

ANALISIS DE LA PROBLEMÁTICA EN EL SISTEMA HOSPITALARIO EN GUATEMALA



Ente
Ni utilizo
el baño
está en má
estado

NO
SÍRVE



GRUPO DE APOYO MUTUO



ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA EN EL SISTEMA HOSPITALARIO EN GUATEMALA



Mario Polanco

Director General

Grupo de Apoyo Mutuo –GAM–

8a. Calle 3-11 Zona 1, Ciudad de Guatemala, C.A.

Teléfonos: (502) 2251-9037 / (502) 2232-3208

Fax: (502) 2220-0606

director@gam.org.gt

http://www.gam.org.gt

Orlando Blanco

Director General

Centro Internacional para Investigaciones en Derechos Humanos –CIIDH–

2a. Calle 4-42 Zona 2, Ciudad de Guatemala, C.A.

Teléfonos: (502) 2251-6146 (502) 2220-0217

Telefax: (502) 2220-0606

ciidh@intelnet.net.gt

Gilberto Robledo

Representante de AGIP en Observatorio Ciudadano

Sótano 1 Edificio del Ministerio de Finanzas Públicas de Guatemala, C.A.

Telefax: (502) 2238-4212

Humberto Espinoza

Investigador

Carmelina Villeda

Coordinadora de Proyecto

ISBN: 99922-830-7-6

Diseño portada

Luis Ortiz

Corrección estilo

Herbert Rojas



Guatemala



NORWEGIAN MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS



Danida

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, con apoyo financiero de los Gobiernos de Noruega, Suecia y Dinamarca, a través de su Programa de Participación de la Sociedad Civil –PASOC– hizo posible la presente publicación

La información contenida en esta publicación no necesariamente refleja la posición del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

ÍNDICE:

1.	Introducción.....	7
2.	Reseña Histórica	9
2.1	Referencias históricas del sistema de salud en Guatemala.....	9
2.2	Antecedentes del sistema hospitalario	13
3.1	Los Acuerdos de Paz.....	16
3.2	Propuestas y alternativas	16
3.3	Las Naciones Unidas y las metas del milenio.....	19
4.	Contexto Macro nacional.....	21
4.1	Condiciones macroeconómicas del país	21
4.2	Los indicadores históricos de Salud.....	23
4.3	La inversión pública y el gasto social en salud	24
5.	Condiciones materiales y subjetivas precedentes.....	28
5.1	Advertencias de una crisis inminente.....	28
5.2	Omisión de compromisos gubernamentales	29
6.	Trascendencia y periodización de la Crisis hospitalaria	31
6.1	Trascendencia pública	31
6.2	Periodización del conflicto.....	33
7.	Naturaleza, organización y estrategia del movimiento médico.....	36
7.1	Naturaleza del conflicto.....	36
7.2	Modalidad del conflicto	37
7.3	Estrategia de intervención (Organización, metodología y Principios del movimiento).....	37
7.4	Cobertura geográfica.....	46
7.5	Eventos de coyuntura	47
8.	Principales problemas y reivindicaciones planteadas	50
8.1	Problemática identificada	50
8.2	Plataforma Reivindicativa.....	53

9.	Evolución del movimiento.....	55
9.1	Proceso y ritmos dominantes en la búsqueda de una solución al conflicto y a la crisis del sistema hospitalario.....	55
9.2	Avances y situación actual	72
10.	Respuesta gubernamental.....	75
10.1	La respuesta clásica	75
10.1	Características de relaciones gobierno y el gremio médico	78
10.2	Participación de otros Actores.....	81
11.	Perspectivas del movimiento	86
11.1	Condiciones para una solución sostenible y duradera.....	86
11.2	Modelo de Estado Vrs Necesidades sociales	89
11.3	Política fiscal y presupuestaria	90
11.4	Las esperanzas del Plan Visión de País.....	91
11.5	Soluciones ideales, soluciones posibles y lo realizable en el corto plazo.....	93
12.	Conclusiones y recomendaciones mínimas.....	95
12.1	Conclusiones.....	95
12.2	Recomendaciones	98
13.	Reflexiones y sugerencias finales.....	100
13.1	Debilidad de las instituciones y los riesgos de personalizar conflictos	100
13.2	Procedencia e implicaciones de la renuncia de un Ministro.....	102
13.3	Dificultades en la mediación y la negociación de acuerdos	104
13.4	Las características de un movimiento social diferente	106
13.5	Necesidad de documentar la experiencia	107
13.6	Sugerencias para el futuro del movimiento médico	108
14.	Bibliografía	111
15.	Anexos	113

1. Introducción

El movimiento médico hospitalario se originó por una iniciativa de los médicos del hospital Roosevelt, quienes se declararon en asamblea permanente por falta de insumos de trabajo y otras demandas reivindicativas. Este movimiento trascendió a la opinión pública el 10 de octubre, cuando los medios de comunicación social hablados y escritos divulgaron su acontecimiento.

A partir de este momento, desde la iniciativa del gremio médico del hospital Roosevelt, se abrió un proceso, que se bifurcó con fuerza en dos direcciones: la primera, puso al desnudo la grave problemática que en el ejercicio de los últimos gobiernos se ha venido acumulando en el funcionamiento de la Red Hospitalaria Nacional, la que progresivamente llevó a desencadenar una crisis en la prestación de los servicios bajo su responsabilidad y, que hoy hace evidente el riesgo de un colapso técnico del Sistema de Salud Pública, que las autoridades se niegan a reconocer y cuyas consecuencias por su magnitud ya son inocultables.

La segunda, generó una conflictividad que confronta y tensa las relaciones inicialmente entre las autoridades del Ministerio de Salud y los médicos residentes y sindicalizados del hospital Roosevelt y posteriormente, entre el Poder Ejecutivo y el gremio médico nacional, especialmente el insertado en la red hospitalaria, en cuyo eje interviene la máxima instancia nacional de representación de los intereses profesionales, el colegio de Médicos y cirujanos de Guatemala.

En víspera de un aniversario más de la Revolución del 20 de octubre de 1944, este movimiento y la conflictividad desencadenada cumplieron 135 días, sin que se vislumbrara una salida satisfactoria para las partes confrontadas, pero principalmente que dignifique la salud y la vida del pueblo de Guatemala.

Para dejar un testimonio de este nuevo evento en la historia social guatemalteca, en cuanto a sus causas, consecuencias, desenvolvimiento y desenlaces, en el presente trabajo, metodológicamente se trató de identificar las fases y etapas relevantes, dentro de una y extensa cronología.

Estas etapas y fases implicadas se identifican desde hitos trascendentales que ocurrieron y ocurren en esta historia, que a partir de encuentros y desencuentros agotaron iniciativas, recursos y esfuerzos y ponen nuevamente la problemática en un punto muerto, que da la sensación que de nada de lo hecho sirvió y que califican a cada ciclo, como etapa perdida, con todo un cúmulo de costos económicos, sociales y políticos ya irrecuperables.

2. Reseña Histórica

2.1 Referencias históricas del sistema de salud en Guatemala

(PNUD, 2002) Los rasgos discriminatorios de la atención a la salud heredados de la Colonia se mantuvieron durante los inicios de la vida independiente. Se basaban en la tradición conservadora de carácter caritativo- asistencial para atender a la población pobre rural e indígena, mientras la población con capacidad de pago era atendida por médicos particulares. La población en general era tratada en hospitales públicos y lazaretos. Las instituciones coloniales de sanidad continuaron funcionando después de la independencia hasta la primera mitad de siglo XX, cambiando solamente en algunos casos de nombre y ubicación.

Durante el régimen liberal, a fines del siglo XIX, y partiendo de la concepción de que el estado era la única entidad capaz de hacer frente a los problemas de salud, se establecieron las normas de la práctica médica pública que estaban destinadas a la vigilancia de la salud a través de las Juntas de Sanidad.

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

A partir del establecimiento del régimen liberal comenzó a desarrollarse cierta institucionalidad pública para implementar políticas de salud. En 1906 se organizó el Consejo Supremo de Salubridad Pública oficializado por el Código de Sanidad que funcionó hasta 1925, fecha en que se fundó la Dirección General de Salubridad Pública, la cual cambió de nombre a Dirección General de Sanidad Pública en 1932.

Posteriormente, como parte de las reformas sociales impulsadas a partir de la Revolución de 1944, la Dirección General de Sanidad Pública pasó a formar parte de la nueva Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. De esta manera, la sanidad pública abandonó su ubicación anterior en el Ministerio de Gobernación y Justicia, terminando con la dimensión coercitiva y militarizada de la atención de la salud, y asumió funciones benefactoras y reparadoras, además de hacerse cargo de centros hospitalarios y de programas preventivos. La Secretaría de Salud Pública fue luego convertida en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

Durante esta época también se crearon unidades móviles de salud con acciones en todo el territorio nacional, se inició el funcionamiento de distintas dependencias técnico-normativas en el nivel central, se organizaron delegaciones sanitarias en todos los departamentos del país, y se impulsó el programa de dispensarios municipales (1950).

Además, la Constitución de la República, puesta en vigor en marzo de 1945, estableció el seguro social obligatorio, que comprendía los seguros contra la invalidez, vejez, muerte, enfermedad y accidentes de trabajo, con el pago de una prima tripartita a la cual contribuirían los patronos, obreros y el Estado.

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

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

Las reformas iniciadas en 1944 se detuvieron en 1954, en 1956 el gobierno modificó la Ley orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), restándole autonomía al establecerse que le correspondería al Presidente de la República hacer los nombramientos de Gerente y Subgerentes, aspecto que junto a otros de carácter político, social y financieros, condicionaron negativamente el ulterior desarrollo de la seguridad social en Guatemala.

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

En 1969 dio inicio el Programa de Salud y Comunidad (PROSAC) con sede en Chimaltenango y con carácter multidisciplinario, logrando desarrollar un modelo de atención integral en salud a la población, en coordinación con los servicios públicos de salud.

Sin embargo, a consecuencia de las medidas de contrainsurgencia, sus actividades disminuyeron hasta su suspensión en 1980.

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

Ya en 1995 se había iniciado un proceso focalizado de cambios en el sector salud de Escuintla habiéndose incorporado hasta agosto de 1996 nueve de los diez distritos de salud, con cuatro componentes: focalización de la provisión de los servicios a migrantes, provisión de una canasta básica, mezcla público/privada y descentralización.

En 1996 se firmó un acuerdo entre el Gobierno de Guatemala y el BID para la ejecución del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (PMSS-I). La definición de los servicios básicos de salud se basó principalmente en experiencias piloto desarrolladas por el MSPAS y el INCAP. En su posterior implementación resalta la participación de profesionales mujeres tanto en el nivel directivo como operativo.

Actualmente el sistema nacional de salud está conformado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el IGSS y el sector privado lucrativo y no lucrativo. Ninguno de estos sistemas es hegemónico en términos de cobertura o recursos financieros. El MSPAS es la dependencia del poder ejecutivo formalmente designada para ejercer la rectoría del sector salud. También es uno de los principales proveedores directos de servicios a la población en general. Desde 1997 está desarrollando el papel de financiador y regulador de servicios básicos de salud prestados por ONGs a poblaciones que antes carecían de acceso a cuidados de salud.

El sector privado no lucrativo está integrado por organizaciones no gubernamentales (ONG). De las casi 1,100 ONG en Guatemala a fines de la década de 1990, el 82% eran nacionales, y de éstas, el 18% desarrollaban acciones de salud. Las ONG de salud han desarrollado principalmente la salud preventiva (80%) y la prestación de servicios clínicos es menos frecuente (20%).

Sólo el 5% han tenido cobertura nacional, y después del departamento de Guatemala, los departamentos con mayor presencia de ONG en salud han sido: Sololá, Chimaltenango, Alta Verapaz, Quiché, Totonicapán, San Marcos, todos ellos departamentos con alta concentración de población indígena y rural. El sector privado lucrativo está conformado por médicos independientes, hospitales, sanatorios, laboratorios clínicos y farmacias.

Con la reforma del sector salud, sin embargo, parece estar emergiendo un modelo en donde el MSPAS refuerza su papel conductor y de regulación, el IGSS el de intermediación financiera, mientras que los proveedores particulares, lucrativos y no lucrativos, ofrecen sus servicios a ambas instituciones.

2.2 Antecedentes del sistema hospitalario

(PNUD, 2002) Durante la Colonia predominó una atención en salud en manos de la beneficencia religiosa, especialmente para la población indígena enferma. Por aparte, se practicó la atención de los españoles y criollos en hospitales propios o por médicos tratantes en lo privado, quienes recibían la respectiva remuneración. En 1541 se fundó el Hospital de San Alejo y en 1559, el obispo Francisco Marroquín fundó el Hospital de Santiago para los españoles.

A finales del siglo XVII se fundaron los hospitales de San Pedro y San Juan de Dios, primordialmente para la atención de españoles. En 1666, desde este mismo pensamiento, el Hermano Pedro de San José de Betancourt fundó otro hospital de convalecientes para la población pobre. Esta tradición se mantuvo durante los siguientes siglos. Lo ilustra la fundación, por parte de grupos privados y en respuesta a iniciativas de vecinos, de un asilo para los Huérfanos Desvalidos y de una Casa de la misericordia durante la década de 1850, y la fundación del primer asilo maternal en 1871. A mediados del siglo XIX también se organizaron las llamadas hermandades de caridad para colaborar en la administración de los hospitales.

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

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

En 1883 se fundó la Escuela de Comadronas, bajo la dependencia de la Facultad de Medicina y farmacia de la Universidad Nacional, funcionando hasta 1895 con el propósito de regular el oficio de parteras. En 1903 se

fundó, en el Hospital General San Juan de Dios, la Escuela de Enfermería, siendo las primeras alumnas 15 Hermanas de la Caridad, y no fue sino hasta 1940 que se creó la Escuela Nacional de Enfermeras.

A la tradición religiosa de actividades no lucrativas que predominaron desde el siglo XVI hasta el siglo XIX, se unió una vertiente laica durante la segunda mitad del siglo XX.

2.3 Antecedentes de la práctica médica privada

(PNUD, 2002) La atención privada de la salud existió desde la Colonia pero se fortaleció después de la Reforma Liberal. En el contexto de la reforma liberal el ejercicio de la medicina se despojó de su carácter artesanal, elevándose el estatus profesional. La práctica médica liberal de la época se estableció de esta manera bajo los principios de la legislación francesa en materia de salubridad: i) libre elección del médico por el enfermo; ii) libertad de prescripción del médico; iii) honorarios en acuerdo directo entre el médico y el enfermo y iv) pago directo de dichos honorarios.

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

Estas críticas originaron la elaboración de un Proyecto de Ley reglamentaria del Ejercicio de la medicina en 1926, el Código deontológico y la inclusión de estos contenidos en los artículos 32 y 35 del nuevo Código de Sanidad en 1932.

Ante el fortalecimiento de la institucionalidad pública de la salud como resultado de la Revolución de 1944, el gremio médico se opuso a la seguridad social, porque a su juicio el IGSS significaba un instrumento de la medicina socializada: "iba a absorber a todos los médicos y que tendrían

entonces que estar bajo mandato del Estado, a la vez que abarcaría a todos los enfermos y las clínicas privadas quedarían sin paciente”

Así, la Federación Médica fundada en 1947 salió en defensa de la práctica médica liberal ante el establecimiento del IGSS, pretendiendo con ello promover la “dignificación profesional”. Esta institución dio paso al Colegio de Médicos y Cirujanos creado en 1947, el cual se consideraba “la garantía de los profesionales para velar por el decoro, ética, cultura y protección de su ejercicio...”, quedando en el artículo tercero, inciso n), el defender el carácter liberal de la profesión y procurar porque los profesionales médicos no sean funcionarizados contra su voluntad.

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

3. Referencias Inmediatas

3.1 Los Acuerdos de Paz

(PNUD, 2003) Con la firma de los Acuerdos de Paz el 29 de diciembre 1996, en materia de salud los Acuerdos de Paz plantean la necesidad de impulsar la reforma del sector salud (RSS), para lo cual se hacía indispensable implementar un Sistema Nacional Coordinado de Salud bajo la coordinación del MSPAS y la participación del IGSS, e incluyendo a otras entidades privadas y organizaciones no gubernamentales. También proponen garantizar el acceso a los servicios de salud, aumentar el financiamiento público de la salud en un 50% (como porcentaje del PIB), y priorizar las acciones de promoción y prevención de manera que correspondieran al 50% del gasto público.

A lo anterior se agregaron los compromisos de garantizar el acceso de medicamentos con modalidades de compra transparentes; fomentar la medicina indígena y tradicional; fomentar la participación comunitaria y social y la organización descentralizada de los diferentes niveles de atención, y alcanzar las metas de disminución de la mortalidad infantil y materna en un 50%.

Como orientación de política en este ámbito, se encuentran también los Acuerdos de Paz, el convenio 169 sobre los pueblos indígenas y tribales y la iniciativa de salud de poblaciones indígenas, suscrita por el gobierno de Guatemala en el seno de la OPS/OMS. En lo referente a salud, el convenio 169 expresa la importancia de que se planifique y administre en cooperación con los pueblos interesados, tomando en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3.2 Propuestas y alternativas

(PNUD, 2003) Se lograron identificar cuatro propuestas que apuntan en esta dirección: la primera es el “Programa de Mejoramiento de los Servicios Básicos de Salud- PMSS- que impulsa el Ministerio de Salud desde 1997.

La segunda es la presentada por la Instancia Nacional de Salud – INS- en el año 2001 y se denomina “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente: bases y lineamientos”. La tercera se refiere a la reciente iniciativa de extensión de cobertura del programa Enfermedad, Maternidad y Accidentes –EMA- hecha por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS-. Una cuarta propuesta, presentada en junio de 2003, es la elaborada por el grupo Q’onojel.

Dos de las propuestas están siendo ya implementadas: Una es el “programa de mejoramiento de servicios básicos de salud”, en marcha desde 1997 por parte del MAPAS. La segunda, en marcha desde inicios del 2003, es la “extensión de cobertura del programa Enfermedad y Maternidad” por parte del IGSS.

La propuesta formulada por la INS se encuentra actualmente en etapa de pilotaje, con apoyo financiero de la cooperación internacional y contempla una fase de inducción dirigida a la comunidad, el personal de salud tanto institucional como no institucional y a otros actores. Finalmente, la propuesta de Q’onojel ha sido recientemente presentada. Al igual que en el tema de educación, existen varios temas o propuestas, alrededor de los cuales se organiza la presente comparación.

De las cuatro propuestas, la impulsada por el MSPAS con el apoyo del BID es la que tiene un alcance más amplio y aborda un conjunto mayor de problemas que afectan la capacidad de prestación de servicios por parte del subsector público de salud.

El PNUD considera que: Si bien los Acuerdos de Paz proporcionan el marco para proceder a una reforma del sector salud, no establecen la manera específica en que la sociedad guatemalteca ha de materializar este compromiso. Se requiere, al igual que ocurrió en el tema fiscal, establecer una plataforma de diálogo, entendimiento y acuerdos mínimos entre los distintos actores sociales a efecto que dicha transformación pueda concretarse, que favorezca el interés común y, sobre todo, que facilite superar los grandes rezagos existentes en el país en materia de salud y de cobertura, pertinencia y efectividad de los servicios y hacer estos cambios sostenibles en el tiempo.

De allí la importancia de impulsar, desde el inicio, el diálogo político y la búsqueda de acuerdos entre sectores hasta lograr materializar un “Acuerdo Nacional por la Salud” que tenga carácter vinculante y su correspondiente plan estratégico de implementación, que contemple acciones de corto (gestión de gobierno 2004-2007), mediano (gestiones de gobiernos 2008-2015) y de largo plazo, esperando que, para el año 2025, ese proceso se ha completado pero además cuenta con mecanismos instalados para su renovación periódica. Para su vigencia sería deseable además que el Acuerdo sea convertido en ley por el Congreso de la República. Algunos elementos que se someten a consideración para iniciar la discusión se exponen a continuación.

Propone entonces dentro de una amplia ruta crítica, que incluye programas y proyectos, una reestructuración integral del sector salud con las siguientes orientaciones generales:

La reestructura profunda del sector salud guatemalteco lleva implícita una reestructura de la base de su financiamiento, donde contar con recursos suficientes y oportunos es esencial para materializar las intenciones y compromisos de mejorar la salud de la población. Con los recursos actuales con que cuenta el Ministerio de salud no es posible pensar que se puede hacer sostenible la extensión de cobertura de servicios básicos, fortalecer el segundo y tercer nivel de atención, mejorar la calidad de los servicios y, eventualmente, ampliar la oferta disponible.

El financiamiento público de la salud es un asunto que reclama una fuerte acción política por parte del MSPAS que sea además, apoyada por la sociedad. Sería deseable que, en el lapso de los próximos 4 años, la proporción del presupuesto que se destina al gasto público de salud por parte del MSPAS llegara a 2.3% del PIB.

Se requiere fortalecer con urgencia las capacidades de gestión política y financiera de la política social en general, incluyendo a la educación y a la salud, e identificar fuentes adicionales de financiamiento dentro del presupuesto público que puedan provenir del recorte de gastos no prioritarios, como las asignaciones y transferencias al Ministerio de Defensa.

Se propone también que un 25% de los recursos incautados del narcotráfico y otras acciones ilícitas sean transferidos al MSPAS y con ello suplementar el

presupuesto público de salud. Las acciones de ampliación del presupuesto deben darse a partir del inicio de la gestión de gobierno a principios del año 2004 para que puedan acompañar la reorganización de los servicios de atención.

3.3 Las Naciones Unidas y las metas del milenio

En septiembre del año 2000, el mayor grupo de líderes mundiales adoptó la Declaración del Milenio en un encuentro en el que países desarrollados y subdesarrollados asumieron el compromiso de trabajar para reducir la pobreza y la mortalidad, así como luchar contra la enfermedad y el hambre, entre otras metas.

Ocho son los objetivos principales que deben cumplirse a nivel mundial para el año 2015, los cuales adquirió Guatemala.

