños de los colegios privados, y lo demostró con que los integrantes de las grandes ligas y equipos del mundo provienen de estratos sociales primarios.

Otras causas del estrés que padece la sociedad actual son la falta de recursos económicos, el desempleo, el subempleo, la ansiedad de llegar a tiempo frente a un tráfico lento y las largas distancias entre la vivienda y el trabajo, etc. Algunas de estas causas son subsanables o al menos superables. Comenzando por el desempleo o por el subempleo, en algunas entrevistas con docentes se ha escuchado que las universidades solamente preparan profesionales para ser empleados y no para ejercer en forma liberal su profesión, tampoco los preparan para gestionar su propio negocio sino solamente para ser empleado o ejecutivo de empresas.



Eso obviamente redundaría en desempleo porque en una economía normal inevitablemente hay menos demanda que oferta de trabajo. Con relación a la necesidad de más recursos, haciendo un análisis de la proporción entre necesidades básicas y satisfactores, encontramos que gran parte de las necesidades de una familia de clase social media y clase social alta son superfluas, muchas veces motivadas por la competencia activa o pasiva con vecinos, familiares, compañeros, etc.

Así, el estrés que proviene de la ansiedad de tener una casa más grande, un automóvil nuevo, ropa de marca, electrodomésticos más grandes, etc. El fenómeno se complica por el ambiente cargado de consumismo, que empuja al individuo a adquirir más y más, y si no tiene los recursos inmediatos opta por utilizar la tarjeta de crédito, con lo que se endeuda más, lo que precipita una aflicción adicional y así se produce un círculo vicioso: falta de dinero –endeudamiento– mayor falta de dinero. Una de las mejores decisiones previsionales contra la falta de recursos y el endeudamiento es el ahorro, según coinciden exitosos exponentes de las finanzas.

Hay muchos otros factores que afectan la salud mental de las personas, y aquí se hace referencia a los adultos mayores, puesto que muchos de ellos sufren la marginación familiar y la soledad, fenómeno cultural de occidente que no se da en las sociedades tradicionales de Asia en las cuales todavía se considera honorífica e importante la presencia de los abuelos en la familia. El aburrimiento y la vida sedentaria de muchas personas mayores conducen a la depresión. Pero no solo las personas mayores, también pueden padecer depresión personas más jóvenes.

En cuanto a la realidad de inseguridad y violencia en Guatemala en esta época un factor que produce ciertos trastornos mentales es el miedo, ya sea en la calle o aún en la misma casa, es la paranoia, que consiste en la idea de que va a ser asaltada o violentada y mira con desconfianza



a todo el que se le acerca, y si se agrava y el sujeto no recibe tratamiento psiquiátrico oportuno y adecuado, le puede llevar a la psicosis.

Ambos trastornos, en un nivel considerado “social”, los padecen muchas personas que han sufrido personalmente o en algún miembro de su familia o de su entorno social algún tipo de agresión violenta, que le hace generalizar hacia cualquier persona desconocida que tiene cerca. Ese miedo lo sufren muchas personas en ciudades consideradas violentas, y se va contagiando, de manera que las ciudades ya no son felices ni tranquilas, se llenan de rejas, de personal de seguridad, de gente armada, de alarmas y equipos de seguridad a tal grado que entrar en cualquier establecimiento suscita sospechas. Esa es la paranoia social, que conduce a la psicosis también social.

A este respecto las autoridades de salud deben implementar estrategias de terapia colectiva para reducir los efectos negativos del clima de violencia, y fomentar actividades de socialización segura, como pueden ser grupos de ejercicios pacíficos como el taichi, ping pong, bailes, etc. Un buen ejemplo que podemos citar es el de la ciudad de Guatemala, en que la municipalidad organiza actividades dominicales para inducir a las personas y las familias a socializar con otros grupos confiables. En relación con esto, el buen ejemplo podría y debería copiarse en otras poblaciones, su resultado es sumamente beneficioso porque contribuye a aminorar los temores que aquejan a los habitantes locales y extranjeros.

Una figura de organización social informal pero efectiva que el derecho debería regular, es la del voluntariado, actualmente poco visible en Guatemala. Esta figura se sitúa por debajo de las asociaciones civiles formales, porque no llega a constituir persona jurídica. Es simplemente una agrupación de personas que voluntariamente se prestan para realizar una determinada labor

social, recibiendo la adecuada capacitación. Los usos que el voluntariado puede dar son innumerables, con sus consiguientes beneficios.



En el año 2011 se publicó el **Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en Guatemala** elaborado por un equipo especializado de la Organización Mundial de la Salud (IESM–OMS). Dicho Informe hace un análisis completo sobre esta materia, evidenciando que existen muchas limitaciones en la atención de pacientes que padecen diversas clases de padecimientos mentales, especialmente en la población mayoritaria de éstos, que son mujeres y niños, tanto a nivel urbano como rural.

En el resumen ejecutivo de dicho Informe se indica que

La salud mental en la atención primaria de salud continúa siendo una tarea pendiente de cumplir ya que, a pesar de notables excepciones, su abordaje es objeto de estigma y exclusión. Los medicamentos psicotrópicos siguen siendo de acceso y disponibilidad limitada para la mayoría de la población. (s. p.)

Esta situación sí se ha comprobado, efectivamente, la disponibilidad de psicofármacos imprescindibles en el nivel primario, como antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del humor, con todo y que deben ser de venta restringida, no siempre hay disponibles en farmacias en la capital, mucho menos en el interior del país, siendo sus precios altos e inaccesibles para la mayoría de las familias de los pacientes. Sin embargo, el Informe agrega que “Un avance importante de señalar es el aumento del entrenamiento en salud mental en los programas de formación de médicos generales” (s. p.). Esto significa que cada vez hay más profesionales dedicados a esta especialidad y eso fortalecerá la capacidad de respuesta del MSPAS a la demanda de servicios públicos de salud mental.



Este importante documento que comentamos concluye que

El presente informe presenta una actualización de los principales componentes y actores de los servicios de salud mental y brinda la evidencia necesaria para reorientar las estrategias e intervenciones pertinentes, además aporta argumentos para la propuesta y generación de políticas públicas y legislación necesarias en el campo de la salud mental.

(s. p.)

En forma clara el Informe confirma la hipótesis de esta tesis, puesto que recomienda tanto políticas públicas como legislación indispensable en este campo.

En las entrevistas que se han hecho para los efectos de esta tesis doctoral, se pudo comprobar que en efecto hay una tendencia en el medio social a rehuir de tratar lo relativo a la salud mental y se percibe una clara marginación de las personas que sufren trastornos mentales, aun por sus propias familias. Eso explica por qué la atención médica y hospitalaria a estos pacientes es reducida y marginada. No obstante, los diversos estudios realizados sobre esta materia revelan que en condiciones normales hay padecimientos muy generalizados en la sociedad guatemalteca, especialmente relacionados con la depresión, la ansiedad y la baja autoestima. En condiciones extraordinarias, tales como la cohabitación de más de una familia o de varias personas en viviendas pequeñas, fenómeno que a veces llega a extremos como el hacinamiento y hasta la promiscuidad, el trabajo en ambientes muy reducidos y también cuando hay confinamiento obligatorio, la tendencia a los trastornos afectivos es mayor.

Para los entrevistadores que preparan los monitoreos y las investigaciones en este campo es difícil conocer las particularidades de las condiciones de los pacientes de enfermedades mentales, en primer lugar porque a las familias les da vergüenza reconocer que tienen un familiar



con alguna clase de padecimiento mental; en segundo lugar, los mismos pacientes son reacios a reconocer su calidad de paciente o muchas veces ellos mismos no lo saben; y en tercer lugar hay muchos casos en que los pacientes han abandonado su familia por intolerancia, incapacidad de atenderlos o simplemente por marginación. Es absolutamente necesario saber qué personas tienen alguna clase de padecimiento mental para proporcionarle el tratamiento indicado, los medicamentos correspondientes y la actitud familiar adecuada para lograr una convivencia lo más normal posible con el paciente. Es de mencionar que los pacientes de trastornos mentales pueden caer en adicciones como el alcohol o las drogas de cualquier clase, lo cual vendría a agravar su propia salud como la seguridad de sus familiares o de su entorno social.

En la Constitución Política de la República de Guatemala el Artículo 53, relativo a los minusválidos y personas que adolecen de limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales, y declara de interés nacional su atención médico-social, así como la promoción de políticas y servicios que permitan su rehabilitación y su reincorporación integral a la sociedad. Dicho Artículo agrega al final: “La ley regulará esta materia y creará los organismos técnicos y ejecutores que sean necesarios” (s. p.)

La normativa para regular los servicios públicos relacionados con la salud mental es limitada y por tal razón es recomendable que en Guatemala se emita desde una ley general hasta reglamentos y otras disposiciones ministeriales que permitan ofrecer una mejor y más amplia atención a este sector. Es urgente que el MSPAS ordene la realización de campañas de salud mental en toda la república y para el efecto que solicite el patrocinio de empresas farmacéuticas, de fundaciones y asociaciones de usuarios y familiares relacionadas con este sector sanitario.

Según se dio a conocer a los medios de comunicación el día 4 de Abril de 2018, se



reactivó la Mesa Técnica de Salud Mental, la cual tuvo como objetivo revisar las observaciones realizadas al **Proyecto de Ley de Salud Mental** por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El proyecto de Ley de Salud Mental fue preparado por la Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos (COPREDEH), el cual es considerado trascendental para el Estado de Guatemala en el cumplimiento integral del derecho humano a la salud. La COPREDEH destacó que dicha propuesta surge ante la falta de normativa legal que regule la prevención, la protección y la atención adecuada a la salud mental.

El 27 de Noviembre de 2018 la propuesta de Ley de Salud Mental fue presentada a las autoridades que conforman la Mesa Técnica de Salud Mental, la cual está conformada por:

1. La Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos (COPREDEH);
2. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS);
3. Hospital Nacional de Salud Mental;
4. Procuraduría General de la Nación (PGN);
5. Instituto de la Defensa Pública Penal (IDPP);
6. Organismo Judicial (OJ);
7. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC);
8. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala (ODHAG);
9. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS);
10. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Guatemala (OACNUDH);



11. Institución del Procurador de Derechos Humanos (PDH).

En la actualidad dicha propuesta lamentablemente está estancada y no se ha presentado al Congreso de la República como una Iniciativa de ley. Aquí también hay un buen ejemplo de la importancia del derecho en un proyecto de salud (mental), pero que por razones desconocidas ya no se siguió promoviendo. Nuestra recomendación es que se reactive tan importante proyecto y se impulse en el Congreso de la República.

Una de las voces que se ha levantado últimamente en Guatemala es la de Marcelo Colussi (2019) quien escribió en *Plaza Pública* lo siguiente:

Esto último (es decir, la falta de abordaje del que quizá constituye uno de los principales problemas de salud mental de las poblaciones) y la dispersión un tanto caótica de las respuestas de la sociedad civil evidencian la situación real del problema: la salud mental es aún un tabú enmarcado en enraizados prejuicios. Ir a un servicio de estos (psiquiatra, psicólogo y aun otro tipo de prestadores como promotores comunitarios) es un estigma casi vergonzoso. “Yo no estoy loco”, es la primera reacción. ¿Cuál sería el problema en reconocer problemas de esta naturaleza? Esto confirma lo que hemos expuesto, pues ya sea la familia del paciente o él mismo son reacios a admitir su condición de enfermo.

“Ahí es donde debe entrar a jugar un nuevo paradigma: la salud mental no es solo una cuestión de *especialistas*, de técnicos. La salud mental está en la promoción de nuevos y superadores modelos de relación entre la gente, en acabar con prejuicios estigmatizantes, en permitir hablar de los problemas y no tapparlos, encerrarlos tras los muros de un hospital psiquiátrico o silenciarlos con tóxicos (los legales, como la psicofarmacología y el alcohol, o los ilegales, de marihuana en adelante). (...)” A este respecto creemos que



la sociedad tiene un importante rol en la conformación del ambiente que favorezca a los pacientes, pero en tal caso esta misma sociedad necesita recibir y aprender un proceso de educación en la tolerancia, en la comprensión y en la aceptación de miembros que padecen algún trastorno mental.

La salud mental, por último, debe ir mucho más allá de un consultorio: está en la palabra que libera, en el hablar, en la comunidad que se organiza. Y eso puede hacerse en cualquier sitio, no solo tras cuatro paredes. Pero ¡cuidado! No se trata de improvisar cualquier cosa. Debe haber planes sistemáticos con clara dirección. En eso, aunque hoy en día esté especialmente alicaído, el Estado debe seguir jugando un papel crucial. Romper prejuicios no es solo una cuestión de buena voluntad: hay que formular una política pública que lo aliente, lo impulse, lo haga realidad. Ello es imprescindible porque, como dijo Einstein, “es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio”. (s. p.)

En este caso, el autor de este artículo también señala al Estado como el responsable de organizar una nueva política estatal y social para el tratamiento del enfermo mental.

4.7. Pediatría

La pediatría es la especialidad médica dedicada a los neonatos, a los infantes y a los jóvenes, para garantizar una futura generación sana. **La trascendencia legal de la pediatría no solo está relacionada con el médico pediatra**, como ya se explicó en el inicio de este capítulo todo lo relativo a la responsabilidad profesional, **sino también con todo el sistema institucional que la pediatría representa.**

El régimen legal de salud de Guatemala da una gran importancia a la pediatría, pero



en la práctica los centros de salud especializados en ella son insuficientes para atender los muchos requerimientos de atención que reciben. Guatemala es una nación con numerosa población menor de edad, tanto de infancia como de adolescencia, la cual es particularmente vulnerable frente a las diferentes amenazas provenientes de enfermedades pero también de accidentes.

Tan necesaria es la atención a los pacientes como la prevención de los daños que les pueden afectar a los menores, por lo que la labor del sector público de salud debe realizar más campañas de prevención y de información a los padres que dejan a sus hijos solos en casa o, peor todavía, abandonados. Esta especialidad tiene componentes médicos, legales y sociales que deben ser tomados en cuenta.

El régimen legal de la niñez y de la juventud comienza con el Artículo 51 de la Constitución Política de la República de Guatemala, el cual enuncia la protección a menores y ancianos, expresando que **el Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social.**

Por su parte, la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia, Decreto 27–2003 del Congreso de la República viene a cumplir con aquel mandato constitucional, aunque creemos que es insuficiente dicha protección porque en Guatemala todavía hay muchos menores desamparados y no hay establecimientos suficientes para albergarlos y atenderlos debidamente, aparte que muchos sí cuentan con familiares pero en muchos casos son explotados por estos mismos e inducidos a la mendicidad, a la prostitución, al alcoholismo y a la drogadicción. Por lo tanto, si su misma existencia está desprotegida, qué se puede esperar de la salud de tantos niños y



niñas que padecen diversas enfermedades, algunas crónicas, otras infecciosas y otras congénitas. Creemos que aquí el Derecho debe perfeccionar su intervención, porque la niñez y la juventud representan el mayor segmento de población del país.

En las visitas que se han realizado a dichos departamentos se ha comprobado que hay instalaciones y personal adecuado, así como muchos pequeños pacientes, pero en las encuestas nos enteramos que las madres de los niños se quejan que el tiempo de hospitalización es el mínimo, porque les dicen que no hay lugar ni equipos, y en los servicios ambulatorios solamente los evalúan y diagnostican pero no les suministran los medicamentos, ni siquiera los que el pequeño paciente necesita con urgencia, por lo que tienen que ir a comprarlo a las farmacias. No obstante, de todos los servicios hospitalarios, creemos que la pediatría está mejor que los demás.

En el ámbito privado la pediatría de los hospitales privados es pequeña pero cuenta con especialistas y con instalaciones adecuadas, aunque su costo es elevado. Según se pudo establecer directamente y mediante entrevistas, para que un niño sea hospitalizado, los padres deben garantizar los servicios con una tarjeta de crédito con cuenta abierta.

Para casos muy graves los hospitales públicos y privados no cuentan con los equipos necesarios, por lo que los niños deben ser trasladados a hospitales en Houston, Estados Unidos. Entre los casos que no se pueden atender totalmente en Guatemala están los de los niños quemados o electrocutados, los trasplantes de corazón y otros de extrema gravedad. Sin embargo, como un paso muy significativo, en Guatemala ya se separan siameses, operación que por su gran dificultad no se realizaba en el país. Y también se realizan otros casos de trasplantes, incluyendo riñón.

Los servicios necesarios para el tratamiento de cáncer en los niños sí se prestan en los



hospitales de Guatemala, especialmente en el INCAN, y existe el apoyo de organizaciones sociales y empresariales privadas. Tratado a tiempo, el cáncer en los niños es curable en la mayoría de los casos, y por eso es tan importante el cuidado oportuno de los pequeños y que los padres estén alertas ante cualquier síntoma extraño, por pequeño que sea.

En la pediatría no solo son importantes los servicios médicos, sean hospitalarios, en centros de salud o en clínicas privadas, sino también y sobre todo los padres, porque de ellos depende que el niño se cure, puesto que por su corta edad los niños no pueden asegurar su propio tratamiento y cuidado.

En esta especialidad médica se atienden todos los padecimientos que sufren los niños, pero la situación se empeora cuando ellos están mal atendidos o descuidados o abandonados, lo que hace muy difícil su tratamiento a tiempo y en forma completa.

En entrevistas se pudo comprobar que para el médico es indispensable que los padres (o la madre, en la mayoría de los casos) se compenetren con la necesidad de administrar correctamente los medicamentos a los niños. Algunos pediatras nos informaron que cuando la madre trabaja, que es una mayoría, tiene que intervenir otra persona, que puede ser la abuela, una tía, una hermana mayor, otros familiares, y también la empleada doméstica (si la hay) para comprender lo que hay que hacer.

Para la pediatría otro tema muy delicado es el de accidentes de niños, lamentablemente muy frecuente en todos los estratos sociales, porque el proceso de recuperación requiere de un adulto que colabore con el cuidado cercano del pequeño paciente, y muchas veces la madre trabaja, lo que le impide cuidarlo, aunque en muchos casos las madres piden permisos para atender a sus hijos cuando el accidente ha sido grave.



En áreas marginales de la capital, en el interior del país y en regiones rurales los accidentes que sufren los niños son quemaduras, ingesta de sustancias peligrosas, agresión de animales no domésticos, agresión y maltrato de adultos, familiares o no, y en tales casos la respuesta médica es limitada porque no se tiene el cuadro completo para comprender lo que sucedió.

Para la pediatría, más grave, serio y lamentable todavía es el caso de agresión sexual que sufren niñas y niños tanto en el área urbana como en el área rural, mayormente cuando viven en hacinamiento y promiscuidad, siendo víctimas de abusos constantes hasta de sus familiares cercanos, o bien por quedarse solos en casa o deambulando en el barrio son objeto de abuso por extraños. En todos estos casos, la pediatría se dificulta porque el tratamiento debería ser cumplido y no lo es porque el agresor o agresores conviven con los pequeños.

Según informaron en la Procuraduría General de la Nación, cuando se reciben denuncias de abusos a menores por parte de familiares cercanos, y se comprueban, se solicita a un juez de la niñez que sean puestos bajo el cuidado de otros familiares confiables (que generalmente son los abuelos), y en tales casos la labor pediátrica es más fácil si estos familiares cooperan con el tratamiento del menor; pero hay muchos casos en que los niños no tienen otros familiares confiables, entonces las autoridades no tienen más remedio que enviarlos al cuidado de una institución adecuada. Esta opción hoy en día está recibida con recelo por la tragedia ocurrida en el Hogar Seguro Virgen de la Asunción, el 8 de Marzo de 2017, pero a pesar de dicha situación no hay otra opción cuando las circunstancias así lo imponen. Pues bien, los casos en los cuales se dificulta la labor de la pediatría aunque son marginales son reales y por eso se mencionan en esta investigación.



En este capítulo también se puede mencionar la relación existente entre la **pediatría**, como especialidad médica, y la normativa jurídica relativa a la protección de los menores, que está comprendida en primer lugar por el Artículo 51 de la **Constitución Política de la República de Guatemala**, luego por el **Código Civil** en los Artículos: 253 (Obligaciones de ambos padres), 260, 262, 263, 278, 279 y 283. De éstos, se repara en el Artículo 278, relativo al concepto de los alimentos, y que dice así: “La denominación de alimentos comprende todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido, asistencia médica y también la educación e instrucción del alimentista cuando es menor de edad” (s. p.).

Se considera que dicha norma es muy importante porque los niños, desde que nacen y mientras son menores de edad, necesitan el cuidado médico de un **pediatra**, ya sea en una clínica privada como en el servicio de salud pública o por parte del departamento de pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), a efecto de garantizar su pleno desarrollo saludable físico y mental.

Dentro de la normativa internacional en primer lugar la **Declaración de los Derechos del Niño**, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1959 (Resolución 1386, XIV), cuyo principio 2 establece que el niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad.

Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño. En el principio 4 esta Declaración dice que el niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con

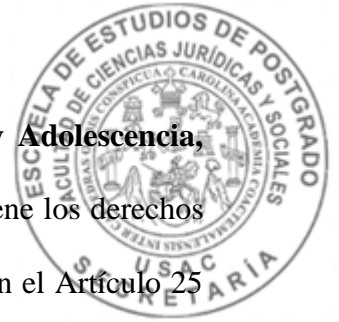
este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.



Por otra parte, la **Convención sobre los Derechos del Niño**, aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, el 20 de Noviembre de 1989, en su Artículo 24, Salud y servicios médicos, establece que los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación, con especial énfasis en aquellos relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil.

Es obligación del Estado tomar las medidas necesarias, orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño. El Artículo 25, Evaluación periódica de la internación, establece que el niño que ha sido internado por las autoridades competentes para su atención, protección o tratamiento de salud física o mental tiene derecho a una evaluación periódica de todas las circunstancias que motivaron su internación. Y el Artículo 26, Seguridad social, dispone que todo niño tiene derecho a beneficiarse de la seguridad social.

Al citar estos instrumentos internacionales, de los que Guatemala es parte, se debe recordar lo dispuesto en el Artículo 46 de la Constitución Política de la República de Guatemala, en el sentido que se establece el principio general de que en materia de derechos humanos, los tratados y convenciones aceptados y ratificados por Guatemala, tienen preeminencia sobre el derecho interno. Por lo tanto, la normativa internacional expuesta, siendo absolutamente de derechos humanos, tiene preeminencia sobre el derecho interno y su aplicación no puede desatenderse.



Adicionalmente se tiene la **Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto 27–2003 del Congreso de la República**, la cual en el capítulo II contiene los derechos sociales y entre ellos el derecho a un nivel de vida adecuado y a la salud. Así, en el Artículo 25 indica que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a un nivel de vida adecuado y a la **salud**, mediante la realización de políticas sociales públicas que les permitan **un nacimiento y un desarrollo sano** y armonioso, en condiciones dignas de existencia. En este Artículo la ley está consagrando la importancia de la salud para los niños, y en el siguiente Artículo, o sea en el 26, la ley obliga al Estado, las instituciones y los empleadores a proporcionar condiciones adecuadas para la lactancia materna, incluso para los hijos e hijas de madres sometidas a medidas privativas de la libertad.

Además, conforme el Artículo 27 los hospitales, establecimientos y personal de atención a la salud de embarazadas, públicos y particulares están obligados a:

1. Identificar al recién nacido mediante el registro de su impresión plantar y digital, y de la identificación digital de la madre, sin perjuicio de otras formas normadas por la autoridad administrativa competente; será el Registro Civil de cada municipalidad el que vele porque esta norma sea cumplida al momento de la Inscripción del niño o la niña.
2. Proceder a exámenes con miras al diagnóstico y terapéutica de anomalías en el metabolismo del recién nacido, así como dar orientación a los padres. (s. p.)

Por su parte, el Artículo 28 enuncia expresamente la responsabilidad del sistema de salud

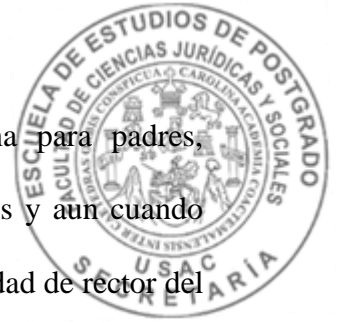


frente al niño, niña y adolescente. En efecto, dicha norma indica que **queda asegurada la atención médica al niño, niña y adolescente** a través del sistema de salud pública del país, garantizando el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para promoción, protección y recuperación de la salud. Los niños, niñas y adolescentes que sufran deficiencia diagnosticada recibirán atención especializada.

Esta disposición es hermosa pero todavía está lejos de cumplirse porque la población infantil, joven y adolescente, en gran parte está fuera de la protección que en teoría debe proporcionarle el Estado. Es posible que la estructura de protección contenida en esta ley no esté correctamente regulada y en la práctica no puede elaborarse eficientemente, pero alguien tendría que hacer las denuncias correspondientes para obligar al Estado a cumplir con esta grave responsabilidad.

Ni siquiera en casos de maltrato infantil y juvenil actúan rápidamente las autoridades, hay demasiada burocracia que rehúye comprobar los casos en los cuales hay sospechas o tímidas denuncias de violencia hacia niños, jóvenes y adolescentes. El sistema de protección ciudadana todavía está anquilosado en Guatemala, funciona con lentitud y solamente en forma selectiva, lo cual se deduce a partir de las publicaciones de organizaciones no gubernamentales que reclaman atención a este respecto.

Además del tratamiento para dichos casos, el Estado debe implementar programas de asistencia médica y odontológica destinada a los niños, jóvenes y adolescentes, tal como lo ordena el Artículo 30 de esta ley que se ha comentado. Efectivamente, el Estado a través de las autoridades de salud respectivas ejecutará y facilitará el desarrollo de programas de asistencia médica y odontológica para la prevención de las enfermedades que comúnmente afectan a la



población infantil y campañas de educación sanitaria y sexualidad humana para padres, educadores y alumnos. No obstante, también estos programas no son realizados y aun cuando comprendemos las limitaciones del MSPAS, también se considera que en su calidad de rector del sector salud del país podría convocar a las municipalidades, instituciones y dependencias públicas, organizaciones no gubernamentales, empresas farmacéuticas y organizaciones de servicio, como los Clubs de Leones y Clubs Rotarios, a las iglesias de todos los cultos y a personas filantrópicas, para llevar a cabo tales programas al menos una vez al año y gradualmente irlos realizando con más frecuencia.

También la labor que puede llevarse a cabo en las fincas es un aspecto considerable, una vez los propietarios asuman con conciencia dicha iniciativa que, al final, les beneficiará a ellos mismos. El MSPAS tiene capacidad de convocatoria para invitar y organizar a la misma población para facilitar la realización de tales programas porque son en beneficio de todos los habitantes, pero en este caso el propósito es proporcionar tales servicios médicos y odontológicos a los menores.

También es importante hablar de la vacunación, porque conforme el Artículo 31 de la ley analizada es obligación de las autoridades sanitarias realizar **campañas de vacunación para niños, niñas y adolescentes** a fin de prevenir las enfermedades epidémicas y endémicas.

Por otra parte, la participación y autorización de los padres de familia, tutores o encargados en los tratamientos médicos que se proporcionen a sus hijos o menores que tienen a su cargo, debe ser siempre respetado, a menos que se trate de una emergencia, y a este respecto tanto esta legislación como la de casi todo el mundo es concorde, de tal manera que los centros de atención médica, públicos o privados, deben requerir autorización de los padres de familia,



tutores o encargados para poder hospitalizar o aplicar los tratamientos que requieran los niños, niñas y adolescentes, salvo en casos de emergencia en los cuales la vida o integridad de estos se encuentre en riesgo. Sin embargo, también en muchos pueblos se presentan los casos de costumbres, tradiciones culturales o religiosas que podrían ser un obstáculo para la atención de un niño, niña, joven o adolescente, y al respecto esta ley dispone en su Artículo 32 que **si los padres, tutores o encargados negaren su consentimiento para la hospitalización de sus hijos o hijas que tutela esta Ley, el médico tratante queda facultado para adoptar las acciones inmediatas a efecto de proteger la vida o la integridad física de estos.** Esta disposición merece reconocimiento y se considera que en todos los hospitales y centros de salud debe darse a conocer dentro de los protocolos de atención a menores de edad.

La salud de los niños, niñas, jóvenes y adolescentes es fundamental en toda sociedad civilizada, comenzando desde la **salud primaria**, y por eso el Artículo 33 consagra esta clase de programas, ordenando que el Estado por medio de los organismos competentes deberá establecer programas dedicados a la **atención integral del niño y niña** hasta los seis años, así como promoverá la **salud preventiva**, procurando la activa participación de la familia y la comunidad, sin perjuicio de las obligaciones que el Estado tiene para todos los niños, niñas o adolescentes.

El Estado tiene grandes limitaciones que le impiden realizar todos los programas en materia de salud que la población requiere, sin embargo también se ratifica que en las mismas familias y la comunidad en general pueden ser motivados y capacitados por el MSPAS para realizar una buena parte de la atención sanitaria a los menores de edad. Dentro de la comunidad están los centros educativos, a los cuales corresponde una gran responsabilidad de educar a los niños, niñas, jóvenes y adolescentes en cuidar su propia salud y fomentar en ellos permanentemente su autoestima. Además, dichos establecimientos deben facilitar las labores de



vacunación o, al menos, requerir a los padres la presentación de los certificados de vacunación.

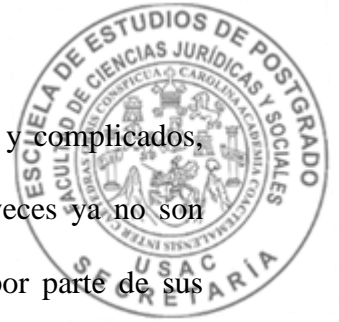
Dentro de la atención en salud a la que se hace referencia en este capítulo, necesariamente están los neonatos. Para el efecto, conforme el Artículo 35, todos los centros de atención a la salud del país, tanto públicos como privados, están obligados a:

1. Posibilitar que el recién nacido tenga contacto con la madre al nacer y alojamiento conjunto con ella.
2. Diagnosticar y hacer seguimiento médico de los niños y niñas que nacieren con problemas patológicos y con discapacidades físicas, sensoriales o mentales, así como orientar a los padres de los mismos.
3. Crear programas especializados para la atención de niños, niñas y adolescentes que presenten problemas patológicos y discapacidades físicas sensoriales y mentales. Y,
4. Controlar que el crecimiento y desarrollo del niño o niña no sea inferior a la edad cronológica del mismo y orientar a los padres, tutores o encargados para que tomen las medidas necesarias remitiéndolos a donde corresponda. (s. p.)

Como se puede observar, la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia contiene una normativa muy bien orientada hacia la protección de los niños, niñas, jóvenes y adolescentes en materia de salud, pero lamentablemente su implementación todavía es incipiente y esta población sigue siendo altamente vulnerable.

4.8. Geriatría

La atención médica de los ancianos pertenece a la especialidad denominada geriatría. Es una especialidad porque las características de las personas mayores son diferentes de las



personas jóvenes, y las respuestas a los tratamientos son todavía más difíciles y complicados, debido a varios factores: no presentan una sola patología sino dos o más, a veces ya no son capaces de valerse por sí mismos, pueden sufrir descuido y hasta abandono por parte de sus familiares cercanos, no cuentan con los recursos suficientes para los medicamentos e incluso para cubrir el costo del tratamiento, con frecuencia el paciente sufre de depresión y como consecuencia no le interesa ya su recuperación, etc.

En Guatemala cada vez hay más ancianos, por lo que la población de la tercera edad va en aumento y es así como se incrementa la necesidad de los servicios geriátricos.

El régimen legal relativo a las personas de la tercera edad comienza con la norma constitucional relativa a los ancianos, que es el Artículo 51, ya citado en otra sección, el cual dice así: “Protección a menores y ancianos. **El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social**” (s. p.).

Se tiene **Ley de Protección a las Personas de la Tercera Edad**, Decreto 80–96 del Congreso de la República, y por último el Decreto 85–2005 del Congreso de la República, que establece el aporte económico de Q.400. 00 mensuales para adultos mayores en extrema pobreza sin cobertura social, beneficio al cual se puede optar a partir de los 65 años de edad.

Por lo tanto, se considera que existe base legal para enmarcar la protección de la salud de los ancianos; sin embargo, dicha protección es totalmente insuficiente, porque en Guatemala muchos ancianos están abandonados, enfermos, inválidos o incapacitados física, mental o sensorialmente, a pesar de lo cual sus familiares cercanos no se hacen cargo de ellos. Esta situación es parte de la cultura occidental de marginación de los ancianos, discriminándolos,



desamparándolos y considerándolos una carga, lo cual es abiertamente injusto porque gracias a ellos es que las actuales generaciones tienen lo que tienen.

Los ancianos que estuvieron afiliados al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sin embargo, pueden además acogerse al programa de IVS (invalidez, vejez y sobrevivencia) que tiene establecido dicho instituto y el cual les garantiza un mínimo de ingresos para su sustento. Pero estos son una minoría y básicamente son los que han sido asalariados del sector privado, aunque posteriormente también se extendió el programa IVS a los empleados del Estado.

La salud de los adultos mayores (que son las personas mayores de 60 años) tiene ciertas complicaciones por el obvio paso del tiempo y el envejecimiento de su cuerpo y de sus órganos, de manera que la especialidad médica que se encarga de ellos es la geriatría. Esta clase de servicios médicos existen formalmente en el IGSS, pero en entrevistas que se han hecho con algunos pacientes, manifestaron que no están totalmente satisfechos porque todavía hay carencias y falta de suministro de los tratamientos necesarios y en algunos casos indispensables.

En el campo privado tampoco existen formalmente los servicios médicos geriátricos propiamente dichos, y según lo manifestado por algunos médicos que entrevistados, la especialidad es poco preferida por los profesionales de la medicina. En Guatemala hay médicos que atienden a personas mayores, pero todavía son insuficientes dado el alto número de pacientes, que por cierto se va incrementando.

La geriatría tiene como complicación, según se ha anotado, la situación de descuido, marginación y hasta abandono de muchos ancianos por parte de sus mismos familiares cercanos. Además, en Guatemala no está asimilada del todo la cultura del hogar o asilo de ancianos, de manera que hay pocos y absolutamente son insuficientes. La cultura del hogar o asilo o



residencia de ancianos es necesaria en sociedades de crecimiento acelerado porque las personas mayores van quedando marginadas por el ritmo de vida de la sociedad, lo cual es perjudicial para ellos.

Aunque se sacrifica la parte afectiva de la presencia cercana de familiares, en los hogares o asilos o residencias de ancianos ellos conviven con otras personas en similares circunstancias y cuentan con permanente atención por parte de personal idóneo y además con la cercanía de los geriatras, lo que garantiza su bienestar físico hasta donde sea posible. Lamentablemente, en países como Guatemala al no existir esta cultura tampoco existe el interés en ir abriendo establecimientos con esta especialidad.

Tampoco los familiares están dispuestos a sufragar el costo del internamiento de sus abuelos. Una solución parcial aunque con mejor aceptación social es la del hogar de día, en el cual son dejados los ancianos por la mañana y son recogidos por la tarde, lo que permite la convivencia familiar nocturna.

Según entrevista que se realizó en algunos de estos hogares, se pudo establecer que es una solución para los hijos y nietos que trabajan o estudian de día, pero tiene el inconveniente que por el congestionamiento del tráfico de la capital, el viaje de ida y de regreso requiere hacer madrugar a los ancianos y a sus familiares, y llegar tarde a casa, lo que desde ya supone un perjuicio para todos, y adicionalmente el costo económico de tales servicios.

Un psicólogo entrevistado manifestó que es común la actitud de prisa y hasta desamor con que algunos familiares pasan a dejar a los ancianos al hogar y luego a traerlos, siendo mucho menos los casos en que los dejan y recogen con muestras de cariño. La prisa y el desamor les afecta a los ancianos porque a estas edades son muy sensibles y poco a poco les va haciendo



sentirse inútiles y que hasta estorban a la familia, que causan gastos significativos, lo que les produce depresión y muchos optan por ir preparándose para el final de su vida, o simplemente pierden el interés y la ilusión por vivir.

En Guatemala los asilos públicos de ancianos son insuficientes y la calidad de vida que allí se les presta es insuficiente, amén que por su carácter de institución pública todos están revueltos, sin importar el nivel cultural e intelectual que tengan, lo que les produce decepción, incomodidad y pérdida de la ilusión por vivir. Esto es muy delicado porque en situaciones extremas, los ancianos podrían optar por el suicidio activo o pasivo (dejar de tomar las medicinas para acelerar su muerte).

La geriatría y la psicología del adulto mayor van de la mano y se apoyan mutuamente, precisamente para infundir a los adultos mayores ilusión por la vida y por gozar en lo posible los años que les quedan. El Estado suele ser indiferente a esa necesidad y aporta los recursos mínimos y totalmente insuficientes para los establecimientos públicos.

Desde el punto de vista jurídico, la protección de los adultos mayores tiene cuatro bases: la legal, la institucional, la médica y la económica. En Guatemala el régimen legal del adulto mayor está representado en primer lugar por lo preceptuado en la Constitución Política de la República, que en su Artículo 51, relativo a la protección a los menores y a los ancianos, dice textualmente lo siguiente: “El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social” (s. p.). Aun cuando el texto constitucional se refiere conjuntamente a los menores y los ancianos, lo cual técnicamente es incorrecto, constituye una base fundamental de la obligación del Estado hacia ellos. Luego, en forma más concreta, se tiene la



Ley del Adulto Mayor, que preceptúa los derechos básicos de las personas mayores, entre los cuales está el de contar con la atención médica especializada, oportuna, permanente y asequible para ellos.

La ley es buena, pero infelizmente carece de los mecanismos para hacerla eficaz, por lo que solamente se queda en enunciado. Entonces, hace falta completar el régimen legal de la protección de los ancianos, que sea un mejor apoyo para la geriatría. Este elemento faltante podría ser una ley más eficiente, pero también podrían ser otras normas inferiores que sean más directas y que cuenten con las herramientas necesarias para implementarlas.

El aporte del derecho a la salud de los ancianos también está representado, por la base institucional, que son las entidades dedicadas a ellos, ya sea como hogar permanente o temporal, las clínicas especializadas, el personal médico y para-médico idóneo y bien capacitado, Actualmente faltan hogares, asilos y residencias especiales para personas mayores, tanto en el sector público como en el sector privado que cubran las ya abundantes necesidades de personas de la tercera edad.

Desde el punto de vista de la salud del adulto mayor también es preciso anotar la necesidad que se les faciliten actividades de recreación, de ejercicio y hasta de aprendizaje, porque todo ello garantizará que mantengan ilusión por vivir y por tener una actividad positiva, que redundará en su salud mental. Hay cursos especializados en el adulto mayor, que recomiendan las actividades que deben proporcionárseles para que se entretengan y que mantengan su mente activa.



Desde el punto de vista de la psicología del adulto mayor también está lo relacionado con su comportamiento, porque hay personas que al llegar a la ancianidad ven afectado su carácter, lo cual dificulta su convivencia en el seno familiar, por lo que es conveniente acudir con psicólogos especializados para aprender a tratar a los ancianos que tienen un comportamiento crítico e irregular y así hacerlos llevar una vida amable y bien integrada al resto de la familia. Este es otro ejemplo de la actuación conjunta entre la psicología y la geriatría.

En conclusión, se puede afirmar que también los adultos mayores representan una población marginada, frecuentemente olvidada e incluso abandonada, por lo que los programas de su cuidado deben ser impulsados considerando que tendrán poco apoyo por parte de las familias de los pacientes.

En Guatemala existen muy pocos hogares de ancianos y no hay instituciones donde acojan a estas personas en las mejores condiciones posibles. Muchos ancianos viven con sus familias, pero están abandonados afectivamente, nadie se preocupa de su salud, de su calidad de vida y en general de su felicidad. En el país, como en América Latina, deben impulsarse programas de solidaridad con las personas mayores, ya que todas las personas inexorable e invariablemente llegarán a ser ancianas si sobreviven a la edad. La medicina de adultos mayores toma en cuenta las circunstancias que suelen presentarse en tales pacientes. A este respecto es preciso reconocer los importantes avances que ha tenido el IGSS, pero toda la población debe actuar para obtener más protección por parte del MSPAS a favor de las personas mayores.

En el aspecto económico el Estado también debe proveer a los ancianos los servicios básicos que estos necesitan, pero en Guatemala el esquema no funciona. Convendría organizar una Comisión de alto nivel que sea el órgano superior que tenga las facultades esenciales de



dictar la normativa general, especializada y práctica para la protección del adulto mayor y que actúe en forma articulada con la geriatría y su acción a través de asilos, hogares o residencias y clínicas especializadas, garantizando la obtención de los medicamentos que necesitan, a precios razonables y cuando sea posible subsidiados.

4.9. Ginecología y obstetricia

La salud de la mujer es un requisito *sine qua non* para que una sociedad se pueda llamar civilizada. Por lo tanto, los servicios que se prestan a la mujer (ginecología) y a la maternidad (obstetricia) deben ser prioritarios. Las autoridades de salud deben dar a conocer la importancia y urgencia que la población conozca los cuidados que deben tenerse, cómo prevenir y evitar padecimientos y cómo tratarlos.

Además de especialidades médicas, la ginecología y la obstetricia, dentro del sistema de salud pública, tienen una evidente trascendencia jurídico-social en Guatemala. Es de tomar en cuenta que un alto número de las mujeres en estado de embarazo son población indefensa y dependiente, por lo que requieren una mayor y mejor tutela por parte de tales autoridades en beneficio de las madres y de los hijos que esperan. **La maternidad debe ser mejor protegida por las leyes y disposiciones sociales.**

Los servicios públicos de Guatemala en esta materia han ido aumentando en el área urbana, pero es enorme todavía todo lo que falta por hacer, especialmente en el interior de la república y en regiones en las cuales no existe ninguna atención privada. Hay que preparar a las niñas para evitar que sean madres a temprana edad, por lo que la labor informativa dirigida a niñas y adolescentes es fundamental y es parte del trabajo que compete a las autoridades de salud.



A continuación se cita un caso que retrata la dualidad que se da en el IGSS por parte de *Prensa Libre* (2014):

Las limitaciones y la buena calidad médica. El día 30 de Mayo del 2014 en el Hospital de Ginecoobstetricia del IGSS, en la Ciudad de Guatemala, nacieron quintillizos prematuros, a los cuales se les dio la atención médica profesional debida, ya que el Instituto cuenta con el Departamento de Neonatología, cuyo personal especializado y equipos son los mejores de Centroamérica. (p. 10)

Este caso pone de manifiesto que el IGSS cuenta con buenos recursos humanos y materiales y gracias a ellos ha podido salvar la vida de cinco inocentes y la de la madre; pero también padece limitaciones, porque este servicio prestado a la señora María Magdalena Jiménez, no debe quedar como un servicio individual, sino que debe ser un servicio general, especialmente en un país como Guatemala, en el cual se presentan a menudo casos de embarazos múltiples entre la población más pobre que, precisamente, necesita del servicio gratuito. El contraste se produce porque el IGSS debe mejorar los servicios en todas las áreas que proporciona a sus afiliados.

En esta materia existe una normativa específica, que es la **Ley para la Maternidad Saludable**, a la cual se hace referencia a continuación y que también representa un encuentro entre el Derecho y la Ginecología y Obstetricia, ya que esta es una especialidad médica relacionada con la salud reproductiva femenina y la maternidad. En efecto, se trata del **Decreto 32–2010 del Congreso de la República**, y su **Reglamento** contenido en el **Acuerdo Gubernativo 65–2012**. Además, en forma general tenemos la Constitución Política de la República de Guatemala, cuyo Artículo 52 dice así “La maternidad tiene la protección del

Estado, el que velará en forma especial por el estricto cumplimiento de los derechos y obligaciones que de ella se deriven” (s. p.).



El sistema de salud pública orientado hacia la protección de la maternidad está integrado principalmente por el MSPAS y el IGSS, este último a través del departamento Materno Infantil. Es justo también reconocer que en esta especialidad existen instituciones privadas que complementan la labor de las mencionadas entidades estatales, y entre ellas tenemos la Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM), la cual facilita servicios de gineco–obstetricia y de información sobre salud reproductiva para mujeres de escasos recursos, no obstante el sistema es todavía insuficiente.

La Ley Para la Maternidad Saludable, tiene como objeto la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna–neonatal. (Ver Artículo 1).

La creación de este marco jurídico es fundamental para cumplir el mandato constitucional ya citado, y por eso mismo los principios rectores de esta ley son los siguientes:

1. Gratuidad: En la red de los servicios públicos de salud, se garantizará la atención gratuita en todas las intervenciones relacionadas con la salud materna–neonatal.
2. Accesibilidad: El Estado garantizará que los servicios de salud para la atención materno–neonatal sean accesibles geográfica y culturalmente, con énfasis en los



grupos socialmente excluidos mencionados en la literal a) del Artículo 2 de la Ley.

3. **Equidad:** En la prestación de servicios se dará especial atención a las mujeres más vulneradas en pobreza y pobreza extrema, de áreas rurales, adolescentes, indígenas, migrantes, discapacitadas, a efecto de disminuir la inequidad provocada por la condición de género y condición socioeconómica.
4. **Respeto a la interculturalidad:** Los servicios de salud materno–neonatal deberán prestarse garantizando el respeto a la identidad cultural, valores y costumbres de las comunidades.
5. **Sostenibilidad:** El Estado debe asignar los recursos necesarios y suficientes para el desarrollo de los programas en materia de salud materna–neonatal que reduzcan los riesgos y aseguren la vida de mujeres, adolescentes y naonatos. (s. p.)

Estos principios están contenidos en el Artículo 4 de la ley comentada, y recogen plenamente el espíritu de la norma constitucional.

Adicionalmente a los postulados expuestos, esta ley tiene como fines los siguientes:

1. Declarar la maternidad saludable asunto de urgencia nacional; apoyar y promover acciones para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal, especialmente en la población vulnerada, adolescentes y jóvenes, población rural, población indígena y población migrante, entre otros.
2. Fortalecer el Programa de Salud Reproductiva y la Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas Interculturalidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, respetando los métodos de atención a la salud tradicional de las culturas maya, xínca y garifuna.



3. Promover un sistema de monitoreo, vigilancia y evaluación que permita medir los avances y desafíos para cumplir con el objeto de la presente Ley.
4. Garantizar el acceso universal, oportuno y de calidad a servicios materno–neonatales, incluida la planificación familiar, la atención diferenciada en adolescente, respetando la pertinencia cultural y la ubicación geográfica de las mujeres guatemaltecas, entre otras.
5. Establecer un único sistema de vigilancia epidemiológica de la salud materna neonatal, que permita medir el avance e impacto de la estrategia de reducción de la mortalidad materna en el corto, mediano y largo plazo; y monitorear, evaluar y redireccionar las acciones desarrolladas en el mismo.
6. Promover el involucramiento de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, las municipalidades, organizaciones civiles y empresas privadas para prevenir y reducir la mortalidad materna neonatal. (s. p.)

Los fines aquí expuestos y que corresponden al contenido del Artículo 2 de la ley examinada, permiten captar la problemática existente en el país respecto de la maternidad, lo que lleva a deducir la gran importancia del mandato constitucional ya otras veces citado, pero especialmente lograr su implementación, que es el gran reto no solo de esa normativa sino de todo el sistema. Por eso el Artículo 3 designa como instituciones responsables a las que ya hemos relacionado, que son el MSPAS, el IGSS y las Organizaciones No Gubernamentales que ofrecen servicios de salud bajo contratación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Este subsistema es responsable de velar porque los servicios de salud materno–neonatal sean prestados con calidad, centrados en las usuarias y asegurando la evaluación y supervisión de los mismos.



Dentro de los mayores retos que tiene dicho subsistema está el del acceso universal a los servicios de salud materna neonatal, el cual está obligado a garantizar con calidad, con pertinencia cultural y sin discriminación alguna, en los tres niveles de atención, promoviendo la participación social y comunitaria para compartir la responsabilidad de proveer condiciones adecuadas para una maternidad saludable, tal como lo manda el Artículo 6 de esta norma.

Por otra parte, es muy interesante lo dispuesto en el Artículo 7 de la misma, porque las instituciones antes mencionadas, en coordinación con el Ministerio de Educación y la Universidad de San Carlos de Guatemala, están obligadas a promover acciones dirigidas a informar, orientar y educar acerca de las condiciones físicas, mentales, emocionales y sociales que contribuyan en la toma de decisiones para prevenir embarazos no deseados, así como para promover embarazos saludables, procurando condiciones nutricionales adecuadas y administración de suplementos alimenticios y vitamínicos.

Esta disposición está muy identificada con la realidad nacional, tanto en el área suburbana como rural, donde se produce un alto número de embarazos no deseados por la falta de conocimiento de las jóvenes de los medios seguros para evitarlos. Además, la población joven, tanto femenina como masculina debe recibir apoyo psicológico en forma grupal, a efecto de proteger su autoestima y mantener su equilibrio mental, emocional y social para tomar decisiones correctas frente a la incertidumbre causada por llevar ya una vida sexualmente activa pero sin tener control sobre la misma, resignándose ambos, varón y mujer, “a lo que resulte” de tal actividad. Esta irresponsable forma de involucrarse en la vida sexual lleva a los jóvenes a cometer más errores, truncando valiosas carreras que podrían obtener ellas y ellos, o perdiendo prometedoras oportunidades laborales, al no causar embarazos por el ejercicio de dicha actividad. Las autoridades de salud no pueden quedarse al margen de esta realidad social y por

eso la normativa comentada es acertada al obligarlas a promover las condiciones deseables para la salud física, emocional y mental de la población joven del país.



El subsistema de salud materna saludable también comprende los centros de atención integral materno infantil y centros de atención permanente, los cuales están institucionalizados como parte del segundo nivel de atención de la Red de Servicios Públicos de Salud del MSPAS, por ser centros especializados y que deben estar ubicados geográfica y estratégicamente de acuerdo con las características poblacionales y epidemiológicas relevantes que inciden en la salud materna y neonatal, disponiendo que serán atendidos por médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería calificados, pudiendo participar también las comadronas, quienes brindarán servicios con pertinencia cultural para mejorar la salud materna neonatal y prevenir las muertes maternas y neonatales evitables, y atenderán las veinticuatro horas del día durante todo el año. (Artículo 12 de la ley comentada).

La atención médica materno-infantil debe proporcionarse obligatoriamente durante el embarazo, durante el parto y en el posparto, para garantizar la vida y la salud tanto de la madre como del niño. Esta protección debe proporcionarse en todos los estratos sociales, de manera que también las clínicas y hospitales privados deben ser supervisados para exigirles estándares de calidad y trato humano, previamente definidos y certificados por el MSPAS a través de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, tal como lo dispone el Artículo 16 de esta norma legal.

Pero la función determinante en materia materno infantil es de naturaleza preventiva, y a ese respecto el Artículo 18 de esta disposición analizada establece las acciones inmediatas que deben establecerse para prevenir las complicaciones de embarazos que pongan en peligro la vida



de las mujeres, especialmente las más vulnerables, entre las cuales están las siguientes:

1. Programas nutricionales a niñas, adolescentes, y mujeres embarazadas y lactantes, para prevenir el deterioro de su salud y los nacimientos de niños y niñas con bajo peso, así como las malformaciones congénitas y el deterioro de la salud de las madres.
2. Prevención de embarazos en niñas y adolescentes.
3. Servicio de planificación familiar y post–evento obstétrico.
4. Atención prenatal, atención del parto y posparto.
5. Atención de emergencias obstétricas.
6. Realizar estudio de factibilidad que permita crear un seguro de maternidad y niñez que garantice a las mujeres y a sus hijos e hijas, el acceso a los servicios de salud con calidad y calidez. (s. p.)

Esta normativa parece muy acertada porque enfoca precisamente problemas reales de las madres jóvenes, pobres, sin educación ni acceso a servicios médicos, especialmente asentadas en áreas suburbanas y rurales del país. No obstante, la implementación eficaz, permanente y accesible de los servicios médicos esenciales para dicha población es la parte más difícil porque el MSPAS no tiene ni los recursos humanos ni técnicos ni económicos ni materiales ni la capacidad instalada para atender a toda la población femenina.

Para contribuir a dar las soluciones esperadas, este Decreto dispone la creación de la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable, por parte del MSPAS, presidida por el Ministro de Salud o el Viceministro Técnico, la cual, de acuerdo con el Artículo 22, tendrá las siguientes funciones:

1. Realizar el monitoreo y evaluación de la estrategia de reducción de la mortalidad



materna.

2. Vigilar la disponibilidad de financiamiento para el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley, así como el análisis del impacto en reducción de la muerte materna.
3. Garantizar la sostenibilidad de la estrategia a largo plazo, la actualización de la evidencia científica y su aplicación en Guatemala. (s. p.)

La representatividad de la sociedad se ha buscado al conformar la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable con los representantes de las siguientes dependencias u organizaciones:

1. Vice ministerio de Hospitales.
2. Sistema de Atención en Salud (SIAS);
3. Programa Nacional de Salud Reproductiva;
4. Centro Nacional de Epidemiología;
5. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS);
6. Comisión de Salud del Congreso de la República;
7. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN);
8. Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas; y,
9. Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala.

Adicionalmente, como observadores, participarán las agencias de cooperación internacional interesadas en el tema y el Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR), que realizará las funciones de vigilancia y monitoreo a la implementación de la ley comentada.



Todas estas disposiciones serían inútiles y estarían destinadas al fracaso si no fuera por la penalización prevista en el Artículo 28 para el caso de incumplimiento de su observación por parte de funcionarios y empleados públicos, profesionales, técnicos y personas proveedoras de servicios de salud materna–neonatal, a quienes además de la pena principal se les impondrá la inhabilitación para el ejercicio de su profesión.

Aparte de lo expuesto en cuanto a la sanción por incumplimiento, esta ley va más lejos y sale al paso de una penosa realidad que se da en Guatemala: la oposición del cónyuge varón para que la mujer reciba las atenciones médicas necesarias, sabiendo que está en riesgo la vida de la madre y la del hijo. Si bien se trata de una idiosincrasia poco entendida por otras culturas, también es cierto que es una costumbre perjudicial que no tiene porqué preservarse, de tal cuenta que este mandato legal contenido en su Artículo 29 va dirigido al conviviente de la mujer que no permita, promueva ni facilite que ella acuda a recibir los servicios de salud materna–neonatal, previendo las sanciones penales que se le impongan por tan injustificable negativa.

El objeto de esta ley es loable, aunque todavía dista mucho de cumplirse, especialmente en el área rural del país, donde la maternidad continúa enfrentando la desatención médica y el preocupante número de mujeres que no sobreviven al embarazo por diversas complicaciones. Se ha trabajado en el departamento de San Marcos, en cuyo municipio San Miguel Ixtahuacán co–dirigiendo la Fundación Salud para Todos, cuya principal labor fue la capacitación de comadronas, la cual fue muy exitosa porque se capacitaba a grupos de mujeres para atender a las mujeres que estuvieran próximas a dar a luz y así se evitaron complicaciones e interrupciones de embarazos. Además, la labor de la Fundación en otras áreas de salud, como la prevención y la atención de enfermedades infecciosas. Esta ley tiene como Reglamento el Acuerdo Gubernativo 65–2012, el cual explica más detalles de la materia de la ley respectiva.



Otra regulación muy interesante sobre maternidad saludable está contenida en el Artículo 26 (Programa de Salud Reproductiva) de la **Ley de Desarrollo Social, Decreto 42-2001 del Congreso de la República**, el cual en su inciso 5) dice lo siguiente:

5) Maternidad saludable. La vida y la salud de las madres e hijos son un bien público, por lo que la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional. Se promoverán, apoyarán y ejecutarán acciones que disminuyan efectivamente la tasa de mortalidad materna e infantil, incluyendo cuando menos las siguientes:

1. Crear y fomentar la instalación de unidades de salud con capacidad de resolución de las urgencias obstétricas, ubicadas en puntos estratégicos del país, con prioridad en los lugares con mayores índices de mortalidad materna y perinatal.
2. Considerar como urgencia médica de tratamiento y atención inmediata, las hemorragias obstétricas, y fortalecer la prestación de los servicios preventivos, necesarios tendentes a evitarlas y prevenirlas.
3. Desarrollar e instrumentar un programa específico y permanente de capacitación para el personal médico, enfermeras, auxiliares de enfermería y comadronas y otro personal, para promover y asegurar que las madres reciban cuidados adecuados en el momento y lugar donde se detecte la emergencia.
4. Desarrollar, instrumentar, asegurar y garantizar mecanismos de referencia y contrarreferencia de emergencia obstétrica.
5. Promover la lactancia materna mediante acciones de divulgación, educación e información sobre los beneficios nutricionales, inmunológicos y psicológicos para el recién nacido, en los casos en que clínicamente esté indicado.
6. Divulgar los beneficios de posponer o evitar los embarazos a edades muy tempranas o



tardías y otros riesgos, así como las ventajas de ampliar el espacio intergenésico a dos o más años.

7. Promover programas de divulgación orientados a la atención y cuidados del recién nacido. (s. p.)

Esta disposición legal es oportuna porque desde el contexto del desarrollo social enfoca la maternidad saludable como asunto de urgencia nacional porque va dirigida a la vida y la salud de la madre y de los hijos, considerándolos como un bien público. Cada uno de los incisos de este Artículo son suficientemente claros y no necesitan explicación, pero sí es muy importante la labor divulgativa, que esta misma ley contempla en su literal f), para dar a conocer los beneficios y los riesgos de la maternidad.

Además, existen convenios internacionales en materia de maternidad, los cuales pueden ser relacionados en esta sección, ya sea porque Guatemala es parte de los mismos o porque la Organización Mundial de Salud (OMS) así lo requiere.

Al igual que otras especialidades médicas, en la ginecología y obstetricia gravita la normativa civil y penal relacionada con la responsabilidad de los profesionales de la medicina, contenida en los Artículos 1668, 1645, 1648 y 2033 del Código Civil, 225 “A” al 225”C”, 301 al 312, 133 al 140, 123 al 129 y 144 al 150 del Código Penal; así como la Ley de Colegiación Obligatoria, Decreto 72–2001 del Congreso de la República, y especialmente el Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos, del año 2017, normativa a la cual nos hemos referido en el inicio de este capítulo.

De los Artículos citados del Código Penal, se desea hacer referencia aquí a los casos que se exponen a continuación, que están directamente relacionados con la práctica profesional de los



médicos y cirujanos y la ginecología y obstetricia.

En el Código Penal está tipificado el delito de aborto dentro de los delitos contra la vida y la integridad de la persona, del Artículo 133 al 140. En este último Artículo, el 140, que tiene como epígrafe la agravación específica, se dispone que el médico que, abusando de su profesión causare el aborto o cooperare en él, será sancionado con las penas señaladas en el Artículo 135 (prisión), con multa de quinientos a tres mil quetzales y con inhabilitación para el ejercicio de su profesión de dos a cinco años.

Asimismo, en el Código Penal está tipificada la inseminación forzada en el Artículo 225 inciso “A”, la inseminación fraudulenta en el inciso “B” y la experimentación en el inciso “C”, como delitos y aunque en ellos no se menciona al médico ni a ningún profesional, se contempla como sanción adicional la inhabilitación especial, lo cual permite deducir que si un profesional de la medicina incurre en tales delitos sufrirá además la inhabilitación especial estipulada en los Artículos correspondientes.

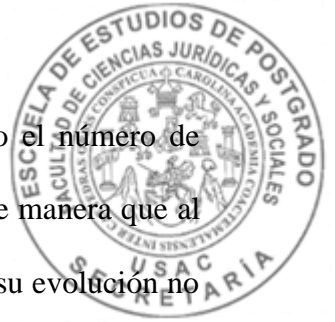
Es oportuno referir en este capítulo que en Guatemala hay médicos que practican la profesión tratando mujeres y/o atendiéndolas durante el embarazo, el parto y el posparto sin tener la especialidad respectiva, ya sea la ginecología (para el primer caso) o la obstetricia (para el segundo caso), lo cual constituye una transgresión del Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos y la Ley de Colegiación Obligatoria. Por supuesto que está excluido el caso de una emergencia, pero consideramos que el Colegio de Médicos y Cirujanos, que es la entidad gremial responsable, debería realizar una supervisión periódica en las clínicas médicas a efecto de verificar si quienes se anuncian con las placas de especialidad, verdaderamente ostentan los títulos o certificados que así lo acrediten.



Con respecto a la ginecología y obstetricia en el derecho comparado, está el caso de España, el cual tiene importantes peculiaridades. Según el documento *Aspectos Jurídicos en el ejercicio de la Ginecología y Obstetricia* (2004) editado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) “La obstetricia y ginecología es una apasionante especialidad dentro de la Medicina, con un objetivo claro en todas sus facetas: contribuir a la vida” (s. p.).

Según expone J. M. Bajo Arenas, presidente de la SEGO (2004):

La sociedad actual ha hecho, sin embargo, que sin trocar este fin, el ejercicio de la especialidad sea ahora completamente diferente de los tiempos de generaciones precedentes. Por un lado, se ha pasado del Principio de la Beneficencia al Principio de la Autonomía que rechaza cualquier atisbo de paternalismo. Por otro, el paradigma actual, en el ámbito de la medicina pública, es el de la prestación de un servicio público, similar al de cualquier otra actividad que el Estado procura a sus ciudadanos y, por último, actúa bajo la presión de la obligatoriedad de un resultado exitoso. La sociedad española exige actualmente que todas las gestaciones evolucionen perfectamente y que una madre sin problemas dé a luz un hijo sano. Si no sucede así, el fallo y, por lo tanto, la culpa y la penalización impuesta por la judicatura, es para el obstetra, que acorde a las últimas sentencias deberá abonar cuantiosas suma (*primus movens*) a la perjudicada y demandante. La dinámica está generando un lacerante aumento de las demandas contra los obstetras de modo exponencial, al mismo tiempo y magnitud que la cuantía indemnizatoria, y convierten el problema en el más acuciante que actualmente tiene nuestra especialidad y que llenan de acíbar el noble ejercicio de esta. (s. p.)



Esto puede suceder en cualquier país, porque todavía sigue siendo bajo el número de mujeres embarazadas que monitorean desde el principio el desarrollo del niño, de manera que al llegar el parto esperan –y creen– que todo está bien, pero al no haber controlado su evolución no detectó algún problema si el embarazo es de alto riesgo, y al momento del nacimiento inculpa al médico por el daño –congénito– del bebé, lo cual suele dar lugar a acciones legales que luego se ventilan en los tribunales de justicia. Y si los médicos desean contar con un seguro de responsabilidad, el costo de las primas es demasiado alto. Este ejemplo de lo que sucede en España nos da idea de la amplitud del problema potencial para los médicos, y por eso se recomienda a las madres asistir al control rutinario de su embarazo para hacer el seguimiento del bebé y también de la madre.

Esta situación constituye otra variante de la relación jurídica con la especialidad de la obstetricia, ya que puede detonar en acciones legales, probablemente innecesarias si la madre se hubiera sometido a los exámenes periódicos durante el embarazo y así no inculpar al médico que atendió el parto por un problema que ya traía el niño y que debió haber sido detectado a tiempo.

4.10. Hematología

La especialidad que se encarga del manejo, estudio, análisis y determinación de la salud de la sangre constituye una de las más importantes de las ciencias médicas, y va de la mano de la medicina transfusional, relacionada con la utilización de la sangre, pero requiere de muchos recursos tecnológicos, económicos y humanos, que en los países del tercer mundo son escasos. Además, los bancos de sangre tienen muy poca cantidad de tipos raros y aún de tipos comunes como el O positivo, al grado que cuando un paciente necesita sangre la familia tiene que comprarla a precios altos y si es de un tipo raro se tienen que hacer publicaciones para encontrar

personas sanas que puedan dar sangre de ese tipo vendiéndola a precios altos.



El sistema legal de salud de Guatemala tiene aquí una gran deficiencia porque deben fomentarse los bancos de sangre y el sector público de salud debe promover su funcionamiento para tener fuentes de suministro, ya sea por donación o por venta, y especialmente tener localizados potenciales donadores o incluso proveedores de sangre de tipo raro para una posible eventualidad.

El Código de Salud regula los Bancos de Sangre en los Artículos 201 al 203; en el Artículo 201 dice que los Bancos de Sangre y Servicios de Medicina Transfusional son centros donde se practican los procedimientos adecuados para la utilización de la sangre humana para uso terapéutico y de investigación. En el Artículo 202 dispone que el establecimiento y funcionamiento de los servicios de Medicina Transfusional y bancos de sangre quedan regulados por la ley respectiva. Sin embargo, no hay una ley al respecto sino que existe un Acuerdo Ministerial que regula los bancos de sangre, que es el Acuerdo Ministerial 529–2011 “Acuerdo Ministerial para la Creación de la Red de Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre”, norma que establece los requisitos y controles para su funcionamiento, pero como decíamos debe promover más activamente su creación y acción en todo el territorio nacional.

También en materia de hematología se sugiere que en la misma normativa general se incluya la obligación de toda persona de conocer su grupo sanguíneo para garantizar su salud en caso de emergencia. El tipo de sangre debería ir obligatoriamente en el Documento Personal de Identificación (DPI) y para quienes conduzcan vehículos, en la respectiva Licencia de Conducción. Faltan programas y campañas tendientes a que la población cuide su salud y pueda evaluar su estado mediante exámenes regulares de sangre y así detectar posibles afecciones.



Una importante variante de la **relación del Derecho con la Hematología es el ADN** (ácido desoxirribonucleico), según lo explica el Dr. Christopher P. Austin, M.D. (s. f.), miembro del *National Human Genome Research Institute*, por el que:

Es la molécula que contiene la información genética de todos los seres vivos, incluso algunos virus. El nombre viene de su estructura. El ADN tiene una parte central con un azúcar y un fosfato, a la que se enlazan unas moléculas llamadas bases. La desoxirribosa se refiere al azúcar, y el nucleico es el ácido formado por el fosfato y la base nitrogenada. Estas bases pueden ser de 4 tipos: Adenina, citosina, timina y guanina, nombradas normalmente como A, C, T, G. Y el orden en que se combinen una después de la otra, es lo que codifica la información genética. El ADN se organiza estructuralmente en cromosomas. A nivel funcional se organiza en genes, que son piezas de ADN que generan características físicas específicas. Estas características no vienen directamente del propio ADN, sino de una molécula llamada ARN, formada a partir del ADN, y codifica una proteína. Esto es lo que se llama el dogma central de la biología molecular.

(s. p.)

El ADN fue descubierto hace un poco más de sesenta años y constituye el código genético de cada persona que es irreplicable, de manera que no puede haber dos individuos con el mismo ADN. Hasta recientemente se hizo público y accesible a cualquier laboratorio para asociar inequívocamente una persona a otra o a un hecho determinado, lo cual en la mayoría de las veces se ubica en el campo del derecho civil (para el reconocimiento o desconocimiento de hijos), del derecho penal (para demostrar la comisión de un delito o bien para absolverlo).



Otra variante de **relación jurídica con la hematología** es la relativa a los test de **alcoholemia** para determinar el grado de consumo alcohólico de una persona por la presencia de etanol en su sangre. Este es el test más preciso, pero no se puede realizar fácilmente en forma ambulante por la policía a los conductores.

El examen de sangre para determinar la presencia de alcohol y la cantidad se debe realizar en laboratorio tomando una muestra de sangre a la persona. Esta prueba es fundamental si los síntomas del conductor son muy obvios, porque si sobrepasa el porcentaje aceptado ya está cometiendo un delito. En los Estados Unidos las tablas relacionadas con la alcoholemia son las siguientes: 0.0 porcentaje de alcohol en sangre (*Blood Alcoholic Concentration, BAC*, por sus siglas en inglés), la persona está sobria; a partir de 0.08 BAC, legalmente intoxicado y ya está infringiendo la ley; de 0.08 a 0.40 BAC, estado de ebriedad; si sobrepasa de 0.40 BAC, la persona está en grave riesgo de coma o de muerte. (Fuente: Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, Medline Plus). Este examen de alcoholemia no está establecido solamente para conductores sino también hay empresas que por lo delicado del trabajo que un empleado realiza lo somete a dicho test con cierta regularidad.

Otro examen de sangre para **propósitos legales**, es el examen **toxicológico**, a efecto de detectar si una persona ha ingerido drogas y determinar la cantidad y clase de estupefaciente.

También se realiza la prueba toxicológica en competencias deportivas a efecto de determinar el dopaje en atletas, y que de ser confirmado produce la anulación de la participación del sujeto en la competencia de que se trate, lo cual no pocas veces suscita controversias deportivas y hasta procesos legales internacionales.



No obstante, no solo la sangre constituye el medio de análisis para la toxicología, porque también se puede realizar con orina, saliva y cabello del sujeto. La precisión de las pruebas toxicológicas es suficiente para determinar la clase de droga o sustancia estimulante prohibida que el sujeto ha ingerido:

Anfetaminas: Son un componente adrenérgico sintético que estimula el sistema nervioso central, esta sustancia se emplea en el ámbito deportivo para aumentar el rendimiento. Su espectro de duración es de uno a tres días.

Barbitúricos: Fármacos derivados del ácido barbitúrico que actúan como sedantes, producen múltiples efectos desde somnolencia hasta anestesia total. Tienen una duración de dos a cuatro días.

Benzodiacepaminas: Mejor conocidos como píldoras para dormir, también usados para calmar la ansiedad o dolores musculares. El espectro de duración es de siete a diez días.

Cocaína: Sustancia extraída de las hojas de la coca que, al someterse a tratamientos químicos se forma un polvo blanco. Produce un aumento de energía acelerando el ritmo cardiaco y exaltando el ánimo. Permanece de tres a cuatro días en el organismo.

Marihuana: Psicotrópico natural que contiene THC, sustancia que al ser ingerida puede generar ansiedad, relajación o miedo. Su espectro de permanencia es de siete a 30 días.

Morfina: Droga opiácea usada en el ámbito médico como un fármaco analgésico, es decir, mitiga el dolor. Tiene una duración de dos a tres días.

Metanfetamina: Psicoestimulante que incrementa la actividad y ayuda reducir el apetito.



Su espectro de duración es de tres a seis días. (s. p.)

De acuerdo con la *DIAGNOSE*, Pruebas toxicológicas y de antidoping para escuelas y empresa (s. f.) “Las muestras para estas pruebas son recolectadas para ser analizadas en el laboratorio correspondiente a efecto de garantizar la veracidad y exactitud del resultado, el cual es confidencial y entregado únicamente a la autoridad respectiva” (s. p.).

Otro caso de **relación directa entre el derecho y la hematología.**

4.11. Cardiología

Los problemas cardíacos, especialmente los infartos, constituyen la causa de uno de los mayores porcentajes de muertes diferentes a los accidentes. Las ciencias médicas se interesan por las investigaciones en esta especialidad por la importancia que tiene para la preservación de la vida humana. Además de una especialidad médica, la cardiología representa también una **importante especialidad institucional de gran trascendencia legal** para cualquier país, en este caso para Guatemala.

En efecto, en este país existe una unidad dedicada a ofrecer los servicios de cardiología para la población a un costo bajo, y dicha unidad se llama UNICAR, a la cual se ha hecho referencia en otro capítulo de esta tesis. Eminentemente cardiólogos guatemaltecos que ejercen tanto en Guatemala como en el extranjero, tales como el Dr. Aldo Castañeda (recientemente fallecido), son patrocinadores o donantes de UNICAR, mientras que otros vienen a realizar operaciones de corazón en forma gratuita como una colaboración hacia UNICAR. Son dos fundaciones las que apoyan la labor de UNICAR: Fundación Aldo Castañeda y Fundación AMEGESO. Esta labor constituye un ejemplo muy meritorio de combinación de esfuerzos entre el sector gubernamental



y el sector profesional privado. Además está la Liga Guatemalteca del Corazón, (s. f.) excelente ejemplo de acción del sector privado profesional.

La Liga Guatemalteca del Corazón, fue fundada el 22 de mayo de 1962, en la Ciudad de Guatemala, siendo sus fundadores los Doctores Jorge Fernández Mendía, José Francisco Arroyave Morales, Cesar Augusto Hernández Arana, José Alfonso Quiñónez Amado y otras distinguidas personalidades. La creación de la Liga Guatemalteca del Corazón, se realizó con el propósito de brindar ayuda a las personas necesitadas de servicios de salud sin perseguir un fin lucrativo, propósito que hasta la fecha llena su cometido ya que no percibe subsidio de ninguna Institución Estatal o Privada, es una institución autosostenible por el cobro mínimo que efectúa en los servicios que presta.

La Liga Guatemalteca del Corazón, presta sus servicios a todos los estratos sociales, el flujo de pacientes con que contamos nos han permitido adquirir Equipo Médico de Diagnóstico y Laboratorio Moderno, lo cual nos permite estar a la vanguardia como institución especializada en el diagnóstico y manejo de las enfermedades cardiovasculares. (s. p.)

Los objetivos de la Liga Guatemalteca del Corazón (s. f.) son los siguientes:

01 De Investigación: Determinar la incidencia y prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en el medio guatemalteco, así como sus causas y factores de riesgo que la producen para desarrollar programas con evidencia científica en detección y tratamiento de los factores de riesgo modificables y de la enfermedad coronaria.

02 De Prevención: Desarrollar programas de atención primaria y secundaria a través de



estratificar a los pacientes según el nivel de riesgo y así definir la intensidad de la intervención con la probabilidad que presenta el sujeto de padecer eventos cardio o cerebrovasculares.

03 De Atención a los enfermos: Mejorar la calidad del diagnóstico y del tratamiento eficaz de los pacientes con enfermedad coronaria u otra enfermedad aterosclerótica establecida.

04 De Rehabilitación: Proporcionar los medios adecuados para recuperar las condiciones de salud que faciliten su reintegración a la sociedad, como personas productivas.

05 De Divulgación: Apoyar el desarrollo de campañas en pro de la salud cardiovascular con el propósito de que la población adopte estilos de vida saludables y sirvan de modelos para la sociedad. (s. p)

Una parte importantísima de la labor en materia de salud del corazón es la prevención de enfermedades cardiovasculares y a ese respecto las acciones preventivas son fundamentales, tales como la divulgación de los daños causados por el tabaco y las drogas, y la bondad del ejercicio. Con motivo del Día Mundial del Corazón, celebrado el día 29 de Septiembre, se dieron a conocer varios programas de salud cardíaca. En uno de ellos, el Dr. Ismael Guzmán Melgar, según publicación de prensa (s. f.) de la Liga del Corazón y presidente de la Asociación Guatemalteca de Cardiología, dijo que “Los factores de riesgo que ocasionan problemas en el corazón son el sobrepeso, sedentarismo, tabaquismo, malos hábitos alimenticios, diabetes, colesterol alto y elevación de la presión arterial” (s. p.).



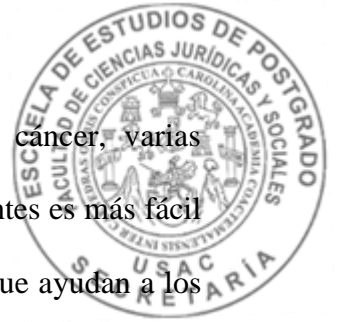
En Guatemala mueren 14 mil personas cada año debido a problemas cardiovasculares, y según el Ministerio de Salud, los pacientes con enfermedades cardíacas se duplica cada diez años. Es preciso advertir, además, que los jóvenes deben cuidar el corazón, pues tampoco están libres de sufrir un infarto, especialmente si no cuidan su salud.

En diferentes partes del mundo se realizan numerosas investigaciones sobre el corazón. Así, por medio de la publicación de *La Hora* (2012) se tiene como ejemplo “una investigación realizada en la Universidad de Copenhague, en Dinamarca, según la cual el avejentamiento puede dar señales de las probabilidades de padecer enfermedades cardiacas” (s. p.). La Dra. Anne Tybjaerg–Hansen, de dicha universidad, dirigió el estudio.

Otro ejemplo se tiene en la Universidad Johns Hopkins, de Baltimore, mencionado en la publicación del periódico *La Hora* (2012) en cual se estudia la utilización de células madre en el tratamiento de enfermedades del corazón. “Como parte de la investigación, se trataron y prepararon unas células madre para reparar corazones dañados por infartos, aplicaciones que tuvieron éxito” (s. p.).

4.12. Oncología

La especialidad dedicada al tratamiento del cáncer en todas sus formas se llama Oncología. Este mal constituye una de las enfermedades crónicas que mayores estragos causa en la sociedad, y de ahí su **trascendencia legal y social**. Diversas instituciones médicas del mundo entero se dedican a la investigación para encontrar la tan ansiada cura del cáncer. Van cerca, por cuanto el tratamiento a tiempo puede ser un factor favorable para la curación del cáncer. Hay toda clase de casos, y los más complicados o los más difíciles todavía constituyen la mayoría de pacientes de cáncer.



Dentro de las muchas acciones que se llevan a cabo para tratar el cáncer, varias instituciones se dedican a los niños que lo padecen, ya que en el caso de los infantes es más fácil curarlo que en los adultos. A eso se debe que las instituciones de beneficencia que ayudan a los niños con cáncer apoyan también a los padres para que lleven a sus pequeños a todas las sesiones del tratamiento, a efecto que no se interrumpa y así la niña o el niño podrán curarse. En otro capítulo de esta tesis se mencionó la extraordinaria labor que realiza el Instituto de Cancerología (INCAN).

Es loable la labor impulsada por empresas privadas, según lo indica *Publinews* (2013) que organizan y financian campañas para luchar contra el cáncer, como una de ellas “Un beso por la vida” (s. p.) que fue impulsada por la marca *Avon* al reunir numerosas mujeres y hacerles conciencia sobre la importancia de los chequeos frecuentes para detectar a tiempo el cáncer de mama.

Ciertamente, por razones culturales en los países centroamericanos todavía la mujer sufre cáncer porque no visita con frecuencia al médico, le da pena o vergüenza el examen de pechos y de la vagina, y lamentablemente por esa actitud no previenen el cáncer. He ahí la importancia de las labores de divulgación que realizan entidades internacionales, dependencias gubernamentales y empresas privadas. La lucha contra el cáncer es un movimiento mundial y la medicina moderna realiza sus mejores esfuerzos para encontrar los remedios, los tratamientos y los procedimientos preventivos para las diversas clases de cáncer.

4.13. Nutrición

La **alimentación** adecuada y la nutrición saludable es un elemento básico de la prevención y cuidado de la salud. Por lo mismo, la Nutrición es una ciencia vital para los seres



humanos, de tal manera que **su trascendencia legal se inicia nada menos que en la misma Constitución Política de la República de Guatemala**, cuyo Artículo 99 (Alimentación y nutrición) dice lo siguiente:

El Estado velará porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos de salud. Las instituciones especializadas del Estado deberán coordinar sus acciones entre sí o con organismos internacionales dedicados a la salud, para lograr un sistema alimentario nacional efectivo. (s. p.)