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Reducir a la mitad el número de personas cuyo ingreso sea menor a un dólar al día, y de quienes padecen hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal. Para el año 2015, todos los niños y niñas deben concluir la educación primaria.
3. Promover la igualdad de los sexos y la autonomía de la mujer. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria.
4. Reducir la mortalidad de la niñez. Disminuir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.
5. Mejorar la salud materna. Disminuir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.
6. Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades. Detener la propagación del VIH/sida y otras enfermedades graves.
7. Garantizar las sostenibilidad del ambiente, reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de agua potable. Mejorar las condiciones de vida de los habitantes en covachas.
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Desarrollar un sistema comercial y financiero abierto, acceso libre de aranceles y cupos para las exportaciones de los países menos adelantados, realizar un programa de alivio de la deuda de los países pobres.

Las Metas del Milenio están lejos de ser una realidad en Guatemala. Los esfuerzos del Estado por cumplir no han sido suficientes para cambiar los indicadores sociales negativos que afectan a la mayoría de la población.

La pobreza no se ha logrado revertir. El Índice Nacional de Desarrollo Humano, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), resalta que más de 2.2 millones de guatemaltecos viven con menos de un US\$1 al día, un dato extraído de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, de 2002.

Pese a que hubo una reducción en el porcentaje de pobreza entre 1990 y 2000 (de un 20 a un 16 por ciento), el índice se revirtió entre 2000 y 2003, al incrementarse de nuevo a un 20 por ciento, refiere el documento.

Jorge Lavarreda, del Centro de Investigaciones Económicas Nacionales (CIEN), señala que si los indicadores económicos siguen como están, es probable que no se reduzca la pobreza a un 10 por ciento para el 2015.

Agrega que hay dificultades en las mediciones actuales, pues no existen datos recientes. “De la pobreza podremos tener resultados, tal vez, para 2006, pues aún se está recolectando información”, dice.

Además de la disminución de la pobreza a la mitad, las Metas del Milenio hablan de reducir en igual porcentaje el hambre de las personas. En este sentido, 1.8 millones de habitantes no tienen acceso mínimo a los alimentos.

El comisionado presidencial contra el Hambre, Andrés Botrán, afirma que hacen esfuerzos para reducir en un cinco por ciento la desnutrición infantil, que afecta a un 50 por ciento de los niños guatemaltecos. Agrega que está consciente de que son metas que posiblemente no sean alcanzadas en el país. (Prensa Libre 26-06-05, Rodríguez).

En cuanto a la mortalidad materno-infantil, Edgar Méndez, del Departamento de Programas de Atención a Personas, del Ministerio de Salud, asegura que los indicadores están por debajo de 150 mujeres que fallecen en el parto de cada cien mil niños nacidos. El compromiso del Milenio es llegar a 55 por cada cien mil.

Además, los registros de mortalidad infantil reportan que de cada mil niños, 59 fallecen antes de los 5 años, y 44, antes del primer año.

Méndez explica que dentro de los programas para reducir la mortalidad materno-infantil se ha ampliado la aplicación de la vacuna pentavalente y la apertura de centros de salud a 24 horas, para brindar atención a las mujeres embarazadas.

En lo que corresponde al combate del VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades graves, Méndez informa de que el sida es una enfermedad que ha ido en aumento. Asegura que, a la fecha, han iniciado la coordinación de todas las instituciones que trabajan en la erradicación del mal. (Prensa Libre 26-06-05, Rodríguez).

4. Contexto Macro nacional

4.1 Condiciones macroeconómicas del país

“No existe un dios que haya dicho que el 70 por ciento de la población tiene que ser pobre. Para cambiar esa historia hay que tener pactos sociales que permitan una sociedad más incluyente, participativa y que se reduzcan las desigualdades extremas”.

(Karin Slowing, coordinadora del Informe Nacional de Desarrollo Humano)

Guatemala no cumple las metas del milenio.

Guatemala ha patentizado su compromiso ante la Organización de Naciones Unidas de reducir en un 50 por ciento la pobreza para el 2015.

La meta difícilmente se alcanzará, según los expertos económicos, pues el país aún no impulsa políticas integrales de desarrollo económico, y cada vez más se abre la brecha entre ricos y pobres.

Las condiciones de pobreza y extrema pobreza han obligado a más de un millón de guatemaltecos a emigrar hacia Estados Unidos, en busca de mejores condiciones de vida.

Juana Luis falleció el 5 de octubre, a los 65 años, sin haber conocido desarrollo en el cantón Las Cruces Quemadas, a dos horas de Santa Bárbara, Huehuetenango –el municipio más pobre del país, según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, y la Secretaría de Planificación y Programación (Segeplan).

Una enfermedad pulmonar y la falta de atención médica causaron su deceso. El único médico que hay para 28 mil 500 habitantes no pudo llegar a tiempo en su auxilio, porque debía atender el único dispensario que funciona en la zona.

El 17 de octubre es el Día internacional para la erradicación de la pobreza, impulsado por la Organización de las Naciones Unidas. Ese mal todavía afecta a Guatemala, donde el 57 por ciento vive en pobreza, y el 21.5 por ciento, en extrema pobreza.

Los departamentos con más carencias son: Quiché (84.6 por ciento), Alta Verapaz (84.1 por ciento), Huehuetenango (78.3 por ciento), Sololá (77.5 por ciento), Totonicapán (73.7 por ciento), y San Marcos (73.1 por ciento).

Los municipios con más miseria son, de mayor a menor grado: Santa Bárbara, San Gaspar Ixil, Colotenango, San Juan Atitlán y San Sebastián, de Huehuetenango; Santa Lucía la Reforma, de Totonicapán; Cahabón y Chisec, de Alta Verapaz; y Tajumulco, San Marcos, y Chajul, de Quiché.

El índice de pobreza está relacionado con el porcentaje de población indígena y rural. En Santa Bárbara y San Gaspar, la referida población es del 88.9 por ciento y 93.4 por ciento, respectivamente. (Prensa Libre, 15-10-06).

El 49.3 por ciento de niños padece de desnutrición crónica en el país, la cual les causa cierto retraso intelectual, informó ayer Ofelia Arriaza, de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutrición (SESAN).

“La desnutrición crónica provoca pérdida de neuronas en el cerebro y es un daño irreversible, derivado de una mala alimentación durante los primeros tres años de vida del niño”, aseguró Arriaza, quien coordina el eje Rompiendo el Círculo de la Desnutrición.

La funcionaria expresó que la mala alimentación de la madre y la falta de lactancia materna son factores que agudizan los índices de desnutrición crónica, sobre todo en el área rural.

Afirmó que ese problema requiere mejorar la alimentación de los niños durante los primeros tres años de vida, y de las mujeres en edad fértil.

Según el Censo de Baja Talla de Escolares, del 2003, 48.6 por ciento de niños entre los 6 y 7 años presenta desnutrición crónica. (Prensa Libre 18-10-06, Vásquez).

49.3 por ciento es el índice de desnutrición crónica en Guatemala. Después de Haití, Guatemala es el país latinoamericano con los índices más altos de desnutrición crónica.

Más de medio millón de niños no cuentan con una alimentación adecuada.

Esta ha disminuido de 60 a 49 por ciento desde 1987.

Fuente: Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sesan). (Prensa Libre 18-10-06, Vásquez).

4.2 Los indicadores históricos de Salud

En el Día mundial de la salud, la Organización Mundial de la Salud –OMS- evidenció la falta de recurso humano sanitario en el país, la concentración de médicos en el área urbana y la escasez de especialistas.

Cuadro No.1: Cantidad y distribución de médicos. Relación de médicos/habitantes.

Indicador	Cantidad	Relación población	%
Total de médicos en Guatemala	13,300		100%
Concentrados en la capital	9,310		70%
Distribuidos resto del país	3,990		30%
Total nacional de especialistas con grado de maestría	80		100%
Nivel nacional	9.3 Médicos	Por cada 10 mil habitantes	
	1 Médico	Por cada 1 mil habitantes	
En la Capital	30 Médicos	Por cada 10 mil habitantes	
Nivel Nacional	6.3 Enfermeras	Por cada 10 mil habitantes	
	3 Enfermeras	Por cada médico	
Nivel nacional	1.6 Odontólogos	Por cada 10 mil habitantes	
Algunas zonas del Altiplano:	2 Médicos	por cada 10 mil habitantes	

Fuente: Elaboración propia con datos de Organización Mundial de la Salud –OMS- Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. La Organización Panamericana de la Salud (OPS). Información (Prensa Libre 06-04-06, Gema Palencia).

El informe de la procuraduría de los Derechos humanos PDH, señala que Guatemala es el país a nivel centroamericano que menos recursos destina al área de la salud y los datos presentados son aún más dramáticos:

9.5 médicos hay por cada 100 mil habitantes; sólo Honduras tiene menos en la región, con 8.5.

0.70 del Producto Interno Bruto (PIB) es invertido en Salud, uno de los más bajos de América Latina.

0.5 camas por cada 10 mil habitantes hay en la red hospitalaria, similar a la de El Salvador (0.7), con menos habitantes.

89 por ciento de pacientes de cirugía y pediatría dijeron que sólo recibieron los primeros medicamentos y luego los compraron.

51 por ciento del presupuesto del Ministerio de Salud Pública está concentrado en el departamento de Guatemala. (Prensa Libre 07-07-06, Cerecer).

4.3 La inversión pública y el gasto social en salud

Un análisis del Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEF) demuestra que, pese a que este año el presupuesto es mayor que el del año pasado, la asignación per cápita bajó.

En 2005 los fondos destinados en Salud para cada guatemalteco fueron de Q206, y de éstos, sólo Q51.1 fueron para inversión. En 2006, aunque fueron destinados Q244.4 per cápita al año, para inversión sólo asignaron Q48.3.

Las cifras no han variado en los últimos cinco años. Los datos del ICEF indican que entre 2001 y 2004 el gasto en Salud por cada guatemalteco se redujo de Q196.5 a Q187.6 al año.

Mario Colindres, señaló que para 2006 los recursos se incrementaron en un 11 por ciento, en comparación con el presupuesto pasado. Pero los datos del Sistema Integrado de Administración Financiera destacan que para 2005 el Ministerio de Salud recibió Q1 mil 905 millones, y en 2006 la asignación fue de Q2 mil 076 millones, lo que significa un aumento de ocho por ciento.

Manuel Delgado, del ICEF, aseguró que San Marcos, Suchitepéquez, Totonicapán, Sololá, Chimaltenango y Huehuetenango son los departamentos más afectados. Cada habitante de esos lugares tendrá menos de Q80 este año. De éstos, los menos favorecidos serán Suchitepéquez y San Marcos, cuya asignación será de Q69 y Q65.

Los recursos siguen concentrados en la capital, ya que el gasto per cápita programado para el departamento de Guatemala será de Q372.

La Comisión Económica para América Latina (Cepal) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) destacan que el gasto en salud pública en

Centroamérica para 2004 fue de un promedio de 3.3 por ciento sobre el PIB regional.

El desglose por país destaca que Guatemala se encuentra en el último lugar, ya que los recursos que destina para esta materia sólo alcanzan el 0.9 por ciento sobre el PIB. Le sigue El Salvador, con 1.5 por ciento. En contraste, Panamá tiene casi 6 por ciento, y Costa Rica, un 5.1 por ciento.

Luis Cuyún, secretario general del Sindicato de Médicos de Salud Pública, agregó que hace unos cuatro años los fondos para Salud eran al menos de un 1.2 por ciento del PIB.

Mario Polanco, del Grupo de Apoyo Mutuo (GAM), manifestó que la falta de fondos se debe a que no existe una priorización. “Sabemos que los recursos de un préstamo con el Banco Interamericano de Desarrollo se están utilizando para el pago de altos sueldos a funcionarios de Salud, los cuales superan los Q50 mil mensuales”. (Prensa Libre 03-07-06, Pérez).

Cuadro no. 2: Asignación presupuestaria y gasto per cápita anula 2001-2006

Año	Asignación(1)	Variación Anual	Per capita	Variación anual
2001	Q1,578.5	---	Q195.5	----
2002	Q1,619.4	2.60%	Q161.7	-17.30%
2003	Q1,766.0	9.05%	Q174.9	8.16%
2004	Q1,792.6	1.51%	Q187.6	7.26%
2005	Q1,905.0	6.27%	Q206.0	9.80%
2006	Q2,076.0	9.00%	Q244.4	18.64%

Fuente: Elaboración propia con base a datos de prensa libre. (1) millones de quetzales.

De acuerdo con datos de Transparencia Fiscal, del Ministerio de Finanzas Públicas, los fondos asignados este año para inversión en el sector Salud son de Q152 millones. Sin embargo, a la fecha sólo han gastado Q11.8 millones, lo que significa un nueve por ciento.

Manuel Delgado, investigador del Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEF), explica que al hacer un desglose de estos recursos, sólo Q143 millones son inversión real.

Delgado detalla que, de esa cantidad, Q129.3 millones están en el rubro de compra de maquinaria, equipo y otros bienes muebles. Un mayor desglose permite ver que sólo Q113.4 millones son para la adquisición de equipo médico sanitario y de laboratorio. Pero, en esta área, la ejecución cae a cinco por ciento, porque únicamente han utilizado Q5 millones.

La ministra de Finanzas, María Antonieta de Bonilla, reconoce que el gasto en inversión es bajo, pero afirma que se debe a que al inicio de este año se presupuestaron Q50 millones para este rubro, y no fue sino hasta hace dos meses que se aumentó a Q156 millones, aproximadamente.

Según la funcionaria, el retraso se debe al tiempo que llevan los trámites para efectuar las compras. De estos fondos, Q86 millones serán erogados por acuerdo de excepción que aún no llega al Congreso para aprobación.

Delgado insiste en que hay incongruencia en la priorización de recursos, y compara los fondos asignados a los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios con los del Hospital Militar.

Para el 2006, el presupuesto del centro médico castrense fue de Q37.8 millones, y recibe un promedio de 10 mil pacientes el año. Esa relación determina que ese sanatorio puede destinar hasta Q3 mil 700 anuales por paciente.

El presupuesto del Hospital General para este año fue de Q184.5 millones, para atender a más de 600 mil personas. Lo anterior determina que sólo pueda invertir Q306 al año por paciente, o sea, Q0.83 por día, sólo en consulta externa y urgencia, sin incluir los gastos para quienes requieren ser hospitalizados.

La situación es similar en el Roosevelt, donde los Q161 millones de su presupuesto sirven para atender a unos 200 mil pacientes, sin tomar en cuenta el encamamiento. (Prensa Libre 03-09-06, Pérez).

Cuadro No. 3: Asignación presupuestaria hospitales nacionales San Juan de Dios, Roosevelt, Militar y costo promedio por paciente.

Concepto	Hospital San Juan de Dios	Hospital Rossevelt	Hospital Militar
Gestión administrativa*	Q.132.602,219	Q.108.184,330	
Consulta externa	393,220	1.109,750	
Emergencia	10.344,440	6.233,756	
Hospitalización	18.873,500	39.998,673	
Servicios de apoyo**	22.305,297	5.801,184	
Total	Q.184.518,676	Q.161.327,693	Q.37.895,448
Promedio anual pacientes***	600,000	200,000	10,000
Costo anual por paciente	Q.307.53	Q.806.64	Q.3,789.54
Costo diario por paciente	Q.0.84	Q.2.21	Q.10.38

Fuente: Elaboración propia con base a: Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales, con datos del Sistema Integrado de Contabilidad del Estado. * Pago de salarios. ** Compra de medicamentos, productos químicos y farmacéuticos. El Ministerio de la defensa además dispone de: Sanidad militar 5.949,734 y Total 43.845,182. ***Sin tomar en cuenta encamamiento.

5. Condiciones materiales y subjetivas precedentes

5.1 Advertencias de una crisis inminente

Uno de los primeros síntomas de que las cosas no marchaban bien en el sistema hospitalario, lo representó las penurias de la red hospitalaria nacional, en plena crisis de influenza en el primer trimestre del presente año, debido a que las vacunas y los antivirales contra la enfermedad se acabaron en el Hospital Roosevelt.

Desde el 22 de febrero el brote cobró la vida de 18 personas por complicaciones respiratorias provocadas por la influenza. Según los reportes del hospital, todos padecían otras enfermedades y tenían bajas las defensas.

Los médicos explicaron que en este tipo de situaciones primero se da un repunte alto, que es por el que se atraviesa, y luego se dan brotes más pequeños. (Prensa Libre 15 y 20-03-06, Rodríguez y Palencia).

La influenza es un problema de salud ya característico con recurrencia anual, sobre el cuál ya existen estadísticas acerca de su ocurrencia, tendencias, rangos de población afectadas, por lo que es inaceptable que el sistema hospitalario no esté lo suficientemente preparado para enfrentarlo con oportunidad y más aún prevenirlo. ¿Es este, un problema administrativo, de organización o de financiamiento?

Indudablemente que influyen que ataque y sea mortal en personas con bajas defensas y que padecen otras enfermedades, lo cual se relaciona con la mala nutrición y los altos índices de desnutrición prevalecientes en Guatemala, frente a la cuál las políticas públicas son insuficientes, lentas e ineficientes.

La Mesa Social de Seguridad Alimentaria advirtió en estas fechas que una crisis nutricional severa podría afectar al país en los próximos meses si no se pone en práctica la Ley de Seguridad Alimentaria que aprobó hace un año el Congreso.

Indicaron que la situación de desnutrición e inseguridad alimentaria que experimenta el país desde hace varios años, se agravó con el paso de la tormenta Stan, y para este año se prevé una crisis peor, por las condiciones climáticas de tormentas e inundaciones que se han pronosticado.

La Mesa Social de Seguridad Alimentaria propuso dos medidas urgentes:

Establecer un plan maestro de prevención y control de riesgo en materia de seguridad alimentaria y nutricional, con la auditoría del Congreso y de la sociedad civil.

Establecimiento de un centro de información y alerta temprana de la inseguridad alimentaria para tener ubicados los lugares donde surjan problemas.

El plan maestro busca constituir el Sistema de Seguridad Alimentaria y Nutricional que está contenido en la Ley de Seguridad Alimentaria que todavía no ha puesto en práctica el Gobierno y que sería el ente encargado de definir las grandes líneas de la política nutricional. (Prensa Libre 28-03-06, Paredes).

5.2 Omisión de compromisos gubernamentales

a) Incumplimiento y falta de seguimiento gubernamental a peticiones y compromisos establecidos en el año 2002 entre el sindicato médico y gobierno. En agosto de 2002 se elaboró un documento en el que el Ministerio se comprometió a mantener insumos en cantidades y calidades suficientes, contar con el recurso médico y paramédico y mejorar la infraestructura. El avance previo al inicio del movimiento era cero. (Prensa Libre 18-06-06, Pérez).

Las demandas en cuestión iban enfocadas a:

- Crear un estatuto para mejorar el sueldo de los médicos mediante una evaluación permanente de su comportamiento como personas y su desempeño como trabajadores. Promover por méritos y no por decretos. Que se evalúen especialidades, subespecialidades, aptitudes y actitudes hacia el paciente y la colaboración en las políticas de salud.
- El ministerio se comprometió a mejorar los servicios de atención interna y externa, así como la infraestructura de los hospitales.
- Un ajuste al sueldo que pidió el sindicato médico en septiembre de 2005 y del que desistió, dada la emergencia de la tormenta Stan. Después el Ministerio dio un incremento de Q5 mil a los directores de áreas de salud y de hospitales. Medida que molestó al gremio.

b) Incumplimiento de convenio firmado en enero del 2006 entre el Ministerio y el sindicato nacional de Salud.

Según el secretario general del Sindicato de Trabajadores de la Salud, Luis Lara, el gobierno no desarrolló los contenidos planteados en este convenio, entre los cuales menciona: (Prensa Libre 18-06-06, Pérez).

- Que exista una campaña en donde digan que van a mantener los servicios públicos de salud gratuitos.
- En febrero se acordó que para marzo habría 25 por ciento de incremento al salario base y otro 25 por ciento en enero de 2007. El primer pago no se hizo.

c) Inicio de campaña impulsada por el Sindicato Nacional de Médicos y Cirujanos.

El 2 de junio del 2006, el sindicato de médicos emplazó al ministro de Salud en el Juzgado Sexto de Trabajo e inició un movimiento en demanda de mejoras, de equipo, la aprobación del estatuto que se regule y mejore sus condiciones laborales y de más presupuesto al Sistema de Salud Pública.

6. Trascendencia y periodización de la Crisis hospitalaria

6.1 Trascendencia pública

Antes de que emergiera públicamente el movimiento de los médicos en el Hospital Roosevelt, el colapso técnico del sistema hospitalario cada día era más generalizado y, progresivamente se estaba desencadenando un colapso masivo de todo el sistema de todos los servicios.

Lo que implica el planteamiento público del gremio médico es poner al desnudo una crisis progresivamente insostenible, que dentro de los parámetros de la propia institucionalidad ya se mantenía sorda, ciega y muda.

El 8 de junio del presente año, trascenderá como una fecha importante, de la historia social de principios del siglo XXI en Guatemala, que marca un hito importante en el desarrollo de la salud pública ¿por qué?

- Por primera vez el gremio médico organizado pone al descubierto la crisis histórica del sistema de salud en Guatemala.
- Desafía al Estado para enfrentar y resolver esta crisis
- Pone en evidencia un factor más del fracaso de la administración de turno para afrontar y resolver los graves problemas sociales en nuestro país.
- Invalida una carta de presentación a la ya deteriorada imagen del gobierno del presidente Berger, pues le ministro de Salud, después de la Ministra de Educación, representaba a uno de los funcionarios, hasta el momento menos cuestionados y a cuya cartera se le atribuían relativo éxito en cuanto a influir positivamente en algunos de los ya deteriorados índices de la salud en Guatemala.

Por ejemplo en evaluación reciente en cuanto a cumplimiento de las metas del milenio de las naciones unidas, el único reporte con avances en el país, estaba relacionado al tema de salud

Recién un mes antes, se había dado a conocer que la OMS al dedicar este año el día mundial de la salud a reconocer el trabajo del personal sanitario, premiaría a dos equipos médicos guatemaltecos. Uno de ellos es de Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá, por su contribución a reducir la mortalidad

materna e infantil, y el otro, del Seguro Social de Suchitepéquez, por incorporar un método de evaluación de calidad en atención materna.

Apenas por la mañana uno de los diarios de mayor circulación, divulgaba la noticia de que Marco Tulio Sosa, ministro de Salud, dio a conocer que Alrededor de 350 mil personas de siete departamentos tendrán, por primera vez este año, acceso a servicios básicos de salud, mientras que 800 mil guatemaltecos aún no reciben atención sanitaria y, que espera cubrirlas antes de que concluyera su gestión.

Lo anterior gracias a una donación de la Agencia Estadounidense de Cooperación, (AID), por valor de US\$3.6 millones, permitirá que personas de San Marcos, Quetzaltenango, Huehuetenango, Quiché, Sololá, Totonicapán y Chimaltenango, reciban atención médica, la cual estará dirigida principalmente a la mujer y a la niñez. (Prensa Libre 08-06-06, Palencia).

Cuando este mismo día, el 8 de junio del año 2006, 200 médicos residentes del Hospital Roosevelt decidieron declararse en asamblea permanente y sólo atender urgencias y cuidados intensivos, ya que, por falta de fármacos (antibióticos, antihipertensivos, anestesia); material de servicios (guantes, suturas o reactivos para pruebas de laboratorio), no podían efectuar bien su trabajo, dar buena atención a los pacientes. (Prensa Libre 10-06-06, Palencia).

Anunciaron que mantendrían la medida, hasta que se solucionara la situación y el hospital adquiriera los insumos.

Un mes después de iniciado el movimiento, dieciséis centros, de los 44 que hay en el país, se habían sumado a la protesta siendo éstos:

Hospital Roosevelt

Hospital San Juan de Dios

Hospital de Escuintla

Hospital Hellen Lossi de Laugerud, de Cobán, Alta Verapaz

Hospital de Salamá, B.V

Hospital de Coatepeque, Quetzaltenango

Hospital de Cuilapa, Santa Rosa

Hospital de Amatitlán, Guatemala

Hospital de Guastatoya, El Progreso

Hospital de Retalhuleu

Hospital de Jutiapa

Hospital de Jalapa

Hospital de Antigua Guatemala
Hospital de Chimaltenango
Hospital de Puerto Barrios
Hospital de Quetzaltenango
Hospital de Huehuetenango.

6.2 Periodización del conflicto¹

Partiendo y dependiendo del grado del conflicto, nivel de cobertura, finalidad e, imbricación de los móviles económicos, sociales y políticos; actitudes gremiales frente a la problemática: porcentajes de involucrados, estrategia general y tácticas seguidas, argumentos empleados, disposición a negociar, esperanzas máxima y mínimas generadas.

Actitud del Estado, como patrono y como poder, disposición de los principales actores para negociar (transigencia e intransigencia), con quiénes sí y con quiénes no. De opinión pública, la iglesia, el movimiento social, partidos políticos y, otros poderes del Estado, etc., en el desarrollo de la presente conflictividad se demarcan las siguientes tres etapas y dos fases.

Primera Etapa: Esta arranca a partir del 8 de junio, fecha en que los médicos residentes y médicos sindicalizados del hospital Roosevelt se declaran en asamblea permanente, la intervención del Colegio de Médicos (04 de julio) y culmina con un primer acuerdo alcanzado a finales del mes de julio (26 de julio), el que luego fracasa (09 de agosto) y esto repercute en el agotamiento y la descalificación de la participación de autoridades internas, viceministros y del propio Ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, como interlocutor gubernamental para afrontar y resolver la problemática.

Segunda etapa: Se inicia el 10 de agosto con la entrada en escena del vicepresidente Eduardo Stein Barrillas, se caracteriza por la implementación

¹ Para una referencia sobre la participación de interlocutores institucionales y personales en cada etapa, ver el ANEXO #1: REGISTRO DE LOS PRINCIPALES ACTORES.

(11 de agosto), 1 día después de una escalada represiva contra el movimiento médico, que incluye intervención indirecta del ejército en los servicios de salud y la implementación de despidos masivos, hasta el primer fracaso de la gestión de Stein, como contraparte gubernamental en el proceso de negociaciones, lo cuál obliga a la intervención más directa de la presidencia (17 de agosto) y posteriormente con la renuncia de Marco Tulio Sosa de la cartera (29-08-06). En la primera etapa la participación del vicepresidente se redujo a una reunión el 7/8 de julio, luego a finales de este mes, trascendió que Luis Felipe Polo, representaba a la Vicepresidencia en la mesa de negociación.

Tercera etapa (Fase 1): Emprende a principios de septiembre con la invitación a una reunión en la vicepresidencia y la negativa del gremio médico a participar, previo al anuncio del vicepresidente Eduardo Stein de no más diálogo directo con los médicos, sigue el 8 de septiembre con la intervención del hospital Roosevelt.

Continúa con el protagonismo de la Procuraduría de los Derechos Humanos, que consigue el amparo de la CSJ, para que 81 pacientes sean operados y se abastezca de insumos a la red hospitalaria, en tanto se agudiza el colapso técnico de los hospitales, se producen las primeras muertes de pacientes por saturación, falta de equipos e insumos.

Destaca la mediación del cardiólogo Rafael Espada, quién propuso la integración de una comisión certificadora de acuerdos y se formaliza con el nombramiento de las nuevas autoridades gubernamentales, particularmente, la designación del médico Víctor Manuel Longo, como nuevo Ministro de Salud (11/09/06), quién plantea solventar la crisis con la mediación de personalidades como el Dr. Rafael Espada, los decanos de las facultades y el Cardenal Rodolfo Quezada. Esta etapa se agota en una primera fase, el 27 y 28 /09/06 con la ruptura de negociaciones y el endurecimiento de las medidas de presión de los médicos con la suspensión de cirugías y la limitación del número de horas de atención a urgencias.

Fase 2: Una segunda fase en esta etapa se forma el 29/09/06 con la participación del propio presidente Berger, quién con la promesa de hacer una "cirugía mayor" al sistema hospitalario, presentó a la comisión de alto nivel, que integraban representantes del ministerio de Salud y médicos notables del país, los que, en coordinación con la mediación de Estuardo Gálvez, rector de la Universidad de San Carlos y el procurador de los

Derechos humanos Sergio Morales, ayudarían a poner fin a la crisis hospitalaria y a elaborar un plan de trabajo a largo plazo.

Los médicos que participaron en la primera reunión en la Casa Presidencial y que velarían por el cumplimiento de los acuerdos, fueron Rudolf García Gallont, Aldo Castañeda, Rafael Espada y Guillermo Claverie.

Se caracteriza el período, porque nuevamente en este episodio se retoma el diálogo, a partir del 9/10/06, pero al momento de cierre de esta investigación se encuentra en alto riesgo de fracasar, debido a la denuncia de parte los dirigentes del movimiento médico y del colegio de Médico y cirujanos de intimidaciones y amenazas de muerte en su contra.

No obstante y en medio de las advertencias del colegio de Médicos que advirtió con retirarse de la mesa de negociaciones como testigos de honor, si en un plazo de 72 horas no se ponía fin a la crisis hospitalaria. Como signo positivo, el 16 de octubre médicos y gobierno aprobaron un cronograma con los compromisos de abastecer los hospitales y normalizar la atención a pacientes, lo que podría permitir reabrir las consultas externas dentro de las siguientes dos semanas.

Interlocutores: Esta etapa se singulariza porque ante la imposibilidad de viabilizar en la ocurrencia de la fase 1, salidas satisfactorias para las contrapartes y el inminente agravamiento de la conflictividad y en consecuencias de la crisis en el Sistema Nacional de Salud, a partir de la fase 2, intervienen de manera protagónica, personajes y figuras externas de relevancia, con propuestas de mediación y mecanismos para certificar la concreción y la efectividad de pactos y acuerdos.

7. Naturaleza, organización y estrategia del movimiento médico

7.1 Naturaleza del conflicto

Desde el punto de vista de los intereses y competencias profesionales de los médicos, por sus fines y demandas, representa una imbricación de móviles económicos, sociales y políticos.

Este es un movimiento en primer lugar de carácter económico, porque reivindica la regulación de las relaciones de trabajo y la carrera médico profesional a través de un estatuto médico.

Solidario social porque reivindica condiciones profesionales de trabajo, que finalmente se traduce a una mayor dignificación del paciente, a través de hacer más eficientes y eficaces los servicios hospitalarios.

Político, porque reivindica frente al estado una mayor inversión en salud, lo cuál incide en cuestionar el origen y la estructura del gasto público, específicamente la composición del presupuesto nacional y la distribución del gasto.

Cuestiona el desempeño de funcionarios de alta jerarquía, el régimen de derechos y libertades, la transparencia y la probidad en el manejo de las inversiones públicas y pone al desnudo las enormes desigualdades sociales, manifiestas en el campo de la salud pública.

También pone en evidencia y censura cuestiones referentes a la conducta del poder público frente a esta naturaleza de problemas y frente a los cuestionamientos de la sociedad.

7.2 Modalidad del conflicto

Por la forma y contenido de las medidas de presión impulsadas por los médicos residentes y pertenecientes al sindicato de médicos y cirujanos, están se inscriben entre las modalidades de acción directa, que ocurren cuando los mecanismos de diálogo y negociación se han agotado o simplemente no funcionan, para suscribir acuerdos y poner fin a una conflictividad de esta naturaleza.

Debido a que el derecho a la huelga y los canales legales progresivamente se han ido cerrando para los trabajadores del sector público, o los procedimientos institucionalizados, son sumamente engorrosos para declarar una huelga legal, la que casi nunca agota sus procedimientos, pues previamente es abortada por mecanismos extralegales, patrono gubernamental de represión. Los laborantes del sector público han utilizado como rendija "legal" el recurrir a la declaratoria de asamblea permanente, en cuya sombra se implementan paros progresivos o escalonados, que se cuida nunca llegue a ser total o legalmente comprobados, para evitar los procesos jurídicos de sanción.

Esta modalidad es la que en el presente caso adoptaron los médicos residentes y sindicalizados por su grado de intensidad y consecuencias, puede catalogarse como una huelga de brazos caídos o de bajo rendimiento, traducida en la problemática actual por una progresiva limitación de los servicios.

Al declararse la Asamblea permanente el 8 de junio, esta limitación de los servicios se enunció en que, los médicos residentes sólo atenderían las urgencias, suspenderían las operaciones programadas por consulta externa. Conforme se agudizó la confrontación, el 4 de julio las medidas llevaron al cierre total de las consultas externas y de atención a las emergencias.

7.3 Estrategia de intervención (Organización, metodología y Principios del movimiento)

a) Organización y alcances del Movimiento. Debido a la forma tan accidentada con se fue articulando el movimiento se infiere, que este no previó su alcance y consecuencias, en correlación no previó una

organización con capacidad de ir asimilando, encausado y dirigiendo los ritmos del conflicto.

Al principio son confusos los perfiles del comité de dirección de la asamblea permanente y de los ritmos del movimiento, pues en la escena inicial se entrecruzan tres actores, aunque del mismo generó, no necesariamente encausados en el mismo orden, estos son el Sindicato nacional de Salud, El Sindicato de médicos y Cirujanos y la Asociación de médicos residentes.

De allí que los principales voceros de estas tres organizaciones declararan casi simultáneamente e indudablemente a veces en el mismo discurso, a veces matizando los discursos, en torno al origen, la demandas y el futuras medidas.

Esta situación llevó a más de algún analista a perfilar que las tres organizaciones estaban en la misma carreta pero halando para tres direcciones diferentes: A saber, dirección1: El sindicato nacional de Salud por el cumplimiento del pacto y la oferta de 25% de salario que le tenían prometida para el mes de febrero. Dirección 2: El sindicato de Médicos y Cirujanos por el Estatuto Médico y la Asociación de Residentes por la demanda de medicamentos e insumos, y condiciones profesionales para atender con suficiencia a los pacientes.

No había una dirección coordinada, menos previamente concertada, que colectivamente direccionara las acciones. Posteriormente el sindicato Nacional de Salud salió de escena y ya se percibió una mayor coordinación entre los residentes y los médicos sindicalizados.

Esto analizando el espacio de estallido del movimiento, pero posteriormente ¿Qué pasa cuando ya se involucran otros hospitales, primero el San Juan de Dios y luego 14 más del interior del país?

Hasta en la tercera etapa de desarrollo del conflicto se conoce públicamente la intervención de una comisión interinstitucional de médicos.

b) Problematización, organización de las demandas, estrategia de negociación: Esta misma situación repercute en la percepción integral de la problemática, las relaciones causa y efecto, históricas, estructurales, permanentes y coyunturales, lo cuál impidió la organización de un programa de lucha con la escala de tópicos, parámetros y de reivindicaciones económicas, sociales y políticas, que sirviera de fundamento para negociar, pactar acuerdos y soluciones coherentes.

Al no visualizar una perspectiva estratégica en las gradualidades temporales de corto, mediano y largo alcance, fue lo que en muchas ocasiones encajonó, aunque no fue la constante, las actitudes y respuestas de los dirigentes y del gremio médico en el maniqueísmo clásico, en el todo o nada, lo que por

supuesto entrampó las negociaciones, cerró salidas de diálogo y prolongó el conflicto.

En estos conflictos, este tipo de acciones y reacciones, tiende a deteriorar las relaciones interinstitucionales, los vasos comunicantes y a incrementar la mutua desconfianza, como también sirve de caldo de cultivo para que los problemas crezcan y los costos y secuelas sean también más grandes.

Así se fue espectador de cómo por momentos el énfasis se ponía en el Estatuto Médico, en otros en el abastecimiento, a ratos en el incremento a la asignación presupuestaria y, cuando el movimiento se dejó entrampar en la destitución de funcionarios, a esto nos referiremos más adelante.

Un ejemplo de los rasgos de espontaneismo con que se plantea e impulsa el movimiento, lo constituye el hecho de que hasta el 21-22 de junio, se menciona la necesidad de levantar un inventario de carencias. Es hasta un mes después entre el 8 y 11 de julio que por las presiones mutuas, cuando por fin se concreta esa lista. Este tipo de omisiones son precisamente de que un movimiento adecuadamente planificado no puede darse el lujo, porque le resta consistencia y puede hasta deslegitimarlo.

Pese a todo este iniciativa guarda significativas distancias de otras similares, impulsados por profesionales y gremios del sector público, en que siempre han tenido bien claro que querían y qué quieren y, en medio de las oscilaciones referidas, siempre reivindicó y sigue reivindicando tener condiciones, materiales (infraestructura, insumos, medicinas) y técnico-científicas para ofrecer una buena atención a los miles de usuarios del sistema hospitalario, sobre fundamentos y bases justificables.

Esto también es aplaudible, la flexibilidad para dimensionar lo laboral profesional, para dignificar su trabajo y el derecho a mejorar sus condiciones de vida y finalmente la vinculación de que una solución sostenible, pasa necesariamente en el mediano y largo plazo amarrado al tema de inversión y presupuesto público.

En otras palabras no estaban recurriendo a la desgastada maniobra, que ha desprestigiado y debilitado tanto a los movimientos sindicales, cuando se plantean pedir 100, para alcanzar 5, aún cuando los dirigentes sepan que para allí van y entretengan a las bases con falsas expectativas, o porque sencillamente no saben lo que quieren.

En este tema lo que se deduce es que el movimiento de médicos fue aprendiendo, ajustando y construyendo en el camino.

Primera y única lección para el futuro: La organización de un movimiento con la naturaleza y envergadura como el analizado, requieren de una buena organización, un buena dirección y como previeran los antiguos, de una caja llena para la resistencia.

c) Principios para la acción. Como principio rector es importante recuperar, que el pacto explícito fue, no personalismo, no decisiones unilaterales y sí consulta democrática asamblearia, para las decisiones más importantes. Este acuerdo colectivo fue el que llevó a descalificar una decisión unilateral del Colegio de Médicos, que ya había concertado un proceso de acuerdos con el Vicepresidente Eduardo Stein, que incluía el integrar dos comisiones.

Más allá y por encima de cómo se tomen las decisiones y se gobiernen las relaciones entre dirigentes y dirigidos, está el tema de la ética, especialmente en un gremio que nace vinculado a ella a través de un código deontológico, llamado "Juramento Hipocrático".

Constantemente se reconoce que la política y los liderazgos en el mundo atraviesan por una profunda crisis de valores y la vida cotidiana da innumerables señales que este mal atraviesa a todas las sociedades, de arriba abajo y de derecha a izquierda, está metido hasta debajo de la cama, mientras la predominancia de los antivalores esparce descomposición, corrupción y degradación para la vida humana.

Para justificarse hay quienes considera que la ética es incompatible con la política, dándole coherencia a la máxima de que "el fin justifica los medios" o "la razón de estado". Estas posiciones en la práctica política proliferan y hasta se toleran como actitudes normales.

Lo anterior no implica necesariamente compartirlas, menos desde la perspectiva social reivindicativa, y menos aún, un movimiento liderado por el gremio médico, estrechamente vinculado a la salud y a la vida.

Las anteriores reflexiones a propósito de que ha sido inevitable, que se califique las acciones social reivindicativas presente a la luz de la ética. En dos ocasiones notables personalidades se refirieron a este tema, la primera el reconocido profesional, Dr. Eusebio del Cid, cuando comentó que: "...paralizar las salas de urgencias es una falta al juramento hipocrático, aunque existan razones justas".

Manifestó adicionalmente su desacuerdo con el cierre de emergencias, debido a que a su juicio: "La gente pobre no tiene por qué sufrir esta situación, y si alguien acepta esta profesión, es para salvar vidas de cualquier manera". Luego que reconoció la justeza de las demandas, reitero: "...pero no atender a los pacientes es una falta al juramento médico".

El ilustre médico Rafael Espada, reconocido cirujano cardiovascular, quien ha estado colaborando como mediador en la crisis hospitalaria, al recomendar acertadamente que no se politice e instrumentalice, particularmente de parte de los partidos el problema hospitalario. También criticó que los médicos dejen de atender las urgencias, porque ponen en riesgo la vida de los pacientes, y dijo: “Es antiético y antiprofesional dejar de atender a quien lo necesita”, (Prensa Libre 30-09-06, Rodríguez y Escobar).

Por su parte el gremio médico, ante la intervención del ejército en los servicios hospitalarios y la sustitución de los médicos despedidos por otros médicos, a través de uno de sus voceros manifestó el 15 de agosto: “Los médicos del Ejército que apoyen las jornadas de consulta externa en el Campo Marte serán llevados al Tribunal de Honor del Colegio de Médicos, por usurpar funciones y prestar servicios en condiciones inadecuadas. Y luego remarcó: “Su actitud viola el Código Deontológico”.

Ante las anteriores preocupaciones, legítimas por cierto, surge la interrogante, ¿quién viola la ética médica y por qué? y como respuesta aparecen otras interrogantes:

¿No tendría las mismas implicaciones la política del silencio, del ver y callar?
¿Dejar que a diario mueran probablemente decenas de pacientes, por la falta y la oportunidad del medicamento, del insumo o por las malas condiciones de la infraestructura médica?

Adicionalmente a las muertes que acaecen por la falta de acceso a los servicios, por la insuficiente cobertura y las condiciones de pobreza y extrema pobreza, ¿Cuántas de estas muertes han sido reportadas como paro cardíaco u otras causas?

Aquí nuevamente surge el tema de las estadísticas y debería ser parte la práctica ética, registrar las verdaderas causas de los decesos, por ejemplo, cuantos murieron por no administrarle oportunamente un antibiótico, por decir algo, por falta de oxígeno, por equipos deteriorados, por contaminación derivado de las malas condiciones de infraestructura. Otra debilidad del movimiento es no contar con esta información, porque no existe.

¿No será que se ha estado incubando una especie de complicidad y negligencia médica colectiva el dejar hacer y dejar pasar y no asumir una actitud crítica y propositiva, como la asumida por los médicos en la presente problemática?

Con frecuencia también hemos escuchado que más de algún profesional de la medicina ha sido perseguido penalmente por negligencia médica y suele ocurrir, que la causa imputada ha derivado de la falta de recursos para salvar o tratar adecuadamente a un paciente.

Parece ser a que ya nos acostumbramos, a digerir como buenas cosas malas y presentar como malas las cosas buenas. Lo que sí es cierto es, que el hilo que separa la ética de su antítesis, especialmente en la práctica de la medicina es muy imperceptible, como también vulnerable y hay que tener demasiada sensibilidad y responsabilidad, para no romper sin proponerlo este endeble límite.

La buena noticia es que en los últimos años ha tomado relevancia el tema de la ética médica en la facultad de medicina y es oportuno retomar parte de los contenidos de uno de estos aportes, en que el doctor José García Noval, al señalar el creciente interés por la bioética, escribe sobre tres temas que en Guatemala resultan ineludibles: la mercantilización del ejercicio profesional, la desaparición de la palabra en la relación médico paciente y la ausencia de compromiso social del médico.

Para desarrollar su ponencia el profesional parte de una serie de principios, reflexiones e interrogantes de sumo interés, para posteriormente discurrir, centrar y concluir su análisis sobre cada uno de estos tres aspectos, particularmente recuperamos por su vinculación con nuestro trabajo lo relacionado a la ausencia del compromiso social del médico, lo siguiente:

(García Noval, 1995) “**El silencio del médico.** Por último, me voy a referir a algo que va más allá de la relación médico-paciente. Es la necesidad de que, como parte de su función social, el médico participe en la lucha por la adecuación de las condiciones institucionales para mejorar los servicios.

La salud pública del país ha sufrido ya una sacudida de gran intensidad. Es un desastre consumado y los médicos caminamos sobre sus escombros, pero en silencio. Tal vez masticando nuestra insatisfacción pero en silencio, sin trabajar en la reconstrucción. Es un desastre en el que inciden fenómenos macroeconómicos externos e internos y, sin lugar a dudas, un grave deterioro de la moral social del país.

La corrupción y la ausencia de solidaridad tienen su cuota. Los médicos somos víctimas de esa situación que nos niega la posibilidad de un ejercicio profesional satisfactorio y digno. Pero también somos responsables de ella cuando guardamos silencio por complicidad o desaliento, cuando carecemos de análisis crítico y propuesta; cuando en lugar de reforzar la disciplina dentro de la institución y la solidaridad con el paciente, las relajamos.

Cuando hablamos de integridad y autonomía estamos construyendo una ética en dos direcciones. También significa que el médico debe ser sujeto de respeto por parte del paciente, de las instituciones, del Estado y de la sociedad.