A partir de esta disposición superior se puede destacar la importancia tanto de la alimentación como de la nutrición que sean saludables, porque no todos los alimentos son nutritivos, algo que la población debe aprender. Por eso decimos que conviene una normativa que contenga las recomendaciones a este respecto.

Por su parte, el **Código de Salud** contiene una disposición específica sobre seguridad alimentaria y nutricional, que es el Artículo 43, el cual dice textualmente así:

Seguridad alimentaria y nutricional. El Ministerio de Salud en coordinación con las instituciones del Sector, los otros ministerios, la comunidad organizada y las Agencias Internacionales, promoverán acciones que garanticen la disponibilidad, producción, consumo y utilización biológica de los alimentos tendientes a lograr la seguridad alimentaria y nutricional de la población guatemalteca. (s. p.)

Asimismo, hay muchas otras normas con rango de ley, de jerarquía inferior e incluso normas técnicas que se refieren a la seguridad alimentaria y aunque no se comentan todas, se señalan algunos aspectos importantes que se pueden aprovechar con motivo de la Pandemia que

aflige al mundo entero.

La seguridad alimentaria y nutricional es un desafío que **solo el Ministerio de Salud no puede enfrentar, sino que tiene que ser en coordinación con todo el Estado y los demás sectores**, es decir debe ser un esfuerzo general, un esfuerzo nacional. Pero aparte de garantizar la alimentación para la población, este esfuerzo debe proteger también la salud general e identificar el potencial nutricional de dicha alimentación. Por su parte, la comunidad debe proporcionar a sus miembros la información básica sobre la riqueza nutricional de los alimentos básicos y alertar sobre aquellos que son nocivos y perjudiciales para la salud.

Todas las personas deben conocer los efectos de ingerir los alimentos que consumen, pero gran parte de la población carece de la instrucción necesaria para saberlo. Por tal razón el Estado debe actuar emitiendo normas jurídicas y normativa gubernamental y no gubernamental (organismos internacionales no gubernamentales) y privada que protegen la seguridad y la salud alimentarias. La labor divulgativa debe efectuarse en forma gráfica y en los idiomas regionales correspondientes para que sea bien comprendida por los pobladores y especialmente aceptada e implementada.

La normativa relacionada con el control de alimentos debe obligar a las **municipalidades** a colaborar y facilitar su difusión en su jurisdicción. Importancia de la adecuada nutrición y de los buenos hábitos alimenticios para prevenir la obesidad y las enfermedades digestivas y cardiovasculares.

Esta normativa también debe incluir la obligatoriedad de los establecimientos que ofrecen **productos nutricionales y vitamínicos complementarios y sustitutivos**, de proveer la adecuada información sobre los beneficios, inocuidades, riesgos y contraindicaciones de su





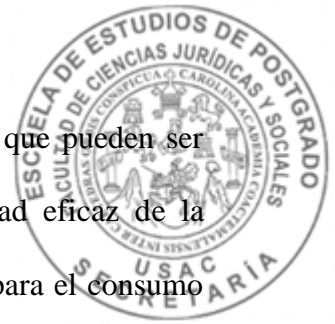
consumo. Aunque ya existen algunas disposiciones, es conveniente continuar evaluando la necesidad de emitir nuevas disposiciones generales y específicas, para información y conocimiento del consumidor.

También se debe destacar la necesidad que el público tenga educación y cultura a ese respecto para no dejarse sorprender con productos que no le convienen a su salud. Todo consumidor debe ir adquiriendo la cultura de saber previamente lo que come, lo que bebe o lo que se aplica en forma tópica o externa.

Esta ciencia genera múltiples acciones que deben ser adecuada y eficazmente **divulgadas** para que la población las asimile plenamente dada su función básica. A este respecto, las autoridades alimentarias, referidas en este capítulo, deben emitir constantemente la normativa necesaria que contenga las recomendaciones sobre la importancia de la adecuada nutrición y de los buenos hábitos alimenticios para prevenir la obesidad y las enfermedades digestivas y cardiovasculares. También otra normativa sobre el uso de productos complementarios y sustitutivos y su adecuada información. Dicha normativa no se agotará en una sola emisión, sino que deberá ser constantemente actualizada e innovadora de acuerdo con los estudios especializados que sobre la materia se realizan tanto a nivel nacional como a nivel internacional.

Hay la necesidad de recomendaciones provenientes del rector del sistema nacional de salud, que por medio del diario *El Mundo* (2014) entre otras razones por la falta de educación de la población a ese respecto.

Pero esto no ocurre solamente en Guatemala, pues de acuerdo con el Índice Global del Hambre (GHI) de 2014, hasta dos mil millones de personas sufren de malnutrición o “hambre oculta”, presentado el día 13 de Octubre de 2014 en Berlín. (s. p.)



Además, es necesario emitir normativa que restrinja aquellos alimentos que pueden ser nocivos para la salud de los consumidores y tal régimen requiera la actividad eficaz de la dependencia encargada de vigilar la calidad de lo que se ofrece en el mercado para el consumo humano. Igualmente es preciso contar con normativa educativa sobre el hábito correcto de alimentarse, porque no todas las dietas son aconsejables ya que existen prácticas de comer muy poco para bajar de peso y dichas prácticas pueden ser contrarias al desarrollo saludable de las personas.

Se ha mencionado normativa educativa porque no solo hay normas que señalan lo obligatorio, lo permitido y lo prohibido, sino que también lo que es recomendable. En materia de alimentos y nutrición hay toda clase de dichas normas. Dentro de las normas educativas hay disposiciones que señalan las ventajas y desventajas de consumir determinados alimentos.

Por ejemplo, productos naturales como legumbres, verduras y frutas en todas sus presentaciones que pueden ser indicados para gozar de buena salud, y si las personas desean bajar de peso, hacerlo en forma segura y saludable. Entre ellos las nueces, los huevos, el brócoli, el maní, el aguacate, los lácteos, entre otros alimentos saludables, y la autoridad sanitaria sabe por qué aconseja dichos alimentos, ya que ha realizado las investigaciones correspondientes y el mérito es de la ciencia de la nutrición.

Puede ser que ciertos alimentos no sean parte de su cultura y hábitos alimenticios, sin embargo por sus propiedades nutritivas deben ser incluidos en su dieta alimenticia. Eso lo se ha comprobado en las visitas que se hicieron como parte de la investigación de esta tesis, porque hay alimentos que son parte de la cultura de la población, como el maíz y el frijol, pero hay otros alimentos muy nutritivos, como el pescado, que no es tan apreciado en algunas regiones incluso



a nivel urbano.

En este aspecto, la labor de las autoridades de salud es ir creando nuevas vertientes en la cultura de la salud de la población guatemalteca. Todas las personas deben asesorarse sobre la correcta alimentación y nutrición dadas sus circunstancias y características personales, y para eso deben acudir con los profesionales de la nutrición, que son los Nutricionistas, quienes deben realizar una evaluación personalizada para recomendar el balance nutritivo que cada persona necesita y que no se puede generalizar. Esta es otra cultura que tiene que ir consolidándose en la sociedad guatemalteca, la consulta profesional en la ciencia nutricionista.

El caso de personas que buscan componentes nutritivos en ciertos establecimientos que venden complementos vitamínicos y proteínicos es parcialmente adecuado, pero debemos recalcar que la mejor decisión es seguir un programa de nutrición preparado en forma individual por un profesional de la nutrición.

Los nutricionistas son profesionales que se colegian en el Colegio de Farmacéuticos y Químicos de Guatemala; adicionalmente existe la Asociación de Nutricionistas de Guatemala (ANDEGUAT). Consideramos que su formación es adecuada, aunque desde luego siempre puede y debe mejorarse, como todas las demás profesiones.

Por otra parte, el tema de la nutrición implica necesariamente la lucha contra la desnutrición y a este respecto debemos anotar que en Guatemala una gran parte de la población se encuentra en estado de desnutrición crónica por carecer de alimentos y de los recursos suficientes para disponer de una alimentación básica.



Otro frente que genera esta temática es el de las acciones encaminadas a corregir la “malnutrición”, que comprende hábitos de ingesta excesiva y desordenada y que puede ser igualmente nociva y hasta mortal para quienes los padecen. Es muy preocupante que muchas personas que comen de esta forma padecen de enfermedades tales como la diabetes y de la obesidad, entre otras, reduciéndole al mínimo la calidad de vida. Por tal razón, es imperativo que se actúe en forma decidida a favor de la alimentación y de la nutrición correctas de la población guatemalteca.

La norma legal vigente en Guatemala en materia alimenticia y nutricional es el Decreto 32–2005 del Congreso de la República, **Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional**. Como parte de este análisis legal, diremos que el primer considerando de dicha ley es acertado, el cual dice así:

CONSIDERANDO: Que es un derecho de todos los guatemaltecos acceder a una alimentación que satisfaga sus necesidades nutricionales y sociales, condición fundamental para el logro del desarrollo integral de la persona y de la sociedad en su conjunto, por lo que se hace necesario mejorar las condiciones que permitan superar la inseguridad alimentaria y nutricional en que se encuentra la población guatemalteca, ya que las mismas representan un serio obstáculo para el desarrollo social y económico del país, especialmente en el área rural y en los grupos urbano marginales e indígenas. (s. p.)

Esta enunciación es acertada porque aparte de ser un principio legal, revela también la expresión de lo que discretamente constituye la razón de ser de dicha norma y además **representa un importante vínculo entre el derecho y una ciencia tan importante para la salud como es la Nutrición.**



El Artículo 1 de esta ley dice lo siguiente:

Para los efectos de la presente ley, la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional establece como Seguridad Alimentaria y Nutricional el derecho de toda persona a tener acceso físico, económico y social, oportuna y permanentemente, a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, con pertinencia cultural, preferiblemente de origen nacional, así como a su adecuado aprovechamiento biológico, para mantener una vida saludable y activa. (s. p.)

Esta disposición introduce un elemento muy importante para el sistema nacional de salud, como lo es la **Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional**. Además dicho Artículo enuncia el derecho a la alimentación correcta. No obstante, para llegar a una conclusión analítica de esta ley, haremos el siguiente análisis sobre sus componentes institucionales.

Es novedosa la norma que asume la seguridad alimentaria como una política de Estado con enfoque integral, dentro del marco de las estrategias de reducción de la pobreza que se definan, tal como lo hace el Artículo 3 de esta ley, tomando en cuenta que gran parte de la población de Guatemala vive en la pobreza o por debajo de la línea de la pobreza.

La **Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional** (tal como lo establece el Artículo 4) contiene los principios rectores, ejes temáticos y lineamientos generales para orientar las acciones de las diferentes instituciones que desarrollan actividades para promocionar la Seguridad Alimentaria y Nutricional de la población, la cual se rige por los siguientes principios: solidaridad, transparencia, soberanía, tutelaridad, equidad, integralidad, sostenibilidad, precaución, descentralización y participación ciudadana. Todos estos principios en teoría son igualmente importantes, aunque hacemos hincapié en la participación ciudadana porque



consideramos que cualquier programa nacional debe contar con ella.

Así, en materia alimentaria, dice el Artículo 6 que el Gobierno de Guatemala promoverá un proceso de consulta con la sociedad civil organizada para proponer soluciones y definir estrategias orientadas a garantizar la Seguridad Alimentaria y Nutricional –SAN– en productos tradicionales como maíz y frijol en las tierras aptas para dichos cultivos, lo que debe reflejarse en planes operativos y estratégicos. Parece muy acertada dicha norma porque confirma y respeta la cultura y hábitos alimenticios sanos de la población tanto urbana como rural. Pero, a juicio del sustentante, esta parte teórica, aun cuando es válida en cuanto a los principios enunciados, debe impulsar acciones prácticas que sean verdaderamente efectivas.

En la parte organizacional, esta ley crea el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN) que está integrado por instancias de gobierno y de la sociedad guatemalteca, contando con el apoyo técnico y financiero de la cooperación internacional (Artículo 6), cuyo objetivo fundamental es establecer y mantener un marco institucional estratégico de organización y coordinación para priorizar, jerarquizar, armonizar, diseñar y ejecutar planes y acciones de seguridad alimentaria y nutricional (Artículo 7).

Sus objetivos principales son:

1. Impulsar acciones encaminadas a la erradicación de la desnutrición y reducción de enfermedades carenciales y por exceso en todo el territorio nacional y la eliminación de la transmisión intergeneracional de la desnutrición, creando y fortaleciendo condiciones que contribuyan a que toda la población acceda a oportunidades de desarrollo humano digno;
2. Diseñar e implementar acciones eficaces y oportunas de disponibilidad de productos



básicos de la alimentación y asistencia alimentaria a los grupos de población que padecen desnutrición, complementadas con programas de desarrollo comunitario y seguridad alimentaria y nutricional;

3. Impulsar los objetivos de la Política Nacional de Salud Alimentaria y Nutricional (SAN) del Estado guatemalteco en los planes estratégicos, programas y proyectos sectoriales orientados al desarrollo socioeconómico del país. (s. p.)

Según esta ley, para lograr un mejor desempeño, el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional está integrado por los siguientes órganos:

1. El Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, como ente rector del Sistema será responsable de impulsar las acciones que promuevan la seguridad alimentaria y nutricional en el ámbito político, económico, cultural, operativo y financiero del país, y por medio de su secretario formará parte del Gabinete General, Gabinete Social y Gabinete de Desarrollo Rural. El Consejo está integrado por 21 instituciones, entre ellas ocho ministros, lo cual consideramos excesivo y le resta agilidad y dinamismo porque cada reunión resulta sumamente larga e improductiva y su efectividad deviene dudosa.
2. La Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República, sin duda es el órgano más importante y es el ente coordinador del Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional y articula los programas y proyectos de las distintas instituciones nacionales e internacionales vinculados con esta materia (Artículo 20), teniendo las atribuciones y acciones que le asigna el Artículo 22 de esta ley, pero consideramos que ellas son excesivas y de difícil cumplimiento porque el desafío de la alimentación y nutrición de la población supera



la capacidad del gobierno de la República. Consideramos que las autoridades gubernamentales deberán evaluar la necesidad de contar con toda esta estructura, atendiendo a sus programas, planes y resultados, y si hace falta proponer una modificación sustancial a la ley.

3. Instancia de consulta y participación social; y,
4. Grupo de instituciones de apoyo. (s. p.)

Aparte de la conformación del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, que se considera aquí excesivamente numerosa y poco funcional, y de la Secretaría, a la que se le han otorgado demasiadas atribuciones y acciones innecesariamente, encontramos en la ley que analizamos el capítulo VIII, el que se denomina de las corresponsabilidades institucionales.

A este respecto es de destacar que más que corresponsabilidades institucionales son duplicaciones innecesarias de esfuerzos entre el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y los ministerios que forman parte de él. En primer lugar, con el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (el cual debería ser realmente el rector de todo lo relacionado con alimentación, como su nombre lo dice).

La prueba de esta duplicidad de esfuerzos es que en los Artículos 30, 31 y 32 esta ley señala la competencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en materia de la selección, conservación, preparación y consumo de alimentos (Artículo 30), salud e higiene ambiental que favorezcan el máximo aprovechamiento de los nutrientes que contienen los alimentos (Artículo 31), diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación del desnutrido (Artículo 32), lo cual es obvio y deviene de su propia naturaleza, no necesitándose de otra entidad tan burocrática para hacer lo mismo o “compartir” responsabilidades.



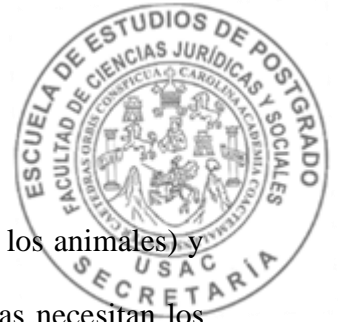
La política nacional de alimentación y nutrición es fundamental en cualquier nación, desarrollada y no desarrollada, pero no necesita de un órgano tan grande y complejo como el mencionado consejo, sino de la acción que con más agilidad pueden implementar en forma coordinada los ministerios y la secretaría.

Mientras tanto, la población sigue padeciendo la carencia de alimentos, la desnutrición y la malnutrición, sin que lleguen los resultados supuestamente esperados de todo el aparato estatal expuesto en esta sección.

Uno de los elementos más importantes de la nutrición es el **enriquecimiento de ciertos alimentos** para garantizar un mayor beneficio para el consumidor, siempre y cuando el procedimiento esté debidamente aprobado por la normativa respectiva y bajo la vigilancia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Precisamente, por su importancia **este es uno de los casos en que el derecho se relaciona estrechamente con la salud.**

En primer lugar están las **vitaminas**, sustancias indispensables para el correcto desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano, que normalmente se encuentran en los alimentos que consume el ser humano, tales como las frutas y las verduras. Son 13 las vitaminas necesarias para los seres humanos, y entre ellas están las siguientes:

- Vitamina A
- Vitaminas B (tiamina, riboflavina, niacina, ácido pantoténico, biotina, vitamina B-6, vitamina B-12 y folato o ácido fólico)
- Vitamina C
- Vitamina D
- Vitamina E



- Vitamina K

Hay quienes prefieren la dieta vegetariana (solo vegetales y derivados de los animales) y otros la dieta vegana (nada animal ni derivado). En ambos casos dichas personas necesitan los suplementos vitamínicos correspondientes porque tendrán deficiencia de la vitamina B12.

Cada vitamina, según la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. *Medline Plus* (s. f.) tiene una propiedad benéfica para la salud humana, por lo que es conveniente consumir los alimentos que las proporcionan todas. Sin embargo, también a este respecto se aplica el **principio de la justa medida**, la cual explica que todos los extremos son perjudiciales, porque por un lado la **avitaminosis** (deficiencia de vitaminas) “puede producir trastornos delicados y graves; por el otro lado, la **hipervitaminosis** (exceso de carga vitamínica) igualmente puede producir efectos nocivos para la salud” (s. p.). Por lo tanto, las autoridades de salud deben emitir la normativa que contenga los alimentos recomendables por su contenido vitamínico para tener una **dieta balanceada**.

Dentro de la normativa relacionada con el enriquecimiento de alimentos, está precisamente la **Ley General de Enriquecimiento de Alimentos**, contenida en el Decreto 44–92 del Congreso de la República, y su Reglamento, contenido en el Acuerdo Gubernativo número 952–99. Derivados de esta Ley General, se encuentran los reglamentos especiales para cada componente que se explican a continuación.

- a) Acuerdo Gubernativo N° 21–2000, Reglamento para la Fortificación del Azúcar con Vitamina A

Previamente se dirá que, según la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.



Medline Plus (s. f.), **la vitamina A** contiene el retinol, que es fundamental para la vista pues produce los pigmentos en la retina del ojo. También ayuda a la formación y al mantenimiento de dientes, tejidos blandos y óseos, “membranas mucosas y piel sanos, y favorece la salud de la madre durante el embarazo y de ambos durante la lactancia” (s. p.).

En tal virtud, desde hace varios años se ha establecido legalmente **la obligación de los productores de azúcar de fortificarla con vitamina A**. Actualmente está vigente el **Acuerdo Gubernativo N° 21–2000** por medio del cual se actualizó esta obligación, cuyos principales aspectos están contenidos en los Artículos siguientes.

De acuerdo con el Artículo 5, las disposiciones de este Reglamento se aplican a todo el azúcar que se consume en el país cualquiera sea su tipo, sea esta de producción nacional, importación comercial o donación.

Por otra parte, conforme el Artículo 8 de este Reglamento, toda persona individual o jurídica que se dedique a la producción, importación, fraccionamiento o fortificación del azúcar, para operar deberá tener la **licencia sanitaria** otorgada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Por su parte el Artículo 9 dispone que el azúcar deberá contar con el **registro sanitario** correspondiente.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el responsable de verificar el cumplimiento del presente Reglamento, así como ejercer labores de vigilancia del programa a nivel del consumidor (Artículo 13).



- b) Acuerdo Gubernativo N° 29–2004, Reglamento para la Fortificación de la Sal con Yodo y Sal con Yodo y Flúor, Modificado por Acuerdo Gubernativo N° 205–2019

Esta otra disposición es un **excelente ejemplo de la relación entre el Derecho y la Salud**, porque la parte jurídica está contenida en cuatro normas: una legal, que es la Ley General de Enriquecimiento de Alimentos, Decreto 44–92 del Congreso de la República, de la que derivan los otros reglamentos similares, el **Acuerdo Gubernativo N° 952–99**, que es el **Reglamento para la Fortificación de la Sal con Yodo y Sal con Yodo y Flúor**, y la modificación de este último, contenida en el **Acuerdo Gubernativo N° 205–2019**.

El Artículo 1 de este Reglamento, ya modificado por el Acuerdo Gubernativo 205–2019, contiene el objeto de estas disposiciones, indicando que se aplican a la sal, presentada como un producto sólido cristalino de color blanco compuesto por cloruro de sodio, que se comercialice o utilice en el país que sea de consumo masivo, para uso en la industria de alimentos, para consumo humano directo, de consumo animal y para otros fines, cualquiera que sea su origen, sea esta de producción nacional o importada incluyendo la procedente de donaciones. (Modificada, como aparece, por el Acuerdo Gubernativo 205–2019)

De acuerdo con el Artículo 3 de esta norma, la sal artesanal de consumo humano directo y la sal de formulación especial para consumo humano, debe ser fortificada a un nivel promedio de 40 mg de yodo/kg de sal con un mínimo de 20 mg de yodo/kg de sal y un máximo tolerable de 60 mg de yodo/kg de sal durante su producción y mantener estos niveles durante toda su vida de comercialización.

La sal de calidad alimentaria para consumo humano directo debe ser fortificada a un nivel promedio de 40 mg de yodo/kg de sal, con un mínimo de 20 mg de yodo/kg de sal y un máximo



tolerable de 60 mg de yodo/kg de sal y un promedio de 200 mg de flúor/kg de sal, con un mínimo de 150 mg de flúor/kg de sal y un máximo tolerable de 250 mg de flúor/kg de sal durante su producción y mantener estos niveles durante toda su vida de comercialización.

(Modificada, como aparece, por el Acuerdo Gubernativo 205–2019)

El yodo a utilizarse para fortificar la sal deberá ser en forma de yodato o yoduro de potasio y el flúor a utilizar deberá ser en forma de fluoruro de sodio o fluoruro de potasio. (Artículo 4). (Modificado, como aparece, por el Acuerdo Gubernativo 205–2019).

El Artículo 5 de este Reglamento establece la obligación de toda persona individual o jurídica que se dedique a la producción, fortificación, importación, fraccionamiento, almacenamiento y expendio de la **sal calidad alimentaría** de obtener **Licencia Sanitaria** de su establecimiento otorgada por el Departamento de Regulación y Control de Alimentos de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de conformidad con el reglamento para la inocuidad de los alimentos.

De igual manera, el Artículo 7 de este Reglamento exige que la sal definida en este Reglamento cuente con el **Registro Sanitario** de referencia correspondiente, el cual deberá ir impreso o adherido en el envase primario y en el envase secundario. (Modificada, como aparece, por el Acuerdo Gubernativo 205–2019)

Este Reglamento para la Fortificación de la Sal con Yodo y Sal con Yodo y Flúor (contenido en Acuerdo Gubernativo número 29–2004 es muy importante para garantizar la salud de la población, dado el uso generalizado de sal en los alimentos que consume.



Sin embargo, la modificación hecha al Reglamento original por medio del Acuerdo Gubernativo número 205–2019 ha generado inconformidad por diversos sectores, tal como en el reportaje publicado en el diario *Prensa Libre* el día 5 de Diciembre de 2019, así como por el Consejo Superior Universitario de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el cual emitió un comunicado público con fecha 18 de Noviembre de 2019, lo cual constituye un caso inédito de la polémica que puede generar una normativa de nivel secundario, tal como un Acuerdo Gubernativo.

En efecto, el titular del reportaje de la autora Ola (2019) antes citado dice así:

La sal ha sido el vehículo a través del cual el yodo y el flúor llega a los guatemaltecos, la modificación en el acuerdo que norma su fortificación es ambigua y deja abierta la posibilidad de enriquecerla o no con estos minerales. Esto ha llevado a sectores expertos en el tema de salud y nutrición a cuestionar estos cambios, al punto que piden a la Corte de Constitucionalidad dejar sin efecto los cambios. (s. p.)

Continúa su explicación la autora Ola (2019) así:

La fortificación de ciertos productos alimenticios de consumo masivo ha permitido suplir la deficiencia de algunos micronutrientes esenciales en la dieta de la población. La sal es uno de ellos. La sal está presente en la dieta diaria de los guatemaltecos, lo que la hace el vehículo apropiado para que el yodo y el flúor llegue a la población. El consumo de sal diario por habitante en el país es de 5 gramos, según un informe elaborado por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (Incap). (s. p.)



Sin embargo, profesionales entrevistados por la autora de dicho reportaje afirman que la modificación al Acuerdo Gubernativo 29–2004, que establece los parámetros de fortificación, pone en riesgo el enriquecimiento de la sal con dichos minerales porque no lo estipula como obligación. En efecto, especialistas en salud bucal consideran que la normativa modificada deja a discreción la fortificación de la sal, lo que resulta perjudicial tomando en cuenta que la fluoración es una medida que previene la caries dental.

Expone la autora Ola (2019):

La polémica llega a consideraciones todavía más lejanas porque la modificación al Reglamento podría también incidir negativamente en la yodación de la sal. En efecto, el yodo llega a la población a través de la sal. La falta de este micronutriente ocasiona defectos en el nacimiento, incrementa el riesgo de abortos y mortinatos, causa retraso en el crecimiento físico, daño en las funciones cognitivas, cretinismo, hipotiroidismo y bocio. (s. p.)

Con las modificaciones en el Acuerdo Gubernativo 205–2019, expertos del INCAP señalan que se deja a abierta la posibilidad de que la yodación tampoco se cumpla a cabalidad, porque la norma es “ambigua”.

Entre los productos que contienen sal se encuentran los consomés, un producto de alto consumo en los hogares guatemaltecos; y también están las sopas deshidratadas. Ambos productos tienen sal fortificada como ingrediente, por lo que se convierten en una fuente de yodo. Aunque la sal es la principal fuente del micronutriente –el consumo oscila entre el 70 % y 90 %–, según estudio del INCAP, el 72 % de los hogares no pobres incluyen en su dieta consomé, mientras que los que se clasifican entre pobre no extremo es el 74 %, y el pobre



extremo, un 55 %. El uso de este producto obedece también al costo.

En el caso de las sopas deshidratadas los porcentajes se invierten, ya que son los hogares con menos recursos económicos lo que más las consumen. En un 76 % el pobre extremo, 60 % pobre no extremo, y 63 % no pobre. De esa cuenta, dejar abierta la posibilidad de que la industria utilice o no sal yodada para elaborar consomés y sopas, entre otros productos, podría poner en riesgo la salud de los guatemaltecos.

Aparte de las quejas y oposiciones, hay un recurso de amparo interpuesto por Acción Ciudadana y la Comisión Nacional de la Salud Bucal en la Corte de Constitución para que el Acuerdo Gubernativo 205–2019 quede sin efecto.

Adicionalmente, la Universidad de San Carlos señala como inconvenientes de la modificación la falta de obligatoriedad de la fortificación de la sal con yodo y flúor en la industria alimentaria, y el debilitamiento del control y vigilancia del yodo y el flúor en la sal por parte del Departamento de Regulación y Control Alimentario (del MSPAS) el cual no tiene los recursos para realizarlos.

Por su parte, el entonces Ministro de Salud, Carlos Soto defendió los cambios realizados en el Acuerdo Gubernativo 205–2019 indicando que buscan proteger la salud de los guatemaltecos, y que cada modificación se hizo basada en estudios previos.

También el INCAP (s. f.) se pronunció al respecto:

Aunque en forma más técnica y científica, recomendando el consumo moderado de la sal y de productos alimenticios que tengan este ingrediente. Esto no es algo opuesto a los programas de yodación de sal, sino que la misma Organización Mundial de la Salud



recomienda que tanto la estrategia de reducción de sal como la estrategia de yodación se trabajen en conjunto, para que a la vez que la población se beneficia de la yodación de la sal, no abuse en el consumo de sal y trate de reducirla. (s. p.)

El consumo excesivo según INCAP (s. f) de sal y sodio “contribuye al aumento de las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, y aumenta el riesgo de padecer hipertensión” (s. p.). Esta polémica es de particular interés para el propósito de esta Tesis Doctoral, porque demuestra la trascendencia que puede llegar a tener un reglamento contenido en acuerdo gubernativo por los efectos que implica para la salud.

- c) Acuerdo Gubernativo N° 298–2015, Reglamento para la Fortificación con Micronutrientes de la Harina de Maíz Nixtamalizado

Esta normativa es fundamental porque se refiere a la fortificación alimentaria con micronutrientes de la **harina de maíz nixtamalizado**, siendo el maíz el principal alimento en la dieta de los guatemaltecos.

Tal como dice el Artículo 1 de esta disposición, este reglamento tiene por objeto establecer las características, requisitos y especificaciones que debe cumplir la harina de maíz nixtamalizado fortificada con micronutrientes para consumo humano directo o utilizada por la industria alimentaria, sea de producción nacional, importada o donada.

Es de hacer notar que la “nixtamalización” es un proceso de cocimiento del maíz con agua y cal viva (óxido de calcio) que se convierte en masa, con la cual se preparan las tortillas, los tamales y otras comidas propias de esta región.



Esta disposición es muy importante y obligatoria para todas las harinas de maíz nixtamalizado que se consumen en Guatemala, tanto como alimento humano como industria alimenticia, las cuales deben estar fortificadas con los micronutrientes tiamina, niacina, riboflavina, vitamina B12, ácido fólico, hierro y zinc, según lo dice el Artículo 3.

Asimismo, la responsabilidad de velar porque la harina de maíz cuente con el Registro Sanitario correspondiente, recae sobre el importador y el comerciante de este producto, según lo dispone el Artículo 13 del Reglamento que analizamos, mientras que la vigilancia y verificación de su correcta aplicación es una obligación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través del Departamento de Regulación y Control de Alimentos. Toda la harina de maíz nixtamalizada fortificada con micronutrientes debe contar con el Registro Sanitario respectivo, el cual debe ir claramente impreso o adherido al envase primario y en el envase secundario.

Por otra parte, toda persona individual o jurídica que se dedique a la producción, importación, fraccionamiento o fortificación de la harina de maíz nixtamalizada, debe obtener la Licencia Sanitaria respectiva otorgada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tal como lo ordena el Artículo 24 de este Reglamento.

El tema de la fortificación de alimentos tiene además una **trascendencia internacional**. En efecto, el día 11 de Noviembre de 2009 la Comisión Nacional para la Fortificación, Enriquecimiento o Equiparación de Alimentos (CONAFOR), constituida en el Artículo 2 de la Ley General de Enriquecimiento de Alimentos contenida en el Decreto 44-92 del Congreso de la República, llevó a cabo la conferencia pública “Situación de los alimentos fortificados en Guatemala: una estrategia sostenible para el combate de las deficiencias de micronutrientes”, en la cual se presentó el informe de la situación en el país, alimentos fortificados en el hogar, sitios



de venta de los productos, responsabilidad social de los sectores productores, y el papel del consumidor. En la reunión también se abordó los avances y contribuciones de Guatemala y de la región centroamericana, en la fortificación de alimentos, apoyados por INCAP, UNICEF y CONAFOR.

En el acto de inauguración participaron: el representante del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el representante de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS en Guatemala, el representante del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), el representante de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN), y el ministro de Salud. El evento se llevó a cabo en las instalaciones del INCAP.

En dicho evento se señaló que las principales deficiencias de micronutrientes que afectan a los países en vías de desarrollo, entre ellos Guatemala, están relacionadas con la deficiencia de Vitamina A, en la niñez menor de cinco años; la anemia por deficiencia de hierro en niñez y mujeres en edad reproductiva; la deficiencia de ácido fólico especialmente en mujeres en la etapa previa y durante la gestación, y la deficiencia de yodo y flúor. En los últimos años la deficiencia de zinc también ha sido identificada como un nutriente clave para favorecer el crecimiento infantil y prevención y tratamiento de las enfermedades respiratorias agudas y las diarreas.

La deficiencia nutricional más común es la deficiencia de hierro, afectando alrededor del 30 % de la población mundial quienes se encuentran anémicos. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, una de cada dos mujeres embarazadas y alrededor del 40 % de preescolares son anémicos. Esta situación se ve agravada por las infecciones parasitarias, malaria, y otras enfermedades infecciosas como VIH y tuberculosis. La anemia contribuye con aproximadamente el 20 % de las muertes maternas.



Expresó el Dr. Pier Paolo Balladelli, representante de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS en Guatemala (s. f.) aunque las manifestaciones de estas deficiencias son poco visibles, sus consecuencias son devastadoras, ya que incrementan el riesgo de enfermar y morir. “La malnutrición por deficiencias nutricionales es un gran impedimento para el desarrollo socioeconómico contribuyendo al círculo vicioso de sub desarrollo” (s. p.).

El Dr. Balladelli (s. f.) también señaló que:

Existe amplia evidencia sobre las medidas efectivas para resolver y eliminar estas deficiencias nutricionales, entre ellas: la fortificación de alimentos, la suplementación con micronutrientes, el consumo de hortalizas y frutas, alimentos fuentes de estos nutrientes; y la educación alimentaria nutricional. “Hay que insistir en las alianzas público–privadas”. (s. p.)

Las alianzas público–privadas han permitido grandes avances en la fortificación de alimentos en Guatemala. Esta experiencia fue tan exitosa que fue transferida a países de Asia, los cuales están en fase de implementación. De esa cuenta, el representante de OPS/OMS (s. f.) recomendó a las autoridades:

Impulsar el plan para la prevención y atención de deficiencias nutricionales, incluyendo fortificación de los alimentos, fortalecer las acciones de vigilancia, monitoreo y supervisión para el adecuado y óptimo cumplimiento de la fortificación, específicamente la doble fortificación de sal con yodo y flúor; así como contar con información actualizada sobre la situación de los alimentos fortificados como de la situación de micronutrientes. (s. p.)



Este evento es muy explícito sobre la importancia y trascendencia del enriquecimiento y fortalecimiento alimentario en país, y **permite entender que las leyes y los reglamentos emitidos y relacionados en este capítulo representan inequívocamente que el derecho tiene una relación directa con la salud, que debe ser mejor conocida y privilegiada.**

Otra normativa sobre alimentos es el **Reglamento para la Inocuidad de los Alimentos, Acuerdo Gubernativo número 969-99**. Dicho reglamento tiene por objeto desarrollar las disposiciones del Código de Salud, relativas al control sanitario de los alimentos en las distintas fases de la cadena productiva y de comercialización.

Los principios fundamentales de dicha normativa son:

1. Proteger la salud de los habitantes del país, mediante el control sanitario de los productos alimenticios, desde la producción hasta la comercialización;
2. Proteger los intereses legítimos de los habitantes país, mediante la implementación de medidas que prohíban y sancionen la alteración, contaminación, adulteración y falsificación de alimentos a comercializar; y,
3. Proteger los objetivos legítimos del país desde el punto vista sanitario, en lo relacionado con el comercio internacional de los alimentos. (s. p.)

El campo de aplicación de esta disposición comprende a las personas individuales o jurídicas, públicas y privadas, nacionales, extranjeras e internacionales que produzcan, transformen, empaquen, fraccionen, importen, exporten, almacenen, transporten, distribuyan y comercialicen alimentos dentro del territorio nacional, quienes quedan estrictamente obligadas a observarla.



Este reglamento genera a su vez una normativa derivada porque el Artículo 5 estipula que la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y la Unidad de Normas y Regulaciones del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación, emitirán la normativa específica, implementarán procedimientos y diseñarán los formularios a utilizar en las gestiones administrativas para el cumplimiento del objeto de esta disposición gubernativa.

La coordinación entre instituciones y dependencias es absolutamente necesaria para implementar acciones y optimizar recursos, de manera que de conformidad con el Artículo 8 de este reglamento, el Ministerio de Salud, por conducto del Departamento de Regulación y Control de Alimentos y del Laboratorio Nacional de Salud, ambas dependencias de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, y el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación por medio de la Unidad de Normas y Regulaciones, coordinarán el **Programa Nacional de Control de Alimentos**, entre sí y con otras dependencias involucradas. La coordinación entre estas dependencias y otras instituciones, incluyendo las municipalidades, así como entes públicos y privados para garantizar el cumplimiento de todas disposiciones, también está confirmada por los Artículos 9 y 10 de este reglamento.

Este Reglamento contiene igualmente la **clasificación de los diferentes tipos de establecimientos de alimentos**, los cuales están bajo la supervisión de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y de la Unidad de Normas y Regulaciones del Ministerio de Agricultura.

Asimismo, esta norma indica que todo propietario de establecimiento de alimentos, previo a su funcionamiento o apertura al público, deberá obtener la **Licencia Sanitaria**

correspondiente, extendida por la autoridad competente, siendo prohibido el funcionamiento de establecimientos de alimentos sin dicha licencia.



En toda esta temática **el derecho es pródigo en normas tanto jurídicas como reglamentarias.**

No se trata solamente de la emisión de una o más leyes y normas inferiores, sino que el sistema también está integrado por instituciones dedicadas al campo de que se trata, en este caso relacionado con la alimentación y la nutrición. Aparte del MSPAS y sus dependencias, una institución regional de gran importancia que tiene su sede en Guatemala es el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) que comprende los países del istmo: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, y del Caribe la República Dominicana, que ha hecho importantes investigaciones y aportes para la alimentación y nutrición de la población centroamericana, entre ellos un **producto único y de gran contenido nutritivo** que es la **INCAPARINA**, adicionalmente a un precio asequible para la población trabajadora.

EL INCAP fue fundado el 14 de Septiembre de 1949 y realmente es el precursor de la integración centroamericana. El Convenio Básico de 1949 fue actualizado por medio del nuevo Convenio del 27 de Agosto de 1998. Por la trascendencia de esta importante institución, podemos señalar que los principales campos de trabajo del INCAP (s. f.) son los siguientes:

Coordinar, armonizar y apoyar estrategias e iniciativas de la institucionalidad de los diferentes subsistemas del SICA, de la sociedad civil organizada, del sector privado y de la cooperación internacional en la región; para la formulación de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centroamérica y República Dominicana 2013–2032, formulación de la Ley Marco de Alimentación Escolar para Centroamérica y República



Dominicana, formulación de la Estrategia para la prevención del sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia de Centroamérica y República Dominicana. Al igual se trabaja en el fortalecimiento de iniciativas para la fortificación de alimentos con micronutrientes: **vitamina A, hierro, yodo, zinc** y monitoreo y evaluación de los programas de fortificación a través de la armonización de reglamentos regionales con el fin de prevenir y controlar las deficiencias de micronutrientes en los Estados Miembros. Otra acción importante es el apoyo al diseño, formulación y evaluación de programas nacionales de alimentación y nutrición que ejecutan las principales organizaciones e instituciones que trabajan en conjunto con el INCAP.

Articulación de redes regionales en diversas áreas de la alimentación y nutrición, incluyendo: Red Regional de Laboratorios de Alimentos y Bioquímica Nutricional; Red Regional de Instituciones de Investigación de Enfermedades Crónicas (RIIEC); Comisión Regional de Micronutrientes y Alimentos Fortificados de Centroamérica y República Dominicana (CORMAF); Comisión Técnica Regional de Enfermedades Crónicas y Cáncer (CTCC).

Convenios y alianzas estratégicas con Instituciones del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA): Consejo Superior Universitario de Centroamérica y República Dominicana (CSUCA) y Comisión para el Desarrollo Científico y Tecnológico de Centro América y Panamá (CTCAP), convenios con Organizaciones de las Naciones Unidas como la FAO, UNICEF, PMA, Organizaciones de USAID, Embajada de Suecia entre otros. Estas acciones conjuntas fortalecen el marco de desarrollo de estrategias innovadoras sectoriales y globales relacionadas al tema de la alimentación y nutrición y sus determinantes.



En la gestión del conocimiento se fortalece y se ha puesto al servicio del público la Biblioteca Virtual en Salud y Seguridad Alimentaria y Nutricional (BVSSAN) una colección de documentos científico-técnicos regionales (bibliográficos, audiovisuales y electrónicos) vinculando Salud y Seguridad Alimentaria Nutricional. En ella se ofrece la variedad de documentos técnicos de consulta de producción propia del INCAP, bibliografía actualizada en forma dura y digital con información científica y técnica, generada por las diferentes agencias del Sistema de Naciones Unidas, como la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Programa Mundial de Alimentos (PMA), organizaciones de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID), Embajada de Suecia, entre otros, que han trabajado con el INCAP en el tema de nutrición y alimentación. Aquí se encuentran también una amplia variedad de libros clásicos en el tema de nutrición y alimentación.

Se diseñan iniciativas para promover la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) que vinculan la Agricultura –Salud– Nutrición, focalizando las acciones en las mujeres en condición de embarazo y lactancia y los niños y niñas menores de 24 meses – período de la Ventana de Oportunidad de los 1,000 Días, de manera que las acciones en el campo agrícola favorezcan el logro de objetivos nutricionales, atendiendo tanto los problemas asociados a déficit de energía y micronutrientes como a los de la “sobrenutrición” en la que la mala calidad de la dieta y una reducida actividad física conducen al sobrepeso y la obesidad, factor de riesgo para las enfermedades no transmisibles.

Desarrollo de proyectos de investigación en diferentes áreas de la alimentación y nutrición en Centro América y República Dominicana en alianza con universidades y

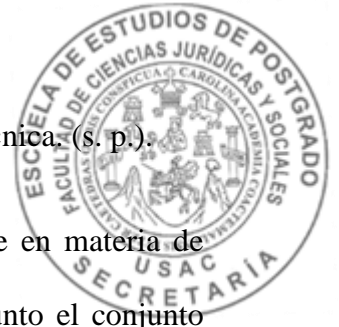


centros de investigación incluyendo: Universidad de Johns Hopkins, Universidad de Harvard, Universidad de Michigan, Universidad de Washington en St. Louis y Corporación RAND, con énfasis en los temas de prevención de las “Enfermedades No Transmisibles Relacionadas a la Nutrición”.

Se desarrollan y promueven estrategias educativas para fortalecer la capacidad técnica en alimentación y nutrición de los recursos humanos en Latinoamérica, a través de diferentes modalidades: presencial, semipresencial y a distancia; utilizando las tecnologías de información a través del Aula Virtual. Se trabaja en alianza con universidades públicas y privadas para la acreditación de programas en el nivel técnico y nivel de postgrado.

Desarrollo de metodologías y herramientas para el monitoreo y evaluación a nivel nacional y regional de programas de intervención nutricional tales como fortificación, intervenciones comunitarias, dieta, encuestas nacionales de salud y nutrición, censos de talla, elaboración de canasta básica, interpretación de información de sitios centinelas, elaboración de metodologías para encuestas de consumos, análisis de sistemas integrales de intervenciones nutricionales que incluyen la epidemiología de la malnutrición, análisis de encuestas con biomarcadores de hierro, vitamina A, análisis espacial, sistemas de posicionamiento geo referencial entre otros.

Se ha fortalecido el Centro Analítico Integral (CAI) incluidos los laboratorios de Bioquímica Nutricional, Composición de Alimentos y Microbiología, tanto en su infraestructura como en el manejo de protocolos de investigación. Se cuenta con un moderno laboratorio de Análisis Sensorial y se continúa el fortalecimiento del Laboratorio de Fisiología y Composición Corporal (LAFICC) para optimizar la



investigación, capacidades de recursos humanos y brindar cooperación técnica. (s. p.):

El INCAP es una institución con autoridad científica para pronunciarse en materia de alimentación y nutrición y solamente resta saber fehacientemente hasta qué punto el conjunto organizacional creado mediante el Decreto 32–2005 del Congreso de la República ha aprovechado sus actividades, investigaciones y capacidades, estando físicamente aquí en el mismo país, al igual que el potencial cooperativo de otros organismos internacionales tanto gubernamentales como no gubernamentales e incluso privadas que promueven la alimentación sana y la lucha efectiva contra la desnutrición y malnutrición en todo el territorio nacional.

Según *CuídatePlus* (s. f.) dentro de los principales componentes de los alimentos están:

Las **proteínas**, que son moléculas formadas por aminoácidos que están unidos por un tipo de enlaces conocidos como enlaces peptídicos. El orden y la disposición de los aminoácidos dependen del código genético de cada persona. Todas las proteínas a su vez están compuestas por:

- Carbono
- Hidrógeno
- Oxígeno
- Nitrógeno

La mayoría contiene además azufre y fósforo.

Las proteínas suponen aproximadamente la mitad del peso de los tejidos del organismo, y están presentes en todas las células del cuerpo, además de participar en prácticamente todos los procesos biológicos que se producen. (s. p.)



Las proteínas desempeñan un papel fundamental en el organismo. Son **esenciales para el crecimiento**, gracias a su contenido de nitrógeno, que no está presente en otras moléculas como grasas o hidratos de carbono. También lo son para las síntesis y mantenimiento de diversos tejidos o componentes del cuerpo, como los jugos gástricos, la hemoglobina, las vitaminas, las hormonas y las enzimas (estas últimas actúan como catalizadores biológicos haciendo que aumente la velocidad a la que se producen las reacciones químicas del metabolismo). Asimismo, ayudan a transportar determinados gases a través de la sangre, como el oxígeno y el dióxido de carbono, y funcionan a modo de amortiguadores para mantener el equilibrio ácido-base y la presión oncótica del plasma.

Otras funciones más específicas son, por ejemplo, las de los **anticuerpos**, un tipo de proteínas que actúan como defensa natural frente a posibles infecciones o agentes externos; el colágeno, cuya función de resistencia lo hace imprescindible en los tejidos de sostén o la miosina y la actina, dos proteínas musculares que hacen posible el movimiento, entre muchas otras.

Las dos propiedades principales de las proteínas, que permiten su existencia y el correcto desempeño de sus funciones son la **estabilidad y la solubilidad**.

La primera hace referencia a que las proteínas deben ser estables en el medio en el que estén almacenadas o en el que desarrollan su función, de manera que su vida media sea lo más larga posible y no genere contratiempos en el organismo. En cuanto a la solubilidad, se refiere a que cada proteína tiene una temperatura y un pH que se deben mantener para que los enlaces sean estables.

Las proteínas son esenciales en la dieta. Los aminoácidos que las forman pueden ser esenciales o no esenciales. En el caso de los primeros, no los puede producir el cuerpo por sí



mismo, por lo que tienen que adquirirse a través de la alimentación. Son especialmente **necesarias en personas que se encuentran en edad de crecimiento** como niños y adolescentes y también en **mujeres embarazadas**, ya que hacen posible la producción de células nuevas.

También sigue informando *CuídatePlus* (s. f.) que:

Están presentes sobre todo en los alimentos de origen animal como la carne, el pescado, los huevos y la leche. Pero también lo están en alimentos vegetales, como la soja, las legumbres y los cereales, aunque en menor proporción. Su ingesta aporta al organismo 4 kilocalorías por cada gramo de proteína. (s. p.)

El **pH** (potencial de Hidrógeno) es un baremo ideado para medir la alcalinidad o la acidez de una sustancia, y nos indica el porcentaje de hidrógeno contenido en esta. El químico Linus Pauling, ganador de dos premios Nobel, afirmaba que mantener el cuerpo con un pH alcalino es clave para disfrutar de una buena salud.

Todas las personas son diferentes entre sí, de manera que es imposible dictar una recomendación general en materia de nutrición porque sus organismos tienen muchas variantes derivadas de las características humanas tales como la edad, la complexión, la carencia o existencia de enfermedades congénitas, crónicas, alérgicas, virales, entre otras, y los hábitos alimenticios correspondientes a culturas, tradiciones y factores de otra naturaleza que inciden en ellos.

Por lo tanto, referencia alimentaria debe prepararse en forma científica y analítica, y esto es precisamente lo que realiza la **dietética**, a efecto de proponer los regímenes correspondientes previo estudio de cada caso particular. El profesional que practica esta ciencia es el Dietista,

cuya labor es recomendable para toda persona pero obligatoria para los pacientes que se encuentran hospitalizados o sometidos a tratamientos considerablemente serios.



El campo de esta profesión es muy amplio porque debe conocer las diferentes clases de preparación de comidas, ingredientes, propiedades nutritivas y especialmente los efectos preventivos o deseados según las condiciones particulares del paciente. Pero, también la función positiva de la dietética es recomendable para personas que no están sometidas a tratamiento médico pero que desean mejorar sus condiciones de salud física, mental, tener más energía y, en general, gozar de mejor calidad de vida. Sin embargo, también debemos hacer referencia a las personas que desean mejorar su figura pero cometiendo el error de auto-recetarse o, peor todavía, se sometan a cirugías estéticas sin la supervisión médica especializada que debe ser obligatoria en cualquier caso.

Basados en la experiencia judicial de múltiples casos que llegan a los tribunales, si la dietética, ejercida por los profesionales dietistas, fuera más y mejor aprovechada por quienes desean mejorar su figura, habría menos expedientes de daños severos a pacientes, especialmente mujeres, y habría menos demandas legales por mala práctica estético-quirúrgica. Por eso esta especialidad derivada de la nutrición, como es la dietética, también está en relación con el Derecho y es indudablemente una parte importante de la cultura de la salud de las personas.

La medición de la cultura de la salud se obtiene si una persona observa las denominadas leyes de la alimentación: cantidad, calidad, armonía y adecuación.

También se debe mencionar que existen prácticas en determinadas culturas y religiones en las cuales se realizan ciertos períodos de abstención de comer, entre ellas el islam, una de cuyas versiones es el ramadán, período de un mes en el cual no se ingieren alimentos ni bebidas



durante el día. Al contrario de lo que puedan pensar quienes no practiquen dicha religión, ese proceso de abstinencia es saludable y da la oportunidad al organismo de purificarse de toxinas y otros contaminantes biológicos.

Por esta razón, la dietética es absolutamente recomendable porque así como es aconsejable comer, también puede ser aconsejable observar ciertos períodos de abstinencia. Lo que no se puede hacer es imponer una u otra práctica sin la previa recomendación de un dietista, pues todo proceso de salud alimentaria y nutricional debe ser voluntario, porque si es de manera forzada se incurre en violación de la libertad individual y podría llegar a tipificarse como hecho ilícito.

Aquí se sigue estando en un espacio en el cual se confirma la importancia del derecho para la salud, porque el conjunto normativo que concurre a regular, asegurar y garantizar la calidad de la alimentación de la nutrición de la población está integrado por leyes, reglamentos y otra clase de normas de diferente jerarquía, incluyendo normas técnicas nacionales e internacionales, pero que son competentes para cumplir la finalidad expuesta.

Así, la **tabla nutricional** también debe ser considerada una **normativa obligatoria en materia de salud**. A este respecto en la entrevista realizada a Susana Socolovsky, consultora técnica internacional en innovación tecnológica de alimentos y regulaciones alimentarias, quien estuvo en Guatemala a principios del año 2020 para hablar acerca de la importancia en buscar regulaciones en alimentos y bebidas en Latinoamérica, entrevista realizada por Irene Rodríguez del medio digital República, en el cual fue publicado el 22 de Enero de 2020.

En lo relativo a las regulaciones internacionales en el sector de alimentos y bebidas, la doctora Socolovsky explicó que el *Codex Alimentarius*, busca garantizar alimentos inocuos y de



calidad para todas las personas y en cualquier lugar, el cual ha generado normas de etiquetado para los alimentos a nivel internacional. Ella recomienda que se implementen en forma obligatoria en los países centroamericanos las normas de etiquetado nutricional. Esta tabla es importante ya que es una manera concisa y más clara en la que un consumidor de modo rápido pueda conocer los nutrientes del alimento que va consumir.

Sin embargo, agrega que este *Codex Alimentarius* está trabajando en una norma del etiquetado frontal y se espera que en los próximos dos años existan lineamientos sobre las normas y directivas para el etiquetado frontal.

En cuanto a Centroamérica ella sugiere que haya una armonización de esta norma de etiquetado nutricional para que no se rompa esa unidad que existe por tratados de libre comercio en la región.

Por otra parte, ella considera que es importante que en el proceso de generación de las normas intervenga la industria de alimentos y bebidas, tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS), al igual que todos los sectores que pueden aportar valiosas recomendaciones: el sector gubernamental, generador de las políticas públicas, los académicos, los científicos, educación, investigadores y la industria alimentaria. Pero fundamentalmente es preciso educar a la población para que mejore su cultura de la salud, porque sin educación no puede haber alimentación saludable, y así sepa mantener el balance de los nutrientes, o sea qué se debe comer, cuánto de grasa, de proteína, azúcares y de calcio.

Es algo que se debe aprender desde kínder y las madres también. Esta población, recalca la doctora Socolovsky, podrá elegir entonces los alimentos saludables para que sean la base de su dieta proteica, tales como todo tipo de cereales integrales, para comer la cantidad necesaria de

fibra, verduras, nueces semillas, legumbres, lentejas, frijoles, habas, carnes, entre otros.

Finalmente la doctora Socolovsky advierte que **la falta de proteína es la causa de la desnutrición**, por eso es importante agregar los lácteos que aportan el calcio son importantes, en los primeros días de los niños y luego para el resto de su vida, tanto adultos como ancianos.

Por lo tanto, la voz autorizada de la doctora Socolovsky como un verdadero aporte científico para la realización de esta tesis doctoral, ya que corrobora la propuesta de que el derecho, mediante la normativa integrada, se relaciona en forma estrecha con la Salud.

Por cierto, en lo mencionado por la doctora Socolovsky relacionado con la etiquetación de los alimentos para que el consumidor conozca su tabla nutritiva, es una materia asumida y regulada a nivel centroamericano por el Consejo de Ministros de Economía (COMIECO), integrado por los ministros de los países de esta región, órgano que ha emitido el Reglamento Técnico Centroamericano número RTCA 67.01.07.10 denominado *Etiquetado General de los Alimentos Previamente Envasados (Preenvasados)*, el cual es Anexo de la Resolución número 280-2012 (COMIECO-LXII).

Dicho instrumento técnico establece los requisitos que debe cumplir el etiquetado de alimentos preenvasados para consumo humano, el cual se debe aplicar a todos los alimentos preenvasados que se ofrecen como tales al consumidor o en los establecimientos de hostería y que se comercialicen en el territorio centroamericano. (Artículos 1 y 2 de dicho Reglamento). El objetivo de la etiqueta es informar al consumidor sobre el nombre del alimento, sus ingredientes (indicando los que producen hipersensibilidad), coadyuvantes, aditivos, contenido neto y peso, Registro Sanitario del Producto, nombre del fabricante, dirección, país de origen, número o código del lote, fecha de vencimiento, instrucciones para su conservación y para su uso o modo





de empleo. Además, el Reglamento exige que la etiqueta esté en idioma español.

El COMIECO ha emitido doce (12) Reglamentos Técnicos de Alimentos, cuyo listado lo se ha colocado como Anexo de esta tesis doctoral.

La información sobre las **propiedades de los alimentos que se consumen** se puede obtener tanto de quienes los producen como por parte de quienes los ponen a disposición del público. En cuanto a los que producen alimentos, es bueno saber que deben estar certificados en seguridad alimentaria y gestión de calidad de los insumos, de los procedimientos, de la supervisión sobre el personal que los prepara y de la calidad del empaque. A este respecto hay que mencionar que existen **normas internacionales no gubernamentales** que son respetadas y aceptadas por la comunidad industrial–alimentaria porque su cumplimiento demostrado es exigido en cada una de las etapas de la cadena de producción, empaque, suministro, distribución y comercialización, de manera que no hace falta la vigilancia gubernamental. Consideramos que **esta normativa también cumple una función reguladora muy importante para la protección de la salud.**

Una de ellas es la norma **FSSC 22000 Versión 5**. Las siglas **FSSC** significan “*Food Safety System Certification*” (Certificación del Sistema de Seguridad Alimentaria) (s. f.) que “es un esquema de certificación para procesadores de alimentos y fabricantes de empaques de alimentos. Este asegura junto con **ISO 22000** a sus clientes que se ha implementado un plan efectivo de seguridad alimentaria y un sistema de gestión” (s. p.).

Dos organizaciones mundiales se han propuesto estandarizar sistemas y lograr reconocimiento global sobre sistemas estándares:



La **Organización Internacional de Normalización – ISO** (*International Organization for Standardization*), la cual ha desarrollado un Sistema en Seguridad Alimentaria basado en el globalmente aceptado Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001. La norma puede aplicarse a cualquier empresa dentro de la industria alimenticia, desde granjeros, fabricantes y transportadores, hasta minoristas. La certificación ISO 22000 tiene reconocimiento mundial.

1. La **Iniciativa Mundial de Seguridad Alimentaria – GFSI** (*Global Food Safety Initiative*) es una división del “*Consumer Goods Forum*” (Foro de bienes de consumo) (s. f.) y el resultado de:

La colaboración entre minoristas, fabricantes y empresas de servicios de alimentos que han estado trabajando en armonizar las normas de seguridad alimentaria. La GFSI utiliza un conjunto de criterios básicos como punto de referencia para medir las diferentes normas de seguridad alimentaria. Las normas que cumplen los criterios son reconocidas. Muchos importantes minoristas y fabricantes están exigiendo de sus proveedores que estén certificados en una de las normas reconocidas por la GFSI. Una de las normas validadas es la **ISO 22000**. (s. p.)

La alimentación es la primera necesidad humana y por lo tanto la garantía de calidad en toda la cadena alimentaria es fundamental, por lo que las normas –públicas y privadas– cumplen una función determinante en la protección de la salud, incluyendo la prevención de enfermedades.

En materia de salud existe una normativa internacional denominada *Codex Alimentarius*, que es un programa realizado conjuntamente por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización de las Naciones Unidas para la Salud



(OMS).

El *Codex Alimentarius*, o *Código Alimentario*, es un conjunto de normas, directrices y códigos de prácticas aprobados por la Comisión del *Codex Alimentarius*. La Comisión, conocida también como CAC, constituye el elemento central del Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias y fue establecida por la FAO y la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la finalidad específica de garantizar alimentos inocuos y de calidad a todas las personas y en cualquier lugar, y general de proteger la salud de los consumidores y promover prácticas leales y equitativas en el comercio alimentario. La Comisión celebró su primer período de sesiones en 1963.

El *Codex Alimentarius* es una colección de normas alimentarias y textos afines aceptados internacionalmente y presentados de modo uniforme.

La finalidad de su publicación es que oriente y fomente la elaboración y el establecimiento de definiciones y requisitos aplicables a los alimentos para favorecer su armonización y, de esta forma, facilitar el comercio internacional.

Aunque se trata de recomendaciones para la aplicación voluntaria por parte de los miembros, las normas del *Codex* sirven en muchas ocasiones como base para la legislación nacional. Sin embargo, para ser exigibles legalmente deber ser transpuestos a la legislación o reglamentación nacional.

Las normas del *Codex* se basan en datos científicos sólidos, proporcionados por órganos internacionales independientes de evaluación de riesgos o consultas ad hoc organizadas por la FAO y la OMS.



Desde sus comienzos, las actividades del *Codex Alimentarius* han tenido un fundamento científico. Expertos y especialistas de una gran variedad de disciplinas han contribuido a todos los aspectos de las actividades del Codex para asegurar que sus normas sean capaces de superar el examen científico más riguroso.

El *Codex Alimentarius* contiene normas sobre todos los alimentos principales, ya sean elaborados, semielaborados o crudos, destinados a su distribución al consumidor. Deberán incluirse también todas las materias que se utilizan en la elaboración ulterior de los alimentos en la medida necesaria para lograr los fines definidos del *Codex Alimentarius*. Además, contiene disposiciones sobre higiene de los alimentos, aditivos alimentarios, residuos de plaguicidas y de medicamentos veterinarios, contaminantes, etiquetado y presentación, métodos de análisis y muestreo, e inspección y certificación de importaciones y exportaciones.

Las normas y textos afines del *Codex* no sustituyen ni son una solución alternativa a la legislación nacional. Las leyes y procedimientos administrativos de cada país contienen disposiciones que es necesario cumplir.

En las normas y textos afines del *Codex* se estipulan los requisitos que han de satisfacer los alimentos con objeto de garantizar al consumidor un producto seguro y genuino, no adulterado y que esté debidamente etiquetado y presentado. Toda norma del *Codex* para un alimento o grupo de alimentos deberá redactarse de conformidad con el Formato de las normas del Codex sobre productos e incorporar, según proceda, las secciones enumeradas en el mismo.

Es interesante que las normas del Codex (FAO, s. f.) pueden ser generales o específicas, y esa normativa (técnica) se convierte en obligatoria para los productores, ya que los Ministerios de Salud las requieren para la importación de los productos alimenticios, normas que incluyen

prácticas de higiene, etiquetado, aditivos, inspección y certificación, nutrición y residuos de medicamentos veterinarios y plaguicidas. (s. p.)



Con respecto de las normas para productos indicadas en el *Codex* (FAO, s. f.), estas “se refieren a un producto específico, si bien ahora el Codex elabora cada vez más normas para grupos de productos, por ejemplo, una norma general para zumos (jugos) y néctares de frutas en lugar de una para cada fruta” (s. p.). En nota aparte, es importante indicar que Guatemala es miembro del *Codex Alimentarius* desde 1968.

Las normas alimentarias, directrices y códigos de prácticas internacionales del *Codex Alimentarius* contribuyen a la inocuidad, la calidad y la equidad en el comercio internacional de alimentos. Los consumidores pueden confiar en que los productos alimentarios que compran son saludables y de calidad, y los importadores, en que los alimentos que han encargado se ajustan a sus especificaciones.

Aunque no son normas jurídicas tienen una trascendencia mayor que si lo fueran, porque el *Codex Alimentarius* tiene un reconocimiento internacional y, más que eso, aplicación práctica en el comercio internacional de alimentos, siendo única en su género. Por lo tanto, estas normas cumplen una función regulatoria reconocida y aceptada por los países miembros, lo cual encaja perfectamente en el propósito de esta tesis doctoral.

Las referencias hechas a las normas alimentarias del *Codex* en el **Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias de la Organización Mundial del Comercio (OMC) (Acuerdo MSF)** significan que **el *Codex* tiene implicaciones de gran alcance para la resolución de diferencias comerciales en la OMC.**



La Comisión del *Codex Alimentarius* y sus órganos auxiliares se comprometen a revisar cuando proceda las normas y textos afines del Codex, con objeto de que se ajusten y respondan a los conocimientos científicos del momento y a otras informaciones pertinentes.

Entre los temas tratados en las reuniones del *Codex* (FAO, s. f.) se cuentan los medicamentos veterinarios, los plaguicidas, los aditivos alimentarios y los contaminantes.

Siempre que sea necesario, las normas o textos afines se revisarán o se suprimirán de conformidad con el Procedimiento para la elaboración de normas y textos afines del Codex.

Cada uno de los miembros de la Comisión del *Codex Alimentarius* se encargará de señalar y exponer al comité competente cualquier nueva información científica o de otro tipo que pueda justificar la revisión de las normas o textos afines del Codex vigentes.

Cómo se elabora una norma del Codex. Normalmente es un gobierno nacional o un comité auxiliar de la Comisión el que formula la **propuesta** de elaboración de una norma. A continuación, este prepara un **documento de debate** en el que se esboza el objetivo que se pretende alcanzar con la norma propuesta, y luego, un **documento de proyecto** en el que se indica el plazo para llevar a cabo los trabajos así como la prioridad relativa.

- **Puesta en marcha del proceso** – La Comisión examina el documento del proyecto y decide si la norma debe elaborarse como se propone.
- **Elaboración de la norma** – La Secretaría de la Comisión organiza la preparación de un anteproyecto de norma y lo distribuye a los gobiernos de los Estados Miembros, las organizaciones observadoras y otros comités del Codex con vistas a la realización de



dos rondas de presentación de observaciones y asesoramiento especial.

- **Conclusión** – Las normas pueden tardar varios años en elaborarse. Una vez aprobada por la Comisión, la nueva norma del Codex se añade al Codex Alimentarius y se publica en el presente sitio web. (s. p.)

En el Anexo está la enumeración de normas emitidas por el *Codex Alimentarius*, en las cuales está la referencia directa al producto de que se trata, de lo cual se puede deducir su utilidad y beneficio para los consumidores.

Otra norma jurídica importante relacionada con la salud es la **Ley de Alimentación Escolar, contenida en el Decreto 16–2017 del Congreso de la República, y su Reglamento contenido en Acuerdo Gubernativo 183–2018.**

El objeto de esta ley es garantizar la alimentación escolar, promover la salud y fomentar la alimentación saludable de la población infantil y adolescente que asiste a establecimientos escolares públicos o privados con la finalidad que aprovechen su proceso de enseñanza aprendizaje y la formación de hábitos alimenticios saludables de los estudiantes, a través de acciones de educación alimentaria y nutricional y el suministro de alimentos de los estudiantes durante el ciclo escolar, de acuerdo a esta Ley y su reglamento.

En el caso de los centros educativos privados no serán beneficiarios del Programa de Alimentación Escolar; sin embargo, les serán aplicables las normas contenidas en esta Ley. (Artículo 1 de la Ley de Alimentación Escolar). Esta norma es decididamente apropiada para un país como Guatemala, en el que la población joven es mayoría pero está gravemente desatendida en áreas sociales básicas como la educación y la salud. No obstante, es fundamental garantizar su



debida aplicabilidad, porque lamentablemente hay leyes cuyo texto es beneficioso, pero no se cumplen. La refacción escolar sigue siendo un fenómeno irregular tanto en el área urbana como más acentuadamente en el área rural. En un reportaje publicado por *Prensa Libre* el 17 de Septiembre de 2017 se comenta el recorrido histórico de la refacción escolar desde su inicio en 1956 con el nombre de “Lunch escolar” hasta el año 2017 en que el proyecto de alimentación escolar no se pudo llevar a cabo porque los recursos requeridos no fueron presupuestados.

Al repasar las contrariedades que han sufrido los programas de alimentación escolar en el decurso del tiempo, se evidencia que este tema no ha merecido para las autoridades la importancia que tiene por su dimensión humana y social. Por eso, al exponer esta legislación manifestamos nuestro deseo porque llegue a tener el éxito deseado, por el bien de los niños y jóvenes estudiantes de Guatemala.

La Ley de Alimentación Escolar indica que el **Alimento Escolar** es la porción de alimento nutritivo, saludable, inocuo, cultural, étnico, social y biológicamente aceptable que los estudiantes reciben puntualmente en los centros educativos durante el período lectivo. Dichos alimentos complementan la alimentación del hogar y contribuyen a satisfacer su dieta diaria. (Artículo 6, literal c) de la Ley de Alimentación Escolar). En nuestra opinión la definición de alimento escolar es muy completa y acertada, pero reiteramos que el Estado y las dependencias e instituciones públicas deben velar por su efectiva aplicación.

Esta normativa tiene una materia absolutamente importante y relacionada con la temática de esta tesis doctoral: “La alimentación escolar deber ser saludable en calidad y cantidad adecuada, con pertinencia cultural, orientada al consumo local; con la participación de la comunidad educativa de centros educativos públicos y privados durante el ciclo escolar”



(Artículo 2 del Reglamento antes citado).

Tanto la Ley como su Reglamento tienen muy buenas intenciones, pero debido a la falta de apoyo político no han llegado a implementarse positivamente. Dentro de las innovaciones que la Ley de Alimentación Escolar tiene, están la del alimento escolar, las corresponsabilidades (es decir, bajo la rectoría del Ministerio de Educación) otros ministerios, entidades públicas y privadas deben contribuir el éxito de estos programas.

También es innovadora la fórmula que dispone la ley, en el sentido que los padres de familia deben participar en la labor de alimentación de sus hijos escolares. Se ha investigado a profundidad la implementación de estas disposiciones, pero no hemos encontrado las explicaciones necesarias para dar los reconocimientos a quienes apostaron por tal legislación.

Es de mencionar también la Iniciativa número 5504 relativa al **proyecto de Ley de Promoción de Alimentación Saludable**, que está en el Congreso de la República y ya cuenta con Dictamen favorable de la Comisión de Desarrollo Social, estando pendiente el Dictamen de la Comisión de Salud de dicho organismo. Pero si no cuenta con un presupuesto definido, el proyecto puede resultar estéril, tal como hemos visto en otras iniciativas muy loables para garantizar la alimentación de los niños en las escuelas.

Guatemala necesita legislación que regule positivamente la salud alimentaria de la población. Así como hay niños pobres desnutridos también hay niños pobres sobrealimentados, mal nutridos y con sobrepeso, obesidad y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

Con estos casos se pretende demostrar la hipótesis de esta tesis, en el sentido que no basta tener leyes, reglamentos y otras clases de normativas, como las que se han mencionado a lo largo

de este capítulo, sino que el Estado y sus dependencias deben de velar porque se apliquen y cumplan cabalmente.



CAPÍTULO V



5. Necesidad de una adecuada regulación legal en ciertos campos relacionados con la salud

Sobre el mundo se ciernen siempre las amenazas de fenómenos naturales y de los fenómenos antropogénicos como los bélicos, sociales, económicos y otros. Las pandemias pueden ser el resultado de fenómenos naturales o también de acciones humanas asociadas a la falta de higiene, a la alimentación infectada o a cualquier descuido consciente o inconsciente en sus hábitos cotidianos.

Los riesgos de las amenazas sanitarias se incrementan por las vulnerabilidades o debilidades de los sistemas de salud pública de los países. Las sociedades correctamente organizadas cuentan con programas sólidos de previsión social que incluyen redes hospitalarias amplias y eficientes con suficiente personal médico, paramédico y auxiliar capacitado, permanentemente dispuesto para atender toda clase de emergencias.

Desde la perspectiva presupuestaria esto se evidencia en el presupuesto público en los gastos de funcionamiento y en los gastos de inversión. En la mayoría de naciones bien administradas el presupuesto de funcionamiento representa el cincuenta por ciento de las erogaciones mientras que el presupuesto de inversión representa el otro cincuenta por ciento de las erogaciones. El presupuesto de gastos de inversión es el que se destina a la infraestructura pública, en su mayoría destinado a los sectores de educación y salud. Cuando un país tiene un sistema de salud pública débil, insuficiente e ineficaz, pone en evidencia que las autoridades no han sabido distribuir el presupuesto público adecuado y que no han mantenido la proporción

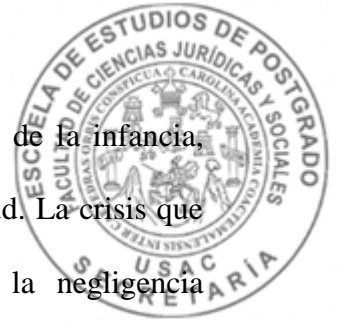


referida del cincuenta por ciento, sino que han gastado los recursos públicos en gastos de funcionamiento, que corresponden mayoritaria a salarios de los empleados públicos. Esa es una fórmula contraria al progreso, al desarrollo y al bienestar social, y la carencia de infraestructura no se lamentará en condiciones normales sino en situaciones extraordinarias.

Por esta razón **las leyes presupuestarias deben prever la ocurrencia de situaciones críticas y disponer los recursos suficientes para estar en condiciones de enfrentar los riesgos que las amenazas conllevan, sean éstas de origen natural o de origen antropogénico,** como decíamos, y así reducir la vulnerabilidad. Esto requiere un análisis preventivo que sugiera los montos destinados a la cobertura de eventualidades, así como una empresa tiene la precaución de crear y mantener disponible una cuenta de reserva para imprevistos.

En países como Guatemala, que están expuestos a siniestros naturales como los terremotos, las erupciones, los huracanes y las inundaciones, entre otros, y además a epidemias por la falta de cobertura sanitaria a toda la población, la conformación de reservas para situaciones de emergencia dentro del presupuesto público es obligada y las administraciones públicas deben realizar los cálculos correspondientes, que incluyan estimaciones de las diferentes carteras, pero especialmente Salud Pública, Educación, Comunicaciones y Agricultura. Ciertamente en la historia del país esto no se ha hecho y la consecuencia es un alto nivel de vulnerabilidad ante cualquier desastre.

En tales condiciones, la pandemia del coronavirus sorprendió a Guatemala y las medidas gubernamentales tendrán menos eficacia por la falta de recursos económicos, humanos y materiales en la red hospitalaria. Los dirigentes políticos no han aprendido las lecciones reiteradas por las permanentes carencias en la atención primera de la salud ante enfermedades



crónicas e infecciosas de la población, o para la cobertura de la maternidad o de la infancia, respondiendo con indiferencia ante una necesidad social tan básica como la salud. La crisis que enfrenta Guatemala hoy en día frente a la COVID-19 es resultado de la negligencia gubernamental que no ha sabido prever la ocurrencia de los riesgos derivados de las muchas amenazas naturales o antropogénicas que se ciernen sobre esta región. Las medidas de prevención, contención y mitigación de epidemias ni siquiera se conocían en nuestro país, mucho menos para el caso de una pandemia como la del coronavirus diecinueve.

Cuando esta tesis doctoral comenzó a prepararse en el año 2015 pronto se advirtieron las limitaciones y carencias del sistema de salud pública y se esbozó la necesidad de alertar a todos los sectores de la población, especialmente a las autoridades de salud sobre la **urgencia de elaborar los correspondientes planes y protocolos de prevención, contención y mitigación de epidemias**. Lamentablemente esta investigación todavía no se había publicado. Además, obviamente nadie se imaginaba entonces la pandemia que sobrevendría al mundo a finales del año 2019, pero si hubiera habido una base hubiera sido más fácil aprovecharla y adecuarla a esta situación.

No menos importante es un aspecto que exponemos a lo largo de esta tesis doctoral y es la **cultura de la salud**. Las autoridades tienen la responsabilidad de fomentar en la población la cultura de la salud, pero no han cumplido con dicha responsabilidad, lo cual dificulta seriamente la acción sanitaria gubernamental por modesta que esta sea.

En este capítulo se abordará la importancia de la normativa relativa a epidemias y pandemias, basada en las recomendaciones de las especialidades de la epidemiología, la infectología y la inmunología. Es indispensable un régimen legal que permita acciones eficaces



para la prevención de epidemias y, en caso se produzcan, su control, contención, mitigación y erradicación. Es preciso también aprovechar la relación con organismos internacionales regionales como la OPS y mundiales como la OMS, porque dichas instituciones ya tienen muchos estudios avanzados en las epidemias, de manera que el país puede apelar a la capacidad de cooperación de ellos, mayormente que somos miembro.

5.1. Epidemias y pandemias: epidemiología, infectología e inmunología

Una epidemia constituye el contagio masivo de una bacteria que actúa como agente transmisor de enfermedades y por lo tanto que afecta a muchas personas en una comunidad. Tal como se ha visto al analizar el Código de Salud, las autoridades de salud, comenzando por el Ministerio de Salud, cuentan con las facultades suficientes para tomar las medidas de emergencia y de prevención que consideren urgentes y necesarias, de tal manera que el régimen legal es suficiente y adecuado a este respecto.

En algunos departamentos de la República de Guatemala existe alarma de epidemia de la enfermedad *Chikungunya*, cuyos agentes vectores cuyos criaderos son basureros y depósitos de chatarra que nunca son lavados o desinfectados (*Prensa Libre*, 2014, s. p.). Las autoridades de salud, especialmente el Centro Nacional de Epidemiología, han recomendado la fumigación de viviendas y el retiro de chatarra y toda clase de objetos viejos tanto en el interior de las casas como los expuestos a la intemperie porque por la falta de higiene sirven de criaderos de los agentes vectores.

Por otra parte, actualmente el mundo está afligido por el surgimiento del *ébola*, una epidemia mortal proveniente del África y que ya ha causado miles de muertes tanto en África como en Europa. Las autoridades sanitarias de Guatemala declararon allá a finales del 2014 que

se estaban tomando medidas preventivas en el Aeropuerto Internacional La Aurora para prevenir que ingresen personas contagiadas con esta enfermedad (*Prensa Libre*, 2014, s. p.).



La OMS ha emitido seis niveles de alerta, de los cuales el sexto es la alerta de pandemia. Se hará referencia a esto en el sexto capítulo de esta tesis.

En los últimos años se ha acuñado el término **sindemia** para referirse a un conjunto de epidemias que conlleva interacciones biológicas y sociales, no solo consecuencias propiamente biológicas.

El término sindemia fue utilizado por Merrill Singer (2009) en su libro *Introduction to Syndemics*, como una combinación de “sinergia” y “epidemia” según él lo manifiesta en dicha obra.

La sindemia, entonces, hace referencia no solo al fenómeno patológico sino también a las condiciones sociales en las cuales se produce la morbilidad, entre otras la pobreza, la marginalidad, la exclusión y otras manifestaciones de la falta de justicia social. En este sentido se considera aquí que la COVID-19 no sería entonces una sindemia porque el coronavirus afecta por igual a las personas de todos los estratos sociales y económicos de la población mundial.

La concurrencia de dos o más enfermedades se denomina **comorbilidad**, pero no necesariamente dichas patologías interactúan entre sí. En cambio en la sindemia se produce una interacción biológica y social, lo que agrava el resultado que afecta a los miembros de la comunidad.

En la revista *The Lancet*, del año 2019, un grupo de científicos utilizó el término sindemia global para referirse a tres pandemias que afectan a grandes grupos humanos en el



mundo: obesidad, desnutrición –y/o malnutrición– y cambio climático. Las dos primeras (obesidad y desnutrición) hacen relación a una anomalía alimentaria opuesta: la obesidad en el primer mundo, y la desnutrición –y/o malnutrición– en el tercer mundo, mientras que el cambio climático en todos los países.

5.2. Prevención de pandemias

La mejor respuesta a las epidemias es la **prevención**, y en esta el derecho puede cumplir una labor muy eficaz al emitirse normas legales, reglamentarias y secundarias tendientes al control de todo lo que tiene que ver con la salud, especialmente para prevenir enfermedades y en su caso para combatirlas a tiempo. Una epidemia es una demostración de falta de prevención y de preparación, es una demostración de falta de políticas nacionales de salud, y es muestra de indiferencia del legislador y de las autoridades ante la necesidad de preservar la salud de la población.

En un país como Guatemala las epidemias pueden no ser nacionales, afortunadamente, pero sí pueden ser regionales, municipales y locales, lo que significa que en todo caso es preciso tomar decisiones concretas a través de normas jurídicas que preparen todos los recursos humanos, económicos, materiales e institucionales ante una emergencia causada por una enfermedad que amenaza con extenderse entre la población y a lo largo y ancho del territorio. Es mejor invertir recursos en la preparación, prevención y profilaxis que en la atención y curación de enfermedades o, peor todavía, en la erradicación de una epidemia.