En la actualidad la integridad del médico está siendo sistemáticamente vulnerada: al no permitirle condiciones dignas para su ejercicio, al exigírsele hipócritamente resultados imposibles en determinadas condiciones de trabajo, al empujar a los más calificados fuera de las instituciones públicas cuando se profundizan las diferencias –siempre existentes- de remuneración en relación al mercado privado, a los extremos de insostenibilidad.

Se le vulnera, en fin, al reprochársele las muertes que no pudo vencer en una batalla que libró con dientes y uñas en ausencia de recursos básicos, inexistentes a causa del imperio de la corrupción y el egoísmo.

Por ello, para un ejercicio profesional más eficaz, el estudio de la ética y su acercamiento a disciplinas que le permitan un mejor entendimiento de la sociedad debe formar parte del interés y acerbo cultural del médico. Ello nos permitirá discernir, cuestionar y proponer. Sin ello no seremos verdaderamente médicos.”

d) Metodología de lucha. Esta es vinculante a la modalidad y al grado que adquiere la conflictividad y parte originalmente de la declaratoria de asamblea permanente, con la reducción progresiva de servicios esenciales y que posteriormente es acompañada de manifestaciones concentraciones y, una fuerte campaña de comunicación y divulgación, en la cuál los diferentes medios de comunicación han jugado un rol importante.

En esta vía estratégica en algunos momentos, especialmente en los iniciales, cuando aún no estaba totalmente perfilados los límites y composición del movimiento, se amenazó con la huelga general y la suma de otros sectores laborales del sector salud.

Médicos y trabajadores del sector salud anuncian una huelga a nivel nacional a partir del 1 de julio, debido al supuesto incumplimiento de los compromisos adquiridos por el Ministerio de Salud. Según los dirigentes sindicalizados, sus peticiones no han sido escuchadas por las autoridades. (Prensa Libre 18-06-06, Pérez)

Los médicos de Salud Pública salieron ayer a las calles en demanda de más insumos y de que se regule su situación laboral. La manifestación salió del Hospital Roosevelt hasta el Congreso de la República y a la Casa Presidencial, donde entregaron un memorial con sus peticiones. Hasta la capital llegaron médicos de varios departamentos para unirse a la marcha. Todos coincidieron en que trabajan bajo condiciones mínimas y que el material quirúrgico y el personal son escasos. (Prensa Libre 27-06-06, Palencia y González).

El 8 de julio, unos cien médicos residentes del Hospital Roosevelt se concentraron ayer durante una hora frente al Ministerio de Salud, para exigir al Gobierno que atienda sus demandas de abastecimiento.

En la segunda etapa de hostilidades, dentro de una activa práctica asamblearia, que involucró al Colegio de Médicos, como estrategia resultante, destacaron los siguientes movimientos:

- Volver a cerrar el 10 de agosto la consulta externa, además de continuar con la práctica asamblearia de consulta y toma de decisiones.
- Invitar a todos los centros de Salud y hospitales a que se sumen al movimiento. A que marchen en demanda de mejoras.
- Instar a las universidades de San Carlos y Francisco Marroquín que retiren a los practicantes de los nosocomios.
- A través de marchas y plantones involucrar más al Colegio de Médicos y Cirujanos, al Congreso de la República, Universidad Nacional Francisco Marroquín.
- Precisar tanto las demandas originales, como agregar otras, producto de las tensiones y distensiones en su relación con el gobierno. Por ejemplo: Reinflación y despido de funcionarios.

- Demandar apoyo a la sociedad civil y pedir comprensión a la población, ya que afirman que sus exigencias son para mejorar los servicios de salud.
- Reafirmar su decisión de no declinar las acciones de protesta, pues dijeron que éstas buscan resolver el estado de carencias que afecta a los usuarios de los servicios hospitalarios.
- Como medida oportuna y en como reacción a las llamadas de atención referente a la ética médica, decidieron no cerrar las emergencias hospitalarias, para no perjudicar a la población.
- Pedir a los diputados su apoyo para solucionar la crisis de desabastecimiento y la aprobación del estatuto médico, que regula los ascensos y promociones.
- Declarar la red nacional hospitalaria en colapso y pedir a los hospitales de la provincia que no refieran a los pacientes a la capital, porque no cuentan con medios para atender casos graves.

En el marco de inicio de una tercera fase del movimiento, como una jugada maestra, los médicos del área de Traumatología hicieron el 11 de julio una denuncia en la PDH, porque por falta de materiales y equipo no podían operar a 81 pacientes. El Procurador lo tramitó en los tribunales y la CSJ notificó luego la obligación de intervenirlos de forma inmediata y de garantizar el abastecimiento de fármacos y equipo en el hospital.

Con lo anterior se involucró más directamente a la procuraduría de los Derechos humanos en la mediación, a partir de lo cuál articularon las siguientes acciones, entre las que se incluía endurecer nuevamente las medidas de presión:

21 de septiembre. Los médicos endurecerían su postura si el ministro de Salud, Víctor Gutiérrez, no informaba de avances para solucionar la crisis en los hospitales nacionales. (Prensa Libre, Escobar).

23 de septiembre. Los médicos estatales pidieron que la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) vele por que el Ministerio de Salud cumpla con el abastecimiento a los hospitales.

La Asamblea Nacional del Colegio de Médicos decidió que ya no dialogará a solas con el ministro de Salud, Víctor Gutiérrez, y a cambio exhortó a Sergio Morales, procurador de los DDHH, para que sea testigo de honor desde mañana.

Mario Cerdón, presidente del gremio médico, insistió en que Gutiérrez debe cumplir tres condiciones antes de sentarse a la mesa: destituir a los

directores de los hospitales San Juan de Dios y de Quetzaltenango, que se anule la intervención del Roosevelt y que renueve a todo su grupo de asesores y directores de programas. (Prensa libre, Escobar).

27 de septiembre. Los médicos suspenderían a partir de este día las cirugías programadas en los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, y no atenderían por varias horas las urgencias de esos centros asistenciales.

Sergio Morales Orozco, representante de los médicos del Hospital Roosevelt, informó que de 9 a 12 horas no prestarán atención a las personas que sean ingresadas de urgencia en ese centro.

7.4 Cobertura geográfica

La capacidad de convocatoria y de suma que la fuerza de atracción del moviendo generó puede evaluarse de importante, toda vez que desde del punto de vista territorial, inició localmente en un solo hospital y progresivamente se fue ampliando primero a dos hospitales de la capital y posteriormente a los departamentos, hasta llegar a tener una cobertura nacional que, en su primera etapa de desarrollo adhirió a 18 hospitales en 14 departamentos. En el siguiente proceso.

19 de junio. Trascendió que los médicos residentes del Hospital San Juan de Dios ya no operarían a los pacientes que ingresaran por consulta externa, porque no tenían material ni fármacos necesarios, y se declararon en asamblea, por falta de insumos.

21 de junio. Los hospitales nacionales de Cuilapa, Santa Rosa y Jalapa suspendieron las consultas externas, luego que los médicos anunciaron la suspensión de este servicio. (Prensa libre, Oliva y Cardona)

24 de junio. La protesta de los médicos de Salud Pública contra la falta de insumos y en demanda de mejoras salariales se amplió al resto de departamentos, debido a que en unos 10 hospitales no se está atendiendo la consulta externa, lo cual afecta a miles de pacientes. (Prensa Libre, Palencia)

Los residentes de los nosocomios de Jutiapa, Jalapa, Santa Rosa, Escuintla, Retalhuleu, Guastatoya, Amatitlán y Zacapa, además del Roosevelt y el San Juan de Dios, participan en el movimiento.

06 de julio. La protesta de los médicos de Salud Pública afecta ya por lo menos a 15 hospitales en todo el país, los cuales han cerrado la consulta externa por falta de insumos. Los médicos residentes de Antigua Guatemala, Puerto Barrios y Chimaltenango se unieron al movimiento.

10 de julio. El hospital de Quetzaltenango se sumó este día al movimiento sumando 16 en todo el país las instituciones involucradas.

En las segunda y tercera etapas del movimiento ya no rebasó esta amplitud, más bien se desplazó dentro de estos límites geográficos y de cobertura, quizá con un poco más de protagonismo con el hospital San Benito del departamento del Petén.

7.5 Eventos de coyuntura

Mientras el conflicto cobraba relevancia y apuntaba a ampliarse a otros centros hospitalarios del país, los medios divulgaban noticias que, por una parte agregaban evidencias a la crisis de insumos e infraestructura denunciada por los médicos y por otra en un contrasentido a toda lógica y coherencia e la implementación de políticas públicas, el 10 de junio se anunciaba la inauguración de los hospitales, regional San Juan Bautista en Jutiapa, con un costo de 30 millones y con un aporte del gobierno de 6 millones de quetzales y el 29 de julio, la del hospital nacional en Poptun, Peten con un costo de 45 millones de quetzales.

Recientemente el vicepresidente Eduardo Stein anunció que el presupuesto del 2007, se tiene contemplado la construcción de dos hospitales más.

Es inevitable que el sentido común de todo ciudadano lleve a preguntarse, que cómo es posible que por una parte se construyan nuevos centros hospitalarios, cuando el estado no tiene capacidad presupuestaria para mantener en condiciones honorables el funcionamiento de los ya existentes.

La respuesta lógica es pensar que el problema principal no es la construcción de hospitales y más hospitales, sino mantenerlos funcionando con eficacia, y esta no es la carta dura de la actual administración, como tampoco de los anteriores gobiernos.

La oportuno de las políticas públicas requiere responsabilidad y en condiciones de escasez de recursos, como a diario se queja el Estado, no es prudente estar jugando a tapar y abrir hoyos, sino priorizar el gasto y en primer lugar asegurar lo que ya existe, sin que eso implique soslayar la necesidad de la ampliación de la cobertura, pero no con fines político electorales, como al parecer motivan el construir hospitales, sin saber como se les va a mantener en el corto y mediano plazo. Pues si no hay suficiente para los existentes, ¿cómo se piensa financiar el funcionamiento de los nuevos? ¿Con cascaritas de huevo huero?

En ocasión de la inauguración de estos dos nuevos centros hospitalarios se hizo alarde de las condiciones óptimas de infraestructura y de su equipamiento con tecnología moderna, mientras por otra parte, el 14 de junio la prensa daba a conocer que en el hospital de Guastatoya el Progreso, era evidente la falta de médicos para atender a los pacientes y el auxiliar de la Procuraduría de Derechos Humanos (PDH), Mark Gardiner Bennett, indicaba

que ya estaban abiertos tres expedientes de denuncias de pacientes. (Prensa Libre 14-06-06, Reynosa).

Como testimonio de esta situación bochornoso en que se debate la red hospitalaria y lo dramático de las condiciones de funcionamiento y consecuencias en el Hospital Roosevelt y el Hospital San Juan de Dios, constatadas en reportajes de prensa y por visitas de autoridades de salud se deja registro de lo siguiente².

Como secuela y primeros costos del conflicto, se contabilizaron los siguientes datos: De 3 mil personas que cada día se quedaban sin recibir atención en las consultas externas de los hospitales nacionales de la ciudad, se pasó a un promedio de 192 mil consultas al día sin atender en 18 de los 44 hospitales del país, que están en paro de labores desde el 9 de junio.

Luego de depuesto temporalmente el movimiento, pacientes que llegaron 28 de julio a consultas de los 18 hospitales nacionales que abrieron sus puertas tras 48 días de paro tuvieron que volver a su casa sin haber sido atendidos, por falta de insumos.

En el lapso de la segunda y tercera etapas, ocurrieron acontecimientos importantes que llaman la atención.

Uno de estos ocurrió en el hospital contra la tuberculosis San Vicente de Paúl, ubicado en la zona 7, debido a que el hospital en referencia, no ha estado involucrado en el movimiento, y sí se suma como una evidencia más de las denuncias.

El presidente Óscar Berger comprobó en una visita el 17 de agosto, las precarias condiciones con la que trabajan los médicos: Paredes humedecidas, drenajes a flor de tierra, sanitarios en mal estado, escasez de agua y una precaria sala de operaciones fueron algunas de las áreas que observó el mandatario durante su visita. Para obtener los medicamentos antituberculosos de segunda línea se necesitan Q6 millones.

También de que en una segunda visita de verificación, de parte del presidente Berger, los reporteros relataran nuevamente hechos conmovedores de lo que cotidianamente se vivía en los hospitales, en medio de una crisis sin resolver. Mientras se conocía que la Corte Suprema de Justicia (CSJ) amparó provisionalmente a la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH), la cual pidió que los 81 pacientes que tenían cirugías

² Para una información completa consultar los siguientes reportes (Prensa libre 16-06-06, Palencia), (Prensa Libre 19-06-06, Palencia) y (Prensa Libre 22-06-06, Palencia), respectivamente del Anexo #1 Cronología General.

programadas fueran operados y se abasteciera de insumos a la red hospitalaria. Trascendió que, la capacidad en el hospital Roosevelt y la sala de urgencias del Hospital San Juan de Dios estaban al límite, configurando claramente un cuadro que diagnosticaba que la crisis hospitalaria estaba al borde del colapso.

Como la primera secuela, la Asociación de Médicos del Hospital San Juan de Dios dio a conocer ayer que seis pacientes fallecieron en las últimas 48 horas debido a la crisis hospitalaria que les afectaba y evitaba una atención adecuada.

La muerte de dos recién nacidos en menos de 24 horas en la Sala de Pediatría del Hospital Nacional Nicolasa Cruz, de la ciudad de Jalapa, debido a que carece de respiradores automáticos. En lo que va del año, agrega la fuente, han dejado de existir 30 niños por la misma causa en este nosocomio, lo que genera un promedio de tres decesos por mes.

Como parte de la alerta roja que se declaró por la saturación, se dieron a publicidad las siguientes medidas:

- Los médicos doblarían los turnos en la sala de urgencias.
- Se reducirían los trámites para obtener medicamentos en la farmacia.
- El Banco de Sangre estaría abierto las 24 horas, para recibir donantes y efectuar entregas.
- Se agilizaría los egresos en pediatría y maternidad, a fin de lograr espacio para otros enfermos.
- Asimismo, se solicitó a los bomberos y a la población que acudan a los centros de Salud si los casos no son graves³.

³ Para una mayor información consultar en su orden: (Prensa Libre 26-08-06, Palencia y González), (Prensa Libre 31-08-06, Palencia), (Prensa Libre 08-09-06, Orantes), (Prensa libre 09-09-06, Palencia), (Prensa Libre 10-09-06, Cerecer) y (Prensa libre 18-10-06, Oliva). Anexo #2, Cronología General.

8. Principales problemas y reivindicaciones planteadas

8.1 Problemática identificada

a) Desabastecimiento de la Red hospitalaria⁴.

En general esta se manifestaba en lo siguiente:

- Falta de fármacos (antibióticos, antihipertensivos, anestesia); material de servicios y para salas de operaciones. (Guantes, suturas o reactivos para pruebas de laboratorio), no podían efectuar bien su trabajo, dar buena atención a los pacientes.
- Clavos y prótesis para tratar fracturas, pues son los pacientes quienes los tenían que comprar, además de pesas, poleas y cordeles para tracción.
- Los laboratorios eran los más afectados con el desabastecimiento. Uno de los mayores problemas que afrontaban era la escasez de reactivos, lo cual les impedían efectuar varios exámenes, con lo que se afectaba, sobre todo, al banco de sangre, que no podía hacer pruebas de sífilis, chagas o hepatitis. Especialmente afectado estaba el banco de sangre.

⁴ Esta situación fue confirmada en dos visitas de verificación a los hospitales de la ciudad y u visita a todos los hospitales de país: 21 de Junio. Salvador López, viceministro del ramo, y a Juan Carlos Castro, director del programa de mejoramiento del servicio de salud. 23 de junio. Marco Tulio Sosa. Ministro de Salud. 26 de junio y 26 de agosto, Oscar Berger, Presidente de la República. 18 de julio. Instancia de verificación creada para el efecto, integrada por Médicos, personal del Ministerio de Salud y delegados de la Procuraduría de Derechos Humanos (PDH). 11 de septiembre. El cirujano cardiovascular Rafael Espada, mediador en el conflicto.

- También estaban descartados los análisis reumatológicos, de marcadores tumorales y las pruebas para detectar enfermedades congénitas en recién nacidos.
- En varios hospitales de provincia hacían falta ecógrafos y máquinas para radiografías, monitores y respiradores para vigilar a los enfermos más graves y evitar que fueran trasladados a la capital.
- Se necesitan especialistas, pues la mayoría de las plazas de provincia las cubrían estudiantes.
- También se precisaba de más personal de enfermería.
- Mantenimiento de las áreas de lavandería.
- Remozamiento de quirófanos.
- Alimentación hospitalaria. Insuficiencia de fondos para que la comida que se da a los pacientes sea de calidad, como un factor fundamental para su recuperación.
- En general, de cómo se manejaba la cartera de Salud.

Como el signo de un desabasto generalizado, no específico de los dos hospitales más importantes de la ciudad de Guatemala, se dieron a conocer las características de las carencias hospitalarias en las siguientes instituciones del país:

- En el hospital de Quetzaltenango. Área de Gineco-obstetricia: máquinas de ultrasonido, monitores cardíacos fetales y coloscopios, para detectar el cáncer de cérvix. Este es el hospital de referencia en la región, que necesita buen equipo.
- En el hospital de Coatepeque. Sólo una incubadora estaba disponible, y no había ventiladores.
- El hospital de Jalapa. El equipo no se había renovado en los años recientes ni había recibido material en los últimos tres meses.
- Hospital de Cuilapa, Santa Rosa. En el intensivo de no había suficientes monitores. Sólo había un ventilador mecánico en uso, y los pacientes habitualmente recibían respiración manual.
- En los centros hospitalarios de Chimaltenango; San Benito, Petén; Mazatenango, Suchitepéquez, y Huehuetenango. Éstos no contaban con suficiente personal y afrontaban problemas por falta de quirófanos, lavanderías y máquinas de rayos X. Algunos tampoco tenían ambulancias ni vehículos para trasladar a los pacientes.

b) Cobros a los servicios hospitalarios:

En todos los hospitales nacionales. En el Roosevelt, los patronatos buscaban recuperar costos mediante cobros de algunos servicios. Los cuáles tenían, según fuentes laborales, tenían una discrecionalidad desde Q2 mil hasta Q15 mil por cirugías. Aún cuando se manejaba que eran donativos. Los dirigentes sindicales y pacientes aseguraban que eran cobros “forzivos”.

El funcionamiento de patronatos con anterioridad ha sido denunciado como manifestaciones de ir progresivamente privatizando los servicios hospitalarios, también que se ha demostrado que la recuperación de gastos por medio de estos mecanismos es irrelevante en comparación con las necesidades de inversión en el Sistema de Salud pública.

c) Problemas laborales:

- Salarios reales devaluados, el sindicato nacional de salud plantea un incremento anual del 25% en 2006 y 2007.
- Salarios no acordes a la condición profesional de los médicos: Un especialista promedia Q3 mil 200. El sueldo base es de Q1 mil 500 y Q1 mil 700 que le sirven para jubilación. No hay un estímulo al desempeño y aquí es donde el gremio considera la importancia del estatuto.
- El aumento que se ofreció al Sindicato Nacional de Salud, y que, se haría efectivo a finales de junio no incluyó a médicos que están en los renglones 1-82 y 0-29, sino sólo para los 0-11 presupuestados.

d) Problemas presupuestarios, de financiamiento y de cobertura:

- Los hospitales siguen atendiendo necesidades de primer y segundo nivel en detrimento de la atención adecuada al y tercer nivel.
- Se han incrementado recursos a la atención de primer nivel, es decir, el área comunitaria y los puestos de salud, en detrimento del tercer nivel, los hospitales y hospitales de referencia.
- Falta de cobertura en un 85 %, frente a un constante incremento de la demanda de la población en todos los niveles.

- El presupuesto no es suficiente para atender toda la demanda de salud. Este año es de Q2 mil millones, que comparado con 2005 subió 11 por ciento. Este representa solamente el 0.9 por ciento del PIB.
- Existe una corresponsabilidad de los congresistas que han asignado presupuestos inadecuados. Han trasladado recursos a las áreas urbanas y no rurales.
- La realidad fiscal del país, que se caracteriza por la deficiente e insuficiente recaudación tributaria.

8.2 Plataforma Reivindicativa

Hasta el día 17 de junio, no se conocía con precisión una plataforma ordenada e integral de las demandas del gremio médico, y están se iban entrelineando desde las noticias de prensa y declaraciones públicas de los dirigentes a través de los diferentes medios de comunicación.

De acuerdo a la información de este día, podían concluirse las siguientes demandas generales:

1. Los facultativos reclamaban adoptar mecanismos que mejoren la atención en salud, que sean abastecidos los centros con más equipo y recursos humanos y se proporcionaran los insumos y medicamentos necesarios para atender a los pacientes.
2. Que el Congreso apruebe el estatuto médico que regularía la clasificación laboral y el sistema de ascensos.
3. Incremento a los sueldos.
4. Un emplazamiento contra el Ministerio de Salud, por incumplimiento del Pacto Colectivo, y que el juzgado les autorice una huelga legal.
5. Renuncia del Ministro del ramo.
6. Que se incrementen los fondos asignados al presupuesto de Salud en por lo menos Q3 mil millones, que sería el 1.1 del Producto Interno Bruto. En 20 por ciento, en coherencia con la recaudación tributaria, según el sindicato Nacional de Salud.

38 días después de iniciado el movimiento y dentro del proceso de negociaciones iniciado con el ejecutivo, esta plataforma fue precisada en los siguientes términos:

Asamblea de médicos demanda:

- Compromiso de mantener la red hospitalaria abastecida. Dando como plazo hasta el 21 de julio para lo más urgente, y el resto de equipo en los siguientes meses.
- Ampliación presupuestaria por Q156.8 millones, pero con respaldo legal.
- Incremento del presupuesto de Salud hasta el 4 por ciento del Producto Interno Bruto.
- Establecimiento de una comisión de monitoreo para verificar el cumplimiento de los acuerdos.
- Aprobación del estatuto médico. (Prensa libre 15-07-06, Paredes, Palencia y Arrecis).