5.3. Medidas de bioseguridad preventiva en la sociedad

El mundo ya no recordaba lo que es una epidemia como la ocurrida hace cien años, pero



tampoco conocía una pandemia mundial como la de la COVID-19. Los parámetros de esta crisis sin precedentes son inéditos, lo cual hasta cierto punto explica la falta de previsión y de preparación de las autoridades sanitarias de todas las naciones.

El derecho tiene aquí un lugar importante y muy especial, tanto en lo relacionado con leyes que ordenen la implementación u observación de medidas de bioseguridad preventiva, como normativa de otros niveles e incluso disposiciones internas adoptadas por entidades públicas y privadas. Inicialmente las medidas de bioseguridad se consideraban como normas preventivas propias de hospitales y centros de salud destinadas a evitar el contagio de los variados agentes provenientes de los pacientes internados o tratados ambulatoriamente en tales establecimientos. Sin embargo, con motivo del acaecimiento de la pandemia derivada de la COVID-19, el riesgo de contaminación se ha extendido a prácticamente cualquier ambiente de movilidad u ocupación humana, por lo que las medidas de bioseguridad son requeridas en todas partes, como veremos a continuación.

Por lo tanto, a partir de esta nueva etapa en la historia de la humanidad, sin perjuicio de la carrera por encontrar la ansiada cura del coronavirus, todos los países deben de adoptar toda clase de medidas de bioseguridad para prevenir el resurgimiento de la COVID-19 y evitar el surgimiento de otros males derivados o relacionados con dicho virus, y para ello pueden utilizar tecnologías preexistentes o desarrollar nuevas aplicaciones que faciliten el diagnóstico de numeroso tráfico humano, contrarresten el contagio y la contaminación y permitan la convivencia segura en los lugares de circulación, de concentración por razones de trabajo, de recreación o de habitación, así como en los medios de transporte colectivo.



Entre los novedosos equipos que la tecnología ha facilitado están los termómetros digitales de alta precisión, las cámaras térmicas para detectar la temperatura de grupos de personas sintomáticas que entran en edificios o instalaciones grandes. Estas cámaras, además de medir la temperatura están dotadas de un programa informático que permite detectar y ubicar a las personas que no están cumpliendo con alguno de los requisitos de prevención de este virus. Es por esta razón que aquí se recomienda emitir una norma que haga obligatorio su uso en centros comerciales, en establecimientos educativos como universidades y otros que permitan su instalación discreta en lugares estratégicos y que no sea advertida fácilmente para evitar su destrucción o descompostura.

Además, en caso de una pandemia como la de la COVID-19 el distanciamiento es fundamental, para que las personas eviten la proximidad, ya que el virus se propaga fácilmente hasta con el contacto casual. Desde luego, esta clase de medida requiere un proceso de educación de la población, que está acostumbrada precisamente a lo contrario en prácticamente todos los ámbitos de la vida social. Las aglomeraciones son inevitables en actividades deportivas, religiosas, comerciales y de otras clases, así como en los medios de transporte colectivo urbano y extraurbano, al grado que las estaciones generalmente están repletas de personas haciendo largas colas o bien en forma desordenada. Por esta razón, el distanciamiento requiere de una amplia labor de divulgación y de orientación presencial por parte de personal debidamente capacitado, porque en Guatemala hay muchas personas que no pueden atender los rótulos porque simplemente no saben leer.

El uso de las mascarillas resulta también un medio obligatorio para evitar el contagio, porque evita la expulsión al aire de gérmenes exhalados por la boca o por la nariz, y al mismo tiempo evita la inhalación de gérmenes existentes en el ambiente o a su vez exhalados por otras



personas. Los protocolos deben establecer qué clase de mascarillas son las indicadas para la protección de quienes las utilizan y de quienes se encuentran a su alrededor o en su proximidad. Se considera aquí que no solamente para el caso de una epidemia las mascarillas constituyen una medida de bioseguridad necesaria, sino para cualquier situación de desplazamiento dentro del tráfico humano es conveniente utilizarlas.

Los protocolos de bioseguridad de cualquier institución durante una epidemia, deben requerir la higiene básica, desde el lavado de manos con jabón o la utilización de alcohol. En este caso para que el alcohol sea virucida debe ser de 70% o más. Como parte de la estrategia de bioseguridad en todo establecimiento debe estar disponible un servidor de alcohol para que toda persona que ingrese sanitice sus manos para destruir cualquier bacteria que traiga consigo, pero también para la desinfección de los objetos que porte.

5.4. Bioseguridad e higiene doméstica

La **bioseguridad** ha venido a confirmar la importancia de la **higiene preventiva** para conservar la salud, evitando la propagación de bacterias y virus en todos los espacios de la sociedad urbana y rural, y para el efecto se recomienda aquí que el MSPAS emita un Reglamento General en esta materia, y que las entidades públicas y privadas adopten los protocolos de medidas de bioseguridad en los siguientes ámbitos:

1. Doméstico: en los hogares las familias deben inculcar a los niños los hábitos de higiene elemental, y los adultos deben dar el ejemplo; al llegar a casa y antes de las comidas utilizar alcohol o jabones antibacteriales; permanentemente mantener la limpieza en todos los ambientes, así como en la cocina, baños y pisos, y para el efecto utilizar desinfectantes. Estas medidas, que hoy se denominan de bioseguridad, deben formar parte de la normativa



doméstica, que comprende aquellas reglas de urbanidad y buenas costumbres ~~de antaño~~, hoy en día desconocidas pero que deben volver a cobrar vida como auténticas normas morales.

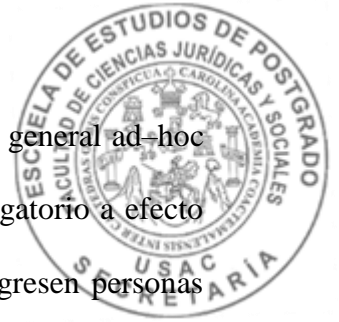
2. Mercados: las lecciones incluyen en forma prioritaria a los mercados, que son tan importantes para la subsistencia familiar, por lo cual deben mantenerse y supervisarse permanentemente las medidas de desinfección diaria; extremar la higiene en todos los puestos, el personal debe ser sometido a revisiones periódicas de su salud, la utilización de guantes de hule, los implementos y hasta el vestuario debe ser permanentemente desinfectado; el manejo del dinero debe evitar la contaminación de los productos que se venden o se tocan; evitar que el público toque los productos expuestos, limitarse a despachar los previamente requeridos; limitar la circulación de personas en su interior y restringirla a los usuarios. La lección recibida a este respecto, luego de la pandemia que ha afectado al mundo entero, es que la normativa de los mercados, a cargo de las municipalidades, debe ser más detallada y periódicamente revisada para garantizar su vigencia y su positividad.
3. Preparación de alimentos: esta es otra lección aprendida luego de la emergencia sanitaria existente, y requiere que se redoblen los cuidados en la selección de las materias primas; la refrigeración debe ser sometida a limpieza y desinfección diaria; todos los aparatos, equipos, instrumentos y muebles relacionados con los alimentos deben ser desinfectados luego de su uso. En este caso, por la importancia de los alimentos, es preciso que dentro de los reglamentos alimentarios las autoridades de salud emitan uno sobre la desinfección de alimentos, especialmente los que se venden sin empaque como las verduras y las frutas frescas.



4. Laboral: aquí tiene una renovada importancia el Reglamento de Salud y Seguridad Ocupacional porque en todos los lugares de trabajo se tienen que optimizar las medidas de higiene y de desinfección. Pero no solamente las autoridades, sino también debe ser responsabilidad de los trabajadores respetar y cumplir las medidas implementadas por la parte patronal o bien acordadas entre ésta y la parte trabajadora. En este sentido el Reglamento de Salud y Seguridad Ocupación es la primera normativa idónea, pero deberán irse generando manuales, protocolos y disposiciones más particulares que permitan el control sanitario en prácticamente todos los ambientes de trabajo.

5. Educativo: escuelas, institutos y universidades. En todos los establecimientos educativos se deben implementar medidas de higiene, de desinfección y de prevención del contagio de enfermedades de todo tipo. Una de las medidas a tomar es evitar que alumnos sintomáticos de cualquier padecimiento contagioso ingresen al establecimiento hasta que esté totalmente recuperado. Los niños, niñas y adolescentes son los más vulnerables porque muchos de ellos están mal alimentados y mal nutridos, lo que los hace propensos a contagiarse fácilmente cuando están en contacto con personas enfermas o infectadas. Pero también en las universidades, los jóvenes son igualmente vulnerables, ya que muchos están mal alimentados, fuman y no consumen dietas saludables y nutritivas.

6. Comercial, establecimientos y centros comerciales: hay establecimientos comerciales de todo tipo y eso requiere diferenciar los protocolos que deben de seguir, porque así como hay tiendas que reciben numerosos visitantes y clientes al mismo tiempo y hasta tienen aglomeración de personas, mientras que hay otras que no tienen gran afluencia de clientela por la especialidad de los productos que ofrecen. En el caso de los centros comerciales también hay variedad en cuanto al tamaño y cantidad de tiendas. Por lo tanto, así como cada



centro comercial debe emitir sus propios protocolos, también una normativa general ad-hoc para estos casos debería ser emitida por el MSPAS y de cumplimiento obligatorio a efecto de mantener el ambiente sano con suficiente ventilación y evitando que ingresen personas con evidentes síntomas de enfermedad bronco-respiratoria, recordando que este ministerio también debe de contar con suficientes equipos de supervisión sanitaria y no solamente en ocasión de la pandemia que aflige al mundo, sino permanentemente debe existir una normativa para la desinfección de todo establecimiento comercial.

7. Industrial: en las fábricas y en las industrias de todo tipo deben adoptarse los protocolos correspondientes de acuerdo con las características de las instalaciones, del personal y de los procesos que desarrollan. El ingreso del personal debe ser ordenado y equipado con detectores de temperatura y de toma digital de los síntomas de quienes ingresan. Hay grandes fábricas que requieren mucho personal en muy variadas actividades, por lo que la normativa es más compleja pero debe dividirse de acuerdo con los componentes o secciones de que consta. Esto es fundamental: tomar las medidas desde el principio. Si es una planta en la que actúa la mayor parte del personal, es preciso un sistema de supervisión y videovigilancia para observar que el comportamiento de los trabajadores sea normal y determinar si alguno evidencia algún padecimiento respiratorio o de cualquier otra clase. Y esta supervisión, que puede ser realizada mediante cámaras, debe extenderse hasta las áreas más reservadas, excepto los vestidores y baños en los cuales la supervisión debe ser con personal de acuerdo con el género al que corresponde; sin embargo, se están desarrollando tecnologías que detectan en los vestidores y en los baños las variaciones de los patrones de salud del personal sin vulnerar su intimidad. Esta metodología de supervisión colectiva es aplicable también para industrias medianas. En el caso de plantas que requieren menos



personal la supervisión es más fácil y puede ser realizada en forma personal mediante supervisores colocados en posiciones estratégicas.

8. Agrícola: la bioseguridad en las labores agrícolas tiene a ser más difícil dado que ellas se realizan en espacios abiertos como la agroindustria formal, las fincas, las cooperativas, las haciendas y terrenos familiares y personales. En la agroindustria formal es más fácil por cuanto su organización puede y debe incluir al personal de supervisión y el equipo de evaluación de bioseguridad. Sin embargo, en los otros ámbitos de realización de labores agrícolas es preciso que las autoridades emitan la normativa que les obligue a adoptar protocolos de bioseguridad para garantizar las condiciones de salud del personal y así evitar el contagio y propagación de enfermedades. Uno de los aspectos más importantes es inducir a toda forma de organización de labores agrícolas a la adopción de medidas elementales de higiene por parte del personal. Y si se detecta a una persona con un determinado padecimiento, debe ser aislada y tratada hasta asegurarse que su mal no es contagioso. Una de las limitaciones de los protocolos de bioseguridad en las labores agrícolas es que probablemente los trabajadores están en contacto con personas que no necesariamente trabajan para el mismo patrono y, por lo tanto, no están sujetas a las normas de seguridad y salud ocupaciones como los demás. Pero en la medida en que las organizaciones de labores agrícolas, como las cooperativas agrícolas, van implementando estas medidas, otras agrupaciones lo irán imitando.
9. Gubernamental, instituciones públicas, dependencias y oficinas: aunque el sector público tiende a ser menos exigente, con la excepción obvia del Ejército, es absolutamente necesario que en todo puesto de trabajo público se tomen las medidas de prevención y de control de todo tipo de malestar y padecimiento, a efecto de evitar el contagio masivo y el deterioro de

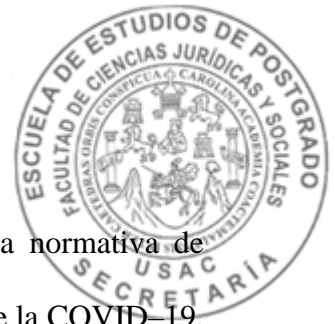


las condiciones saludables de los servidores públicos. El elemento agravante en el servicio público es que suelen recibir un número alto de usuarios provenientes de todos los estratos de la sociedad y sobre los cuales no es fácil implementar controles selectivos de condiciones de salud.

10. Municipal: las municipalidades son entidades autónomas que gobiernan sus respectivos municipios, aunque supeditadas a las disposiciones legales que sean obligatorias para todas instituciones públicas y privadas. En materia de salud, tal como hemos dicho en esta tesis, las municipalidades cumplen una función muy importante hacia su respectiva población, pero también hacia su propio personal. Los gobiernos municipales deben aplicar medidas de bioseguridad que garanticen la salud de sus colaboradores, del público que acude a buscar sus servicios y de todas las personas que viven, conviven, trabajan y circulan en su jurisdicción. A este respecto las municipalidades tienen facultades para dictar su propia normativa en materia de bioseguridad, con la ventaja que otras municipalidades las podrán imitar.
11. Deportivo: en las variadas formas de actividad deportiva también es posible y necesario adoptar medidas de bioseguridad, tanto colectiva como grupal e individual. La mayor complicación se da en los deportes en los cuales los jugadores interactúan unos con otros en equipo y mayormente si el deporte implica contacto cuerpo a cuerpo como la lucha libre y las artes marciales, el fútbol, el basquetbol, el volibol, la gimnasia en equipo y los demás similares, que facilitan y hasta propician el contagio inmediato. Las autoridades de cada especialidad deportiva serán las encargadas de implementarlas, con creatividad y de acuerdo con las características de las mismas para garantizar su eficacia. Esto es lo que se llama la versatilidad de los protocolos sanitarios. Por ejemplo: en Guatemala **la Liga Nacional ha**



dispuesto tres protocolos de bioseguridad para los doce equipos: el primero se refiere a las medidas sobre los viajes de la pretemporada; el segundo establece las medidas para los entrenamientos; y el tercero contempla las medidas de bioseguridad durante los juegos oficiales. Debido a que en condiciones normales los encuentros futbolísticos atraen a gran parte de la afición, en este protocolo se dispone que los partidos se realizarán a puerta cerrada y no se permite el ingreso de aficionados. Este tercer protocolo, muy terminante, establece las zonas por las cuales ingresan los equipos; las pocas personas autorizadas para ingresar deben usar mascarillas; el cuerpo técnico debe observar el distanciamiento; los árbitros deben de cumplir con todas las normas de higiene, de prevención y de distanciamiento; los alcanzabolas deben usar guantes de látex, no jugar con los balones y estar solamente el tiempo necesario; los balones deben ser desinfectados antes y después del partido; los jugadores deben ingresar a los vestidores cumpliendo con el distanciamiento y en los baños deben observarse las normas de higiene y desinfección permanentemente; ni los capitanes de los equipos ni los entrenadores deben darse la mano o tocarse entre sí ni a los jugadores, tampoco éstos entre sí o con los jugadores del otro equipo; los porteros tienen prohibido escupir sobre los guantes y limpiarse el sudor con ellos, debiéndolos desinfectar antes y después del partido; no se permite celebrar goles o jugadas; al medio tiempo los jugadores deben lavarse las manos y cambiarse uniforme. (*Prensa Libre*, 29 de Mayo de 2020, pp. 30-31). Estos protocolos, con todo el detalle que hemos anotado, tienen como finalidad prevenir cualquier contagio, aun cuando para poder participar en el partido los jugadores son previamente evaluados para asegurar que no tienen síntomas de ningún padecimiento, especialmente respiratorio. Los protocolos de bioseguridad para otra clase de juegos disponen las estrictas medidas que deben cumplirse para poder participar en los



encuentros respectivos.

12. Turístico: el Instituto Guatemalteco de Turismo (INGUAT) he emitido la normativa de cierre de lugares turísticos hasta que aminore sustancialmente la pandemia de la COVID-19, en protección de los mismos turistas, del personal *in situ* y del personal de transporte, todos tienen que colaborar y mucho en que participar en el cumplimiento de las medidas dispuestas. Sin duda este es un sector muy importante para el país desde el punto de vista económico, de tal manera que los protocolos deben combinar las medidas de bioseguridad con la cortesía y amabilidad con que se debe tratar a los turistas a su llegada, durante su estancia y al marcharse. Las brigadas de bioseguridad deben ser correctamente entrenadas y capacitadas para cumplir a cabalidad con esta doble finalidad. Además, los lugares de atención a turistas como los hoteles, restaurantes y atracciones deben estar igualmente preparados y capacitados para aplicar completamente las medidas de higiene y prevención a la llegada de los turistas a dichos lugares, en el alojamiento en las habitaciones, durante las comidas y durante los eventos mantenerlas con mucha discreción. Estos protocolos permitirán ir recuperando en condiciones de bioseguridad el flujo turístico que es tan importante para el país, aunque desde luego si alguien es detectado con síntomas de padecimiento respiratorio no crónico tendrá que ser evaluado por personal médico previamente a ser aceptado a ingresar.

13. Puertos, aeropuertos, estaciones de buses, de metro y de ferrocarril y los respectivos medios de transporte: para todos los países del mundo estas disposiciones son necesarias, aunque puede variar la forma como se apliquen. Los puertos se han mantenido abiertos, aunque guardando estrictas medidas de bioseguridad, con el objeto de mantener activo el comercio exterior y el transporte de mercancías. El personal portuario y el personal de las agencias



navieras está sometido a un control diario de su estado de salud, tomándole a su ingreso la temperatura y observando si evidencia síntomas de la enfermedad. La comprobación del estado de salud de las tripulaciones de los barcos queda a cargo de sus respectivas autoridades, pero de todas maneras no están autorizados a descender de los barcos. No obstante, hacen falta protocolos para desinfección de la carga que dejan y que cargan los barcos, ya que por su gran número y dimensiones de la misma, resulta imposible hacerlo con los medios con que cuentan las autoridades portuarias. Si la carga que llega está contenida básicamente en contenedores, le corresponderá a las almacenadoras a donde vayan a dejarla realizar el procedimiento de desinfección. Gradualmente se van abriendo las estaciones de buses, de metro y de ferrocarril. También se comienza a anunciar la apertura de los aeropuertos. En todas estas instalaciones la adopción de medidas de bioseguridad es imprescindible, así como el monitoreo y vigilancia para detectar sujetos sintomáticos. En los países de Europa estas medidas se han acordado en forma terminante, especialmente el control de condiciones de salud, el monitoreo antiséptico y antiepidémico. En América Latina se han tomado medidas que han contribuido a mitigar los efectos de la pandemia.

14. Religioso: templos y asambleas interiores y exteriores. Aparte de las medidas gubernamentales de estricto cumplimiento emitidas en Guatemala, todas las organizaciones religiosas han tenido que emitir sus propias medidas de bioseguridad, debido a que la asistencia a actividades en los templos, recintos y al aire libre conlleva multitudes de personas que se agrupan muy cercanamente, lo cual alejaría la posibilidad de mantener distanciados, estériles y sanos a los feligreses que acuden a los mismos. Esta medida se ha adoptado en todo el mundo, y hemos podido ver las imágenes de lugares de gran afluencia de fieles, como la Basílica de San Pedro, en el Vaticano; el Muro de los Lamentos, en



Jerusalén, la Meca, en Arabia Saudita, totalmente vacíos; igual que catedrales góticas de Europa; sinagogas y mezquitas en diferentes partes del mundo, por disposición de sus respectivas autoridades. Todos ellos deben emitir a partir de ahora sus propios **protocolos permanentes de bioseguridad** para garantizar la prevención de las enfermedades, dadas las lecciones aprendidas en esta época como consecuencia de la pandemia del COVID.19.

15. Lugares de recreación, teatros, cines, salas de conferencias y museos, entre otros: como todo lugar de concentración de personas, estos lugares deben adoptar a partir de ahora sus respectivos protocolos permanentes de bioseguridad, porque está demostrado que el contagio de cualquier enfermedad se facilita por el contacto o cercanía de dos o más personas, ya que la sola respiración emite gran cantidad de gérmenes que a su vez son recibidos por quienes están en el mismo ambiente. Es de señalar que los sistemas de aire acondicionado no necesariamente purifican el aire, ya que esta labor es realizada por otra clase de equipos, de manera que la permanencia en un ambiente cerrado como un cine, un teatro, un museo o un establecimiento de otra clase, implica que todos respiran el mismo aire, con todo y su carga bacteriana.
16. Hospitalario, clínicas y laboratorios: en estos casos ya existen reglamentos específicos para la higiene y desinfección de los lugares relacionados con la salud; sin embargo, no los hay en cuanto a las medidas de higiene que deben adoptar estrictamente quienes lleguen a ellos ya sea en forma ambulatoria o en internamiento, así como toda persona que ingrese por cualquier otro motivo. Por lo tanto, sugerimos que cada establecimiento emita sus propios protocolos para la higiene de las personas que ingresan a tales establecimientos, así como para el manejo de los objetos de todos los suministros que se les proporcionan.



En las circunstancias de la emergencia de la COVID-19 es interesante lo manifestado por el Doctor Edwin Asturias, exdirector Ejecutivo de la Comisión Presidencial de Atención a la Emergencia COVID-19, en la entrevista que le hizo Prensa Libre:

Durante los primeros dos meses y medio tuvimos un protocolo que pedía que se hicieran dos o tres pruebas negativas para considerar a alguien “no infeccioso”. Eso nos llevó a usar más o menos, el 15% como control. A partir de las nuevas disposiciones emitidas el 29 de mayo, ya no necesitamos una prueba confirmatoria negativa: se puede considerar recuperado a partir del día 10 si es asintomático. Ahora las pruebas de confirmación son menos del 3%. (*Prensa Libre*, 8 de junio de 2020, p. 3).

Como se puede ver, los protocolos utilizados en el sector hospitalario tienen trascendencia no sólo dentro del mismo recinto sino hacia el resto de la sociedad.

17. Penitenciario: este es un tema de debate, por cuanto existen denuncias permanente sobre las limitaciones y carencias que experimentan los reos, pero especialmente en la época del coronavirus, y quienes consideran que sí es viable el proyecto presidencial de redistribuir la población carcelaria a diversos centros que hoy en día todavía se encuentran en buenas condiciones mientras, que los que experimenten cualquier síntoma, podrán ser requerido para utilizar la mascarilla, y cualquier otro método que se encuentre en el futuro para detectar a las personas sintomáticas en forma grupal. Y asimismo, con la población penitenciaria es preciso separar a quienes están sanos de los que están enfermos, y de éstos de quienes tienen padecimientos preexistentes y las actuales, a fin de adoptar las medidas de higiene y de prevención para evitar la propagación del virus entre esta población; asimismo, medidas estrictas para las personas que llegan a visitarlos, básicamente sus familias, para



que si llegan contagiadas no los contagien, y si regresan contagiadas provocarían una multitud de pacientes para los hospitales y centros de salud, que ya están llenos. Como los centros penitenciarios están clasificados para detenidos provisionalmente, detenidos sujetos a proceso y presidiarios sentenciados, igualmente los protocolos deben establecerse atendiendo a la probabilidad de tiempo que los detenidos estén en tales centros. Para todos los internos es imprescindible la aplicación obligatoria de medidas de higiene individual y colectiva.

Según publicaciones de prensa, crece el riesgo de contagio en las cárceles de Guatemala, porque aunque se siguen algunos protocolos, el mayor peligro es el hacinamiento de reclusos que persiste en las prisiones, lo cual hace totalmente imposible e inviable el distanciamiento social y adoptar las demás medidas de prevención sanitaria, lo cual coloca a la población penitenciaria con alta vulnerabilidad, problema sumado a la poca atención médica que se les proporciona.

Como agravante de tal crisis, no solo los reclusos están expuestos al contagio sino también los guardias y personal administrativo; en efecto, según información periodística, en el Nuevo Modelo de Gestión Penitenciaria Fraijanes 1, dieron positivo una agente, un empleado administrativo y dos reclusas. Consideramos que en las circunstancias actuales de la emergencia causada por la COVID-19, deben emitirse normativas casuísticas para las diferentes secciones de los centros de prisión, porque es un caso en el que la salud está asociada estrechamente al derecho por razón de los procesos judiciales que deciden quién va a prisión y quién no. Como resultado de esta relación jurídico-penitenciaria-sanitaria, una de las propuestas para paliar la crisis penitenciaria es liberar espacio en las cárceles mediante el otorgamiento de medidas sustitutivas para presidiarios procesados por delitos menores, lo cual nos parece una solución idónea que podría ser adoptada en forma permanente tal como se hace en otros países, siempre

bajo el control jurisdiccional y por parte del sistema penitenciario (*Prensa Libre*, 8 de junio de 2020, p. 10).



En todos estos casos enumerados el derecho tiene una función importante porque la normativa que se adopte representará la mejor medida de prevención para evitar la transmisión de los gérmenes y la propagación de enfermedades virales.

5.5. Lecciones aprendidas después de una pandemia

Como la pandemia del coronavirus es un fenómeno sin precedentes, el mundo no estaba preparado para una amenaza de esa magnitud, y los efectos todavía los está sufriendo la humanidad casi entera. Sin embargo, una vez pase la emergencia es conveniente aplicar las lecciones que hemos aprendido de semejante fenómeno y todos los países y organismos internacionales deben hacer un recuento y una reformulación de las medidas que deben mantener permanentemente planificadas para que al momento de presentarse cualquier epidemia ésta sea enfrentada con eficacia para que produzca los menos efectos posibles.

Entre las lecciones aprendidas después de la pandemia de la COVID-19, están las siguientes:

- Primera: que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboren un **sistema de alerta** inmediata para cuando se detecte un nuevo virus de cualquier naturaleza, mientras se investiga si es propagable rápida y fácilmente, e informar de las características que sean inicialmente conocidas, de tal manera que los países puedan tomar las primeras precauciones y, en su caso, aislar a quienes presenten los síntomas que caractericen a tal virus. Este sistema de alerta inmediata debe ser independiente de acción



gubernamental de cualquier país, para que no sea susceptible de ser intervenido o de impedirse su difusión.

- Segunda: los entes rectores de la salud de todos los países deben establecer también sus respectivos **mecanismos de detección temprana de infecciones y virus** de cualquier clase, por inofensiva que parezca, para tener al menos el conocimiento inicial, lo cual facilita el siguiente paso que es la preparación.
- Tercera: los gobiernos, al igual que cualquier institución pública o privada, empresa, familia o persona individual, deben contar con suficientes reservas para eventualidades que le salven en un momento de emergencia, especialmente en un mundo que ofrece constantemente desafíos de todo tipo, especialmente de gran magnitud. Guatemala es un país expuesto a fenómenos naturales, razón de suyo suficiente para establecer un **fondo para eventualidades**; y ahora que ha experimentado los embates del coronavirus, este país debe despertar a la realidad del riesgo permanente y que exige una planificación acorde al cálculo de las probabilidades: desde la previsión del mayor evento hasta el menor evento.

Ahora bien, debido a que el Estado está sujeto a controles presupuestarios no puede disponer de excedentes, por lo que la formación y alimentación de un fondo de eventualidades debería crearse por ley, la cual debe establecer la fuente de los ingresos y su conservación, sujeta a los candados necesarios para evitar su uso indebido, ni aun su conversión a bonos del tesoro ni a letras de tesorería, enumerado los requisitos para considerar una eventualidad como emergencia nacional y conformando las llaves para que tal fondo sea utilizable, las cuales deberían incluir la participación de dependencias gubernamentales, comenzando por el Ministerio de Finanzas Públicas y sus departamentos técnicos como la Tesorería Nacional y la

Dirección Técnica del Presupuesto, e instituciones autónomas como la Contraloría General de Cuentas y el Banco de Guatemala.



Todo el proceso deberá ser posteriormente justificado ante el Congreso de la República.

Un fondo para eventualidades, como el propuesto, deberá contar, además de la ley de su creación, con un reglamento que contenga todas las disposiciones que aseguren su conformación, conservación y utilización hasta en el más mínimo detalle.

- Cuarta: con respecto del sistema hospitalario, una de las lecciones aprendidas de la pandemia de la COVID-19, la más importante, es que debe aplicársele una **reingeniería inteligente integral**, tal como lo explicamos a continuación.

La reingeniería inteligente integral de un sistema como el hospitalario de Guatemala, es un proceso de revisión y rediseño de todos sus componentes que implica varias acciones: conocer la situación actual y lo que debería ser; necesidad de cambios estructurales, cambios esenciales en la continuidad coherente a la operatividad; implementación de la mejora continua en todo, teniendo como meta la calidad y la eficacia de los servicios hospitalarios para la población, basados en los fundamentos constitucionales, legales y sociales.

Será precisa la implementación de nuevas estrategias institucionales que incluyan la parte física y material: construcción versátil, equipamiento moderno, mantenimiento permanente, renovación periódica del equipo médico y quirúrgico de última generación, con más y mejor tecnología de la información (TI); administración eficiente de los medicamentos, que incluya disponibilidad permanente de ellos y tener canales abiertos para adquirirlos en forma expedita en casos de emergencia. Poner metas anuales que se vayan superando en el año subsiguiente; lograr que las estadísticas cada vez sean más positivas y simultáneamente que las unidades de



comunicación social logren mejoras sustanciales en cuestión de imagen. Algo que ayudaría positivamente es poner como meta de cada una de las instituciones hospitalarias que conforman el sistema nacional de salud pública sería lograr la certificación ISO 9001, que constituiría una extraordinaria carta de presentación al pueblo al que se debe este sistema.

Adicionalmente, el sistema hospitalario debe rediseñar la administración, reclutamiento, capacitación, supervisión y evaluación periódica del recurso humano constituido por el personal médico, paramédico y auxiliar. También el sistema hospitalario debe mantener una banca de reservas de profesionales para que concurran en caso de emergencia.

También se formula aquí la propuesta de que los hospitales públicos que conforman el sistema nacional hospitalario de Guatemala suscriban convenios de cooperación con hospitales de otros países, tales como los Estados Unidos de América, Canadá, Europa, Japón, Corea del Sur, Taiwán, entre otros.

- Quinta: el sistema nacional hospitalario debe incluir, ampliar o mejorar otras unidades tales como los **laboratorios** y los **centros de investigación**, labor esta última que puede ser combinada con convenios con universidades. La protección de la salud conlleva la realización de procedimientos químicos que necesariamente se tienen que llevar a cabo en laboratorios. En la pandemia de la COVID-19 se puso de manifiesto la insuficiencia de laboratorios, la carencia de equipos, reactivos, muebles y especialmente personal debidamente capacitado.

Es evidente que se deben revisar los presupuestos para contratación de personal profesional y auxiliar permanente. Además, es absolutamente necesario en un sistema nacional de salud pública implementar centros de investigación, los cuales pueden asociarse



operativamente con centros privados con el objeto de mantener la actualización de los resultados para beneficio de la población. A este respecto se llama aquí la atención sobre la importancia de realizar más estudios, análisis e investigaciones de las enfermedades tropicales (propias de esta región) para encontrar tratamientos de prevención y si es necesario de curación, porque gran parte de nuestra población está expuesta a esta clase de morbilidad.

- Sexta: a partir de ahora es muy importante que se implementen **mesas técnicas**, coordinadas por el MSPAS, en las que esté presente el sector salud, pública y privada, las universidades que cuenten con facultades de medicina, el Ministerio de Finanzas Públicas, el Congreso de la República a través de la Comisión de Salud, organismos internacionales tales como la OMS y la OPS, entidades públicas y privadas relacionadas directa o indirectamente con la salud tales como el INCAP, fundaciones hospitalarias, el Comité Pro-Ciegos y Sordos, asociaciones civiles cuyo giro esté relacionado con la salud como las que hemos mencionado en esta tesis doctoral, compañías farmacéuticas y laboratorios que estén plenamente reconocidos por el MSPAS y cualquier otra institución que desee concurrir y que el MSPAS acepte para tal propósito.

Estas mesas técnicas tendrían como objetivo elaborar una agenda permanente para la mejora del sector salud de Guatemala, uno de cuyos puntos tiene que ser contar con un presupuesto suficiente, holgado y disponible para lograr la reingeniería que se expuso en el punto anterior; que haya más coordinación entre todas las entidades que pertenecen al sector salud; que la población pueda hacer llegar sus comentarios; que el país entero esté preparado para cualquier otra epidemia; y que se logre una mejora sustancial en los servicios de salud para todos los guatemaltecos. Las mesas técnicas podrían celebrarse en diferente lugar cada vez, por ejemplo en cabeceras municipales para conocer la realidad de la salud en cada región, a las cuales podrían



concurrir los alcaldes de las municipalidades del departamento de que se trate, porque es importante involucrar a las municipalidades en las tareas de salud, tal como se ha explicado en esta tesis doctoral. Esta movilidad itinerante permitiría a las respectivas poblaciones ver de cerca el trabajo integral del sector salud y esa interacción indudablemente daría resultados muy positivos.

- Séptima: una lección muy importante es la necesidad de **preparar a la población para situaciones de emergencia** y, especialmente, para adquirir la cultura de la salud. La **cultura de la salud** significa conservarla, no exponerla a peligro, prevenir la enfermedad y evitar lesiones o accidentes, y en caso de perder la salud acudir a un médico o a un centro de salud o un hospital, dependiendo de la gravedad del padecimiento o de la lesión. La población de Guatemala, tanto urbana como rural, necesita de amplias campañas de divulgación de la cultura de la salud, lo que incluye la prevención de la enfermedad con medidas como las siguientes:

1. Evitar la suciedad, la contaminación, la exposición al peligro de adquirir infecciones o virus, fumar, comer desmedidamente.
2. Verificar siempre la vigencia de los alimentos, que sean frescos y que no estén expuestos a contaminación de ninguna clase.
3. Las mujeres embarazadas deben tomar muchas más precauciones para ellas y para su bebé.
4. Optar por hábitos saludables.
5. Evitar los deportes extremos y peligrosos.
6. Evitar el manejo de armas de fuego, explosivos, pólvora y químicos peligrosos.
7. Evitar el contacto con animales enfermos, venenosos o ponzoñosos.
8. Conducirse todo el tiempo con prudencia a efecto de evitar accidentes de todo tipo y lesiones.



9. Mantener en buenas condiciones de higiene, ventilación e iluminación los ambientes de trabajo y de vivienda.
10. Cumplir con el Reglamento de Salud y Seguridad Ocupacional.
11. Cumplir las disposiciones gubernamentales con motivo de una epidemia, para evitar el contagio, desde las más elementales como la utilización de mascarilla, la aplicación de alcohol en las manos, evitar tocarse la cara y los ojos, el distanciamiento, evitar las concentraciones de personas y el contacto con los demás.

Todos estos buenos hábitos la población debe conocerlos y tenerlos presentes tanto en condiciones normales como en circunstancias de emergencia. Es una de las más importantes lecciones, porque es evidente que nuestra población tiene actualmente un nivel muy bajo de cultura de la salud.

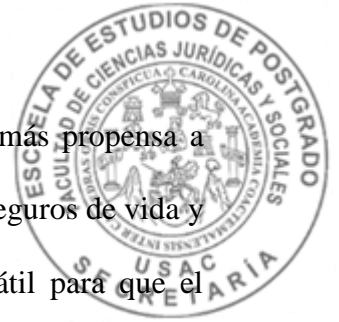
- Octava: es deseable que **la cobertura de salud pública llegue a toda la población**, tanto la que recibe el beneficio de la seguridad social a través del IGSS, como el resto. A partir de esta pandemia el Estado debe planificar una reorganización del sistema de salud pública para brindar cobertura a todas las personas, en primer lugar porque es una obligación fundamental del Estado; en segundo lugar, porque nuestra población está expuesta a innumerables riesgos de salud y es preciso prever la atención de todos en todo el territorio nacional; y, en tercer lugar, porque a la hora de una emergencia, ya sea derivada de un fenómeno natural o de una epidemia, es necesario tener la capacidad de respuesta a la demanda de atención sanitaria.
- Novena: es recomendable que se cultive e incremente la **cultura del seguro de vida y del seguro médico** (de enfermedad y accidente), porque es muy bajo el índice de demanda de



esta clase de seguros. La mayoría de las pólizas son colectivas, o sea adquiridas por empresas para sus trabajadores como parte de los beneficios que reciben, pero la adquisición individual o familiar es sustancialmente baja. El fenómeno tiene la particularidad que quienes tienen capacidad económica adquieren los seguros de vida y médico en el mercado internacional, que es mucho más competitivo que el mercado nacional en el cual las primas son considerablemente más altas que las de aquél.

Ya hubo un paso positivo como lo es que las aseguradoras locales fueron autorizadas a ofrecer pólizas de seguros internacionales, solamente que los promedios de costo para los consumidores no resultan competitivos. Ahora bien, la otra parte del fenómeno es que las compañías de seguros deben ofrecer planes completos, a precios razonables y con demostración de facilidad de cumplimiento. Creemos que hace falta realizar más estudios de mercado para abrir el horizonte del seguro en Guatemala. En las entrevistas realizadas para los efectos de esta tesis hemos encontrado que la población no tiene confianza total en las aseguradoras locales tanto por el costo de las primas como por el alto porcentaje de deducibles que aplican, lo cual reduce significativamente los pagos por los riesgos cubiertos. Además, las modalidades del seguro médico generalmente incluyen los servicios hospitalarios y médicos únicamente establecidos en la póliza y en las entrevistas con personas aseguradas afirmaron que los médicos que atienden a los asegurados les hacen esperar y que el tratamiento lo hacen con poca profundidad, así como los servicios hospitalarios no son de la mejor calidad.

Estas inconformidades representan un disuasivo para quienes sí tienen capacidad de adquirir seguro médico local y lo buscan en el exterior. En cuanto a la formación de la cultura de seguro en los jóvenes, quizás se ha promovido mejor, aunque todavía hace falta cubrir un mayor porcentaje del segmento poblacional menor de treinta años, porque los seguros de



jóvenes son menos caros a pesar que la población joven es más numerosa y más propensa a accidentes, no tanto a enfermedades como los adultos. En suma, la temática de seguros de vida y médico requiere una mayor dinámica, pero además una normativa más versátil para que el público adquiera la cultura del seguro. Esta normativa debería ser resultado de reuniones técnicas entre los sectores involucrados y de exhortativas de la Superintendencia de Bancos a las asociaciones de aseguradoras del país, porque se han quedado rezagadas frente al mercado internacional.

- Décima: una lección final aprendida como resultado de la pandemia y que aportamos para este capítulo es que el **sistema de salud regional (centroamericano)** prácticamente no existe, a pesar que todos los temas sociales están permanentemente en la agenda de los organismos centroamericanos como el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), la Secretaría General de Integración Económica Centroamericana (SIECA) y el Parlamento Centroamericano. Es verdad que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) cubre a todo el continente, pero sería deseable que los países centroamericanos conformaran órganos permanentes en las diferentes áreas de salud a efecto que los programas que implementen beneficien a los países que conforman esta región, ya que tienen ciertas características comunes, entre ellas la vulnerabilidad a las enfermedades tropicales y crónicas.

La normativa para programas de salud regional debería provenir de los tres organismos mencionados, los cuales podrían contar con el apoyo financiero del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) que, por cierto, podría gestionar cooperación por parte de países miembros extrarregionales que tienen capacidad para implementar tales programas. Esta sección combina la salud con una rama muy interesante del derecho como es el derecho de integración, poco visible en América Latina, aunque el mejor ejemplo de una tal relación exitosa lo tenemos



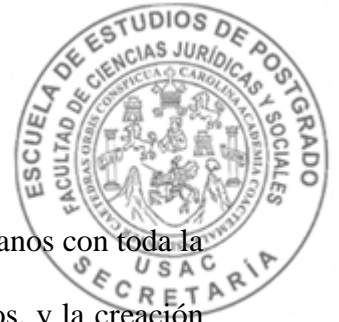
en Europa, ya que para la Unión Europea la salud ocupa un lugar prioritario en su agenda. Debemos tomar en cuenta que si nuestros países aspiran realmente al estado de bienestar, deben privilegiar la salud como una de las prioridades de sus planes y políticas de integración.

5.6. Donación de órganos. Régimen legal

En relación con la donación de órganos en Guatemala existe la Ley para la Disposición de Órganos y Tejidos Humanos, Decreto 91–96 del Congreso de la República, la cual ha sido sustituida por una nueva norma proveniente de la Iniciativa 4712 para actualizarla conforme los principios rectores de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El pleno del Congreso discutió en tercer debate el dictamen y proyecto de decreto que dispone aprobar Ley para la Disposición y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células Humanas, el día 10 de marzo de 2020 (fuente de información: página del Congreso de la República).

Esta ley es suficientemente innovadora pero todavía no tiene una aplicación total porque no hay suficientes órganos dispuestos en los bancos que para el efecto deben establecerse ni se cuenta con todas las facilidades tecnológicas e instalaciones adecuadas para el efecto. Además, a este respecto hay un aspecto cultural todavía no superado totalmente que inhibe a los potenciales donantes a donar sus órganos, que podría estar incluido en la licencia de manejar, por ejemplo, ya que el número de muertes por accidentes de tránsito es alto. En otros países, como en los Estados Unidos de América, está bien regulado el derecho de los titulares de licencias de conducir, de donar sus órganos en caso de accidente de tránsito. Por eso esta ley ha venido a ser actualizada mediante la Iniciativa 4712 ya relacionada que está próxima a convertirse en ley.

La donación de órganos para fines curativos (reemplazo de órganos) no debe estar prohibida, sino todo lo contrario, permitida, fomentada y tutelada. Desde luego, debe controlarse



y prohibirse cualquier forma de tráfico de órganos.

Aparte de la normativa legal debe crearse la cultura de la donación de órganos con toda la infraestructura que requiere: el almacenamiento, manejo y disposición de órganos, y la creación de instituciones especializadas. Pero en Guatemala, al igual que en América Latina, no existe la cultura de la donación de órganos. Tendrá que ser un proceso de culturización el que promueva la voluntad de donar los órganos al fallecimiento. Una de las causas de la falta de esta cultura es de carácter religioso, pues los pueblos latinoamericanos se han formado en la creencia de la resurrección del cuerpo y por eso no es aceptado donar partes del cuerpo a la muerte. También por superstición y otra causa es la ignorancia. El régimen legal de salud de Guatemala es insuficiente a este respecto y es preciso promover la cultura de la donación de órganos.

5.7. La eutanasia: análisis legal. Régimen normativo en Guatemala

Un importante caso relacionado además del derecho y de la medicina con la bioética, es la **eutanasia** o derecho de una persona a decidir libremente si evitar un proceso lento y doloroso de terminación natural de su vida, o adelantar la muerte y así no sufrir más. La eutanasia no está aceptada en la mayoría de legislaciones del mundo, aunque gradualmente se van sumando países occidentales. En Europa ya está permitida la muerte asistida en cinco países: Holanda, Bélgica, Luxemburgo y recientemente España en Marzo del 2021, mientras que en América del Norte solo ha sido aprobada en Canadá.

En Bélgica un hospital dirigido por religiosos anunció que permitirá la eutanasia en sus 15 hospitales psiquiátricos, en aquellos casos en que “no haya otros tratamientos razonables” y que las solicitudes serán consideradas con la máxima cautela; el paciente deberá estar en un estado de sufrimiento insoportable y la decisión debe ser aprobada por tres médicos entre ellos

un psiquiatra. Dicho anuncio causó la reacción del papa Francisco en el sentido de pedir al hospital que deje de ofrecer dicha opción (*La Hora*, 2017, s. p.).



En lo que respecta a la situación nacional, aquí solo se expone la situación de un paciente terminal cuando la legislación le permite finalizar anticipadamente el sufrimiento, entonces la decisión le corresponde únicamente a él y su familia. Como quiera que sea, se trae este caso a consideración ya que constituye en materia de salud un ejemplo de confrontación ya no solo entre el derecho y la medicina sino entre la medicina y la bioética y ahora la religión.

5.8. Ortotanasia

También hay una variante en la muerte, que es la **ortotanasia**, quizás más aceptada tanto por la bioética y la religión, la cual consiste en elegir una muerte digna –sin dolor ni sufrimiento para el paciente y para su familia–, pero sin adelantarla deliberadamente. En este último caso la actuación de un paciente incurable –o en fase terminal– y su familia es morir dignamente sin el empleo de medios desproporcionados, extraordinarios, dolorosos y muchas veces excesivamente caros que pueden destruir la economía familiar sin garantizar la recuperación de la salud, para mantener la vida nada más que un corto tiempo, sino utilizando medios paliativos del dolor y dejando al paciente en su casa o en un lugar en el cual pueda vivir sus últimos momentos de la manera más cómoda posible y de preferencia recibiendo cuidados y atenciones de los suyos.

5.9. Régimen legal del manejo de desechos hospitalarios y determinación de su efectividad

Materia regulada en el Código de Salud, tal como lo veremos más adelante. Aún no es suficiente el trabajo realizado por empresas privadas que se dedican al manejo de desechos



hospitalarios y bioinfecciosos, porque no solo no cubren la totalidad de centros hospitalarios sino que no es completamente seguro que lleguen hasta su destrucción total o que no dejen residuos no estériles. No obstante, es de mencionar una de las pocas empresas, si no la única en Guatemala, que realizan esta importante labor y es Ecotermo, S. A. El problema es que este indispensable servicio no es prestado a hospitales nacionales ni a todos los hospitales y clínicas privados, los cuales se encargan del manejo de sus propios desechos, pero tal “manejo” no es más que el traslado hacia un basurero.

Es frecuente la denuncia en los medios de comunicación que en los basureros se encuentran desechos peligrosos por su alto grado de contaminación o infección. De acuerdo con la ley de la materia (Código de Salud, Artículos del 102 al 108) en principio la responsabilidad es de las municipalidades respectivas (Artículo 102), las cuales deberían instalar equipos de incineración y destrucción final de desechos sólidos. Sin embargo, conforme el Artículo 106 de dicho Código, los hospitales públicos y privados tienen obligación de almacenar y eliminar esos desechos en los lugares y en la forma que lo estipulen las normas que sean elaboradas por el Ministerio de Salud, agregando que los hospitales quedan obligados a instalar incineradores para el manejo y disposición final de los desechos, cuyas especificaciones y normas quedarán establecidas en el reglamento respectivo.

En la presente investigación se han encontrado evidencias que no todos los hospitales y clínicas cumplen con tales disposiciones legales, porque se puede observar a simple vista en sus instalaciones que no cuentan con los depósitos respectivos, sin que se les aplique la sanción prevista en el mismo Código de Salud en su Artículo 226, inciso 33, para los casos especiales de infracciones contra la prevención de la salud, que dice “Omitir, los hospitales públicos y privados, la instalación de incineradores para el manejo y disposición final de desechos



hospitalarios” (s. p.).

La sanción de todas maneras no es suficientemente disuasiva porque conforme el artículo 219, inciso b), del Código de Salud, es una multa que se gradúa entre el equivalente de dos a ciento cincuenta salarios mensuales mínimos vigentes para las actividades no agrícolas, siempre que no exceda el cien por ciento del valor del bien o servicio, salvo los casos de excepción establecidos en este Código. No se logró obtener información sobre el máximo de sanciones impuestas, pero la mayoría son fácilmente evadibles o simplemente no son disuasivas para los hospitales nacionales o privados que no cuentan con incineradores. Además, las denuncias a las que hemos hecho referencia ponen de manifiesto que hay hospitales y clínicas que sacan los desechos como si fueran basura normal y es así como llegan a los basureros.

5.10. Medicina natural: utopías, verdades y realidades. Necesidad de un régimen legal. Uso de plantas medicinales: opiniones científicas, inocuidades, peligros

Es un campo en el cual todavía deben realizarse muchas investigaciones, para determinar científicamente las propiedades de las plantas medicinales y las inocuidades, peligros y realidades derivadas de ellas. Sobre la medicina natural o alternativa existen aún algunas utopías, por cuanto se sobreestima el poder curativo de diversas plantas naturales, y además se desconocen las contraindicaciones o los efectos secundarios que pueden producir. Pero también constituye un recurso valioso que puede ser eficaz e inocuo una vez se realicen los estudios pertinentes sobre las plantas relacionadas.



La medicina científica afirma todavía que la curación conveniente procede de estudios serios, científicos y ampliamente experimentados, por lo que no pueden ser sustituidos por el consumo o aplicación simple de productos naturales de diversa clase. Eso no significa que no sea útil estudiar las propiedades curativas de ciertas plantas, pero tal proceso requiere de más seriedad y base científica.

En Guatemala se producen muchas plantas medicinales desde tiempos ancestrales, y la población rural está acostumbrada a utilizar procedimientos curativos derivados de ellas. Hay, incluso, un diccionario de plantas medicinales de Guatemala denominado *Diccionario de Plantas Medicinales*, cuyo autor es Julio Rodas Zamora, perito agrónomo y técnico forestal que en sus muchos años de trabajo en el campo le ha permitido conocer de primera mano las características, cualidades y propiedades curativas de varias plantas. Dicho libro constituye un valioso aporte para las ciencias médicas.

El régimen legal de salud de Guatemala no regula suficientemente este campo, por lo que en primer lugar debe promover su investigación y luego proponer su aplicación.

5.11. Medicina alternativa. Tratamientos sin dolor o con bajo dolor, complementarios a las terapias convencionales

Se puede comenzar por señalar que la denominada “medicina alternativa” no es ninguna ciencia ni se basa en investigaciones científicas sino que es un conjunto de prácticas y tradiciones empíricas provenientes de otras culturas que aportan curas a ciertos males a base de remedios que no provienen de la industria farmacéutica. Aun cuando no pocas de estas prácticas están arraigadas en el imaginario popular, la carencia de respaldo científico entraña en ellas un

margen de riesgo.



Por lo tanto, la regulación que debe emitirse en cuanto a la medicina alternativa es que no debe ser ofrecida al público ni en establecimientos farmacéuticos ni mucho menos en establecimientos artesanales o, peor aún, en farmacias clandestinas. Sí debe inducirse al estudio e investigación de las propiedades curativas alternativas (para no denominarle “medicina”), en el entendido que su resultado aún queda bajo subsiguientes estudios hasta que haya certeza de su eficacia e inocuidad en cuanto a efectos secundarios se refiere. Lo cierto del caso es que ciertas prácticas, como la homeopatía, han llegado muy lejos debido a las promociones publicitarias que realizan y que convencen a muchas personas que confían en sus supuestas bondades curativas.

Otras prácticas procedentes de lejanas y ancestrales culturas, tales como la acupuntura (desde China), la curación *ayurveda* (desde la India), etc., han llegado a tener amplia aceptación y hasta una cierta validación en la medida en que constituyen métodos para la aplicación de la medicina convencional. Así, la acupuntura ha demostrado su eficacia cuando está asociada a diagnósticos técnicamente elaborados. Por su parte, la curación *ayurveda* es de gran utilidad en casos en los cuales además del tratamiento médico convencional es precisa una terapia mental al paciente, tomando en cuenta que muchos pacientes pierden o reducen considerablemente su autoestima y confianza en su recuperación cuando padecen enfermedades graves o deben someterse a operaciones mayores.

Existen otras muchas prácticas, con variadas denominaciones, que se adjudican fantásticas propiedades curativas, pero que al no estar demostradas y certificadas científicamente, conllevan un considerable margen de riesgo para quienes se someten a ellas, o bien pueden resultar simplemente inocuas y sin embargo inducir al paciente a gastos

innecesarios.

Lo anterior no pretende descalificar a los métodos curativos eficaces, ni significa en manera alguna que dichas prácticas sean sustitutivas de la medicina científica, sino como decíamos deben ser estudiadas seriamente y admitir que algunas constituyen métodos de gran ayuda en varios casos clínicos.

Entonces, precisamente para tales casos se requiere de normas jurídicas o disposiciones jurídicas, no necesariamente con jerarquía legal sino podrían ser reglamentos (acuerdos gubernativos) u otra clase de normativa, que regulen el ejercicio de tales prácticas y establezcan los límites en los cuales pueden actuar, siempre garantizando la salud de los pacientes que se sometan a ella. Así, el derecho vendrá a ser de gran utilidad para la Medicina.





CAPÍTULO VI



6. Enfoque jurídico en materia de prevención de la salud

6.1. El derecho y la prevención

El derecho no actúa solamente a través de leyes, reglamentos y convenios internacionales (como los de la Organización Internacional de la Salud –OMS– y de la Organización Panamericana de la Salud –OPS–) para proteger la salud, sino también por medio de políticas gubernamentales, institucionales, empresariales, sociales y familiares, programas de prevención y campañas de información, divulgación y orientación de las buenas prácticas para el mantenimiento de la salud y para evitar los hábitos, las adicciones y toda clase de prácticas nocivas para ella. Por ejemplo: campañas para el ejercicio y la alimentación saludables; advertencias sobre el consumo de productos dañinos para la salud como el alcohol, el tabaco y las drogas; campañas contra la obesidad, entre otras.

El Código de Salud denomina “Acciones de Prevención de la Salud” a aquellas acciones realizadas por el Sector de Salud y otros sectores, dirigidas al control y erradicación de las enfermedades que afectan a la población del país. (Artículo 37, inciso b). Las acciones de prevención de la salud comprenderán el establecimiento de sistemas de vigilancia epidemiológica, inmunizaciones, detección precoz y tratamiento de los casos, educación en salud y otras medidas pertinentes para lograr el control de las enfermedades endémicas, las emergentes y recurrentes, en especial aquellas no emergentes con potencial de producir brotes epidémicos. (Artículo 38, b).

Uno de los grandes avances en la atención de la salud deriva del conocimiento y el



convencimiento de que la medicina preventiva es tan importante o más que la medicina curativa, por cuanto permite no sólo que se disminuyan los riesgos a la salud y muchas de las enfermedades que aquejan al ser humano, sino porque se ha demostrado, cada vez con mayor certeza, que desde el punto de vista económico, las acciones preventivas son mucho menos onerosas y el costo/beneficio derivado de ellas es indudablemente superior al de las mejores acciones curativas. (Álvarez Alva, 1998, s. p.)

El cuidado de la salud implica que el ser humano adquiera un estilo de vida saludable propio y en su entorno. Todas las personas deben ser adecuadamente instruidas a este respecto, comenzando por la enseñanza escolar y manteniendo programas de información y educación para adultos, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. De esa manera se logrará la promoción de la salud. Sin embargo, el primer responsable de su salud es el mismo sujeto, de manera que además de la legislación ordinaria deben establecerse programas de información, concientización y capacitación que despierten en la población el interés en el cuidado de su propia salud física y mental. Eso requiere de normativas específicas que deben ser revisadas y actualizadas constantemente conforme la experiencia y los resultados que proporcionen.

La promoción del autoconocimiento y autoconvencimiento de la salud es fundamental. Un ejemplo lo tenemos en Guatemala con motivo de la pandemia de la COVID-19, pues luego que están disponibles las vacunas y que se han establecido los planes de vacunación, resulta que muchas personas no desean vacunarse, esgrimiendo argumentos sin ninguna base científica, lo que les ha puesto en peligro de contagio a ellas, a sus familiares y a su entorno social. Desde luego, debe respetarse la libertad de las personas, pero al mismo tiempo debe observarse el principio que *el interés social prevalece sobre el interés particular* (Artículo 44 de la Constitución Política de la República de Guatemala).



Este caso es similar al de las vacunas recomendadas para niños, a efecto de protegerlos contra enfermedades graves tales como la Hepatitis A y B, Difteria, Tétanos, Tos ferina, Hemofilia, Influenza, Polio, Rotavirus, Sarampión, Paperas, Rubeola, Varicela, entre otras. Salvo casos especiales todo padre de familia desea librar a sus hijos de tales enfermedades, especialmente en países tropicales de fácil contagio. Este tema es de gran actualidad aunque siempre ha existido una confrontación entre las organizaciones sanitarias y las comunidades que rechazan la vacunación por diversas razones. Uno de los mejores estudios a este respecto es el documento titulado *Perspectivas culturales sobre la vacunación*, publicado el 10 de enero de 2018 por *The College of Physicians of Philadelphia*; en él se aborda esta cuestión desde varias perspectivas y que por su importancia se comenta a continuación.

Comienza diciendo que:

Las opiniones públicas sobre la vacunación incluyen creencias variadas y profundamente arraigadas, lo cual es un resultado de la tensión entre puntos de vista culturales y sistemas de valores discrepantes. Varias perspectivas culturales clave sobre la vacunación surgen de: (1) derechos individuales y posturas de salud pública hacia la vacunación, (2) diversos puntos de vista religiosos y objeciones a las vacunas, y (3) sospecha y desconfianza de las vacunas entre diferentes culturas y comunidades de EE.UU. y del mundo. (*The College of Physicians of Philadelphia*, 2018, s. p.)

A juicio del sustentante es verdadero el desencuentro entre creencias, opiniones públicas y criterios científicos que no siempre tiene fácil solución. Continúa explicando dicho documento que



Muchos países requieren que sus ciudadanos reciban ciertas vacunas. En Estados Unidos, las leyes estatales imponen vacunaciones obligatorias, como las que se exigen a los niños para que entren a la escuela. Las controversias sobre eficacia, seguridad y moralidad de la vacunación obligatoria surgen por la antigua tensión entre dos metas que a veces discrepan: proteger las libertades individuales y proteger la salud pública. (*The College of Physicians of Philadelphia*, 2018, s. p.)

Como se dijo, se debe tomar en cuenta en primer lugar el interés social de los miembros de la comunidad que desean vivir en un ambiente sano, y en segundo lugar también pesa el respeto a la libertad de las personas que aducen no aceptar el mecanismo sanitario de la vacunación. Por tratarse de un punto muy directamente vinculado con el título de esta tesis, se menciona el caso legal en la Corte de los Estados Unidos, relatado en el documento que se comentó, titulado *Jacobson vs. Massachusetts* (s. f.), y consiste en que,

(...) un residente de la ciudad de Cambridge se rehusó a ser vacunado contra la viruela porque creía que la ley violaba su derecho de cuidar su propio cuerpo como él creía mejor. La Corte rechazó la oposición de Jacobson. Este fallo de 1905 fue trascendental, y ha servido como fundamento para las acciones del estado que limitan las libertades individuales con el fin de proteger la salud pública. (s. p.)

Como puede verse, las autoridades en el Estado de Massachusetts optaron por imponer la prevalencia de la salud pública. Pero otros Estados de la Unión americana sustentan criterios diferentes por la fuerte y profunda convicción sobre la libertad individual con que se constituyeron los Estados Unidos de América. En Guatemala debería ser igual, lo que no excluye que las autoridades de salud implementen políticas de salud comunitaria que eviten las polémicas



inútiles que no llegarán a ningún acuerdo.

Por otra parte, se sabe que existen comunidades religiosas que imponen sus creencias sobre cualquier plan de vacunación, inmunización y prevención sanitaria. En tales casos es recomendable una labor de información que combine el respeto a las creencias con la conveniencia de la protección y prevención de la enfermedad. Tales labores deben ser realizadas por personal debidamente entrenado y dotado de cualidades relacionadas con la comprensión y la tolerancia. Desde luego, no debe realizarse ninguna clase de tales labores en lugares que ofrezcan peligro para el personal, pues hay países en el mundo donde se ha agredido a los equipos sanitarios, resultando varios de sus miembros asesinados por turbas fundamentalistas.

Es oportuno recordar que la primera medida que deben implementar las autoridades sanitarias es la profilaxis, a efecto de evitar que se den las condiciones propicias para la propagación de enfermedades. Esto incluye las campañas para que las comunidades impidan la formación de lugares infecciosos, sucios y abandonados, propicios para convertirse en criadero de zancudos y otros vectores que transmiten las bacterias y los virus causantes de enfermedades.

Debido a las consideraciones contenidas en los párrafos precedentes, uno de los programas más importantes a ser implementado es que cada persona, bajo dirección médica, se prepare para sí misma un plan de evaluación y saneamiento de los diversos órganos, y luego los programas de mantenimiento de la salud. Para socializar la importancia del conocimiento de la inmunización y otras formas de prevención de la enfermedad una herramienta muy útil es la dinámica de grupo, a la cual vayan asistiendo voluntariamente los miembros de cada comunidad para plantear sus dudas y para que se les explique directamente el contenido y efectos benéficos de la vacunación. Este proceso, aunque relativamente lento, al final proporcionará miembros de

la comunidad que estén convencidos de la conveniencia de la vacunación, así como la aceptación de las medicinas y eventualmente de las operaciones que sean para recuperar la salud.



Después, siempre bajo dirección profesional (nutricionista), hacer un plan de alimentación y nutrición sana y adecuada y, si hace falta, con los suplementos minerales beneficiosos para el cuerpo, así como de las vitaminas convenientes si fuera necesario. Es aconsejable informarse sobre los beneficios de productos naturales y desintoxicantes.

6.2. Legislación y normativa en materia de prevención de la salud

La labor de **prevención** implica un conjunto de actividades que con anticipación deben emprender las autoridades sanitarias de todos los países con el objeto de prepararse ante el posible surgimiento y embate de enfermedades originarias o externas que los pueden afectar. Tales actividades deben incluir la permanente y amplia obtención de información acerca de las enfermedades que amenazan a los seres humanos, mediante una labor de inteligencia, así como su análisis científico y social para determinar sus causas, sus formas de propagación, y los medios para combatirla, controlarla y erradicarla. Además, es fundamental la labor de información a la población, la cual debe divulgarse en los idiomas propios de las diferentes regiones que integren el país y en forma gráfica para que sea fácilmente comprensible. Es de recordar que la acción profiláctica del Estado debe complementarse necesariamente con la acción de la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido seis (6) niveles de la alerta ante una epidemia, y que son los siguientes:



En la **Fase 1**, no se han encontrado virus que circulen entre animales y que hayan causado infecciones en humanos.

La **Fase 2** indica que un virus de gripe animal que circula entre animales domésticos o salvajes ha causado infecciones en humanos. Se considera que existe un potencial riesgo de pandemia.

En la **Fase 3** un virus de gripe animal o mezcla de animal y humano ha causado casos esporádicos o pequeños grupos de casos en humanos, pero no ha causado un nivel de transmisión entre personas suficiente para provocar brotes poblacionales. Puede producirse una transmisión limitada entre personas en algunas circunstancias, por ejemplo, cuando se producen contactos entre una persona infectada y su cuidador desprotegido. Sin embargo, la transmisión limitada en estas circunstancias restringidas no indica que el virus haya adquirido un nivel de transmisión entre personas suficiente para provocar una pandemia.

La **Fase 4** se caracteriza por la verificación de que un virus de gripe de origen animal o humano y animal se ha transmitido entre personas con la capacidad de provocar brotes localizados. La capacidad del virus de causar brotes sostenidos de la enfermedad en una población marca un cambio significativo en el riesgo de pandemia. Cualquier país que sospecha o ha verificado este hecho debe consultar inmediatamente con la OMS para evaluar la situación de manera conjunta y decidir la implementación de una operación de contención rápida de la pandemia. La fase 4 indica un aumento significativo del riesgo de pandemia pero no significa necesariamente que la pandemia se haya producido.

La **Fase 5** implica que el virus se ha expandido en al menos dos países en la misma región (por ejemplo, América o Europa). Aunque la mayoría de los países no se hayan visto



afectados en esta fase, la declaración de Fase 5 es una señal contundente de que la pandemia es inminente y que queda poco tiempo para finalizar la organización, comunicación e implementación de las medidas para mitigar los efectos.

La **Fase 6**, la fase de pandemia, indica que ha habido brotes en al menos otro país en otra región. Esta fase muestra que se aproxima una pandemia global (Organización Mundial de la Salud –OMS–, s. f., s. p.; *El País*, s. f., s. p.).

Se hace la aclaración que la tarea de información, análisis científico y social de las enfermedades no depende solamente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sino que cada país debe hacer lo propio, especialmente para determinar los brotes de virus o agentes locales. Esta es una labor que en esta tesis doctoral calificamos de inteligencia y vigilancia, que el MSPAS podría realizar mejorando la figura que actualmente tiene y que el Código de Salud denomina **sistema de diagnóstico de referencia** (Artículo 57).

6.3. Medidas legales para combatir y erradicar, o al menos controlar, las más graves enfermedades contagiosas que hoy en día aquejan al mundo y que pueden eventualmente convertirse en una epidemia

La COVID-19 ya es una pandemia. La COVID–19 es la enfermedad infecciosa causada por una especie de coronavirus que se ha descubierto más recientemente y que afecta tanto a seres humanos como a animales. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019 (Organización Mundial de la Salud –OMS–, s. f., s. p.).

La propagación de la COVID-19 se produjo sin que el mundo estuviera preparado para

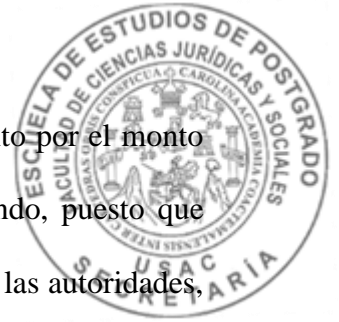


ello; además, los líderes de varias naciones han reprochado a la República Popular China no haber dado a conocer el brote de dicha enfermedad sino que al contrario la ocultó e incluso reprimió a los primeros médicos que la detectaron, lo cual demoró en varios meses la preparación de los sistemas de salud nacionales para enfrentarla.

Hoy en día la COVID-19 constituye la pandemia que padece el mundo entero y que ha obligado en casi todos los países a guardar confinamiento de la población. Aunque los científicos de varias naciones están luchando denodadamente para encontrar la cura contra la COVID-19, todavía no lo han logrado. Hay países como Italia, España, Estados Unidos de América y otros que han sufrido la muerte de varios miles de personas infectadas con este virus.

Este es un caso de total actualidad, no solo por la gravedad sanitaria intrínseca que comporta sino porque generó una serie de disposiciones legales que se tuvieron que emitir a partir de un fenómeno epidémico, lo cual confirma la importancia de esta tesis doctoral.

Efectivamente, en Guatemala el Gobierno de la República ha emitido importante normativa como el **Decreto Gubernativo 5–2020** decretando el estado de calamidad pública para contener la propagación de dicha enfermedad, y el Congreso de la República lo ha respaldado emitiendo el **Decreto 8–2020** por medio del cual ratifica el decreto gubernativo citado y se **modifica la Ley del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado para el Ejercicio Fiscal 2019, Decreto 25–2018 del Congreso de la República**, asignando doscientos treinta millones de quetzales como una previsión para conformar el fondo emergente que permita mitigar los daños que puedan ocasionar los fenómenos naturales que afecten al país y que a su vez permita atender programas y proyectos relacionados con la atención, tratamiento y control del coronavirus COVID-19.



Aunque el Ejecutivo no estuvo muy conforme con dicha disposición, tanto por el monto asignado ya que había requerido más, sino por el destino al que ató dicho fondo, puesto que aduce que no alcanzará ni para una cosa ni para otra. Por lo que han manifestado las autoridades, esperan que se asigne otro monto mayor para enfrentar adecuadamente el coronavirus que aqueja al país. Adicionalmente, el presidente de la República ha emitido varias ediciones de Disposiciones Presidenciales en Caso de Calamidad Pública y Órdenes para el Estricto Cumplimiento, que se han ido sucediendo una a la otra, para imponer medidas restrictivas a la población a fin de evitar la propagación de tan grave enfermedad.

Como el estado de calamidad decretado por el Gobierno tenía una duración de treinta días, el Gobierno prorrogó dicho plazo por un mes más, así que el Congreso de la República emitió el **Decreto 9–2020** para aprobar dicha prórroga. Debido a que las circunstancias de emergencia sanitaria persisten, el presidente de la República en Consejo de Ministros tuvo que emitir el **Decreto Gubernativo 7–2020** que prorroga hasta el cinco de Mayo el estado de calamidad pública, así que el Congreso de la República tendrá que emitir un nuevo decreto de aprobación de la misma durante el período de emergencia.

Mientras tanto, el presidente de la República emitió el 26 de Abril de 2020 la normativa denominada “**Disposiciones presidenciales en caso de calamidad pública y órdenes para el estricto cumplimiento guatemala, 26 de abril de 2020**”. Prorroga disposiciones presidenciales del 12 de abril de 2020 y reformas del 19 de abril de 2020”, publicadas en el Diario Oficial el 27 de abril de 2020.

Como la situación de emergencia continúa en punto crítico, el día 10 de Mayo de 2020 el presidente de la República prorrogó las Disposiciones Presidenciales mencionadas, y el

Congreso de la República emitió el **Decreto 21–2020** publicado en el Diario Oficial el día 11 de Mayo de 2020 aprobando la prórroga del estado de calamidad.



Este decreto, además de la aprobación de la prórroga del estado de calamidad, contiene otras disposiciones que atañen directamente a la labor que realiza el MSPAS. En efecto, el Artículo 2 dice así:

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS–, de manera urgente, está obligado a efectuar la toma de muestra de laboratorio para la detección del virus SARS CoV–2, a todas las personas en situación de cuarentena derivado de la pandemia del COVID–19, que tengan o no los síntomas característicos de coronavirus; así como a las personas que han estado expuestas o en contacto con quienes hayan sido declarados casos confirmados; también a todos los connacionales y migrantes que ingrese al país durante el período que dure la pandemia, indistintamente su origen de repatriación y lugar de entrada al territorio nacional.

El muestreo de detección deberá efectuarse en la red integrada de servicios de salud y laboratorios tanto públicos como privados, estos últimos autorizados por el MSPAS para el efecto. Asimismo, se deberán implementar laboratorios móviles para facilitar la toma de muestras. (s. p.)

Esta norma evidencia claramente que en caso de emergencia el Estado tiene facultades para llamar a los laboratorios tanto públicos como privados para efectuar la toma de muestras para la detección del virus relacionado con la COVID–19. Y también ordena la implementación de laboratorios móviles para facilitar la toma de muestras. A este respecto se ha señalado en esta tesis doctoral que Guatemala no estaba preparada para enfrentar una pandemia como la de la

COVID-19 y no existían protocolos relacionados con una emergencia de esa envergadura.



Como puede verse, el derecho acompaña de cerca las medidas de emergencia y de prevención derivadas de la pandemia de la COVID-19, lo que de suyo constituye una demostración de la hipótesis de esta tesis doctoral.

Pero no solo esa clase de normativa ha sido necesario emitir, puesto que la emergencia tiene mayores dimensiones, por lo que el Ejecutivo requirió recursos extraordinarios al Congreso de la República; como consecuencia, éste emitió el **Decreto 12-2020** del Congreso de la República de Guatemala, **Ley de emergencia para proteger a los guatemaltecos de los efectos causados por la pandemia Coronavirus COVID-19**, la cual tiene como objeto crear las medidas iniciales, sanitarias, económicas, financieras y sociales necesarias para atender la crisis derivada de las medidas adoptadas para contener y mitigar los efectos de la pandemia denominada COVID-19 dentro del territorio nacional. Dichas medidas están orientadas para proteger a los habitantes de la República, con mayor énfasis a la población más vulnerable.

Además, también se emitió el **Decreto 13-2020**, Ley de Rescate Económico a las Familias por los efectos causados por la COVID-19, el cual contiene beneficios, como crear el Fondo para la Protección del Empleo, que otorgaría Q75 diarios a los trabajadores a quienes se les haya suspendido el contrato laboral durante la emergencia. Dicha ley también propone la creación de un fondo destinado al llamado Bono Familia que permitirá que a las familias afectadas se les otorgue un monto de Q1 mil para que puedan hacer frente a la crisis (Congreso de la República de Guatemala, s. f., s. p.).

Asimismo, el Congreso de la República emitió el **Decreto 20-2020** que da luz verde a una ampliación presupuestaria por Q5 mil 138 millones 900 mil, fondos de los que serán

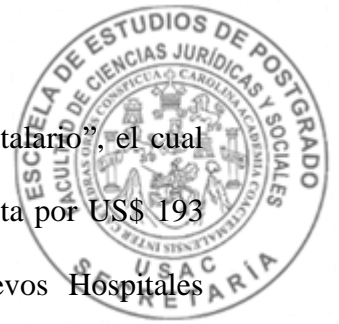


distribuidos entre otros rubros, Q 426 millones para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cuyas autoridades a su vez destinarán Q26 millones para un Bono de Riesgo a favor del personal expuesto por la emergencia de la COVID-19, dignificando así a todos los profesionales de la salud que están prestando su servicio en esta emergencia para salvaguardar a la ciudadanía.

También se contemplaron Q370 millones para la adquisición de equipo para la emergencia, ventiladores, pruebas para detectar la COVID-19, trajes y materiales de protección personal que podrán ser adquiridos gracias a estos recursos. Para infraestructura de hospitales y centros de salud se destinaron Q30 millones.

A propósito de la emergencia sanitaria desatada por la epidemia mundial de la COVID-19, se puso en evidencia la precaria situación hospitalaria del país y que demanda urgentemente un proceso completo de fortalecimiento, por lo que otra de las aprobaciones fue el **Decreto 17-2020** por medio del cual se aprueban las negociaciones del Contrato de Préstamo Número 4791/OC-GU, a ser celebrado entre la República de Guatemala y el Banco Interamericano de Desarrollo -BID-, para la ejecución del “Programa de Fortalecimiento de la Red Institucional de Servicios de Salud -PRORISS-”, el cual contribuirá a la reducción de la mortalidad materna-infantil priorizando los departamentos de Huehuetenango y San Marcos, pues prioriza la modernización de la red hospitalaria y garantiza servicios oportunos, de calidad y con eficiencia. El programa establece un apoyo económico hasta por US\$100 millones, otorgado por dicho organismo financiero internacional.

Asimismo, el Congreso de la República emitió el **Decreto 18-2020** por medio del cual se aprueban las negociaciones del Contrato de Préstamo Número 2230 a ser celebrado entre la República de Guatemala y el Banco Centroamericano de Integración Económica -BCIE-, para la



ejecución del “Programa de Inversión en Infraestructura y Equipamiento Hospitalario”, el cual consiste en un apoyo económico financiado por dicha institución financiera hasta por US\$ 193 millones que permitirán el diseño, construcción y equipamiento de 3 nuevos Hospitales Nacionales en los departamentos de Suchitepéquez, Jutiapa y Alta Verapaz, sustituyendo a los centros hospitalarios de estas localidades que se encuentran en situación vulnerable y que no permiten la atención adecuada de los usuarios. Se contempla el diseño, mejoramiento, ampliación y equipamiento del Hospital Nacional “Juan de Dios Rodas”, en el departamento de Sololá y del Hospital Nacional de Chiquimula.

- El SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome* o Síndrome Respiratorio Agudo Severo)

El SARS es una enfermedad respiratoria viral (**forma grave de neumonía**) causada por un coronavirus, llamado coronavirus asociado al SRAS (SRAS–CoV) que se identificó por primera vez en 2003. Los afectados padecen una molestia respiratoria aguda y, en el peor de los casos, mueren. El brote inicial **se produjo en 2002**, originándose en Cantón, China, desde donde se extendió a otros países asiáticos y Toronto, en Canadá, Sudamérica, Europa y volvió a Asia. Según la OMS 774 personas murieron en total en el mundo. Aunque ha disminuido, la OMS todavía lo considera un peligro (OMS, s. f., s. p.; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades –CDC–, s. f., s. p.).

Por lo tanto, en este caso también conviene que el MSPAS emita una **disposición legal interna** ordenando que se mantengan los sistemas de **información nacional en salud** (Artículo 53 del Código de Salud), de **diagnóstico de referencia** (Artículo 57 del Código de Salud) y de **vigilancia de la salud** para la investigación y control de esta enfermedad. La OMS ha informado desde hace algunos años que el brote del SARS ha sido contenido en todo el mundo, por lo que



puede considerarse que se han roto en todo el mundo las cadenas humanas de transmisión del virus del SARS, pero que persiste la amenaza porque siguen sin respuesta muchas preguntas en relación con esta enfermedad y algunos casos podrían haber escapado a la red de vigilancia, por lo que es necesario seguir investigando.

El hecho de estar atendiendo una emergencia, como sucede actualmente (año 2020) en que las autoridades están dedicadas a enfrentar la pandemia de la COVID-19, no significa desatender otras amenazas a la salud, como sucede en el caso del SARS. Por ello es absolutamente necesario que el MSPAS emita la disposición aquí sugerida e igualmente respecto de las demás amenazas a la salud que expondremos a continuación.

- INFLUENZA (H1N1) – 2009

La Influenza H1N1, gripe porcina, afectó a 74 países, entre ellos Estados Unidos de América, México y otros. Aún existente, todavía no tiene cura pero hay procedimientos para neutralizarla o disminuir sus efectos. En el año 2009 fue declarada por la OMS como una pandemia, en el nivel 6, actualmente se encuentra en el nivel 5.

- VIH / SIDA

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), es uno de los mayores desafíos de la salud del mundo, según considera la OMS, ha causado la muerte de unos 32 millones de personas en el mundo desde los años 80 (OMS, s. f., s. p.).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) desató innumerables casos de discriminación y rechazo a los pacientes, por lo que en casi todo el mundo, incluyendo en Guatemala, se tuvo que emitir disposiciones legales tendientes a impedir la marginación de ellos



y su plena integración al mercado laboral y social.

Así, en Guatemala existe la llamada Trilogía legal del SIDA, que está conformada por el Decreto 27–2000 del Congreso de la República, que es la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA; el Acuerdo Gubernativo 317–2002 que es el Reglamento de la Ley General antes mencionada; y el Acuerdo Gubernativo 638–2005 que es la Política Pública de Prevención a la Infección de Transmisión Sexual (ITS) y de respuesta a la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Estas disposiciones legales y reglamentarias representan una verdadera estrategia de enfrentamiento y combate de una enfermedad que por la naturaleza privada de su contagio (relaciones sexuales, herencia, transfusión, contagio oral y/u otras formas desconocidas) es de difícil prevención, pero afortunadamente en Guatemala no se convirtió en epidemia, como sucedió en otros países del mundo. En este caso, además, la política general representó un esfuerzo de Estado en el que si bien el MSPAS actuó como rector, participaron todas las dependencias de gobierno. Además, al mismo tiempo dicha normativa salió oportunamente al paso de la discriminación que sufrían los pacientes de SIDA, obligando a todo empleador y a todos los laborantes a no marginar ni descalificar a los laborantes que padecieran de este síndrome.

- Cólera

La bacteria *Vibrio cholerae* continúa causando infecciones en todo el mundo. A pesar de que se puede prevenir y tratar fácilmente, el cólera mata anualmente a cerca de 100 000 personas en comunidades que sufren también el azote de la pobreza y los conflictos armados. En 2017, se



utilizaron vacunas anticoléricas orales para proteger a 4,4 millones de personas en nueve países: Bangladesh, Camerún, Haití, Malawi, Mozambique, Nigeria, Sierra Leona, Somalia y Sudán del Sur. En 2018, la OMS prestó apoyo a campañas similares, paralelamente a las campañas que promueven el acceso al agua potable, el saneamiento y la mejora de la higiene (OMS, s. f., s. p.).

En Guatemala deberían emitirse disposiciones legales concretas tendientes a proporcionar a las comunidades acceso a las fuentes de agua pero al mismo tiempo obligarles a mantenerlas limpias sin contaminarlas, por su propio bienestar. Además, se deberían emitir disposiciones sanitarias por parte de las municipalidades que induzcan a las personas a practicar rutinariamente prácticas de higiene que garanticen su propia salud y la de sus familias, de tal manera que toda la sociedad mejore sustancialmente su calidad de vida.

- Difteria

Gracias al uso generalizado de la vacuna antidiftérica en los programas sistemáticos de inmunización se ha conseguido eliminar esta enfermedad infecciosa de las vías respiratorias en la mayor parte del mundo. Sin embargo, la difteria está resurgiendo de forma alarmante en países que sufren deficiencias significativas en la prestación de atención sanitaria. Venezuela, Indonesia, Yemen y Bangladesh (Cox's Bazar) notificaron brotes de difteria en 2017 y solicitaron a la OMS ayuda en las operaciones de respuesta, orientación técnica y medicamentos y vacunas contra la enfermedad (OMS, s. f., s. p.).

- Sarampión (rubeola)

El virus del sarampión es altamente contagioso y puede causar complicaciones. Aunque hay vacuna, no toda la población tiene acceso a ella, razón por la cual



es imperativo que sean emitidas las disposiciones legales y administrativas necesarias para que el Estado la suministre a las comunidades que no la puedan adquirir. En este caso se podría acudir a convenios de cooperación entre el MSPAS, las entidades farmacéuticas productoras o distribuidoras de la vacuna y las empresas, organizaciones sociales y fundaciones que puedan patrocinar las campañas respectivas.

- Paludismo

La OMS ha estimado que, cada año, se registran más de 200 millones de casos de paludismo en el mundo, y que esta enfermedad transmitida por mosquitos causa más de 400 000 defunciones. Alrededor del 90 % de la mortalidad se registra en el África subsahariana, mientras que el resto se distribuye entre Asia Sudoriental, América del Sur, el Pacífico Occidental y el Mediterráneo Oriental. En la República Centroafricana y Sudán del Sur, el paludismo causa más víctimas que la guerra. Otros países que combaten la malaria son Nigeria, la República Democrática del Congo y Somalia (OMS, s. f., s. p.).

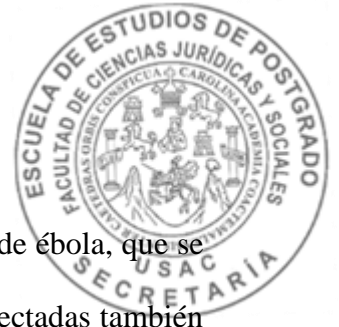
En Guatemala es urgente que las autoridades gubernamentales y municipales actúen para eliminar las causas de la propagación del paludismo, que son los basureros clandestinos y otros lugares insalubres carentes de higiene que propician la reproducción de los mosquitos transmisores de esta terrible enfermedad. Las acciones más contundentes y efectivas, de aplicación obligatoria, son las leyes que obligan a las autoridades locales, a los establecimientos y a los miembros de la comunidad a eliminar toda fuente de insalubridad y que conllevan sanciones severas contra quienes no las cumplan debidamente.



- Meningitis

Una nueva cepa virulenta de meningitis meningocócica C está circulando a lo largo del cinturón africano de la meningitis, amenazando a 26 países, en una situación de escasez aguda de vacuna antimeningocócica en el mundo. Hay un riesgo peligrosamente elevado de que se produzca una epidemia a gran escala, que podría afectar a más de 34 millones de personas. La meningitis C mata a más del 10 % de los infectados. Los supervivientes suelen sufrir graves secuelas neurológicas. La OMS y sus asociados financian el mantenimiento de una reserva mundial de emergencia que alberga 2.5 millones de vacunas contra la meningitis C. Sin embargo, en 2019 se necesitarán 10 millones de dosis adicionales para evitar una gran epidemia (OMS, s. f., s. p.).

Tal como se ha dicho en los casos anteriores, la población infantil de Guatemala es muy vulnerable a esta terrible enfermedad porque las familias de escasos recursos y que viven en el área rural no tienen acceso a la información básica relativa a las medidas higiénicas que deben tomarse para evitar que la contraigan y además no tienen los medios para obtener las vacunas. A este respecto, las gobernaciones departamentales deben gestionar las acciones preventivas y curativas por parte del MSPAS a través de los Centros de Salud que están distribuidos en diferentes puntos del territorio nacional, pero que no actúen en forma estática esperando que los pacientes lleguen a ellos sino que ellos deben emprender la dinámica de la visita a todas las regiones rurales que están en su jurisdicción. Esto requiere una normativa que podrían ser instrucciones para las visitas de campo del personal médico y paramédico asignado a los Centros de Salud.



- Ébola y otros patógenos

En 2018, la República Democrática del Congo vivió dos brotes distintos de ébola, que se extendieron a ciudades de más de 1 millón de personas. Una de las provincias afectadas también se encuentra en una zona de conflicto activo.

La OMS cuenta con un plan de investigación y desarrollo que identifica enfermedades y patógenos que pueden causar una emergencia de salud pública pero que carecen de tratamientos y vacunas efectivos. Esta lista de seguimiento para I+D prioritarios incluye el ébola, varias otras fiebres hemorrágicas y otras enfermedades mortales (OMS, s. f., s. p.).

En el caso de Guatemala, habría que emitir disposiciones gubernativas que restrinjan el acceso a los puertos nacionales de las naves que hayan zarpado desde algún puerto de África o hayan recibido carga de contenedores o de productos a granel originarios de los países de dicho continente que mantengan la alerta del ébola.

- Dengue

El dengue, una enfermedad transmitida por mosquitos que causa síntomas similares a la gripe y puede ser letal y matar hasta el 20 % de las personas con dengue grave, representa desde hace décadas una amenaza creciente.

Se estima que el 40 % del mundo está en riesgo de contraer dengue y hay alrededor de 390 millones de infecciones al año. La OMS ha intentado reducir las muertes en un 50 % pero no ha sido posible (OMS, s. f., s. p.).



Es de anotar que el dengue afecta también a Guatemala. Según información divulgada en los medios de comunicación el día 27 de abril de 2020, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social señala que hasta la semana del 12 al 18 de abril de 2020 había 3,292 personas contagiadas, o sea 30 guatemaltecos infectados con dengue por día, y no se descarta que la cifra vaya en aumento. (Cordón, citada por Ola, *Prensa Libre*, 27 de abril de 2020, p. 12).

Esta noticia es alarmante y amerita medidas urgentes. Dentro de las medidas que deben tomarse en forma prioritaria es advertir que los lugares de aguas estancadas, las llantas abandonadas, las pozas contaminadas y otros lugares húmedales utilizados como basureros son los criaderos que facilitan la reproducción del zancudo y del mosquito (*Aedes oegypti*) que transmiten este virus, por lo que las autoridades de todas las poblaciones deben elaborar planes para que desaparezcan. La segunda medida es fumigar todos esos lugares para desinfectarlos utilizando insecticidas que exterminan tales vectores. Este es uno de los casos en los cuales debe articularse un esfuerzo conjunto entre el Ministerio de Salud Pública y las municipalidades, pero procurando y logrando resultados a inmediato plazo.

- La Enfermedad X

La inclusión de la denominada Enfermedad X, un supuesto todavía inexistente, responde la voluntad de los científicos de prepararse frente a lo desconocido. De acuerdo con la OMS, la hipotética Enfermedad X “representa la consciencia de que **un agente patógeno actualmente desconocido** podría causar una epidemia internacional grave” (OMS, s. f., s. p.). En este caso la acción del derecho es imposible por carecer de materia la normativa que se requeriría.



- Rotavirus

El rotavirus es un virus muy contagioso que causa diarrea. Es la causa más frecuente de diarrea en bebés y niños en todo el mundo, lo que tiene como resultado más de 215,000 muertes anuales. Antes de que se creara una vacuna, la mayoría de los niños de los Estados Unidos sufría al menos una infección por rotavirus antes de cumplir cinco años.

Aunque las infecciones por rotavirus son desagradables, por lo general se pueden tratar en el hogar con un consumo mayor de líquidos para evitar la deshidratación. En algunos casos, la deshidratación grave requiere la administración de líquidos intravenosos en un hospital. La deshidratación es una complicación grave del rotavirus y una de las causas principales de muerte infantil en los países en vías de desarrollo.

La buena higiene, tal como lavarse las manos regularmente, es importante. Pero la vacunación es la mejor forma de prevenir infecciones de rotavirus. (Mayo Clinic, s. f., s. p.)

Del texto explicativo del rotavirus se puede deducir que el Estado a través del MSPAS tiene una importante tarea en la divulgación de información preventiva sobre dicha enfermedad que afecta principalmente a los niños. Tal información debe incluir las medidas adicionales de prevención, como el lavado de manos regularmente. Tal como se ha expuesto en esta tesis doctoral, la información que el MSPAS debe divulgar en todo el país la debe hacer en los idiomas propios de cada región.



Como puede verse, hay muchas enfermedades cuyas causas todavía no están controladas, debiendo ser esa la estrategia a emprender en forma inmediata y no esperar a que surjan y se propaguen y para esta enorme labor multisectorial la contribución del derecho es fundamental porque sienta la base de actuación tanto del Estado y sus instituciones y dependencias como del sector privado y la misma comunidad, cuya participación es parte esencial de la solución.

Es oportuno señalar que los países tropicales son propensos a la **comorbilidad**, que es la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades por la misma o por diferente causa, puesto que la falta de higiene sumada a la existencia de lugares húmedos con aguas estancadas descompuestas se convierten en criaderos de zancudos y mosquitos que transmiten varias enfermedades. Por lo tanto, dado que un país como Guatemala es vulnerable a la morbilidad múltiple, es preciso que se emitan las leyes y normas que así lo prevengan. Desde luego, el MSPAS es el llamado a implementar una unidad de inteligencia para procesar la información oportuna que permita prevenir la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades, lo que dificultaría aún más los servicios sanitarios correspondientes.

Otro caso en el cual el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha actuado legalmente es el de los **antibióticos**. Sucede que la OMS hizo estudios científicos que demostraron que el abuso en el uso de antibióticos genera resistencia antimicrobiana y empeora la infección que se trata de combatir, y los hizo del conocimiento de los países miembros, incluyendo Guatemala. Esto motivó que se emitiera una **disposición ministerial** según la cual la venta de antibióticos queda restringida y solamente se puede vender mediante receta médica.

Dicha disposición ministerial es el **Acuerdo No. 181–2019** que aprueba la **Normativa para la Regulación de Medicamentos de Prescripción Médica, Antimicrobianos**



(antibióticos de vía oral y parenteral) y Esteroides Oftálmicos. La prevención incluye también el análisis de la información sanitaria correspondiente, enviada por la OPS / OMS, según hemos expuesto.

La información científica compartida por la OPS / OMS, que se denomina resistencia antimicrobiana, indica que el desarrollo de antibióticos, antivirales y antimaláricos son algunos de los mayores éxitos de la medicina moderna. Pero el tiempo de estos medicamentos se está acabando porque la resistencia a los antimicrobianos (la capacidad de las bacterias, parásitos, virus y hongos para resistir estos medicamentos) amenaza con devolvernos a épocas en que no podíamos tratar fácilmente infecciones como la neumonía, la tuberculosis, la gonorrea y la salmonelosis. La incapacidad para prevenir infecciones podría comprometer seriamente la cirugía y los procedimientos como la quimioterapia.

Por ejemplo, indica la OMS que la resistencia a la tuberculosis es un obstáculo formidable para combatir una enfermedad que causa que alrededor de 10 millones de personas se enfermen y que 1,6 millones mueran cada año. En 2017, alrededor de 600.000 casos de tuberculosis fueron resistentes a la rifampicina, el fármaco de primera línea más eficaz; y el 82 % de estas personas tenía tuberculosis multirresistente.

La resistencia a los medicamentos está impulsada por el uso excesivo de antibióticos en las personas, pero también en los animales, especialmente en aquellos que se utilizan para la producción de alimentos, así como en el medioambiente. La OMS está trabajando con estos sectores para implementar un plan de acción global para abordar la resistencia a los antimicrobianos aumentando la conciencia y el conocimiento, reduciendo infecciones y fomentando el uso prudente de los antimicrobianos (OMS, s. f., s. p.).



Se nota pues, en todos los casos anteriores, cómo la prevención es uno de los componentes de la asistencia social que debe proporcionar el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tal como su nombre lo dice.

6.4. Alcohol, tabaco y drogas: su prevención

Por su gravedad e incidencia en la salud y seguridad de la población se le dará particular atención al tema del alcoholismo.

Hay un patrón del consumo de bebida en las sociedades en desarrollo (como Guatemala): lo consumen más los hombres, especialmente en fin de semana; se busca el efecto no el sabor ni la calidad; quienes beben con más continuidad en su mayoría son personas de nivel primario (lo que no excluye que haya alcohólicos de clase alta); el consumo del alcohol les lleva a un mundo mental imaginario en el que piensan, hablan y actúan como no lo harían en condiciones de sobriedad; trato abusivo y violento a los demás, familiares y extraños; respuestas violentas ante cualquier estímulo; dilapidan el sustento familiar; y frecuentemente les impulsa a la violencia doméstica contra la mujer.

Entre los problemas relacionados con la bebida están:

1. Descuido de su propia salud porque el consumo excesivo de alcohol daña gravemente a prácticamente todos los órganos del cuerpo en forma progresiva e imperceptible, llegando a producir las siguientes enfermedades: diabetes, gastritis, úlceras, cirrosis, cáncer, Alzheimer y otras enfermedades graves e incurables.
2. Descuido de la salud de su familia.
3. Dilapidación del sustento familiar y probablemente del patrimonio inmobiliario.



4. Fácil opción al fraude.
5. Maltrato doméstico.
6. Descuido de las obligaciones laborales y de la calidad del trabajo.
7. Conducción de vehículos en forma temeraria e imprudente que no pocas veces culmina con graves accidentes tanto para el conductor ebrio como para otros conductores y peatones.
8. Uso irreflexivo de armas de fuego y artefactos pirotécnicos.
9. Participación desenfrenada en juegos de azar que les puede dejar altamente endeudados.
10. Desempeño mediocre en deportes.

Estos problemas pueden ocurrir en muchos ámbitos de la vida humana: ningún órgano del cuerpo queda inmune al daño relacionado con el alcohol; también puede ocasionar como secuela trastornos emocionales y mentales, tanto para el que bebe como para aquellos que lo rodean. (Room, 2013, s. p.)

Guatemala no es la excepción, en la mayoría de países de América Latina se da el mismo patrón, con variantes en las clases y calidades de las bebidas alcohólicas, aunque en aquellas regiones que por estar ubicadas a mayor altura el clima frío reduce relativamente los efectos de conducta externa del sujeto alcohólico. Por ejemplo, en el altiplano guatemalteco, o sea en occidente, donde amanece a bajas temperaturas, las personas suelen consumir a temprana hora bebidas alcohólicas con el fin de contrarrestar la baja temperatura. Sin embargo, no hay respuesta multilateral al fenómeno porque cada país ha preferido enfrentar de manera particular el problema del alcoholismo, ya sea para endurecer su respuesta al mismo o para lo contrario.

También algunos países han centrado su actuación mediante imposiciones tributarias adicionales a las licoreras y cerveceras, estrategia inocua que se queda en suministrar más



recursos al Estado (a costa de los bolsillos de los infelices bebedores) ya que no incide significativamente en el consumo y, por el contrario, propicia y fomenta la producción clandestina de bebidas fermentadas que prácticamente son licores casero que carecen que los más elementales requisitos de higiene en la utilización de insumos y en la producción de tal bebida.

El aspecto clave en la estrategia para enfrentar el alcoholismo no es la bebida sino el bebedor, de tal manera que las acciones sanitarias tienen que llegar a él por diversos caminos. Esa es la planificación que sugerimos porque si se logra el cambio de conducta del individuo dejará de ser consumidor no sólo de alcohol sino también de drogas. La sociedad juega un papel singular porque muchos bebedores han comenzado consumiendo alcohol desmedidamente en actividades “sociales” “de clase”. Se debe recordar que la imitación es uno de los factores determinantes por lo que un sujeto adopta artificialmente actividades que no le corresponden, para emular a sujetos a quienes supuestamente le corresponden y que “dan clase”.

El trabajo del alcoholismo debe realizarse también en un plano social para desenmascarar a quienes beben y dar a conocer las consecuencias bochornosas del consumo excesivo de alcohol. Otro ámbito en el cual debe actuar el Estado a través del Ministerio de Educación, es en las escuelas y colegios, porque el estudiante bebedor de hoy será el alcohólico de mañana. Y así habrá otros ámbitos en los cuales comienzan las inclinaciones de los singulares que posteriormente serán los plurales.

Toda esta planificación estratégica debe apoyarse en un conjunto normativo que le abra los espacios para llegar a la imagen pública de los ámbitos en los cuales se favorece el consumo excesivo de alcohol. Uno de los objetivos sería destacar que la eficiencia y el éxito en la vida



profesional, laboral y empresarial no están asociados ni al alcoholismo ni al consumo de drogas.

Las autoridades de salud deben formular sus planes en coordinación con otras dependencias e instituciones públicas e incluso con entidades privadas como fundaciones y organizaciones de servicio como los Clubs de Leones y Rotarios que están insertadas en los ámbitos superiores de la sociedad, para lograr una respuesta efectiva a los problemas del alcohol.

Al tratar lo relativo al alcoholismo y la drogadicción se debe partir de lo dispuesto en el Constitución Política de la República de Guatemala en su Artículo 56, que dice lo siguiente:

Acciones contra causas de desintegración familiar. Se declara de interés social las acciones contra el **alcoholismo**, la **drogadicción** y otras causas de desintegración familiar. El Estado deberá tomar las medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación adecuadas para hacer efectivas dichas acciones, por el bienestar del individuo, la familia y la sociedad. (s. p.)

Efectivamente, el Estado ha emprendido a lo largo de los años diversas acciones en esta materia e incluso se han emitido leyes y disposiciones gubernativas con el objeto de disminuir los efectos perniciosos del alcoholismo y de la drogadicción, pero es una lucha desigual porque las industrias licoreras y cerveceras tienen muchos recursos, hacen mucha publicidad, y por su parte los carteles de la droga también tienen muchos recursos, más que el Estado mismo, lo que les permite mantener el tráfico de estupefacientes prácticamente invulnerable a las medidas legales vigentes. Además, el consumo tanto de bebidas alcohólicas como de drogas va en aumento, lo que les proporciona más ingresos a las organizaciones que suministran dichos productos.



Entonces, lo que queda es proporcionar ayuda a quienes están hundidos en esos vicios para que puedan salir de ellos. Por supuesto que es necesario hacer una labor divulgativa más amplia sobre los perjuicios de las drogas y del alcohol en las personas, especialmente los jóvenes porque dejan de trabajar, de estudiar y de producir para quedarse dependientes de esos vicios. Hay mucho que hacer para salvar las vidas jóvenes que están atrapadas por el alcohol y por las drogas. El Gobierno de Guatemala ha emitido la Política Nacional Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas, que propone un conjunto de medidas y acciones que son necesarias.

En cuanto al régimen jurídico de la lucha contra el alcoholismo y la drogadicción, está el Decreto 47-96 del Congreso de la República, que declara de interés nacional el rescate del niño y niña y adolescente alcohólico y sanciona la venta de productos alcohólicos a menores de edad. Sin embargo, esta norma necesita un cuerpo que la aplique con eficiencia, drasticidad y continuidad.

El Reglamento de la publicidad y el consumo de bebidas alcohólicas, vinos, cervezas y bebidas fermentadas, Acuerdo Gubernativo 127-2002, es un ejemplo de la relación importante que tiene el derecho con la salud, porque dicha disposición tiene como objeto el control de la producción, fabricación, distribución y comercialización de estas bebidas, lo cual es absolutamente necesario, así como su publicidad, a efecto de proteger la salud de los habitantes, en relación con los riesgos que conlleva el exceso en el consumo de ellas, y protegerlos frente a la publicidad que lo estimula de muchas maneras inductivas. Esta disposición también necesita estar positiva (como se le dice en derecho a una norma que se aplica y que se cumple) para su finalidad fundamental de asistencia social, puesto que su aplicación actualmente se hace casi exclusivamente para fines fiscales.



Además se tiene la Ley contra la Narcoactividad, Decreto 48–92 del Congreso de la República modificado por el Decreto 32–99 del Congreso de la República, así como la Ley de Protección al Menor en situación de riesgo de drogadicción, Decreto 26–96 del Congreso de la República, reformado por el Decreto 31–97 del Congreso de la República, sumado a lo cual existen convenciones internacionales relacionadas con este tema. Sin embargo, la legislación es un paso importante, pero no lo es todo, porque su aplicación requiere de procesos humanos, técnicos y económicos, por eso la aplicación de las leyes necesita ser complementada con acciones humanas e institucionales.

La adicción al alcohol, a las drogas y a cualquier sustancia natural o artificial crea dependencia del sujeto, lo cual anula su libertad, su libre albedrío y le produce un daño físico o mental muchas veces irreparable. En efecto, el artículo 2, literal c), de la Ley Contra la Narcoactividad, Decreto 48–92 del Congreso de la República, define la adicción como la,

(...) dependencia física o psíquica entendida la primera como sujeción que obliga a la persona a consumir drogas, y que al suspender su administración, provoca perturbaciones físicas y/o corporales, y la segunda como el impulso que exige la administración periódica y continua de drogas para suprimir un malestar psíquico. (s. p.)

Por lo tanto, se considera que la acción más fuerte del Estado debe ir encaminada a que no se produzca la dependencia física ni psíquica de las drogas. Una forma de dicha acción sería encontrar una sustancia que neutralice tal dependencia para que el sujeto pueda abandonar el consumo cuando se percate del daño que se está haciendo a sí mismo. Para tal efecto, el MSPAS podría propiciar la búsqueda de dicha sustancia.

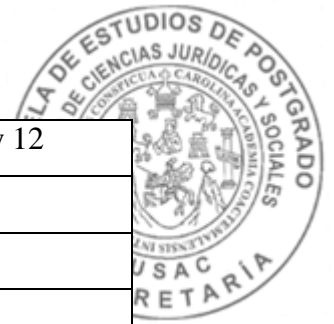


6.5. Reglamento de Salud y Seguridad Ocupacional

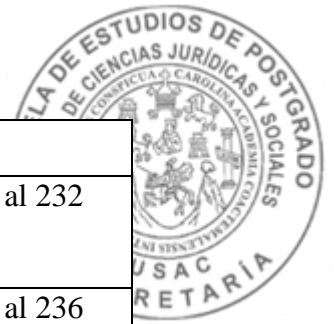
En Guatemala estuvo vigente desde el año 1957 el Reglamento General sobre Higiene y Seguridad en el Trabajo con el objeto de regular las condiciones generales de higiene y seguridad en que deberían ejecutar sus labores los trabajadores con el fin de proteger su vida, su salud y su integridad corporal. Dicha disposición fue modificada y actualizada en el año 2014 –de acuerdo con la ergonomía– por el Acuerdo Gubernativo 229–2014 y este a su vez por el Acuerdo Gubernativo 33–2016 que contiene el Reglamento de Salud y Seguridad Ocupacional, el cual tiene por objeto regular las condiciones generales de salud y seguridad ocupacional, en las cuales deben ejecutar sus labores los trabajadores de entidades y patronos privados, del Estado, de las municipalidades y de las instituciones autónomas, semiautónomas y descentralizadas con el fin de proteger la vida, la salud y su integridad, en la prestación de sus servicios (Artículo 1).

Este es un cuerpo normativo de gran importancia que consta de once títulos y 559 artículos y cubre prácticamente todos los aspectos relacionados con la salud y la seguridad de los trabajadores en sus respectivos lugares en los cuales desempeñan sus labores. Este Reglamento está vigente desde el 6 de Febrero del año 2015, y tiene el esquema siguiente:

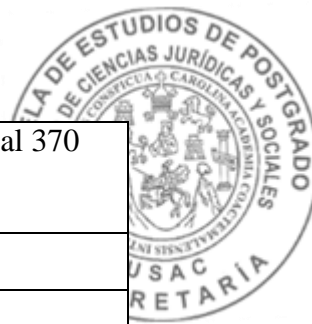
| Título I | | |
|-----------------|---|------------------|
| Capítulo I | Disposiciones generales | Artículos 1 al 3 |
| Capítulo II | Obligaciones de los patronos | Artículos 4 al 7 |
| Capítulo III | Obligaciones de los trabajadores | Artículos 8 y 9 |
| Capítulo IV | Organizaciones de salud y seguridad ocupacional (SSO) | Artículo 10 |



| | | |
|-------------------|---|----------------------|
| Capítulo V | Control y vigilancia | Artículos 11 y 12 |
| Título II | | |
| Capítulo I | Condiciones mínimas de SSO | Artículo 13 |
| Capítulo II | Condiciones generales de los locales y ambientes de trabajo | Artículos 14 al 72 |
| Capítulo III | Pantallas de visualización | Artículos 73 al 86 |
| Título III | | |
| Capítulo I | Manipulación manual de cargas | Artículos 87 al 92 |
| Capítulo II | Almacenamiento de materiales | Artículos 93 al 104 |
| Capítulo III | Señalización de los locales de trabajo | Artículos 105 al 108 |
| Capítulo IV | Prevención y extinción de incendios | Artículos 109 al 142 |
| Capítulo V | Trabajos diversos | Artículos 143 al 156 |
| Título IV | | |
| Capítulo I | Condiciones higiénicas ambientales en el lugar de trabajo | Artículos 157 al 200 |
| Capítulo II | Sustancias peligrosas | Artículos 201 al 211 |
| Capítulo III | Contaminantes de naturaleza Biológica | Artículos 212 al 219 |
| Capítulo IV | Agentes cancerígenos | Artículos 220 al 229 |



| Título V | | |
|-------------------|--|----------------------|
| Capítulo I | Equipo de protección personal | Artículos 230 al 232 |
| Capítulo II | Protección de la cabeza | Artículos 233 al 236 |
| Capítulo III | Protección de la cara | Artículos 237 al 241 |
| Capítulo IV | Protección de la vista | Artículos 242 y 243 |
| Capítulo V | Protección del oído | Artículos 244 al 248 |
| Capítulo VI | Protección de las extremidades inferiores | Artículos 249 al 253 |
| Capítulo VII | Protección de las extremidades superiores | Artículos 254 y 255 |
| Capítulo VIII | Protección del aparato respiratorio | Artículos 256 al 263 |
| Capítulo IX | Cinturones de seguridad | Artículos 264 al 266 |
| Capítulo X | Del diseño de los puestos de trabajo | Artículos 267 al 270 |
| Capítulo XI | Transporte de los trabajadores | Artículos 271 y 272 |
| Capítulo XII | Condiciones de los lugares de trabajo para las personas con discapacidad | Artículo 273 |
| Título VI | | |
| Capítulo I | Actividades de limpieza en los locales de trabajo | Artículos 274 al 283 |
| Capítulo II | Servicios de higiene y abastecimiento de agua | Artículos 284 al 305 |
| Título VII | | |
| Capítulo I | Electricidad | Artículos 306 al 337 |



| | | |
|--------------------|---|----------------------|
| Capítulo II | Equipos y herramientas eléctricas portátiles | Artículos 338 al 370 |
| Título VIII | | |
| Capítulo I | Trabajos en construcción y similares | Artículos 371 al 420 |
| Título IX | | |
| Capítulo I | Motores, transmisiones y máquinas | Artículos 421 al 459 |
| Capítulo II | Herramientas portátiles y herramientas manuales | Artículos 460 al 471 |
| Capítulo III | Elevación y transporte | Artículos 472 al 516 |
| Capítulo IV | Aparatos que generan calor o frío y recipientes a presión | Artículos 517 al 537 |
| Capítulo V | Radiaciones | Artículos 538 al 551 |
| Título X | | |
| Capítulo I | Sanciones | Artículo 552 |
| Título XI | | |
| | Disposiciones transitorias y finales | |

Cuadro propio, elaborado en octubre de 2021.

No cabe duda que este Reglamento, como norma jurídica secundaria, ha venido a realzar la importancia y la necesidad de proteger la salud y la seguridad ocupacional de los trabajadores, pero su implementación no ha sido fácil por los cambios que implica para la casi totalidad de instalaciones de trabajo en todo el país. Sin embargo, la verificación de su implementación está a cargo tanto del Ministerio de Trabajo y Previsión Social como del Instituto Guatemalteco de



Seguridad Social (IGSS). Una de las innovaciones inéditas introducidas por este Reglamento es la relativa a la ergonomía, que es la ciencia médica que estudia el nivel de adaptación de las estaciones de trabajo a las características corporales de quienes las ocupan en protección de su salud y así lograr un mejor desempeño.

La salud tiene como trasfondo la cultura de la sociedad, de manera que a mayor cultura mayor salud, y viceversa, a menor salud menor cultura. Es necesario que la humanidad adquiera y mejore su nivel cultural porque eso redundará en más y mejor salud. Uno de los medidores de esta **cultura de la salud** es la preocupación por la prevención de las enfermedades, ya que una persona culta no deja que llegue un padecimiento sino que lo evita hasta donde sea posible y no escatima gastos, esfuerzos o sacrificios para vivir con salud. Otro de los medidores de la cultura de la salud es la vacunación, que está plenamente asociada a la prevención. Una persona con cultura de salud acude a vacunarse contra las enfermedades que amenazan a la sociedad, ya sea a los centros de salud o si prefiere a una clínica privada. En Guatemala hay prácticamente todas las vacunas existentes y están disponibles en el mercado farmacéutico.

Otra manifestación de la cultura de la prevención es la **cultura de la seguridad personal**, relativa a evitar los accidentes (de todo tipo), pues una persona normal rehúsa verse afectada por uno de ellos, pero para mejorar su invulnerabilidad de sufrirlo debe capacitarse, desde accidentes caseros hasta accidentes mayores, ya sean de tránsito o laborales. Este último caso de capacitación se llama seguridad industrial y todo patrono está obligado a tomar las medidas para proporcionarla a sus trabajadores.

Desde luego, las personas también deben formar suficiente criterio para evitar accidentes por imprudencia, de los cuales pueden sufrir graves consecuencias y hasta perder la vida. Entre



las imprudencias más comunes están las carreras de automóviles en lugares no idóneos; las actividades temerarias; los deportes extremos sin preparación previa; el sometimiento innecesario a peligros evidentes; y toda clase de actos en que no se ha utilizado el sentido común, la prudencia natural del ser humano ni el sentido innato de supervivencia.

Una normativa en este sentido podría ser adoptada por el MSPAS para que las escuelas y colegios incluyan dentro de los cursos correspondientes lo relativo a la cultura de la salud y de la seguridad personal, a efecto de evitar accidentes de todo tipo.

También está en primer lugar el mantenimiento del ambiente saludable mediante la cultura de la preservación de la naturaleza como garantía de la vida humana y de los demás seres vivos; y en segundo lugar velar porque todo entorno de las personas y de la población esté en las mejores condiciones naturales. A este respecto sería conveniente una normativa emanada del MSPAS para que los Ministerios de Ambiente y Recursos Naturales y de Agricultura velen por el mantenimiento de los bosques sanos, erradicar la tala de árboles castigando severamente a quienes la hacen, o cualquier daño ambiental como la contaminación intencional de los demás recursos naturales como los ríos y los lagos.

Otro medidor que la sociedad puede implementar es el de la cultura de la salud, la higiene y la limpieza domiciliar que deben vivir todos y cada uno de los miembros de la sociedad y sus familias. A este respecto la normativa que podría emitir el MSPAS es un conjunto de recomendaciones divulgadas en las redes sociales y en los planteles escolares.

Como puede verse, el derecho está presente y activo en todos los ámbitos y sectores de la vida de la humanidad, lo cual confirma la hipótesis de esta tesis doctoral.



6.6. Importancia de la fumigación de los ambientes residenciales, hospitalarios, clínicas médicas y dentales, laborales, comerciales, industriales, turísticos y agrícolas y la necesidad de una regulación legal más estricta

Las medidas de higiene y prevención de epidemias son desconocidas o ignoradas por muchas familias, de manera que es preciso que el MSPAS implemente **campañas de fumigación** en todo el territorio nacional, labor que podría realizar conjuntamente con las municipalidades, las cuales por su parte hacen lo propio en los recintos municipales, incluyendo los mercados cantonales, los cuales son sometidos regularmente a fumigación. Sin embargo, convendría que el MSPAS verificara la eficacia de la fumigación que se realiza en los mercados para determinar si utiliza químicos suficientemente fuertes para erradicar roedores y bichos rastreros, por la importancia que los mercados cantonales tienen para la población.

Es de tomar en cuenta que el Código de Trabajo, en sus artículos del 197 al 205, se refiere a la higiene y seguridad en el trabajo, de manera que todos los lugares y ambientes de trabajo deben ser fumigados adecuada y periódicamente en protección de la salud de los trabajadores. Se cree que el MSPAS y el IGSS deberían requerir que esta clase de medidas estén incluidas en los respectivos reglamentos interiores de trabajo que, por cierto, también son normas internas de cada empresa o institución que cuenta con trabajadores. **En este caso se aprecia que hay una combinación de leyes, como es el Código de Salud y el Código de Trabajo en materia de higiene de los lugares de trabajo.**

La disposición que emita el MSPAS relacionada con fumigación también debería extenderse a todo establecimiento abierto al público, especialmente restaurantes y hoteles,



porque creemos que una labor higiénica como la propuesta no se realiza en la actualidad en la República de Guatemala, ya que serán pocos o muy pocos los establecimientos que por iniciativa propia la realizan. El combate de insectos, arácnidos, bichos rastreros, roedores y toda clase de plagas que amenazan la salud humana, es una parte importante de la política de prevención.

La fumigación agrícola es un tema especialmente interesante porque por una parte es importante proteger los cultivos contra toda clase de amenazas provenientes de plagas, malas hierbas, bichos, hongos, royas y otras enfermedades forestales, mediante el uso de plaguicidas, pesticidas y herbicidas, puesto que la producción agrícola está destinada al consumo humano; pero, por otra parte, también es verdad que los compuestos químicos con que están elaborados son tóxicos y pueden ser nocivos para las personas que los utilizan si no cuentan con el equipo protector necesario para impedir que inhalen tales sustancias o estén en contacto con ellas.

Es del conocimiento público que hay varias clases de plaguicidas, pesticidas y herbicidas; últimamente están disponibles estos productos que son inocuos para el ser humano, sin embargo evidentemente su precio es superior a los que tradicionalmente se utilizan en el campo, por lo cual es fácil deducir que muchas fincas siguen utilizando los que son nocivos para los trabajadores que realizan las labores de fumigación. A este respecto es importante y oportuno sugerir que periódicamente las autoridades del MSPAS, IGSS y Ministerio de Trabajo (éste a través de la Inspección General de Trabajo) vigilen el cumplimiento de tan importantes medidas.

Otro campo importante es la fumigación del transporte tanto de pasajeros como de carga para prevenir epidemias. Se ha analizado el caso de los autobuses de transporte urbano y extraurbano de pasajeros y consideramos que las autoridades deben vigilar más de cerca el cumplimiento de la obligación de fumigar regularmente todas las unidades que están en servicio.



Igualmente importante es la fumigación de los transportes de carga porque al final esta llegará a una casa o a una oficina o a una empresa y si se contamina en el camino llegará así a su destino.

Se ha encontrado en la investigación que la utilización de contenedores está expuesta a contaminación porque la mayoría de estos compartimientos no son debidamente fumigados ni higienizados. Es de mencionar que muchos productos para el consumo humano viajan en contenedores y nadie puede garantizar que están exentos de plagas de roedores y de bichos rastreros.

También es oportuno resaltar que la labor del Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA), que apoya a los Ministerios de Agricultura de los países miembros, es de suma importancia para eliminar los vectores mediante la fumigación de las unidades de transporte de pasajeros y de carga que llegan al país y así prevenir y evitar la propagación de epidemias en el territorio nacional. Sin embargo, es criterio del sustentante que la labor tan loable e importante de OIRSA debería ser apoyada con normas más estrictas y contundentes que contengan sanciones fuertes para quienes no se sometan a su acción preventiva.

En la protección de la salud y del medio ambiente es fundamental la participación de la comunidad. Precisamente por esta razón el Artículo 65 del Código de Salud se refiere a las enfermedades transmisibles por vectores y a la fumigación de la siguiente manera:

Enfermedades transmitidas por Vectores. El Ministerio de Salud, en coordinación con las demás instituciones del Sector que desarrollan acciones en esta área, administrará programas que promuevan la participación comunitaria para la protección del medio ambiente y la eliminación de los reservorios, que faciliten la proliferación de vectores que



participan en la transmisión de estas enfermedades. Corresponde al Ministerio de Salud la autorización y control periódico de las empresas dedicadas a la eliminación de plagas y vectores. (s. p.)

Como se puede deducir fácilmente, la fuente principal de enfermedades graves es la suciedad derivada de la falta de higiene en los ambientes donde habitan seres humanos, por lo que las medidas de desinfección deben comenzar por eliminar todo sitio que mantenga desechos de toda clase, humedad y presencia de animales. Esto impone a la comunidad comprender el peligro de tolerar esa clase de lugares que producen contaminación general y que son verdaderos reservorios porque sin duda albergan peligrosos agentes que transmitirán virus y bacterias de enfermedades que les afectarán a sus miembros, tales como las ratas, volátiles como los zancudos y los mosquitos, cucarachas, hormigas, arañas, garrapatas, chinches, pulgas, escarabajos y otros vectores que son portadores de muchas enfermedades graves como salmonela, disentería, tifus, y otras igual de malignas o más.

Esta parte cultural es fundamental porque ataja la causa primera del ciclo de infección, y **requiere de leyes de cumplimiento obligatorio que comporten sanciones fuertes para el caso de desobediencia e incumplimiento** porque estas omisiones deben ser consideradas como complicidad y coautoría con la morbilidad social y la epidemia.

Además, **precisan normas reglamentarias procedentes del MSPAS que regulen la acción de fumigar** y que castiguen severamente la omisión, por las razones antes apuntadas. En todo hogar, oficina, edificio, empresa, fábrica, industria, almacenes, establecimiento público y privado, instalaciones de toda clase, vehículos de transporte colectivo y familiar, finca, hacienda, ranchería y habitación de conglomerado humano debe controlarse la aparición de vectores que



transmiten los virus y las bacterias de toda clase de enfermedades.

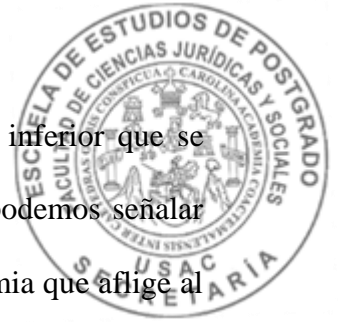
El Artículo 164 del Código de Salud, en su inciso e) define los plaguicidas como toda sustancia destinada a ser aplicada en el ambiente de viviendas, edificios e instalaciones públicas y privadas, industrias, jardines privados, vehículos de transportes, en las personas y animales domésticos, y en programas de salud pública, con el objeto de combatir organismos capaces de producir daño a la salud de las personas, a la flora o a los objetos o transmitir enfermedades al ser humano.

En efecto, la erradicación de roedores e insectos rastreros requiere la utilización de rodenticidas (raticidas), insecticidas, pesticidas y plaguicidas que son sustancias gaseosas, en polvo o químicas tóxicas para eliminar todos los organismos contaminantes y transmisores de enfermedades.

6.7. Alimentación y nutrición

La alimentación adecuada y la nutrición saludable es un elemento básico de la prevención y cuidado de la salud. El Código de Salud contiene una disposición específica sobre seguridad alimentaria y nutricional, que es el Artículo 43, el cual dice textualmente así:

Seguridad alimentaria y nutricional. El Ministerio de Salud en coordinación con las instituciones del Sector, los otros ministerios, la comunidad organizada y las Agencias Internacionales, promoverán acciones que garanticen la disponibilidad, producción, consumo y utilización biológica de los alimentos tendientes a lograr la seguridad alimentaria y nutricional de la población guatemalteca. (s. p.)



Asimismo, hay muchas otras normas con rango de ley, y de jerarquía inferior que se refieren a la seguridad alimentaria y aunque no las podemos comentar todas, podemos señalar algunos aspectos importantes que se pueden aprovechar con motivo de la Pandemia que aflige al mundo entero.

Como se ha expuesto en otros capítulos de esta tesis doctoral, la seguridad alimentaria y nutricional es un desafío que solo el Ministerio de Salud no puede enfrentar, sino que tiene que ser en coordinación con todo el Estado y los demás sectores, es decir debe ser un esfuerzo general, un esfuerzo nacional. Pero aparte de garantizar la alimentación para la población, este esfuerzo debe proteger también la salud general e identificar el potencial nutricional de dicha alimentación. Por su parte, la comunidad debe proporcionar a sus miembros la información básica sobre la riqueza nutricional de los alimentos básicos y alertar sobre aquellos que son nocivos y perjudiciales para la salud.

Los alimentos, al igual que el agua, pueden ser vehículos de enfermedades infecciosas y de intoxicaciones. El riguroso control legislativo y técnico–sanitario sobre las mercancías, los piensos para el ganado, los abonos y pesticidas, así como sobre la elaboración, conservación, envasado, etiquetaje, transporte y venta son, en conjunto, una de las medidas más eficaces en materia de protección de la salud en todo. (Martínez Hernández, 2013, s. p.)

Como dice este autor, debe haber control legislativo, o sea por leyes y demás normativa aplicable, no es solamente una cuestión de las autoridades sanitarias.

Todas las personas deben conocer los efectos de ingerir los alimentos que consumen, pero gran parte de la población carece de la instrucción necesaria para saberlo. Por tal razón el



Estado debe actuar emitiendo normas jurídicas y normativa gubernamental y no gubernamental (organismos internacionales no gubernamentales) y privada que protegen la seguridad y la salud alimentarias. Tal como hemos dicho en otros capítulos de esta tesis doctoral, tal labor divulgativa debe efectuarse en forma gráfica y en los idiomas regionales correspondientes para que sea bien comprendida por los pobladores y especialmente aceptada e implementada.

La normativa relacionada con el control de alimentos debe obligar a las municipalidades a colaborar y facilitar su difusión en su jurisdicción. Importancia de la adecuada nutrición y de los buenos hábitos alimenticios para prevenir la obesidad y las enfermedades digestivas y cardiovasculares.

Esta normativa también debe incluir la obligatoriedad de los establecimientos que ofrecen productos nutricionales y vitamínicos complementarios y sustitutivos, de proveer la adecuada información sobre los beneficios, inocuidades, riesgos y contraindicaciones de su consumo. Aunque ya existen algunas disposiciones, creemos que es conveniente continuar evaluando la necesidad de emitir nuevas disposiciones generales y específicas, para información y conocimiento del consumidor.

También se debe destacar la necesidad que el público tenga educación y cultura a ese respecto para no dejarse sorprender con productos que no le convienen a su salud. Todo consumidor debe ir adquiriendo la cultura de saber previamente lo que come, lo que bebe o lo que se aplica en forma tópica o externa.

La información sobre las propiedades de los alimentos que se consumen se puede obtener tanto de quienes los producen como por parte de quienes los ponen a disposición del público. En cuanto a los que producen alimentos, es bueno saber que deben estar certificados en seguridad



alimentaria y gestión de calidad de los insumos, de los procedimientos, de la supervisión sobre el personal que los prepara y de la calidad del empaque. A este respecto es importante mencionar que existen **normas internacionales no gubernamentales** que son respetadas y aceptadas por la comunidad industrial–alimentaria porque su cumplimiento demostrado es exigido en cada una de las etapas de la cadena de producción, empaque, suministro, distribución y comercialización, de manera que no hace falta la vigilancia gubernamental.

Se considera que **esta normativa también cumple una función reguladora muy importante para la protección de la salud.** Una de ellas es la norma FSSC 22000 Versión 5. Las siglas FSSC significan “*Food Safety System Certification*” (Certificación del Sistema de Seguridad Alimentaria), que “es un esquema de certificación para procesadores de alimentos y fabricantes de empaques de alimentos. Este asegura junto con ISO 22000 a sus clientes que se ha implementado un plan efectivo de seguridad alimentaria y un sistema de gestión” (FSSC 22000, s. f., s. p.).

Dos organizaciones mundiales se han propuesto estandarizar sistemas y lograr reconocimiento global sobre sistemas estándares:

La **Organización Internacional de Normalización – ISO (International Organization for Standardization)**, la cual ha desarrollado un Sistema en Seguridad Alimentaria basado en el globalmente aceptado Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001. La norma puede aplicarse a cualquier empresa dentro de la industria alimenticia, desde granjeros, fabricantes y transportadores, hasta minoristas.

La certificación ISO 22000 tiene reconocimiento mundial. Y, la **Iniciativa Mundial de Seguridad Alimentaria – GFSI (Global Food Safety Initiative)** es una división del “*Consumer*



Goods Forum” (Foro de bienes de consumo) y el resultado de la colaboración entre minoristas, fabricantes y empresas de servicios de alimentos que han estado trabajando en armonizar las normas de seguridad alimentaria. La GFSI utiliza un conjunto de criterios básicos como punto de referencia para medir las diferentes normas de seguridad alimentaria. Las normas que cumplen los criterios son reconocidas. Muchos importantes minoristas y fabricantes están exigiendo de sus proveedores que estén certificados en una de las normas reconocidas por la GFSI. Una de las normas validadas es la ISO 22000 (Seguridad Alimentaria Global, s. f., s. p.).

La alimentación es la primera necesidad humana y por lo tanto la garantía de calidad en toda la cadena alimentaria es fundamental, por lo que las normas –públicas y privadas– cumplen una función determinante en la protección de la salud, incluyendo la prevención de enfermedades.

6.8. Inmunización (vacunación). Su régimen legal

La inmunización (vacunación) oportuna es otra de las funciones primordiales de prevención de la enfermedad. En efecto, el Artículo 61 del Código de Salud establece lo siguiente:

Enfermedades prevenibles por vacunación. Dada la importancia del potencial epidémico, su trascendencia y disponibilidad de tecnología para su control o erradicación el Ministerio de Salud apoyará, con los recursos necesarios los programas de inmunizaciones, el cual con la participación de las otras instituciones del Sector, la comunidad y la sociedad civil realizará las acciones de control y erradicación de dichas enfermedades, fortaleciendo asimismo, el sistema de vigilancia epidemiológica de las mismas. La administración de vacunas seguras y eficaces será gratuita en todos los



establecimientos públicos del sector. (s. p.)

En relación con las posiciones culturales que se contraponen a las medidas sanitarias, en los párrafos precedentes hemos analizado este fenómeno, por lo que consideramos innecesario volverlo a abordar aquí.

Desde luego, este es un campo en el cual **el derecho tiene mucho que apoyar** ya sea mediante leyes que emita el Congreso de la República para facilitar la importación y la exención de impuestos de los productos de inmunización que necesite el país, así como acuerdos gubernativos del Organismo Ejecutivo para desarrollar dichas leyes y para implementar campañas de vacunación en todo el país. Por su parte, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de acuerdo con el mandato legal antes citado, tiene la misión de apoyar los programas de inmunizaciones con las demás instituciones del sector y hasta con la comunidad y la sociedad civil para erradicar las enfermedades y las epidemias. Consideramos también muy importante el mandato legal de fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Como puede verse, el aporte del derecho es fundamental para obtener un sistema de salud pública fuerte, activo y eficaz para prevenir enfermedades y epidemias. Además, las medidas legales colaterales que se adopten en caso de emergencia por pandemia, vendrán a asegurar la consecución de los resultados deseados. Así, en Guatemala con motivo de la pandemia de la COVID-19 el Gobierno de la República ha tomado determinadas medidas legales que restringen derechos constitucionales, pero tales restricciones son indispensables para evitar la propagación de tan letal epidemia.



Dentro del capítulo de la vacunación, se considera oportuno mencionar la **Iniciativa 5342** que es la que crea la Ley de Vacunación. Este caso se ajusta perfectamente a la hipótesis de esta tesis doctoral.

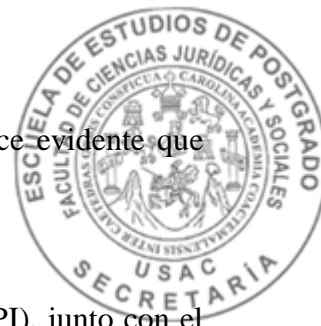
El Artículo 1 de este proyecto se refiere a su objeto, al expresar que “la presente ley tiene por objeto garantizarle a la población en general, la protección contra las enfermedades inmunoprevenibles a través de su administración universal o a grupos de riesgo” (s. p.). Es criterio del sustentante que este Artículo es fundamental y debería ser ejemplo para otros casos, porque concreta la garantía de salud para la población.

Luego, el Artículo 6 crea el Esquema Nacional de Vacunación, el cual deberá ser establecido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a través del Programa de Inmunizaciones, que será utilizado como recomendación oficial para la vacunación en todo el territorio nacional. Las personas, grupos e instituciones podrán elegir un esquema más amplio de inmunizaciones con vacunas adicionales, siempre y cuando sea cumplido el Esquema Nacional de Vacunación.

El Artículo 7 de esta iniciativa regula el denominado Consejo Nacional Asesor para Inmunizaciones (CONAPI), como órgano asesor técnico–científico en apoyo al MSPAS. Este CONAPI se integrará con profesionales con amplia experiencia en aspectos técnicos y científicos sobre inmunizaciones.

Indudablemente una ley tiene más fuerza que cualquier otra norma, por lo que se considera que sería deseable una buena ley sobre vacunación contra enfermedades inmunoprevenibles y que sean gratuitas. Este proyecto está todavía en discusión en el seno del Congreso de la República. Una de sus promotoras, en entrevista con la prensa, dijo que “La

alerta de brote de sarampión que se ha levantado recientemente en el país, hace evidente que urge la aprobación de una normativa de este tipo” (s. p.).



El ya existente Consejo Nacional de Prácticas de Inmunización (CONAPI), junto con el Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva (OSAR) apoyan esta iniciativa de ley, porque “básicamente impulsa tres aspectos: Asegurar el financiamiento de la compra de vacunas; contar con un programa de inmunizaciones y la creación de un consejo asesor que asegure la existencia de vacunas en el sistema de salud”, dijo un personero de CONAPI (Congreso de la República, 2018, s. p.).

En seguimiento a su agenda de trabajo, la Comisión de Salud del Congreso de la República conoció las enmiendas a la iniciativa 5342, Ley de Vacunación. El propósito es consensuar las modificaciones, previo a ser presentadas ante el Pleno del Congreso, debido a que la propuesta ya ha sido incluida para su discusión en tercer debate en las recientes Sesiones Plenarias. Para ello se contó con la presencia de autoridades del Consejo Nacional de Prácticas de Inmunización (CONAPI).

Dicha iniciativa tiene por objetivo garantizar a la población en general, protección contra las enfermedades prevenibles por vacunación, mediante su administración universal o a grupos de riesgo (Congreso de la República, 2020, s. p.).

Debido a la pandemia que vive Guatemala, esta iniciativa no ha seguido su discusión, pero es de esperar que con las modificaciones que se le están haciendo sea finalmente aprobada por el pleno de diputados al Congreso de la República, y entonces habría que esperar a que el Organismo Ejecutivo la sancionara.

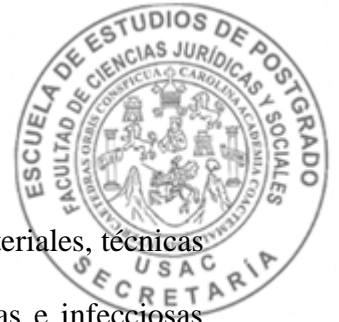


El perjuicio causado por la COVID-19 a este respecto no se da solamente en Guatemala sino en todo el mundo. De acuerdo con la OMS, ochenta millones de niños menores de un año en sesenta y ocho países pueden resultar afectados por la interrupción de las campañas de vacunación, debido a dicha pandemia. Agrega la OMS que esta situación pone a decenas de millones de niños en países ricos y pobres en el riesgo de contraer enfermedades mortales como la difteria, sarampión o neumonía, dijo el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus en declaraciones a la prensa internacional el día 24 de Mayo de 2020. Por su parte, la Directora Ejecutiva de UNICEF, Henrietta Fore, pidió a los gobiernos que hagan todo lo posible para que se reanuden las vacunaciones y a las compañías aéreas que ayuden a transportar las vacunas con tarifas asequibles (*Prensa Libre*, 25 de mayo de 2020, p. 21).

En otra publicación reciente se lee que

El número de niños vacunados en todo el mundo que se había estabilizado en los últimos diez años, ha disminuido de manera alarmante debido a la pandemia, advirtieron agencias de la ONU. En el informe se expresa preocupación por la disminución de la vacunación contra la tos ferina (DTP3) durante los cuatro primeros meses del año 2020, debido, entre otras cosas, a las dificultades de transporte, las restricciones provocadas por la pandemia o bien por el temor al contagio. (*elPeriódico*, 6 de julio de 2020, p. 3)

Esta información, además de preocupante es alarmante y nos confirma que la atención a la pandemia no debe significar el descuido de los otros rubros de la salud, que podrían ser incluso prioritarios. Considérese que el derecho tiene aquí una participación importante, porque por una parte la normativa exige acción inmediata para combatir la COVID-19, pero eso no debe significar descuidar los procesos de prevención de las demás enfermedades prevenibles y



curables.

Es verdad que las autoridades sanitarias tienen limitaciones humanas, materiales, técnicas y económicas, pero la amenaza de la reactivación de las enfermedades crónicas e infecciosas podría ser peor que la del coronavirus, por lo que es urgente una normativa que mantenga activas las medidas de vacunación que se estaban desarrollando antes de la llegada de este nuevo virus. Uno de los recursos con que cuentan las autoridades es la colaboración de la población, puesto que las familias saben la importancia de vacunar a sus hijos, de manera que una asociación entre gobierno y sociedad podría dar la solución para el problema excluyente de la vacunación con motivo de la lucha contra la COVID-19. Un tal proceso de cooperación debería ser objeto de un reglamento que garantizara su resultado efectivo.

6.9. Régimen legal de la salud mental

La salud mental es el paso a la salud física y viceversa: la falta de salud mental lleva a la falta de salud física. El Código de Salud contiene una disposición expresa a este respecto, según la cual

el Ministerio de Salud y las demás instituciones del Sector dentro de su ámbito de competencia, velarán por la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud mental, a nivel del individuo, la familia, la sociedad, a través de la red comunitaria e institucional, dentro del marco de atención primaria de salud y privilegiando los enfoques de atención ambulatoria. (Artículo 40)

Las personas viven en un mundo estresante, el estrés ya es el principio de una enfermedad mental que ya produce daños emocionales. Igual sucede con la depresión, por lo que



ambos extremos son igualmente nocivos: el exceso desordenado de actividad (estrés) y el aburrimiento (depresión), por lo que es preciso el combate del estrés, de la depresión y de otros padecimientos mentales. Asociadas a la depresión hay varias enfermedades y/o padecimientos, pero sin duda una de las causas directas de la depresión es la soledad.

Un estudio realizado por la Universidad de Brigham Young, en Utah, Estados Unidos, sugiere que hay dos amenazas más grandes que la epidemia de obesidad que padece el mundo: la soledad y el aislamiento social. “Dos meta análisis revelaron que la soledad y el aislamiento social pueden aumentar el riesgo de muerte prematura hasta en un 50 por ciento” (*Prensa Libre*, 14 de agosto de 2017, p. 39).

Al respecto se puede comentar que la soledad y el abandono de personas, sean niños, adultos y adultos mayores es una triste realidad en nuestros países. En el caso de los adultos mayores la situación se agrava porque en muchas familias no les atienden, sea porque todos trabajan y estudian, o porque simplemente les dejan marginados. Entonces, el interés de esta situación por el derecho es urgente. Es bueno que se estén emitiendo leyes de protección al adulto mayor, pero todavía sigue el abandono.

Es preciso que una ley fuerte ordene la construcción de más asilos para ancianos, que el IGSS haga lo propio con los que son o han sido afiliados a dicho régimen. Pero la asistencia social debe cubrir a todos. No nos debemos limitar al tema presupuestario porque ya es una obligación del Estado, de manera que la única acción posible es actuar. Sin embargo, podrían emitirse reglamentos para cada sector, ya sea geográfico o económico o industrial o social y disponer lo que sea necesario para erigir más asilos. Últimamente se han extinguido varios inmuebles a personas procesadas por corrupción. Algún inmueble podría servir para este efecto,



pero se necesita una disposición que proponga la urgencia de dar cobijo a muchos ancianos.

En los países desarrollados se invierte una significativa parte del presupuesto social a la atención de las personas que viven en soledad. Así, por ejemplo, en Inglaterra se está desarrollando un ambicioso experimento para tratar la depresión y otras enfermedades mentales: es la psicoterapia prácticamente indefinida y gratuita en clínicas de todo el país, ya sea en pueblos agrícolas, suburbios industriales, grupos de población inmigrante y enclaves de clase alta (porque la soledad y la depresión no es exclusiva de una clase social determinada). El objetivo es crear un sistema de atención primaria para la salud mental para toda Gran Bretaña. El programa ha sido exitoso y ha ayudado a reducir el estigma de la psicoterapia en una nación culturalmente estoica (*The New York Times*, 13 de agosto de 2017, s. p.).

Según se puede analizar, este programa en Guatemala sería muy exitoso también, pero requiere de una estructura legal, económica, financiera, administrativa y operativa, que quizás podría ser compartida entre el sector público y el sector privado. Aquí es donde concurre el papel del derecho, porque debería enmarcarse en una figura legal idónea, a partir de una asociación civil o una fundación.

Existe en el Congreso de la República de Guatemala un proyecto de Ley Nacional de Salud Mental, pero todavía está en discusión.

6.10. El ejercicio y la salud física y la necesidad de más y mejores leyes

Las prácticas saludables para personas de todas las edades, la existencia de áreas verdes y áreas deportivas, tanto en espacios públicos como en residenciales, ya existen normas reglamentarias en las municipalidades, pero prácticamente no se cumplen en la mayoría;



entonces se necesita una clase de norma inferior pero efectiva: un acuerdo del consejo municipal o una simple ordenanza, que desde luego es una normativa jurídica, por medio de la cual se designa a un funcionario para que organice actividades de ejercicio, en diferentes sectores del municipio, para personas de todas las edades y condiciones, a efecto de ir fomentando el ejercicio en la población.

Se debe señalar que en la ciudad capital ya se hace en ciertos sectores de los cuatro puntos cardinales, los días domingo hay vías convertidas en peatonales, como la Avenida de las Américas, la Avenida Simeón Cañas, etc. Quizás se comience poco a poco, pero se va fomentando en la población el hábito –al menos dominical– de hacer algún ejercicio, aunque sea simplemente caminar, para lo cual se habilitan vías como exclusivamente peatonales. Hemos podido observar que en varios municipios del departamento de Guatemala se va imitando el buen ejemplo, y lo deseable es que se vaya haciendo en toda la república.

Aparte de los planes municipales, también hay otra forma eficaz de fomentar el ejercicio y podría ser a través del Ministerio de Trabajo y Previsión Social que se emita una recomendación a los patronos y a los trabajadores para que establezcan actividades de recreación semanales o mensuales que fomenten el ejercicio y actividades deportivas en las empresas. Esta clase de normativas, que serían a nivel ministerial, tendrían a su vez otra clase de efectos beneficiosos.

Lo que no se puede ni debe hacer es no hacer nada, porque entonces la situación de la salud de la población empeora y se convierte cada vez más en perjudicialmente sedentaria. Esta actividad de ejercicio va articulada con medidas preventivas de enfermedades tales como la diabetes, la obesidad, etc. Así es como podemos visualizar la importancia de la acción jurídica a

partir de una decisión administrativa, para fomentar el ejercicio y prevenir enfermedades.



6.11. La importancia del derecho ante el desafío de vencer la enfermedad. La acción jurídica en la investigación científica

El derecho es un conjunto de principios, normas, costumbres, instituciones y procedimientos aplicados a una materia determinada. En el presente caso, el derecho, en todas las formas indicadas, puede ayudar en la investigación para descubrir las causas de ciertas enfermedades, en la implementación de los tratamientos de ellas y en la búsqueda de la cura de las mismas.

Aquí se hace referencia al apoyo del derecho en la investigación como labor fundamental en la cura de enfermedades. Así como se logró la cura de varias enfermedades, incluyendo más recientemente el ébola, que tanto azotó en países de África central, con saldos trágicos, deben continuar las investigaciones internacionales y nacionales para lograr la cura de enfermedades graves tales como cáncer, Alzheimer, Parkinson, etc. Las leyes deben favorecer la investigación y la experimentación científicas, siempre del lado de la bioética.

Guatemala ha tenido ilustres exponentes de investigación en medicina, y así fue como el Dr. Rodolfo Robles descubrió la oncocercosis, enfermedad parasitaria que causa ceguera, cuyo parásito es transmitido por moscas en ambientes insalubres. El descubrimiento de la enfermedad permitió encontrar los antiparasitarios y antibióticos que matan esta clase de parásitos. Sin embargo, varias regiones de la república de Guatemala todavía están expuestas a esta clase de parásitos, precisamente por la persistencia de la falta de higiene y de lugares insalubres, contaminación de los ríos, convivencia de las personas con animales, etc.



No puede decirse que en Guatemala haya epidemia de oncocercosis, pero sí convendría que se adoptaran políticas públicas departamentales y municipales a través de las correspondientes normativas, para reducir los efectos de esta grave enfermedad. Se ha podido establecer en el Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala que continúan los casos de ceguera causada por dicho parásito. Hay países en África en los cuales sí hay epidemia de esta enfermedad. Hay países como Colombia en los cuales quedó totalmente erradicada. Y hay regiones de México, como Chiapas, en las cuales todavía es alto el número de pacientes afectados por este parásito. Entonces podemos deducir que la acción jurídica normativa es necesaria tanto como prevención y como combate.

Es interesante también en este caso que las medidas profilácticas de una enfermedad coadyuvan en la prevención de otras enfermedades, y por esto es absolutamente necesario establecer un marco normativo que aporte las iniciativas, las organizaciones (no solo personas jurídicas sino pueden ser comités), las acciones, los recursos humanos, económicos, materiales e instrumentales que permitan prevenir la morbilidad y en dado caso afrontar las amenazas a la salud y así garantizar su mantenimiento, como un derecho humano fundamental que es.

6.12. El papel de las leyes de presupuesto en la investigación científica relacionada con la salud

Es necesario que en todos los países se fomente la investigación científica en todos los campos, pero especialmente en materia de salud, ya que se trata de un derecho fundamental. Podríamos afirmar que mientras más se destinen recursos a la investigación, más posibilidades existen de reducir las enfermedades y los casos de epidemias. También se puede afirmar que existe una relación entre alto porcentaje para la investigación y alto nivel de desarrollo humano.



Cabría preguntarse cuánto –qué porcentaje del PIB– se destina en Guatemala a la investigación. Eso depende del monto asignado a la Universidad de San Carlos de Guatemala, según lo dispone la Constitución Política de la República de Guatemala en su Artículo 84, que es el 5 % del Presupuesto General de Ingresos Ordinarios del Estado para el funcionamiento general de la USAC, y a su vez de cuánto ella destina a la investigación, cifra que no podemos determinar porque aparte de lo que hace la Dirección General de Investigación (DIGI), cada unidad académica (facultades, escuelas e institutos) tienen sus propios programas de investigación. Aparte cada universidad privada realiza sus propias actividades de investigación, y adicionalmente existen entidades privadas de investigación.

Ahora bien, si se habla de investigación científica en ciencias médicas, tenemos un porcentaje mucho menor, prácticamente imperceptible. Como decíamos, en países desarrollados vemos que se destinan cuantiosos recursos a la investigación, siendo los primeros lugares para los Estados Unidos de América, Alemania, Reino Unido, Francia, Suiza y Suecia. En Alemania, por ejemplo, en el año 2018, el gobierno ha solicitado al Parlamento el aumento del porcentaje destinado a investigación, por lo menos en un 3.7 % del Presupuesto General.

6.13. ¿Qué podría hacer el derecho en materia de investigación?

En materia de investigación podrían emitirse normas fiscales (a través de ley) que fomenten la investigación a través de la deducción de impuestos; también podrían establecerse beneficios laborales a través de normas de trabajo; créditos financieros en condiciones blandas para proyectos de investigación debidamente monitoreados por una entidad del Estado o del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYT); créditos académicos al progreso de investigaciones científicas en universidades y en hospitales.



En Guatemala el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYT) es el órgano rector en el campo del desarrollo científico y tecnológico del país y le corresponde la promoción y coordinación de las actividades científicas y tecnológicas que realice el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología (SINCYT). En el año 2018 fueron designados los integrantes de las Juntas Directivas de las Comisiones Técnicas que conforman dicho sistema, entre ellas la de salud. Tales representantes provienen de instituciones públicas, privadas y académicas, en cargos ad-honorem. Las comisiones tienen como objetivos promover e impulsar el desarrollo de la ciencia y la tecnología para lograr el desarrollo sostenible de la sociedad guatemalteca, y coordinar a las instituciones participantes para que coadyuven al desarrollo de la ciencia y la tecnología. En comparación con otros países, podemos afirmar que esta organización pública es ejemplar, aunque debe concretar mejor el aporte científico a realizar (CONCYT, s. f., s. p.).

Desde el punto de vista legal, el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología está creado por el Decreto 63-91 del Congreso de la República, Ley de Promoción del Desarrollo Científico y Tecnológico Nacional, y su Reglamento está contenido en el Acuerdo Gubernativo 34-94. Aunque dicha normativa es buena, creemos que debe difundirse mejor en forma vertical por parte de la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT), y en forma horizontal por todas las entidades y unidades públicas y privadas relacionadas con la investigación científica y tecnológica, para lo cual podrían utilizarse normas secundarias que lleguen a todos los departamentos y municipios de la república, y así fomentar el estudio y la investigación científica y tecnológica.

Además de los países, también hay organismos internacionales que dedican recursos y programas a la investigación científica concretamente en el área de la salud. Así, se tiene la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (AID, por sus siglas en inglés), que tiene



varios programas dedicados a la investigación en materia de salud global y el desarrollo (*USAID's Support to Global Health Research and Development*, en inglés), que para el año 2018 ha convocado a diversos programas de investigación (USAID Webinars, s. f., s. p.).

6.14. El apoyo del derecho en la labor de las instituciones que realizan actividades de investigación en otras partes del mundo y que frecuentemente son laureadas con el Premio Nobel de Medicina

En este tema se debe mencionar en primer lugar al **Instituto Karolinska (Karolinska Institutet)**, en Solna, en las afueras de Estocolmo, Suecia, fundado en 1810, el cual el sustentante tuvo oportunidad de visitar y que representa una entidad de la máxima altura académica y científica del mundo. Es la entidad que otorga el Premio Nobel de Fisiología (Medicina) cada año. Uno de sus graduados, el doctor Torsten Nils Wiesel, neurobiólogo sueco, ganó el Premio Nobel de Fisiología (Medicina) en 1981. Sus investigaciones y descubrimientos han sido de gran beneficio para la humanidad.

Luego está el **Instituto Pasteur**, en París, Francia, fundado en 1887, el cual también el sustentante ha tenido la oportunidad de visitar y que constituye uno de los íconos de la investigación científica. Ocho de sus científicos miembros han obtenido el Premio Nobel de Fisiología (Medicina), los últimos los doctores Luc Montagnier y Françoise Barré-Sinoussi, en el año 2008.

Dentro de las innovaciones de punta que hay en el mundo, destaca la primera carrera universitaria a nivel de licenciatura y luego de postgrado, en **tecnologías digitales en la medicina**, que ha implementado el **Instituto de Tecnología de Holon, en Israel**.



El nuevo programa de estudios, aprobado por el Consejo para la Educación Superior y anunciado este martes en colaboración con hospitales israelíes, promete educar a cientos de estudiantes universitarios en tecnologías digitales de la medicina, que incluyen inteligencia artificial, *big data*, medicina remota y robótica. (*The Jerusalem Post*, s. f., s. p.)

Se considera que en este novedoso programa confluye la medicina con la informática y con el derecho, porque requiere al menos de una reglamentación general y más adelante otra normativa específica tanto a nivel nacional como a nivel internacional. En efecto, según el presidente del Instituto Tecnológico de Holon (s. f.), profesor Eduard Yakubov, “Este es un avance internacional importante en el mundo de la educación superior y el mundo de la medicina” (s. p.), porque es previsible que este inteligente precedente sea imitado por otros países y recomendado por organismos internacionales, ya que además del beneficio que representará para la sociedad también apunta a la formación profesional de los médicos del futuro, tal como dijo dicho académico: “Me enorgullece liderar una institución que capacitará a los médicos del futuro, que serán los primeros en el mundo con capacitación médica y tecnológica” (Yakubov, s. f., s. p.). Adicionalmente, los graduados en este programa seguramente encontrarán interesantes oportunidades como analistas de TI de salud en hospitales, en empresas relacionadas con la salud y en compañías de seguros. Esta innovación ya es parte del futuro de la medicina (*The Jerusalem Post* y Enlace Judío, 9 de junio del 2020, s. p.).

Se considera que estos y otros importantes centros de investigación científica en las ciencias médicas deben ser conocidos en Guatemala y que se deberían poner como ejemplos de los aportes desinteresados que ellos hacen a la humanidad entera. Todas esas investigaciones merecen apoyo legal e institucional, por lo que convendría implementar **convenios**



internacionales de cooperación en investigación médica. Hay graves enfermedades que todavía son incurables, como sucede actualmente con el SIDA, la COVID-19 y otras, por lo que deberían suscribirse programas internacionales de investigación y lucha contra diversas enfermedades. Esta podría ser una forma de relación entre el Derecho y la Medicina, de gran beneficio para Guatemala y para el mundo.

6.15. Desafíos por enfermedades extrañas y la necesidad del apoyo legal

El tema de las enfermedades extrañas sigue siendo superior a la confianza en los médicos, pero ellos también tienen límites. Uno de los campos más desafiantes es el de las enfermedades incurables que presentan bacterias indestructibles, resistibles a los más fuertes antibióticos, que producen daños irreversibles y hasta la muerte. Pero el mundo debe hacer presión para que los laboratorios, los científicos y los investigadores aceleren el descubrimiento de los agentes que permitan prevenir y curar las enfermedades que aquejan a la humanidad. En el año 2020 la comunidad internacional urgió el hallazgo de la cura de la COVID-19 y hemos presenciado importantes avances en esta lucha.

6.16. El apoyo legal a la investigación médica

En Guatemala debe favorecerse la investigación médica, pues en el pasado en este país se han hecho descubrimientos muy importantes, como los de los doctores José Felipe Flores, Rodolfo Robles, Federico Mora, Ricardo Bressani, Luis von Ahn, entre otros, recordando que ha habido destacados médicos y cirujanos guatemaltecos de renombre internacional tales como los doctores Rodolfo Herrera Llerandi, Aldo Castañeda, Rafael Espada, entre otros.



6.17. Régimen legal de la salud ambiental

Siendo el medio ambiente el factor más importante para la vida, todavía se subestima la salud ambiental y no se dedican recursos para funcionamiento ni mucho menos para inversión en esta área. En los países más desarrollados, especialmente en los europeos y en América del Norte, la salud ambiental es prioritaria y se evita hasta el extremo cualquier clase de contaminación. En Guatemala existe una Comisión Nacional del Medio Ambiente, pero sus funciones deben ser reforzadas con poder coercitivo a efecto de hacer cumplir sus disposiciones. El Código de Salud de Guatemala dedica un capítulo a la salud y el ambiente (Artículos del 68 al 123), ya expuesto y comentado en otra parte de esta investigación.



CAPÍTULO VII



7. La importancia de la rehabilitación

7.1. La rehabilitación física y mental como una necesidad humana

La rehabilitación física y mental es una necesidad humana porque todas las personas son vulnerables de sufrir una afección derivada de una enfermedad o de un accidente, y por las consecuencias que les han producido necesitan ser rehabilitadas en el uso de sus facultades físicas y mentales. Mediante la rehabilitación una persona que ha sufrido una enfermedad o un accidente recibe el tratamiento terapéutico psicológico y físico para recuperar el funcionamiento de sus miembros, órganos y mente a un nivel normal anterior al percance o lo más cercano posible, y si es necesario mediante la utilización de equipos especiales y hasta de prótesis. Es una labor muy humana y muy necesaria en cualquier sociedad, pero al mismo tiempo es muy especializada y el personal dedicado a ella debe estar altamente capacitado

7.2. Legislación en materia de rehabilitación

El Código de Salud, en su Artículo 150, literal b), define la rehabilitación de la salud como “el conjunto de acciones tendientes a restablecer en las personas sus capacidades, para desarrollar sus actividades normales y poder participar activamente con su comunidad” (s. p.). Como se puede apreciar, la rehabilitación es un conjunto de acciones, en una multiplicidad que depende de los daños que el paciente ha sufrido, ya sea derivados de una enfermedad o de un accidente. Pero todo ese conjunto debe ser llevado a cabo para que el paciente recupere sus capacidades, tal como dice la norma jurídica citada.



Asimismo, en su Artículo 189, el Código de Salud dispone que “El Ministerio de Salud, de manera conjunta con otras instituciones que conforman el sector, promoverán el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación física, psicológica, social y ocupacional, así como programas para prevenir la invalidez” (s. p.). Se mencionarán aquí las tres instituciones más importantes del sector, y que son el Hospital General San Juan de Dios, el Hospital Roosevelt y el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), los cuales cumplen una función de gran trascendencia y de beneficio para la población de Guatemala.

7.3. La resiliencia del ser humano. Necesidad de legislación

La resiliencia es uno de los factores más importantes en la recuperación de la salud, aparte del físico es el mental, porque sin la disposición emocional a recuperarse va a ser difícil que el paciente lo logre. Sin embargo, el terapeuta debe saber motivar al paciente para convencerlo que todo ser humano tiene una facultad muy útil que es la **resiliencia**, según la cual tanto el cuerpo como la mente son capaces de volver a la normalidad, lo que significa recuperar en forma natural gran parte de su forma y composición y superar cualquier circunstancia difícil y hasta dolorosa.

Cuando un paciente no ha recuperado la normalidad emocional puede deberse a que no ha puesto de su parte la voluntad y la decisión de lograrlo, pero además no ha tenido la terapia acertada que necesita. Hay pacientes que se han recuperado de situaciones verdaderamente extremas. Se puede citar el caso de muchos judíos que sobrevivieron al holocausto, sufrieron una feroz persecución, estuvieron en los campos de concentración de los nazis, perdieron a sus familias, fueron despojados de sus bienes, sufrieron los vejámenes más crueles imaginables,

padecieron toda clase de enfermedades en condiciones de hambre, desnutrición, frío, agotamiento (porque además eran sometidos a trabajos forzados) y graves lesiones físicas.



A pesar de esos horrores, la mayoría de los sobrevivientes, se fueron a Israel y allí recibieron tratamiento médico, psicológico y psiquiátrico especializado y lograron recuperarse de tan terribles traumas, gracias a que se emitieron disposiciones tendientes a protegerlos y dotarles de toda la ayuda del Estado. Otros se quedaron en Europa y también recibieron ayuda pero no tan eficaz como en Israel. En Polonia, sin embargo, la doctora María Orwid (1930–2009), médica, psicóloga y psiquiatra, profesora de la Universidad Jagelónica de Cracovia, en Polonia, dirigió un exitoso programa de terapia a los sobrevivientes del Holocausto, siendo ella misma judía y uno de ellos.

Con esto se demuestra que es posible la recuperación del ser humano, aun en las condiciones más extremas de sufrimiento, dolor físico y emocional, despojo, humillación y crueldad. Por cierto, muchos de ellos volvieron a trabajar, varios fueron destacados científicos y profesores universitarios y algunos ganaron Premios Nobel en ciencias. Este aspecto de la resiliencia es muy importante y creemos que amerita su inclusión dentro de los programas de terapia que se da a pacientes que han padecido –o padecen– graves enfermedades.

7.4. Una mayor y mejor acción del derecho en materia de rehabilitación

La labor de rehabilitación, con todo y lo importante que es, requiere más y mejor regulación porque todavía hay muchas personas que no encuentran el espacio ni la cercanía para recuperar facultades perdidas con motivo de una enfermedad o de un accidente, lo que les incapacita para trabajar y para llevar una vida normal.



Uno de los aspectos relacionados con la rehabilitación y que requieren la debida normativa es la prestación de ese servicio en toda la república, porque un paciente con limitaciones físicas y/o mentales tiene dificultad para desplazarse del lugar donde vive para ir a una cabecera departamental a recibir la terapia rehabilitadora, y muchas veces tiene que ir a la capital por no haber tal servicio en los hospitales regionales. Por lo tanto, corresponde al Derecho regular la prestación de la rehabilitación como parte de los servicios hospitalarios de la red de hospitales en todo el territorio nacional.

Igualmente debe haber una norma que obligue al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) a garantizar la cobertura en todo el país. Una norma legal podría aprovechar la dedicatoria de un día del año a la rehabilitación o aprovechar ya que el 8 de Septiembre de cada año se celebra el Día Internacional de la Fisioterapia para dedicarlo oficialmente como Día de la Rehabilitación y la Fisioterapia. En la dedicatoria de ese día, la ley respectiva podría instruir al sistema de salud a proveer este servicio con cobertura nacional. También debe haber normativa en entidades públicas y privadas que faciliten la rehabilitación en hospitales y centros de salud privados, así como en centros privados especializados en rehabilitación y debidamente comprobados.