Demandas agregadas, derivadas de la acción gubernamental:

- Que se dejen sin efecto los despidos
- Se suspenda el levantamiento de actas
- Despido del Ministro de Salud y principales colaboradores
- Llevar al tribunal de honor del Colegio de Médicos a los médicos que colaboren con las medidas antigremiales, especialmente a los que sustituyan a los despedidos.
- Destituir a los directores de los hospitales San Juan de Dios y de Quetzaltenango y a los directores de hospitales que han opuesto al movimiento.
- Que se anule o limite la intervención del Roosevelt.
- Que renueve a todo su grupo de asesores y directores de programas.
- Que cesen amenazas de represión y últimamente de muerte.

9. Evolución del movimiento

9.1 Proceso y ritmos dominantes en la búsqueda de una solución al conflicto y a la crisis del sistema hospitalario

Primera etapa: De cómo los principales protagonistas califiquen un proceso social, se implementan o dependen las respuestas y en consecuencia la escala de soluciones, precisamente esto es lo que se observa en la forma en que el Ministerio de Salud y las autoridades administrativas del hospital Roosevelt trataron de hacer frente y desmontar en primera instancia el conflicto.

Como la primera actitud gubernamental fue reducir el conflicto en ciernes a un problema de proveeduría, la primera solución implementada fue concertar el 15 de junio, un acuerdo con los proveedores de medicamentos y material quirúrgico, quienes se comprometieron a entregar los productos de acuerdo a un esquema de pago.

Para el señor Gustavo Batres, director del hospital, con este acuerdo administrativo con los proveedores deberían retomar la actividad en una semana. Obviamente este acto no detuvo el movimiento.

Como un segundo intento por desvirtuar las verdaderas causas de la problemática, se trató de orientar la atención a un problema grave de corrupción, al señalar que operaba una red compleja del crimen organizado, razón por la cual, mientras las bodegas deberían estar llenas, no habían medicamentos e insumos para atender a los pacientes.

Así en el manejo de las soluciones, la situación sería resuelta entonces, con la participación del ministerio público y la Contraloría General de Cuentas, con una investigación de fondo, persecución penal y llevando a los tribunales a los responsables, para aplicarles todo el peso de la ley. Esta opción tampoco prosperó como desaliento a la crisis y mediatización del movimiento.

Al querer resolver por esta vía, aún no había dentro de esta lógica, la más mínima intención de parte de las autoridades del ministerio de Salud, del Presidente y Vicepresidente de la República, quienes públicamente hicieron estas denuncias, de reconocer la grave situación en desabasto, deterioro de la infraestructura y crisis de servicios hospitalarios, desde las causas señalada por los médicos, menos el abordar en serio una solución razonable.

Fue hasta once días después, cuando se cambió la lógica y la percepción formal de los representantes gubernamentales miraron por primera vez hacia dentro de la verdad y las causas subyacentes. Hizo su aparición el ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, con quien los representantes médicos del Hospital Roosevelt y los del San Juan de Dios, sostuvieron el 20 y 21 de junio, un primer acercamiento y dos largas reuniones para encontrar una solución a la problemática. Resultados obtenidos de estas reuniones:

1. Se formó una comisión de verificación en salas de operaciones para ver cómo equipar las áreas de laringoendoscopia, cirugía, traumatología y ginecología (hospital San Juan de Dios). En conjunto con los residentes y autoridades hospitalarias serían inventariadas las carencias, para solventarlas.
2. Reconocimiento de parte del Ministerio del problema y el compromiso de adquirir los insumos que faltan por compra directa y contrato abierto, pero dependería de las deficiencias que se encontraran, para que el ministerio diera apoyo a los que enfrentaban las peores condiciones, las autoridades regresarían el 22 de junio con una supuesta solución para terminar con el desabastecimiento, específicamente en el hospital San Juan de Dios.
3. De parte de los médicos se dio un plazo de 48 horas a partir del 21 de junio, para decidir si proseguían o no con la huelga.

Los anteriores intentos fracasaron, debido a que las promesas derivadas no convencieron a los médicos. De acuerdo a sus voceros ellos seguían abiertos al diálogo, pero que no habían recibido ninguna invitación formal por parte del Ministro y que toda negociación debería ser con observadores de prestigio, como testigos y garantía de cumplimiento.

Como entreacto, el gobierno puso en marcha una vieja maniobra, reducir la problemática al interés gremial económico reivindicativo y/o a la manipulación política de parte de intereses externos al movimiento. El vicepresidente Eduardo Stein afirmó que los médicos estaban utilizando los problemas del Hospital Roosevelt como pretexto para pedir un aumento salarial.

Luego aseveró: “No hay desabastecimiento en la red hospitalaria del país. Creo que se está utilizando abusivamente el tema específico del Hospital Roosevelt para darle combustible a lo que en el fondo son demandas salariales”

Stein dijo que este movimiento pretendía que se aumentara el sueldo en un cien por cien. Sin embargo, los médicos se encontraron con que era imposible que el Ministerio de Salud accediera a esa demanda.

El vicepresidente afirmó que se están confundiendo los temas de sueldo y de falta de medicamentos. Reiteró que en el Hospital Roosevelt sí hubo escasez

de fármacos, pero ya se actuó para solventarlo. Esta acusación la reitero un día después.

No descartó que haya intenciones políticas detrás de ese movimiento en los hospitales y afirmó que para un posible aumento de sueldo de los médicos deberían esperar a que se incluya en la asignación del presupuesto del próximo año. (Prensa Libre 24-06-06, González).

Respecto a la primera calificación se actuó en consecuencia, dudando de la firmeza y/o inteligencia de los médicos se quiso vulnerar su moral, o quizá poner en entredicho los principios del movimiento, al anteponer la discusión del Estatuto médico y de esta manera, satisfecho el verdadero interés de los inconformes, desmontar la protesta sobre las otras reivindicaciones sería cosa de tiempo.

La acusación de la conversión del movimiento en un frente relucha política, fue repetida en distintos momentos de la crisis, con énfasis y hasta con saña, tanto por el vicepresidente Stein, como por Marco Tulio Sosa, ministro de Salud, quién en su momento coincidió con Berger, y aseguró que había “una agenda política oculta” detrás de los médicos.

Sin embargo ambos intentos también fracasaron, porque los médicos, frente al compromiso moral, ya adquirido públicamente con la ciudadanía y los cientos de miles de usuarios de la red hospitalaria a nivel nacional, fijaron su postura de que por una parte, antes que lo económico laboral les interesaba el futuro de dar servicios de calidad a los pacientes y que su movimiento, únicamente estaba motivado por el interés ciudadano de servir a la población y desempeñar su profesión con dignidad y suficiencia, alrededor de cuyas necesidades, lo conceptualizaron puro, fuera de toda ingerencia o interés político, especialmente político partidario.

Fue hasta el 26 de junio que el presidente Berger visitó a los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, escuchó las quejas de los médicos, reconoció que hubo negligencia en la gestión y dio dos meses de plazo para que se resolviera el problema. (Prensa Libre, Palencia y González).

Llegó el fin de mes, y hasta entonces cuando los facultativos se reunieron nuevamente con el ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, y lo enteraron de que a partir del lunes 3 de julio pararían las consultas externas.

Por su parte el Ministro, expresó: “No puedo pedirles que trabajen si no tienen con qué”. Y reconoció que hay 30 productos en situación crítica, y que en dos semanas esperan poder contar con lo necesario. Según los residentes, el ministro reconoció en la reunión a puerta cerrada que él mismo “no se internaría en el hospital, dada la situación en que se encuentra”.

Informó a los residentes de que entregarían Q9 millones para inversión y Q30 millones para pago de deudas adicionales al presupuesto para 2006, que es

de Q163 millones. Una comisión con médicos del Roosevelt y personal del Ministerio definirían las compras que harían.

Están a la espera de que la dirección les entregue el cronograma con las compras que realizarán. “Nos lo iban a dar hoy (ayer), pero no cumplieron. Esperamos que esté el lunes y lo analizaremos con la asamblea”, explicó Sergio Rivas, representante de los residentes.

El Ministerio destinó al San Juan de Dios Q6 millones para inversión, cifra que los facultativos consideran insuficiente para comprar todos los insumos que necesitan. (Prensa Libre 30-06-06, Palencia).

Hasta este momento las negociaciones no avanzaban, mientras las medidas de presión avanzaban, por evaluar los médicos: falta de interés y de respuesta seria de las autoridades, calificaban las soluciones parciales y demasiado lentas, en tanto las soluciones propuestas por las autoridades iban de 6 meses a dos años.

A principios del mes de agosto, mientras se paraban las consultas externas en el San Juan de Dios y se amenazaba con paro en las salas de urgencias en el Roosevelt, intervino el Colegio de Médicos y Cirujanos, planteando la conformación de una comisión de alto nivel para negociar, y que se den soluciones ya, no a largo plazo.

El Colegio de Médicos se reunió el 5 de julio con el vicepresidente Eduardo Stein y el ministro de Salud Marco Tulio Sosa y planteó la instalación de dos comisiones negociadoras, para tratar por un lado los problemas de abastecimiento de los hospitales, y por otro, la aprobación del Estatuto Médico.

Stein se comprometió a apoyar la aprobación del Estatuto Médico en el Congreso y planteó la creación de dos comisiones para solucionar los problemas de la red hospitalaria.

Las comisiones estarían integradas por el Colegio de Médicos, sindicato, Universidad de San Carlos, residentes y los ministerios de Salud y Finanzas y la Oficina Nacional de Servicio Civil.

Una se encargaría de promover el Estatuto Médico, que regula el escalafón profesional y establece el sistema de ascensos y de designación de cargos directivos. La otra abordaría el problema del desabastecimiento de fármacos.

Los médicos trasladarán la información a sus representantes en todo el país para que en asamblea decidan si forman parte del diálogo.

Esta negociación no prosperó debido a que: “Tras conocer el resultado del encuentro durante una asamblea ayer por la noche, el sindicato aseguró que el Colegio de Médicos no tiene la legitimidad para negociar por su cuenta el problema de la red hospitalaria.

Los médicos residentes apoyaron la postura del sindicato e indicaron que seguirán sin atender las consultas externas hasta que en sus hospitales haya insumos para por lo menos tres meses. Pidieron al Gobierno que sea Stein quien medie en las negociaciones y no el Ministerio de Salud.

Pese a la apertura al diálogo, los profesionales afirmaron que el paro no cesará hasta que el Gobierno les dé pruebas reales de que les va a entregar los insumos. (Prensa Libre 06-07-06, Palencia).

Nuevamente una comisión retomó el diálogo el 7 de junio, para darle avance a cuestiones ya mencionadas con anterioridad como requisito para iniciar un proceso de soluciones, entre lo que se contempló, elaborar la agenda de las necesidades y las acciones que se llevarían a cabo para solucionar los problemas de falta de insumos en la red hospitalaria.

Por una parte, los facultativos elaborarían una lista de equipo, medicamentos y alimentos que necesitan en los centros, y las autoridades evaluarán la viabilidad de comprarlas.

El Ejecutivo se comprometió a emitir un acuerdo gubernativo para respaldar la integración de la mesa de trabajo en la que pedirán la participación del Cardenal Rodolfo Quezada Toruño y del Procurador de los Derechos Humanos, Sergio Morales, como testigos de honor.

El lunes 8 de julio se volverían a reunir y presentarían un informe detallado con las demandas de todos los hospitales del país y centros de Salud. Esta información se cruzaría con la de los procesos de compra que ya inició el Ministerio.

La comisión calendarizaría las compras a corto, mediano y largo plazo, de acuerdo con las necesidades de los centros de Salud, basados en tres aspectos:

Suministro de medicamentos. El primero de los asuntos por resolver sería el de los fármacos. Los facultativos aseguran que es recurrente la falta de varios tipos de antibióticos, anestésicos o antihipertensivos, entre otros. Había escasez de reactivos de laboratorio, lo que impedía que se realizaran pruebas de laboratorio. Pedían garantías de que el flujo de productos fuera constante y hubiera reservas en los centros para tres meses.

Equipo médico-quirúrgico. Afirmaron que es urgente la renovación del material de quirófano, compra de monitores para cuidados intensivos y respiradores, entre otras necesidades. También exigieron que haya una garantía de que se va a dar mantenimiento al equipo que se compre.

Alimentación hospitalaria. Reclamaban más fondos para que la comida que se da a los pacientes sea de calidad, ya que es un factor fundamental para su completa recuperación.

Ampliación presupuestaria. Solicitaron al Gobierno que traspasara más fondos al Ministerio de Salud para que pueda afrontar las compras que solicitan. De acuerdo con cálculos de esa cartera, se necesitarían Q25 millones para atender las necesidades de equipo de los hospitales de los departamentos, y sólo disponen de Q5 millones para este año.

Emergencia. Pidieron que el Congreso aprobara compras de emergencia, para evitar que se alarguen los procesos de adquisición. (Prensa Libre 07-0706, Palencia, González y Blas).

Lamentablemente tres días después, tras horas de negociación entre Gobierno y médicos terminaron sin ningún avance y con el único compromiso de que el Ejecutivo presentará para el 11 de julio una propuesta concreta de cómo comprar

Al final, los médicos no vieron avances en su petición de que se compre el material y el equipo que necesitan, y el Gobierno no consiguió que los facultativos acepten regresar a sus labores mientras se soluciona el problema.

Así por una parte el Ejecutivo exigía a los médicos regresaran a trabajar, presentando con justificación los documentos que comprobaban las compras de fármacos que se han hecho y las que están en proceso. Pero de acuerdo a datos de prensa, no habían estimado el monto que podrían destinar a la adquisición de equipo, como hasta el día siguiente presentarían la propuesta de cuánto y cuándo podrán comprar.

En consecuencia los médicos pedían garantías, para lo cuál presentaron un listado de las necesidades de la red hospitalaria nacional.

Aseguraron que no volverían a sus labores hasta que los centros estuvieran abastecidos para tres meses y que dispusiera del equipo básico que se necesitaba con urgencia.

Agregaron como muestra de flexibilidad que “Respetarán el tiempo que se demore la compra del equipo más sofisticado, por los procesos de licitación. (Prensa libre 11-07-06, Palencia).

El 11 de julio, gobierno y residentes llegaron a un preacuerdo en el cual las autoridades se comprometen a entregar en dos días parte de los insumos y fármacos que se necesitan en los hospitales.

Esta es la propuesta que el Gobierno hizo a los médicos y que será analizada por éstos hoy.

- Compromiso del Gobierno de abastecer la red hospitalaria.
- Solicitar ampliación presupuestaria por Q156.8 millones.
- Promover la aprobación del estatuto médico.

- Cumplir con hacer las compras establecidas por la comisión médica.
- Reuniones periódicas para garantizar el cumplimiento de lo acordado.
- La comisión médica levantará el paro de servicios si la asamblea acepta la propuesta. (Prensa Libre 12-07-06, Palencia).

La propuesta de la comisión negociadora entre médicos y Gobierno fue rechazada el 14 de julio por las bases en asamblea, aunque los facultativos hicieron una contraoferta a las autoridades, que las partes aceptaron discutirla en un próximo encuentro que se celebrará el lunes.

El rechazo de los médicos causó malestar en el Gobierno y provocó tensión entre ambas partes, pero por la noche las aguas se calmaron y decidieron retomar el diálogo.

El diálogo se reanuda el lunes a las 11 horas.

Los representantes de los facultativos explicaron que están dispuestos a levantar el paro cuando el Gobierno les entregue los insumos que más les urgen. “Estamos en la disposición de que el problema se resuelva de la mejor forma, para no afectar a la población”, aseveró el médico Sergio Rivas

La asamblea de médicos demandó:

- Compromiso de mantener la red hospitalaria abastecida. Dieron como plazo hasta el 21 de julio para lo más urgente, y el resto de equipo en los siguientes meses. Entre otras necesidades exigidas: equipar con monitores las áreas de shock de las emergencias y maternidad, aspiradores en los intensivos, lavamanos y dispensadores de jabón.
- Ampliación presupuestaria por Q156.8 millones, pero con respaldo legal.
- Incremento del presupuesto de Salud hasta el 4 por ciento del Producto Interno Bruto.
- Establecer una comisión de monitoreo para verificar el cumplimiento de los acuerdos.
- Aprobación del estatuto médico. (Prensa libre, Paredes, Palencia y Arrecis).

18 de julio. Una instancia de verificación creada para el efecto, integrada por Médicos, personal del Ministerio de Salud y delegados de la Procuraduría de Derechos Humanos (PDH) certificarán este día, si los hospitales están abastecidos con los insumos suficientes, tal y como afirma el Gobierno.

Hoy, a las 13 horas, la comisión negociadora se reunirá en el Hospital Roosevelt para compartir el resultado de la verificación, que se llevará a cabo en los 44 hospitales públicos del país, y del resultado de este encuentro dependerá si los médicos vuelven a atender la consulta externa.

Mientras tanto, tras cinco horas y media de reunión, médicos y Gobierno concluyeron en:

- Firmar y publicar esta semana, el acuerdo ministerial para transferir Q156.8 millones al Ministerio de Salud.
- Solicitar al Congreso que autorice compras de excepción por Q86.8 millones, para acortar los procesos de licitación que exige la Ley de Compras y Contrataciones del Estado.
- Q20 millones se destinarán a la contratación de personal.
- Incrementar presupuesto de Salud para el 2007.
- Impulsar la aprobación del Estatuto Médico.
- Los médicos levantarán el paro hoy, si la instancia de verificación creada para el efecto, comprueba que hay insumos. (Prensa Libre, Palencia).

Del informe presentado de la inspección efectuada por personal de la PDH, Salud y médicos, en los 44 hospitales públicos del país, se reportó avances en el abastecimiento de medicinas e insumos, no así de equipos básicos y que el estado de deterioro de la infraestructura hospitalario se encontraba en estado grave.

Como signo alentador, para el 19 de julio, el ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, y los representantes de los médicos después de 42 días, llegaron a un arreglo: se compraría esta semana el equipo básico que faltaba, y los médicos levantarían el paro.

Las partes acordaron instalar mesas de trabajo para agilizar la adquisición de los insumos que necesitan para empezar a trabajar la próxima semana.

“Volveremos a las actividades en el momento en que tengamos lo que el hospital necesita de inmediato, se hayan firmado o no acuerdos”, advirtió Sergio Rivas, representante de los residentes. (Prensa libre 20-07-06, Palencia).

Después de más de cuatro horas de negociación en un salón de la Casa Presidencial, los médicos anunciaron el 26 de julio a las 23 horas que a partir del 27 de julio abrirían las puertas de las consultas externas, y las

autoridades prometieron abastecer las bodegas de medicinas y comprar el equipo quirúrgico solicitado.

Estos son los principales acuerdos entre representantes de médicos y autoridades del Gobierno, los cuáles permitieron suspender de parte del gremio médico las medidas de hecho y, con esto culminar una primera etapa en este largo conflicto:

- Enviar al Congreso un decreto de excepción a la Ley de Compras y Contrataciones, para comprar equipo por Q86.8 millones.
- Incluir en el presupuesto para el próximo año un aumento de Q1 mil millones, para que la asignación anual llegue a Q3 mil 76 millones.
- Otorgar apoyo técnico a los médicos que participan en los procesos de compras.
- Dar seguimiento a los acuerdos a través de la mesa de diálogo e invitar a la Procuraduría de los Derechos Humanos.
- Promover la discusión y aprobación de la iniciativa de ley sobre la carrera administrativa del médico y cirujano. (Prensa Libre 27-07-06, Rodríguez y Arrecis).

No obstante, entre el 28 y el 09 de agosto, después de 13 días, estos compromisos aún no se concretaban y, esto obviamente tuvo como su mayor consecuencia en que los médicos sintiéndose engañados, culminaron su compás de espera y tomaron la decisión de volver a la asamblea permanente y retomar las medidas de presión detenidas, entre estas volver a suspender las consultas externas.

La falta de cumplimiento de dichos acuerdos fue dada a conocer en los siguientes reportes:

Algunos pacientes que llegaron el 28 de julio a las consultas de los 18 hospitales nacionales que abrieron sus puertas tras 48 días de paro tuvieron que volver a su casa sin haber sido atendidos, por falta de insumos. (Prensa Libre 29-07-06, Munaiz)

El material médico que las autoridades prometieron que entregarían a los hospitales aún no llegaba, y el Ministerio de Salud todavía no había encontrado la forma para adquirirlos.

“Entraron muy pocas cosas. Todo está muy lento”, explicó Óscar Morales, director médico del Hospital Roosevelt. (Prensa 04-08-06, Palencia)

Para el 09 de agosto, era notorio el malestar de los médicos con el gobierno, a quien acusaban de incumplir con los compromisos que firmaron el 26 de julio. Según los médicos 15 días después, no habían cumplido.

“Al hospital apenas han llegado unas sillas de ruedas, unas tijeras y aparatos para medir la presión, y esto no es a lo que se comprometieron”, explicó Sergio Morales, representante de los residentes del Hospital Roosevelt. El médico denunció que en los acuerdos que el Ejecutivo publicó el lunes en campo pagado hay diferencias con los que firmaron el pasado 26 de julio.

El Ministerio aún no había enviado al Congreso la solicitud para hacer la compra de excepción sin licitar -por valor de Q86.8 millones-.

Gustavo Batres, director del Hospital Roosevelt, confirmó que no habían recibido el equipo y que los proveedores no estaban entregando el material porque no tenían certeza de que se les pagará. (Prensa Libre 09-08-06, Palencia y González).

De tal manera con estos acontecimientos, actitudes y decisiones se pone fin a una etapa de duración, dentro de uno de los conflictos sociales más largos de las últimas décadas, lamentablemente sin ningún avance, con las relaciones muy tensas, amenazas y desconfianza mutua entre los principales protagonistas y en medio de la incertidumbre de cuál sería el futuro de los hospitales nacionales con estas tendencias.

Prácticamente después de dos meses todo seguía igual, pues en una escala de soluciones de 1 a 10, se estaba en cero, pero con una cauda de costos económicos, sociales y políticos irre recuperables.

Segunda Etapa. Los médicos de los hospitales nacionales volvieron a suspender, a partir del 10 de agosto, la atención en las consultas externas porque aseguraron que el Gobierno no cumplió con la compra de material médico. Demandaron apoyo a la sociedad civil y pidieron comprensión a la población, ya que afirmaron que sus exigencias eran para mejorar los servicios de salud. (Prensa libre 10-08-06, Palencia).