7.5. Labor de las instituciones que realizan actividades de rehabilitación

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social realiza las actividades de rehabilitación a través de los hospitales nacionales, y hemos podido contactar a los dos grandes hospitales nacionales, el Hospital General San Juan de Dios y el Hospital Roosevelt, los cuales cuentan con sendos programas de rehabilitación que se exponen a continuación.



El Hospital San Juan de Dios ofrece la especialidad de Fisioterapia y Rehabilitación. Por su parte, el Hospital Roosevelt (MSPAS) cuenta con el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación para prestar los servicios de rehabilitación a los pacientes que lo necesitan. Uno de los programas muy interesantes que tiene implementado este Departamento es el de deporte adaptado a la discapacidad con el apoyo de la Federación Nacional de Boliche de Guatemala, denominado “Mejorando la expresión de mis emociones y mis palabras a través del Boliche”, destinado a niños comprendidos en las edades de 7 y 11 años que reciben terapia del lenguaje y psicología y realizado en las instalaciones de la Federación donde un entrenador instruye y desarrolla la práctica del boliche en los niños. La práctica del boliche adaptado está siendo útil en casos de discapacidad motora, mental y/o sensorial.

Es admirable el resultado porque los niños reaccionan muy positivamente, por eso la supervisora Terapia del Lenguaje, Patricia Celis (s. f.) indicó “Este programa tiene como objetivo brindar bienestar, goce y oportunidades de auto expresión en la práctica del boliche de sala en cada niño y niña” (s. p.). Este programa demuestra plenamente que el deporte ayuda a superar barreras, fortalece la psiquis (afectividad, emotividad, control, percepción, cognición) y constituye el principio de la inserción social y por ende, el primer paso hacia la integración. Desde luego, el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt a través de sus diferentes programas de rehabilitación cumple con esta importante función de asistencia social que le corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del cual depende. Para el propósito de esta tesis doctoral comprobamos que el Hospital Roosevelt se rige por su propio Reglamento, pero también emite sus propias normativas internas para permitir la realización de los programas que tiene a su cargo.



Por lo que se refiere al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), en una reciente entrevista al medio de comunicación interna Noticias IGSS, la Dra. Karina Maribel Rodríguez Vásquez, directora médica del Hospital de Rehabilitación del IGSS, manifestó que dicho hospital comenzó en 1948, de manera que ha cumplido ya 72 años de servicio a los afiliados con el lema “Hospital con alma”, el cual cuenta con 419 colaboradores que son entrenados continuamente para garantizar la calidad de servicio, entre ellos fisioterapeutas, médicos rehabilitadores, psicólogos, psiquiatras, terapeutas del lenguaje, trabajadores sociales, o sea todo un equipo multidisciplinario. Informó que atienden 10,000 afiliados al año, de los cuales 7,000 son adultos y 3,000 son niños, quienes reciben capacitación óptima con calidez y con amor para recuperarse de su problema. Expuso que este centro también es Hospital Escuela pues recibe profesionales de América Central y de América del Sur que vienen a recibir formación integral (Noticias IGSS, s. f., s. p.).

Es verdaderamente loable la labor tan especializada y tan eficiente que realiza el Hospital de Rehabilitación del IGSS, el cual apoya a pacientes con discapacidad moderada para reinsertarse al campo laboral; promueve el deporte para la rehabilitación; capacita a quienes sufren las secuelas de percances en moto pues quedan severamente lesionados; y adiestra a familiares de pacientes con discapacidades moderadas y severas, entre otros programas.

Entonces, como puede verse, el Estado debe dar más apoyo a los programas de rehabilitación que realizan los hospitales públicos tales como el San Juan de Dios, Roosevelt y el IGSS, entre otros, apoyo que debe ser concreto, efectivo y permanente.

La rehabilitación tiene varios componentes, especialmente físicos, pero dadas las condiciones en que se encuentran los pacientes, es indudable que también requieren



rehabilitación emocional porque sin ella será más difícil su recuperación.

Sin embargo, el Código de Salud en su Artículo 190 también contempla la coordinación de acciones con otras instituciones, para la rehabilitación física y mental de las personas que presenten una disminución de sus capacidades físicas, intelectuales y mentales como consecuencia de afecciones invalidantes, congénitas o adquiridas. Esta coordinación es fundamental porque los servicios de fisioterapia y rehabilitación requieren un esfuerzo mayor del que el Estado puede dar a los pacientes, de manera que el MSPAS puede acudir a otras instituciones del sector público y del sector privado para procurar la rehabilitación de las personas que la necesiten.

Esa coordinación es posible porque en Guatemala existen fundaciones, asociaciones benéficas, empresas y personas particulares altruistas que pueden patrocinar, subsidiar o financiar algunos de los servicios que permitan rehabilitar física y mentalmente a los pacientes que acuden a los hospitales nacionales. Esa coordinación ya la hacen los hospitales nacionales en otras especialidades y afortunadamente han encontrado respuesta positiva en la población.

Dentro de las organizaciones privadas que hacen importantes aportes a la labor de rehabilitación, están las siguientes:

- Comité Pro Ciegos y Sordos

En materia de recuperación de la vista, el Comité Pro Ciegos y Sordos hace una excelente labor, muy especializada y al alcance de todos porque sus servicios son prestados a precios muy módicos, a pesar que los médicos son especialistas. Igualmente en lo relativo a la recuperación del sentido del oído y del habla, el mismo Comité cumple una función de gran valor social y son



muchas las personas que han sido asistidas para su recuperación y rehabilitación. Sobre esta benemérita institución ya hemos hecho mención en otro capítulo de esta tesis doctoral.

- Hospital de Ortopedia y Rehabilitación

Otra institución que realiza una labor muy encomiable es el **Hospital de Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Jorge von Ahn De León”**, el cual es un hospital especializado y de referencia nacional que brinda atención de calidad a las personas, sin discriminación, con afecciones en el aparato locomotor, así como a aquellas que necesitan rehabilitación física, para incorporarlas nuevamente a la sociedad, en donde puedan desenvolverse de la mejor manera posible, según el logro de la misma; brinda además alojamiento a pacientes asilados, y a ancianos discapacitados/as a quienes se les proporciona una atención integral que les permite satisfacer todas sus necesidades y llevar una vida en familia. Presta servicios a hombre, mujeres y niños. (Fuente: página de internet).

Como parte de esta investigación el sustentante visitó el hospital y comprobó que realiza una labor única, porque ofrece alojamiento como asilo a personas que han nacido con graves deformaciones así como a otras que por causa de accidentes han perdido miembros o facultades mentales y no tienen ni familiares que se hagan cargo de ellos ni tienen adónde ir. Se les da asistencia para que, en lo posible, aprendan a valerse por sí mismo y es admirable que muchos pacientes lo logran.

- Centros privados de rehabilitación

También merece especial reconocimiento la organización internacional **Alcohólicos Anónimos (AA)** que en forma gratuita y discreta ayuda a los alcohólicos a rehabilitarse y a



mantener la sobriedad todo el tiempo que sea posible y así ir dejando el vicio. El método que tiene es reunir frecuentemente a los amigos a efecto que en lugar de ir a beber asistan a las reuniones en las cuales hombres y mujeres suelen relatar con mucha sinceridad y crudeza el daño que le han hecho a su familia y a sí mismos.

El beneficio es inmenso no sólo para las personas que allí acuden sino para las familias, ya que el alcohólico no sólo se hace daño a sí mismo sino más injustamente a su familia, muchas veces con agresiones violentas, enturbia el ambiente familiar y no sólo no aporta los recursos necesarios para la alimentación de su familia sino que frecuentemente despilfarras el patrimonio familiar para ir a tomar. El cuadro de un alcohólico es sumamente penoso y dramático, por lo que la labor de AA es verdaderamente plausible y encomiable.

Es criterio del sustentante que el Estado debería apoyar más decididamente al movimiento AA, quizás no necesariamente con recursos económicos ya que su funcionamiento es en gran medida austero y consiste básicamente en la conformación de grupos que se reúnen en lugares accesibles para todos tanto en la capital como en el interior del país, normalmente en horario nocturno. Pero se podría emitir una ley según la cual la industria licorera y cervecera debe pasar un porcentaje de sus ganancias para financiar las labores, publicaciones a través de los medios de comunicación y actividades de la organización Alcohólicos Anónimos la cual, con la labor que realiza, ha salvado vidas y familias. Esta organización tiene sus propias reglas que constituye su instrumento estatutario en el cual están los preceptos, prácticas y programas que utiliza en sus actividades.

En similar sentido opera la organización **Neuróticos Anónimos (N/A)**, que es una Asociación formada por hombres y mujeres que comparten entre sí su experiencia, fortaleza y



esperanza para rehabilitarse de las dolencias mentales y emocionales. Su objetivo primordial es recuperarse, auxiliar a otras personas emocionalmente enfermas y mantener la salud. Para ser miembro de dicha Asociación basta considerarse una persona que padece disturbios mentales y emocionales (neurosis) teniendo el sincero deseo de sanar.

El Método de Recuperación de Neuróticos Anónimos consiste en *Los Doce Pasos* y *Las Doce Tradiciones*, todos los puntos señalados en el folleto *El Patrimonio de N. A.*, la asistencia a las sesiones, el estudio y aplicación de la literatura, así como las actividades de servicio encaminadas a llevar el Mensaje de N. A. al neurótico que aún sufre. N. A. no está afiliada a alguna religión, secta, organismo, institución o partido político (Neuróticos Anónimos, s. f., s. p.).

Es necesario señalar que hay muchas personas neuróticas que ellas mismas no saben el mal que padecen, pero con sus acciones dificultan, dañan y hasta destruyen una familia, un hogar, un trabajo, una carrera y hasta una vida. Por lo tanto, lo primero es que la persona reconozca el mal que padece y tome la decisión valiente y firme de pedir asistencia médica y de participar en una organización en la cual le ayudarán otras personas que padecen del mismo mal o parecido pero que tienen el mismo objetivo de arreglar su salud mental, su conducta, su familia y su vida. Se considera también que el MSPAS debe propiciar reuniones con esta organización porque puede aportar ideas importantes en las labores hospitalarias nacionales. Esta organización también tiene sus propias reglas que constituye su instrumento estatutario en el cual están los preceptos, prácticas y programas que utiliza en sus actividades.

Hay otras organizaciones de enfermos anónimos que padecen diferentes adicciones, todas ellas realizan labores loables porque un enfermo siempre necesita ayuda y difícilmente tiene la

posibilidad de auto ayudarse, al menos desde el principio. Así como una o más personas empujan al paciente a caer en una adicción, igualmente es otra persona u otras personas las que lo ayudan a salir del abismo en el que se encuentra. Todo esto es rehabilitación y creemos que el MSPAS debe mantener un diálogo con todas esas organizaciones para intercambiar conocimientos y propuestas de beneficio mutuo.





CAPÍTULO VIII



8. La asistencia social

8.1. La asistencia social como una atribución fundamental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). También la comunidad puede y debe actuar en espacios de la asistencia social

La asistencia social es una atribución fundamental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tal como su nombre lo dice. No obstante, dicha atribución no está definida ni en la Ley del Organismo Ejecutivo, Decreto 114–97 del Congreso de la República, ni en el Reglamento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Acuerdo Gubernativo 115–99.

Entonces, para tener certeza de lo que se debe entender legalmente por “asistencia social” es necesario acudir a la Constitución Política de la República de Guatemala, la cual en su Artículo 94 dice lo siguiente:

Obligación del Estado sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social. (s. p.)

Se debe acudir además al Código de Salud, en cual en su Artículo 4 dispone lo siguiente:

Obligación del Estado. El Estado en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad,



desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con las instituciones estatales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, **así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social.** Asimismo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados. (s. p.)

Como puede verse, una parte de dicha disposición es idéntica a la de la Constitución Política de la República –o más bien extraída de ella– que hemos anotado en párrafos anteriores, solamente que el Código de Salud nos aporta adicionalmente un elemento muy importante, que es “manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad” (s. p.). Entonces, se pueden explicar las atribuciones de asistencia social refiriéndolas a las siguientes acciones que el Estado desarrollará a través de sus instituciones:

- **Prevención:** la primera medida en la prevención de enfermedades es la vacunación y la inmunización, de manera que corresponde fuertemente al Estado facilitar la información y el suministro de las vacunas y procesos de inmunización, especialmente para los niños pero también para las familias y la sociedad en general. Esta labor fundamental de prevención no requiere de leyes pero sí de disposiciones que contribuyan a la producción nacional o a la importación de los agentes indicados. Además, el Estado debe proporcionar las vacunas a las poblaciones a las cuales no llegan los surtidos farmacéuticos correspondientes, así como a las comunidades de escasos recursos. Corresponde al MSPAS emitir la normativa respectiva para asegurarse que las vacunas están disponibles en todo el territorio nacional.



Aparte de lo relativo a las vacunas y a la inmunización, la prevención significa que no hay que esperar que se presenten amenazas a la salud de la población, es preciso realizar acciones de prevención para evitarlas.

El MSPAS debe mantener permanentemente un programa de prevención a través del cual analice todos los factores que pueden apuntar hacia un riesgo a la salud de las personas, tanto dentro como fuera del país. Esta debe incluir una verdadera labor de inteligencia y vigilancia, según las cuales debería ir reuniendo información sobre enfermedades típicas y atípicas que se van dando en el mundo y que pueden convertirse en epidemias locales o en pandemias regionales o universales, como la que se produjo en Wuhan, China, en el año 2019 y que se extendió a todo el mundo, como nunca se había visto algo así antes. Precisamente, como resultado de este caso, el MSPAS debería implementar una unidad de inteligencia, análisis y observación que le permita adelantarse a los acontecimientos y dar la señal de alerta para evitar que una enfermedad se propague en el territorio nacional.

El Capítulo III del Código de Salud de Guatemala se refiere a la prevención de las enfermedades, y comentaremos a continuación los artículos pertinentes del mismo, ya que encajan plenamente con lo expuesto.

El Artículo 52 del Código de Salud dice textualmente:

Vigilancia. El Ministerio de Salud, en coordinación con las demás instituciones del Sector, y con la participación activa de las comunidades organizadas, deberá promover y desarrollar acciones que tiendan a evitar la difusión, y el control y la erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional, ejercer la vigilancia técnica en el cumplimiento de la materia y emitir las disposiciones pertinentes, conforme a la



reglamentación que se establezca. (s. p.)

Como puede verse, el Ministerio de Salud tiene poder de convocatoria para coordinar con las demás instituciones del Sector y con las comunidades organizadas, las acciones que tiendan a evitar la difusión de las enfermedades transmisibles, así como para el control y erradicación de ellas. Esta función de prevención es fundamental y el MSPAS tiene las facultades para actuar en el momento que lo considere oportuno y para ejercer la vigilancia técnica, y aquí deseamos detenernos porque en dicho Ministerio debe haber alguien permanentemente que active la alarma en caso de percibir señales de una amenaza sanitaria. Es criterio del sustentante que ese órgano es de extrema importancia y si no existe debería implementarse o si existe debe dotársele de más y mejores recursos técnicos.

Como se señaló en otra parte de esta tesis doctoral, no se debe depender únicamente de las alertas que dé la Organización Mundial de la Salud porque si se trata de amenazas locales el MSPAS debe actuar de inmediato. Por otra parte, en la última parte de dicho Artículo, cuando se refiere a las facultades del MSPAS para emitir las disposiciones pertinentes, conforme a la reglamentación que se establezca, está confirmando la importancia de esta tesis y prácticamente validando la hipótesis de la misma, porque implica la emisión normativa en materia de salud pública a la que nos referimos en esta investigación.

Otro Artículo del mismo capítulo III del Código de Salud es el Artículo 53, que se refiere al **sistema de información nacional en salud**, al cual define como el conjunto de datos estadísticos e informes sobre la situación de salud y sus tendencias, la productividad, cobertura y costos de los servicios de salud y la cuantificación y cualificación de los diferentes recursos humanos, tecnológicos y financieros de las instituciones que conforman el Sector. No obstante,



se considera que la propuesta del sustentante sobre la labor de inteligencia y vigilancia es más idónea porque es previa y proactiva, mientras que la norma relacionada es pasiva, se limita a recibir y cuantificar. La misión del MSPAS es demasiado importante como para esperar a que lleguen los datos, nosotros creemos que los debe salir a buscar, en bien de la salud de la población.

El Artículo 54, por su parte, obliga a las instituciones, establecimientos y del personal de salud, público y privado, demás autoridades y la comunidad en general, notificar de inmediato a la dependencia del Ministerio de Salud de su jurisdicción, la aparición de factores de riesgo ambientales, conductuales y laborales, así como de enfermedades evitables, transmisibles, no transmisibles, accidentes y las enfermedades relacionadas con la salud pública veterinaria. Esta disposición es útil porque requiere la notificación inmediata de la aparición de dichos factores de riesgo, pero dicha notificación sugeriría que el mal ya apareció, mientras que la labor de inteligencia que nosotros sugerimos implica adelantarse a la aparición de la amenaza.

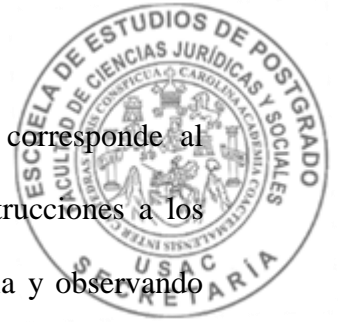
Finalmente, el Artículo 57, establece el **sistema de diagnóstico de referencia**, como apoyo al **sistema de vigilancia de la salud**, para colaborar en la investigación y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afecten o pongan en riesgo a conglomerados sociales. Nos parece que estas figuras van más cercanas a la propuesta que hemos hecho en esta tesis doctoral porque ya habla de vigilancia, investigación y control de las enfermedades que afecten o pongan en riesgo a la sociedad. Entonces el sistema de diagnóstico cumple una finalidad de utilidad científica y de apoyo, aunque no llega a ser el mecanismo de inteligencia a que nos referimos, pero creemos que su establecimiento es acertado y encaja dentro de la función de prevención que exponemos en este capítulo.



- **Promoción:** la labor profiláctica es la realizada por el Estado para mantener la salud de la población. En dicha labor la participación activa y decidida de la comunidad es fundamental; sin embargo, desde el punto de vista sociológico es preciso conocer las circunstancias reales de Guatemala, y encontramos que una parte extensa de la población carece de la educación básica que le permita asimilar las medidas que propongan las autoridades. Esto constituye un obstáculo insuperable en la divulgación, entendimiento, asimilación y aplicación efectiva de las acciones de promoción o sea de mantenimiento de la salud de los habitantes de la república. Y no nos referimos solamente a las comunidades rurales sino incluso a grupos de población que habitan barrios marginales de las áreas urbanas y a quienes difícilmente llegan las propuestas de las autoridades de salud.

Pero esta labor no solamente debe estar relacionada con enfermedades sino principalmente con los accidentes, producidos y sufridos la mayoría de las veces por imprudencia de uno o más conductores, pasajeros o transeúntes. En algunos países las estadísticas demuestran que la mayoría de pacientes en los hospitales no procede de enfermedad sino de accidentes de tránsito. En tal aspecto, la labor profiláctica es más difícil porque las advertencias de las autoridades (recomendando prudencia al conducir) no serán tan emocionantes y desafiantes como la conducción temeraria de vehículos (transporte pesado, buses, camiones, automóviles y motocicletas) que realizan pilotos inescrupulosos e irresponsables que exponen la vida y la seguridad de los demás, y la suya propia, por impulsos competitivos que ignoran la razón y el sentido común.

Las leyes deben ser más drásticas a este respecto porque constantemente se transmiten noticias trágicas de accidentes producidos por dicha clase de pilos en las carreteras del país y en las calles y avenidas de las ciudades. Es de hacer notar que la labor de promoción de la salud no



es competencia exclusiva del Ministerio de Salud Pública porque también corresponde al Ministerio de Gobernación a través del Departamento de Tránsito emitir instrucciones a los pilotos y pasajeros de toda clase de vehículos para transportarse con prudencia y observando todas las medidas de seguridad en la conducción.

El Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda también debe hacer lo propio tanto en lo relativo a la señalización de las carreteras, como en la capacitación de pilotos de transporte pesado a quienes además debe reiterársele la obligación de cumplir las disposiciones de velocidad, seguridad y extrema prudencia al llevar grandes equipos de carga. En las carreteras se dan muchos de los más graves accidentes que ocasionan numerosas víctimas y heridos. La atribución de Asistencia Social que tiene el Ministerio de Salud Pública no significa que solamente él lo tenga que hacer todo, sino que tiene capacidad de convocatoria para reunir a los otros ministerios, instituciones y dependencias públicas, e incluso privadas, para dar las instrucciones precisas en materia de seguridad del tránsito para garantizar la vida, la integridad y la salud de los guatemaltecos.

En materia de promoción de la salud también tiene competencia el Ministerio de Trabajo y Previsión Social al que le corresponde implementar y divulgar todo un conjunto de medidas de seguridad para evitar accidentes laborales que, lamentablemente, son frecuentes y muchas veces fatales o bien dejan a los trabajadores con lesiones gravísimas o con impedimentos de por vida. Sería interminable la lista de casos de accidentes laborales, pero las causas pueden ser exposición de personas a peligros, fallas mecánicas, errores humanos o hechos de la naturaleza. Por lo tanto, la labor del MINTRAB debe tender a reducir en lo posible los accidentes laborales, exigiendo además a los patronos observar y cumplir las disposiciones sobre salud y seguridad ocupacional, recordándoles la obligación de capacitar permanentemente a los trabajadores, utilizar siempre los

equipos e implementos de seguridad, así como mantener sistemas de supervisión que eviten los riesgos mecánicos y humanos.



Como parte de la investigación de campo de esta tesis doctoral el autor viajó por todo el interior del país para observar las condiciones de salud de la población rural y pudo constatar que trabajadores, hombres y mujeres, muchas veces hacen esfuerzos que sobrepasan los requerimientos normales de fuerza de trabajo, lo cual pone en alto riesgo de daño físico a dichas personas.

Uno de los casos observados fue el del personal que realiza labores de fumigación sin llevar el equipo protector (máscara de oxígeno) contra los efectos tóxicos de los productos químicos empleados para tal efecto. Esta penosa situación requiere de una permanente labor de información y divulgación de las advertencias de riesgos para la salud; tal labor debería ser realizada en los idiomas propios de las regiones de que se trate para que puedan ser escuchadas y entendidas por sus destinatarios. También es justo señalar que en varias agroindustrias observadas los trabajadores llevaban rigurosamente los equipos necesarios para garantizar su salud y su seguridad.

A nivel urbano se ha podido ver infinidad de casos de imprudencia humana, tales como mecánicos metidos debajo de vehículos levantados con equipos de dudosa eficiencia; talleres de soldadura en los cuales los operarios no utilizan los lentes protectores que son indispensables para evitar graves daños a los ojos; limpiadores de vidrios de altos edificios que no utilizan los cinturones que los ata a la cabina de ascenso descenso; y así muchos casos más en los cuales el denominador común es imprudencia, falta de sentido común o desconocimiento imperdonable de las medidas elementales de seguridad personal, responsabilidad que recae gravemente sobre el



patrono. Además el MINTRAB cuenta con una dependencia muy importante que es la Inspección General de Trabajo, la cual tiene amplias facultades para vigilar los centros de trabajo y determinar situaciones que pueden constituir peligro para la integridad de los trabajadores o daños a su salud, como por ejemplo someterlos a cargar pesos excesivos, laborar en condiciones climáticas extremas que terminarán afectando sus órganos internos, y toda clase de situaciones en que advertida o inadvertidamente los empleados realizan actividades perjudiciales.

Dentro de la población urbana educada también encontramos los casos de daño grave a la salud como son los fumadores y quienes consumen drogas de toda clase. En efecto, el segmento de fumadores todavía es amplio a pesar de las campañas que se hacen desde hace años, sin que se evidencie una verdadera baja en el consumo de cigarrillos. Esto determinó que el Código de Salud incorporara el Artículo 49 referente a la publicidad obligatoria relacionada con tabaco, etc., y además ha ameritado la emisión de leyes ex profeso, tales como el Decreto 74–2008 del Congreso de la República, Ley de Creación de Ambientes Libres de Humo de Tabaco, y su Reglamento, Acuerdo Gubernativo 137–2009 del 18 de Mayo de 2009.

Se debe mencionar, además y siempre respecto del tabaco, que existe un instrumento internacional que es el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, cuyo artículo 3 contiene su objetivo, que es el siguiente:

El objetivo de este Convenio y de sus protocolos es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la



prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco. (s. p.)

De igual manera se podría señalar en el caso del excesivo consumo de bebidas alcohólicas y similares, porque según el Artículo 49, literal e), en toda publicidad sobre ellas debe incluirse la advertencia “*el consumo de este producto causa serios daños a la salud*”; por su parte, el Reglamento en el Artículo 5 dispone el texto de la leyenda de advertencia en la forma siguiente: “*el exceso en el consumo de este producto es dañino para la salud del consumidor*”.

Otro aspecto de la promoción de la salud es el relativo a los alimentos, ya que el MSPAS aplica el Reglamento para la Inocuidad de los Alimentos, Acuerdo Gubernativo número 969–99, el cual (según los artículos 1 y 2) tiene por objeto desarrollar las disposiciones del Código de Salud relativas al control sanitario de los alimentos en las distintas fases de la cadena productiva y de comercialización, para proteger la salud de los habitantes del país, mediante el control sanitario de los productos alimenticios, desde la producción hasta la comercialización, proteger los intereses legítimos de los habitantes país, mediante la implementación de medidas que prohíban y sancionen la alteración, contaminación, adulteración y falsificación de alimentos a comercializar y para proteger los objetivos legítimos del país desde el punto vista sanitario, en lo relacionado con el comercio internacional de los alimentos.

Todo esto es parte de la promoción de la salud.

- **Recuperación:** el Artículo 150, inciso a), del Código de Salud define la recuperación como “el conjunto de servicios generales médicos, odontológicos y servicios especializados, que se brindan al individuo, a la familia y la sociedad con el objeto de restablecer la salud” (s. p.). En efecto, es criterio del sustentante que una vez perdida la salud es preciso recibir los tratamientos médicos tendientes a recuperarla, y este conjunto de acciones constituye la



función de recuperación que es uno de los componentes de la asistencia social que debe prestar el MSPAS, según hemos visto lo enuncia la Constitución Política de la República de Guatemala y el mismo Código de Salud. Se debe recordar que la mayoría de guatemaltecos no están protegidos por el régimen de seguridad social del IGSS, sino que dependen únicamente del sistema de salud pública. Esto complica y limita la capacidad del Estado para proveerla a todos, por lo que tiene que acudir a instituciones auxiliares de la salud pública, como las asociaciones, fundaciones y demás instituciones de beneficencia.

La recuperación es de suyo costosa porque en no pocos casos implica la administración de medicamentos más la utilización de equipos médicos, accesorios, prótesis, instrumentos y procesos de ayuda a las personas para volver a gozar de las facultades que perdieron por accidente o por enfermedad sufrida. Según se ha anotado, es muy fácil perder la salud y es muy difícil (y a veces imposible) recuperarla. Como se anotaba en los párrafos precedentes, hay casos de accidentes tan graves que si las víctimas no fallecen quedan padeciendo graves limitaciones de locomoción, de los sentidos y no pocas veces de autonomía física y mental.

El fenómeno de la promoción de la salud implica también la participación de otras entidades y dependencias, como las municipalidades, el Ministerio de Gobernación, al cual le corresponde el tránsito, la seguridad interior y las fuerzas de seguridad civiles del Estado; el Ministerio de Comunicaciones, Obras Públicas y Vivienda, al que le corresponde la construcción, señalización y mantenimiento de las carreteras. En varios municipios el tránsito ha sido asumido por las municipalidades mediante delegación que les ha hecho el Ministerio de Gobernación, de manera que queda como responsabilidad de ellas su control y la aplicación de las leyes de dicho ramo, labor que no siempre cumplen bien por falta de recursos económicos, o por falta de los recursos humanos idóneos o por carencia de preparación técnica para tal fin.



- **Rehabilitación:** esta función, por su importancia, constituye un capítulo aparte de esta tesis doctoral.
- **Coordinación:** así como se ha dicho en el caso de la promoción y de la rehabilitación, el MSPAS puede coordinar con otras instituciones o dependencias públicas y también privadas la realización de programas de salud según las prioridades que la salud pública tenga. Se considera que cada programa o evento que se coordine debe estar respaldado por un acuerdo que estipule los derechos y obligaciones de ambas partes. Desde luego, según la Constitución Política de la República de Guatemala, la Ley del Organismo Ejecutivo y el Reglamento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, este último es el Rector de todo el Sector Público de Salud y, por lo tanto, en cualquier acuerdo, convenio o contrato que se celebre, debe ser preparado o al menos revisado por el Hospital San Juan de Dios. La coordinación de esfuerzos es un proceso legalmente válido y seguramente no han logrado los contactos efectivos indispensables para formalizarlos.
- **Complementarias pertinentes a fin de procurarles (a los habitantes) el más completo bienestar físico, mental y social:** la enumeración de los casos que pueden atenderse dentro del concepto de coordinación es muy extensa, por lo que el MSPAS tiene que delegar y desconcentrar funciones para que sean realizadas con renovado entusiasmo por organizaciones independientes de él y de ser posible integradas por miembros de la comunidad.
- **Información:** el MSPAS debe emitir la normativa necesaria para dar amplia y directamente información a toda la población sobre todo lo relativo a la salud de las madres desde el embarazo, para así garantizar la salud de sus hijos. Un ejemplo a este respecto lo tenemos



con la información sobre el ácido fólico (vitamina B), indispensable para ayudar a prevenir los defectos de nacimiento tanto en el cerebro como en la columna vertebral del bebé. Guatemala tiene mucha necesidad a este respecto, tomando en cuenta la situación de pobreza y falta de educación de muchas mujeres indígenas a quienes hay que llegar hasta donde viven y explicarles esta necesidad en su propio idioma. Como decíamos, es precisa una normativa explícita a este respecto.

- **Adicionalmente, “manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad”:** estos principios constituyen el mejor monumento a la combinación de esfuerzos entre el MSPAS y otras entidades de ese mismo sector. Cada uno de esos principios es una carta abierta que provoca positivamente y el Estado tiene que ser el primero en demostrarlo frente a la población, porque la equidad es el principio que manda a tratar a todos igualmente sin preferencias y discriminación. La solidaridad es el principio de ser solidario con otra persona o personas que están sufriendo una situación penosa no causada por él. Y la subsidiariedad es el principio que manda al Estado que delegue y faculte a quien corresponde, para que lo haga mejor y sin costo para el Estado.

Es importante, además, incluir a la comunidad en espacios de la asistencia social, porque solo el Ministerio de Salud Pública, o el Estado como tal, no tiene la capacidad ni la posibilidad de resolver el tema de salud del país si no es con la participación y la colaboración de la población. Esto se ha afirmado a lo largo de esta tesis doctoral.

8.2. Programas de asistencia social

Luego de explicar las funciones que corresponden a la asistencia social, ahora se hará referencia a algunos de los programas que pueden ser desarrollados como parte de la misma,



advirtiendo que son solamente algunos, porque la posibilidad de programas a realizar es prácticamente ilimitada. Dichos programas estarían incluidos en la atribución de asistencia social que tiene el MSPAS, pero para lograr su realización eficiente y ordenada, convendría que se emitan los reglamentos o normativas correspondientes para cada uno de ellos o mediante su agrupamiento, puesto que esto es el propósito de esta tesis doctoral. Las labores de asistencia social deben ser dirigidas por profesionales en la materia, que son los Trabajadores Sociales, a quienes les corresponde planificarlas, supervisarlas y coordinarlas, y participar activamente en las comisiones que preparan y redactan las normas relacionadas con la asistencia social.

- El **Manual de Inducción General del MSPAS** menciona la orientación familiar y comunitaria. Junto con la labor de información y educación de la sociedad en materia de salud, es fundamental la orientación familiar y comunitaria, partiendo del punto que por las características del desarrollo socio–económico–cultural, la población de Guatemala no está en capacidad de asimilar y entender en forma instantánea todo lo relativo a la salud; por esa razón el MSPAS tiene la obligación de orientar a las familias y a la sociedad en general en cada uno de los temas sanitarios que le conciernen. Esto implica una amplia labor de divulgación y explicación, pero como hemos afirmado tantas veces, para ella el MSPAS puede contar con el apoyo de los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social, así como de las gobernaciones departamentales y de las municipalidades para llegar a todas las personas en el territorio nacional.
- **Programas pro–equidad:** es necesario reforzar la educación sobre equidad, en todo sentido, porque tanto Guatemala como el resto de América Latina fue colonizado según la mentalidad de aquella época hace quinientos años con conceptos excluyentes que ahora hay que corregir. La falta de equidad produce en la sociedad consecuencias injustas, ya que la



equidad y la justicia, como principios jurídicos y sociales, van de la mano. La falta de equidad afecta la salud física y mental de las personas y, por lo tanto, concierne al MSPAS ejecutar programas pro-equidad, diseñados para ser correctamente asimilados por todos, niños y adultos, personas urbanas y rurales, con instrucción y sin ella. Recordemos que el bienestar comprende los aspectos físico, mental y social, de manera que los programas pro-equidad están plenamente enmarcados dentro del quehacer del MPSAS, lo cual no significa que él lo tenga que hacer sino proponer a otras dependencias y entidades públicas así como a organizaciones del sector privado y ciudadanos, según hemos expuesto.

- **Salud reproductiva:** comprende programas que aborden en forma directa, clara, didáctica y convincente la educación sexual a los niños y jóvenes, proporcionando además información y orientación a los padres de familia quienes muchas veces se sienten cohibidos para hablar de dichos temas con sus hijos e hijas. También comprende la asesoría y la orientación en la planificación familiar a mujeres de todas las edades para evitar embarazos. Hoy en día el parámetro inferior de actividad sexual ha bajado hasta niñas de menos de doce años, por lo que es urgente implementar estos programas para evitar el embarazo temprano en la población femenina juvenil y en las mujeres adultas los embarazos no deseados a fin de garantizar que el ejercicio de su derecho y libertad sobre su propio cuerpo estará bajo su personal dominio.
- El Trabajo Social realizado tanto por personal del MSPAS y sus dependencias, como por los profesionales que lo ejercen tanto en el ámbito público como en el privado, es fundamental. El trabajo social es indispensable en toda sociedad, en toda nación desarrollada o no, y es un importante auxiliar de la salud pública, física, mental y social.



- Realización de visitas domiciliarias a personas que no pueden salir por tener limitaciones que se lo impiden absolutamente, lo cual requerirá un estudio previo para ubicar tales casos y sus circunstancias, elaborar un reglamento, con sus manuales y protocolos que establezcan los objetivos de dichas labores, así como la preparación y formulación de los informes por parte de quienes las realizan, que incluyan las necesidades –y sus dramas– de las familias y personas visitadas, así como la preparación de los informes respectivos por parte de quienes realizan dichas visitas domiciliarias, para garantizar los resultados deseados.

De hecho, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ya lo hace con afiliados mayores de noventa años y que así lo soliciten. Si bien el MSPAS no tendría ni los recursos humanos ni económicos suficientes para realizar esta labor, sí podría organizar o propiciar con entidades cooperantes los planes para reclutar temporalmente, capacitar y preparar personal externo para realizar esta clase de visitas domiciliarias, que por cierto la comunidad necesita, a todo nivel, pero especialmente en lugares apartados sin acceso a los servicios básicos.

Las visitas domiciliarias, previo estudio según lo indicado antes, podrían realizarse en las áreas siguientes:

- a) Para dar información y orientación en todos los temas de salud.
 - b) De apoyo y estimulación a personas mayores y discapacitadas.
 - c) De apoyo y estimulación a personas desempleadas y marginadas.
 - d) Educar, informar y orientar en casos de primeros auxilios y/o de emergencias.
 - e) De apoyo y estimulación en otras áreas que en un momento dado el MSPAS lo considere conveniente.
- Asistencia social a familias y poblaciones expuestas a riesgos y amenazas de diversa índole.



- Dar apoyo psicológico a personas y familias afectadas por desastres naturales o de otra índole.
- Asistencia para prevenir deficiencias en salud. La asistencia social también consiste en planificar, analizar y estudiar los factores que pueden incidir negativamente en la salud de las personas.
- Educar e inculcar el deseo de alcanzar el bienestar familiar y social.
- Asesorar en integración familiar y social. La asistencia social debe promover la organización de grupos de ciudadanos voluntarios que apoyen labores de integración familiar y social.
- Realizar Ferias de Salud en todas las poblaciones con la participación de las municipalidades, organizaciones patrocinadoras, laboratorios farmacéuticos, empresas e instituciones relacionadas con la salud comunitaria.
- Elaborar manuales y protocolos para:
 - a) Situaciones de riesgo y amenaza a la salud física y mental de las personas en todos los ámbitos: familiar, social, laboral, alimenticio, deportivo y recreativo.
 - b) El desarrollo de destrezas básicas y habilidades de autonomía personal y social de personas dependientes, lo cual mejorará sustancialmente sus condiciones emocionales al verse y sentirse capaz de valerse por sí mismo.
- Campañas de educación, información y orientación sobre:
 - a) El cuidado de niños pequeños, puesto que es una especialidad que requiere aprendizaje y vocación de trato cuidadoso hacia ellos.



- b) El trato con adolescentes, que requiere fundamentalmente comprensión de las variadas circunstancias en las que pueden encontrarse ellos y ellas, hacerles sentir útiles, que le importan al mundo, motivarles para trabajar o estudiar y así evitar que sean personas frustradas.
- c) Atención socio-sanitaria domiciliar que incluya aspectos de higiene personal, familiar, residencial, social y laboral, así como todo lo relacionado con limpieza, orden, hábitos saludables, salud física y mental, nutrición, alimentación, ventilación, iluminación, separación con animales, erradicación de adicciones, disposición higiénica de desechos, etc.
- d) Mantenimiento, limpieza y fumigación de domicilio, colegios, centros de salud, oficinas, empresas y toda clase de instalaciones urbanas y rurales, ya que este es un aspecto que se descuida en los países en vías de desarrollo.
- e) Higiene, orden y limpieza en instituciones y dependencias públicas de los organismos del Estado.
- f) El cuidado del ambiente y evitando la contaminación, agregando una labor de enseñanza de la importancia de mantener la salud ambiental.
- g) La realización de ejercicio físico adecuado para personas en diferentes situaciones, incluyendo de la tercera edad.
- h) Los alimentos convenientes para favorecer el crecimiento y desarrollo normal de los niños, puesto que debido a la fuerte publicidad los menores están expuestos a consumir comida chatarra que no es saludable.
- i) La convivencia familiar y social, puesto que actualmente existe una numerosa descomposición y desintegración familiar y social.
- j) Estabilidad psico-social al público en general, porque el mundo actual necesita oxigenación



de estabilidad mental y de convivencia pacífica familiar y social, ya que hay una carga muy fuerte de violencia.

- k) Prevención de la hipocondría, que lleva al uso excesivo, innecesario, irracional y dañino de medicamentos, que además la OMS recomienda prevenir dicho trastorno.
- l) Capacitar a personal de entidades y dependencias públicas, así como de empresas y organizaciones del sector privado, y comunidades, familias y personas individuales, en primeros auxilios.
- m) Las medidas de seguridad que deben tomarse en cuenta en los hogares y establecimientos donde residan personas mayores o discapacitados.
- n) Las medidas de seguridad que deben tomarse para evitar peligros como incendios, inundaciones, descargas eléctricas, quemaduras, asfixias y otros riesgos, por parte de niños y adultos.
- o) Anatomía y el funcionamiento normal del cuerpo humano y su cuidado, y así generar su cuidado, evitar lo que le sea dañino prevenir la realización de esfuerzos peligrosos o juegos arriesgados.
- p) Asistencia nutricional artificial y parenteral domiciliaria.
- q) El cuidado de adultos mayores en diferentes grados de dependencia; al respecto, es interesante saber que en Japón a los pacientes que padecen de Alzheimer se les dota de zapatos con localizador, de manera que si evaden el cuidado, pueden ser localizados e incluso las autoridades (policía y emergencias) también pueden acceder a la base de datos para determinar dónde está una determinada persona, y tienen todos los datos de quién es, dónde vive y quiénes son las personas responsables de ellos.
- r) La prevención de infecciones, contagios y epidemias tanto a nivel domiciliar como escolar e



industrial (asepsia y antisepsia).

- s) Manejo de desechos domiciliarios, comerciales e industriales a efecto que no se acumulen los desechos y que sean clasificados y empacados correctamente, depositados en el lugar apropiado y que las empresas responsables, o las mismas autoridades, implementen un sistema eficiente de recolección, traslado y tratamiento de desechos para convertirlos en energía; a este respecto la primera tarea recae sobre las municipalidades de la localidad.
- Dar apoyo psicológico a personas que tienen problemas de vivienda o simplemente no la tienen, o comparten vivienda en forma conflictiva con otras familias. Esta clase de programas no son individuales sino se imparten por medio del sistema de terapia de grupo en lugares específicamente destinados a dicha finalidad.
 - Implementación de hogares comunitarios temporales para población marginal (vagabundos, drogadictos, alcohólicos, ancianos abandonados, prostitutas, etc.), ofreciéndoles baños con agua caliente y un tiempo de comida caliente.
 - Propuestas de inserción sociolaboral de personas que han estado en conflicto con la ley. Esta clase de programas se debe realizar en coordinación con los servicios sociales de los tribunales de justicia.
 - Realizar programas de asistencia social conjuntamente con, o a través de, organizaciones de servicio (como el Club de Leones y Club Rotario), fundaciones, instituciones públicas y privadas.
 - Formación de personal para actividades de asistencia social y trabajo social. Una de las actividades de gran contenido humano es propiciar las visitas a hogares de ancianos por



parte de estudiantes de secundaria o de universidad, como parte de sus prácticas.

- Establecimiento de hogares para ancianos en diferentes partes del país para que estén en su propio ambiente, y capacitación del personal que los atiende.
- Educación, información y orientación a no-videntes y a las personas que viven con ellas. Esta clase de programas se puede realizar conjuntamente con el Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala.
- Capacitación para discapacitados del habla y la audición, así como la de quienes padecen de trastornos del lenguaje y del habla (disartria, afasia, apraxia, dislexia, disfemia, etc.) mediante el lenguaje de señas. Esta actividad ya es realizada por el Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala, aunque el MSPAS podría ejercer su capacidad de convocatoria para que otras instituciones benéficas patrocinen la implementación de esta clase de cursos en el interior de la república.
- Capacitación de personal externo y familiar en tareas de higiene personal y vestido de personas en situación de dependencia, cuidando la intimidad de los pacientes.
- Implementación de programas de capacitación en autonomía para personas dependientes.
- Capacitar personal y establecer líneas de atención telefónica (teleasistencia) en áreas de ayuda psicológica a personas dependientes o vulnerables.
- Soporte y terapia a las familias de niños enfermos curables e incurables (cáncer, etc.).
- Terapias a pacientes de diversas enfermedades y a los familiares de los mismos. Es muy importante comprender a los familiares, quienes muchas veces están cansados de estar



atendiendo personas.

- Información sobre dietas y probióticos, tomando en cuenta que en la época actual hay un fuerte consumo de alimentos inconvenientes.
- Terapias postoperatorias para pacientes que han sufrido operaciones mayores.
- Rehabilitación en todas sus formas, incluyendo física y mental, en condiciones asequibles para los pacientes y de acuerdo a sus circunstancias físicas, mentales y educativas.
- Establecimiento de programas de rehabilitación y fisioterapia, tanto para terapeutas como para personal paramédico y personas particulares que desean aprenderlo.
- Implementación de programas de psicología geriátrica, que es una especialidad muy interesante, útil y muy humana.
- Implementación de programas de ergonomía para mejorar la adaptación de los trabajadores a su ambiente laboral.
- Implementación de campañas y jornadas odontológicas, ópticas y auditivas tanto a nivel urbano como a nivel rural. Para este efecto puede contar con el patrocinio y cooperación de instituciones públicas y privadas ad hoc.
- Educación, información y capacitación domiciliar en materia de higiene bucal y dental para evitar enfermedades periodontales y conservar la dentadura sana. Esto es coincidente con lo dispuesto en el Artículo 45 del Código de Salud, que dice textualmente lo siguiente: “El Estado a través del Ministerio de Salud y en coordinación con las otras instituciones del Sector, desarrollará acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal” (s.



p.).

Ahora bien, para vincular en forma eficiente y permanente la disposición legal con las acciones a realizar en coordinación con las otras instituciones del Sector, es preciso elaborar convenios que garanticen tales acciones en todo el territorio nacional y en forma regular y permanente. Esta clase de convenios podrían incluir la realización, por lo menos una vez al año, de campañas y ferias de salud bucal en las cabeceras departamentales (con el apoyo de las respectivas gobernaciones departamentales y municipalidades) y en municipios particularmente importantes (con el apoyo de las respectivas municipalidades), las cuales podrían contar con el patrocinio de empresas farmacéuticas y productoras de dentífricos y otros productos para el cuidado bucal, así como la participación de escuelas, colegios, institutos y demás establecimientos educativos de las localidades, lo cual facilitaría tales eventos, pero especialmente la colaboración de las municipalidades será fundamental para lograr la convocatoria a la población.

- Supervisión de gimnasios y centros donde se realiza toda clase de deportes y ejercicios físicos. Es criterio del sustentante que esta labor está muy descuidada porque no todos los gimnasios garantizan formalidad, especialidad en esas actividades, no cumplen los propósitos para los que supuestamente están diseñados e incluso ponen en peligro la salud de quienes allí acuden. Los gimnasios deben estar dirigidos por médicos deportólogos o sea especialistas en deporte. Muchos gimnasios no cumplen ni remotamente con este requisito. Ha habido casos de accidentes en las actividades deportivas en los colegios, caídas, golpes severos, daños físicos e incluso niños que se han ahogado en la piscina de un colegio por descuido del profesor de natación.



- Realización de estudios epidemiológicos, con la ayuda de organismos internacionales como la OMS / OPS y entidades nacionales no lucrativas.
- Implementación de programas de investigación social para inventariar las necesidades sociales de la población, tanto en el área urbana como en la extensa área rural.

8.3. El descanso y la recreación como garantes de la salud y parte de los Derechos Humanos. Lo que puede hacer el Derecho en favor del descanso y la recreación. En materia de recreación también puede y debe actuar la iniciativa privada

El descanso y la recreación constituyen el primer principio de la preservación de la salud y de la prevención de la enfermedad; lamentablemente muchas personas tienen la visión del descanso sin relación con la salud, entonces la recreación se usa equivocadamente para perjudicar la salud, ya sea consumiendo bebidas y comidas dañinas, o haciendo deportes o actividades de alto riesgo y con grave exposición a peligro. El descanso es fundamental para cualquier cuerpo humano, y la recreación garantiza la salud física y mental de las personas.

Se hizo una encuesta a este respecto, y se ha encontrado que en diversos grupos humanos hay un concepto erróneo de lo que es el descanso y la recreación, e incluso en algunos casos hemos encontrado trabajadores que aprovechan el tiempo de descanso para realizar otros trabajos, sacrificando el sueño (lo cual ya es de suyo dañino) y el relajamiento que todo el organismo humano requiere. Dentro de las actividades preventivas el descanso y la recreación ocupan un lugar de extraordinaria importancia.



Como resultado de la investigación que se ha hecho, se puede afirmar que hacen falta más estudios, trabajos y propuestas en Guatemala, en materia de previsión social para ubicar en su justa dimensión la necesidad del descanso y de la recreación, para que la gente aprecie y aproveche los ratos que tiene para el efecto.

Como se dijo, aquí se tiene otro caso muy interesante que refleja una exitosa interrelación entre la ley y la salud. No cabe duda que la fundación de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) vino a generar muchas iniciativas con el objeto de proteger mejor al sistema laboral mundial y a inspirar infinidad de iniciativas que de una manera u otra llegarían a ese mismo fin.

En materia de salud también se comprueba que los instrumentos internacionales son fuente de Derecho y hacen importantes aportes a la materia de que se trate. En Guatemala se estableció por ley el Instituto de Recreación de los Trabajadores (del Sector Privado) en el año 1962, lo cual convirtió verdaderamente a Guatemala en pionera de la institucionalización de la recreación de los trabajadores, pero además bajo una fórmula idónea que garantiza su éxito, porque es una entidad pública pero administrada por el sector privado ya que sus servicios y beneficios se dirigen a los trabajadores de dicho sector. En efecto, el Artículo 6 de la Ley Orgánica del IRTRA dispone como finalidades de dicho Instituto las siguientes:

1. Organizar el descanso de todos los trabajadores privados, utilizando todas las formas de recreación y aprovechamiento del tiempo libre;
2. Organizar la educación cultural de los trabajadores durante su tiempo libre, procurándoles todos los medios de obtener instrucción elemental, complementaria, profesional y técnica;
3. Organizar la educación física de los trabajadores, en todas sus formas;



4. Desarrollar planes de mejoramiento de la economía doméstica y de la vida familiar de los trabajadores, así como planes de asistencia social compatibles con el descanso de sus afiliados;
5. Establecer y financiar centros vacacionales jardines para trabajadores, centros sociales y deportivos, así como llevar a cabo cualquier otra actividad para recreación de los trabajadores privados; y
6. Organizar una propaganda activa y eficaz, a fin de educar a la opinión en favor de la buena utilización del tiempo libre por los trabajadores. (s. p.)

De dicho texto podemos extraer las siguientes ideas:

- a) La importancia del descanso de los trabajadores en las formas de recreación y aprovechamiento del tiempo libre. Y es necesario destacar que el descanso no es “no hacer nada” sino “aprovechar” el tiempo libre, porque hay muchas formas en que la persona puede enriquecerse y mejorar su salud integral. El descanso es uno de los pilares de la salud.
- b) La educación cultural durante el tiempo libre. La salud va de la mano con la educación y la adquisición de cultura, de manera que el descanso puede perfectamente ser aprovechado para aprender muchísimas cosas y enriquecerse culturalmente. El IRTRA cumple también aquí una función muy importante porque propicia la superación personal y el mejor aprovechamiento del tiempo que, lamentablemente, muchos desperdician.
- c) Educación física, ejercicio en todas sus formas. La salud integral, física y mental, comienza por el ejercicio saludable, de manera que al promover entre los trabajadores del sector privado la actividad física, el IRTRA está apuntando certeramente a la promoción de su bienestar y crea un buen ejemplo para sus familias y para los demás trabajadores. Una de las



actividades más sanas es hacer excursiones o caminatas familiares al aire libre en campos previamente acondicionados. Esta es también un área en que los sindicatos deben mejorar sus propuestas a la parte patronal.

- d) La economía doméstica y la vida familiar de los trabajadores representan dos factores que determinan su estabilidad y su productividad, por lo que es indispensable que la parte patronal promueva la capacitación sobre la formación del ahorro y del consumo inteligente para que los trabajadores aprovechen su salario en beneficio de su familia y se les induzca a evitar costumbres insanas tanto las relacionadas con los consabidos vicios del alcoholismo y las drogas como las perniciosas de las apuestas y de los juegos de azar que suelen despojar a las personas de bajos ingresos de lo poco que ganan bajo la utópica esperanza de que se llevarán cuantiosos premios.
- e) Otro aspecto muy importante es que la parte patronal promueva actividades familiares, como las deportivas, las culturales y las sociales, especialmente en los fines de semana. A este respecto podemos afirmar que el IRTRA cumple con esta finalidad porque los parques recreativos están diseñados para que los gocen las familias. Como decíamos, todo esto contribuye indudablemente a fortalecer la estabilidad y la productividad de los trabajadores en beneficio propio, de sus familias y de las empresas.
- f) Los centros vacacionales jardines para los trabajadores, así como los centros sociales y deportivos y otros proyectos dedicados a la recreación de los trabajadores contribuyen decididamente a la salud integral de ellos, de su familia y de su ámbito laboral. El factor económico es fundamental, porque la realización de las vacaciones en lugares bien dispuestos y a un costo ínfimo, o incluso gratuitamente, proporcionará satisfacción a los



trabajadores y a sus familias que incidirá en su salud física y emocional. El IRTRA cuenta con varios parques recreativos en los cuales los trabajadores del sector privado y sus familias pueden aprovechar muy gratamente los días de feriado o las temporadas de vacaciones, tomando en cuenta que hay épocas en que tanto los padres que trabajan como los hijos que estudian tienen vacaciones al mismo tiempo, de manera que resulta ideal que puedan gozar la oferta vacacional de los centros con que cuenta dicho Instituto. Pero no solo se refiere la ley al factor institucional sino también a cualquier otra actividad para recreación de los trabajadores privados, lo cual podría ser organizar festivales, juegos florales, exposiciones, concursos, obras de teatro o de música, entre otras, para que los trabajadores y sus familias acudan a distraerse pero al mismo tiempo a formarse culturalmente. Reiteramos que la salud integral, física y mental, redundará en beneficio de todos.

- g) Y la ley también asigna a las autoridades del IRTRA la tarea de organizar una propaganda activa y eficaz para concientizar a la opinión pública en utilizar su tiempo libre en forma positiva y constructiva. Las redes sociales ofrecen hoy en día una excelente oportunidad (y gratuitamente) para difundir buenas ideas que le lleguen a los trabajadores y a sus familias sobre utilizar provechosamente el tiempo libre.

La normativa interna del IRTRA la emite su Junta Directiva, que es el órgano de dirección de dicho Instituto establecido en el Artículo 7 de su ley orgánica, el Decreto 1528 del Congreso de la República, ya mencionado. La Junta Directiva del IRTRA es la que emite la normativa interna y los reglamentos correspondientes de las diferentes actividades que realiza dicho Instituto. Una de las más importantes normas que emite la Junta Directiva es la emisión de los acuerdos que indiquen las actividades económicas afectas al pago del impuesto del 1% sobre el monto total de las planillas, establecido en el artículo 12 de dicha ley.



Otro acuerdo de la Junta Directiva es el Reglamento Interno de dicha Junta Directiva; sin embargo, este Reglamento fue aprobado por Acuerdo Gubernativo número 6-2005 de fecha 13 de Enero de 2005.

También la Junta Directiva del IRTRA emite los acuerdos relativos a presupuesto anual de la institución y a la reglamentación de cada uno de los parques recreativos que ha establecido. Por cierto, los parques temáticos recreativos del IRTRA son admirados por instituciones similares, organizaciones empresariales y gubernamentales de otros países.

Como puede verse, a partir de una ley, inteligente e innovadora, el sector laboral privado está recibiendo importantes insumos para su salud integral y la de sus familias. No obstante, es necesario que el IRTRA crezca, amplíe y diversifique sus programas en más lugares para beneficio de más personas. Este resultado es producto de la feliz combinación de una ley con el área de salud, y por eso sugerimos su protección y promoción.

El IRTRA tiene seis parques temáticos: Xetulul, Xocomil, Xejuyup, Mundo Petapa, Amatitlán y Agua Caliente. Los tres primeros están situados entre el altiplano y la bocacosta del departamento de Retalhuleu, el Mundo Petapa al sur de la capital, el de Amatitlán a la orilla del lago del mismo nombre y Agua Caliente, en el departamento de El Progreso. Dichos parques están abiertos para los trabajadores del sector privado, aunque también los no afiliados pueden acceder aunque pagando las cuotas correspondientes. Asimismo, cuentan con hostales para que los visitantes puedan pernoctar en el mismo lugar con todas las comodidades hoteleras.

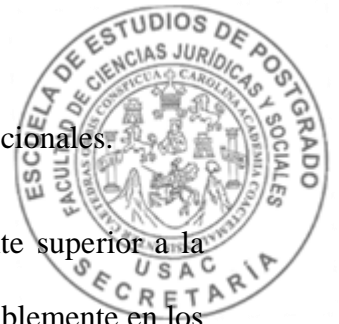
Ahora bien, con respecto de los trabajadores del sector público, el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, es el responsable de establecer un plan de desarrollo de centros recreativos y vacacionales para los trabajadores del Estado. Sin embargo, la principal limitación que tiene es el



porcentaje de contribución porque es muy poco, lo ideal sería que también el Estado aportara el uno por ciento (1 %) y así el MINTRAB podría concretar un buen programa de hospedaje en el lugar que se acuerde. Esta labor la realiza a través de la Dirección General de Recreación de los Trabajadores del Estado tiene implementados seis centros vacacionales o recreativos en diferentes lugares del país que son exclusivos para los trabajadores del Estado y jubilados. Dichos centros son: el Centro Vacacional Casta Contenta, en Panajachel, Sololá; el Centro Recreativo Las Ninfas, Amatitlán, departamento de Guatemala; Centro Recreativo y Vacacional Atanasio Tzul, en la ciudad de Quetzaltenango, departamento de Quetzaltenango; Centro Recreativo y Vacacional Guayacán, municipio de Chiquimula, departamento de Chiquimula; Centro Vacacional El Filón, municipio de Villa Nueva, departamento de Guatemala y Centro Recreativo El Laberinto, en Puerto de San José, departamento de Escuintla.

La diferencia entre centro recreativo y vacacional es que el primero contiene instalaciones únicamente para recreación, mientras que el centro vacacional contiene habitaciones para pernoctar. Dichos centros han sido remodelados y están siendo entregados al Ministerio de Trabajo y Previsión Social para que puedan ser utilizados. Aun cuando los centros recreativos y vacacionales para trabajadores del Estado no son suficientes para recibir al número siempre creciente de ellos, es criterio del sustentante que dicha labor se irá incrementando y para eso será muy importante contar con el decidido apoyo del Organismo Ejecutivo, de tal manera que por instrucciones del presidente de la República el Ministerio de Finanzas haga las provisiones presupuestarias correspondientes y adjudique terrenos del Estado situados en lugares convenientes para tal propósito. Una forma de lograr que tales centros sean autosuficientes es que la parte vacacional tenga un costo, aunque sea módico, a efecto que dichos ingresos permitan su mantenimiento adecuado. Además, tales centros pueden ser utilizados por instituciones

públicas que normalmente deberían pagar por su uso, lo cual les dará recursos adicionales.



Evidentemente la fuerza laboral privada en Guatemala es numéricamente superior a la fuerza laboral del sector público, aun cuando esta última ha aumentado considerablemente en los últimos años especialmente en el Ministerio de Educación, en el Ministerio de Gobernación y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pero para el incremento de servidores públicos –en planilla o por contrato– en otros ministerios no encontramos ningún plan gubernamental que lo justifique. La población económicamente activa de Guatemala en su mayoría está en el área rural dedicada a la agricultura, mientras que la población urbana está laborando en el comercio, en la industria, en los servicios, en la construcción y en las demás áreas productivas. Los trabajadores el Estado están en las oficinas y dependencias públicas mayormente en la Capital pero también en el interior del país.

Hay instituciones públicas que tienen sus propios centros de recreación, y este es el caso del Banco de Guatemala, que tiene el Club Guatebanco al sur de la ciudad de Guatemala, el cual cuenta con instalaciones deportivas y de entretenimiento.

También hay instituciones que no son del Estado ni son empresas privadas, como las cooperativas, pero que tienen centros recreacionales. Un ejemplo de esto es la Cooperativa de Ahorro y Crédito San José Obrero, en Esquipulas, Chiquimula, la cual tiene su propio centro de recreación para sus afiliados y trabajadores, que se llama Chatún, y al cual define como un parque de aventura y diversión enfocado en los recursos naturales de la región y basado en las costumbres y tradiciones locales. Dicho centro está también abierto a colegios, como una labor educativa.

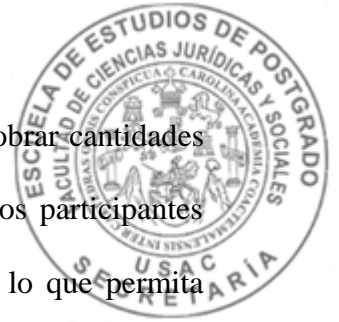


Por supuesto que estos son solamente algunos ejemplos, puesto que hay muchas otras entidades privadas y públicas en Guatemala que cuentan con sus propios centros recreacionales y en realidad es muy positivo que los tengan, especialmente cuando los centros de trabajo están ubicados en lugares remotos.

No obstante, como se afirmó al principio de este capítulo, en Guatemala todavía hace falta inculcar más ampliamente la cultura del descanso saludable ya que el porcentaje de población sedentaria es alto, y para ello el Ministerio de Trabajo y Previsión Social debería exhortar a todo el sector laboral del país, patronos y trabajadores, del Estado, de la empresa y otras instituciones privadas, a las municipalidades, a las instituciones de servicio y en general a toda la comunidad, a organizar más actividades de recreación, excursiones al aire libre, caminatas, visitas culturales, actividades deportivas variadas, gimnasios públicos en áreas verdes, grupos de ejercicios apropiados para personas mayores, grupos de estudio y aprendizaje de artes variadas en fin de semana, granjas agrícolas, preparación de alimentos y toda clase de actividades saludables complementarias al trabajo.

Sería deseable, adicionalmente, que se fomentara el paseo sin utilizar vehículos. Guatemala es un país muy rico en recursos naturales y cuenta con amplios lugares para el descanso y esparcimiento, correspondiéndole al Estado la responsabilidad de garantizar la seguridad de la población en los lugares elegidos para este propósito.

Es oportuno señalar que muchas de esas actividades no tienen costo económico porque se realizan en áreas públicas o del Estado, pero también es aconsejable que algunas actividades sean autosustentables y para eso que tengan un costo bajo que permitan disponer de un fondo para el mantenimiento adecuado de las instalaciones de que se trate. Por ejemplo, las municipalidades



pueden implementar escuelas de artes para los fines de semana, pero podrían cobrar cantidades módicas que sean alcanzables para las familias, e incluso otorgar becas para los participantes aventajados, así como recibir patrocinios de empresas o de fundaciones, todo lo que permita disponer de recursos suficientes para el mantenimiento de los servicios correspondientes, tales como limpieza, agua, energía eléctrica, seguridad e insumos. Cada institución emitiría su propia normativa para garantizar el funcionamiento correcto de sus instalaciones y programas, y este es un aspecto que encuadra perfectamente con la temática de esta tesis, porque siempre se necesitará en toda actividad humana en sociedad un marco normativo para garantizar el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones de sus miembros.

Por otra parte, la mayoría de los centros de trabajo urbano, industrial y comercial, son áreas cerradas por razones obvias, de manera que los trabajadores (incluyendo a sus ejecutivos) necesitan acudir al aire libre al menos en los fines de semana porque necesitan oxigenar su organismo. Por supuesto que el personal de nivel ejecutivo podría contar con más y mejores posibilidades de gozar de áreas de descanso más cómodas, aunque no todos aprovechan adecuadamente tales opciones. En este sentido debemos anotar que toda persona requiere vivir el equilibrio biológico natural, de manera que la compensación de oxígeno es fundamental, al igual que otros factores físicos, mentales, emocionales y sociales que determinan la vida saludable de los seres humanos.

Todos los trabajadores, sean del Estado o del sector privado, necesitan descanso y recreación, y este es el cometido de este capítulo, porque hemos dicho que tales actividades constituyen uno de los pilares de la salud física y mental.



Precisamente, cuando se habla aquí de salud integral nos referimos a la salud física y emocional de personas de todas las edades, niños, jóvenes y adultos, que comprende factores fisiológicos y espirituales asociados a la individualidad del trabajador y a partir de él a los ámbitos familiares y sociales de su entorno. La salud integral propicia la calidad de vida y el bienestar de los trabajadores. Por eso es indispensable facilitarles las condiciones para que compensen su esfuerzo diario con un descanso saludable en los fines de semana, en los días de asueto y en los períodos de vacaciones, lo cual garantizará su estabilidad física y mental. Un beneficio adicional es que las buenas condiciones físicas y mentales de los trabajadores les liberan de tensiones y de otros padecimientos psicológicos, alejándolos de adicciones y vicios destructivos.

Contrario sensu, es evidente que hoy más que nunca el mundo necesita la recreación porque el ajetreo diario, intenso y constante manipula a las personas, les produce fatiga y las desgasta. Adicionalmente, hoy en día el mundo ve consternado la facilidad con que se puede perder la salud y la dificultad –e incluso la imposibilidad, en algunos casos– de recuperarla. Por eso se afirma que la recreación facilita el orden emocional mientras en el mundo cada vez hay más desorden mental.

Se ha expuesto, pues, una feliz relación entre una buena ley y la salud física y mental de una gran parte de la población económicamente activa del país.

8.4. Las acciones de la comunidad

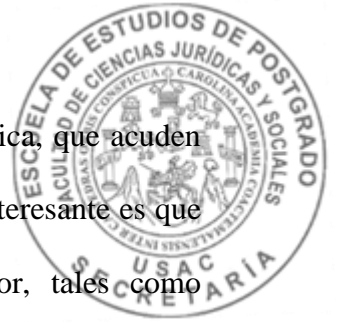
La comunidad, ya sea en forma organizada por ley (como los Consejos Comunitarios de Desarrollo –COCODES–), o en forma privada y aún informal, puede hacer aportes valiosos en materia de asistencia social, y aquí el derecho contribuye activamente. El primer logro de la



acción de la comunidad es que esta aprecia las actividades preventivas y curativas, y comprende que el Estado no es suficiente para atender tantas necesidades sanitarias, de manera que la misma población tiene responsabilidad en ellas.

Se pueden citar varios ejemplos sobre los importantes aportes de la comunidad en materia de asistencia social. Uno de ellos es el edificio e instalaciones donde se brinda atención adecuada para personas con capacidades diferentes de distintos municipios de Sololá, gracias a la labor del Consejo Comunitario de Desarrollo de La Vega, Sololá, que atiende pacientes con alguna discapacidad física, intelectual o sensorial. Las instalaciones incluyen una Escuela de Educación Especial a cargo del Ministerio de Educación, que atenderá a pacientes de Fundabiem. Esa interacción entre entidades privadas y dependencias públicas redunda en beneficio para la comunidad. La segunda fase del proyecto tuvo un costo de Q 890 mil aportados por el COCODE, y Q 72 mil aportados por la Municipalidad de Panajachel. Y la obra continuará siendo completada con el aporte de diversos sectores (*Prensa Libre*, 22 de Enero de 2018, s. p.).

Otro ejemplo que se puede citar es el de la clínica de ayuda social de la Colonia El Milagro, de la zona 6 de Mixco. Dicho consultorio comunitario fue promovido por varias personas: el alcalde auxiliar de la zona 6, Genaro López, la esposa del Alcalde de Mixco, Ernesto Bran, y coordinado por la madre del mismo. Mixco tiene una doble realidad: la de un municipio próspero, productivo y creciente, y por la otra la de varias zonas pobres y con muchas necesidades de servicios básicos. Tiene servicios médicos y odontológicos pagados por la municipalidad de Mixco. Atiende entre 50 y 60 personas diarias, entre los problemas de salud que presentan los pacientes están respiratorios, gastrointestinales, diabetes tipo 2, hipertensión, y otras.



También atienden a niños y a mujeres embarazadas. Es tan útil esta clínica, que acuden personas de colonias aledañas como Carolingia y Las Brisas. Un aspecto muy interesante es que este consultorio recibe ayuda financiera de empresas ubicadas en el sector, tales como Laboratorios Vijosa, Rowe, Infasa y Eurofarma, así como también de la Asociación Guatemalteca de la Orden de Malta (*Prensa Libre*, 14 de Agosto de 2017, p. 17). Entonces, los esfuerzos gubernamentales y municipales no son suficientes, de manera que la acción comunitaria, encabezada por el mismo alcalde y su familia, y seguida por la población, con el apoyo de empresas y asociaciones, es indispensable para paliar tantos casos de enfermedades que se presentan, porque por otra parte Mixco es un municipio sobrepoblado, con un alto exceso de población urbana.

Se señalan estos casos porque tanto el del centro de atención para personas con capacidades diferentes de La Vega, Sololá, como el del consultorio comunitario de Mixco, han tenido que constituirse en alguna forma de organización civil, básicamente la de una asociación civil (que sería la más idónea), porque una cosa son los COCODES y otra las labores sociales que ellos hacen; y un consultorio comunitario también necesita alguna forma de organización, a menos que sea una unidad de la municipalidad, figura que no tiene la clínica de Mixco. Entonces, la contribución del derecho a estas situaciones es que o lo facilita o lo dificulta.

Muchos casos en los cuales los reglamentos y, especialmente, la interpretación que hacen de ellos en las oficinas públicas, pueden dificultar la solución de problemas sociales. Sin embargo, lo deseable es que tanto los reglamentos como las instituciones sean facilitadores de los servicios que la población necesita. Y es aquí donde el derecho cumple una función social, porque deben emitirse reglamentos y ordenanzas que contribuyan a las soluciones, no a los problemas.



8.5. El voluntariado

El voluntariado es una forma de organización social basada en la cultura del trabajo comunitario sin condicionamiento económico, con la finalidad de construir un proyecto de utilidad para la colectividad que es el principio rector. El voluntario debe estar en la disposición de contribuir con su tiempo, sus conocimientos y su fuerza física o intelectual por motivación propia, libre y espontánea, no debe estarlo por obligación de ninguna clase, ni política, ni religiosa ni por apuesta. No obstante, el voluntario sí tiene derechos y obligaciones que deberán fijarse por contrato o, al menos, por escrito.

El voluntariado no necesita leyes aunque sí reglas con el objeto de hacer ordenado el trabajo para que no haya duplicidad de esfuerzos ni ausencia de labores. Sin embargo, en España el voluntariado sí está regulado por ley, con la explicación siguiente:

¿Por qué tiene que regularse por ley el voluntariado? Por definición, hemos dicho que se trata de una actividad organizada y no esporádica, que involucra a personas físicas y organizaciones de voluntariado. En ausencia de una norma, las obligaciones y derechos de las personas voluntarias de sus organizaciones quedarían en un limbo jurídico. En particular, las personas voluntarias –parte más débil en esta relación– estarían privadas de derechos en ella. (*Mi Voluntariado*, s. f., s. p.)

Es verdad que hay organizaciones que reclutan voluntarios para formar grupos que puedan apoyar labores sociales dentro o fuera de sus países, como el caso de la citada organización española *Mi Voluntariado*. También la Cruz Roja Internacional recluta voluntarios para apoyar las labores humanitarias que lleva a cabo en regiones necesitadas de asistencia social, como por ejemplo en África, y en tal caso los voluntarios también tienen que tener



garantizados sus derechos.

Normalmente en el voluntariado no hay jefes sino mediante el sistema de rotación de responsabilidades todos los voluntarios son coordinadores y todos son operarios. Uno de los ejemplos concretos y exitosos que podemos citar del voluntariado es en Israel el de los llamados *Kibbutzim* (plural de *kibbutz*). Sin embargo, en el programa de voluntarios de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que es muy completo y profesional, los voluntarios firman un convenio con dicha organización y se someten a las jefaturas que haya en el lugar en el cual van a prestar sus servicios.

El Día Internacional del Voluntariado es el 5 de Diciembre de cada año y la ONU y en uno de los últimos años, el Secretario General, António Guterres, dijo

El rol activo del voluntariado en conseguir los Objetivos de Desarrollo Sostenible merece todo el apoyo por parte de los Gobiernos y la sociedad en general. En este Día Internacional, quiero agradecer a todos esos voluntarios sus esfuerzos por no dejar a nadie atrás. (Organización de las Naciones Unidas, s. f., s. p.)

El voluntariado también es conocido en Guatemala y existe el Centro de Voluntariado Guatemalteco (CVG) cuya dirección electrónica es Guatevoluntaria.org. En su página de internet dice que es el espacio de articulación, desarrollo y promoción de la actividad voluntaria en Guatemala. Aglutina a varias instituciones comprometidas con el voluntariado, como un servicio a las comunidades y el desarrollo del país desde sus propias vocaciones y recursos. Existe como esfuerzo en Guatemala desde el año 2006. Centra su actividad en la conformación de una Red de organizaciones de voluntariado y en la promoción del movimiento voluntario nacional, a través de distintas actividades como la celebración del Día Global del Esfuerzo Voluntario Juvenil, la



Feria del Voluntariado y el Día Internacional del Voluntariado, entre otras. Como aporte concreto al país, el CVG enfoca todas sus actividades en la promoción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (Organización de las Naciones Unidas, s. f., s. p.)

En España, según el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, el voluntariado son las actividades de interés general desarrolladas por personas físicas que reúnen estos requisitos:

- tener carácter solidario,
- ser realizadas de forma libre (no por obligación jurídica),
- no tener contraprestación, ni económica ni material,
- ser desarrolladas a través de entidades de voluntariado con arreglo a programas concretos. (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 de España, s. f., s. p.)

Hay organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que apoyan al voluntariado, así por ejemplo en España el ya mencionado Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 contiene un programa amplio y bien organizado de voluntariado. Además, existen fundaciones y otras clases de organizaciones privadas que apoyan al voluntariado en determinadas áreas sociales.

Una ventaja adicional del voluntariado es que permite reclutar a adultos mayores jubilados pero que están en condiciones de ayudar en labores compatibles con sus circunstancias personales. Así, se ha visto en aeropuertos de Estados Unidos que hay grupos de voluntarios que son personas mayores en perfectas condiciones físicas que hablan varios idiomas y se ubican en



lugares estratégicos para orientar a los pasajeros que llegan o que salen con información oportuna y precisa. También ha podido ver en otros países grupos de voluntarios que se sitúan en parques para apoyar a las familias con niños pequeños. El voluntariado en estos casos tiene un doble o múltiple beneficio, porque así como es servicio a la comunidad y a las instituciones respectivas, es de beneficio también para los propios voluntarios, quienes se sienten útiles y eso contribuye a su propia autoestima, porque en varias sociedades las personas mayores son subestimadas y consideradas inútiles.

El voluntariado puede dedicarse a cualquier campo de servicio a la comunidad, pero en este caso el campo de la salud es absolutamente idóneo y ofrece un horizonte amplio de actividades que puede realizar la comunidad por medio de los voluntarios y que muchas veces representan un recurso humano calificado porque hay médicos y enfermeras que en su tiempo libre o en sus vacaciones trabajan como voluntarios; también pueden ser voluntarios extranjeros que realizan labores sociales en diferentes partes del mundo e incluso hay organizaciones internacionales conformadas por voluntarios, como por ejemplo Médicos Sin Fronteras (MSF), que es una organización humanitaria mundialmente reconocida por sus labores de ayuda a los necesitados y que trabaja en los cinco continentes. En el campo de la salud también hay Dentistas Sin Fronteras, Psicólogos Sin Fronteras, entre otros servicios profesionales que prestan las respectivas organizaciones humanitarias.

Hay países en los cuales las organizaciones voluntarias y no gubernamentales trabajan activamente como un complemento públicamente aceptado al trabajo del Estado. Por ejemplo, a varios países en desarrollo llegan voluntarios extranjeros con el deseo de apoyarlos en labores sociales de distinta índole.



Mención especial merecen los médicos cubanos, que conforman brigadas de médicos generales y especialistas que el Gobierno de Cuba pone a disposición de países en vías de desarrollo para atender las necesidades de salud de éstos. Guatemala ha recibido el apoyo desinteresado de los médicos cubanos desde hace años, quienes realizan una valiosa labor profesional y humanitaria en lugares a los cuales no llegan los servicios oficiales de salud ni los médicos particulares.

El voluntariado en salud es muy importante y el personal médico y paramédico voluntario es muy solicitado. Igualmente el personal docente voluntario es muy buscado en nuestros países.

En Guatemala, aparte de la organización antes mencionada, habría que divulgar más la cultura del voluntariado formal, luego la normativa del voluntariado para crear las bases de los programas que implementen instituciones públicas y privadas que recluten voluntarios, como se dijo, no solo jóvenes sino también adultos e incluso adultos mayores puesto que estos programas no existen todavía.

Es criterio del sustentante que el MSPAS podría impulsar programas de voluntarios en todas las áreas de la salud. No todos los voluntarios están en contacto con pacientes, puesto que muchas tareas sanitarias son de carácter administrativo. Cuando no se trata de una epidemia sino de una catástrofe natural, es posible realizar labores voluntarias en contacto con los pacientes porque no representa una amenaza para el personal sanitario.

Una recomendación sería que las facultades de medicina de las universidades de Guatemala inculcaran en los estudiantes la cultura del voluntariado y así se tendrían profesionales comprometidos con el servicio social voluntario y desinteresado más adelante.



Un ejemplo de voluntariado en el marco de una institución de educación superior es el programa de consultas médicas **Telesalud**, implementado por la Universidad de San Carlos de Guatemala inicialmente con motivo de la emergencia del coronavirus, en el mes de abril de 2020, aunque posteriormente pasó a atender consultas sobre enfermedades comunes, el cual está a cargo de la Unidad de Salud de dicha Casa de Estudios Superiores y tiene coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En el programa se puede contactar a médicos egresados de la USAC, que inicialmente son diez, y tiene como objetivo atender consultas a través de los teléfonos que tiene disponibles para el efecto. La consulta consiste en hacer una serie de preguntas a las personas que llaman y con sus respuestas ir elaborando un perfil desde leve, mediano o altamente sospechoso de estar infectado con el coronavirus. A través de este programa se han activado los protocolos de aislamiento y cuarentena a varios cientos de personas y a algunos se les envió al hospital. La iniciativa de la USAC surgió en medio del cierre de las consultas externas de hospitales y ante la necesidad de orientar a la población con síntomas similares la COVID-19 y que puedan ser un potencial foco de contagio (*Prensa Libre*, 12 de Mayo de 2020, p. 7).

Esta clase de programas de teleconsultas como parte de la asistencia social que el Estado y las instituciones públicas y privadas del sector deben proporcionar a la población, es idóneo para el caso de personas que no pueden salir, ya sea por razón de disposiciones de las autoridades como por imposibilidad en general de hacer la consulta a un médico particular. Esa labor es asistencia social y los médicos que atienden tales consultas lo hacen a título de voluntario, con lo cual también es un ejemplo de voluntariado.

Tanto el MSPAS como la USAC y otras instituciones del Sector deben elaborar un **acuerdo interno** para implementar dicho programa y también su **reglamento** y los **protocolos** que recojan la información suministrada por las personas que llaman para hacer las consultas por la vía telefónica.





CAPÍTULO IX



9. Diagnóstico sobre el sistema de la salud pública en Guatemala y su régimen legal y propuesta de soluciones a algunos de sus principales problemas

El Sistema de la Salud Pública en Guatemala tiene más debilidades que fortalezas, lo cual no se debe principalmente a la falta de recursos, ya que es uno de los destinos de mayor asignación presupuestaria del Estado, sino que tiene fallas de organización. Todo sistema requiere la coherencia y coordinación estrecha entre sus componentes, por diversos y lejanos que sean, y por lo mismo no pueden depender de una sola persona, por ejemplo del Ministro de Salud. Un sistema requiere un órgano colegiado fuerte, técnico y consistente para administrar, y en el caso del Sistema de la Salud Pública en Guatemala debe conformar un órgano colegiado con esas cualidades principales. Debe ser fuerte para tener el peso que sus decisiones requieren; debe ser técnico porque debe estar integrado por profesionales capaces, honestos y con suficientes conocimientos de administración de servicios de salud; y consistente, para que sus decisiones estén conformes con las anteriores, no sean erráticas, y que estén fundamentadas en información objetiva y veraz.

No se encuentra fundamento para sustentar que el Sistema de la Salud Pública en Guatemala carece de recursos humanos capacitados, porque en el país hay un número excedente de profesionales médicos y cirujanos, muchos en servicio público o privado, y otros, en un alto porcentaje, están desempleados o subempleados. Además de lo anterior, se ha constatado mediante investigación que en Guatemala hay médicos y cirujanos en casi todas las especialidades médicas, muchos de ellos han hecho sus estudios de postgrado aquí mismo en el



país y otros varios en el extranjero.

Por otra parte, el requerimiento de recursos humanos no se refiere solamente a la profesión médica sino a otras profesiones, tales como la Administración Pública y la Administración de Empresas, puesto que en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en la red hospitalaria nacional, así como en los hospitales y centros de salud privados, debe haber un número suficiente de administradores con capacidad gerencial. En la información recibida de los hospitales privados se ve que en la mayoría de ellos hay administradores de empresas que fortalecen su capacidad de operación. En la Administración Pública puede observarse un fenómeno de distorsión del servicio civil que consiste en que las plazas están ocupadas por personas que no tienen la formación y capacidades requeridas, y cuando sí lo están, el empleado o funcionario ocupa una posición que no es la que corresponde a la plaza presupuestada. Esta distorsión debilita la asertividad en la gestión de las instituciones y del sistema mismo en el sector público.

Por la falta de una adecuada organización, el Sistema de la Salud Pública en Guatemala es incapaz de proporcionar los servicios que la población requiere y al respecto hemos encontrado las principales deficiencias siguientes:

1. Debilidad organizativa del Sistema Nacional de Salud.
2. Normativa inadecuada de las unidades de salud, como los hospitales nacionales y regionales y otras.
3. Insuficiencia del Régimen Legal de Salud: no solo normas legales y reglamentarias son necesarias, sino también políticas y acciones gubernamentales y privadas.
4. Falta de una verdadera planificación técnica y operativa para combinar los recursos



humanos, materiales y económicos con las necesidades y desafíos que se le presentan al sistema, y obtener resultados eficaces.

5. Falta de planificación de las políticas anuales de mejoramiento de la red hospitalaria.
6. Falta de planificación en cuanto a los recursos materiales con que cuenta, los que fluyen por los distintos suministros y los que demandan las necesidades del sistema. Tal carencia se agrava por la circunstancia que se expone a continuación.
7. Anticuado, lento y complejo sistema de compras de equipos y medicinas que favorecen la corrupción.
8. Falta de equipos, de insumos y de medicinas en la red hospitalaria nacional. Adicionalmente a la carencia, se debe señalar la falta de mantenimiento de los equipos adquiridos, al terminar la garantía de fábrica. Esto requiere una modificación presupuestaria a efecto de prever el costo de mantener los equipos en perfectas condiciones.
9. Las falencias no son solo materiales, sino también en servicios intangibles:
 - a) Carencia de los servicios básicos de salud.
 - b) Inoperancia de los centros de salud gubernamentales.
10. Problemática urbana y rural de Guatemala y la necesidad de un eficaz marco legal:
 - a) Falta de equipamiento y de recursos humanos, económicos y materiales de los Centros de Atención Permanente (CAPs) y más aún de los centros de salud existentes.
 - b) Falta de cobertura de enfermedades y de necesidades especiales de la población.
 - c) Falta de suministro de medicamentos para las enfermedades comunes de la población. En una entrevista un médico relató que en un hospital no había antídoto contra mordeduras de serpiente.



11. Si la situación en tiempo presente ya es deficiente, más aún lo es en casos potenciales o reales, como los siguientes:
- a) Inexistencia de un sistema nacional de atención de salud en casos de emergencia nacional derivados de epidemias o de fenómenos naturales.
 - b) Inexistencia de un sistema o red regional centroamericana de prevención y tratamiento de enfermedades y de protección de la salud, así como para casos de epidemias y emergencias sanitarias. Podría ser un capítulo centroamericano de la OPS.
 - c) Imposibilidad de Guatemala de enfrentar el caso real de la pandemia de la COVID-19, tanto en capacidad instalada como en recursos humanos, económicos y materiales. Ni el gobierno de la República ni la población estaba preparados para un fenómeno tan siniestro.
12. Inexistencia de instituciones, personal y procedimientos para el fortalecimiento de la salud mental de la población. El caso de la prevención del suicidio.
13. Indiferencia gubernamental, municipal y social ante la exposición de las personas a peligros de su salud y de su integridad física, mental y corporal: circulación o permanencia en calles y carreteras, en lugares insalubres, el consumo de sustancias tóxicas, el trabajo sin la adecuada protección, etc.
14. Conveniencia de conocer los buenos ejemplos: Guatemala tiene excelentes logros profesionales e institucionales en materia de cardiología, lo que garantiza la positiva atención urbana (básicamente en Guatemala y Quetzaltenango) de pacientes con problemas cardiacos tanto por la existencia de un centro con instalaciones adecuadas (UNICAR) y de hospitales de primera clase con equipo moderno para operaciones del corazón, como por la disposición de suficientes médicos con especialidad en cardiología. Sin embargo, las áreas

rurales no cuentan esta atención, por lo cual tienen que viajar dificultosamente largas distancias para llegar a tiempo a uno de los centros que ofrece este tratamiento.



- Propuesta de medidas:

1. Cambios o mejoras que son necesarios tanto en el sistema nacional como en el régimen legal de salud. Por ejemplo, farmacias y venta de productos farmacéuticos, etc.
2. Propuesta de nueva legislación en materia de salud en áreas o aspectos no regulados todavía. Por ejemplo:, donación de órganos, cirugías estéticas, implantes, etc.
3. Implementación de un régimen más estricto y eficaz de sanciones y deducción de responsabilidades en casos de transgresiones en materia de salud. Por ejemplo, la práctica no autorizada de profesionales médicas, el tratamiento no autorizado de enfermedades, la realización de procedimientos no autorizados en materia de salud, la venta de productos farmacéuticos vencidos, verter en los depósitos de basura desechos hospitalarios o similares, etc.
4. Educación de la población para evitar su exposición a peligros en su salud y en su integridad física, mental y corporal. Esto incluye la divulgación de los beneficios de la inmunización, pero respetando la libertad y creencias de las personas.
5. Instituciones que podrían crearse a nivel nacional y regional y privado para atender campos novedosos de la salud.
6. Aprovechamiento de la cooperación internacional: OMS, OPS, PNUD, USAID, OIRSA, etc.
7. Legales: elaboración de una nueva normativa articulada que proporcione independencia a cada hospital pero que al mismo tiempo coincida con la solución de los problemas de los otros hospitales.

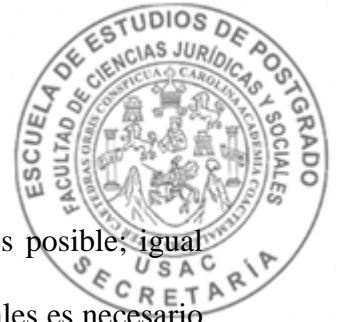


8. Administrativas: adopción de políticas eficaces que garanticen la salud y el bien común de la población. Mejorar la capacidad gerencial de los servicios de salud.
9. Económicas: ampliar el presupuesto destinado a salud, creación de fundaciones o asociaciones de apoyo al sistema hospitalario nacional, implementar sistemas de pago mínimo, venta de bienes y servicios especiales, etc.
10. Recursos humanos: formación local (en las universidades del país) de profesionales en las distintas especializaciones médicas (maestrías y doctorados); formación de personal médico, paramédico y auxiliar en la atención de pacientes y tratamiento de enfermedades; formación de personal médico, paramédico y auxiliar en la atención de emergencias, y formación de cuadros en Administración de Instituciones Relacionadas con la Salud.
11. Materiales: construcción de instalaciones adecuadas, equipamiento adecuado y moderno de los hospitales, garantía del adecuado y permanente abastecimiento de medicinas y productos químicos y farmacéuticos necesarios para la atención de pacientes en la prevención y el tratamiento de enfermedades

9.1. Problemática urbana y rural de Guatemala:

- Carencia de los servicios básicos de salud.

Cuando se habla de los servicios básicos de salud no se excluye nada porque en materia de salud todo es integral, de manera que carecer de algo es carecer de salud total. La población guatemalteca carece en primer lugar de la cultura de la salud, esto es de la preocupación permanente por tener salud, por estar bien, por sentirse bien y por no padecer de ninguna dolencia grande o pequeña, importante o menos importante, externa o interna, visible o no visible. Comenzando con la visita de rutina al médico o al IGSS, los guatemaltecos tienen que



mejorar su cultura de salud.

Asimismo, en caso de una dolencia es preciso acudir al médico lo antes posible; igual sucede con padecimientos de mayor envergadura y peligrosidad, casos en los cuales es necesario que el paciente siga cuidadosamente las instrucciones de los médicos y los facultativos, así como los tratamientos que se le indiquen. Lastimosamente, son muy pocas personas las que tienen la capacidad económica para enfrentar un tratamiento caro con la última tecnología computarizada para garantizar precisión y eficacia y mayor brevedad en la duración del tratamiento porque un tratamiento muy largo desmotiva a los pacientes.

- Ausencia de centros de salud gubernamentales.

Los centros de salud gubernamentales están en el presupuesto general de la Nación, tal como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sus dependencias, o en su presupuesto propio, tal el caso del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Sin embargo, ni uno ni otro tienen presencia en todo el país, pues hay regiones y poblaciones que no tienen ningún centro de salud gubernamental, y, si mucho, un médico tiene su clínica para atender las necesidades de salud de las personas que pueden pagar los servicios médicos privados.

Un aspecto que llama la atención es la indiferencia de las autoridades locales, por ejemplo los alcaldes, ante la necesidad de servicios gubernamentales de salud deberían ser los primeros en pedir e insistir ante el Ministerio de Salud la apertura de un centro de salud para su población. Si lo tienen, los alcaldes deben pedir un hospital e irlo mejorando. Igual labor deben hacer los gobernadores departamentales. Donde no haya centro de salud o un adecuado hospital falta la acción del alcalde y del gobernador y la gente debe de saberlo. Las poblaciones suelen expresar que al no haber servicios públicos de salud ciertas personas disponen abrir clínicas



privadas para beneficiarse económicamente de la carencia del servicio gratuito. Ese lamento popular no está lejos de ser verdad, porque ciertamente hay lugares en los cuales no existen servicios de salud públicos sino solamente privados.

- Falta de equipamiento y de recursos humanos, económicos y materiales de los centros de salud existentes.

Los materiales y los equipos de cualquier administración pública son bienes fungibles, por lo que su vida propia es muy corta; eso hace que constantemente se tengan que es adquiriendo materiales y equipos de salud. El problema identificado es que el presupuesto gubernamental de salud no va creciendo en la misma proporción en que va creciendo el monto del pago a los proveedores, dejando una franja de proveedores sin pago, los cuales a su vez afectan o desmotivan o desincentivan a otros potenciales proveedores, dejando en pequeño margen a quienes podría proveer de grandes cantidades tal como hoy en día se requiere. Este es uno de los más graves problemas de Guatemala. También se podría decir que es un detonante del personal de salud cuando hacen sus reclamaciones porque generalmente se apoyan en las carencias que tienen los hospitales para justificar sus huelgas y otras formas de protesta.

Actualmente, varios hospitales nacionales carecen de equipos, de recursos humanos, económicos y materiales necesarios para atender a todos los pacientes que requieren de servicios de salud. En publicación de prensa apareció la noticia que el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, de Antigua Guatemala, está en crisis. Los pacientes, según dicha noticia, dicen que solo les extienden recetas debido a que el hospital no cuenta con medicamentos, además, el mismo director del hospital, Dr. Gerardo Hernández, reconoció la escasez de insumos. De igual manera, el sindicato de dicho hospital manifestó que faltan insumos para practicar cirugías, entre



otras carencias. En la publicación aparecen declaraciones de varios pacientes, que manifiestan que cuando llegan al hospital solamente les extienden recetas para que vayan a adquirir las medicinas o el material necesario para el tratamiento. En unos casos de fractura en el hospital les dieron a los pacientes las recetas para adquirir inmovilizadores, placas de platino y clavos, etc. (*Prensa Libre*, 7 de julio de 2012, p. 22).

Esta situación es suficientemente explícita para evidenciar la crisis en que se encuentra dicho hospital, pero no es el único, pues en otra publicación de prensa apareció la noticia cuyo titular es *El Progreso. Informan sobre carencias de Hospital de Guastatoya*”. Según dicha información, el director del Hospital de Guastatoya, El Progreso, Dr. David Enríquez, informó a los miembros del Consejo Departamental de Desarrollo (CODEDE) sobre las carencias que afronta dicho centro asistencial, el cual siendo distrital ya no se ajusta a la demanda de la población que consiste en 22,646 habitantes, con proyección para este año de pasar de 24,000 personas. Dice la noticia que dicho hospital tiene un presupuesto de 12 millones 946 mil 011 quetzales (en el año 2012), del que 7 millones y medio son para pago de salarios, y 5 millones 259 mil 243 para funcionamiento, con 10 médicos de planta, 20 turnistas, 4 especialistas, entre otros, se carece de insumos para el laboratorio, que realiza hasta 7 mil pruebas mensuales, personal de mantenimiento y paramédicos (*La Hora*, 7 de agosto de 2012, s. p.).

Es de hacer notar que por su posición geográfica y al lado de la carretera al Atlántico, el hospital de Guastatoya recibe no solamente pacientes de enfermedad común sino también de accidentes que son frecuentes en dicha carretera. No obstante, no todo es negativo, pues el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) certificó al Hospital Regional de Santa Cruz del Quiché como amigo de la lactancia materna, puesto que es el primer hospital a nivel nacional que establece un banco de leche humana (*Prensa Libre*, 7 de octubre de 2014, p. 25).



Es importante la supervisión por parte de las autoridades de salud, y a este respecto es preciso comentar que el Ministro de Salud de Guatemala, Dr. Luis Enrique Monterroso, realizó una visita sorpresiva al Hospital Nacional Juan de Dios Rodas, de la cabecera de Sololá, el día 5 de Octubre del 2014 (*Prensa Libre*, 7 de octubre de 2014, p. 25). La importancia de dichas visitas es que permite a las autoridades obtener una impresión directa de la situación de los diferentes hospitales de la República, para luego efectuar reuniones con los directores de hospitales y con jefes de áreas de salud y organizaciones afines, para desarrollar procesos de capacitación y mejoramiento de los servicios respectivos. (*Prensa Libre*, 7 de octubre de 2014, p. 25).

Las denuncias de falta de personal, de equipos y de medicinas son muy frecuentes, pero más todavía en el interior de la República. Además de los anteriores ejemplos, el día 15 de Octubre de 2014 se denunció que el desabastecimiento del Centro de Atención Permanente (CAP) del municipio de Santa Lucía la Reforma, de Totonicapán, rebasaba los cuatro meses y la población tuvo carencia de medicamentos y de ambulancias (*La Hora*, 15 de Octubre de 2014, p. 10). Así se podrían citar tantos casos puesto que diariamente se publican noticias sobre carencias en los hospitales nacionales.

El autor de la presente investigación ha efectuado visitas a diferentes hospitales de la red hospitalaria de la República, tal como se expone en el inciso siguiente, y ha comprobado las carencias y debilidades de los mismos, frente a la cada vez mayor afluencia de pacientes y personas necesitadas de los servicios de salud.

- Falta de cobertura de enfermedades y de necesidades especiales de la población.

La población de cualquier país tiene siempre pacientes que padecen de enfermedades que



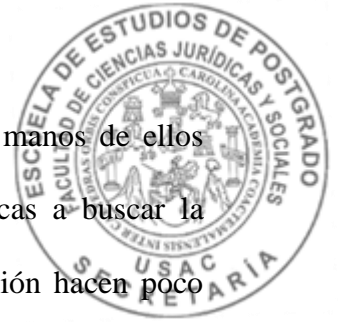
no son comunes y, por lo tanto, necesitan atención especial. Hay enfermedades como el cáncer, que necesitan tratarse pronto para evitar que se siga extendiendo en un organismo humano.

El tratamiento del cáncer es muy relativo porque no existe una cura propiamente dicha, pero el tratamiento para evitar la expansión de la metástasis que sigue a la extirpación del órgano o de la parte del cuerpo que está afectada está constituido por procedimientos químicos como la quimioterapia, o por procedimientos radiológicos como la radioterapia. Ambos procedimientos son sumamente caros, de manera que el Estado está incapacitado de proporcionarlo a todos los pacientes. Quienes están afiliados al IGSS tienen la ventaja que pueden recibir estos tratamientos sin costo, pero la mayoría de pacientes no gozan de dicho beneficio y por lo tanto solo lo pueden recibir adquiriéndolo, lo que deja fuera de tal posibilidad a la mayoría de pacientes.

Hay otras enfermedades que son contagiosas y, de igual manera, debe acelerarse su tratamiento para evitar que se contagien a muchas personas y luego estas los sigan extendiendo y pueda desatarse una epidemia.

- Falta de recurso humano.

Hay algunos casos de poblaciones que tienen hospital, pero no hay médicos, lo cual es todavía más insólito porque son miles los médicos graduados que están sin trabajo. Esa situación contradictoria significa que hay oferta y demanda, pero el desequilibrio se produce por la mala retribución ya que los médicos aunque estén desempleados todavía no desean comprometerse u obligarse por una retribución que consideran demasiado baja. Además, en materia de salud no son solo los médicos quienes actúan, sino también el personal paramédico y auxiliar. Las escuelas de enfermería todavía son insuficientes para formar personal que actúe directamente en los diferentes departamentos de los hospitales. Y tanto el personal médico como el personal



auxiliar también necesitan permanentemente capacitación, pues en general en manos de ellos estarán los pacientes que con urgencia o sin urgencia acuden a dichas clínicas a buscar la atención debida. Los bajos salarios y desmotivadoras condiciones de contratación hacen poco atractivo el estudio de las carreras de personal paramédico y auxiliar. Igualmente el rendimiento del personal médico y paramédico puede verse afectado por no gozar de las condiciones económicas justas, y hasta podría ser la causa de hechos ilícitos por parte de personal inescrupuloso que no valora suficientemente su trabajo en este ramo.

- Falta de suministro del tratamiento de enfermedades comunes de la población.

Las enfermedades comunes afectan a todos o casi todos los miembros de la población de un país determinado, por cuanto su germen habita en bacterias de fácil transmisión que habitan en toda comunidad humana. La mayoría de estas enfermedades tienen curación mientras que otras todavía no lo tienen. Los pacientes con enfermedades que tienen curación deben recibir los tratamientos correspondientes, ya sea por adquisición a su costo o por suministro público. Uno de los principales problemas de salud de Guatemala es que el Estado carece de los recursos necesarios para proporcionar a todos los pacientes de enfermedades comunes los tratamientos que ellos necesitan, porque los medicamentos son importados y su costo es alto, tal el caso de las vacunas contra la gripe.

- Asignación de los recursos.

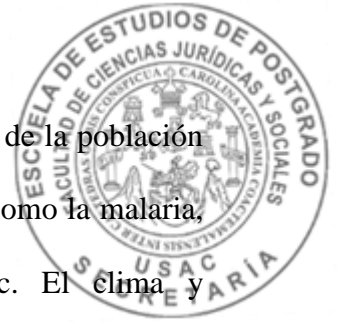
El Ministerio de Finanzas Públicas es el que dirige la política fiscal y elabora el presupuesto general de ingresos y egresos de la nación, siendo el agente fiscal y por lo tanto el que asigna los recursos a las diferentes dependencias, y también es el gestor del financiamiento internacional.



Para el año 2013 los montos asignados fueron los siguientes: Total asignado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Q. 5,111,600,000. Presupuesto de funcionamiento: Q. 4,802,287,310.; y Presupuesto de inversión: Q. 309,312,690. Estas cifras nos indican que más del 90% del presupuesto asignado corresponde a gastos de funcionamiento, o sea de salarios y de arrendamientos, gastos que se pierden una vez realizados, mientras que al presupuesto de inversión le corresponde menos del diez por ciento, lo cual explica la debilidad de la infraestructura de dicho ministerio. Para el año 2021, con motivo de la pandemia de la COVID-19, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social dispone de un presupuesto de Q.12,530 millones de quetzales, incluyendo el fondo que se le ha asignado para la adquisición de las vacunas.

El tema financiero no se refiere solamente a la asignación de recursos, sino debe incluir una estricta supervisión en el uso de los mismos, pero también la adecuada selección de los contratistas, puesto que existen casos en los cuales se asignaron los recursos pero el contratista no ejecutó eficazmente la obra y los recursos se perdieron o resultó necesario efectuar un gasto mayor al originalmente previsto. En materia de salud esta deficiencia administrativa es la causa de la carencia de infraestructura sanitaria en diversas partes de la república.

Por otra parte, algunos sectores de la población de la república han demandado que no se debiliten programas importantes tales como el de prevención y control de enfermedades vectoriales, que es el responsable de la prevención del dengue, la malaria y otros vectores. El Ministerio de Salud ha reiterado que no se les ha disminuido el presupuesto a dichos programas (*Publinews*, 7 de abril de 2014, p. 02).



A este respecto es preciso mencionar que una de las amenazas a la salud de la población son los vectores o agentes (insectos) que transmiten graves enfermedades tales como la malaria, dengue, leishmaniasis, enfermedad de Lyme, fiebre amarilla, Chagas, etc. El clima y características tropicales de estos países son propicios para la propagación de dichas enfermedades, que son una grave amenaza para las personas, por lo que es preciso que las autoridades gubernamentales de salud prevengan epidemias y hagan labor de divulgación de los medios de prevenirlas.

- Visitas a centros hospitalarios.

El autor de este estudio ha realizado numerosas visitas a centros hospitalarios en toda la república, siendo los resultados diferentes. El último hospital en ser visitado fue el Hospital Nacional Regional de Poptún, El Petén, visita realizada el día 28 de Mayo del año 2014. Este hospital cumple una función muy importante porque el departamento de El Petén es muy grande, de manera que el traslado de una población a otra es tardado por las largas distancias que hay que recorrer.

En Petén hay un hospital principal en la cabecera, con capacidad de atender casi todas las especialidades, pero hay otros regionales en Melchor de Mencos y en Poptún. El hospital de Poptún no es grande pero está bien distribuido. Cuenta con el equipo básico. Atiende la mayor parte de las emergencias y de la enfermedad común, aunque no están separadas las camas de accidentes y las de enfermedad. La sección de mujeres tiene separadas las camas de maternidad con las de accidentes y de enfermedad común. Las secciones de mujeres y de hombres están separadas por la estación central de enfermería. El personal que atiende el hospital es médico, paramédico y auxiliar. Atiende un promedio de 50 pacientes diarios, los internos son



aproximadamente 25 a 30. (Ver en el Anexo III de esta tesis, la foto del autor de este estudio en su visita al Hospital Regional de Poptún).

En el Anexo se incluyen los informes que hemos tomado de nuestras visitas a diferentes hospitales tanto de la Ciudad de Guatemala como de los departamentos de la República.

Prioridades para Guatemala (y para el mundo): la prevención y tratamiento de:

1. COVID-19
2. Cáncer
3. Alzheimer
4. Parkinson
5. Diabetes (endocrinología)
6. Hepatitis
7. Tuberculosis
8. SIDA
9. Enfermedades tropicales: malaria, dengue, etc.

Se dijo que son prioridades para Guatemala por el alto número de pacientes que padecen estas enfermedades, lo que sigue constituyendo uno de los grandes desafíos para el sistema nacional de salud. Sin embargo, se considera necesario apuntar que el régimen legal de salud no es específico respecto de tales enfermedades, cuando debería serlo precisamente para aportar el marco legal que permita reunir los esfuerzos y especialmente las soluciones que su tratamiento implica, ello sin mencionar la necesidad de continuar con su investigación pues ello podría aportar soluciones inéditas a tales enfermedades.



También es necesario apuntar que estas graves enfermedades dañan no solamente al paciente sino que implícitamente a su familia, por lo que el régimen legal de salud debería remitir a las autoridades de salud la obligación de crear programas de atención, información y recomendaciones a las familias de los pacientes. Se debe recordar que los efectos devastadores de estas enfermedades no se quedan solamente en los pacientes sino también llegan a sus familias y muchas veces conllevan la ruina económica de ellas. El Estado y todo el sistema de salud no pueden ser indiferentes ante esta triste realidad.

En ciertos casos de estas enfermedades, como el dengue, su transmisión depende de las condiciones higiénicas en que la población vive, y de la falta de fumigación de lugares particularmente infecciosos como los basureros, el almacenamiento de llantas usadas, desechos metálicos y otros, que favorecen la multiplicación de vectores que se trasladan fácilmente a otros lugares, favoreciendo las epidemias.

En materia de cáncer es preciso indicar que en Guatemala existe el INCAN, como un órgano del sistema nacional de salud dedicado al tratamiento del cáncer mediante los procedimientos de quimioterapia y de radioterapia. Dicha labor está complementada en el ámbito privado por los hospitales que cuentan con las unidades correspondientes; sin embargo, ni el establecimiento nacional ni los centros privados son suficientes para atender a la población que carece de los recursos o de los medios para recibir los tratamientos respectivos, especialmente población de las áreas rurales.

En materia de Alzheimer tanto el sistema nacional de salud como sus autoridades y la misma sociedad deben actuar en su prevención y en la atención de los pacientes y de las familias de los mismos. En efecto, todos podemos ayudar, no podemos quedarnos sin hacer nada.



En CNN en español se transmitió recientemente un extenso e interesante reportaje sobre el Alzheimer, que incluyó una entrevista con el Dr. Francisco Lopera, de la Universidad de Antioquía (Colombia). Parece ser, según ese reportaje, que en Colombia tal enfermedad produce estragos en muchas familias, ya que puede ser hereditaria, y por lo mismo se han dado muchos casos de Alzheimer precoz, por lo que se investiga quiénes son portadores de este gen.

El Alzheimer consiste en la mutación o degeneración de las células nerviosas (neuronas), causada por una proteína tau que destruye las sinapsis, que son las conexiones entre las neuronas. Puede variar de un paciente a otro la forma y la rapidez con que la proteína va matando las células, pero en la mayoría de casos este proceso es acelerado y los científicos investigan cómo detener los efectos degenerativos o al menos retrasarlos. Los síntomas que produce en el paciente se van evidenciando a medida que las neuronas van muriendo.

Se calcula que en el mundo hay unos cuarenta millones de pacientes con Alzheimer y se hace el tenebroso pronóstico que en quince años dicho número podría duplicarse, ya que en los últimos años la enfermedad se ha expandido a un ritmo acelerado y la proteína destructora va actuando más rápidamente.

Es muy importante observar los síntomas del Alzheimer: pérdida progresiva de la memoria y de las principales facultades cognitivas, volitivas y físicas; mirada vaga, palidez, descuido personal, desorientación, se pierde el gobierno de la boca y del habla y en muchos casos los demás impulsos motrices.

Esta terrible enfermedad es incurable, devastadora y posiblemente hereditaria. Cuando se observen los síntomas en un familiar es muy importante prepararse porque comenzará un tiempo de sufrimiento para el paciente y de gran sacrificio para la familia. Mientras el paciente todavía

tenga lucidez es vital arreglar los asuntos legales, puesto que una vez perdidas las facultades mentales cualquier trámite se tendrá que hacer por medio de un proceso judicial.

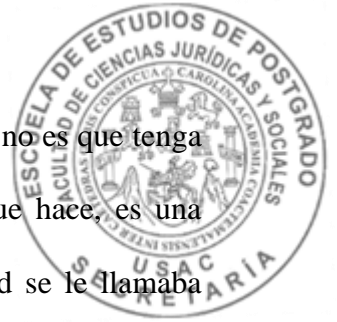


Es fundamental construir el historial del paciente, examinar su cerebro y acceder al tratamiento que los médicos aconsejen. De hecho, sería conveniente que todas las personas que a cierta edad (digamos después de los cincuenta años) manifiesten ciertos síntomas, se hagan los exámenes correspondientes para determinar si hay evidencias de la presencia del mal de Alzheimer.

Conviene compartir las historias de los pacientes que padecen de esta enfermedad con la comunidad científica para contribuir en las investigaciones que puedan conducir a su curación, a su prevención o al menos a la reducción de los daños que produce.

Los pacientes que todavía están conscientes deben ofrecer su cuerpo para exámenes, todo lo cual podría contribuir a su mejoramiento y a las investigaciones. Por lo que respecta a las familias, deben de tomar decisiones racionales, tanto en bien del paciente como de ellas mismas. Un enfermo de esta cruel enfermedad no puede estar solo ni desatendido, por lo que si la familia carece de las posibilidades de cuidar al paciente, debe considerarse la posibilidad de internarlo en un establecimiento especializado porque estará expuesto permanentemente a toda clase de peligros.

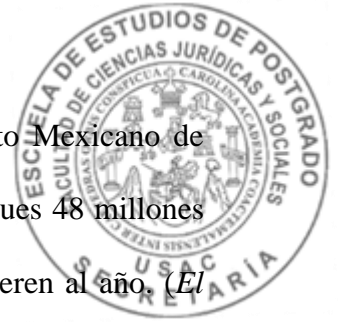
Otro aspecto que es oportuno mencionar es el relativo a la conducta del enfermo y el trato que suele darle a quienes lo rodean. Hay que tomar en cuenta que la lesión cerebral que el mal de Alzheimer produce comprende también las neuronas afectivas, por lo que el enfermo desconoce a sus seres queridos y mentalmente ya no siente ningún afecto por ellos porque sus células afectivas están muertas. Esto es muy importante entenderlo y comprender que el paciente puede



decir cualquier cosa, incluso palabras ofensivas, o tener impulsos violentos, pero no es que tenga esa clase de sentimientos sino que sencillamente no sabe lo que dice ni lo que hace, es una persona con la mente atrofiada. Por eso cuando no se conocía esta enfermedad se le llamaba simplemente demencia senil. En cambio, puede ser que las neuronas asociadas a la desconfianza estén intactas, entonces el enfermo siente desconfianza por quienes lo rodean, aun cuando sean sus familiares cercanos. Como se dijo, es muy importante que las familias comprendan este aspecto y comprendan al paciente; eso les ayudará, además, a ignorar las expresiones o gestos de su ser querido que padezca esta cruel enfermedad.

La lucha contra el mal de Alzheimer, así como contra el cáncer, el Parkinson, la diabetes y otras, es básicamente científica, pero la humanidad debe unirse y aportar todo lo que pueda. En esta lucha los científicos hacen su parte, pero la otra parte la hacen los propios enfermos y sus familias. Como toda lucha, se ganará cuando se le pierda el miedo a la enfermedad. A este respecto, el autor de esta investigación ha realizado estudios y ha hecho publicaciones. (Ver bibliografía).

La diabetes es controlable, pero sigue siendo un enemigo mortal silencioso en prácticamente todo el mundo y Guatemala no es la excepción, en los casos en que el paciente no sabe que es diabético o sabiéndolo no toma las precauciones y la dieta indicada para esos casos rigurosamente. En las áreas urbanas de Guatemala la información ha permitido que muchos pacientes diabéticos eviten los peligros que esta enfermedad supone y se atienen a una dieta que les permite llevar una vida normal; sin embargo, ese no es el caso del área rural, en la cual muchas personas no saben que son diabéticas, por lo que las autoridades de salud deben reforzar sus labores de prevención, educación y divulgación en las distintas lenguas que se hablan entre la población indígena de Guatemala.



Según un estudio y estadísticas de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano de Estadística y Geografía, la diabetes es la segunda causa de muerte en México, pues 48 millones de adultos padecen sobrepeso y obesidad, debido a lo cual 78,000 personas mueren al año. (*El País*, 7 de noviembre de 2014, s. p.).

Guatemala puede y debe ver el ejemplo de países vecinos que cuentan con un eficiente sistema de salud pública, y podemos citar el caso de Costa Rica, que con motivo de la pandemia del coronavirus ha protegido en forma exitosa a la población, siendo el país que menos víctimas ha tenido en todo el mundo, al grado que la representante de la OMS / OPS en Costa Rica, Dra. María Dolores Pérez–Rosales, ha elogiado la cobertura total en salud que tiene dicho país, según una entrevista difundida en CNN el día domingo 10 de mayo de 2020.

- Droguerías y farmacias: regulaciones para la autorización y funcionamiento de droguerías y farmacias.

Las droguerías y farmacias son establecimientos relacionados directamente con la salud, por lo que están regulados inicialmente por el Código de Salud del artículo 162 al 181, pero existe una abundante normativa proveniente del Organismo Ejecutivo a través de los acuerdos gubernativos, uno de ellos el Acuerdo Gubernativo 712–99 que contiene el Reglamento para el Control Sanitario de los Medicamentos y Productos Afines, y también la proveniente del Ministerio de Salud a través de los acuerdos ministeriales.

El Ministerio de Salud cuenta con un departamento específico para todo lo relacionado con el establecimiento y funcionamiento de droguerías y farmacias, especialmente para el control de la importación y comercialización de toda clase de fármacos, mayormente aquellos que requieren de especial control y vigilancia. Así es como se expide la licencia sanitaria especial



para farmacias, y también para los demás establecimientos relacionados con la salud, incluyendo los que expenden alimentos y en general los que están abiertos al público. Aquí es donde se tiene el Acuerdo Gubernativo 72–2003, Reglamento para el Otorgamiento de Licencias Sanitarias, para el Funcionamiento de Establecimientos. Es importante mencionar que el tema de los precios y control de vigencia de los productos no es competencia de las autoridades de salud sino del Ministerio de Economía.

- Condiciones adecuadas e higiénicas de los establecimientos.

En la normativa mencionada se establecen las condiciones adecuadas e higiénicas en que deben mantenerse los establecimientos farmacéuticos y, en general, todo establecimiento abierto al público. Ahora bien, un aspecto que no quedó plenamente regulado es el de la permanente supervisión que debe ejercer el Ministerio de Salud, pues hay farmacias tanto en la ciudad capital como en el interior de la república que no mantienen dichas condiciones adecuadas e higiénicas y eso pone en peligro la calidad de los productos que allí venden y consecuentemente también pone en peligro la salud de los consumidores. Por lo tanto, en la práctica esta normativa debe completarse haciendo muy estricto el régimen de supervisión de farmacias y de cualquier otro establecimiento que ofrezca alimentos.

- Procedimientos para la preparación, distribución, manejo y venta de medicamentos y productos o sustancias farmacéuticos terminados o genéricos.

Uno de los casos especiales de infracciones contra la recuperación y rehabilitación de la salud es envasar o comercializar medicamentos sin atender las normas y reglamentos emitidas por el Ministerio de Salud relativas al suministro, prescripción, promoción, presentación, etiquetado, prospecto y uso adecuado de los mismos (ver Artículo 228, inciso 7 del Código de



Salud). En las regulaciones gubernativa y ministerial subsiguientes están dispuestos dichos procedimientos y consideramos que es adecuada y suficiente.

- Régimen de sanciones.

El régimen general de infracciones contra la salud y sus sanciones está contenido en el Libro III del Código de Salud, que comprende del artículo 216 al 240 Ter, pero las normas relacionadas con las infracciones por parte de establecimientos farmacéuticos son los artículos 216, 219, 223, 225, 227, 228.

- El sistema recetario, su necesidad en los casos específicos y su adecuada regulación.

Este sistema no tiene un control estricto en Guatemala debido a que no se ha tipificado adecuadamente como infracción a las leyes y normas sanitarias el expendio de medicamentos sin la receta respectiva cuando sea requerido. El recetario se aplica para muy determinados productos farmacéuticos que por sus propiedades pueden representar alto riesgo para la salud del paciente si no se está prescribiendo por profesional médico responsable.

A lo anterior hay que agregar que en Guatemala, como en muchos países en vías de desarrollo, el público suele acudir a la farmacia a preguntar por medicinas para tal o cual enfermedad a efecto de evitarse y ahorrarse la consulta médica que debería preceder a la adquisición de la medicina y no al revés. También es necesario reconocer que el sistema de recetario responsable tiene muchas deficiencias en todo el mundo. En efecto, en la obra *The Innovator's Prescription*, los autores Clayton M. Christensen, Jerome H. Grossman y Jason Hwang hacen un análisis crítico constructivo al sistema de salud de los Estados Unidos de América y proponen medios para mejorarlo, dentro de los cuales está lo relativo a la prescripción



de medicamentos que, en dicho país, es particularmente exigente y eficiente. Por lo tanto, es posible imaginar imaginarnos que si en aquella nación el sistema necesita mejoras, mucho más será necesario en países como Guatemala mejorar la aplicación de las normas sanitarias en general y de las normas farmacéuticas en particular.

- Capacitación y supervisión del personal de droguerías y farmacias.

Como se dijo, es una responsabilidad del establecimiento capacitar al personal que atiende las droguerías y farmacias, pero además ejercer una permanente supervisión sobre ellos tanto para que cumplan con dar la medicina que el consumidor demanda como con saber y discernir sobre la posología de la misma. La supervisión también debe tener como objetivo evitar que el personal de mostrador de las droguerías y farmacias se convierta en recetario o sea que sin prescripción médica se atrevan a sugerir a los pacientes qué medicina pueden tomar para determinadas enfermedades o padecimientos, sin tener ni los conocimientos científicos para ello ni la autorización de las instituciones y dependencias correspondientes.

- Uso de plantas medicinales: opiniones científicas, inocuidades, peligros y realidades.

Aunque este tema sustantivo ya lo hemos abordado en otra parte de esta investigación, podemos decir que el expendio de plantas medicinales no está regulado en las normas dedicadas a la actividad farmacéutica. Por lo tanto, las plantas medicinales se comercializan en establecimientos no calificados, como por ejemplo en los mercados cantonales e informales.

A este respecto hay opiniones encontradas, pero todavía prevalece el criterio (correcto a juicio del sustentante) que las plantas medicinales no se pueden ofrecer en farmacias ni en droguerías, a menos que algunas de sus presentaciones no estén en oposición a las propiedades



de medicinas y productos farmacéuticos propiamente dichos. Las autoridades de salud deben ser estrictas y terminantes a este respecto a efecto de evitar el riesgo para el público de consumir plantas de las que todavía no está comprobada su bondad curativa. Finalmente podemos afirmar que el régimen legal relativo a la actividad farmacéutica todavía no es suficiente ni eficiente.

9.2. Algunas de las principales deficiencias del sistema de la salud pública en Guatemala y sus causas

- Normativa inadecuada de las unidades de salud, como los hospitales nacionales y regionales y otras

Los hospitales nacionales y los regionales están sujetos al Código de Salud pero tienen sus propios reglamentos que los rijan. Estas normas no son revisadas por comisiones técnicas conjuntas (entre médicos y abogados) sino han ido siendo modificadas en diferentes oportunidades, lo cual no garantiza una adecuada regulación.

Cada hospital debe tener un Reglamento y una normativa coherente, actualizada y revisada de tiempo en tiempo para ir la adecuando a las exigencias de cada nueva época, aunque los servicios requeridos sigan siendo generalmente los mismos, o en su mayoría los mismos.

En Guatemala se pone en evidencia la falta de normativa idónea hasta por la dificultad para nombrar director general del Hospital General San Juan de Dios. En efecto, en los medios de comunicación se informa que después de un mes de la renuncia del director general anterior, en el Ministerio de Salud se continúan analizando los perfiles y evaluaciones para nombrar al nuevo (*La Hora*, 14 de agosto de 2017, s. p.).



Lo cierto del caso es que no existe una disposición que permita tener siempre un banco de datos de los perfiles idóneos para las diferentes posiciones, no solo la del director general; además, convendría incluir en el procedimiento como primera opción la promoción del personal profesional y así fortalecer la carrera hospitalaria.

- Falta de administración pública especializada en salud

La administración hospitalaria es una especialidad dentro de la administración. Puede haber variantes entre la administración de un hospital público y uno privado, pero los principios son los mismos. Los objetivos de un hospital público son totalmente de servicio gratuito, mientras que los objetivos de un hospital privado son, además del servicio, el lucro a fin de garantizar su continuidad y calidad.

- Falta de equipos

La medicina moderna cuenta con equipos de última tecnología para el tratamiento de prácticamente la mayoría de enfermedades. Sin embargo, el precio de tales equipos es alto, así como su mantenimiento, por lo que prácticamente se encuentran solamente en los hospitales privados. Los hospitales nacionales carecen de los equipos para el tratamiento de diversas enfermedades, con algunas excepciones como sucede en la ciudad de Guatemala con el Hospital Roosevelt, que tiene muy buenos equipos para diversos tratamientos. Y también se puede citar el caso de la Unidad de Cardiología (UNICAR), sobre la cual se expuso en otro capítulo.

- Falta de recursos económicos

La atención de la salud requiere tantos recursos que el presupuesto general de un país siempre será insuficiente, ya que por lógica el aumento de la población repercute en el aumento



de la demanda de servicios de salud, pero fundamentalmente es precisa una política presupuestaria racional para destinar los recursos que requiere el sistema de salud pública, al igual que ocurre con la educación, la seguridad, la infraestructura, etc.

Al haber investigado en todo el país, es posible para el sustentante afirmar que en la totalidad de hospitales, centros de salud y demás dependencias se evidencia la falta de recursos económicos. Cuando se presentan casos de demandas de los trabajadores es necesario replantear todos los componentes, no solo presupuestarios sino de la distribución de los recursos que se destinan a salud, la adecuada selección de personal para contar con los recursos humanos que sean precisos y no excederse en la planilla, analizar la contratación permanente y la contratación temporal y extraordinaria, etc.

- Falta de planificación de las políticas anuales de mejoramiento de la red hospitalaria

Este es un verdadero problema, porque sin una adecuada planificación la ejecución será ineficaz.

- Anticuado, lento y complejo sistema de compras de equipos y medicinas que favorecen la corrupción.
- Falta de implementación de campañas de cultura de la salud y de su divulgación.

La labor de las autoridades de salud no se limita a resolver los problemas que ya han surgido, sino en realidad una buena administración sanitaria requiere amplia labor de prevención dirigida hacia toda la población, urbana y rural, ya que muchos de los problemas de salud podrían evitarse con un razonable nivel de cultura.



En la investigación se han detectado que tanto en la población educada urbana como en la población rural con baja escolaridad hay evidencias de descuido de los elementos básicos de una vida saludable, y se han encontrado hábitos que van desde la falta de higiene hasta la exposición voluntaria a altos riesgos para la salud, tolerando umbrales peligrosos de riesgo. Dentro de estos están desde luego los deportes riesgosos y extremos, pero también muchas actividades son realizadas sin tomar las medidas de protección básicas.

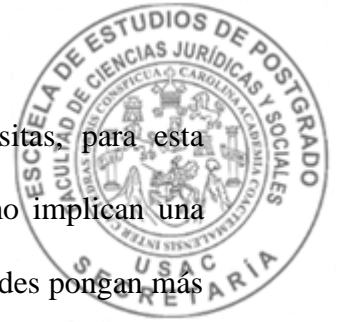
- Falta de implementación de campañas contra la desnutrición y de su divulgación

La desnutrición no es solamente la falta de alimento, sino también el consumo excesivo y desordenado de alimentos que conduce a la obesidad. Se ha comprobado que las autoridades de salud están implementando una incipiente labor de información a la población.

9.3. Problemática urbana y rural de Guatemala y la necesidad de un marco legal eficaz

- Carencia de los servicios básicos de salud

En las visitas de campo que hechas a diferentes partes del país, el sustentante ha comprobado que Guatemala carece de una red hospitalaria y de centros de salud adecuada a las necesidades de toda la población, que está distribuida a lo largo y ancho del territorio nacional. Y no basta que haya un hospital nacional o uno regional, sino que es indispensable que esté bien surtido, lo cual no sucede en Guatemala, pues a partir de la inauguración de los diferentes centros que se elijan, los mismos están carentes de equipo y medicinas.



Además de la certeza personal que se ha obtenido mediante las visitas, para esta investigación se seleccionaron diferentes publicaciones de prensa que así como implican una información de interés para la población, señalan una alerta para que las autoridades pongan más dinamismo en la resolución del problema; pero también es un mensaje a la población, en el sentido que se puede organizar y fundar extensas redes de voluntarios que aporten diferentes medio y recursos a los centros de salud para aliviar las grandes necesidades que enfrentan.

Dentro de las carencias de medicinas se puede citar la denuncia presentada por particulares ante las carencias de medicinas en el Hospital Regional de Huehuetenango, en la cual se narran las penas que pasó Rosa Luis Fabián, quien pidió a su esposo que fuera a una farmacia para comprar los medicamentos que necesitaba su hija internada en el Hospital Regional de Huehuetenango. Cuando llevó la medicina que su hija necesitaba fueron ignorados por el personal médico y no le administraron la medicina, a pesar que era urgente hacerlo (*Prensa Libre*, 14 de agosto de 2017, s. p.). Estos casos son más dramáticos porque además de no tener los medicamentos necesarios, cuando las familias desean llevárselos a sus seres queridos, las autoridades no los entregan, lo cual además implica una violación al derecho de la población a recibir los medicamentos que necesita.

En otro caso que citan como ejemplo reciente el de la Procuraduría de los Derechos Humanos, institución que constató en una inspección al Centro de Atención Permanente (CAP) de Quetzaltenango la falta de insumos indispensables para mujeres embarazadas y enfermos. Indica en la información pública emitida por la PDH que desde hace más de dos meses el CAP no cuenta con ácido fólico para mujeres embarazadas y carece de más de diez medicamentos, como lidocaína y penicilina. La información pública agrega que algunos pacientes expresaron que les tratan bien, pero que el problema es la falta de abastecimiento de medicinas



indispensables.

Por otra parte, el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSAR) de Quetzaltenango informó que las carencias no solo han sido reportadas en la cabecera, sino en otros municipios. Por parte de las autoridades, el Director del Área de Salud de Occidente informó que el desabastecimiento se debe a un problema administrativo por el que el proveedor no ha despachado las medicinas (*Prensa Libre*, 14 de agosto de 2017, s. p.).

Estos ejemplos citados permiten tener una idea del problema de la carencia de medicamentos en los hospitales y centros de salud públicos, porque afecta a la gran mayoría de la población que en muchos casos no tiene los recursos para adquirirlos en las farmacias y se tienen que conformar con medicina natural o simplemente con seguir soportando la dolencia. En el caso del ácido fólico y micronutrientes para niños son indispensables para prevenir el labio leporino y la espina bífida.

- Ausencia de centros de salud gubernamentales

Gran parte del territorio nacional no está cubierto por servicios de salud. Quizás lo único que puede encontrarse es una clínica privada de algún médico que ha decidido residir en el interior del país o simplemente hacer visitas esporádicas a determinadas localidades. La población no tiene cobertura de salud y si hay una persona enferma la tienen que trasladar desde lugares lejanos hasta un municipio o cabecera que cuente con los servicios básicos de salud. Se puede agregar que los medios de comunicación son deficientes, especialmente en materia de carreteras, ya que las localidades del interior no tienen carreteras sino caminos rurales de tierra en los cuales pueden circular solamente cierta clase de vehículos y en temporada de lluvias no puede transitar ninguno. Las fincas generalmente carecen de esta clase de servicios; las grandes



agroindustrias sí pueden ofrecerlos pero únicamente para sus trabajadores.

La distribución de atención de salud en el territorio nacional todavía no llega a toda la población, especialmente en áreas rurales lejanas que, sin embargo, cuentan con mucha población indígena dedicada a la agricultura. Y es de señalar, según se ha observado en las visitas de campo, que las familias campesinas tienen muchos hijos, los cuales obviamente demandan los servicios básicos de salud desde temprana edad, pero no los hay.

- Falta de equipamiento y de recursos humanos, económicos y materiales de los centros de salud existentes

Así como faltan los medicamentos, mayormente faltan los equipos médicos necesarios para garantizar la salud de la población guatemalteca. La carencia también comprende personal médico y paramédico suficiente para atender las muchas consultas diarias que reciben los hospitales y centros de salud del país. Un aspecto que se ha podido comprobar en las visitas a hospitales y centros de salud es que en algún momento recibieron equipo, ya sea suministrado por el Ministerio de Salud o donado por alguna institución privada, pero luego no se le dio el mantenimiento adecuado, de manera que el equipo se fue deteriorando hasta quedan inutilizado o con muy poco rendimiento.

Es preciso subrayar que el suministro de equipo debe incluir en el presupuesto respectivo el mantenimiento obligatorio del mismo para prolongar su vida útil y para ser reparado en caso de desperfecto. En algunos hospitales hay equipos muy buenos y caros que están en desuso por falta de reparación y no hay presupuesto para ello.



- Falta de cobertura de enfermedades y de necesidades especiales de la población

La falta de salud de la población guatemalteca está reflejada en enfermedades comunes respiratorias y gastrointestinales en su mayoría, pero también hay casos de enfermedades más serias como cáncer en diferentes órganos. En este caso se requiere un tratamiento especial, pero en la mayoría de departamentos de la República no hay equipo para su tratamiento, especialmente cuando se trata de niños, y es preciso llevar al paciente a la capital. Igualmente en caso de cirugía menor, es posible practicarla en la mayoría de hospitales; ahora bien, cirugía mayor solamente se puede hacer en los hospitales regionales y en la capital. Los casos de heridas que más se presentan en el interior de la república son heridas por arma de fuego, por arma blanca (machete), quemaduras, mordeduras de víboras y accidentes de tránsito.

- Falta de suministro del tratamiento de enfermedades comunes de la población

En materia de salud se debe considerar la población que está cubierta por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y la población que no lo está. Ello incide en la atención que reciben en los hospitales del IGSS, porque los afiliados al régimen pueden recibir los tratamientos normales para los casos de enfermedad común, incluyendo las medicinas correspondientes; sin embargo, quienes solamente pueden ir a los hospitales nacionales solamente pueden recibir el tratamiento de emergencia, difícilmente encuentran en ellos el tratamiento para la enfermedad común, y tienen que adquirir los medicamentos por su cuenta. Cuando se hacen críticas en este sentido a los hospitales nacionales, las autoridades de los mismos manifiestan que no cuentan con el presupuesto suficiente para proporcionar medicinas.



9.4. Otros hallazgos

En el trabajo de campo realizado se hizo un análisis de la cultura de la salud y la actitud resultante de ella, tanto en el área rural como en el área urbana, y también en la población educada y en la población carente de educación.

Es preciso recordar que las ciencias jurídicas no solamente se refieren al castigo y sanción, sino que fundamentalmente son ordenadoras de la sociedad y de la conducta de sus miembros. Por lo tanto, para el derecho es importante conocer todos los casos en los cuales la labor de prevención y disuasión deviene necesaria y coherente con la correcta construcción social que enmarca.

Un área estrechamente vinculada con el derecho y que podría actuar eficazmente en estos casos, es la defensa de los derechos del consumidor. En Guatemala está la DIACO, aunque en un futuro podría ser una procuraduría de los derechos del consumidor y del usuario. Lo cual no significa que la labor de información y prevención no sea competencia del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Tal como se ha evidenciado, no solo entre población carente de educación se encuentran incontables descuidos en cuestiones de salud, sino también entre población educada. Entre esta se observan actitudes producto de la ignorancia, de la moda, de la vanidad y hasta de la inconformidad con el propio ser, y aún conscientes del perjuicio potencial, que pueden ser dañinas para la salud del cuerpo o de sus sistemas y órganos. Por ser hechos de la propia persona es difícil que una norma jurídica pueda llegar más allá de la voluntad del sujeto, pero no impide que el derecho se interese por la salud general de las personas. La observación de estos casos arroja muchos ejemplos, pero se citan solamente algunos:



- a) Consumo de tabaco: sobre este particular se han hecho muchos estudios, incluso estadísticos, que llegan a expresar que cada seis minutos muere una persona en el mundo a causa de fumar. Las investigaciones realizadas por instituciones científicas han llegado a demostrar también que los cigarrillos electrónicos pueden producir cáncer, toda vez que en su composición contienen nicotina para aproximar lo más posible el olfato a los cigarrillos de tabaco, por lo que se comienzan a prohibir en lugares en donde eran permitidos en beneficio de los fumadores tradicionales.
- b) Consumo de drogas: igualmente, sobre el problema de la drogadicción se han realizado diversos estudios, por lo que no se abordan en este trabajo. Solamente se cita a las drogas como la causa de muerte o graves lesiones cerebrales de muchos jóvenes y adultos en todo el mundo.
- c) Consumo de alcohol: entendido como la adicción al consumo constante de bebidas alcohólicas de toda clase, el alcoholismo es la causa de millones de muertes en el mundo, tanto de los propios alcohólicos como de otras personas relacionadas con ellos y aún no relacionadas con ellos, ya sea debido a la impericia o a la torpeza derivada de la ebriedad del sujeto. En cualquier caso, el responsable último del comportamiento irregular de la persona causante es el alcohol. A esto se suma la variedad de alcoholes que existen, e incluso aquellas bebidas preparadas por métodos artesanales que de suyo son ilícitos y que expenden sin control de las autoridades. Las bebidas producen cambios en el comportamiento de las personas que muchas veces les hacen actuar en forma irracional, temeraria, irreflexiva e imprudente, poniendo en peligro su propia vida, salud y bienes, o la vida, salud y bienes de otros.



- d) Uso de productos tóxicos: quema de cohetes y toda clase de productos que contienen pólvora. Estos pueden provocar daños al sistema respiratorio, al oído y eventualmente padecimiento de quemaduras y lesiones que pueden resultar graves y gravísimas, como amputación o pérdida de miembros, e incluso la muerte.
- e) Implantes: en general, todo cuerpo extraño, sólido, líquido o gelatinoso que se introduce, se injerta, se inyecta, se inyecta o se implanta en el cuerpo humano deviene invasivo, nocivo y dañino, a no ser que se trate de tratamientos quirúrgicos o medicinales previamente evaluados y consecuentemente recomendados por los médicos cuyo propósito sea la sustitución de órganos disfuncionales, o bien sea corregir o mejorar el funcionamiento de ellos, o bien combatir enfermedades, y aún en dichos casos su tolerancia no necesariamente es totalmente benigna. La publicidad y la vanidad pueden más que el sentido común, y se tiene información de que en muchos casos los medios de comunicación se han negado a publicar estudios cuyas conclusiones contrarias a los implantes no son del agrado de las industrias, empresas, clínicas y personas dedicadas a promoverlos por el beneficio económico que les supone.
- f) Consumo de esteroides y energizantes: por falta de información profesional adecuada, muchas personas, especialmente jóvenes que practican diversos ejercicios y deportes ingieren esteroides sin ningún control, lo que repercutirá en su propio debilitamiento al pasar los efectos de estos agentes artificiales de musculatura, fuerza y resistencia, aparte de exponerlos a otros riesgos para su salud y para su vida. Por otra parte, los energizantes no son sustitutivos de los nutrientes naturales, e igualmente muchas personas que practican ejercicios y deportes ingieren cantidades ilimitadas de energizantes sin tomar en cuenta que son complementos artificiales y no sustitutos de las bebidas naturales que les proporcionan los minerales, proteínas y vitaminas que su organismo necesita. Tales bebidas son, además, riesgosas para



niños y para personas de la tercera edad.

En una reciente publicación internacional se dio a conocer un estudio realizado por investigadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS), advirtiendo de los riesgos del uso excesivo de bebidas energéticas. Dicho estudio indica que la combinación de los refrescos energizantes con alcohol y su uso por adolescentes constituyen graves peligros para ellos y para otras personas. En efecto, se ha detectado que los jóvenes que ingieren demasiado estas bebidas son propensos a perder el autocontrol y a adoptar comportamientos exhibicionistas tales como practicar sexo sin condón, meterse en peleas, conducir imprudentemente y en forma temeraria a altas velocidades, etc. (*El País*, 14 de octubre de 2014, s. p.).

g) Procesos de adelgazamiento, reducción de peso y reguladores del apetito normal: sobre este tema hay falta de información pública, pues muchas personas –especialmente jóvenes– ingieren medicamentos o sustancias que todavía no están totalmente certificadas como inofensivos. Adicionalmente, ciertos tratamientos para adelgazar y reducir el peso incluyen cirugía y otros procedimientos invasivos que no son recomendables, mientras que otras propuestas de dietas son inconvenientes por inducir a los pacientes a ingerir menos alimentos, recomendando una ingesta limitada a determinados vegetales y frutas que de ninguna manera aportan al organismo los nutrientes que toda persona sana y normal necesita.

La excesiva preocupación por la obesidad puede llevar a las personas al extremo conocido como anorexia, que constituye un riesgo igualmente grave. Hace falta más divulgación por parte de las autoridades de salud sobre la forma de mantenerse saludable, evitar los extremos, así como los peligros y riesgos de los tratamientos de adelgazamiento y reducción de peso. Gran parte de la publicidad sobre adelgazamiento se refiere a procedimientos que constituyen engaño



al público.

- h) Perforaciones y uso de aretes en diferentes partes del cuerpo. Tatuajes. Daño físico, fisiológico y psicológico. Desprecio al valor y dignidad del cuerpo humano tal cual es. Falta de autoaceptación con consecuencias psicológicas y emocionales que pueden ser dañinas.
- i) Uso de tacones no ortopédicos: estos pueden tener efectos para la columna vertebral, para las piernas y para los pies. Hay una incultura generalizada entre la población femenina (y no es fenómeno únicamente en Guatemala) de utilizar calzado que resulta dañino para el pie, para las vértebras y para la misma columna vertebral. La posición y relajamiento del pie en el zapato constituye la base para que la pierna no requiera forzamiento de las vértebras.
- j) Lentes de contacto no recomendados por médicos oftalmólogos. Lentes para cambio de color de los ojos: este es otro cliché importado, pues la cultura tradicional en los países latinos reflejaba una verdadera conformidad con los rasgos raciales externos, entre los cuales está el color de los ojos. En los últimos años ha aumentado el número de personas que de manera artificial desean cambiarse el color de los ojos. Sobre este aspecto de la investigación se ha necesitado consultar con especialistas para determinar en dónde está el daño potencial para la persona que se coloca lentes de contacto con cambio de color de iris. Hace falta una normativa inferior para dar el criterio científico y profesional al respecto, y esa normativa debería provenir del Ministerio de Salud.
- k) Utilización prolongada de lentes 3D. Engaño al ojo y al cerebro. Separación artificial de la imagen real y creación de una imagen artificial que puede producir movimientos erróneos y peligrosos. Perjuicio potencial a la ubicación real de los objetos y a los movimientos derivados, aún cuando ya no se estén usando los lentes 3D por haber acostumbrado al cerebro



a ver imágenes que no son las reales.

- l) Utilización excesiva de audífonos. Daños para el tímpano derivados de la falta de ventilación natural del oído, por cuanto se dilatan por la falta de ventilación externa, acudiendo a la débil ventilación interna, dejándolos dilatados más allá de lo necesario, produciendo su desgaste prematuro.
- m) Utilización de colorantes para el cabello: muchos colorantes contienen un alto porcentaje de cloro, el cual daña irremediablemente el cabello, que es un tejido vivo directamente vinculado al cuerpo humano a través del cuero cabelludo. Especialmente nocivo para el cambio total de color, puesto que el tratamiento implica la decoloración total del cabello (en otras palabras, se mata el cabello, dejándolo inerte) para luego aplicar el color diferente deseado. Esto no significa que no se puedan utilizar colorantes, pero su uso debe ser muy prudente y limitado. Se están haciendo estudios científicos sobre el estado de debilidad en que queda el pelo al que continuamente se le aplica colorante en forma desmedida. La diferencia entre hombres y mujeres es que el pelo del hombre es más corto, de manera que el daño al pelo es menor que en el caso de las mujeres cuando el pelo que se transcolora es largo.
- n) Tenencia de mascotas: peligros para la salud, especialmente de los niños, por la convivencia con mascotas cuyo sistema inmunológico es diferente al sistema humano. Transmisión de bacterias que tienen diferente desarrollo en un animal que en el ser humano. Animales que por su naturaleza no son inofensivos ni domesticables. En general ningún animal debe padecer cautiverio. Movimientos internacionales en pro de la liberación de los animales.
- o) Falta de ingesta de alimentos nutritivos: la falta de cultura de salud produce el desconocimiento de qué alimentos son los adecuados para el ser humano en sus diferentes



circunstancias. La opinión del sustentante respecto de los casos observados es que solamente una reducida minoría de la población se preocupa por indagar cuáles son los alimentos nutritivos para ella.

- p) Calvicie. Causas: naturales o hereditarias, y provocadas. Una de las principales causas de la calvicie provocada es el uso innecesario y continuo de gorras, especialmente de material sintético que impide la ventilación natural que requiere el cuero cabelludo.
- q) Enfermedades en los genitales: el lavado diario y constante de los genitales y la utilización de ropa interior artificial o inadecuada a la anatomía humana que lesionan partes delicadas de los genitales masculinos y femeninos, impiden su adecuada ventilación y favorecen la transmisión de bacterias, sumada a una escasa o nula higiene en la región genital que toda persona debe realizar. En opinión del sustentante, luego de observar los casos resultantes de nuestra investigación, solamente una reducida minoría de personas tiene la cultura de la higiene genital.

9.5. Análisis de la pandemia de la COVID-19 al mes de mayo del año 2020

Una pandemia desata consecuencias de diversa índole: resurgimiento o continuidad insolita de otras enfermedades previas, social, económica, ambiental, legal, etc., todo lo cual retraerá el desarrollo sostenible a parámetros de más de una década atrás.

Para efectos del análisis de la pandemia de la COVID-19 hay tres escenarios diferentes a nivel mundial: los países desarrollados, los países intermedios (tales como BRICS + Turquía + Golfo Pérsico + Sudeste Asiático y Europa Oriental) y los países del tercer mundo.



En efecto, en los países del tercer mundo, la pandemia provocada por la COVID-19 es **múltiple** porque **no será ya una sola problemática sanitaria**, sino que es posible que haya venido a **debilitar la lucha contra otras enfermedades previas**, crónicas o infecciosas, de manera que los sistemas de salud tendrán que reorganizarse al corto plazo en una estrategia amplificada para enfrentar una amenaza múltiple.

Esta pandemia ha generado consecuencias **psicológicas**, o sea hasta en la salud mental de la población, ya que muchas personas padecen al menos de depresión. La población en conjunto y en lo individual de cada uno de sus miembros se ven tan vulnerables y al mismo tiempo tan desprotegidos por los sistemas de salud pública, que solo les queda la resignación ante lo que venga. Adicional a lo anterior, la gente manifiesta síntomas de **ansiedad** y de **estrés** derivados de la **depresión** generalizada, que puede llegar hasta el **pánico** y la **psicosis** causados por el temor al contagio en los lugares de trabajo o en la convivencia social; el miedo a la enfermedad y no contar con suficientes servicios hospitalarios garantizadamente inmunizados y dudosamente estériles. Al final, miedo a la muerte a la vuelta de la esquina. Lo que queda es optar por el encierro, pero este mismo fenómeno produce otra clase de depresión, la cual a su vez empuja a las adicciones (alcohol, drogas, etc.).

La población necesita atención psicológica a nivel comunitario y el Estado, obligado a garantizar la salud del pueblo, debe estudiar la forma de proporcionar asistencia global para todos los habitantes, lo cual podría realizarse progresivamente en forma sectorial y regional por parte de equipos de psicólogos sociales debidamente entrenados y capacitados para tal propósito. Es de hacer notar que en Guatemala hay suficiente cantidad de profesionales de la psicología.



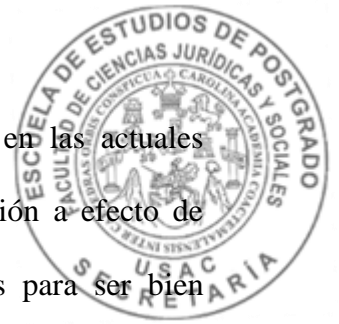
- Efectos sociales

Lo más grave, además de la morbilidad y la muerte potencial, es el desempleo y el subempleo generalizado que la pandemia está produciendo en todo el país. Muchos trabajadores despedidos no recuperarán su empleo y muchos pequeños empresarios están cerrando sus negocios. Siendo esta situación de calamidad, el Estado debería implementar un plan de renta básica de emergencia para mantener aunque mínimamente el balance social.

Adicionalmente, la crisis sanitaria ha venido a retrotraer a algunos grupos de personas a la *ley de la selva*, porque se ha podido ver cómo se enfrentan unos contra otros por hacerse el control de alimentos y bienes de consumo, pulverizando las normas elementales de solidaridad.

Indiferencia ante seres humanos agonizantes y fallecidos. Hemos visto las escenas tan lamentables de un país sudamericano en el cual la población hizo caso omiso de las medidas de prevención y a pesar del confinamiento salieron todo el tiempo, como en circunstancias normales, a las calles. Muchas personas fallecieron y los cadáveres estaban en las calles y las personas pasaban a su lado sin inmutarse ante el destino que les espera a quienes no observan las medidas de prevención. (Fuente de las escenas: en prensa: *El País*, en tv: *CNN*).

Lamentablemente también hay escenarios de asentamientos marginales rurales y urbanos, aparte de la convivencia insana de seres humanos con animales sin ninguna clase de higiene y carencia de agua, el encierro forzado favorece el hacinamiento y este a su vez la promiscuidad, lo cual dará como resultado innumerables e indeterminables casos de violencia sexual, una de cuyas consecuencias serán numerosos embarazos forzados, no deseados y hasta incestuosos de mujeres de todas las edades, incluyendo niñas.



Un factor adicional que incide perjudicialmente en el balance social en las actuales circunstancias es que no se ha implementado una política nacional de población a efecto de evitar su crecimiento desmedido. No existen planes técnicamente elaborados para ser bien comprendidos y aceptados por la comunidad, porque estamos seguros que si se hiciera correcta y eficazmente las familias optarían por su derecho constitucional al espaciamiento del número de hijos, y las mujeres de todas las edades asimilarían también su derecho a decidir libremente al respecto. Una política de esta naturaleza exitosamente llevada a cabo tanto en el área urbana como especialmente en el área rural incidiría favorablemente en el desarrollo social, porque una nación o una ciudad sobrepoblada está condenada a ser pobre y a sufrir desempleo, hambre y enfermedad.

Otro fenómeno social derivados de la pandemia sanitaria es incremento del desempleo y del subempleo. Tal fenómeno favorece a su vez la falta de solidaridad humana y el surgimiento de la explotación del hombre por el hombre a todo nivel, al grado que hemos visto casos de mendicidad inducida, organizada y falsa, consistente en que personas inescrupulosas reclutan a indigentes (hombres, mujeres, niños y ancianos, sanos y enfermos, incluso discapacitados) para colocarlos en la vía pública de lugares estratégicos para pedir dinero, del cual son despojados y únicamente les dejan una mínima parte. Esta situación debería ser denunciada por la Procuraduría General de la Nación y por la Secretaría de Bienestar Social ante el Ministerio Público para que investigue y desarticule las bandas dedicadas a tan infame negocio, y castigue severamente a los responsables.

Asimismo, se da la falta de estandarización de salarios, en un país donde tampoco hay una política laboral coherente, empeorada por el desempleo generado por la COVID-19. Paralelamente, el deterioro de los principios y valores de la convivencia social trae consigo el



incremento de robos, secuestros, extorsiones, asaltos, saqueo, etc. y no.

En una situación de emergencia nacional debe evitarse incurrir en falta de respeto a la autonomía e independencia de las instituciones de seguridad social como si fueran dependencias gubernamentales. A un país como Guatemala le afecta una política fiscal no preparada para situaciones extraordinarias que debieron ser previstas en el marco de una planificación integral y con una eficiente gestión de riesgos que tome en cuenta el principio garantizado por la Constitución Política de la República de Guatemala en su Artículo 243: **“Principio de capacidad de pago. El sistema tributario debe ser justo y equitativo. Para el efecto las leyes tributarias serán estructuradas conforme al principio de capacidad de pago”** (s. p.). Una administración tributaria que ignora dicho principio da una señal inequívoca de responder a un gobierno autoritario –en realidad débil– y de carecer ella de autonomía y de eficiencia, porque por el contrario, **la administración tributaria eficiente no es la que recauda más dinero sino la que recauda lo objetivamente posible conforme con los principios tributarios y cuyas metas responden a la realidad social y económica del país.**

En Guatemala se ha visto que las autoridades políticas le ponen a la SAT metas irreales e inalcanzables basadas en cálculos populistas y no en criterios técnicos que solamente la SAT debiera anteponer. Las anomalías aquí señaladas revelan un Estado débil, deficiente y politizado que viene arrastrando un historial de funcionarios sin carisma, mal seleccionados para los puestos que han ocupado y, por lo tanto, sin capacidad para solucionar o al menos enfrentar los problemas nacionales de su respectivo ramo.

Un factor agravante es el alto nivel de endeudamiento que mantienen permanentemente los asalariados, aun los de bajos ingresos, gracias a las campañas engañosas de bancos y



empresas de crédito que empujan a las personas a contraer deudas sin percatarse de los altos intereses que les cobrarán. Sobre este particular no se han pronunciado las autoridades de la Superintendencia de Bancos ni de la Junta Monetaria.

Esta situación está claramente vinculada con los efectos económicos que se exponen a continuación.

- Efectos económicos

Internamente: falta de capacidad económica de las familias para adquirir los bienes de la canasta básica, situación agravada por el acaparamiento que hacen malos comerciantes al alterar injustificadamente a su favor los precios en detrimento de quienes carecen de los medios para comprar lo necesario. Además del acaparamiento, estos malos comerciantes cometen ocultamiento de bienes, alteración injustificada de precios, alteración de la cantidad o de la calidad de productos, venta de productos vencidos y hasta descompuestos, etc.

Externamente: los países ricos, que son los compradores de alimentos y materias primas, podrían imponer precios más bajos a los productos que les venden los países pobres. ¿Sería justo esto, cuando por el contrario la escasez debería incidir precisamente en los precios empujándolos hacia el alza?

Los pequeños y medianos productores no tendrían ni voz ni voto en este escenario. Los países exportadores tendrían que conformarse con al menos poder vender.

Recursos naturales: la explotación irresponsable de los recursos naturales sigue siendo vergonzosa y lesiva, con los agravantes que el beneficio que le deja al país es ínfimo debido al ilógico sistema de concesiones, sumado al deficiente y corrupto proceso de negociación con las



empresas concesionarias, y del daño ambiental irreparable que causan. De tal manera que ante la emergencia que la nación vive, la población no encuentra ningún alivio económico derivado del sacrificio de sus recursos naturales.

En cuanto a las remesas, se está dando una considerable y penosa reducción de las mismas, lo cual afecta principalmente a las familias que viven de tales envíos que hacen sus parientes desde el extranjero.

Es preciso elaborar planes urgentes para estimular la productividad individual, familiar y colectiva, y así superar el estatus de sobrevivencia.

Otro extremo infortunado también derivado de la pandemia es la mercantilización del sistema de salud pública y del régimen de los productos farmacéuticos. Tan grave es la falta de tratamiento médico como la inaccesibilidad a los productos farmacéuticos.

- Efectos de índole política

Con motivo de la emergencia derivada de la COVID-19 no se ha organizado correctamente el **Consejo Nacional de Salud**, creado y conformado en los artículos 12, 13 y 14 del Código de Salud, el cual podría asesorar al Ministerio de Salud y al Organismo Ejecutivo en forma técnica y con la representatividad de que está investido.

Pero eso no es lo único, hay falta de coordinación entre instituciones y dependencias públicas, y en lugar de priorizar la atención de las necesidades nacionales se dan rivalidades absurdas y luchas de poder totalmente injustificables entre los organismos y entidades del Estado.

Se pone en evidencia un **Estado débil** y sin ninguna clase de política de planificación ni

de prevención –mucho menos de preparación– para situaciones de emergencia que pueden ser causadas por fenómenos naturales, sanitarios o económicos.



Entre otros efectos, también hay perjuicio **ambiental**, falta de recolección de basura, depósito irresponsable de basura en los lagos, ríos, calles y áreas verdes, etc. Además, se desconoce bajo qué criterios los hospitales formales e informales disponen de los desechos hospitalarios, sospechándose que lo hacen como que fuera basura normal, lo cual constituye una grave contaminación del ambiente y propicia la propagación de la misma y la de otras enfermedades.

De último, pero no menos grave, es la confusión **legal y normativa**, por omisión o por emisión defectuosa de leyes, tal como el Decreto 15–2020 del Congreso de la República, o de otras normas de emergencia, que producen discordia entre los organismos del Estado, en la misma opinión pública y entre esta y las entidades prestadoras de servicios tales como la electricidad y los teléfonos, pues dicha ley obliga a las empresas prestadoras a mantener los servicios aunque no sean pagados por parte de los consumidores mientras dure la emergencia de la COVID–19.



CONCLUSIÓN



El sistema de salud pública no debe integrarse solamente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el sistema hospitalario, sino, debe ser incluyente tanto para entidades del sector público, como el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y otras dependencias de dicho sector; así como para entidades y organizaciones del sector privado, tales como la red hospitalaria y farmacéutica, los Colegios Profesionales correspondientes y las Unidades Facultativas e institutos de las universidades reconocidos del país, relacionados con la salud.

Guatemala tiene muchas carencias en materia de salud pública; además, no está preparada para enfrentar una epidemia, mucho menos una pandemia como la del Covid-19, porque los gobiernos no han conocido la importancia de la previsión, ni la necesidad de implementar programas *ad hoc* con recursos humanos, materiales y económicos para tener respuestas inmediatas ante esta clase de emergencias.

Debe implementarse una política permanente de previsión y de respuesta a amenazas sanitarias de todo tamaño y prever las medidas que deben tomarse después de una calamidad, porque en caso contrario los efectos podrían ser peores.

En cuanto al recurso humano, en Guatemala hay un número excedente de médicos y profesionales de ciencias afines. Además, el país cuenta con médicos especializados en todas las ramas de la medicina, lo que permite tener disponibilidad de profesionales calificados. También hay profesionales de todas las carreras, porque en materia de salud pública se necesita de todos ellos.



El Ministerio de Salud Pública debe crear las bases para contar con un equipo permanente de profesionales que puedan aportar los conocimientos y recomendaciones para enfrentar las amenazas a la salud pública en circunstancias extraordinarias.

El régimen legal del sistema nacional de salud no debe limitarse al Código de Salud y otras leyes relacionadas con la salud, sino, debe incluir y promover los reglamentos gubernativos, los reglamentos y acuerdos ministeriales, los manuales y otras normas inferiores que puedan permitir la implementación y realización de programas relacionados con la salud tanto en condiciones normales como en circunstancias extraordinarias.

Finalmente, podemos concluir que la salud pública es una materia que debería priorizarse en la integración regional y a la vez, gestionar mayor cooperación a nivel internacional, tanto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como con otras fuentes. El sistema de salud pública de Guatemala podría aprovechar mejor los esfuerzos centroamericanos e internacionales en este campo, y gestionar eficientemente la cooperación internacional sanitaria.



ANEXOS



ANEXO I

HOSPITAL CENTRO MÉDICO MILITAR

Fecha de la entrevista y de visita realizada: 13 de Abril, 2018.

Entrevistador: Dr. Rodrigo Montúfar.

Nombre de la persona Entrevistada: Dr. Manuel Enrique Álvarez Carranza, exdirector del CMM, Guatemala.

1ª Pregunta: ¿Cuál su opinión sobre el Centro Médico Militar?

RESPUESTA: Dentro de los comentarios positivos y constructivos sobre lo que es el Centro Médico Militar se puede inferir que el mismo, provee cobertura a un considerable segmento de la población guatemalteca a través de: contribución mensual por parte del personal de jubilados y personal de alta en el Ejército de Guatemala; fondos propios (venta de servicios a personal civil requirente) y fondos ordinarios del Ministerio de la Defensa Nacional (0.49% del presupuesto asignado al MDN).

Asume la responsabilidad de proveer medicamentos a derecho-habientes con VIH, nefrología, trasplante renal, oncología, entre otros.

Posee Licencia Sanitaria actual, según últimos requerimientos del Ministerio de Salud.

2ª Pregunta: ¿El CMM tiene convenios interinstitucionales con universidades de Guatemala?

RESPUESTA: El Centro Médico Militar tiene convenios interinstitucionales con las siguientes



Universidades del país: Universidad Mariano Gálvez, Universidad del Valle de Guatemala, Universidad Francisco Marroquín, Universidad Galileo, Universidad de San Carlos de Guatemala y Universidad Rafael Landívar.

3ª Pregunta: ¿El CMM es Hospital Escuela?

RESPUESTA: Por ser un Hospital Escuela de tercer nivel, debe mejorar constantemente el sistema de atención al paciente, calidad y excelencia académica. Lo cual se logra a través de supervisiones y capacitaciones constantes por parte de: la Dirección del CMMM, División Médica, Subdirección de Servicios Clínicos, División de Educación Universitaria, Inspectoría Médica, entre otros.

4ª Pregunta: ¿Cómo adquiere el CMM equipo médico de última generación?

RESPUESTA: El CMM hace esfuerzos presupuestarios con el objeto de comprar constantemente aparatos médicos de última generación, así como insumos de calidad, cumpliendo con lo establecido en la Ley de Compras y Contrataciones del Estado vigente, para dar una mejor atención a los pacientes derechohabientes.

5ª Pregunta: ¿En qué considera usted que debe mejorar el CMM?

RESPUESTA: Referente a lo que el Centro Médico Militar debe mejorar como cualquier otra institución es el modelo de gestión, para afrontar satisfactoriamente el alza al valor de medicamentos, equipo e insumos médicos.

Debe también hacer enlaces con la Organización Panamericana de la Salud para adquirir medicamentos de calidad y a más bajo precio, con el objeto de optimizar el presupuesto



asignado.

Se han sistematizado y automatizado procedimientos para la elaboración de recetas electrónicas y la requisición de las diferentes Bodegas, lo que garantiza un mejor control y un pronto despacho de lo requerido. Lo cual puede hacerse desde teléfonos móviles para ver saldos y disponibilidad de medicamentos, entre otras funciones.

6ª Pregunta: ¿Cuáles son los valores del CMM?

RERSPUESTA: Es un hospital con vasta experiencia desde 1880.

Su slogan actual es: “Espíritu de cuidar y la experiencia para curar”. Mejora constante de los servicios médico–hospitalarios relativos al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación con el objeto de recuperar y preservar la salud del personal derecho–habiente. Substancialmente, mantener el estado de apresto óptimo del personal militar en activo, con el propósito de alcanzar, mantener y salvaguardar los objetivos militares nacionales.