De tal manera que con este acto, se inauguró una segunda etapa del conflicto, donde se profundizaron y ampliaron, la sucesión de tensiones, acciones y reacciones.

Esto complicó las relaciones de diálogo y toda posibilidad de acuerdo en una negociación directa médicos poder ejecutivo.

La prolongación indefinida de una crisis que irresponsablemente había sido ignorada y pospuesta con múltiples excusas por parte del gobierno.

Dentro de una desacertada estrategia, el gobierno puso en práctica el famoso plan “B” o plan de contingencia, como ya había anunciado y reiterado entre el

13 y 17 de julio, aproximadamente un mes antes, tanto por el presidente como por el vicepresidente, y otros funcionarios de la presidencia.

El 11 de agosto se materializaron las amenazas del Gobierno a los médicos con la destitución de dos médicos y el levantamiento de actas a 17 profesionales más en el Hospital Roosevelt. Lo cuál lejos de amedrentar amalgamó y consolidó la resistencia gremial

Esta acción fue complementada por orden del presidente Berger, para que a partir del 14 de agosto, personal médico militar atendiera consultas externas en seis centros de salud en la capital y se habilitara un hospital de campaña para ofrecer asistencia especializada en la sede de Reservas Militares, en el Campo Marte, zona 5.

Añadió que se levantarían actas y se cancelarían contratos a los profesionales que no trabajaran en los hospitales.

El 15 de agosto, la dirigencia médica fijó un ultimátum para que el Gobierno restituya de inmediato en sus cargos a 37 médicos que recibieron este día, sus notificaciones de despido por haber participado en una huelga en las consultas externas. De los 37 profesionales despedidos, 26 eran residentes del hospital Roosevelt, por lo que no había personal para atender en la sala de urgencias.

Como consecuencias los médicos fijaron su postura de cerrar la emergencia y responsabilizaron al Gobierno por los inconvenientes que esto pudiera ocasionar a la población, puesto que había efectuado un despido en masa, y no tenían capacidad para atender oftalmología, rayos X, traumatología y otras especialidades.

La medida fue anunciada luego de una asamblea efectuada de emergencia, tras conocerse de las notificaciones de despido que el lunes anunció Marco Tulio Sosa, ministro de Salud.

En Jalapa, los médicos expresaron que la destitución de seis e ellos motivó malestar generalizado entre profesionales y pacientes. (Prensa Libre 16-0-06, Vásquez).

El gremio médico cerró filas el 16 de agosto, durante una asamblea general de emergencia en apoyo al movimiento, y en la misma decidió continuar con las medidas de hecho, pese a las 44 destituciones notificadas por las autoridades ministeriales.

La asamblea, resolvió exigir la renuncia del ministro Marco Tulio Sosa, al igual que la de los directores de los hospitales nacionales.

En esa cita también se acordó iniciar un procedimiento en contra de los directores de los hospitales para que el Tribunal de Honor del Colegio de Médicos les imponga un voto de falta de confianza.

Los facultativos decidieron no cerrar las emergencias hospitalarias, como en principio amenazaron, aduciendo que no querían perjudicar a la población.

Pese a ello, reafirmaron su decisión de no declinar las acciones de protesta, pues dijeron que éstas buscan resolver el estado de carencias que afecta a los usuarios de los servicios hospitalarios. (Prensa Libre, Escobar).

Frente a esta resistencia, el gobierno se comprometió el 17 de agosto, una vez más, a agilizar la compra de insumos para los hospitales y detener 37 procesos de despido. El presidente Óscar Berger aseguró que los facultativos volverán a las consultas externas mañana, pero los médicos aseveraron que no atenderán hasta que tengan el material necesario.

En la cita, el presidente pidió al ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, que le diera las fechas concretas en las que se realizarán las compras, pero éste no tuvo respuesta, relató Pablo Werner, representante de la Procuraduría de los Derechos Humanos en la comisión.

Los médicos solicitaron a Berger la destitución de Sosa y de los directores de los hospitales de Jalapa, Quetzaltenango y San Juan de Dios, en la capital. También le pidieron que el ministro de Salud no participara en el diálogo.

Ángel Sánchez, representante del Colegio de Médicos, explicó que continuará con el proceso para llevar al Tribunal de Honor a los médicos que participan en la brigada militar del Campo Marte, en sustitución de médicos despedidos y a los directores de los tres hospitales mencionados.

La reunión entre Berger y los médicos terminó con acuerdos similares a anteriores encuentros de negociación.

- Agilizar el proceso de compra de insumos para los hospitales.
- Establecer un cronograma detallado con las fechas en que los productos estarán disponibles en los centros sanitarios.
- Crear tres comisiones de trabajo, que terminarán sus funciones en dos semanas.
- La primera monitoreará el proceso de compra de material médico para los 44 hospitales públicos del país.
- La segunda trabajará sobre la ampliación presupuestaria de Q1 mil 300 millones al Ministerio de Salud en 2007, y se reunirá con la ministra de Finanzas.
- La tercera impulsará la aprobación del Estatuto Médico, que regulará las condiciones laborales de los médicos contratados por el Estado.

- La próxima semana, ambas partes se reunirán para dar seguimiento a lo acordado.
- La Procuraduría de los Derechos Humanos sería garante de la mesa de negociación. (Prensa Libre, Rodríguez 18 de agosto, Palencia y Escobar).

Pero entre el 18 de agosto y finales de septiembre, ni las negociaciones, ni los acuerdos, ni las soluciones planteadas levantaron cabeza y esperanzas, este período se caracterizó por los siguientes hechos:

Una marcha emprendida por médicos residentes, que marcharon el 24 de agosto, del Hospital San Juan de Dios al Congreso, donde pidieron a los diputados su apoyo para solucionar la crisis de desabastecimiento y la aprobación del estatuto médico, que regula los ascensos y promociones.

Los facultativos informaron que seguirían cerradas las consultas externas de los hospitales San Juan de Dios y Roosevelt.

Además, expresaron que tenían planificado efectuar marchas y plantones porque era indispensable que llegaran los insumos a los centros asistenciales, para atender a la población que lo requiera. (Prensa 28-08-06, Palencia).

Una nueva visita del presidente Berger a los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, que sirvió únicamente para comprobar la carencia de equipo e insumos, pero en cuyo marco anunció que habría “cambios importantes” en la administración del Ministerio de Salud.

Finalmente el ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, renunció 80 días después de que los médicos iniciaran una protesta contra el desabastecimiento en los hospitales.

Frente a cuyo evento, las conclusiones, tras una reunión de médicos, el 30 de agosto fueron:

- Solicitaron al presidente una audiencia para seguir la negociación.
- Demandaron el nombramiento en el Ministerio de Salud de un equipo de expertos que tuvieran voluntad para solventar la crisis y efectuar reformas.
- Pidieron Q280 millones para comprar material en todos los hospitales este año. (Prensa Libre, Palencia).

El 31 de agosto se divulgó la noticia de que el hospital Roosevelt estaba al límite. Apenas quedaban camas libres, no había espacio para los enfermos

críticos y se suspendieron las operaciones electivas, por lo que los médicos pidieron a los bomberos que llevaran a los enfermos a otras clínicas.

Con esta preocupante noticia se cerró un nuevo ciclo en esta complicada trama y con ella una nueva etapa del conflicto sin pena ni gloria, que remarcó como acontecimientos relevantes el fracaso de las medidas de represión manifestada en destituciones, la participación del hospital militar y centros de salud como sustitutos oficiales, y remató con la destitución del Ministro de Salud, símbolo del sacrificio del primer chivo expiatorio, pero lamentablemente también acompañó a estos eventos, el fracaso de todo intento de propuesta y de negociación para solventar el conflicto y nuevamente la prolongación indefinida de la crisis hospitalaria y la incertidumbre derivada.

Así que nuevamente en una escala de 1 a 10, la situación se encontraba en un punto muerto, que con excepción de la renuncia del ministro de Salud, no movió en nada la solución para las demandas originales.

Tercera etapa. Inicia formalmente en su fase 1, el primero de septiembre, cuando el Gobierno convocó a los médicos a una reunión para hoy en la Vicepresidencia, en la que pretendió abordar el tema del estatuto médico y su viabilidad económica, explicó Luis Felipe Polo, asesor de esa dependencia. Agregó que ya hay una comisión trabajando para hacerse cargo del abastecimiento.

Para los médicos residentes, la prioridad era la adquisición de equipo, por lo que esperaban conocer el plan de compras. (Prensa Libre 01-09-06, Palencia y González).

Sin embargo, esta invitación para retomar las conversaciones entre el Gobierno y facultativos fue rechazada por estos últimos, quienes querían que participaran funcionarios con capacidad de decisión (Prensa Libre).

Por su parte el gobierno, a través del vicepresidente Eduardo Stein anunció que no habrá más diálogo directo con los representantes de los facultativos, porque no mostraban voluntad política para negociar soluciones a la crisis hospitalaria.

Asimismo, criticó la falta de voluntad política de algunos representantes de los médicos y cuestionó que, pese a que se contempló el cambio de Marco Tulio Sosa, ministro de Salud, para ellos la agenda no cambió. (Prensa Libre 05-09-06, Rodríguez, Palencia y González).

Como una medida adicional de fuerza y presión contra el gremio médico, el 08 de septiembre, Adrián Zapata, fue nombrado interventor del Hospital Roosevelt.

Mientras prevalecía el impasse y las acusaciones mutuas, las consecuencias y costos de la prolongación del movimiento se hacían más visibles, y progresivamente estaban llevando a un colapso técnico de la red hospitalaria.

Para el 09 de septiembre, salía a luz pública que la capacidad de la sala de urgencias del Hospital San Juan de Dios había llegado a su límite. El personal del centro asistencial no se daba abasto para atender y ubicar a la gran cantidad de pacientes que llegaban, por lo que decidieron declararse en alerta roja.

Al día siguiente, la Asociación de Médicos del Hospital San Juan de Dios dio a conocer ayer que seis pacientes fallecieron en las últimas 48 horas debido a la crisis hospitalaria que afectaba al nosocomio y evitó una atención adecuada.

11 de septiembre. El médico Víctor Manuel Gutiérrez Longo⁵, fue designado ministro de Salud.

Las primeras mediaciones reales aparecieron el 11 de septiembre. Además de propiciar el regreso al diálogo, el cardiólogo Rafael Espada⁶ propuso que el presidente Óscar Berger y los médicos se sentaran este día, para retomar las negociaciones de un conflicto que ya superó los tres meses. Propició una comisión que fiscalizaría las acciones para superar la crisis en el sistema de Salud.

El Colegio de Médicos y los residentes aceptaron la intervención de Espada.

Espada propuso que los médicos volvieran a plantear sus verdaderas demandas y el Gobierno los medios y las posibilidades de compra que tenía.

⁵ Gutiérrez Longo es médico y cirujano, con especialización en gestión hospitalaria. Llegó al Congreso como diputado del Partido Patriota, por San Marcos, y desde abril es independiente. Fue presidente de la Comisión de Salud del Congreso. Impulsó la Agenda Nacional de Salud. Jefe del área de Salud de San Marcos (1991-1996). Director del Hospital de San Marcos (1975-80).

⁶ El doctor Espada nació en Guatemala el 14 de enero de 1944. En 1969 se trasladó a Estados Unidos, donde reside. Se graduó de médico en la Universidad de San Carlos en 1969. En 1994 fundó junto a otros especialistas la Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala (Unicar). Viaja una vez al mes al país para efectuar cirugías en Unicar. Es secretario de la junta directiva del Hospital Metodista de Houston, Texas, y es profesor universitario.

Afirmó que había que buscar una solución urgente a la crisis y luego replantearse un cambio estructural en el sistema de salud.

Espada comentó que no aceptaba la propuesta de estar al frente del Ministerio de Salud, porque no tenía las armas suficientes: dinero y un sistema de salud viable. Por eso consideró que en este momento su papel era de mediador.

El galeno también se mostró preocupado por la posible politización de la crisis en el sistema de salud y pidió a los secretarios generales de los partidos que no usen a los pacientes como instrumento.

El prestigioso cardiólogo consideró que con mejorar la comunicación y tolerancia de las partes se puede solventar la crisis de salud.

Que el Gobierno trasladara más fondos a Salud para la compra de equipo y que los médicos entiendan que no hay un gran presupuesto y que no todo el material se podía conseguir al instante. (Prensa libre 11-09-06).

La llegada de Víctor Manuel Gutiérrez Longo a la cartera de Salud propició el 11 de septiembre por la tarde un nuevo diálogo con los médicos. Pero todo quedó en un acercamiento y las consultas externas seguirán cerradas hasta que el Gobierno presente una propuesta concreta para abastecer los hospitales.

Satisfechos con que el diálogo se haya retomado, los médicos siguieron firmes en sus demandas. Además de que se les dote de insumos, plantearon como condición para levantar el paro que se suspenda la intervención del Hospital Roosevelt o, al menos, que se limiten a lo administrativo los poderes del interventor, y no hasta la parte médica.

También demandaron que se destituya a los directores de los hospitales que bloquearon las protestas y que se levanten las medidas contra los residentes sancionados.

El cirujano cardiovascular Rafael Espada, mediador en el conflicto, comentó, tras un recorrido por el Roosevelt, que las carencias son extremas, y anunció que se va a reunir con la Secretaría de la Salud de Estados Unidos para solicitar asistencia.

Las carencias que él constató y que se repiten en la mayoría de nosocomios son muchas: desde equipo moderno hasta una simple funda para un colchón o un poco de pintura para las camillas oxidadas. (Prensa Libre 12-09-06, Palencia).

Dentro de los retos principales del nuevo ministro Gutiérrez Longo, para poner fin al conflicto médico se resumieron los siguientes:

- Llegar a un acuerdo con los médicos para poner fin al paro en las consultas externas.
- Garantizar el abastecimiento y agilizar las compras de fármacos, material y equipo.
- Plantear soluciones alternativas mientras se compraba el equipo, que, según el Ministerio, llegaría en diciembre.
- Impulsar la aprobación del estatuto médico en el Congreso.
- Lograr un aumento del presupuesto de Salud. En 2006 fue de Q2 mil 76 millones (0.9 por ciento del PIB); el Gobierno solamente se había comprometido a destinar Q700 millones más para el 2007.
- Revisar los procesos administrativos y de funcionamiento de la cartera de Salud.
- Sentar las bases para una reforma profunda del Sistema de Salud, en coordinación con el IGSS, universidades, el Congreso y la sociedad civil. (Prensa Libre 12-09-06, Palencia).

El 19 de septiembre, José Mauricio Rodríguez Weber fue nombrado ayer interventor del Hospital Roosevelt, en sustitución de Adrián Zapata, quien renunció el jueves 14.

Para el 26 de septiembre, la Procuraduría de los Derechos Humanos convocó un día antes por la tarde a ambas partes a una reunión para reiniciar el diálogo, pero el ministro de Salud, Víctor Gutiérrez, se excusó con el argumento de que no recibió notificación por escrito y que tenía compromisos. (Prensa Libre 27-09-06, Escobar).

A partir del 27 de septiembre Los médicos suspendieron las cirugías programadas en los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, y no atendieron por varias horas las urgencias de esos centros asistenciales.

Sergio Morales Orozco, representante de los médicos del Hospital Roosevelt, informó un día antes, que de 9 a 12 horas no prestarían atención a las personas que sean ingresadas de urgencia en ese centro.

Otra medida similar tomarían en el San Juan de Dios, de 7 a 9 horas. Sergio Rivas, médico residente de este sanatorio, señaló que todos los hospitales estaban enterados de aquella decisión y que también suspenderían la atención durante dos horas.

El gremio médico informó que cada día incrementarían el número de horas sin servicio en las salas de urgencias.

Los profesionales también informaron que suspenderían las cirugías programadas, por falta de aparatos, insumos y fármacos.

En el caso del Roosevelt, Morales Orozco dijo que no volverían a operar hasta que equipen los nueve quirófanos, pues las autoridades ejecutaron cambios estéticos, pero no llenaron las necesidades de los cirujanos.

Tras conocer la notificación de los inconformes, Óscar Morales, director médico del Roosevelt, informó que no dejarán de atender las urgencias y que los jefes de área estarán presentes para brindar atención. (Prensa Libre 29-7-09-06, Escobar).

Nuevamente se rompieron las negociaciones, con lo cuál la propuesta de mediación del eminente médico cardiovascular Rafael Espada no prosperó, o no tuvo tiempo de articularse, en general, fracasó también un primer esfuerzo de negociación del nuevo ministro de Salud, con lo cuál se reflejó la poca relevancia del cambio. Por otra parte la intervención del hospital Roosevelt fue irregular e irrelevante en el rumbo del proceso.

Como un primer paso positivo, se valora que el 19 de septiembre el Congreso de la República aprobó una excepción que quita la obligación a la cartera de Salud de licitar en Q86.8 millones para la compra de equipo médico, pues con esto podría agilizarse la solución de la compra de medicamentos, equipos e insumos, y en consecuencia también resolver el paro médico.

9.2 Avances y situación actual

Tercera etapa (fase 2). Esta la inauguró el 30 de septiembre el presidente Óscar Berger con la promesa de hacer una “cirugía mayor” al sistema hospitalario, para lo cuál presentó un día antes a la comisión de alto nivel, que integran médicos notables del país.

El presidente informó que los médicos, en coordinación con Estuardo Gálvez, rector de la Universidad de San Carlos, ayudarán a poner fin a la crisis hospitalaria y a elaborar un plan de trabajo a largo plazo.

Los médicos que participaron en la primera reunión en la Casa Presidencial fueron Rudolf García Gallont, Aldo Castañeda, Rafael Espada y Guillermo Claverie.

Berger comentó que los facultativos han sido reconocidos por su calidad profesional a nivel nacional e internacional y gozan de prestigio en el ámbito en que se desenvuelven.

Por parte del Ejecutivo estuvieron presentes Eduardo Stein, vicepresidente; Richard Aitkenhead, comisionado presidencial para el seguimiento del Plan de Gobierno, y Víctor Manuel Gutiérrez, ministro de Salud.

“Ellos serán testigos objetivos para determinar si se ha cumplido con las demandas de los médicos y para hacer una propuesta a fin de efectuar un cambio radical en la estructura hospitalaria”, comentó Berger.

Gálvez se comprometió a convocar a representantes de diversas instituciones para consensuar una propuesta que ponga fin a los más de cien días de problemas en la red hospitalaria - los médicos exigen equipo y abastecimiento.

Mario Cordón, presidente del Colegio de Médicos, expresó: “La presencia de esas personalidades será muy importante. Ellos deben ser testigos de honor para que constaten que la realidad de la red hospitalaria es totalmente contraria a la que aduce el presidente Óscar Berger”.

Reiteró que el abastecimiento en los hospitales debe ser inmediato, para que se restablezca la atención a los pacientes. (Prensa Libre 30-09-06, Rodríguez y Escobar).

Médicos y Gobierno aprobaron el 16 de octubre un cronograma con los compromisos para abastecer los hospitales y normalizar la atención a pacientes, lo que podría permitir reabrir las consultas externas dentro de dos semanas.

Las partes aceptaron la propuesta de los testigos de honor para resolver los problemas de abastecimiento, lo que originó el paro médico iniciado cuatro meses antes.

La propuesta incluye cuatro comisiones: una para tratar los problemas laborales, otra para la ampliación presupuestaria y dos para verificar que las autoridades cumplan con el abastecimiento, y los médicos, con la prestación de servicios. Además, establecieron el cronograma de la entrega de insumos.

Sergio Morales, procurador de los Derechos Humanos, explicó que los testigos de honor verificarán el cumplimiento. Afirmó que este paso es una ruta de solución a la crisis hospitalaria, en la que hay plazos y compromisos.

Las compras son tramitadas a través de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional de Migraciones, por valor de Q15 millones, y Q86.8 millones para equipo.

La comisión se comprometió a cumplir lo siguiente:

En 15 días. Abastecer con fármacos e instrumental. Los médicos despejarán centros que tengan muchos pacientes.

En 30 días. Ingreso de equipo de atención prioritaria e infraestructura, y normalización de atención en consulta externa.

En 60 días. Entrega de equipo médico e infraestructura no urgente, y atención normal de enfermos.

A un año. Abastecimiento regularizado y modernización de servicios. Atención integral y de calidad. (Prensa Libre 17-10-06, Palencia).

Conclusión general:

En una problemática que procede de factores histórico estructurales, de un deterioro acumulado de la infraestructura hospitalaria y de necesidades elementales como el abasto de insumos y medicamentos para una adecuada atención de los servicios, como el mejoramiento de las condiciones laborales de los médicos, la propuesta anterior dimensiona adecuadamente los escenarios de intervención y se plantea como debió hacerlo desde el principio.

- a) Ir de lo concreto realizable, en el corto plazo de 15 a 60 días, puntos del 1 al 3.
- b) A lo mediano posible, plazo de 1 año, ofrecimiento que se incluye en el punto 4.
- c) Queda fuera lo ideal deseable, que consistiría en el incremento a la asignación presupuestaria, que permitiría una adecuada extensión de la cobertura en el primero, segundo y tercer nivel, lo cuál permitiría en el largo plazo tener un sistema Nacional de Salud dentro de los estándares internacionales calificados.

También queda pendiente como desenlazará lo del Estatuto Médico.

El proceso se encuentre en un punto en el cuál es posible poner punto y final a la problemática, se requiere únicamente que el gobierno asuma con voluntad política estos compromisos y les de cumplimiento en los plazos establecidos y retome, ya sea en esta o la próxima administración las firmas pendientes y, el gremio médico asuma su parte.

10. Respuesta gubernamental

10.1 La respuesta clásica

A continuación se registran de qué manera se fueron enlazando las actitudes y respuestas de parte del gobierno, que empezaron desde las autoridades hospitalarias, siguieron en el ministerio de Salud y culminaron en la presidencia y vicepresidencia de la república. Las Posibilidad de soluciones o no, inevitablemente están amarradas a este tipo de respuestas y actitudes gubernamentales.

Primera actitud: Negar las causas, desconocer y descalificar las bases y propósitos del movimiento.

No enfrentar directamente desde los inicios de la conflictividad y a través de voceros señalar las reivindicaciones como injustificadas.