7ª Pregunta: ¿Cuáles son las fortalezas del CMM?

RESPUESTA: EL CMM posee una Escuela Militar de Enfermería, en donde por el término de un año, se capacita a más alto nivel al personal civil y militar. Los mejores se quedan laborando en el CMM, el personal militar retorna más capacitado a sus Comandos Militares y el personal civil puede desenvolverse en cualquier nosocomio o Centro de Salud de su comunidad.

8ª Pregunta: ¿Puede el CMM prestar servicios a la población civil?

RESPUESTA: El CMM está facultado para la venta de servicios médico hospitalarios según

Acuerdo Gubernativo 10-96 cuyos fondos obtenidos son destinados para el financiamiento de los servicios prestados por dicho Centro Asistencial a sus derechohabientes.



Según Acuerdo Ministerial No. 07-97 el MDN reglamenta la contribución de los derechohabientes del Centro Médico Militar, estableciendo las tarifas que aplican a todos los oficiales, especialistas y personal de tropa en servicio activo, así como a oficiales y especialistas jubilados. Fijando una contribución mensual para el funcionamiento del Centro Médico Militar.

9ª Pregunta: ¿Qué servicios de los que ofrece el CMM pueden mejorar?

RESPUESTA: Dentro de los aspectos a mejorar por parte del CMM en cuanto a sus servicios que presta en las siguientes especialidades:

| ESPECIALIDADES MÉDICAS | | |
|--|---|---|
| MEDICINA INTERNA | CIRUGÍA | OTRAS ESPECIALIDADES |
| <ul style="list-style-type: none"> • Neumología • Neurología • Infectología • Reumatología • Cardiología • Oncología • Dermatología • Psicología | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía General • Urología • Cirugía plástica • Cirugía Vascular • Neurocirugía • Oftalmología • Otorrinolaringología • Cirugía de tórax | <ul style="list-style-type: none"> • Pediatría • Ginecología y Obstetricia • Anestesia y manejo del dolor • Traumatología |



| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Psiquiatría• Gastroenterología• Endocrinología• Intensivista• Hematología• Nefrología | | |
|--|--|--|

Capacitar constantemente al personal de especialistas, médicos y enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería en cuanto a técnicas y procedimientos actuales científicamente comprobados.

10ª Pregunta: ¿Cómo hace el CMM para renovar equipo desactualizado, e ir adquiriendo nueva tecnología?

RESPUESTA: Ampliar el sistema de servicios de calidad, excelencia académica, brindando atención personalizada a toda hora, que permita proporcionar a los Derecho Habientes y pacientes en general los mejores servicios de salud que eleven su calidad de vida, proyectándose a nivel nacional e internacional.

ANEXO II

ENTREVISTA AL SEÑOR RICARDO CASTILLO SINIBALDI, PRESIDENTE DE LA JUNTA DIRECTIVA DEL INSTITUTO DE RECREACIÓN DE LOS TRABAJADORES (IRTRA)



Fecha: 30 de Abril, 2020.

Entrevistador: Dr. Rodrigo Montúfar R.

Como parte de la investigación de lo relativo a la recreación, el día treinta de abril de dos mil veinte se realizó una entrevista al señor Ricardo Castillo Sinibaldi, presidente de la Junta Directiva del Instituto de Recreación de los Trabajadores (IRTRA), quien me recibió en su despacho en las oficinas centrales de dicha institución.

Las preguntas que le hice al señor Castillo Sinibaldi fueron las siguientes:

1ª Pregunta: ¿Cómo debe entenderse correctamente la recreación y el descanso? (muchos creen que descansar es no hacer nada).

RESPUESTA: La recreación y el descanso deben hacerse en un lugar agradable donde le atiendan bien y donde encuentre todo limpio y bien presentado, que a la persona le guste, que desee volver. Ese es el requisito, que las instalaciones sean cómodas y que permitan efectivamente el descanso placentero. Así es como comenzamos en 1962 en la Cámara de Industria el proyecto de hacer algo para el descanso de los trabajadores del sector privado. Cuando se le propuso al entonces Ministro de Trabajo él estuvo de acuerdo y así fue como el presidente presentó la iniciativa al Congreso de la República y este aprobó el Decreto 1528, que es la Ley Orgánica del Instituto de Recreación de los Trabajadores. Al principio la ley disponía que los patronos aportaran un pequeño porcentaje calculado sobre los salarios de los



trabajadores. Para entonces solo habían dos lugares: uno en Amatitlán y otro en Agua Caliente, en la carretera al Atlántico, abajo del puente curvo, en jurisdicción de El Progreso. Sin embargo, nos dimos cuenta que ambos lugares no eran lo mejor para construir allí centros formales de recreación.

Yo ya conocía el parque de *Disneyland* en Anaheim, California, Estados Unidos, y pensaba que sería ideal hacer algo similar en Guatemala. Mientras tanto me enteré que había una organización de parques de diversión, la *International Association of Amusement Parks and Attractions* (Asociación Internacional de Parques de Diversiones y Atracciones –IAAPA-), en Orlando, Florida, Estados Unidos de América, lo que me permitió aprender mucho más sobre parques temáticos y eso me animó a proponer que en Guatemala hiciéramos algo así. Pero el porcentaje de aporte de los patronos resultaba muy poco para los costos que los proyectos tendrían, entonces en una reunión de las Cámaras de Industria y de Comercio de Guatemala acordamos por unanimidad que fuera el uno por ciento (1 %) aportado íntegramente por los patronos lo que se destinara al IRTRA.

Eso nos permitió adquirir una finca de una caballería y media en San Martín Zapotitlán, que es la boca–costa de Retalhuleu. En ese terreno había mucha vegetación, abundante agua y todas las condiciones para construir un bonito parque de diversiones. Contratamos profesionales guatemaltecos para que nos hicieran los diseños, tomaron ideas de parques temáticos en otras partes del mundo y nos hicieron el diseño y así fue como se construyó el parque Xetulul, el cual tuvo un gran éxito desde el principio. Seguimos aprendiendo y ampliando las instalaciones y así llegamos a tener hoy el conjunto parques en esa región. Al principio teníamos 40,000 visitantes al año, hoy (en el año 2020) tenemos cuatro millones al año.



2ª Pregunta: ¿Cómo considera usted que los parques recreativos del IRTRA contribuyen a la salud integral de las personas?

RESPUESTA: De todo esto aprendimos que la recreación es una labor que hay que aprender, de manera que si uno no sabe nada de esto debe aprender primero y luego lanzarse a realizar un proyecto.

También debe estudiarse el lugar donde se atraiga el turismo, que sea algo espectacular para que la persona diga “nunca me imaginé un lugar tan bonito así”. Además es importante que el lugar sea saludable.

El requisito de un proyecto es que atraiga al turismo, pero no sólo recreación sino que cuente con hospedaje. El requisito es que tenga un excelente diseño para que le guste a la gente.

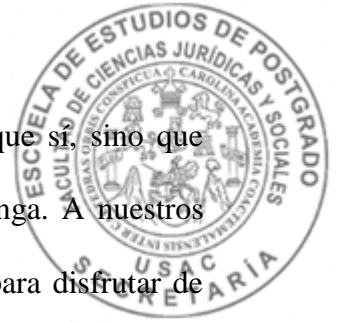
El personal debe ser capacitado en forma profesional.

La atención a los trabajadores del sector privado debe incluir la seguridad y la igualdad.

Hay que darle mantenimiento constante a los parques para que se encuentren en óptimas condiciones y para que todo funcione perfectamente.

3ª Pregunta: ¿Qué proyectos de expansión tiene el IRTRA para llegar a más personas y a más lugares?

RESPUESTA: No estamos estáticos, estamos en movimiento. Toda empresa y toda organización debe estar en movimiento. Por supuesto que estamos planificando extender y mejorar los parques temáticos y recreativos pero no necesariamente significa abrir parques en todos lados porque todo parque tiene un lugar específico en el cual debe ser construido



exitosamente. No vamos a abrir parques en cualquier lugar del país solo porque sí, sino que tenemos que estudiar las circunstancias y facilidades naturales que el lugar tenga. A nuestros parques en Retalhuleu llegan familias de todo el país que han hecho el viaje para disfrutar de ellos.

Los parques recreativos deben ofrecer calidad de las instalaciones y del servicio que en ellos se da a los visitantes. La clave es una buena administración y la austeridad. Además, el jefe debe dar el ejemplo, debe saber de todo lo que se hace en una empresa.

Yo soy presidente de la Junta Directiva del IRTRA desde hace 50 años y el cargo lo ejerzo ad-honorem, no recibo ningún emolumento por serlo, a pesar que en alguna ocasión los miembros de la JD me ofrecieron pagarme un salario no lo acepté porque eso hubiera significado el fin de una buena presidencia ya que cualquiera querría llegar a este puesto por ganar dinero aunque no tuviera capacidad. Les dije que no aceptaba, que muchas gracias, pero no necesito ninguna retribución ya que yo lo hago porque me gusta.

Tenemos un programa de cómo crecer, hay un plan maestro. Se trata que el producto o servicio sea de la mejor calidad.

Hay que aprender de las experiencias tan graves como la situación actual, es una guerra contra un enemigo que no se ve. Debemos trabajar con computadora y ayudar a los demás.

4ª Pregunta: Según el Artículo 6, literal f), de la Ley Orgánica del IRTRA, este debe organizar una propaganda activa y eficaz, a fin de educar a la opinión pública en favor de la buena utilización del tiempo libre por los trabajadores. Pregunta: ¿cómo da cumplimiento el IRTRA a esta finalidad tan importante?

RESPUESTA: El IRTRA propició el nacimiento del Instituto Técnico de Capacitación (INTECAP) que ofrece carreras técnicas cortas que son muy solicitadas. Así es como dotamos a una institución deferente a la nuestra, pero muy cercana, de la tarea de formar miles de personas en esas carreras técnicas, muchos estudian en días de fin de semana o entre semana. Y sí hay que educar a la gente sobre la oportunidad de estudiar en fin de semana.



Un pueblo entero no es fácil de educar, sino que es mediante lo que aprende en una visita cultural, por eso nuestros parques temáticos son muy educativos y quienes llegan aprenden muchas cosas que no fácilmente olvidarán.

ANEXO III

INFORMES SOBRE VISITAS A HOSPITALES DEL INTERIOR DEL PAÍS



Dr. Rodrigo Montúfar frente al Hospital Distrital de Poptún, Petén (27 de agosto de 2018)

Nota: el equipo de investigación en los hospitales departamentales estuvo integrado por el Dr. Rodrigo Montúfar como director, el Lic. Vicente Segura como entrevistador y el personal de transporte, fotografía y apoyo. En algunos hospitales no fuimos atendidos y no se nos dio ninguna información.

INFORME DE VISITA DE CAMPO AL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA



Fecha de la entrevista y de visita realizada: 30 de Octubre, 2013.

Director de la Investigación: Dr. Rodrigo Montúfar.

Entrevistador: Lic. Vicente Segura.

Nombre de la persona Entrevistada: Saida Jerónimo, Encargada de Comunicación Social.

1. Nombre del hospital y dirección.

Hospital Modular Carlos Manuel Arana Osorio.

Ubicado en 2° calle, 14-71 de la zona 1 de Chiquimula.

2. Fecha de construcción y fecha de inauguración.

Aproximadamente se construyó en 1978, fecha desde la cual se encuentra en funcionamiento. No se han hecho modificaciones a su infraestructura, únicamente se han hecho remodelaciones internas en el área de maternidad, con ayuda internacional.

3. Clase de instalaciones que tiene: por ejemplo: enfermedad común, accidentes, emergencias, maternidad, pediatría, consulta externa, salas de operaciones, encamamiento (número de camas), intensivo (cuantas salas o camas de intensivo), etc.

Cuenta con los siguientes servicios hospitalarios:

- ✓ Consulta externa de: adultos, pediatría, ginecología y obstetricia.
- ✓ Área de Emergencia,



- ✓ Cirugía,
- ✓ Sala de operaciones, tiene tres quirófanos funcionales, sin embargo por falta de monitores y equipo, solo pueden operar un paciente a la vez.
- ✓ Número de camas: 153.
- ✓ Sí Tiene intensivo.

4. Número de médicos y enfermeras, residentes.

Médicos: 58

Enfermeras profesionales: 27

Auxiliares de enfermería: 161

5. ¿Tiene equipo, instrumental o medicinas suficientes o cuál es su principal carencia?

Actualmente sí tienen medicamentos suficientes.

Las principales carencias son:

- ✓ Falta de equipo;
- ✓ No hay camillas (todas están en mal estado)
- ✓ Falta de equipo y tecnología (equipos obsoletos).



6. Número de pacientes que tiene al momento de la información (que atendió en 2012).

Fueron atendidos 79,129 pacientes en el año 2,012. Por los diferentes servicios, incluyendo las emergencias cubiertas.

7. Principales enfermedades que atiende (que atendió en 2012).

La mayor productividad de pacientes se atienden por el área de maternidad (atención materno infantil).

El segundo lugar lo ocupan las enfermedades diarreicas agudas (por dengue).

El tercer lugar lo ocupa la atención de accidentes y lesiones.

8. Número promedio de accidentes que atiende y clases de accidentes (por ejemplo Automovilístico, motocicleta, etc.)

Se atiende un promedio mensual de 170 accidentes.

Las causas principales son:

- ✓ Heridas por arma blanca (machete)
- ✓ Accidentes automovilísticos
- ✓ Accidentes en motocicleta
- ✓ Heridas por arma de fuego



9. Número promedio de los casos de maternidad que atiende

Se atendió un total de: 6,120

Partos eutócicos (vía vaginal): 5,040 y

Partos por cesárea atendidos: 1,080.

10. Número promedio de casos de pediatría que atiende.

No se proporcionó este dato.

PREGUNTAS EN ENTREVISTA CON EL DIRECTOR DEL HOSPITAL

Estas preguntas fueron respondidas por la misma persona entrevistada al inicio.

1. ¿Cuáles son las principales carencias que tiene el hospital?

- a) Infraestructura.
- b) Equipo.
- c) Personal médico: especialistas y sub especialistas como: neurólogos, psiquiatras.
- d) Salas de operaciones equipadas.
- e) Camas y camillas.
- f) Ambulancias equipadas (actualmente 2 vehículos tipo pick up funcionan como ambulancia, sin estar equipados para ello).



2. ¿Cuál o cuáles serían las soluciones?

Que exista un supervisor de la sociedad civil, debido a que el personal no cumple con sus horarios de trabajo, el director y subdirector atienden sus clínicas privadas y se ausentan la mayor parte del tiempo de sus funciones dentro del hospital.

Que se invierta en infraestructura, porque debido al transcurso del tiempo, la construcción actualmente se encuentra deteriorada (con muchas grietas en las terrazas y paredes).

Invertir en equipo médico actualizado, porque a la fecha el equipo es obsoleto.

3. ¿Se necesita alguna disposición de carácter ministerial para solucionar la crisis del hospital?

Sí se necesita, además de la implementación de un buen Director del Hospital, porque los pacientes se quejan con el director actual y este hace caso omiso de las peticiones y no le da seguimiento a los proyectos que son necesarios para el Hospital.

INFORME DE VISITA DE CAMPO

HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE OCCIDENTE



Fecha de la entrevista y de visita realizada: 16 de Octubre de 2013.

Director de la investigación: Dr. Rodrigo Montúfar.

Entrevistador: Lic. Vicente Segura.

1. Nombre del Hospital

Hospital Nacional Regional de Occidente.

Dirección 0 Calle, 36–40 Zona 8 de Quetzaltenango.

2. Fue construido en el año 1,988 en el lugar que ocupa actualmente, sin embargo fue hasta el año 1,996 que comienza a funcionar debido a que no estaba equipado.

3. Cuenta con todos los servicios médicos hospitalarios:

- ✓ Emergencia,
- ✓ Consulta externa
- ✓ Maternidad
- ✓ Traumatología
- ✓ Cirugía
- ✓ Medicina interna



- ✓ Intensivo

Además cuenta con sub especialidades:

- ✓ Neumología
- ✓ Cardiología
- ✓ Neumología infantil
- ✓ Neurocirugía
- ✓ Oncología
- ✓ Urología
- ✓ Proctología
- ✓ Gastroenterología
- ✓ Cardiología pediátrica

Tiene una sala de operaciones compuesta por 9 quirófanos. (Tienen capacidad para realizar hasta 9 cirugías al mismo tiempo).

4. Cuenta con 258 médicos distribuidos de la siguiente manera:

- ✓ 188 médicos residentes,
- ✓ 12 médicos turnistas y
- ✓ 58 médicos sub especialistas



Personal de Enfermería:

✓ 356 Auxiliares de Enfermería

✓ 83 Enfermeros profesionales

5. Cuenta con 360 camas censables y 100 camas no censables. Al momento de la entrevista cuentan con suficientes medicamentos, instrumental médico, explican que la principal carencia es infraestructura. Por ser un hospital regional y de referencia, atienden a las personas de la Región Sur occidente y noroccidente del país comprendiendo a los departamentos de Quetzaltenango, San Marcos, Totonicapán, Sololá, Retalhuleu, Suchitepéquez, además Huehuetenango y Quiché, debido a que es un Hospital de Tercer Nivel y cuenta con la mayoría de los servicios y equipo médico que caracterizan a este tipo de hospitales como tomografía, rayos X, etc.

6. Al momento de la entrevista, el hospital reporta en sus archivos médicos un total de 329 pacientes ingresados, distribuidos en los diferentes servicios, (según el entrevistado, Dr. Juan José Escalante, este es el promedio diario de pacientes que se encuentran ingresados, sin embargo el número de pacientes que atiende el hospital por los distintos servicios es mayor). Según cuadro estadístico de enero–septiembre de 2,012 (el cual me fue puesto a la vista). El total de pacientes atendidos por los servicios que más número de pacientes atienden son:

✓ Por Emergencia:

• Medicina Interna: 15,287

• Cirugía: 10,832



- Traumatología: 9,138
 - Gineco-obstetricia: 6,282
 - Pediatría: 8,498
- ✓ Por Consulta Externa:
- Medicina Interna: 45,219
 - Cirugía: 17,808
 - Traumatología: 13,755
 - Ginecología: 11,349
 - Obstetricia: 11,323
 - Pediatría: 15,445

7. Del mes de enero a septiembre del año 2,012 las enfermedades que se atendieron en mayor número fueron:

- ✓ Por medicina Interna: las tres principales afecciones tratadas fueron:
- Infecciones respiratorias: 1,761 casos
 - Infecciones urinarias: 1,578 casos
 - Enfermedad péptica: 864 casos
- ✓ Por Emergencia de Cirugía: las tres principales fueron:



- Herida Corto-contundente: 3,120
- Contusión: 1,011
- Trauma: 1,007

✓ Emergencia de Pediatría: las dos principales:

- Infección Respiratoria: 3,058 casos
- Síndrome Diarreico Agudo: 2,099 casos

8. Aproximado de 300 pacientes mensuales, atendidos por accidente, siendo las causas principales:

- ✓ Accidente en motocicleta
- ✓ Accidente automovilístico
- ✓ Quemaduras
- ✓ Descargas eléctricas

9. Del mes de enero a septiembre del año 2,012 se atendió un promedio de 28, 954 casos de maternidad (incluye ginecología y obstetricia).

10. De enero a septiembre del año 2,012 se atendió un total de 23, 943 casos de pediatría por emergencia y consulta externa.

PREGUNTAS REALIZADAS AL SUBDIRECTOR DE EPIDEMIOLOGÍA DEL HOSPITAL



Dr. Juan José Escalante.

- 1. Principales carencias del Hospital:** infraestructura, debido a que acuden personas de distintos departamentos, si tienen equipo y personal médico suficiente, sin embargo las instalaciones son pequeñas con relación al número de pacientes que se atiende.
- 2. ¿Cuál sería la solución?** La creación de un Hospital Materno Infantil, pues son estos servicios los que ocupan la mayor área del hospital actualmente.
- 3. ¿Se necesita alguna disposición de carácter ministerial para solucionar la crisis hospitalaria?** Sí porque se necesita una fuerte inversión, pues para construir el hospital materno infantil, debe de buscarse un terreno cerca del hospital y la construcción tiene un valor elevado, por lo que se necesita además del apoyo del Ministerio de Salud, el apoyo del Gobierno Central.





Dr. Juan José Escalante. Subdirector Epidemiología Hospital de Quetzaltenango

INFORME DE VISITA AL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE JUTIAPA



Fecha de la entrevista y de visita realizada: 8 de Noviembre, 2013.

Director de la Investigación: Dr. Rodrigo Montúfar.

Entrevistador: Lic. Vicente Segura.

Persona Entrevistada: Dr. José Antonio Morales Flores, Director del Hospital

1. Nombre del hospital y dirección.

Hospital Departamental, Ernestina García Viuda De Recinos, Jutiapa.

9° Avenida y 5 calle, zona 1 de Jutiapa.

2. Fecha de construcción y fecha de inauguración.

Se terminó la construcción en el año 1,956.

Comenzó a funcionar el 30 de julio de 1,957.

3. Clase de instalaciones que tiene: por ejemplo: enfermedad común, accidentes, emergencias, maternidad, pediatría, consulta externa, salas de operaciones, encamamiento (número de camas), intensivo (cuantas salas o camas de intensivo), etc.

Se brinda todo tipo de atención hospitalaria, incluyendo además las siguientes especialidades:

✓ Medicina Interna



- ✓ Gineco–obstetricia
- ✓ Cirugía
- ✓ Pediatría
- ✓ Traumatología
- ✓ Ortopedia

No cuenta con área de intensivo, los pacientes en estado delicado se remiten al Hospital de Cuilapa o bien al Hospital Roosevelt en la capital de Guatemala.

Cuentan con 3 salas de operaciones, las cuales se encuentran completamente equipadas, con monitores y equipos de anestesia.

Número de camas: 230 camas, de las cuales solo 187 son censables.

4. Número de médicos y enfermeras, residentes

- ✓ Número de Médicos: 62 médicos
- ✓ Número de personal de Enfermería: Profesionales: 26. Auxiliares de enfermería: 155.

5. ¿Tiene equipo, instrumental o medicinas suficientes o cuál es su principal carencia?

Cuenta con suficientes insumos, como medicamentos equipo, médico y quirúrgico, teniendo capacidad para atender hasta veinte cirugías por día.

Los tres insumos más importantes actualmente se encuentran abastecidos así:



- ✓ Medicamentos: 97 %
- ✓ Equipo médico quirúrgico: 95 %
- ✓ Laboratorio: 80 %

6. Número de pacientes que tiene al momento de la información (que atendió en 2012)

De enero a noviembre del año 2012, se presenta una producción de:

- ✓ 15, 039 pacientes. (producción hospitalaria, en la cual se toma la cantidad de pacientes que egresaron del hospital, después de que se les ha brindado tratamiento médico).

7. Principales enfermedades que atiende (que atendió en 2012)

Es un hospital traumatológico–obstétrico, es decir que la mayor cantidad de pacientes que se atienden, es por traumatismos (lesiones, accidentes, disparo, heridas) y ginecológicos, en los cuales se incluye la atención del parto, cesáreas y control pre y post natal.

8. Número promedio de accidentes que atiende y clases de accidentes (por ejemplo automovilístico, motocicleta, etc.)

Se atiende un promedio de 170 accidentes mensuales. (No especifica los más recurrentes por tipo de vehículo, por clasificarlos únicamente como traumas).

9. Número promedio de los casos de maternidad que atiende

De enero a diciembre del año 2012, se atendió un total de 5860 partos eutócicos y 2839 partos por cesárea. Total: 8699



10. Número promedio de casos de pediatría que atiende

De enero a diciembre del año 2012 se atendió un aproximado de 6506 casos de pediatría (aproximación, por no estar seguro el entrevistado, si eran los datos reales).

PREGUNTAS EN ENTREVISTA CON EL DIRECTOR DEL HOSPITAL

Dr. José Antonio Morales Flores.

1. ¿Cuáles son las principales carencias que tiene el hospital?

Actualmente cuenta con todo lo necesario, sin embargo si hubiere un mayor aporte presupuestario se lograrían objetivos como la implementación de salas de intensivo, por carecer actualmente de la misma, por falta de equipo. Siendo esto necesario por la gran cantidad de población que se atiende y porque es una zona con muchos accidentes.

2. ¿Cuál o cuáles serían las soluciones?

El aumento del presupuesto para la implementación de nuevos programas como la creación del intensivo. Y mejores salarios para los médicos y personal de enfermería, para incentivarlos en mejora de la atención, calidad, calidez y actitud de responsabilidad para el personal.

3. ¿Se necesita alguna disposición de carácter ministerial para solucionar la crisis del hospital?

Actualmente se maneja la gestión por resultados. El entrevistado explica que el Ministerio apoya, pero como director, debe realizar constantes viajes a la Capital con el objeto de que los trámites avancen, lo que le ha dado buenos resultado, y por ello ha mantenido un buen

nivel de insumos tratando de prevenir la caducidad de los medicamentos y la implementación de nuevos programas.



Dr. José Antonio Morales Flores



Sala de operaciones.



Bodega



Sala de Espera, consulta Externa



Emergencia



Área de Salud. Laboratorio de referencia.

INFORMACIÓN OBTENIDA DE HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS



Entrevista con personal regular que no quiso proporcionar su nombre.

Fundado en 1778 en lo que ahora conocemos como La Antigua Guatemala. Luego se trasladó a la nueva Guatemala de la Asunción, era una construcción de adobe y su estructura fue severamente dañada por el terremoto de 1976, por ello estuvo funcionando en el Parque de la Industria hasta el año 1984, cuando se terminaron de construir las nuevas instalaciones en el lugar donde se encuentra actualmente.

Es un hospital de Referencia, porque a él pueden acudir personas de toda la República y a este se trasladan los pacientes de otros hospitales, cuando no cuentan con los servicios o equipo necesario para la atención. Cuenta con todas las especialidades y subespecialidades de todo hospital nacional. Tiene 900 camas sensibles divididas en los distintos servicios, además cuenta con 200 camillas, (en el área de emergencia es común que en una sola camilla estén dos personas, además de otro grupo de personas que es atendida en las bancas de dicho hospital).

- ✓ Personal de Enfermería:
- ✓ Auxiliares de Enfermería: 900
- ✓ Enfermeras Profesionales: 195
- ✓ Funciona como un hospital escuela, tanto para auxiliares, como profesionales.

A la fecha de la entrevista sí cuentan con suficientes medicamentos y equipo necesario, es común que en el mes de diciembre y enero tengan pocos insumos, por razones presupuestarias y porque los proveedores tienen mucha demanda de medicamentos en esa época.

INFORME DE VISITA DE CAMPO

HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, LA ANTIGUA GUATEMALA



Fecha de la entrevista y de visita realizada: 23 de octubre de 2013.

Director de la investigación: Dr. Rodrigo Montúfar.

Entrevistador: Lic. Vicente Segura.

Persona Entrevistada: Lcda. Cindy Martínez Rivera, Unidad de Comunicación Social y Relaciones Públicas

1. Nombre del hospital y dirección.

Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, La Antigua Guatemala

En la actualidad el Hospital Pedro de Bethancourt, toma el nombre de “Hospital Solidario” según Acuerdo Ministerial número SP-M-1270-2008, del 8 de agosto de 2008, con la finalidad de fortalecer la red de hospitales nacionales.

2. Fecha de construcción y fecha de inauguración

- ✓ Fundado en 1663, por los religiosos de la Orden de San Juan de Dios.
- ✓ Como consecuencia del terremoto de 1976 el edificio que ocupaba el hospital en el centro de la ciudad sufrió daños severos, fue necesario declararlo inhabitable, por lo que en forma improvisada el hospital atendió la emergencia en carpas de circos que se instalaron en el Estadio Pensativo.
- ✓ En 1976 se acomodó el edificio del hotel “Rancho Nimajay”, para que el hospital regularizara



la prestación de servicios, pero nunca llegó a brindar todo lo necesario para garantizar servicios de calidad.

- ✓ Desde 1980 se inició la construcción del edificio actual, situado en la aldea San Felipe de Jesús inició sus funciones en febrero de 1993.
- ✓ En la actualidad, el centro asistencial es un hospital escuela con pregrado y postgrado universitario, calificado y certificado por la Universidad de San Carlos de Guatemala, que contribuye a la formación de profesionales de Medicina Interna, Traumatología, Gineco–Obstetricia y Pediatría egresando los primeros especialistas de Medicina Interna en el año 2010. Se está capacitando mensualmente a comadronas de cada distrito de salud, para la atención del parto limpio y seguro.

3. Clase de instalaciones que tiene: por ejemplo: enfermedad común, accidentes, emergencias, maternidad, pediatría, consulta externa, salas de operaciones, encamamiento (número de camas), intensivo (cuantas salas o camas de intensivo), etc.

- ✓ Medicina Interna
- ✓ Gineceo–obstetricia
- ✓ Cirugía, Pediatría
- ✓ Traumatología
- ✓ Ortopedia
- ✓ A partir del año 2007 se implementa la **Unidad de Cuidados Intermedios (UCI)** y con fondos propio del hospital la **Clínica del Diabético, Neumología, Cardiología, Terapia**



Respiratoria, Nutrición, Gastroenterología

- ✓ En el año 2008 se implementó el primer **Banco de Leche Materna** siendo el primer Banco de Leche a nivel Nacional y Centro Americano modelo para los actuales bancos de leche que impulsa el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- ✓ En el año 2009 se implementa la Clínica Integral de VIH/SIDA
- ✓ Cuenta con 202 camas censables.
- ✓ Cuenta con una Sala de Operaciones, compuesta de 4 quirófanos.

4. Número de médicos y enfermeras, residentes.

152 médicos distribuidos de la siguiente manera:

- ✓ Internistas: 13
- ✓ Cirujanos: 15
- ✓ Gineco-obstetras: 18
- ✓ Pediatras: 14
- ✓ Traumatólogos: 5
- ✓ Anestesiólogos: 10
- ✓ Patólogos: 1
- ✓ Generales: 71



✓ Turnistas: 5

Número de personal de Enfermería: 239, distribuidos en las siguientes categorías:

✓ Profesionales: 49

✓ Auxiliares de enfermería: 187

✓ Auxiliares de clínica integral: 3

5. ¿Tiene equipo, instrumental o medicinas suficientes o cuál es su principal carencia?

Actualmente sí cuentan con suficientes medicamentos, equipo e instrumental médico. La principal carencia se encuentra en infraestructura y personal médico.

6. Número de pacientes que tiene al momento de la información (que atendió en 2012)

De enero a noviembre del año 2012, se presenta una producción de:

✓ Consulta externa 73,300 consultas

✓ Emergencia 65,161 consultas

✓ A Sala de Operaciones 5, 577

✓ Labor y partos atendió: partos normales 2,985 y 3,034 cesáreas, haciendo un total de: 6,019 partos atendidos

✓ Cirugía general: 543 electivas, 5,034 emergentes, haciendo un total de: 5,577 intervenciones quirúrgicas



- ✓ Traumatología: 919

7. Principales enfermedades que atiende (que atendió en 2012)

Enfermedades gastrointestinales (no proporcionó cantidad). Esto ocurre por el tipo de población que atienden, poblaciones que están en alto riesgo por los desastres naturales como los municipios siguientes: Jocotenango, Santa Lucía Milpas Altas, San Bartolomé Milpas Altas, Santa Catarina Barahona, Antigua Guatemala, Alotenango, Magdalena Milpas Altas, Santa María de Jesús y Sumpango.

Principales causas de Mortalidad General:

- ✓ Prematurez 14 %
- ✓ Choque séptico 13 %
- ✓ Neumonía 8 %
- ✓ Shock hipovolémico 5 %
- ✓ Arritmia cardíaca maligna 4 %
- ✓ Insuficiencia respiratoria superior 4 %
- ✓ Cirrosis hepática 3 %
- ✓ Diabetes mellitus 4 %
- ✓ Fallo ventilatorio 3 %
- ✓ Hemorragia gastrointestinal superior 3 %



✓ Resto de causas: 39 %

8. Número promedio de accidentes que atiende y clases de accidentes (por ejemplo automovilístico, motocicleta, etc.)

No proporcionó dato.

9. Número promedio de los casos de maternidad que atiende

En el año 2012 la atención de partos hasta el mes de noviembre fue de 6,019 partos, incluye partos normales y partos por cesárea.

10. Número promedio de casos de pediatría que atiende

No se proporcionó este dato.

PREGUNTAS EN ENTREVISTA CON EL DIRECTOR DEL HOSPITAL

NOTA: *No se pudo entrevistar al Director, por encontrarse en una reunión con médicos especialistas del Hospital. Sin embargo las preguntas fueron contestadas por Lcda. Cindy Martínez Rivera Encargada de Comunicación Social.*

1. ¿Cuáles son las principales carencias que tiene el hospital?

- ✓ Estructura física reducida
- ✓ Falta de recurso humano
- ✓ Falta de equipo de última tecnología

2. ¿Cuál o cuáles serían las soluciones?

Por el volumen de trabajo, características y servicios que presta este hospital debería ser considerado como **Hospital Regional con su respectivo presupuesto**, lo que le daría mayor capacidad de respuesta a las necesidades salud del territorio. (Convertirlo en Hospital Regional).



Además, se hace imprescindible, la implementación de 2 quirófanos materno y 2 quirófanos más para cubrir emergencia, con sus respectivos equipos y personal. Para cubrir el área de maternidad, pues a la fecha esta área utiliza el 59 % de los quirófanos de sala de operaciones.

3. ¿Se necesita alguna disposición de carácter ministerial para solucionar la crisis del hospital?

Sí, porque el Hospital puede cambiar de categoría a Hospital Regional por medio de un Acuerdo Ministerial del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



INFORME DE VISITA DE CAMPO

HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

Fecha de la entrevista y de visita realizada: 8 de Octubre, 2013.

Director de la investigación: Dr. Rodrigo Montúfar.

Entrevistador: Encuestador: Lic. Vicente Segura.

Persona Entrevistada: Lcda. Cindy Martínez Rivera, Unidad de Comunicación Social y Relaciones Públicas

1. Nombre del hospital y dirección

Hospital Nacional de Escuintla, Km. 59.5 Carretera a Taxisco, Santa Rosa.

2. Fecha de construcción y fecha de inauguración

Inaugurado en 1981, año desde el cual se encuentra funcionando en dicho lugar.

3. Clase de instalaciones que tiene: por ejemplo: enfermedad común, accidentes, emergencias, maternidad, pediatría, consulta externa, salas de operaciones, encamamiento (número de camas), intensivo (cuantas salas o camas de intensivo), etc.

Cuenta con los servicios de: Emergencia, Consulta externa y hospitalización.

Cuenta con las siguientes especialidades: medicina interna, cirugía, pediatría, geriatría, ginecología, obstetricia, traumatología.

Tiene 7 salas de operaciones, sin embargo a la fecha solo 6 se encuentran funcionando y



una está en remodelación.

Tiene intensivo, dividido en tres áreas: adultos, pediátrico y neonatal.

Cuenta con 170 camas censables, se les denomina así a las camas que están avaladas por el Censo de Salud, por ser adecuadas para la atención de pacientes. Sin embargo cuentan con 40 camas comunes, las cuales utilizan cuando hay sobrepoblación de pacientes.

4. Número de médicos, enfermeras y residentes

Por ser un hospital escuela, cuenta con 144 médicos distribuidos en los diferentes servicios, se incluye en dicho número a los médicos residentes, además cuentan con estudiantes de medicina haciendo su externado (estudiantes de medicina de tercer año en adelante) y los que hacen su internado (que están en el último año de medicina).

Personal de Enfermería:

- ✓ Auxiliares de Enfermería: 220, distribuidos en tres turnos.
- ✓ Enfermeros Profesionales: 45.

5. ¿Tiene equipo, instrumental o medicinas suficientes o cuál es su principal carencia?

A la presente fecha cuenta con suficiente equipo, instrumentos y medicinas (80 %). Es al final del año en que se tiene una baja de medicamentos, por razones presupuestarias.

6. Número de pacientes que tiene al momento de la información (que atendió en 2012)

En el año dos mil doce se atendió a 202, 731 personas en los diferentes servicios y especialidades. Siendo por la emergencia el número mayor de personas que se atienden con un



total atendido en el año 2012 de 101, 634 pacientes.

7. Principales enfermedades que atiende (que atendió en 2012)

- ✓ Medicina General: 32, 974 pacientes
- ✓ Pediatría: 28, 358 pacientes
- ✓ Maternidad: 13, 611 pacientes

8. Número promedio de accidentes que atiende y clases de accidentes (por ejemplo automovilístico, motocicleta, etc.)

En el año 2012 se atendió un total de 22,656 pacientes, de la cantidad indicada se atendió 11.8 % por medio de cirugía, 10.4 % por el área de trauma y el 77.8 % se atendió en la emergencia, sin necesidad de hospitalización. La mayoría de las causas fueron accidentes automovilísticos, motocicletas y transporte colectivo.

9. Número promedio de los casos de maternidad que atiende

Se atendió por la emergencia 13611 casos de maternidad en el año 2012, de los cuales 7320 fueron atendidas por el servicio; y 6669 se atendieron por la consulta externa.

10. Número promedio de casos de pediatría que atiende

- ✓ Por la emergencia se atendió 19128 casos
- ✓ Medicina interna de pediatría: 1421 casos
- ✓ Consulta externa: 7878 casos

✓ Haciendo un total atendido en el año 2012 de: 28358 pacientes



PREGUNTAS REALIZADAS AL DIRECTOR DEL HOSPITAL DE ESCUINTLA

NOTA. *No se pudo llevar a cabo la entrevista con el Director del Hospital, sin embargo las preguntas fueron respondidas por la persona encargada de información: señorita **Jessica Porras.***

El nombre del director del Hospital es: Dr. Luis Roberto Calvo Martínez.

Subdirector: Carlos Lionel Hernández Méndez.

1. ¿Cuáles son las principales carencias del Hospital?

La infraestructura, porque se atiende una gran cantidad de pacientes, sin embargo las instalaciones son mínimas. En diciembre del año 2012 se inauguró el área de consulta externa de especialidades, construcción y mobiliario que fue donado por un ingenio que se ubica en el Departamento de Escuintla (no proporcionó el nombre), sin embargo sigue siendo insuficiente y los servicios son reducidos.

El Hospital fue construido conforme a los planos que estaban destinados para el Departamento de San Marcos, es por ello que tiene muy poca ventilación, lo cual perjudica la estadía de los pacientes y del personal médico y enfermeras, por las altas temperaturas.

2. ¿Cuál o cuáles serías las soluciones?

El Hospital cuenta con un área de terreno bastante extensa, por lo que se pueden construir mejores instalaciones, adecuadas al ambiente del lugar y a la magnitud de pacientes que se atienden.

3. ¿Se necesita alguna disposición de carácter ministerial para solucionar la crisis del Hospital?



Sí es necesario que el Ministerio de Salud apoye con mayor presupuesto, mayormente para construcciones, además apoyar en el caso de que autorice a la brevedad las donaciones que se gestionan directamente por el Director del Hospital con los empresarios del lugar, ya que por el exceso de trámites burocráticos que se realizan a nivel del Ministerio, se han perdido muchas donaciones debido a que si el Ministerio no autoriza, no se pueden gestionar las mismas.



INFORME DE VISITA DE CAMPO

HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO

Fecha de la entrevista y de visita realizada: 26 de Noviembre, 2013

Director de la investigación: Dr. Rodrigo Montúfar.

Entrevistador: Lic. Vicente Segura.

1. Nombre del Hospital y Dirección

Hospital Nacional de Mazatenango

1ª. Avenida Norte y 3ª. Calle zona 1, Mazatenango, Suchitepéquez.

2. Fecha de construcción y fecha de inauguración

Fue fundado en el año 1919, la primera construcción fue sencilla de adobe y madera, contando con un segundo nivel de madera, en el lugar que ocupa actualmente el anfiteatro.

En marzo de 1940 se autoriza la construcción del nuevo Hospital de Mazatenango (lugar en el que funciona actualmente).

En 1950 se construyó la capilla del Hospital y otro ambiente que albergaba a las Hermanas de la Caridad, quienes administraron por varios años el hospital. Actualmente en dicho espacio se ubica la Dirección de Área de Salud de Suchitepéquez.



3. Clase de instalaciones que tiene

| SERVICIOS | CAMAS |
|------------------------|-------|
| ✓ Emergencias | 12 |
| ✓ Intensivo de Adultos | 07 |
| ✓ Maternidad | 40 |
| ✓ Labor y Partos | 06 |
| ✓ Salud Reproductiva | |
| ✓ Banco de Sangre | |
| ✓ Cirugía de Hombres | 14 |
| ✓ Cirugía de Mujeres | 12 |
| ✓ Cirugía de Niños | 06 |
| ✓ Laboratorio | |
| ✓ Rayos X | |
| ✓ Quirófanos | 03 |
| ✓ Farmacia Interna | |
| ✓ Farmacia Estatal | |



| | |
|-----------------------|----|
| ✓ Medicina de Niños | 10 |
| ✓ Medicina de Mujeres | 10 |
| ✓ Medicina de Hombres | 15 |
| ✓ Traumatología | 27 |
| ✓ Consulta Externa | |
| ✓ Medicina General | |
| ✓ Traumatología | |
| ✓ Gineco–Obstetricia | |
| ✓ Pediatría | |
| ✓ Clínica HIV | |
| ✓ Odontología | |
| ✓ Laboratorio | |
| ✓ Nutrición | |
| ✓ Fisioterapia | |
| ✓ Intensivo de Niños | |
| ✓ Archivo | |

Total de Camas: 162



4. Número de médicos y enfermeras:

- ✓ Total de médicos: 101
- ✓ Enfermeras profesionales: 039
- ✓ Auxiliares de Enfermería: 243

5. Carencias en los servicios

- ✓ Escasez de medicamentos en varios servicios
- ✓ Material de curación
- ✓ Equipo instrumental de acero inoxidable

Principales carencias

- ✓ Sillas de ruedas
- ✓ Camillas
- ✓ Ventiladores
- ✓ Bancas de estadía
- ✓ Ultrasonido
- ✓ Monitor fetal
- ✓ Ambulancia tipo panel
- ✓ Equipamiento general cuidados críticos para ambulancia



- ✓ Equipo de computación
- ✓ Aspiradores de secreciones para anestesia
- ✓ Laringoscopios con hojas pediátricas y adultos
- ✓ Electrocauterios
- ✓ Monitores para anestesia
- ✓ Oxímetros de pulso
- ✓ Autoclaves
- ✓ Modulo térmico
- ✓ Esfigmomanómetros de pedestal
- ✓ Aspiradores quirúrgicos
- ✓ Máquina de anestesiología
- ✓ Mesa quirúrgica
- ✓ Bomba de vacío

6. Número de Pacientes que atendió en 2012

- ✓ Emergencias: 53,883
- ✓ Consulta Externa: 31,013
- ✓ Egresos: 14,347



Total pacientes: 99,243

7. Número promedio de los casos de maternidad que atendió en el año 2012:

7,701 casos.

8. Número promedio de casos de pediatría atendidos en 2012.

1033 casos. (No incluye casos de consulta externa. Solo ingresados).

Siendo las principales enfermedades:

✓ Síndrome diarreico agudo

✓ Sepsis

✓ Neumonía adquirida

9. Población que cubre el Hospital:

Brinda servicios a 20 municipios de 3 departamentos (Retalhuleu, Sololá y Escuintla).

Cubriendo una población de 504, 247 habitantes.

INFORME DE VISITA DE CAMPO HOSPITAL NACIONAL DE SALAMÁ



Fecha de la entrevista y de visita realizada: 25 de octubre, 2013

Director de la investigación: Dr. Rodrigo Montúfar

Entrevistador: Lic. Vicente Segura

Persona Entrevistada: Dr. Carlos Torres. Cirujano General, Director del Hospital

1. Nombre del hospital y dirección

Hospital Nacional de Salamá

Se encuentra ubicado en la 1ª Calle, 1-01 de la Zona 4 de Salamá Baja Verapaz.

2. Fecha de construcción y fecha de inauguración

Se inaugura en el gobierno del general José Efraín Ríos Month, en el año de 1,983. Inicialmente se le dio el nombre de “Hospital veintitrés de marzo”, fecha desde la cual ha estado en funcionamiento; sin embargo desde el año 1,998 aproximadamente se le dio el nombre de Hospital Nacional de Salamá por medio de un Acuerdo Ministerial del Ministerio de Salud Pública.

3. Clase de instalaciones que tiene: por ejemplo: enfermedad común, accidentes, emergencias, maternidad, pediatría, consulta externa, salas de operaciones, encamamiento (número de camas), intensivo (cuantas salas o camas de intensivo), etc.

Cuenta con todos los servicios hospitalarios como: área de emergencia, consulta externa y hospitalización. Se atienden únicamente especialidades como: ginecología y obstetricia,



medicina interna, cirugía, pediatría.

Actualmente cuenta con setenta y cinco (75) camas censables, sin embargo el Hospital tiene capacidad para cien (100) camas. Según datos proporcionados por el entrevistado, de acuerdo al número de la población, el hospital actualmente debería de contar con 280 camas, pues a la fecha atienden a una población de aproximadamente 280, 000 habitantes, esto implica que actualmente el promedio día de cama ocupada rebasa el 92 % de las mismas.

Cuentan con sala de operaciones, compuesta de cuatro quirófanos. Este hospital, no cuenta con intensivo.

4. Número de médicos y enfermeras, residentes.

El número total de médicos, es de: **33** en dicha cantidad se incluye a los médicos residentes y médicos que están por terminar su especialidad.

Enfermeras profesionales: 31

Auxiliares de Enfermería: 91

5. ¿Tiene equipo, instrumental o medicinas suficientes o cuál es su principal carencia?

El techo presupuestario del hospital era de 6.4 millones de quetzales, sin embargo este año ha sufrido ampliaciones, lo que ha significado el mantener a la fecha un abastecimiento de:

✓ Insumos: 84 %

✓ Medicamentos: 92 %



Sin embargo este hospital no cuenta con monitores, únicamente cuenta con:

- ✓ Equipo de rayos X: 2
- ✓ Ultrasonido: 1
- ✓ Mamografía: 1
- ✓ Monitor fetal: 1

6. Número de pacientes que tiene al momento de la información (que atendió en 2012)

De enero a diciembre del año 2,012 se atendió un aproximado de 21, 000 pacientes. Se mantuvo un 85 % de camas ocupadas por día y la producción materno–infantil se mantuvo en un 74 %.

7. Número promedio de accidentes que atiende y clases de accidentes (por ejemplo automovilístico, motocicleta, etc.)

Se atiende un promedio de 1,000 pacientes mensualmente por accidentes diversos.

Las principales causas de accidentes son:

- ✓ Motocicleta: 70 %
- ✓ Ofídicos: 10 %
- ✓ Otros: 20 %



8. Número promedio de los casos de maternidad que atiende y número promedio de casos de pediatría que atiende

La producción materno–infantil, es una de las principales en este hospital. Del número total de pacientes, que se atendió en el año 2,012, el 74 % de pacientes fueron atendidos por el área de ginecología, obstetricia, y pediatría.

- ✓ Casos de maternidad: 2,400
- ✓ Ginecología: 2,300
- ✓ Casos de pediatría: 2, 500
- ✓ Consulta externa de pediatría: 2, 700

Nota: En casos de niñas embarazadas menores de 14 años, se realizan las siguientes diligencias:

En días hábiles: Se remiten a trabajo social, y de allí acompañamiento a la Procuraduría General de la Nación, luego Ministerio Público, para iniciar la persecución penal.

En días inhábiles: La encargada es la Encargada de Enfermería, quien está obligada a remitir al Juez de Paz, a efecto de que este inicie las diligencias pertinentes.

PREGUNTAS EN ENTREVISTA CON EL DIRECTOR DEL HOSPITAL

Dr. Carlos Torres. Cirujano General

Presidente del Comité de Médicos del Colegio de Médicos de Guatemala.



1. ¿Cuáles son las principales carencias que tiene el hospital?

- ✓ Equipamiento
- ✓ Infraestructura (no hay espacio)
- ✓ Personal médico calificado

2. ¿Cuál o cuáles serían las soluciones?

- ✓ Contratación de personal calificado
- ✓ Interés de las autoridades, para nueva infraestructura
- ✓ Voluntad política

3. ¿Se necesita alguna disposición de carácter ministerial para solucionar la crisis del hospital?

Esto es de suma importancia, pues debido a que en la actualidad cuenta con el apoyo del Ministro de Salud, aún cuenta con insumos suficientes, sin embargo es necesario que se aumente el techo presupuestario del hospital, con el objeto de crear una estructura adecuada al número de la población que se atiende. Como director he realizado las gestiones para agilizar dicha solicitud, sin embargo se debe insistir con el objeto de brindar una mejor atención hospitalaria.

INFORME VISITA DE CAMPO AL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA



Fecha de la entrevista y de visita realizada: 30 de octubre, 2013

Director de la investigación: Dr. Rodrigo Montúfar

Entrevistador: Lic. Vicente Segura

Persona entrevistada: (no quiso proporcionar su nombre)

1. Nombre del hospital y dirección

Hospital Regional de Zacapa.

Ubicado en 16 avenida, Barrio Cementerio Nuevo, zona 3 de Zacapa.

2. Fecha de construcción y fecha de inauguración

Ha funcionado desde 1959, sin embargo, en el período presidencial de Alfonso Portillo, fue ampliado y remodelado, por ello la infraestructura actualmente se encuentra en buenas condiciones.

3. Clase de instalaciones que tiene: por ejemplo: enfermedad común, accidentes, emergencias, maternidad, pediatría, consulta externa, salas de operaciones, encamamiento (número de camas), intensivo (cuantas salas o camas de intensivo), etc.

- ✓ Medicina Interna: hombres, mujeres y niños
- ✓ Cirugía: hombres, mujeres, pediátrica
- ✓ Traumatología: hombres, mujeres y niños



- ✓ Intensivo: adultos mujeres y niños
- ✓ Ginecología
- ✓ Emergencia materno-infantil
- ✓ Nutrición
- ✓ Todos los servicios hospitalarios

4. Número de médicos y enfermeras, residentes

- ✓ Médicos: 89
- ✓ Enfermeras profesionales: 30
- ✓ Auxiliares de enfermería 166

5. ¿Tiene equipo, instrumental o medicinas suficientes o cuál es su principal carencia?

Sí cuentan con insumos suficientes, en el almacén y farmacia. Su principal carencia es en personal médico.

6. Número de pacientes que tiene al momento de la información (que atendió en 2012)

En el año 2,012 la producción hospitalaria, (se incluyen solo egresos) fue de: 14, 527 pacientes de los cuales 4,601 pacientes fueron hombres y 9, 601 fueron mujeres. Por la consulta externa se atendió un total de: 55,189 pacientes, y por la emergencia: 78,893 pacientes. De enero–octubre de 2013 se ha atendido un total de 76,612 emergencias.



7. Principales enfermedades que atiende (que atendió en 2012)

No cuentan con un dato específico, sin embargo indica que la mayor cantidad de pacientes que se atienden es en **maternidad y ginecología** (incluyendo los abortos, que es una cantidad considerable). En segundo lugar están las enfermedades respiratorias (neumonía).

8. Número promedio de accidentes que atiende y clases de accidentes (por ejemplo automovilístico, motocicleta, etc.)

En el año 2012 se atendió un total de accidentes 2,130 incluye accidentes y violencia. No se tiene un dato específico de accidentes por tipo de vehículo, únicamente en cuanto el sexo de los pacientes.

1416 accidentes de hombres, y 714 accidentes de mujeres,

9. Número promedio de los casos de maternidad que atiende

Hasta el mes de octubre del año 2013 se han atendido: 6,583 pacientes por embarazo. Se han atendido 2115 partos eutócicos y partos por cesárea: 1968

10. Número promedio de casos de pediatría que atiende

Hasta octubre del 2013 se han atendido: 1,893 pacientes que han requerido hospitalización, no incluye consulta externa.

Niños: 981

Niñas: 512

PREGUNTAS EN ENTREVISTA CON EL DIRECTOR DEL HOSPITAL



NOTA: *No se pudo realizar, por no encontrarse en el Hospital.*

Fueron contestadas por la misma persona entrevistada en el área de estadística.

1. ¿Cuáles son las principales carencias que tiene el hospital?

El personal médico.

2. ¿Cuál o cuáles serían las soluciones?

Contratación de más médicos y enfermeras auxiliares

3. ¿Se necesita alguna disposición de carácter ministerial para solucionar la crisis del hospital?

Sí, porque el Ministerio de Salud debe desembolsar del presupuesto una cantidad mensual para servicios médicos.

INFORME DE VISITA AL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA



Fecha de la entrevista y de visita realizada: 8 de Noviembre, 2013

Director de la investigación: Dr. Rodrigo Montúfar

Entrevistador: Lic. Vicente Segura

Persona Entrevistada: Dr. Emilio Velásquez, Director Hospital de Cuilapa

1. Nombre del hospital y dirección

HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA.

4 Calle, 1-51 zona 4 de Cuilapa.

2. Fecha de construcción y fecha de inauguración

Ignora dato.

3. Clase de instalaciones que tiene: por ejemplo: enfermedad común, accidentes, emergencias, maternidad, pediatría, consulta externa, salas de operaciones, encamamiento (número de camas), intensivo (cuantas salas o camas de intensivo), etc.

Cuenta con todos los servicios de un hospital de categoría "A", por lo cual tiene médicos especialistas y sub especialistas. Cuenta con equipo de rayos X, ultrasonido 3D, ultrasonido convencional.

Cuenta con un área de intensivo, dividido en:

✓ Intensivo de adultos: 9 camas



- ✓ Intensivo pediátrico: 4 camas
- ✓ Intensivo neonatal: 15 camas
- ✓ Normalmente el área de intensivo se satura de pacientes, por ello deben utilizar camas de otros servicios para cubrir la demanda de pacientes.

Número de camas: 230 camas sensibles.

4. Número de médicos y enfermeras, residentes

Número de Médicos: 186

Número de personal de Enfermería:

- ✓ Profesionales: 65
- ✓ Auxiliares de enfermería: 284

5. ¿Tiene equipo, instrumental o medicinas suficientes o cuál es su principal carencia?

Sí cuenta con suficientes medicamentos y equipo médico, sin embargo en los meses de diciembre y enero se presenta escasez de los mismos.

La carencia principal es la infraestructura, por ser un hospital de referencia, la cantidad de pacientes que se atienden supera la capacidad para la cual fue construido el hospital.

6. Número de pacientes que tiene al momento de la información (que atendió en 2012)

De enero a noviembre del año 2012, se atendió 129,952 pacientes, divididos así:



- ✓ Consulta externa: 72, 803
- ✓ Emergencia: 57, 149

7. Principales enfermedades que atiende (que atendió en 2012)

- ✓ La Apendicitis aguda es una de las enfermedades que más se trataron en el año 2,012 atendiendo **801 casos**
- ✓ En segundo lugar se encuentra el aborto espontáneo incompleto, sin complicación: 462 casos atendidos
- ✓ Traumatismo craneo encefálico: 407
- ✓ Neumonías y bronconeumonías: 375
- ✓ Convulsiones: 128
- ✓ Fractura de antebrazo: 122
- ✓ Tumor benigno de útero: 112
- ✓ Fractura del fémur: 101
- ✓ Diabetes mellitus no insulino dependiente: 89
- ✓ Herida por proyectil de arma de fuego: 87
- ✓ Resto de causas suman: 12, 043



8. Número promedio de accidentes que atiende y clases de accidentes (por ejemplo automovilístico, motocicleta, etc.)

De enero a diciembre del año 2012 se atendió un aproximado de 2,186 accidentes (no especifica tipo de accidente, únicamente hace un aproximado de los casos de traumas, fracturas, heridas cortantes, etc).

9. Número promedio de los casos de maternidad que atiende

De enero a diciembre del año 2012, atendieron 4, 574 casos de maternidad, (únicamente partos).

10. Número promedio de casos de pediatría que atiende

Se tendió un promedio de 2, 442 casos de pediatría (se hace referencia únicamente al número de egresos registrados, no incluye los casos de la consulta externa, ni las emergencias que no requieren hospitalización).

PREGUNTAS EN ENTREVISTA CON EL DIRECTOR DEL HOSPITAL

Dr. Emilio Velásquez

1. Cuáles son las principales carencias que tiene el hospital

Su principal carencia es en infraestructura, personal médico y enfermeros, en estos dos últimos meses del año y en los meses de enero a marzo se presenta un desabastecimiento de medicamentos.

El equipo quirúrgico, es una de sus debilidades, debido al consumo de ello que se realiza



en el área de intensivo.

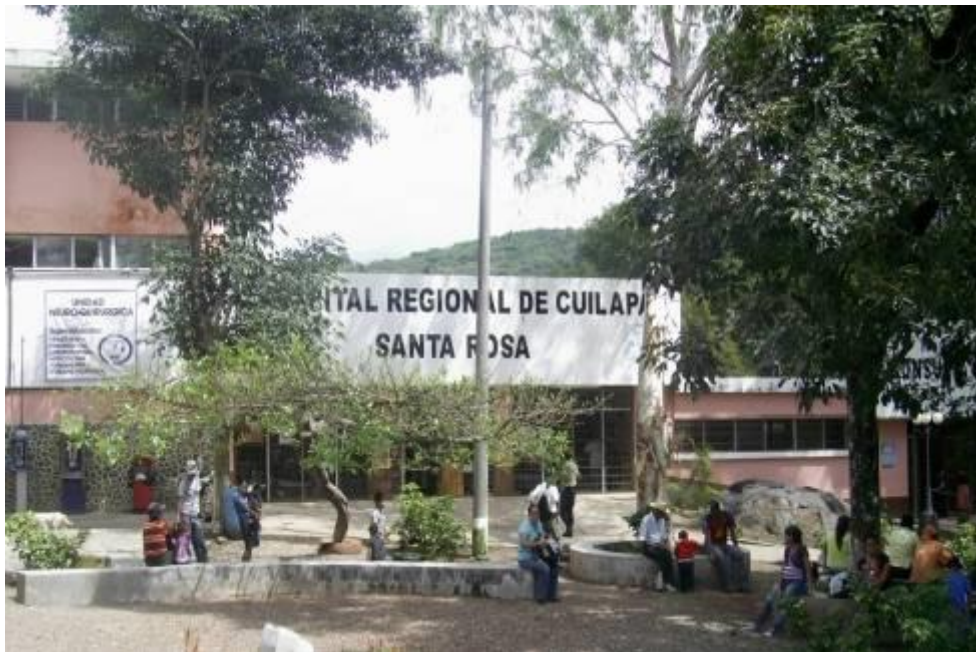
2. ¿Cuál o cuáles serían las soluciones?

Aumentar el presupuesto del hospital.

Crear un área exclusiva de intensivo de pediatría, que es la que presenta el mayor número de pacientes.

3. ¿Se necesita alguna disposición de carácter ministerial para solucionar la crisis del hospital?

Sí, porque en vez de estar pensando en reducir el presupuesto para el Ministerio de Salud, se debe aumentar, porque la salud es de suma importancia y es el único recurso que el Estado proporciona directamente a la población.



Acceso a hospital por Consulta Externa



Dr. Emilio Velásquez, Director de Hospital



Corredor al área de intensivo



Área de maternidad y banco de leche materna



Ingreso de Emergencia



Sala de Espera. Consulta Externa

INFORME



DATOS RELEVANTES SOBRE INVESTIGACIÓN HOSPITALARIA OBTENIDOS DEL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Análisis de Situación de Salud, Guatemala, 2013.

Revisión: 2006–2008–2010.

Datos Relevantes:

1. Camas hospitalarias

En Ministerio de Salud Pública, para el año 2010 contaba con 6,945 camas distribuidas en los 22 departamentos.

Los departamentos que cuentan con la mayor proporción de camas hospitalarias son:

- ✓ Guatemala: total de camas: 2710, equivalentes a 39.02 % del total.
- ✓ Quetzaltenango: total de camas: 700, equivale a 10.08 % del total.

La disponibilidad de camas es de 4.84 camas por cada 10,000 habitantes.

El departamento con mayor disponibilidad de camas es Sacatepéquez con 10.29 camas por cada 10,000 habitantes.

Departamento con menor disponibilidad de camas es Chimaltenango con 1.64 camas por cada 10,000 habitantes.

(Nota: morbilidad: consiste en la cantidad de individuos que son considerados



enfermos o víctimas de enfermedad en un espacio de tiempo determinado)

2. Principales causas de morbilidad pediátrica, en el año 2010: (niños de 0–14 años)

- ✓ Neumonías y bronconeumonías: 14,769
- ✓ Enfermedad diarreica aguda: 12,497
- ✓ Infección respiratoria aguda: 9,966

Las dos principales causas de morbilidad hospitalaria pediátrica son causas respiratorias y por diarreas. De un total de 46,963 pacientes atendidos.

3. Morbilidad materna, año 2010: (mujeres de 10–54 años)

- ✓ Parto eutócico simple: 25,938 casos
- ✓ Parto único espontaneo: 17,668 casos
- ✓ Aborto: 13,015 casos

Total de pacientes atendidos por problemas maternos: 131,408 casos.

4. Morbilidad en consulta externa: en la niñez (incluye: neonatos, infancia, preescolares y escolares)

Neonatos: total casos atendidos: 729,038. Siendo las principales enfermedades atendidas:

- ✓ Enfermedades infecciosas y parasitarias: 173,672 casos
- ✓ Infecciones en las vías respiratorias agudas: 149,713 casos



✓ Infecciones intestinales: 067,451 casos

Infancia: total de casos atendidos: 431,478. Las principales enfermedades atendidas:

✓ Infecciones de vías respiratorias agudas: 81,965 casos

✓ Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales 70,900 casos

✓ Enfermedades infecciosas y parasitarias 33,601 casos

Preescolares: total de casos atendidos: 1.140,111.

Principales enfermedades atendidas:

✓ Infecciones de vías respiratorias agudas: 203,287 casos

✓ Enfermedades infecciosas y parasitarias: 185,545 casos

✓ Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales: 147,923 casos

Escolares: total de casos atendidos: 729,038.

Principales enfermedades atendidas:

✓ Enfermedades infecciosas y parasitarias: 173,672 casos

✓ Infecciones de vías respiratorias agudas: 149,713 casos

✓ Infecciones intestinales: 067,451 casos

Morbilidad en consulta externa: adolescentes: total de casos atendidos: 1.185,371.



Las tres principales enfermedades atendidas fueron:

- ✓ Infecciosas y parasitarias: 165,016 casos
- ✓ Infecciones de vías respiratorias: 151,046 casos
- ✓ Enfermedades del sistema digestivo: 092,850 casos

Morbilidad en adultos: consulta externa registró un total de: 3.308,553 casos atendidos, siendo las principales enfermedades las siguientes:

- ✓ Enfermedades del sistema digestivo: 415,454 casos
- ✓ Enfermedades del sistema urinario: 273,265 casos
- ✓ Infecciones de vías respiratorias agudas: 270,365 casos

Morbilidad en el adulto mayor: consulta externa registró un total de 327,286 casos atendidos, siendo las principales enfermedades las siguientes:

- ✓ Enfermedades del sistema digestivo: 38,699 casos
- ✓ Infecciones de vías respiratorias agudas: 22,963 casos
- ✓ Hipertensivas: 18,948 casos

Tasa de mortalidad infantil: el departamento de Guatemala, tiene la tasa más alta de mortalidad infantil siendo de 39 por cada mil (1000) habitantes para el año 2010. Esta tasa era de 43 por cada mil habitantes en el año 2006 y en el año 2008 se registró la misma tasa de 39.

Los departamentos con mayor mortalidad infantil fueron:



- ✓ Guatemala: 39 por cada 1000 habitantes
- ✓ Quetzaltenango: 29 por cada 1000 habitantes
- ✓ Alta Verapaz y Totonicapán: 26 por cada 1000 habitantes

Tasas de mortalidad según sexo: (año 2010)

Las tasas de mortalidad varían considerablemente por razón de sexo. El total de causas de mortalidad en **hombres fue de: 41,829** casos y en **mujeres de: 30,919** casos.

Las principales causas fueron:

- ✓ Masculino:
 - Agresiones (homicidios): 4,831 = 69 por cada 100 mil habitantes
 - Infecciones respiratorias agudas: 4,059 =58
 - Accidentes: 2,375 =34
 - Enfermedades del corazón: 2,163 =31
 - Diabetes mellitus: 1,944 =28
- ✓ Femenino:
 - Infecciones respiratorias agudas: 3,494 =47 por cada 100 mil habitantes
 - Diabetes mellitus: 2,702 =37
 - Enfermedades del corazón: 1,853 =25



- Enfermedades cerebro vasculares: 1,344 =18
- Infecciones intestinales: 1217 =17

5. Principales causas de mortalidad por enfermedades transmisibles: total de 87.37 muertes por cada 100 mil habitantes, siendo las principales enfermedades:

- ✓ Infecciones respiratorias agudas: 52.59 muertes por cada 100 mil habitantes
- ✓ Infecciones intestinales: 17.85 muertes
- ✓ Septicemia (excepto neonatal): 7.05 muertes
- ✓ VIH (SIDA): 7.05 Muertes
- ✓ Tuberculosis: 2.28 muertes.



INFORME DE VISITA

CRUZ ROJA GUATEMALTECA

Fecha de la entrevista y de visita realizada: 25 de Noviembre, 2013

Director de la investigación: Dr. Rodrigo Montufar

Entrevistador: Lic. Vicente Segura

Persona Entrevistada: Marielos Rossell, Departamento de Comunicación Social

1. Nombre y dirección

Cruz Roja Guatemala.

Se encuentra ubicada en 3 calle, 8-40 zona 1 Ciudad Capital.

2. Fecha de construcción y fecha de inauguración

Inicia a prestar servicios el 22 de abril de 1923. Se encontraba ubicada en la once avenida, frente a lo que era el Segundo Cuerpo de Policía, aproximadamente a 2 cuadras de donde se encuentra actualmente.

3. Cuenta con los siguientes servicios de salud

- ✓ Laboratorio clínico
- ✓ Traumatología
- ✓ Ginecología



- ✓ Pediatría
- ✓ Psicología
- ✓ Medicina general
- ✓ Rayos x
- ✓ Mamografía
- ✓ Ultrasonido
- ✓ Oftalmología
- ✓ Diabetología
- ✓ Nutrición
- ✓ Farmacia

Todos los servicios únicamente en el día y **no cuentan con instalaciones para hospitalización de pacientes.**

Sin embargo en el presente año han realizado **más de 40 jornadas médicas** en los distintos departamentos del país. Dichas jornadas se realizan de forma gratuita y se les proporciona a los pacientes todos los medicamentos para un tratamiento completo de la enfermedad que se trate.

Las principales enfermedades que atienden en las jornadas médicas son:

- ✓ Gastrointestinales



- ✓ Respiratorias
- ✓ Dermatológicas

4. Número de médicos y enfermeras

Cuentan con **12 médicos**, distribuidos en los horarios de mañana y tarde, atendiendo de lunes a viernes en las clínicas de la Cruz Roja.

Además cuentan con **6 Auxiliares de Enfermería** (3 por la mañana y 3 por la tarde). **5 técnicos de laboratorio y 2 técnicos de rayos x.**

5. Principales carencias

En el mes de octubre no había medicamentos para realizar la jornada médica que se tenía programada para el departamento de Petén. Por una nueva donación que realizó una organización internacional, se ha programado ya la jornada médica para Petén, pues ya cuentan con los insumos necesarios para ello.

Es cierto que se tiene asignado un aporte del presupuesto de la Nación, sin embargo **la mayoría de servicios y jornadas que se realizan son sufragadas con donaciones** que realizan organizaciones internacionales en su mayoría.

6. Número de pacientes que atendió en 2012

En el año 2012 se atendió un aproximado de **33,000 pacientes** en las clínicas de la Cruz Roja. En la actualidad se atiende un promedio de 150 pacientes diariamente.



Cuentan con un Banco de Sangre, con el cual apoyan a los hospitales nacionales, cuando estos no cuentan con este recurso. También cuentan con una lista de donadores voluntarios, con todos los datos y tipo de sangre para aquellos casos en que una persona hospitalizada necesite con urgencia de un donador.

Cuentan con 20 delegaciones a nivel de la República, en las áreas de más difícil acceso de la salud. Los departamentos que no cuentan con delegación de la Cruz Roja son: Escuintla, Jutiapa, Huehuetenango, Totonicapán, Zacapa y Santa Rosa.

7. Principales funciones

La Cruz Roja Guatemalteca tiene como función principal ser un apoyo para las entidades de salud del Estado, en casos de emergencias, accidentes y la atención de enfermedades.

Está reconocida internacionalmente en más de 189 países y desarrolla sus funciones: ANTES, DURANTE Y DESPUÉS de haber ocurrido un desastre.

- ✓ **Antes:** resiliencia, consiste en preparar a las personas en la forma como debe responder ante desastres naturales, creando brigadas escolares, institucionales, municipales y locales.
- ✓ **Durante:** evalúa los daños, brinda apoyo técnico a las instituciones estatales como la CONRED, sobre la forma en que se deben instalar los albergues y a las personas sobre la forma de consumir alimentos y agua, prevención del VIH. Etc.
- ✓ **Después:** brindan atención médica gratuita a las personas que han sido víctimas de desastre, medicamentos, alimentos, etc. El ejemplo claro se dio en San Cristóbal Cucho (en el caso del terremoto de San Marcos) donde estuvieron apoyando a dicho Municipio por seis meses,

abasteciendo a los pobladores de dicho lugar por 2 millones de litros de agua, ante la escasez del vital líquido.



ANEXO IV

LISTADO DE HOSPITALES NACIONALES



LISTADO DE HOSPITALES

| No. | Área de Salud | Municipio | Nombre de Hospital |
|-----|----------------------|-----------------------------|---|
| 1 | ALTA VERAPAZ | COBÁN | Hospital Regional Hellen Loszi de Laugerud |
| 2 | | FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS | Hospital Distrital Fray Bartolomé de las Casas |
| 3 | | LA TINTA | Hospital Distrital La Tinta |
| 4 | BAJA VERAPAZ | SALAMÁ | Hospital Nacional Salamá |
| 5 | CHIMALTENANGO | CHIMALTENANGO | Hospital Nacional Chimaltenango |
| 6 | CHIQUIMULA | CHIQUIMULA | Hospital Nacional Carlos Arana Osorio |
| 7 | PETÉN NORTE | MELCHOR DE MENCOS | Hospital Distrital Melchor de Mencos |
| 8 | | SAN BENITO | Hospital Regional San Benito |
| 9 | PETÉN SUR OCCIDENTAL | SAYAXCHÉ | Hospital Distrital Sayaxché |
| 10 | PETÉN SUR ORIENTAL | POPTÚN | Hospital Distrital Poptún |
| 11 | EL PROGRESO | GUASTATOYA | Hospital Nacional El Progreso |
| 12 | ESCUINTLA | ESCUINTLA | Hospital Regional Escuintla |
| 13 | | TIQUISATE | Hospital Distrital Ramiro de León Carpio |
| 14 | | GUATEMALA | Hospital de Referencia Nacional San Juan de Dios |
| 15 | GUATEMALA CENTRAL | GUATEMALA | Hospital de Referencia Nacional Roosevelt |
| 16 | | GUATEMALA | Hospital Especializado Infantil de Infectología y Rehabilitación |
| 17 | | GUATEMALA | Hospital Especializado Ortopedia y Rehabilitación de Lisiados Dr. Jorge Von Ahn |
| 18 | | GUATEMALA | Hospital Especializado Salud Mental Dr. Carlos F. Mora Zona 18 |
| 19 | | GUATEMALA | Hospital Especializado Antituberculosis San Vicente |
| 20 | GUATEMALA SUR | AMATITLÁN | Hospital Nacional Amatitlán |
| 21 | HUEHUETENANGO | BARILLAS | Hospital Distrital Santa Cruz Barillas |
| 22 | | HUEHUETENANGO | Hospital Nacional Huehuetenango |
| 23 | | SAN PEDRO NECTA | Hospital Distrital San Pedro Necta |
| 24 | IZABAL | PUERTO BARRIOS | Hospital Especializado Infantil Elisa Martínez |
| 25 | | PUERTO BARRIOS | Hospital Distrital Amistad Guatemala-Japón |
| 26 | JALAPA | JALAPA | Hospital Nacional Nicolasa Cruz |
| 27 | JUTIAPA | JUTIAPA | Hospital Nacional Ernestina Vda. De Recinos |
| 28 | QUETZALTENANGO | COATEPEQUE | Hospital Nacional Dr. Juan Jospe Ortega |
| 29 | | QUETZALTENANGO | Hospital Regional San Juan de Dios de Occidente |
| 30 | | QUETZALTENANGO | Hospital Especializado Antituberculosis Rodolfo Robles Valverde |
| 31 | BOL | NEBAJ | Hospital Distrital Nebaj |
| 32 | QUICHÉ | JOYABAJ | Hospital Distrital Joyabaj |
| 33 | | SAN MIGUEL USPANTÁN | Hospital Distrital San Miguel Usphantán |
| 34 | | SANTA CRUZ DEL QUICHÉ | Hospital Nacional Santa Elena de la Cruz |
| 35 | RETALHULEU | RETALHULEU | Hospital Nacional Retalhuleu |
| 36 | SACATEPÉQUEZ | ANTIGUA GUATEMALA | Hospital Especializado Hogar de Ancianos Fray Rodrigo de la Cruz |
| 37 | | ANTIGUA GUATEMALA | Hospital Nacional Pedro de Bethancourt |
| 38 | SAN MARCOS | MALACATÁN | Hospital Distrital Malacatán |
| 39 | | SAN MARCOS | Hospital Nacional San Marcos |
| 40 | SANTA ROSA | CUILAPA | Hospital Regional Cuilapa |
| 41 | SOLOLÁ | SOLOLÁ | Hospital Nacional Juan de Dios Rodas |
| 42 | SUCHITEPÉQUEZ | MAZATENANGO | Hospital Nacional Mazatenango |
| 43 | TOTONICAPÁN | TOTONICAPÁN | Hospital Nacional Dr. Felipe Flores |
| 44 | ZACAPA | ZACAPA | Hospital Regional Zacapa |

Fuente: Viceministerio de Hospitales

ANEXO V:

LISTADO DE HOSPITALES NACIONALES POR CATEGORÍA



LISTADO DE HOSPITALES POR CATEGORIAS

| Nº. | Departamento | Municipio | |
|-----|----------------------|-----------------------------|---|
| 1 | CUATEMALA | CUATEMALA | Hospital de Referencia Nacional San Juan de Dios |
| 2 | | CUATEMALA | Hospital de Referencia Nacional Roosevelt |
| 3 | | CUATEMALA | Hospital Especializado Infantil de Infectología y Rehabilitación |
| 4 | | CUATEMALA | Hospital Especializado Ortopedia y Rehabilitación de Lisiados Dr. Jorge Von Ahn |
| 5 | | CUATEMALA | Hospital Especializado Salud Mental Dr. Carlos F. Mora y F. Molina |
| 6 | | CUATEMALA | Hospital Especializado Antituberculosis San Vicente |
| 7 | IZABAL | PUERTO BARRIOS | Hospital Especializado Infantil Elisa Martínez |
| 8 | QUETZALTENANCO | QUETZALTENANCO | Hospital Especializado Antituberculosis Rodolfo Robles Valverde |
| 9 | SACATEPÉQUEZ | ANTICUA CUATEMALA | Hospital Especializado Hogar de Ancianos Fray Rodrigo de la Cruz |
| 10 | CUATEMALA SUR | AMATITLÁN | Hospital Nacional Amatitlán |
| 11 | BAJA VERAPAZ | SALAMÁ | Hospital Nacional Salamá |
| 12 | CHIMALTENANCO | CHIMALTENANCO | Hospital Nacional Chimaltenango |
| 13 | CHIQUIMULA | CHIQUIMULA | Hospital Nacional Carlos Arana Osorio |
| 14 | EL PROGRESO | CUASTATOYA | Hospital Nacional El Progreso |
| 15 | HUEHUETENANCO | HUEHUETENANCO | Hospital Nacional Huehuetenango |
| 16 | JALAPA | JALAPA | Hospital Nacional Nicolasa Cruz |
| 17 | JUTIAPA | JUTIAPA | Hospital Nacional Ernestina Vda. De Reinos |
| 18 | QUETZALTENANCO | COATEPEQUE | Hospital Nacional Dr. Juan Jose Ortega |
| 19 | QUICHÉ | SANTA CRUZ DEL QUICHÉ | Hospital Nacional Santa Elena de la Cruz |
| 20 | RETALHULEU | RETALHULEU | Hospital Nacional Retalhuleu |
| 21 | SACATEPÉQUEZ | ANTICUA CUATEMALA | Hospital Nacional Pedro de Bethanourt |
| 22 | SAN MARCOS | SAN MARCOS | Hospital Nacional San Marcos |
| 23 | SOLOLÁ | SOLOLÁ | Hospital Nacional Juan de Dios Rodas |
| 24 | SUCHITEPÉQUEZ | MAZATENANCO | Hospital Nacional Mazatenango |
| 25 | TOTONICAPÁN | TOTONICAPÁN | Hospital Nacional Dr. Felipe Flores |
| 26 | ALTA VERAPAZ | COBÁN | Hospital Regional Heilen Lossi de Laugerud |
| 27 | PETÉN NORTE | SAN BENITO | Hospital Regional San Benito |
| 28 | ESCUINTLA | ESCUINTLA | Hospital Regional Escuintla |
| 29 | QUETZALTENANCO | QUETZALTENANCO | Hospital Regional San Juan de Dios de Occidente |
| 30 | SANTA ROSA | CUILAPA | Hospital Regional Cuilapa |
| 31 | ZACAPA | ZACAPA | Hospital Regional Zoopa |
| 32 | ALTA VERAPAZ | FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS | Hospital Distrital Fray Bartolome de las Casas |
| 33 | | LA TINTA | Hospital Distrital La Tinta |
| 34 | PETÉN NORTE | MELCHOR DE MENCOS | Hospital Distrital Melchor de Mencos |
| 35 | PETÉN SUR OCCIDENTAL | SAYAXCHÉ | Hospital Distrital Sayaxché |
| 36 | PETÉN SUR ORIENTAL | POPTÚN | Hospital Distrital Poptún |
| 37 | ESCUINTLA | TIQUISATE | Hospital Distrital Ramiro de León Carpio |
| 38 | HUEHUETENANCO | BARILLAS | Hospital Distrital Santa Cruz Barillas |
| 39 | | SAN PEDRO NECTA | Hospital Distrital San Pedro Necta |
| 40 | IZABAL | PUERTO BARRIOS | Hospital Distrital Amistad Cuatemala-Japon |
| 41 | IXIL | NEBAJ | Hospital Distrital Nebaj |
| 42 | QUICHÉ | JOYABAJ | Hospital Distrital Joyabaj |
| 43 | | SAN MIGUEL USPANTÁN | Hospital Distrital San Miguel Uspantán |
| 44 | SAN MARCOS | MALACATÁN | Hospital Distrital Malacatán |

Fuente: Viceministerio de Hospitales

ANEXO VII

NUMERO PACIENTES ATENDIDOS POR LOS HOSPITALES NACIONALES (ANTES DEL COVID-19)



No. de Pacientes Atendidos Mensualmente en los Hospitales Nacionales de Enero a Diciembre Año 2012

| No. | HOSPITALES | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | TOTAL |
|-----|-----------------------------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------|---------|-----------|-----------|---------|
| 1 | Roosevelt | 21,546 | 27,523 | 23,815 | 6,665 | 22,072 | 22,463 | 22,796 | 23,335 | 24,154 | 24,623 | 19,489 | 22,292 | 260,773 |
| 2 | San Juan de Dios | 26,012 | 29,295 | 27,306 | 26,840 | 28,562 | 28,288 | 29,462 | 27,862 | 27,636 | 28,420 | 27,689 | 20,737 | 328,109 |
| 3 | San Benito | 3,891 | 5,203 | 6,466 | 6,985 | 5,806 | 5,938 | 6,917 | 5,782 | 4,684 | 5,296 | 5,192 | 2,779 | 64,939 |
| 4 | Zacapa | 3,787 | 4,499 | 4,450 | 4,183 | 4,657 | 5,284 | 5,078 | 5,934 | 3,982 | 4,320 | 3,900 | 4,703 | 54,777 |
| 5 | Escuintla | 7,206 | 8,193 | 7,414 | 7,414 | 6,989 | 7,763 | 7,183 | 8,052 | 1,270 | 6,800 | 5,880 | 4,042 | 78,208 |
| 6 | Cobán | 2,273 | 2,237 | 2,083 | 1,952 | 2,357 | 2,543 | 2,846 | 3,179 | 2,708 | 2,721 | 2,662 | 2,177 | 29,738 |
| 7 | Cuilapa | 6,114 | 8,263 | 6,698 | 5,785 | 6,000 | 7,403 | 7,518 | 7,187 | 6,962 | 4,420 | 6,931 | 5,623 | 78,904 |
| 8 | Quetzaltenango | 13,512 | 13,646 | 13,244 | 12,779 | 13,972 | 15,086 | 14,887 | 14,889 | 14,890 | 14,867 | 12,436 | 14,890 | 169,078 |
| 9 | El Progreso | 2,752 | 3,749 | 3,856 | 3,375 | 3,414 | 3,761 | 3,143 | 3,441 | 3,604 | 3,746 | 3,097 | 2,139 | 40,079 |
| 10 | Salamá | 1,466 | 1,632 | 1,523 | 1,314 | 1,067 | 913 | 906 | 1,232 | 1,620 | 979 | 872 | 696 | 14,220 |
| 11 | Chimaltenango | 3,069 | 4,082 | 4,020 | 3,236 | 3,856 | 3,605 | 3,821 | 3,643 | 3,069 | 3,780 | 3,483 | 2,203 | 41,869 |
| 12 | Sololá | 1,825 | 2,351 | 1,931 | 1,430 | 1,790 | 965 | 2,264 | 2,219 | 2,132 | 2,018 | 2,164 | 1,561 | 22,630 |
| 13 | Jalapa | 2,469 | 3,320 | 1,738 | 2,605 | 3,260 | 3,281 | 2,733 | 3,705 | 1,487 | 1,845 | 1,191 | 563 | 28,197 |
| 14 | Jutiapa | 3,357 | 3,656 | 3,309 | 2,893 | 2,624 | 3,583 | 3,386 | 4,572 | 3,086 | 3,564 | 2,662 | 2,019 | 38,711 |
| 15 | Totonicapán | 1,876 | 2,300 | 2,279 | 2,916 | 2,786 | 2,160 | 2,272 | 2,714 | 1,836 | 2,162 | 2,061 | 1,642 | 27,004 |
| 16 | Puerto Barrios Amistad | 3,348 | 3,970 | 4,274 | 4,426 | 4,941 | 4,110 | 4,423 | 4,567 | 4,098 | 4,533 | 4,334 | 3,069 | 30,093 |
| 17 | El Quiché | 2,847 | 2,130 | 2,303 | 2,316 | 3,075 | 2,637 | 2,892 | 3,005 | 2,402 | 2,623 | 2,662 | 1,712 | 30,606 |
| 18 | San Marcos | 4,210 | 4,330 | 4,514 | 4,876 | 5,080 | 5,587 | 5,166 | 4,822 | 4,644 | 5,307 | 3,836 | 3,399 | 55,771 |
| 19 | Mazatenango | 2,656 | 2,400 | 2,483 | 2,380 | 2,479 | 2,711 | 2,657 | 2,670 | 2,577 | 2,645 | 2,549 | 2,046 | 30,493 |
| 20 | Retalhuleu | 4,476 | 4,539 | 4,339 | 4,304 | 4,174 | 4,507 | 6,970 | 6,678 | 3,192 | 4,130 | 6,286 | 2,975 | 56,590 |
| 21 | Huehuetenango | 4,137 | 4,568 | 4,482 | 3,099 | 4,936 | 6,170 | 5,472 | 5,448 | 4,955 | 5,738 | 4,803 | 4,016 | 59,824 |
| 22 | Chiquimula | 2,641 | 2,994 | 3,134 | 2,874 | 3,497 | 3,172 | 3,628 | 2,845 | 3,307 | 3,311 | 2,394 | 2,619 | 36,416 |
| 23 | Pedro de Bathancourt | 8,405 | 9,733 | 6,974 | 6,468 | 7,862 | 7,310 | 6,883 | 5,120 | 5,495 | 5,784 | 4,791 | 3,593 | 78,418 |
| 24 | Amatitlán | 4,963 | 6,475 | 5,911 | 5,386 | 5,409 | 10,320 | 6,814 | 7,053 | 5,931 | 6,431 | 5,444 | 4,890 | 75,027 |
| 25 | Coatepeque | 6,251 | 6,353 | 5,875 | 5,502 | 6,201 | 6,834 | 6,650 | 6,380 | 5,815 | 6,185 | 6,004 | 4,002 | 72,052 |
| 26 | Tiquisate | 1,143 | 1,635 | 1,725 | 1,343 | 1,679 | 1,503 | 2,113 | 1,443 | 1,270 | 1,890 | 1,406 | 1,109 | 18,261 |
| 27 | Popitán | 1,773 | 1,522 | 1,467 | 1,723 | 1,916 | 1,917 | 1,903 | 2,029 | 1,645 | 1,437 | 1,619 | 886 | 19,837 |
| 28 | Melchor de Mencos | 1,995 | 2,766 | 2,704 | 2,715 | 2,022 | 2,337 | 2,802 | 2,552 | 2,438 | 2,305 | 2,738 | 1,864 | 29,238 |
| 29 | Seyasché | 2,716 | 3,516 | 3,249 | 3,251 | 2,342 | 1,385 | 2,424 | 2,374 | 3,271 | 2,612 | 2,924 | 5,094 | 35,158 |
| 30 | San Pedro Necta | 1,388 | 1,533 | 1,323 | 1,640 | 1,534 | 2,398 | 2,034 | 1,596 | 1,586 | 1,715 | 1,687 | 1,579 | 20,013 |
| 31 | Malacatán | 1,857 | 2,844 | 2,543 | 2,223 | 2,603 | 2,785 | 3,010 | 3,073 | 2,938 | 2,652 | 1,795 | 1,721 | 30,044 |
| 32 | Fray Bartolomé de las Casas | 2,851 | 3,239 | 6,167 | 3,738 | 2,635 | 2,918 | 2,874 | 2,770 | 2,287 | 2,392 | 2,008 | 2,259 | 36,138 |
| 33 | La Tinta | 2,146 | 2,831 | 3,391 | 1,805 | 3,947 | 0 | 1,596 | 3,718 | 1,509 | 2,073 | 2,263 | 1,855 | 27,134 |
| 34 | Nebej | 2,696 | 3,405 | 6,245 | 3,135 | 4,176 | 4,841 | 10,120 | 3,871 | 4,430 | 13,336 | 4,803 | 3,154 | 64,212 |
| 35 | Joyabaj | 3,115 | 3,646 | 3,083 | 2,216 | 2,934 | 3,442 | 3,416 | 2,873 | 2,487 | 1,810 | 2,117 | 2,314 | 33,493 |
| 36 | Uspantán | 1,681 | 2,516 | 2,057 | 3,558 | 1,885 | 1,734 | 2,437 | 1,731 | 1,908 | 1,572 | 1,374 | 1,222 | 23,675 |

Fuente: Viceministerio de Hospitales Producción Hospitalaria
Sistema de Información, datos preliminares sujetos a cambios según confirmación de unidades de salud.