Cuya decisión lleva implícito el devaluar por desconocimiento o por vocación, las capacidades de expresión y la acumulación de posibilidades de desarrollo de la sociedad civil y la capacidad de grupos y/o sectores de conformar con madurez y de acuerdo a su derecho las instancias de reunión, organización y defensa.

Hay un menosprecio evidente a la calidad de la organización y los mecanismos implementados por el gremio médico para la representación de sus intereses.

Segunda actitud. Tergiversar las motivaciones y principios consustanciales a esta cruzada que de manera cívico ciudadano emprendieron los médicos, atribuyéndoles que el interés que gobernaba las decisiones, era el interés por mejoras salariales y que lo relativo a mejorar la calidad de atención de los pacientes era solamente el medio o justificación.

Tercera actitud, divulgar e implementar con empuje de las anteriores actitudes, no solo a descalificar, sino a desprestigiar al movimiento y a sus líderes, pretendiendo revertir, los males del funcionamiento de la red hospitalaria a un asunto de irresponsabilidad individual y profesional.

En medio de estas acusaciones son implícitas amenazas de acciones disciplinarias y consecuencias en contra de los médicos por su proceder.

Cuarta actitud, ante la imposibilidad de seguir negando la crisis de abastecimiento para el funcionamiento normal de los hospitales, tratar de reducir esta situación a problemas de redes de corrupción y vincular al crimen organizado con la raíz de la problemática.

Quinta actitud oferta y engaño: Las siguientes constituye una lista de las razones por las cuáles los médicos consideraban no se producía un escenario favorable para una solución satisfactoria a la problemáticas, condición para deponer el movimiento:

1. Los médicos residentes consideraban que no eran reales los ofrecimientos del Ministerio de Salud. Exigían pruebas.
2. El retraso del Gobierno en tramitar las órdenes de compra del material médico.
3. Promesas incumplidas de canalizar los trámites a que el ministro de Salud se ha comprometido.
4. Expectativas falsas en torno algunas demandas, constantemente estuvieron ofreciendo que solicitarían al Congreso, se incremente el presupuesto de Salud en Q1 mil millones el próximo año. Al final solo han ofrecido.
5. Ofrecer comprar equipo médico a través de la “poco transparente” Organización Internacional de Migraciones (OIM).

El Ministerio Público investigaba a la OIM por presunto lavado de dinero, soborno y desvío de fondos del Estado. Convenios internacionales ratificados por Guatemala eximen a esa entidad de licitar las compras que haga con ese dinero.

Alejandro Urizar, de Acción Ciudadana, opinó que no vale la pena arriesgar la transparencia en la gestión de fondos públicos por una negociación política coyuntural. “Ya existe una experiencia negativa con OIM. No es comprensible que se hable de esa opción”. (Prensa Libre, Palencia).

6. Lentitud o falta de voluntad por parte del Ministerio de Salud, para encontrar formas, para que el material médico que las autoridades prometieron que entregarían a los hospitales llegara en los plazos establecidos.

7. Incumplimiento de compromisos firmados el 26 de julio, por parte de el Gobierno, actitud que llevó a los médicos a parar de nuevo las consultas externas de los hospitales el 09 de agosto.
8. Tergiversación de los acuerdos. Los médicos denunciaron que en los acuerdos que el Ejecutivo publicó en campo pagado hay diferencias con los que realmente firmaron el pasado 26 de julio.
9. Lentitud en el envío por parte del Ministerio al Congreso la solicitud para hacer la compra de excepción sin licitar -por valor de Q86.8 millones-.
10. No entrega de equipo, debido a que los proveedores no tenían certeza de que se les pagará.
11. A pesar de que no tiene que cumplir con el proceso de licitación, tras un permiso legislativo, el Ministerio de Salud considera utilizar a OIM, OPS o el PNUD para administrar parte de los Q86.8 millones en la compra de equipo médico. A lo que posteriormente tuvieron que desistir.
12. Después de 120 días desde que los médicos de los hospitales nacionales iniciaron un paro en protesta contra la falta de fármacos, equipo e insumos, no había solución.
13. Aún cuando no habían cumplido con el abasto, insistencia de las autoridades de salud de que los hospitales ya tenían los fármacos necesarios.
14. Intentos de posponer hasta un año la adquisición de insumos y aparatos.
15. Implementar despidos y levantamiento de actas de los participantes en el movimiento (entre 37 y 44) profesionales fueron afectados. 26 del hospital Roosevelt y 6 del hospital de Jalapa y 5 de otros centros.
16. Involucrar al ejército, para sustituir servicios no atendidos, en un intento por desprestigiar y debitar al movimiento de médicos.
17. Intimidación con agresiones físicas y lo que es más grave, amenaza de muerte de los dirigentes más importantes, remedando, los criminales métodos al estilo de los otrora repudiados "Escuadrones de la muerte".

10.1 Características de relaciones gobierno y el gremio médico

Se confirma el análisis según el cual: "Hay claramente definida una tendencia histórica, que con rarísimas excepciones llevan a la conclusión que el Estado guatemalteco ha acumulado una cultura, en primer lugar de intolerancia y represión, en segundo lugar de poco diálogo y negociación y en tercer lugar a no cumplir pactos y compromisos derivados del movimiento social, independientemente de quién esté al frente de su dirección.

El Estado ha sido poco serio, mentiroso y hasta cínico en sus compromisos frente a la demanda social, a tal extremo que ya no se confía en él como representación máxima de la sociedad. Este con su actitud ha llevado al diálogo, a la negociación al compromiso de Estado al desprestigio, lo ha encerrado en un círculo vicioso que invariablemente se reitera cíclicamente en cada gobierno, a tal extremo que cada día menos ciudadanos creen en estos acuerdos y pactos, como mecanismos de mediación social y política.

Situación que por otra parte, fuertemente influida por 35 años de guerra interna, llevó a configurar un movimiento social reactivo, espontáneo y coyunturalista en sus reivindicaciones, carente de integralidad nacional y de perspectiva estratégica, el que a su vez también es culturalmente intolerante y con poca vocación de diálogo.

Estos estímulos han llevado al movimiento social, especialmente al sindical, a desarrollar una cultura de maximalismo, del todo o nada, fácilmente inclinada a recurrir a la acción directa en cualquier circunstancia de contenido, de tiempo, y espacio, se amenaza con la huelga como tomarse una cerveza. Tendencia que progresivamente ha llevado a tal desgaste a la huelga y el paro, que como instrumentos de lucha de máxima instancia y efectividad, ya no se les tiene confianza y están bastantes desprestigiados no solamente frente a su propia base, sino en importantes sectores de la opinión pública.

Con ambas posiciones encontradas, se han construido una especie de relaciones Estado sociedad civil, maniqueístas, irreconciliables, que no se reconocen ni se respetan, endosando los mayores costos a la sociedad y al sacrificio de alternativas, económicas, sociales, culturales y políticas congruentes con un proyecto de nación democrático, próspero y participativo, como en el presente caso, para un Sistema de Salud Pública al servicio del pueblo de Guatemala."

También en el presente caso se confirma la dinámica que siguen los conflictos entre estado y organizaciones sociales, especialmente inducida, desde las respuestas y actitudes gubernamentales. Los rasgos comunes, comparando este conflicto con otros anteriores, sin que necesariamente sigan en su ejecución en el mismo orden, son los siguientes:

- 1) Las organizaciones o gremios presentan al Gobierno sus demandas o pliego de peticiones, por lo general excesivamente cargados, complejos, sin prioridades, con la idea inconsistente de garantizar mayores márgenes de negociación.
- 2) Al no encontrar respuesta, las organizaciones demandantes adoptan medidas de hecho (Asambleas permanentes, marchas, paros, huelgas, tomas, etc.).
- 3) Como primera respuesta, el gobierno resta importancia, no atiende, niega y es indiferentes las demandas.
- 4) Ya las organizaciones comprometidas en medidas de hecho las deja que se desgasten.
- 5) En esas circunstancias, el gobierno despliega acciones represivas entre las cuáles incluye: amenazas directas e indirectas, despidos, presiones psicológicas, seguimientos intimidatorios, etc.
- 6) Por esa vía impone a las organizaciones nuevas demandas en sus lucha, las derivadas de la represión, que desvían la atención de las que son fundamentales y esencia del conflicto.
- 7) Al mismo tiempo que acompaña su política por una fuerte campaña propagandística (incluyendo las famosas “campañas negras”) a través de sus voceros especializados y de los medios de comunicación a su servicio.

- 8) Agotada esta fase delega en los funcionarios menores para que inicien negociaciones, evidentemente con el objetivo de ganar tiempo y extenuar más a las bases sindicales, pues por lo general a estos niveles jamás se resuelve nada. Esta función la mayoría de las veces ha recaído ministros o viceministros directamente involucrados.
- 9) Es típico que pasado cierto tiempo las negociaciones a este nivel, se estanquen y se rompan y, en lo sucesivo todo parte de cero. Hasta aquí ningún acuerdo u ofrecimiento de estos funcionarios tiene importancia, personas que se proyectan como simples distractores.
- 11) Es el momento ideal para la entrada en escena del señor presidente y/o vicepresidente, dependiendo de su carisma y/o habilidades, porque también el momento ideal, para perfilar negociaciones, llegar a acuerdos y suscribir pactos o convenios.
- 12) Generalmente esta etapa se articula en condiciones de una dirigencia agotada, bases desesperadas y temerosas, no solo por las permanentes amenazas, algunas cumplidas de hecho, sino por la natural angustia de perder su fuente de trabajo.
- 13) En este marco, cuya correlación ya controla el gobierno, la negociación se estrecha hacia los puntos marginales, es decir, en primer término sobre aquellos puntos relleno, aquellos puntos que premeditadamente se pueden obviar, en defensa de principios y demandas fundamentales como el salario y, en segundo lugar, hacia los impuestos por la represión (reinstalación, detener procesos de despido, no represalias posteriores). Paradójicamente ha sido y sigue siendo así, el gobierno a través de la figura del señor Presidente o Vicepresidente da muestras de “Buena fe”, retrocediendo en algunas de sus medidas represivas en contra de quienes violentaron el orden y el estado de derecho.
- 14) Dado este paso, el gobierno culmina su maniobra, implementa una segunda campaña propagandística para exprimir el “jugo” al desenlace y, limpiar su imagen frente a la opinión pública nacional e internacional.
- 15) Pasado el tiempo llega la gota amarga, que aniquila las esperanzas: El gobierno no cumple ni cumplirá jamás. Previamente han creado un

ambiente propicio, manejando tal forma los resultados que dentro de su plan operativo, garantizan que por condiciones objetivas y subjetivas, los trabajadores no puedan de nuevo ir a movilizaciones, paros o huelga con la envergadura que se requiere para obligar al gobierno a cumplir.

10.2 Participación de otros Actores

a) Congreso de la República⁷

Siendo que representa a uno de los poderes del Estado, que tiene y ha tenido en sus manos el contribuir a solventar esta crisis, desde su función constitucional, relacionada a la cuestión presupuestaria, pero también como ente con capacidad de interpelación, tampoco ha tenido mayor relevancia.

Después de un mes de silencio y posterior a una marcha de los médicos de Salud pública en demanda de insumos y de que se regule su situación laboral, fue hasta el 8 de julio, que se convocó por primera vez al ministro de Salud a un interrogatorio por parte del Partido Patriota.

El 11 de junio por la diputada Nineth Montenegro, Diputada de la Comisión de la Mujer quién interrogó al ministro Marco Tulio Sosa, de las razones por las cuales ese despacho decidió colocar en manos de organizaciones internacionales, como la OIM, Q90 millones de su presupuesto asignado para este año y respecto del uso de los recursos asignados a salud reproductiva y consulta externa de hospitales, donde hubo reducciones presupuestarias significativas.

El 13 de julio. Se comentó sobre la posibilidad de discutir una propuesta del Gobierno sobre una ampliación presupuestaria para el Ministerio de Salud la cual sumaría Q156.8 millones, en un sondeo hecho por la prensa las opiniones de representantes de bancadas se caracterizaron por ser evasivas

Luego el 13 de julio, el Partido de Avanzada Nacional (PAN), presentó una iniciativa de ley para reordenar el presupuesto de algunas instituciones y aportar al Ministerio de Salud presentó Q108 millones para comprar equipo, la cuál hasta el 18 de julio no se había oficialmente conocido.

⁷ Para mayor detalle, consultar Anexo #5: Cronología de participación del Congreso de la República.

Al iniciarse la segunda etapa del conflicto, y nuevamente se habló de interpelar al Ministro de Salud, pero ocurrió, que para el siguiente día renunció.

Se agotó esta etapa en el largo conflicto de salud e iniciada la tercera etapa, de confrontación y búsqueda de soluciones, los médicos llegan al congreso y tras ser atendidos por algunos diputados, se retiran sin pena ni gloria y un cúmulo de ofrecimientos, hasta que el 19 de septiembre el honorable congreso da un paso positivo.

Este día aprobó la resolución que quita la obligación a la cartera de Salud de licitar en Q86.8 millones para la compra de equipo médico, y así agilizar la solución de una de las demandas del paro médico, que llevaba más de 100 días.

Nineth Montenegro, de Encuentro por Guatemala, criticó la puerta que se abre para anomalías con la excepción de licitar.

“¿Por qué si tienen un renglón de Q145 millones para compra de equipo gastaron sólo Q7 millones hasta el 14 de septiembre y nos piden un acuerdo para no licitar?, cuestionó. (Prensa Libre, Rodríguez).

b) Ejército

Indiscutiblemente la institución armada se ha constituido en un aliado circunstancial para el ejecutivo, en las diversas vías ensayas para debilitar al movimiento médico y paliar la crisis hospitalaria.

De esta manera, en su carácter de Comandante General, el Presidente Berger, lo ha mandado primero, para contribuir a reparar daños a la infraestructura hospitalaria, en segundo para sustituir los servicios médicos suspendidos por los médicos, como parte de sus medidas de presión para que fueran atendidas sus demandas.

El que el ejército jugara primero el papel de apaga fuegos y en seguida de sustituto, frente a los vacíos de los médicos reprimidos e inicialmente separados de sus cargos, fue otra parte de la estrategia que no le funcionó al señores presidente y vice-presidente y en ambos casos, tuvo que dar marcha atrás.

Pero no hay amor sin interés, o mejor dicho toda decisión tiene costos y consecuencias, y el ejército aparte de que cobró por las reparaciones al tratar de “maquillar” infraestructura médica, también pasó la factura por los

servicios hospitalarios. El costo innecesario, por ambos servicios, los que de paso no resolvieron nada, pues de acuerdo a los médicos: "Las seis salas de operaciones que fueron remozadas el mes recién pasado por el Cuerpo de Ingenieros del Ejército no cumplían con los requerimientos médicos, por lo que tuvieron que ser modificadas, lo cual atrasó aún más las cirugías." (Prensa libre 19-09-06, Escobar).

Sí los datos son totalmente ciertos ascendieron a 1 millón para reparaciones y Q68, 000 por atender a 62 pacientes, atendidos hasta el 15 de septiembre.

c) El Colegio de Médicos y Cirujanos

Parece ser que ningún antecedente histórico, rebasa el papel de primera línea como el que ha venido desplegando el máximo órgano de representación profesión de los médicos.

En ninguna crisis similar de otras especialidades se registra actitud similar, quizá con sus diferencias el Colegio de Economistas, cuando otrora era adalid en defensa del patrimonio e intereses nacionales.

La verdad tanto los dirigentes actuales, dentro de ellos, su presidente, Dr. Mario Cerdón, como el Colegio en sí, se han involucrado desde el principio, han acompañado a su gremio en todo lo que va del proceso, aportado en contenido y forma a sus principales propuestas y, ha mediado con responsabilidad por una salida honorable para sus asociados.

Esta encomiable y relevante actuación, se refleja a lo largo de todo el documento y en las diferentes crónicas registradas y pasara a la historia como un acto, que legitima que el origen y las competencias de este órgano colegiado, son más que justificables.

Contrasta significativamente, del papel desplegado por la Universidad Nacional, del Honorable Consejo Superior Universitario, específicamente de las organizaciones sectoriales, Junta Directiva y autoridades administrativas de la Facultad de medicina, que con excepción de la participación del Señor Rector en el último mes, ha sido gris e invisible.

d) Procuraduría de los Derechos humanos:

El papel desplegado por la procuraduría de los derechos humanos, desde asumir una función verificadora, para constatar las denuncias presentadas por lo médicos, pasando a una labor de vigilancia porque los excesos no afectaran a los enfermos, ejemplificado en conseguir que 81 pacientes

pendientes de cirugía, fueran amparados por la Corte Suprema de Justicia, de los cuales para el 19 de septiembre habían sido intervenidos.

A través de su procurar general, Dr. Sergio Morales ha desempeñado, junto a notables personalidades, como el Dr. Rafael Espada, un papel activo y protagónico para que ambas partes acordaran continuar la discusión en la mesa de diálogo, se mantiene como parte de la labor mediadora y de verificación, no sólo para que se concretaran los últimos, sino de verificación para su efectivo cumplimiento.

e) La Iglesia

El Cardenal Rodolfo Quezada Toruño fue mencionado en varias oportunidades, para que fungiera ya como testigo de honor, ya como mediador en la solución de la problemática, sin embargo nunca se concretó y se comprende el por qué.

Adicionalmente en dos homilías expresó su preocupación por el tono que estaba adquiriendo el tema de la crisis hospitalaria y el paro de labores de los médicos, por lo que instó al Ejecutivo y a los profesionales a encontrar una solución pronta, por el bien de la población. (Prensa libre, González)

El 24 de julio comentó: "La violencia se manifiesta en todos los ámbitos de la sociedad guatemalteca, que además vive confrontada por los problemas en el agro, salud y educación", y desde el púlpito pidió al Gobierno resultados en los procesos de diálogo. Urgió soluciones dialogadas y justas, que beneficien a la colectividad. (Prensa libre, Blas).

f) Movimiento social

Nuevamente brilló, por su ausencia, a no ser por la aparición fugaz del sindicato Nacional de Salud en las primicias, lo salva un hecho histórico relevante, que merece ser emulado por la sociedad civil de otras regiones y comunidades, el cuál con la fuerza de presencia, no cabe duda repercutió en el giro de las acciones gubernamentales, pues como una de sus demandas pedía el abastecimiento de los hospitales. Coincide el mismo con que cuatro días antes se había reactivado el paro médico.

El 11 de agosto. Varios miles de vecinos de 48 cantones y siete municipios de Totonicapán, así como de Quetzaltenango, bloquearon durante 12 horas el Km. 188 de la ruta Interamericana, en Cuatro Caminos, San Cristóbal Totonicapán, para criticar la indiferencia del Gobierno ante los problemas nacionales.

La protesta pacífica fue acordada el 5 de agosto en una asamblea del Consejo de Alcaldes Comunales Chuimek'ena y habitantes de 48 cantones, para mostrar al Ejecutivo lo que la población organizada puede hacer cuando no está de acuerdo con sus políticas, expuso Carlos Soch, secretario del Consejo.

Los comerciantes cerraron sus negocios, los campesinos no labraron la tierra y los empleados no trabajaron, para demostrar que, según Soch, "cuando Totonicapán convoca, el país tiembla".

Entre otras demandas, los inconformes exigieron que el Gobierno solucione cinco puntos básicos: Que doten de medicinas e insumos a los hospitales. (Prensa Libre 12-08-06, Rodríguez y Román).

11. Perspectivas del movimiento

11.1 Condiciones para una solución sostenible y duradera

No cabe duda de que la cruzada emprendida por el gremio médico, la que han dedicado a dignificación de la salud, a fortalecer su legítimo derecho por reglamentar sus condiciones socioeconómicas y laborales y a cambiar la vocación del gasto público al exigir incremento a la inversión pública en salud, no se abre en las mejores condiciones históricas de coyuntura.

Para muchos probablemente consideren que sí, debido a que por estar bajo las presiones de época preelectoral, hay mayores posibilidades para doblegar al Estado, a cuyo proyecto político que los respalda no conviene desgastarse de cara a la promoción de sus candidatos.

Lo anterior puede ser válido para un movimiento cuyo propósito es este, conseguir algo en medio de las condiciones más frágiles de la contraparte, la cuál puedan explotar en su propio beneficio. Muchos movimientos reivindicativos en el pasado han sido motivados por estas intenciones y han sacado jugo de estas coyunturas, ya sea para conseguir al final pírricos aumentos salariales, o para servir de palanca a los partidos políticos de oposición en su afán de acceder al poder.

Este movimiento parece tener otros signos, aparte de que requiere respeto a la condición profesional y salarial de los médicos, hasta el momento, parece guardar distancia de estas perversas intenciones, que al final solo reditúa a la causa de los oportunistas. Los dirigentes del gremio médico, tienen que ser muy cuidadosos, para no dejarse envolver desde el círculo vicioso promovido desde el autoritarismo e indiferencia estatal y desde la manipulación de los "viejos lobos" políticos, que para época navideña y de elecciones se visten de ángeles.

Por esta vocación de principios que el movimiento ha abanderado, de mantenerse al margen de estas tentaciones, no les queda entonces mayor margen de maniobra, sino que el sostenerse en la moralidad de su propia causa y, tener claro que para sus reivindicaciones la coyuntura no es su mejor aliada y, que aún negociando no hay mayor garantía que de las promesas y compromisos suscritos, aún con elegantes membretes y la bien intencionada mediación de ilustres personalidades, se lleguen a cumplir.

La actual administración va para afuera y, sus líderes están más interesados en viabilizar su nueva oferta electoral y promover a sus candidatos, que resolver los problemas del país.

Sobre el riesgo de su desprestigio y desgaste, es cuestión que ya no los desvela, pues más o menos de lo que se han ganado, ya no tiene importancia, así son las cosas en política.

Precisamente: “Transcurridos dos años y medio de gobierno de la Gran Alianza Nacional (Gana), la mayoría de la población está insatisfecha, reveló La Encuesta efectuada por Vox Latina para Prensa Libre. La que entre otros hallazgos reporta los siguientes:

Los resultados muestran que el 73.8 por ciento de los guatemaltecos están insatisfechos.

La insatisfacción mayor hacia Berger se centra en la población masculina e indígena. En este último sector, el 76.1 por ciento dice no estar conforme

El 52.1 por ciento cree que Berger está gobernando mal, y el 29.3, que lo está haciendo bien.