ANEXO VIII

ENFERMEDADES ATENDIDAS EN LOS HOSPITALES NACIONALES (AÑO 2012)



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Sistema de Información Gerencial en Salud
- SIGSA -

Enfermedades Atendidas en Hospitales Nacionales

de Enero a Diciembre 2012

| No. | Nombre Diagnostico | TOTAL |
|-----|--|--------|
| 1 | Infección de vías urinarias, sitio no especificado | 17,387 |
| 2 | Otras enfermedades diarreicas agudas | 11,673 |
| 3 | Otras infecciones respiratorias agudas | 11,581 |
| 4 | Resfriado Común | 10,855 |
| 5 | Gastritis, no especificada | 10,670 |
| 6 | Diabetes mellitus, no especificada, sin mención de complicación | 8,634 |
| 7 | Parasitosis intestinal, sin otra especificación | 6,669 |
| 8 | Fractura de región no especificada del cuerpo | 6,315 |
| 9 | Hipertensión esencial (primaria) | 6,003 |
| 10 | Amigdalitis aguda, no especificada | 5,967 |
| 11 | Otros dolores abdominales y los no especificados | 5,538 |
| 12 | Asma, no especificada | 3,870 |
| 13 | Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada | 3,822 |
| 14 | Anemia de tipo no especificado | 3,563 |
| 15 | Cefalea | 3,525 |
| 16 | Herida de región no especificada del cuerpo | 3,238 |
| 17 | Amenorrea, sin otra especificación | 3,154 |
| 18 | Pulpitis | 2,916 |
| 19 | Concusión | 2,732 |
| 20 | Caries dental, no especificada | 2,663 |
| 21 | Otitis media, no especificada | 2,581 |
| 22 | Fiebre, no especificada | 2,491 |
| 23 | Otras enteritis virales | 2,259 |
| 24 | Traumatismo superficial de región no especificada del cuerpo | 2,127 |
| 25 | Bronquitis aguda, no especificada | 2,033 |
| 26 | Neumonía y bronconeumonías | 1,973 |
| 27 | Lumbago no especificado | 1,945 |
| 28 | Malaria clínico | 1,895 |
| 29 | Dermatitis, no especificada | 1,873 |
| 30 | Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local | 1,821 |
| 31 | Traumatismo, no especificado | 1,794 |
| 32 | Calambres y espasmos | 1,675 |
| 33 | Parto único espontáneo, sin otra especificación | 1,625 |

Fuente: Sigsa 8 P. Producción Hospitalaria
 Sistema de Información, datos preliminares sujetos a cambios según confirmación de unidades de salud.

MORBILIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN HOSPITALES NACIONALES (AÑO 2012)



Morbilidad por Accidentes de Tránsito de Enero a Diciembre 2012

| Departamento | Diagnóstico | Total |
|---------------|--|-------|
| EL PETEN | Motociclista [cualquiera] lesionado en accidente de tránsito no especificado | 50 |
| RETALHULEU | Persona lesionada en otros accidentes especificados de transporte de vehículo sin motor (con colisión) (sin colisión), no de tránsito | 30 |
| SANTA ROSA | Conductor de vehículo de motor de tres ruedas lesionado por colisión con otros vehículos de motor, y con los no especificados, en accidente no de tránsito | 30 |
| ZACAPA | Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de motor no especificado | 23 |
| EL PETEN | Ocupante [cualquiera] de automóvil lesionado en accidente de tránsito no especificado | 17 |
| RETALHULEU | Ocupante [cualquiera] de autobús lesionado en accidente de tránsito no especificado | 16 |
| EL PETEN | Ocupante [cualquiera] de autobús lesionado en accidente de tránsito no especificado | 13 |
| JUTIAPA | Peatón lesionado por colisión con vehículo de motor de dos o tres ruedas, accidente no especificado como de tránsito o no de tránsito | 11 |
| SOLOLA | Peatón lesionado por colisión con vehículo de motor de dos o tres ruedas, accidente no especificado como de tránsito o no de tránsito | 10 |
| ALTA VERAPAZ | Ocupante de tranvía lesionado en accidente de tránsito no especificado | 9 |
| JUTIAPA | Motociclista [cualquiera] lesionado en accidente de tránsito no especificado | 9 |
| HUEHUETENANGO | Accidente de transporte no especificado | 8 |
| RETALHULEU | Motociclista [cualquiera] lesionado en accidente de tránsito no especificado | 8 |
| EL PETEN | Accidente de transporte no especificado | 7 |
| IZABAL | Otros accidentes de transporte especificados | 7 |
| BAJA VERAPAZ | Accidente de transporte no especificado | 5 |
| EL PETEN | Conductor de motocicleta lesionado por colisión con otros vehículos de motor, y con los no especificados, en accidente de tránsito | 5 |
| EL PETEN | Motociclista lesionado por colisión con otros vehículos sin motor, conductor lesionado en accidente no de tránsito | 5 |
| EL PETEN | Peatón lesionado por colisión con vehículo de motor de dos o tres ruedas, accidente no especificado como de tránsito o no de tránsito | 5 |
| IZABAL | Motociclista [cualquiera] lesionado en accidente de tránsito no especificado | 5 |
| JALAPA | Accidente de tránsito de tipo especificado, pero donde se desconoce el modo de transporte de la víctima | 4 |
| QUICHE | Accidente de transporte no especificado | 4 |
| ALTA VERAPAZ | Ocupante [cualquiera] de autobús lesionado en accidente de tránsito no especificado | 3 |
| ALTA VERAPAZ | Peatón lesionado por colisión con vehículo de motor de dos o tres ruedas, accidente no especificado como de tránsito o no de tránsito | 3 |
| BAJA VERAPAZ | Accidente de tránsito de tipo especificado, pero donde se desconoce el modo de transporte de la víctima | 3 |
| EL PETEN | Peatón lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados | 3 |
| HUEHUETENANGO | Ocupante [cualquiera] de automóvil lesionado en accidente de tránsito no especificado | 3 |
| SAN MARCOS | Peatón lesionado por colisión con vehículo de motor de dos o tres ruedas, accidente no especificado como de tránsito o no de tránsito | 3 |
| SANTA ROSA | Accidente de transporte no especificado | 3 |

Fuente: Sigsa 8 Producción Mensual
Sistema de Información, datos preliminares sujetos a cambios según confirmación de unidades de salud.



ANEXO IX

JURISPRUDENCIA

Expediente 2643–2008

APELACIÓN DE SENTENCIA DE AMPARO

EXPEDIENTE 2643–2008

CORTE DE CONSTITUCIONALIDAD: Guatemala, diecisiete de agosto de dos mil diez.

En apelación y con sus antecedentes, se examina la sentencia de cinco de diciembre de dos mil siete, dictada por la Corte Suprema de Justicia, constituida en Tribunal de Amparo, en la acción constitucional promovida por el Procurador de los Derechos Humanos contra el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social. El postulante actuó con el patrocinio del abogado Alejandro Rodríguez Barillas.

ANTECEDENTES

I. EL AMPARO

A) Interposición y autoridad: presentado el catorce de julio de dos mil seis, en la Corte Suprema de Justicia, Cámara de Amparo y Antejuicio. **B) Actos reclamados:** a) la falta de medicamentos, equipo quirúrgico, insumos y recurso humano operativo en los centros hospitalarios del país, necesarios para brindar atención médica que garantice la seguridad de los enfermos; y b) la falta de condiciones mínimas para intervenciones quirúrgicas y cuidados postoperatorios, especialmente de ochenta y un personas atendidas en el hospital Roosevelt. **C)**



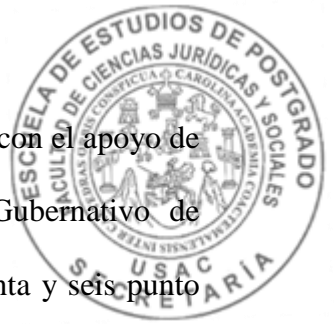
Violaciones que se denuncian: a los derechos a la vida, seguridad, salud e integridad física de las personas que requieren de asistencia médica estatal. **D) Hechos que motivan el amparo:** de lo expuesto por el postulante se resume: **D.1) Producción del acto reclamado:** a) desde el año dos mil cinco (2005) se han suscitado una serie de paralizaciones de los servicios hospitalarios, especialmente del Hospital Roosevelt, en virtud de la falta de equipo e instrumental médico y recursos humanos, así como medicamentos necesarios para operar con las capacidades mínimas necesarias de un centro hospitalario; **b)** así, en septiembre del año citado y en junio de dos mil seis, se paralizó la atención médica en el Hospital Roosevelt y, en el mes de junio ocurrió lo mismo en el Hospital San Juan de Dios, lo que denota que los centros de salud están desabastecidos desde junio de dos mil seis, pues la falta de insumos provocaba imposibilidad de realizar operaciones quirúrgicas; **c)** la falta de abastecimiento de insumos mínimos para operar obedece a que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha acumulado una deuda de treinta punto seis millones de quetzales a proveedores de medicinas, de equipo y otros materiales médicos, por lo que éstas dejaron de proveerlos; también ocurre por deficiencias en el manejo administrativo de los insumos que existen pero que no llegan a manos de los médicos. **D.2) Agravios que se reprochan al acto reclamado:** denuncia el postulante que la falta de atención médica en los hospitales nacionales va en detrimento del derecho a la salud, pues aproximadamente diecisiete mil quinientas personas dejaron de atenderse en consulta externa en el Hospital Roosevelt; se dejaron de realizar cuatrocientas cuarenta intervenciones quirúrgicas a pacientes que las ameritaban, con consecuencias altamente negativas para miles de guatemaltecos (cuadros de operaciones que se dejaron de realizar en distintas áreas aparecen en el escrito de interposición); finalmente, miles de personas no han sido atendidos en los servicios de emergencias que deben atender los hospitales nacionales, y todo ello causa los agravios



denunciados. **D.3) Pretensión:** Solicitó que se otorgue el amparo promovido, conminándose a la autoridad impugnada que adopte las medidas administrativas urgentes necesarias para garantizar el adecuado aprovisionamiento de medicinas y equipo médico hospitalario aprobado científicamente, así como personal médico capacitado y suficiente, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, para la atención médica de calidad a los usuarios de los hospitales nacionales de la red hospitalaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y, finalmente, que se intervenga quirúrgicamente a ochenta y un pacientes del sistema de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **E) Uso de recursos:** ninguno. **F) Casos de procedencia:** citó el contenido en el inciso a) del artículo 10 de la Ley de Amparo, Exhibición Personal y de Constitucionalidad. **G) Leyes violadas:** citó los artículos 2, 93 y 94 de la Constitución Política de la República de Guatemala; 12 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; y 24 de la Convención Sobre Derechos del Niño.

II. TRÁMITE DEL AMPARO

A) Amparo provisional: se otorgó. **B) Terceros interesados:** a) El Estado de Guatemala; y b) Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. **C) Informe Circunstanciado:** la autoridad impugnada informó: **a)** desde el momento en que inició la suspensión de labores de los médicos de hospitales de la red nacional, tomó medidas para investigar las razones que los motivó a adoptar tal decisión, habiendo sostenido distintas reuniones con los médicos desde el veintiuno de junio de dos mil seis para escuchar las demandas y propiciar acuerdos que permitieran deponer la medida de suspensión de labores aludida; **b)** en la reunión celebrada el veinte de julio del año antes citado, se integró la lista de prioridades y en la tarde de ese mismo día se entregó el listado parcial a proveedores para que iniciaran el proceso de cotización correspondiente, ya que las adquisiciones que se pretendían constituían requisito sine qua non para restaurar los servicios



en consulta externa de los distintos hospitales; **c)** en la fecha últimamente citada, con el apoyo de la Presidencia y Vicepresidencia de la República, se emitió el Acuerdo Gubernativo de Presupuesto número doce – dos mil seis, mediante el cual se transfirieron ochenta y seis punto ocho millones de quetzales al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para poder satisfacer los reclamos que se enfrentaban; **d)** además, fue publicado el Acuerdo Gubernativo de Presupuesto trece – dos mil seis, por cuyo medio se transfirió al mismo Ministerio la suma de veinte millones de quetzales más, así como el Acuerdo Ministerial de Presupuesto ciento treinta y uno – dos mil seis, que dispuso transmitir también treinta y uno punto cuatro millones de quetzales; **e)** el veinticuatro de julio de dos mil seis, se dispuso la coordinación de reuniones de los médicos del Hospital Roosevelt y del Hospital San Juan de Dios, para evaluar las cotizaciones presentadas, así como para depurar el listado de prioridades sobre sus requerimientos, y también se coordinaron reuniones con representantes del gremio médico, instituciones acompañantes y autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, habiéndose alcanzado distintos logros, entre los que destacan: **e.1)** se inició el proceso de adquisición del equipo requerido, habiéndose obtenido las cotizaciones respectivas para que los médicos hicieran la selección conveniente; **e.2)** se elaboró el listado de equipo a incluir en la solicitud del Acuerdo de Excepción; **e.3)** se integra una comisión para revisar la redacción del Acuerdo Ministerial de apoyo a los compromisos; y **e.4)** se dispuso solicitar a la Comisión de Alto Nivel que envíe solicitud para la inclusión de mil millones de quetzales de incremento al presupuesto de salud para el año dos mil siete; **f)** el veinticinco de julio de dos mil seis se realizó una reunión de trabajo para elaborar las órdenes de compra a criterio de los médicos residentes, para satisfacer sus pretensiones a efecto de que reinicien las labores de consulta externa y, el veintiséis del mismo mes se logró un acuerdo con los médicos que mantenían suspensión parcial



de labores, reiniciándose las mismas el veintisiete de julio de dos mil seis. **D) Pruebas:** sin perjuicio de que en las resoluciones de trámite correspondientes, no se tuvo expresamente por diligenciado ningún medio de prueba, fueron tomados como tales, según se acotó en la parte conducente de la sentencia de primera instancia, las siguientes: **a)** carta de diez de junio de dos mil seis suscrita por los médicos del Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital Roosevelt; **b)** informe presentado por el Doctor Leonel Morales Estrada, Director del Hospital Roosevelt, de cinco de junio de dos mil cinco; **c)** censo de pacientes hospitalizados presentado por el Departamento de Enfermería del Hospital Roosevelt, de tres de junio de dos mil seis suscrito por la Licenciada Aura Judith Monroy Godoy; **d)** reporte de ejecución de gastos e información analítica correspondiente al mes de enero de dos mil seis, elaborado por el encargado de Presupuesto, Fernando Chay; **e)** carta de diecinueve de junio de dos mil seis, suscrita por los médicos del Hospital San Juan de Dios, dirigida al Doctor Ludwin Ovalle, Director de dicho hospital; **f)** informe sobre abastecimiento de medicamentos en la red hospitalaria nacional, elaborado por la Procuraduría de los Derechos Humanos con fecha de julio de dos mil seis; **g)** informe presentado por la autoridad impugnada con fecha diez de julio de dos mil seis; y **h)** publicaciones de prensa sobre el desabastecimiento de medicamentos, de los Diarios Prensa Libre, Siglo XXI, La Hora y Diario de Centroamérica. **E) Sentencia de primer grado:** El tribunal **consideró:** "...Luego de haber efectuado el estudio correspondiente sobre la solicitud presentada y de lo actuado dentro del presente proceso constitucional, se determina que en el presente caso es menester realizar un análisis sobre las cuestiones siguientes sometidas a conocimiento de este tribunal de amparo: a) El postulante señaló que la autoridad impugnada incurrió en la violación constitucional que denuncia, por permitir que en el sistema hospitalario nacional se diera una situación de falta de atención médica en los hospitales que lo integran y de



desabastecimiento de medicamentos necesarios para su funcionamiento, equipo quirúrgico, agua, insumos y personal. Asimismo, indicó que como consecuencia de la situación antes referida, en la fecha de planteamiento del amparo, en el Hospital Roosevelt se encontraban ochenta y un personas que requerían ser intervenidas quirúrgicamente y que no habían podido ser atendida por las circunstancias mencionadas en las que se encontraban el sistema hospitalario nacional. b) En resolución de fecha treinta y uno de julio de dos mil seis, esta Corte decretó el amparo provisional solicitado, ordenando a la autoridad impugnada adoptar las medidas urgentes para: „(...) a) garantizar el adecuado aprovisionamiento de medicamentos, equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, personal médico capacitado suficiente, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, para la atención médica de calidad a los usuarios de los hospitales nacionales de la red hospitalaria del Ministerio Salud Pública y Asistencia Social y b) que se intervenga quirúrgicamente en forma inmediata a las ochenta y un personas que se encuentran en el listado que se adjunta a la carta de médicos del departamento de ortopedia y traumatología del Hospital Roosevelt, de fecha diez de junio de dos mil seis (...)”. Posteriormente, en resolución de fecha veintisiete de septiembre de dos mil seis, se ordenó oficiar a la autoridad impugnada para que informara en qué forma se dio cumplimiento al amparo provisional decretado, motivo por el que el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social se apersonó ante esta Corte los días veintinueve de septiembre y cuatro de octubre, ambos de dos mil seis, con el objeto de rendir el informe requerido y ampliar el mismo. Al respecto y de la documentación que el Ministro del ramo acompañó a dicho informe, se determina que efectivamente se han establecido y ejecutado medidas materiales y legales para dar cumplimiento al amparo provisional decretado, en la siguiente forma: b.1) emisión del Acuerdo Gubernativo 402–2006 de fecha diez de julio de dos mil seis, a través del cual se integró una comisión de



diálogo de alto nivel para identificar carencias de la red hospitalaria nacional y priorizar su cumplimiento; b.2) emisión de los Acuerdos Gubernativos de presupuesto 12-2006 y 13-2006, ambos de fecha veinte de julio de dos mil seis, por medio de los cuales se efectuaron transferencias al Ministerio de Salud y Asistencia Social por montos de ochenta y seis punto ocho millones de quetzales para compra de medicamentos y equipo médico hospitalario y veinte millones de quetzales para incrementar el presupuesto de salud, respectivamente; b.3) emisión del Acuerdo Ministerial del presupuesto 131-2006 por el que se transfieren treinta y uno punto cuatro millones de quetzales a esa cartera; b.4) emisión del Acuerdo Ministerial SP-M-1403-2006 de fecha veinticinco de julio de dos mil seis, por el cual el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, adquirió compromisos para solucionar la crisis médico hospitalaria, así como las acciones necesarias a tomar de forma inmediata; b.5) emisión del Acuerdo Gubernativo 497-2006 por el que se declaró necesario y urgente resolver la situación de adquisición de equipo médico hospitalario para la red hospitalaria nacional; y b.6) emisión del Acuerdo Gubernativo 461-2006 por medio del cual se declaró la intervención del Hospital Roosevelt, para garantizar los servicios que la institución ofrece, en forma continua y eficiente. c) Por otro lado, en el informe presentado el veintinueve de septiembre de dos mil seis, el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social manifestó que, en cuanto a los ochenta y un pacientes que el postulante indicó que se encontraban pendientes de intervención quirúrgica en el Hospital Roosevelt, el diecinueve de septiembre de dos mil seis, la Unidad de Supervisión Hospitalaria remitió informe a esa cartera, indicando en el mismo que se logró establecer que, de ochenta y nueve historiales clínicos, setenta y cinco pacientes fueron egresados, seis pacientes fueron egresados sin consentimiento del Hospital, cuatro pacientes fueron operados, encontrándose en recuperación a esa fecha, tres pacientes que no pudo encontrarse su expediente clínico por no proporcionarse



nombres correctos y un paciente falleció. De acuerdo con ello, manifestó que se dio efectivo cumplimiento a lo ordenado en la resolución emitida por esta Corte el treinta y uno de julio de dos mil seis, por medio de la cual se otorgó amparo provisional. En virtud de las cuestiones anteriormente analizadas, se estima que, a partir y en virtud del otorgamiento del amparo provisional en resolución de fecha treinta y uno de julio de dos mil seis, la autoridad impugnada efectivamente procedió a establecer y ejecutar las medidas administrativas y legales ya ampliamente relacionadas, dirigidas a corregir las deficiencias en el sistema hospitalario nacional en cuanto al abastecimiento de medicamentos, insumos, equipo y personal, denunciadas por el Procurador de los Derechos Humanos al promover la presente acción constitucional de amparo, informando la autoridad impugnada que el día cuatro de octubre de dos mil seis, la red hospitalaria nacional se encontraba abastecida en un noventa y cinco por ciento en medicamentos y material médico quirúrgico. Además, del informe rendido por la autoridad impugnada dentro del presente proceso, se establece que, en virtud del otorgamiento del amparo provisional, la autoridad impugnada ejecutó las medidas necesarias para que las ochenta y unas personas que se encontraban pendientes de intervención quirúrgica en el Hospital Roosevelt a la fecha del planteamiento de la presente acción de amparo –según lo denunciado por el amparista–, fueran recibidas y atendidas en dicho centro hospitalario nacional. Por consiguiente, en virtud de la conformación de los hechos antes relacionados y del principio especial de relatividad que rige la acción constitucional de amparo, este tribunal de amparo se encuentra limitado a pronunciarse únicamente sobre los agravios específicos denunciados por el postulante, procurando generar una efectiva protección y restitución de los derechos fundamentales de las persona perjudicadas, al haberse establecido que mediante las medidas ejecutadas por la autoridad impugnada luego del otorgamiento del amparo provisional decretado, efectivamente se logró recuperar y generar un



status sostenido de respeto y protección de los derechos a la vida, salud e integridad física de la población guatemalteca. Si bien es un hecho notorio y evidente a nivel social que el estado general actual del sistema hospitalario nacional no se encuentra un nivel óptimo, también lo es que para su logro, la autoridad encargada de su administración –Ministro de Salud Pública y Asistencia Social–, al ejecutar las políticas públicas de desarrollo material del sistema de salud, debe enmarcarse en determinados procesos administrativos, por ejemplo, como los que establece la Ley de Contrataciones del Estado, apegándose en todo momento al principio de legalidad que rige su actuación, no siendo viable pretender un forzamiento ilegítimo para lograr los fines que se persigan. En ese sentido y con base en el principio antes invocado, no es dable que mediante el presente proceso constitucional se emita un fallo que proyecte mantener una vigilancia permanente y generalizada, sobre las funciones que en virtud de la ley son propias y exclusivas del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social sobre el funcionamiento de la red hospitalaria nacional, toda vez que ello implicaría la necesidad de establecer un medio de control constitucional constante de la legitimidad de las actuaciones de la autoridad impugnada con la cual se generaría una reiterada y constante fricción de carácter jurídico y político entre los organismo de estado, no siendo posible entonces, emitir un pronunciamiento que intervenga en las funciones de dirección e inspección del sistema de salud nacional, por cuanto que de conformidad con el artículo 194 inciso f de la de la Constitución Política de la República de Guatemala, dichas atribuciones corresponden exclusivamente al Ministro de Salud y Asistencia Social. Por lo tanto, al haberse logrado previamente a la emisión de la presente sentencia, las condiciones que permitan un restablecimiento y conservación sostenida de la red hospitalaria nacional, se determina que ha cesado la existencia de un riesgo inminente futuro con respecto a los derechos a la vida, salud e integridad física de la población guatemalteca en la forma en la



que denunció el postulante al promover la presente acción de amparo. De esa cuenta, se ha generado una situación de imposibilidad por falta de materia sobre la cual emitir un pronunciamiento estimatorio de la pretensión sometida a conocimiento de este tribunal constitucional. Por tales razones, la acción constitucional planteada, debe ser declarada sin lugar al efectuarse los pronunciamientos que corresponden de conformidad con la ley. Por imperativo legal no se condena en costas al postulante ni se sanciona con multa al abogado patrocinante...”.

Y resolvió: “...I) Deniega por improcedente el amparo planteado por el Procurador de los Derechos Humanos, Sergio Fernando Morales Alvarado. II) Revoca el amparo provisional decretado en resolución de fecha treinta y uno de julio de dos mil seis, por haberse dado debido cumplimiento a lo ordenado, en la forma relacionada en el presente fallo. III) No se condena en costas al solicitante ni se impone multa al abogado patrocinante... Notifíquese...”.

III. APELACIÓN

El postulante apeló.

IV. ALEGACIONES DE LAS PARTES

A) El postulante reiteró la narrativa de hechos y argumentos expuestos en el escrito mediante el cual promovió el amparo, insistiendo en que las violaciones que denuncia fueron producidas por negligencia de la autoridad impugnada, denotada especialmente en la falta de suministros necesarios para prestar atención médica a la ciudadanía; a la vez, replicó las citas que hizo en el escrito aludido, sobre noticias publicadas en diferentes medios de comunicación, con las cuales busca evidenciar la renuencia de la autoridad reclamada para prestar atención médica y hospitalaria adecuada que asegure el derecho a la vida y a la salud de la población en general, y en particular a las ochenta y un personas a que aludió concretamente como necesitadas de

intervención quirúrgica. Solicitó que se declare procedente la apelación promovida, y se otorgue el amparo promovido haciéndose las conminatorias que requirió al interponer la acción constitucional.



B) El Estado de Guatemala, tercero interesado, por medio de la Procuraduría General de la Nación, manifestó su conformidad con lo resuelto por el tribunal constitucional de primera instancia, exponiendo que la autoridad impugnada en ningún momento contravino las disposiciones jurídicas que se denunciaron violadas, ya que el problema suscitado se debió a inconvenientes de índole administrativo, financiero y laboral, los cuales fueron atendidos, de manera que el amparo promovido ha quedado sin materia sobre la cual resolver. Solicitó que se confirme la sentencia apelada.

C) El Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, autoridad impugnada, hizo una relación del contenido argumentativo de la sentencia de amparo de primera instancia, especialmente en cuanto a que no es debido que mediante el amparo se ordene mantener una vigilancia permanente generalizada sobre las funciones que corresponde cumplir al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; asimismo, aludió al argumento relativo a que a raíz del otorgamiento del amparo provisional se subsanaron las limitaciones que fueron denunciadas por el accionante como causantes de las violaciones reclamadas mediante la acción constitucional, especialmente en lo que respecta al aprovisionamiento de medicamentos, equipo médico capacitado suficiente, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas para la atención médica de calidad a los usuarios de los hospitales nacionales de la red hospitalaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; lo anterior se logró como producto de la ejecución de diferentes Acuerdos Gubernativos y Ministeriales que se propusieron, entre otros aspectos, obtener transferencias por más de cien millones de Quetzales; la autorización para adquirir por medio de procedimientos de

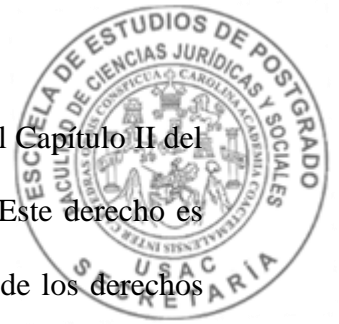


compra medicamentos y equipo médico hospitalario; así como compromisos para ese mismo efecto y otras decisiones administrativas tendientes a asegurar el cumplimiento de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Solicitó que se declare sin lugar el recurso promovido, condenándose al pago de costas y gastos al amparista. **D) El Ministerio Público** expresó estar conforme con la sentencia venida en grado, porque tal como en la misma se sostuvo, no es factible mediante el amparo ordenar que se mantenga una supervisión y control permanente y generalizado sobre el cumplimiento de las atribuciones que corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ya que ello implicaría la implementación de sistemas de control político que no es dable mediante esta vía; por otro lado, expuso que comparte el criterio respecto de que el amparo ha quedado sin materia sobre la cual resolver, dado que a raíz del otorgamiento de la protección provisional dispuesta en primera instancia, se adoptaron medidas para asegurar el derecho a la salud, denunciado como violado por el amparista. Solicitó que se declare sin lugar la apelación promovida y se hagan los demás pronunciamientos que corresponden conforme a la ley.

CONSIDERANDO

-I-

El amparo protege a las personas contra las amenazas de violaciones a sus derechos o restaura el imperio de los mismos cuando la violación hubiere ocurrido. No hay ámbito que no sea susceptible de amparo y procederá siempre que los actos, resoluciones, disposiciones o leyes de autoridad lleven implícitos una amenaza, restricción o violación a los derechos que la Constitución y las leyes garantizan.



Los derechos sociales están reconocidos en la Constitución, específicamente en el Capítulo II del Título II (Derechos Humanos). Entre éstos se encuentra el derecho a la salud. Este derecho es fundamental debido a que surge del derecho a la vida, como el más elemental de los derechos humanos. De ahí que merezca reconocimiento en normas de derecho internacional como lo son, entre otros, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y XI de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre. Su desarrollo conlleva la posibilidad real de una persona de recibir atención médica oportuna y eficaz por el único hecho de ser humano, derecho dentro del cual se incluye la prevención de enfermedades y el tratamiento y rehabilitación de éstas, mediante la prestación de servicios médicos hospitalarios o de atención médica, todo ello con el objeto de que a quien le aqueje enfermedad tenga posibilidad adicional de preservar su vida. Con el objeto de positivizar el derecho a la salud y la obligación del Estado de proteger a la persona y garantizarle su vida y desarrollo integral, la Constitución Política de la República, en el artículo 94, establece la obligación del Estado de velar por la salud y asistencia social de todos los habitantes, proveyéndolo a través de sus instituciones, mediante acciones de prevención, recuperación y rehabilitación de enfermedades, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social. Los servicios médico-hospitalarios deben tender a conservar o restablecer la salud de los habitantes, desde el momento del diagnóstico de la enfermedad hasta el desarrollo del tratamiento que éstos requieran para su restablecimiento. Por ello, resulta innegable e incuestionable la importante función social del Estado en este tema para preservar o mantener los niveles de salud de la población con el propósito de resguardar la salud de las personas y hacer efectivo y garantizar el goce del derecho a la vida. Estos derechos no pueden ceder ni esperar por conflictos administrativos laborales e internos del Estado y sus órganos y entes administrativos, ya que ello

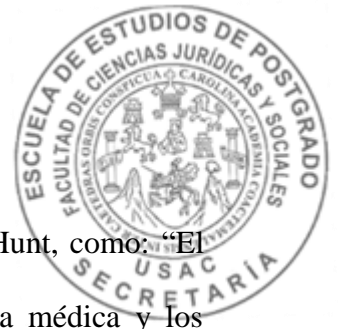


constituiría violación a los aludidos derechos humanos.

-II-

En el presente caso, el Procurador de los Derechos Humanos pide amparo contra el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social y denuncia, a manera de actos reclamados, la falta de medicamentos, equipo quirúrgico, insumos y recurso humano operativo en los centros hospitalarios del país, necesarios para brindar atención médica que garantice la seguridad de los enfermos, así como la falta de condiciones mínimas para intervenciones quirúrgicas y cuidados post-operatorios, especialmente de ochenta y un personas del Hospital Roosevelt.

En este amparo, promovido en el año dos mil seis, se expone la situación de hecho que se dice existente desde el año dos mil cinco y que perduraba hasta el año de presentación de la acción, relativa a la serie de paralizaciones de los servicios hospitalarios, especialmente en el Hospital Roosevelt y que esas situaciones acaecían como resultado de falta de equipo e instrumental médico y recursos humanos, así como medicamentos necesarios para operar con las capacidades mínimas necesarias de un centro hospitalario. Expuso el Procurador de los Derechos Humanos que en septiembre de dos mil cinco y junio de dos mil seis, se paralizó la atención médica en el Hospital Roosevelt y, en el mes de junio ocurrió igual situación en el Hospital San Juan de Dios, lo que denota que los centros de salud están desabastecidos desde junio de dos mil seis, pues la falta de insumos provoca imposibilidad de realizar operaciones quirúrgicas y que ello obedece a que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha acumulado una deuda de treinta punto seis millones de quetzales a proveedores de medicinas, de equipo y otros materiales médicos, por lo que éstas dejaron de proveerlos. Que el deficiente manejo administrativo de los insumos también es causante de la situación denunciada.



-III-

El derecho a la salud es definido por el experto de las Naciones Unidas Paul Hunt, como: “El derecho a un sistema de salud efectivo e integrado, que abarque la asistencia médica y los determinantes subyacentes de salud, que responda a las prioridades locales y nacionales, y que esté al acceso de todos”. (Publicación del discurso de la Alta Comisionada para los Derechos Humanos, Louise Albour, durante la 4ta. Sesión del Grupo de Trabajo, sobre el protocolo facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ginebra, julio 16, 2007. Página 19).

El Comité de las Naciones Unidas sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha desarrollado una interpretación del derecho a la salud, contenido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. Refieren a la tripartita obligación de los Estados de respetar, proteger y satisfacer los derechos reconocidos en el Pacto. Respecto de la segunda, se requiere que los Estados tomen medidas para evitar que terceras partes interfieran con el derecho a obtener asistencia médica adecuada. La tercera, requiere que los Estados tomen medidas positivas que capaciten a las personas individuales y a los grupos para gozar del derecho a la salud. La obligación de satisfacer requiere que los estados, por ejemplo: **i)** otorguen suficiente reconocimiento al derecho a la salud en los sistemas nacional, político y legal, preferiblemente en forma de implementación legislativa; **ii)** adopten una política de salud nacional con un plan detallado para realizar el derecho a la salud; **iii)** aseguren el suministro de atención médica, incluyendo programas de vacunación contra las principales enfermedades infecciosas; **iv)** aseguren igual acceso a todos los determinantes subyacentes de salud, tales como alimentos nutricionalmente seguros y agua potable, saneamiento básico y condiciones de vida y vivienda adecuada; **v)** aseguren la capacitación adecuada de los doctores y

personal médico y el suministro de un número suficiente de hospitales, clínicas y otras instalaciones relacionadas con salud, con la debida consideración a su distribución equitativa en todo el país.



–IV–

Si bien el Estado manifiesta prestar los servicios de salud, en la medida de sus capacidades, las cuales no alcanzan satisfacer este derecho a niveles óptimos, lo cual se entiende en un país con altos grados de pobreza como Guatemala, también lo es que esa cobertura mínima y actual no es excusable que decaiga o retroceda de una mínima satisfacción a una insatisfacción absoluta o menor. Por el contrario, a falta de óptimas atenciones en materia de salud, el Estado debe conservar lo niveles alcanzados, con tendencia obligatoria a la progresividad de las condiciones mínimas de asistencia de salud, derivados de su deber apremiante de realizar prestaciones positivas, para su satisfacción, como lo consideró esta Corte en sentencia de veinte de mayo de dos mil diez, dictada en el expediente cuatro mil noventa y cinco – dos mil nueve; ello porque la discontinuidad de tales prestaciones vulnera el principio de no regresividad o de no retroceso social, consagrado en el Pacto mencionado, lo cual conlleva proscribir o no admitir políticas y medidas que empeoren la situación de los derechos sociales o de las prestaciones brindadas. De acuerdo con este principio, como se estimó en el fallo antes aludido, una vez reconocido un derecho y efectivizado su goce por medio de un servicio prestado por el Estado, implica el reconocimiento de un status jurídico básico, por lo que su vigencia no puede mermarse o eliminarse posteriormente. El principio de no regresividad constituye una limitación constitucional a la reglamentación de los derechos fundamentales que veda a las autoridades públicas la posibilidad de adoptar medidas o permitir que se desarrollen situaciones que reduzcan el nivel alcanzado por tales derechos sociales y de las prestaciones de que goza la población, más



aún si se encuentran en situaciones de vulnerabilidad extrema, precariedad o pobreza. Las condiciones de vigencia y acceso a los derechos sociales no pueden reducirse con el transcurso del tiempo, porque ello configura una violación al artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales establece que los Estados partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos reconocidos (este condicionamiento “máximo de los recursos” disponibles es una cuestión de prueba y variará de acuerdo a la situación económica del país en el que se intente aplicar la normativa del Pacto). Por ello, la obligación de no regresividad constituye una limitación que la Constitución y los tratados internacionales en materia de Derechos Humanos imponen a los poderes legislativo y ejecutivo a las posibilidades de reglamentación de los derechos económicos, sociales y culturales.

Además de la obligación del Estado que emana del principio antes analizado, es meritorio, por el objeto que se persigue con el planteamiento del amparo que se resuelve, traer a cuenta lo previsto en algunas disposiciones cuyo propósito lo constituye viabilizar el cumplimiento de las obligaciones estatales. La ley del Organismo Ejecutivo dispone: **i)** el artículo 22 determina: “los Ministros tienen autoridad y competencia en toda la República para los asuntos propios de su ramo, y son responsables de sus actos de conformidad con la Constitución Política de la República de Guatemala y las leyes”; **ii)** el artículo 23 preceptúa: “Los Ministros son los rectores de las políticas públicas correspondientes a las funciones sustantivas de cada Ministerio. Ejercen un papel de coordinación y facilitación de la acción del sector o sectores bajo su responsabilidad, para lo cual deben coordinar esfuerzos y propiciar la comunicación y cooperación entre las diferentes instituciones públicas y privadas que corresponda. Todas las instituciones públicas que



tengan funciones relacionadas con el o los ramos de cada Ministerio forman parte del sector o los sectores correspondientes y están obligadas a coordinar con el rector sectorial.”; **iii)** el artículo 27, literal c), establece entre las atribuciones de los Ministros: “...ejercer la rectoría de los sectores relacionados con el ramo bajo su responsabilidad y planificar, ejecutar y evaluar las políticas públicas de su sector, en coherencia con las políticas públicas de su sector, en coherencia con la política general del gobierno, salvaguardando los intereses del Estado, con apego a la ley...”; **iv)** el artículo 39 dispone: “Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social le corresponde formular las políticas y hacer cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa y a las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país y a la preservación higiénica del medio ambiente; a la orientación y coordinación de la cooperación técnica y financiera en salud y a velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud en casos de emergencias por epidemias y desastres naturales; y, a dirigir en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de los recursos humanos del sector salud, para ello tiene a su cargo las siguientes funciones: a) Formular y dar seguimiento a la política y los planes de salud pública y, administrar, descentralizadamente, los programas de promoción, prevención, rehabilitación y recuperación de la salud, propiciando a su vez la participación pública y privada en dichos procesos y nuevas formas de financiamiento y mecanismos de fiscalización social descentralizados. b) Proponer las normas técnicas para la prestación de servicios de salud y coordinar con el Ministerio de Comunicaciones, Transporte, Obras Públicas y Vivienda las propuestas de normas técnicas para la infraestructura del sector. c) Proponer la normativa de saneamiento ambiental y vigilar su aplicación. d) Realizar estudios y proponer las directrices para la ejecución de programas de vigilancia y control epidemiológico. e) Administrar



en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de recursos humanos en el sector salud. f) Velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud en casos de emergencia por epidemias y desastres naturales. Paralelo a que las normas antes descritas dejan claro que al Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, le compete responder a las omisiones que ahora le imputa en amparo el Procurador de los Derechos Humanos, es preciso referir que a este último, conforme al artículo 274 constitucional le corresponde ejercer una función supervisora de la administración pública, y que conforme al artículo 275 del mismo cuerpo fundamental, debe: “i) promover del buen funcionamiento y agilización de la gestión administrativa gubernamental en materia de derechos humanos, ii) investigar y denunciar comportamientos administrativos lesivos a los intereses de las personas; iii) investigar toda clase de denuncias que le sean planteadas por cualquier persona sobre violaciones a los derechos humanos; iv) recomendar privada o públicamente a los funcionarios la modificación de un comportamiento administrativo objetado; v) emitir censura pública por actos o comportamientos en contra de los derechos constitucionales; y vi) promover acciones o recursos, judiciales o administrativos, en los casos en que sea procedente”. Estas últimas disposiciones jurídicas abordadas, hacen que esta Corte corrobore, que al ahora peticionario de amparo le asiste la facultad y obligación, de propiciar acciones constitucionales como la presente, con el objeto de reclamar la tutela efectiva de los derechos fundamentales, cuando éstos están en riesgo de confrontación o han sido efectivamente violados.

–V–

El Procurador de los Derechos Humanos denuncia inobservancia de deberes positivos de prestaciones en materia de salud. Para el efecto hace una serie de denuncias sobre las circunstancias que, a su juicio, son el detonante de la violación denunciada. Si bien, este Tribunal



como ente jurisdiccional que es, requiere de la debida probanza de la efectiva concurrencia de los hechos que dan sustento a las denuncias, en el caso particular de los derechos sociales, es evidente que, aunque no se tenga la certeza de aquellas circunstancias, ello no trasciende ni veda un fallo de fondo, incluso estimatorio, si el resultado es un hecho que, por público, es evidente, conclusión a la que permiten arribar las distintas noticias publicadas en diferentes medios de comunicación, que obran incorporadas al expediente, y que puede decirse no han perdido vigencia dado que en la actualidad siguen haciéndose públicas por los mismos medios, noticias tales como las difundidas en el diario Prensa Libre con fechas veinte de julio –página cinco–; veintiuno de julio –páginas cuatro y cinco–, y veintitrés de julio –página ocho– del presente año, así como las publicaciones de la versión electrónica del mismo Diario, de fechas diecinueve y veintidós del mes y año relacionados, relativas a protestas de sindicalistas del Hospital San Juan de Dios; paro de servicios en el Hospital Roosevelt; suspensión de consultas causada por las decisiones del Sindicato General de Trabajadores de Salud de Guatemala y la Directiva de Médicos del Hospital Roosevelt, que convocaron a “paro progresivo en los servicios”; y la omisión del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de resolver las peticiones de los médicos del Hospital Roosevelt. Noticias como las enunciadas, permiten a este Tribunal reconocer como un hecho conocido los graves problemas en materia de salud que enfrentaron los habitantes de este país en los años que cita el denunciante, circunstancias que han permanecido latentes hasta hacer crisis en la fecha en que se emite este fallo. Como antes se dijo, las circunstancias que a lo interno de los Organismo del Estado puedan estar dando origen a la falta de acceso a la salud son intrascendentes para efectos de declarar su violación, pues los resultados están a la vista.



En efecto, se ha visto en los medios de comunicación social que en más de una vez, los paros en los hospitales no han sido motivados por requerimientos de prestaciones labores para el personal médico, sino porque éstos se ven en imposibilidad de seguir prestando los servicios de salud, por el desabastecimiento y falta de condiciones mínimas para prestar servicios. Como se advirtió, se percibe en el ambiente de la sociedad guatemalteca que el acceso al servicio médico no reúne ni las condiciones mínimas y que alcanza situaciones de gravedad hasta el cierre material de los centros hospitalarios, con lo cual se llega a la falta de cobertura absoluta del derecho a la salud.

Esta Corte, sin embargo, estima que la observancia mínima, mediana o plena del derecho a la salud, en su realización, no puede devenir sólo de una resolución jurisdiccional que declare la existencia de violaciones a los derechos, sino que es necesario que en este país se manejen conceptos como: participación, responsabilidad, no discriminación y capacitación. Se hace necesario agotar vías como aquellas de que dispone el propio Procurador de los Derechos Humanos, actos del legislador que den preeminencia a la precariedad en la observancia de este derecho, etc., tal como lo propone la observación general antes referida.

En concordancia con lo anterior, el Procurador de los Derechos Humanos –por denuncia o de oficio– al conocer de casos particulares en los que se produzcan los agravios a derechos fundamentales que en lo colectivo pretendió hacer valer en el presente proceso, debe promover las gestiones pertinentes o amparos en auxilio de las personas afectadas en lo individual, como lo establece el artículo 26 de la Ley de Amparo, Exhibición Personal y de Constitucionalidad, o –de ser el caso– ejercer la defensa de derechos que tiene encomendada (según el artículo 25 de la ley citada) por violaciones al principio de no regresividad, apuntalado anteriormente.



Todo lo expuesto lleva a esta Corte a reconocer que las situaciones de hecho relativas a los fallos que el sistema de Salud en el país, reflejados de la manera aludida, imponen advertir que el derecho a la Salud ha sido violado en la forma denunciada por el Procurador de los Derechos Humanos, especialmente por no adoptarse medidas administrativas efectivas que permitan al Estado de Guatemala dar cumplimiento, tanto a la luz de la legislación internacional invocada, como de la regulación constitucional que sirve de apoyo al presente fallo, cumplir con garantizar a la población el derecho a la salud; en consecuencia, es meritorio otorgar el amparo promovido, con los alcances necesarios para que el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social vele debidamente, en cumplimiento de sus funciones, porque se observen en los hospitales públicos a su cargo, con estándares apropiados para atender a las personas que así lo requieran, tanto en el ámbito de la medicina a suministrar, como en el de disponibilidad de personal debidamente capacitado y apto, así como todas las condiciones de higiene necesarias y propias para las funciones que cumplen. Sin embargo, y en atención a lo considerado al final del párrafo precedente, el amparo promovido no puede prosperar respecto de las ochenta y un personas pendientes de intervención quirúrgica a favor de quienes también se promovió la acción que se resuelve, dado que a esta Corte no le es dable conocer de cada caso en particular ni cuenta con el conocimiento científico necesario ni la información clínica apropiada, para poder disponer que se les someta a intervención quirúrgica; ello sin perjuicio de las facultades del Procurador de los Derechos Humanos antes aludidas, en cuyo ejercicio puede promover las gestiones administrativas directas pertinentes, o judiciales ulteriores, que permitan hacer valer plenamente los derechos de las personas que así lo requieran.

LEYES APLICABLES

Artículo citado y 265, 268 y 272 inciso c) de la Constitución Política de la República de



Guatemala; 1°, 5°, 6°, 8°, 42, 43, 44, 46, 47, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 149, 163 inciso c), 185 y 186 de la Ley de Amparo, Exhibición Personal y de Constitucionalidad; y 17 del Acuerdo 4-89 de la Corte de Constitucionalidad.

POR TANTO

La Corte de Constitucionalidad, con base en lo considerado y leyes citadas, resuelve: **I. Con lugar** el recurso de apelación promovido y, en consecuencia: **a)** se otorga el amparo promovido por el Procurador de los Derechos Humanos, contra el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social; **b)** para los efectos positivos de la protección constitucional que se confiere, la autoridad impugnada debe adoptar las medidas administrativas efectivas que permitan al Estado de Guatemala garantizar a la población el derecho a la salud; en consecuencia, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe velar debidamente, en cumplimiento de sus funciones, por que se observen en los hospitales públicos a su cargo, los estándares apropiados para atender a las personas que así lo requieran, tanto en el ámbito de la medicina a suministrar, como en el de disponibilidad de personal debidamente capacitado y apto, así como todas las condiciones de higiene necesarias y propias para las funciones que cumplen, debiendo, en caso de resultar necesario en casos concretos, obtener el suministro de equipo médico necesario para atender casos especiales; para el efecto, la autoridad impugnada deberá constatar cuál es la situación actual en los rubros mencionados, de todos los hospitales del sistema de salud nacional a su cargo, con el objeto de tomar decisiones particularizadas que permitan superar las limitaciones que hoy día se sufran; **c)** la autoridad impugnada, deberá informar al tribunal de amparo de primera instancia, en seguimiento a la ejecución de la protección que se otorga, la forma como haya dado cumplimiento debido a lo que se le ordena, lo que deberá cumplir dentro de los sesenta días hábiles siguientes a que el presente fallo guarde firmeza, para los efectos legales

consiguientes, debiendo incluir en su informe, especialmente, cuál es la situación de los hospitales a su cargo, en cada uno de los aspectos detallados en la literal anterior. **II. Notifíquese** y, con certificación de lo resuelto, devuélvanse los antecedentes.



ROBERTO MOLINA BARRETO

PRESIDENTE

ALEJANDRO MALDONADO AGUIRRE

MAGISTRADO

MARIO PÉREZ GUERRA

MAGISTRADO

GLADYS CHACÓN CORADO

MAGISTRADA

JUAN FRANCISCO FLORES JUÁREZ

MAGISTRADO

JOSÉ ROLANDO QUESADA FERNÁNDEZ

MAGISTRADO

JORGE MARIO ÁLVAREZ QUIRÓS

MAGISTRADO

MARTÍN RAMÓN GUZMÁN HERNÁNDEZ

SECRETARIO GENERAL



BIBLIOGRAFÍA



- AA.VV. (comp.). (1987) *Tendencias actuales en la educación sanitaria*. Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS).
- AA.VV. (1995) *El món de l'educació i la salut*. Editorial Raima.
- AA. VV. (2015) *Código del sistema sanitario*. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
- AA. VV. (2015) *Introducción a la salud pública*. Editorial Ciencias Médicas.
- Aibar Remon, C. (2000) La formación en educación para la salud en las profesiones sanitarias. *Trabajo Social y Salud* (35)
- Álvarez Oliva, Rafael. (1998) *Salud pública y medicina preventiva*. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Aniorte, H. (2008) *El proceso del envejecimiento. Papel de la enfermera ante las necesidades del anciano*. (s. e.)
- Aroca Montolio, Concepción (et al). (2014) *Pedagogía multidisciplinar para la salud*. Editorial Tirant Humanidades.
- Arroyo Hiram, V. (ed.); Cerqueira, María T. (ed. asociada). (1997) *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial*. Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
- Asociación Cultural y Científica Iberoamericana (ACCI), (2016) *Gestión pública de la salud*. (s. e.)
- Attaran, Amir, Pang, Tikki, Whitworth, Judith, Oxman, Andrew, Mckee, Martin. (2011) *Healthy by law: the missed opportunity to use laws for public health*. Institute of Population Health, University of Ottawa.



- Azagra, M. J.; Echauri, M.; Pérez, M. J. (1997) *Ayudar a dejar de fumar. Protocolos de actuación para profesionales de la salud*. Gobierno de Navarra.
- Balladelli, Pier Paolo. (s. f.) El derecho a la salud. *Primer Congreso Nacional sobre el Derecho Humano a la Salud*. OPS.
- Barreto, R.; Morfi S., (et al). (2007) Diagnóstico del programa de ejercicios físicos realizados en el círculo de abuelos “Abel Santamaría”. *Revista Cubana*, 23(4).
- Bestard Perelló, Juan José. (2015) *La asistencia sanitaria pública*. Editorial Díaz de Santos.
- Blas, Erik; Semmerfeldt, Johannes; Silvasankara Kurup, Anand. (eds.) (2011) *Social determinants approaches to public health: from concept to practice*. World Health Organization.
- Bolis, Mónica. (s. f.) *La política social del Estado: fundamento de la integración entre instituciones de salud y de seguridad social en el caribe de habla inglesa*. (s. e.)
- Bowen Matthew, Dayna. (2017) *The law as healer: how paying for medical–legal partnerships saves lives and money*. Brookings Institution, Center for Health Policy.
- Bridgman, R. F.; Roemer, M. I. (1974) *La legislación y la administración hospitalarias*. Organización Mundial de la Salud.
- Cacioppo, John T; Cacioppo, Stephanie. (2018) The growing problem of loneliness. *The Lancet*. 391(10119)
- Capewell, Simon; Cairney, Paul; Clarke, Aileen. (2018) Should action take priority over further research on public health. *British Medicine Journal*. 360(292).
- Cardaci, D. (1992) Ciencias sociales y la formación en educación para la salud. *Educación Médica y Salud*. (s. e.)
- Carlos, S. (s. f.) *Salud y enfermedad*. (s. e.)



- Carrasco Mallen, M.; Escanero Marcen, J. (1984) *Necesidades sentidas de formación continuada de los médicos de atención primaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Carrasco, Miguel, Vives–Cases, Emily. (2017) *metodología para el desarrollo de un resumen de evidencia para políticas en salud pública*. Science Director, DOI.ORG, 10.1016.
- Centro Médico Militar. <https://www.centromedicomilitar.com.gt/>
- Christensen, Clayton M. (2009) *The innovator's prescription*. McGraw Hill.
- Coll, C. (1992) *Psicología y currículum. Papeles de pedagogía*. Editorial Paidós.
- Comité Permanente de Médicos Europeos. (2001) *Postura respecto a la formación médica continuada y el desarrollo profesional permanente*. (s. e.)
- I Conferencia Internacional de Promoción de Salud*. (1986) (s. e.)
- II Conferencia Internacional de Promoción de Salud*. (1988) (s. e.)
- III Conferencia Internacional de Promoción de Salud*. (1991) (s. e.)
- IV Conferencia Internacional de Promoción de Salud*. (1997) (s. e.)
- V Conferencia Internacional de Promoción de Salud*. (2000) (s. e.)
- Consiglio, E. (2007) *Pobreza, salud y educación. Economía, Gestión y Desarrollo*. (5)
- Convenio Interuniversitario sobre estudios de postgrado conducente a títulos propios de las Universidades*. (1991) (s. e.)
- Correa, Carlos. (2001) *Integrando la salud pública en la legislación sobre patentes de los países en desarrollo*. South Centre.
- Costa, M.; López, E. (1996) *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Editorial Pirámide.
- Cox, K. R.; Ewan, C. E. (1990) *La docencia en medicina*. Editorial Doyma.
- Cuídate Plus. www.cuidateplus.com



Curto, S. I.; Verhasselt, Y.; Boffi, R (2001). *La transición epidemiológica en la Argentina*. Academia Nacional de Medicina.

De Araujo Hartz, Zulmira María; Vieira Da Silva, Ligia Maria. *Evaluación en salud*. Lugar Editorial.

DEIS. (s. f.) *Informe estadístico de causa de muerte*. Ministerio de Salud de la Nación.

Demarco, G. (s. f.) *Manual de economía*. www.indec.gov.ar/glosario

Díaz B., Martínez L. (et al) (2003) Características biopsicosociales en una población anciana. *Revista Cubana*.

Dirección General de Estadística y Censos. Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. (2006) La mortalidad infantil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Período 1990–2005. *Informe de Resultados* (267)

Drager, Nick; McClintock, Elizabeth; Moffitt, Michael. (2000) *Negociación del desarrollo sanitario*. Organización Panamericana de la Salud.

Dueñas, F. (2000) *El proceso del envejecimiento*. (s. e.)

Emergencia sanitaria por COVID–19 en México. (s. f.) (s. e.)

Feldenkrais, Moshe. (2010) *La sabiduría de tu cuerpo*. Editorial Sirio.

Feres, J. C.; Mancero, X. (2001) Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura. *Serie estudios estadísticos y prospectivos*. CEPAL.

Fernández Benasar, C.; Fornés, J. (1991) *Educación y salud*. Universitat de les Illes Balears.

Ferrari, A. (2000) La formación en educación para la salud. *Trabajo Social y Salud*. (35)

Food and Agriculture Organization for the United Nations. *Codex Alimentarius*.
<https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/es/>

Food Safety System Certification. <https://www.fssc22000.com/>



- Fortuny, M. (1990) Educación para la salud. En: AA. VV. *Iniciativas sociales de educación informal*. Editorial Rialp.
- Fortuny, M. (1994) El contenido transversal de la educación para la salud: diseño de la actividad pedagógica. *Revista de Ciencias de la Educación*.
- Freeman, Michael (Ed.). (2010) *The ethics of public health*. (I y II). The International Library of Medicine, Ethics and Law. Ashgate.
- Freire, P. (1989) *La educación como práctica de la libertad*. Editorial Siglo XXI.
- Fuenzalida–Puelma, Hernán L.; Scholle Connor, Susan. (eds.) (1989) *El derecho a la salud en las américas: estudio constitucional comparado*. Organización Panamericana de la Salud.
- Füllop, I.; Roemer, M. I. (1987). Análisis de la formación del personal de salud: Método para mejorar los sistemas de salud nacionales. *Cuadernos de Salud Pública*. (83) Organización Mundial de la Salud.
- Fundación Amigos contra el Cáncer. www.fundecan.org
- Gallego Riestra, Sergio. (2003) *Introducción al derecho sanitario: responsabilidad penal y civil de los profesionales sanitarios*. (s. e.)
- Ganeva, Iveta; Marín, José María. (1993) *Capacidad de negociación en el sector salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- Garantismo judicial. Derecho a la salud*. (2011) Editorial Porrúa.
- García García, J. J. (2000) Uso de algunos indicadores en epidemiología. Primera parte. *Revista mexicana de pediatría*. 67(1).
- García García, J. J. (2000) Uso de algunos indicadores en epidemiología. Primera parte. *Revista mexicana de pediatría*. 67(2).



- Gascón Abellán, Marina; González Carrasco, Carmen; Cantero Martínez, Josefa, (Coordinadores) (2011) *Derecho sanitario y bioética. Cuestiones actuales*. Editorial Tirant lo Blanch.
- Germán Bes, C.; Moreno, Azanar, L.; Tomás Aznar, C. (2000) Escenarios de aprendizaje en educación para la salud en la diplomatura de enfermería. *Trabajo Social y Salud*.
- Gómez; Fernández, (et al). (2005) Factores de riesgo aterogénicos en una población de adultos mayores. *Revista cubana de enfermería*.
- González Pérez. (2005) El modo de vida en la comunidad y la conducta cotidiana de las personas. *Revista cubana de Salud Pública*. 31(2).
- González–Torre, Ángel Pelayo (Coord.) (2014) *Problemas actuales de derecho y salud*. Editorial Comares.
- Gordon, T. (1994). *MET: Maestros eficaz y técnicamente preparados*. Editorial Diana.
- Green, L.; Simons–Morton, B. G. (1988) *Educación para la salud*. Editorial Interamericana McGraw–Hill.
- Gualdoni, A. (s. e.) *Introducción a la demografía*. (s. e.)
- Ham, C. H. (2001) *Esperanza de vida y expectativas de salud en edades avanzadas*. (s. e.)
- Hernández–Ávila; Garrido–Latorre; López–Moreno. (2000) Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*. 42(2)
- Hernández J., Gómez, et al. (2006) Caracterización socioeconómica de los ancianos pertenecientes a dos consultorios médicos del policlínico “San Diego de los Baños”, *Revista cubana* 22(1).



- Holy, M.; Valenzuela, A. (et al) (2000) Depresión en el Adulto Mayor: Evaluación Preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la escala de Depresión Geriátrica. *Revista Médica de Chile*. 128(11)
- INDEC. (s. f.) *Definiciones y Conceptos. Adultos Mayores*. (s. e.)
- INDEC. (s. f.) *Definiciones y Conceptos. Área niños, niñas y adolescentes*. (s. e.)
- INDEC. (s. f.) *Definiciones y Conceptos. Dinámica y estructura de la población*. (s. e.)
- INDEC. (s. f.) *Definiciones y Conceptos. Educación*. (s. e.)
- INDEC. (s. f.) *Definiciones y Conceptos. Jóvenes*. (s. e.)
- ISSSTESON. (2008) *Casa club del pensionado*. (s. e.)
- ISSSTESON. (2008) *Historia del ISSSTESON*. (s. e.)
- Kark, S. L. (1981) *The practice of community-oriented primary health care*. Appleton-Century-Crofts.
- Kaufman, Lea. (2015) *Apodérate de tu cuerpo*. Editorial Sirio.
- Kickbusch, I. (1981) *Un concepto social de la educación para la salud. 31.ª sesión del Comité Regional Europeo*. Organización Mundial de la Salud, Programa regional de estilos de vida y educación sanitaria.
- Kleczkowski, Bogdan M.; Roemer, Milton I.; Van der Werff, Albert. (1984) *Sistema nacional de salud y su reorientación hacia la salud para todos. Pautas para una política*. Organización Mundial de la Salud.
- Lalonde, M A. (1981) *New perspective on the health of Canadians: a working document*. Minister of Supply and Services.
- Lindström, Bengt. (2018) Workshop salutogenesis and the future of health promotion and public health. *Scandinavian Journal of Public Health*.



Liga del Corazón. <https://www.ligadelcorazon.org.gt/>

Llanes B. (2008) Los factores más probables de longevidad. Reflexiones sobre el tema. *Revista cubana*. 24(1)

López de Ceballos, P. (1990) *La investigación–acción participativa*. Editorial Popular.

López–Moreno; Garrido–Latorre; Hernández–Ávila. (2000) Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud Pública de México*. 42(2).

Luft, J. (1986) *Introducción a la dinámica de grupos*. Editorial Herder.

Madies, Claudia Viviana. (2017) *Derecho sanitario*. Documento de la OPS/OMS y Ministerio de Salud.

Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J. S. (1994) *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Editorial Mosby; Editorial Doyma.

Martínez Hernández, Juan. (2013) *Nociones de salud pública*. Editorial Díaz de Santos.

Martínez Mora, I. (1990) *Definición del perfil del educando en educación para la salud en la enseñanza general básica*. Editorial Paniamor.

Matveikova, Irina. (2013) *Salud pura*. Editorial La esfera de los libros.

Merrill, Thomas G; Lopez, Wilfredo; Perl, Sarah B; Bassett, Mary T. (2008) The Judicial Threat to Public Health Innovation – The Sword of Boreali. *New England Journal of Medicine*, 378(6).

Mi Voluntariado. mivoluntariado.org

Ministerio de Salud de la Nación. (2004) *Morbi–mortalidad materna y mortalidad infantil en la República Argentina: estrategias para mejorar el desempeño de los servicios de salud materno infantil*. (s. e.)

Ministerio de Salud Pública. (2017) *Anuario estadístico de salud 2016*. (s. e.)



- Molina Jaramillo, Astrid Natalia. (2005) Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(1).
- Montúfar Rodríguez, Rodrigo. (2012) *Prevenemos el Alzheimer y ayudemos a los pacientes y a sus familias*. Publicación de prensa.
- Moreno–Altamirano, A. (et al) (2000) *Principales medidas en epidemiología. Salud pública de México*. 42(4)
- Morfi S. (2005) Proyecto de superación en enfermería gerontológica comunitaria. *Revista cubana*. 21(1)
- Omran, A. R. (1971) The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4)
- Organización de las Naciones Unidas. (2006) *La ONU preocupada por el envejecimiento de Asia y América*. (s. e.)
- Organización Mundial de la Salud. (1974) *Los métodos modernos de gestión y la organización de los servicios de salud*. (s. e.)
- Organización Mundial de la Salud. (1999) *Promoción de salud: Glosario*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud. (1973) *Relaciones entre los programas de salud y el desarrollo social y económico*. (s. e.)
- Organización Mundial de la Salud. (2006) *Salud pública innovación y derechos de propiedad intelectual*. (s. e.)
- Organización Mundial de la Salud. (2008) *Constitución 1946*. (s. e.)
- Organización Mundial de la Salud. (2005) *Reglamento sanitario internacional*. (s. e.)



- Organización Mundial de la Salud. (2006) *Salud pública innovación y derechos de propiedad intelectual*. (s. e.)
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.) *Análisis de situación de salud*. (s. e.)
- Organización Panamericana de la Salud. (1993) Estructura y comportamiento del sector salud en la Argentina, Chile y el Uruguay. *Cuaderno técnico 36*. (s. e.)
- Organización Panamericana de la Salud. (1980) *La regionalización de los servicios de salud. La experiencia de Puerto Rico*. Publicación científica No. 395.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001) Medición de desigualdades en salud: coeficiente de Gini e índice de concentración. *Boletín epidemiológico*. 22(1)
- Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. (1992) *Los países del Caribe de habla inglesa han desarrollado sistemas públicos de salud basados fundamentalmente en el sistema nacional de salud británico*. (s. e.)
- Organización Panamericana de la Salud. (2002) Prácticas sociales y salud pública. *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. (s. e.)
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.) *Sistema de datos básicos de salud. Glosario*. (s. e.)
- Organización Panamericana de la Salud. (2002) Renovación conceptual de la salud pública. *La salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. (s. e.)
- Organización Panamericana de la Salud. Salud internacional. Un debate Norte–Sur. (s. e.)
- Ortiz, Z. (et al) (2004) Módulo 1. Introducción a la epidemiología. *Epidemiología básica y vigilancia de la salud*. (s. e.)



- Ortiz, Z. (et al) (2004) Módulo 2. Tipos de estudios epidemiológicos. *Epidemiología básica y vigilancia de la salud*. (s. e.)
- Ortiz, Z. (et al) (2004) Módulo 3. Cuantificación de los problemas de salud. *Epidemiología básica y vigilancia de la salud*. (s. e.)
- Ortiz, Z. (et al) (2004) Módulo 4. Efecto, impacto y fuentes de error. *Epidemiología básica y vigilancia de la salud*. (s. e.)
- Ortiz, Z. (et al) (2004) Módulo 5. Vigilancia de la salud. *Epidemiología básica y vigilancia de la salud*. (s. e.)
- Ortiz, Z. (et al) (2004) Módulo 6. Investigación de brote. *Epidemiología básica y vigilancia de la salud*. (s. e.)
- Palomar Olmeda, Alberto (Dir. Congr.), Cantero Martínez, Josefa (Dir. Congr.), Larios Risco, David (Coord.), González García, Lola (Coord.), De Montalvo Jääskeläinen, Federico (Coord.), Pemán Gavín, Juan María (Pr.). (2013) *Tratado de derecho sanitario*. Cizur Menor, Aranzadi.
- Parra–Cabrera, S. (et al). (1999) Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública. *Saúde Pública*, 33(3).
- Pastor Castell–Floritserrate. (2013) *Saber qué hacer en la dirección de la salud pública*. Editorial Política.
- Peña, Manuel; Bacallao, Jorge. (2000) *La obesidad en la pobreza*. Organización Panamericana de la Salud.
- Pérez, M. J.; Echauri, M. (1999) *Educación en salud: introducción*. Gobierno de Navarra.
- Pérez, M. J.; Echauri, M. (1996) *En la madurez. Guía para promover la salud de las mujeres*. Gobierno de Navarra.



Polaino–Lorente, A. (1997) *Educación para la salud*. Editorial Herder.

Ponencias de Higiene. II Forum Nacional de Higiene y Epidemiología. Legislación Sanitaria en Cuba. 1974. (s. e.)

Ramos Domínguez, B. N. (2006) Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. *Revista Cubana Salud Pública*. 32(2)

Red Latinoamericana de Geriatría y Gerontología. (2006) *México: aprueban la creación del Instituto de Geriatría y Gerontología, artículos y recortes de prensa*. (s. e.)

Restrepo, H.; Málaga, H. (2001) *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Organización Panamericana de la Salud.

Rodas Zamora, Julio. (s. f.) *Diccionario de plantas medicinales*. (s. e.)

Rodríguez R.; La Rosa. (et al) (2006) Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana*. 22(1)

Roemer, Milton I. (1972) *Evaluación de los centros de salud pública*. (s. e.)

Rojas Ochoa, Francisco. (2009) *Salud pública, medicina social*. Editorial Ciencias Médicas.

Room, Robin (Coautor [et al.]); Utrilla, Juan José (Traductor). (2013) *El alcohol y los países en desarrollo: una perspectiva de salud pública*. FCE / Organización Panamericana de la Salud.

Rossi, Royer; Leguiza; Irurzun. (s. f.) *Carga global de enfermedad por tabaquismo en la argentina: resumen de los resultados*. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Salleras, L. (1985) *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Díaz de Santos.

Salud 21: salud para todos en el siglo XXI. (1999) Ministerio de sanidad y consumo. Organización Mundial de la Salud.



San Martín, H. Pastor, V. (1988) *Salud comunitaria. Teoría i pràctica*. Editorial Díaz de Santos.

Sarriá Santamera, Antonio (et al) (2014) *Promoción de la salud en la comunidad*. UNED.

Seguridad Alimentaria Global. SeguridadAlimentariaGlobal.com

Seminario multidisciplinar sobre educación para la salud en la formación inicial del profesorado y los profesionales sociosanitarios: conclusiones. (1996) Universidad de Zaragoza. Gobierno de Aragón.

Sen, A. K. (1992) *Sobre conceptos y medidas de pobreza*. *Comercio exterior*. 42(4)

Serrano, M. I. (1989) *Educación para la salud y participación comunitaria*. Díaz de Santos. (s. e.)

Serrano González, M. I. (1997) *La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud*. Díaz de Santos.

Silva García, Fernando (Coord.) (2011) *Derecho a la salud. Garantismo judicial*. Editorial Porrúa.

SI.NA.VE. (2000) *Manual de normas y procedimientos del sistema nacional de vigilancia epidemiológica*. (s. e.)

Soto Más (et al) (1997) El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Española de Salud Pública*. 71.

The College of Physicians of Philadelphia. *Perspectivas culturales sobre la vacunación*.
<https://ftp.historyofvaccines.org/multilanguage/es/contenido/articulos/perspectivas-culturales-sobre-la-vacunacion>

Toledo Curbelo, Gabriel José. (2004) *Fundamentos de salud pública*. Editorial Ciencias Médicas.



- Tones, K.; Tilford, S. (1994) *Health education: effectiveness, efficiency and equity*. Chapman and Hall.
- Tuirán; Partida. (et al) (1997) *Perspectivas demográficas de la tercera edad*. (s. p.)
- Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala. <https://www.unicargt.org/>
- Vaccani, R. (1996) *L'animatore come strumento di apprendimento*. Università L. Bocconi.
- Vaccani, R. (1996) *Strumentididattici e finalità formativa*. Università L. Bocconi.
- Valdez A., Román P. (et al) (2005) Género y condiciones de vida en adultos mayores en Hermosillo, Sonora. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 6(1)
- Vargas Fuentes, Mauricio. (1987) *Sociología de la salud*. Universidad Estatal a Distancia.
- Vásquez López, Luis. (comp.) (2019) *Recopilación de leyes en materia de salud*. Editorial Lis.
- Vega, A. L.; Torcida, S.; Velásquez, G. A. (2006) Análisis de la evolución de la tasa de mortalidad infantil en los departamentos de Argentina. 1994–2003. *Salud Colectiva*. 2(003) Universidad de Lanús. Argentina.
- Vega–Franco, Leopoldo. (2002) Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. *Salud pública de México*. 44(3)
- Villanueva, P. (1984) *La educación de adultos hoy. Necesidad y perspectiva de cambio*. Promolibro.
- White, K. L. (et al) (1997) *Fundamentación y práctica de la planificación y la gestión nacionales de los servicios de salud*. Organización Mundial de la Salud.
- World Health Organization. (2005) *International Health Regulations. Areas of work for implementation*. (s. e.)

Legislación:

Asamblea Nacional Constituyente (1986). *Constitución Política de la República de Guatemala*.