El 77.2 por ciento opina que el Gobierno no está haciendo nada para mejorar el país, y el 76.6, que la administración de la Gana no está solucionando los problemas más graves del país. (Prensa Libre 30-07-06, Paredes y Rodríguez).

El desencanto es mayor en el norte y el altiplano, donde el 80 por ciento opina que no están haciendo nada, mientras que en el oriente y sur, el 67 por ciento dice que se están haciendo muy pocos esfuerzos.

Por otra parte, no se pueden cambiar en 1 año lo que no se ha hecho o dejado de hacer en tres años o en toda la historia republicana, para lo que nos ocupa el problema de la salud pública. En otra encuesta publicada por prensa Libre el 30 de julio de este año, leemos:

“Los servicios públicos de salud y educación administrados por este Gobierno se mantienen iguales que con los anteriores, pero el narcotráfico, la corrupción, la delincuencia y la pobreza han aumentado.

Los encuestados evaluaron los resultados de la actual administración por áreas, y el único tema en que la población considera que se ha mejorado (44.8 por ciento) es el mantenimiento de la red vial.

Para el 44.3 por ciento de los entrevistados, en especial hombres en poblaciones indígenas, los servicios de salud se continúan prestando igual que en gobiernos anteriores, y el 16.6 por ciento responde que han mejorado.

Los temas peor evaluados se refieren a la falta de seguridad. El 84.4 por ciento, en su mayoría del área urbana, opina que la delincuencia ha aumentado, y el 53.5 por ciento cree que el narcotráfico va por el mismo camino.

El 45 por ciento piensa que la corrupción en el gobierno de la Gana se ha incrementado, al igual que la pobreza.”

11.2 Modelo de Estado Vrs Necesidades sociales

En nuestra evolución como cultura política, no hemos asimilado casi nada de la experiencia mundial, menos en uno de sus más grandes logros: La Constitución del Estado Nación, especialmente en su fase de emergencia, en que su prioridad la constituyó velar por el interés público. Especialmente de las bondades del estado benefactor, del cual se alimentaron y perviven, las conquistas sociales, que hoy constituyen importantes pilares para mantener los pesos y contrapesos de la democracia occidental y en los países desarrollados.

Con efímeros períodos, bruscamente desarticulados, en nuestro país, la batalla histórica hasta ahora, la ha ganado el estado oligárquico y autoritario, sobre cuyas cimientos y por la hegemonía creciente de la ideología neoliberal, hoy se levanta el Estado-empresa, “sustentado, como escribiera el Dr. Saúl Osorio, en la violencia de mercado, determinado por el hecho de que, a diferencia de la libre competencia del S.XIX, en que concurría muchísimas empresas en la formación de los precios, ahora se trata de unos pocos gigantes monopolistas que atropellan valores morales, jurídicos y culturales”

Recuerda el autor que: “De acuerdo con el documento básico para construir el ALCA, las grandes corporaciones tendrán derecho al veto de las leyes soberanas sobre: derechos laborales, salud, educación, movimientos de capital y ganancias, seguridad pública...De este modo el Estado-Nación será sustituido por el Estado-Empresa.”

NO podemos engañarnos en los que vemos y en lo que a diario avanza en nuestro país, que quiere echarle la culpa de todos los males que hoy padece nuestra economía, nuestra sociedad y nuestra política al estado benefactor, despectivamente denominada “papá estado” y que no descansará hasta ver desmontados los últimos vestigios de nuestra herencia democrática, en este caso la Salud Pública y la Seguridad social.

En este modelo de estado que crece y amplía sus dominios, por ley o “de facto” un proyecto de Salud nacional, público y solidario tendrá también poco margen para desarrollarse.

11.3 Política fiscal y presupuestaria

Otro talón de Aquiles para la viabilidad de una solución a la amplia problemática de salud, lo constituye la política fiscal, comenzando desde la estructura tributaria, que no ha logrado readecuarse para cumplir las metas de recaudación del 12%, previstas en los Acuerdos de Paz.

Siguiendo por la política pública presupuestaria, que arrastra una vocación poco orientada al gasto social y, donde el tema de la Salud Pública tampoco es una de las prioridades, al menos en cuanto a mejorar progresivamente su asignación, en términos reales y no vegetativos.

Ante lo cuál, El Centro Internacional para Investigaciones en Derechos Humanos (CIIDH) advirtió ayer de una reducción en el rubro social, en el proyecto de presupuesto para 2007.

Orlando Blanco, del CIIDH, aseguró que el desembolso en áreas sociales disminuye de 6.3 por ciento del Producto Interno Bruto aprobado en el presupuesto de 2006, al 6 por ciento.

El presupuesto de 2007 representaría:

13.3 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB), lo que significa una reducción de uno por ciento respecto de este año.

El gasto social se reduce de 6.3 por ciento del PIB aprobado en 2006, a 6 por ciento.

En salud se estanca en uno por ciento del PIB, con una reducción de Q237 millones, en términos reales.

En Educación también se estanca el gasto en 2.5 por ciento del PIB. El Ministerio de Educación tendría un aumento en su presupuesto, pero sería insuficiente para atender las demandas.

En vivienda, la asignación disminuye, del 0.20 por ciento en 2006 al 0.16 por ciento, a pesar del déficit habitacional que se incrementó con el paso de la tormenta Stan. (Prensa Libre 05-10-06, Blas).

11.4 Las esperanzas del Plan Visión de País

Todos los partidos políticos firmaron el 10 de octubre del 2006, un pacto para 15 años en seguridad, educación, salud y desarrollo rural, que denominaron Plan Visión de País, al cuál convocaron 15 empresarios y actores sociales influyentes, y se comprometieron a empezar a cumplirlos dentro de dos semanas.

Se escribe que, el documento pretende ser un acuerdo nacional similar a los alcanzados en países europeos hace 30 años, y cuenta con metas como capacitar técnicamente a uno de cada tres ciudadanos del área rural o invertir Q1 de cada Q10 de la economía nacional en educación.

El primer paso serán cuatro iniciativas de ley que estarán listas en 15 días. Éstas convertirán en norma nacional los pactos de este, que consensuará durante los próximos dos meses los dos toques finales: el acuerdo sobre materia económica y fiscal, y el de multiculturalidad. (Prensa Libre 11-10-06, Rodríguez).

Esta es una iniciativa que merece, como iniciativa ser saludada y contribuir ampliar sus cauces. Se divisa la esperanza de que por fin sean superados los compromisos e intereses de grupos o los grupos de interés, por acuerdos nacionales, donde el compromiso de estado sea la figura predominante, reconocida y respetada, como signo de fortaleza de nuestra democracia y de nuestro aún utópico Estado nación.

Surgen no obstante dos dudas fundamentales: La primera, que relación tiene este acuerdo con los Acuerdos de Paz, representan el principio del fin de los mismos, o son sólidamente vinculantes, para que por fin éstos avancen y se cumplan totalmente en su implementación.

Si es lo primero, sería una negación a la propia esencia que por principio representa esta iniciativa. Recordemos que los Acuerdos de Paz, por Ley han sido instituidos como compromisos de Estado, escamotear este mandato constitucional, estaría sentando un mal precedente para la propia viabilidad del Plan Visión.

Sí es lo segundo ¡Felicitaciones!, porque se estarían sumando esfuerzos para fortalecer y desarrollar nuestras hoy precarias y débiles instituciones.

La Segunda: En su contenido y forma representa una suma de intencionalidades, las cuáles indudablemente sintetizan una percepción común sobre los más grandes problemas nacionales contemporáneos y la urgencia de abordarlos. Y que se incluyeron en el acuerdo que firmaron los partidos en lo siguientes cuatro ejes:

1. - Seguridad y Justicia. Los sistemas nacionales de Seguridad y de Justicia diseñarán políticas de seguridad democráticas y coordinación interinstitucional. El de Justicia agilizará los procesos.
2. - Educación. El acuerdo triplicará el gasto en la materia y quintuplicará la inversión en las mujeres del área rural. Cobertura educativa, mejorar la calidad y descentralizar son clave.
3. - Desarrollo rural. Se creará una comisión legislativa, se buscará capacitar al 35 por ciento de la población económicamente activa, y un concejo verificará el desarrollo rural.
4. - Salud. Compromiso de crear un sistema nacional de salud que una al ministerio del ramo y el IGSS. Se reestructurarán ambos y se creará un plan de aseguramiento.

Generalmente en cuanto de ponerse de acuerdo a estos niveles se trata, no hay mayores contradicciones.

El problema es cuando surge la necesidad de confrontar las visiones particulares respecto a como desarrollar los contenidos y confrontarlos de cara a la acuciante realidad nacional. Falta entonces asistir a este momento, cuyo primer paso se informa, será cuatro iniciativas de ley que estarán listas en 15 días. Éstas convertirán en norma nacional los pactos de este Plan Visión de País, que consensuará durante los próximos dos meses los dos toques finales: el acuerdo sobre materia económica y fiscal, y el de multiculturalidad.

Se habla entonces, de la necesidad de crearle un marco legal a estos acuerdos y desde ya se propone legislar con al menos una ley para cada acuerdo, la que se ejemplifica con la Ley Marco de Desarrollo Rural.

Quizá no haya mayor problema con respecto al tema educación y seguridad, pero hay dos temas profundamente controversiales como lo son el Desarrollo rural, vinculado al tema agrario y el referente a la reestructura que se propone en cuanto al sistema de salud, que a su vez plantea reestructurar al IGSS, y en torno al cuál está abierta la polémica de la privatización versus el fortalecimiento de los servicios públicos estatales, en particular la defensa de la Seguridad Social y de su autonomía, como una de las pocas instituciones históricas heredadas de la revolución del 44.

11.5 Soluciones ideales, soluciones posibles y lo realizable en el corto plazo.

La última escala de soluciones moldeada, por la comisión de dialogo, se encuentra la dimensión de cómo se le puede dar una perspectiva estratégica a este paquete de acuerdos, la cuál se considera como la mejor síntesis de todo este largo e intrincado de procesos de negociaciones entre el gobierno y el gremio médico. No hay otra alternativa y la experiencia después de tantas tensiones necesariamente ha llevado a este compromiso entre ambas partes, el que resulta ser el más racional y el más viable. La comisión se comprometió a cumplir lo siguiente:

En una problemática que procede de factores histórico estructurales, de un deterioro acumulado de la infraestructura hospitalaria y de necesidades elementales como el abasto de insumos y medicamentos para una adecuada atención de los servicios, como el mejoramiento de las condiciones laborales de los médicos, la propuesta referida dimensiona adecuadamente los escenarios de intervención y se plantea como debió hacerlo desde el principio.

a) Escenario Concreto realizable. (Soluciones de Corto plazo de 15 a 60 días):

1. En 15 días. Abastecer con fármacos e instrumental. Los médicos despejarán centros que tengan muchos pacientes.
2. En 30 días. Ingreso de equipo de atención prioritaria e infraestructura, y normalización de atención en consulta externa.

3. En 60 días. Entrega de equipo médico e infraestructura no urgente, y atención normal de enfermos.

b) Escenario Mediano Posible. (Soluciones a mediano plazo de 1 año):

1. A un año. Abastecimiento regularizado y modernización de servicios. Atención integral y de calidad.

c) Escenario Ideal Posible. (Soluciones de largo plazo, de 2 a 5 años)

Queda fuera lo ideal deseable, que consistiría en el incremento a la asignación presupuestaria, que permitiría una adecuada extensión de la cobertura en el primero, segundo y tercer nivel, lo cuál permitiría en el largo plazo tener un sistema Nacional de Salud dentro de los estándares internacionales calificados.

También queda pendiente como desenlazará lo del Estatuto Médico.

12. Conclusiones y recomendaciones mínimas

12.1 Conclusiones

1. Con el paquete de Acuerdos concertados el 16 de octubre, el proceso se encuentra en un estado, más o menos estable, a partir del cuál es posible poner punto y final a la problemática, se requiere únicamente que el gobierno asuma con voluntad política estos compromisos y les de cumplimiento en los plazos establecidos y retome, ya sea en esta o la próxima administración las signaturas pendientes y, el gremio médico asuma su parte con inteligencia y flexibilidad.
2. Lo oportuno de las políticas públicas requiere responsabilidad y en condiciones de escasez de recursos, como a diario se queja el Estado, no es prudente estar jugando a tapar y abrir hoyos, sino priorizar el gasto y en primer lugar asegurar lo que ya existe, sin que eso implique soslayar la necesidad de la ampliación de la cobertura, pero no con fines político electorales, como al parecer motivan el construir hospitales, sin saber como se les va a mantener en el corto y mediano plazo. Pues si no hay suficiente para los existentes, ¿cómo se piensa financiar el funcionamiento de los nuevos?

El vicepresidente Eduardo Stein Añadió que se aumentarán Q700 millones al presupuesto de Salud, para mejorar la red hospitalaria, y anunció que analizan la posibilidad de construir dos hospitales, uno en Mixco y otro en Villa Nueva. (Prensa Libre 05-09-06, Rodríguez, Palencia y González).

3. La problemática de salud puesta a luz pública por el gremio médico, informa de un grave problema de corrupción, según el Vicepresidente Stein, Q100 millones se pierden en estos actos, y ese dinero no llega a los pacientes. Es necesario investigar a fondo como lo han prometido y el Ministerio Público y la Contraloría General de Cuentas tienen que actuar y presentar resultados satisfactorios y aplicar correctamente la justicia.
4. En el presupuesto asignado al área de la salud, se puede observar que ésta no es prioridad para el Gobierno (0.70 por ciento del Producto Interno Bruto), lo cual se agrava con una baja ejecución de ésta hasta, reportada en un 32 por ciento a mayo, cuanto a los hospitales San Juan de Dios y el Roosevelt.

5. La mala atención hospitalaria viola el derecho de los guatemaltecos a la salud y vulnera el derecho a la vida. La baja ejecución evidencia un comportamiento administrativo lesivo.
6. La voz y la pluma de muchos profesionales, personalidades, analistas y hasta editoriales, solamente se pronunciaron con un poco más de imparcialidad, hasta después de que autoridades como la del Dr. Espada, derivado de su prestigio y autoridad, sancionara la situación y otorgara una especie de voto de confianza a los médicos involucrados en el movimiento
7. El análisis de la situación, por somero que sea, demuestra que los médicos tuvieron razón en sus planteamientos. En Guatemala los hospitales nunca han tenido la cantidad suficiente de material, equipo y medicinas, ni tampoco el mantenimiento adecuado, debido a la mezcla de subdesarrollo del país, descuido de las autoridades y un equivocado criterio para establecer las prioridades de gastos estatales. Sin embargo, aunque esto es cierto, la situación actual no le permite al Gobierno evitar que ascienda el número de personas decepcionadas y molestas.⁸
8. El error principal de las autoridades consiste en no haberle dado la suficiente importancia a los planteamientos iniciales, presentados por los dos más grandes hospitales capitalinos. No haber actuado con celeridad es un error que se le debe señalar en forma directa al ministro del ramo o a las más altas autoridades del Gobierno, que parecen no tener clara la seriedad de las posibles y malas consecuencias de un paro nacional en el sistema de Salud.
9. Otro error del Gobierno es considerar únicamente el aspecto económico o técnico del problema, olvidándose de que quienes sufren las consecuencias directas o indirectas son seres humanos, personas que por su mala situación económica se ven forzadas a acudir a los centros públicos de Salud. Pese al alto precio que pagan los miembros más débiles de la Nación por la falta de acuerdos, nada ha conmovido, hasta ahora, la voluntad de los dirigentes sectoriales para negociar metas hacia dónde dirigir el esfuerzo común.

⁸ Las conclusiones de la 7 a la 15 han sido resumidas tomando como fuente las siguientes páginas: (Prensa Libre 05-07-06, Editorial), (Prensa Libre 15-07-06, Editorial) y (Prensa Libre 12-09-06, Editorial). Ver anexo #6. Cronología de páginas editoriales y de analistas de prensa.

10. Los niveles de confrontación, polarización y disenso que caracterizan a la sociedad guatemalteca resaltan el áspero camino recorrido a lo largo de la historia para encontrar puntos convergentes en torno de la problemática social. Estos esfuerzos han sido infructuosos, tanto en las pequeñas como en las grandes cosas, y eso explica la falta de una visión compartida y consensuada con los sectores representativos respecto de la sociedad que se aspira.
11. Los grupos políticos ganadores de elecciones llegan al Gobierno convencidos de que su representatividad precaria es suficiente para gobernar, aunque luego paguen cara la insolencia de su autoritarismo, y al final se vean orillados a proponer diálogos que no llegan a nada, porque usan ese ejercicio como tramposa válvula para atenuar las presiones sectoriales.
12. Este gobierno repite la misma comedia y con los mismos resultados, porque no obstante la prolificidad de mesas de discusión, surgidas en forma tardía ante los numerosos frentes de reclamo, en ninguna de ellas se atisban resultados para los problemas prioritarios.
13. Nuestra sociedad está inmersa en un añejo círculo vicioso en la naturaleza de los temas en discusión y con los diálogos fallidos, pues tanto los problemas como los intentos de acuerdos emergen cada cierto tiempo, para terminar en nada. Ese es el caso de las crisis en Educación y Salud, en donde lo que hoy se exhibe como carencias, es lo mismo que se ha venido mostrando y repitiendo a lo largo de muchas décadas.
14. En resumen, se puede decir que la posición asumida por los médicos se debe a la inquietud y a la frustración que a todo profesional de la medicina le causa el que no pueda salvar vidas, reducir el tiempo de la recuperación de los pacientes o simple y sencillamente poder atenderlos con un mínimo de calidad, a consecuencia de que no haya medicamentos, muchas veces ni en cantidad ni en calidad; que el personal paramédico no sea suficiente ni se encuentre bien pagado, y que en las prioridades del Gobierno no ocupe un lugar predominante el de la salud pública, sobre todo la preventiva.
15. Es también necesario darse cuenta de que la situación económica del Estado guatemalteco es precaria, a consecuencia, también, de factores igualmente complicados, que se pueden reducir a que las necesidades son muchas, tal vez demasiadas, y que los fondos públicos no son invertidos en forma correcta. Por eso la negociación entre ambas partes requiere de voluntad de llegar a un acuerdo lo antes posible.

16. La organización del sistema de salud pública sigue siendo un tarea nacional pendiente y es urgente se emprenda, pero no a la manera, como muchos desean, como si fuéramos un país desarrollado, con ingreso per cápita alto, sino como un país que todavía registra altos índices de pobreza y extrema pobreza, con comunidades en hambruna y al borde de la hambruna, pero que desde la conquista y la colonia, hasta las modernas concesiones mineras, han sido y siguen siendo testigos, de como se reproduce riqueza, desde la explotación de nuestros recursos nacionales, sin que repercuta en su propio desarrollo.

12.2 Recomendaciones

1. Requerir al gobierno que asuma con voluntad política los cuatro puntos fundamentales, derivados del compromiso suscrito con el gremio médico el 16 de octubre del presente año, y les dé efectivo cumplimiento en los plazos establecidos. De la misma manera retome, ya sea en esta o la próxima administración las firmas pendientes y, el gremio médico asuma su parte con inteligencia y flexibilidad.
1. Dar le seguimiento y consolidar la iniciativa para integrar una comisión para comprar en bloque medicinas y abaratar precios, que el 07 de septiembre acordaron los Ministerios de Salud y los institutos de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana acordaron, en ocasión la 22 reunión del sector Salud de Centroamérica y República Dominicana, celebra durante 3 días en Guatemala.
2. De la misma manera de los acuerdos suscritos en materia de de seguridad humana, erradicación de desnutrición infantil, prevención de enfermedades letales, control y prevención del dengue y chagas, y sobre una eventual pandemia de influenza, los cuáles serán certificados en su cumplimiento por la Organización Panamericana de la Salud y a la Organización Mundial de la Salud.
2. Dar seguimiento y no solo constituirse en auditores sociales, sino participar porque se implementen los compromisos del pacto Plan Visión, que para 15 años suscribieron los partidos políticos, especialmente en su meta de que el Congreso asigne Q4 mil 800 millones para el Ministerio de Salud en 2008, y los relativos al Sistema Nacional de Salud.

3. Vigilar porque el Ejecutivo cumpla en lo que se comprometió aplicar, en lo que le queda de gestión, de las acciones contenidas en el Acuerdo Nacional que se relacionan con el gasto social y reducción de la pobreza, producto de mesas de diálogo integradas por distintos sectores del país, dentro de los cuáles se encuentran: divulgar las nóminas de empleados y funcionarios públicos y sus salarios, aumentar el presupuesto de Salud.
4. Cuidar la naturaleza y la especificidad en su interrelación económica, social y política, del movimiento médico, de la intromisión e instrumentalización de grupos, movimientos y partidos políticos, especialmente de los intereses electorales.
5. Vigilar y solicitar al Congreso de la República que se agilice y culmine con el proceso de aprobación de los compensadores sociales, que fueron planteados como amortiguadores de los efectos negativos resultantes de la aprobación del TLC, especialmente que cobre efectiva observancia la Ley del Sistema de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

13. Reflexiones y sugerencias finales

13.1 Debilidad de las instituciones y los riesgos de personalizar conflictos

El Estado hubiera ganado más si en primer lugar hubiera reconocido la crisis y la magnitud de la crisis de la red hospitalaria y desde el comienzo hubiera planteado de que en un diálogo y esfuerzo conjunto entre autoridades, gremio médico y otras instituciones y representación de la ciudadanía, se hubieran identificado y aplicado soluciones, como tiene que ser en este y otros problemas histórico-estructurales.

Nos guste o nos disguste, integrando soluciones de corto, mediano y largo plazo, que en otras palabras implicar ir de lo concreto-realizable, a lo mediato-posible, como condición para acceder a lo ideal-deseable, como la final empiezan atisbarse luces, a lo largo del inmenso túnel, que se han empeinado en profundizar las actitudes públicas y también algunas provenientes del sector médico gremial.

El problema es que, cuando los conflictos y la confrontación se prolongan, se profundizan las diferencias, se hieren sensibilidades, se afectan personas e instituciones y, esto agrega otros obstáculos y dificultades para que las soluciones caminen, porque ya median otro tipo de pasiones humanas, incubadas en el proceso de incomprensiones y de mutuas increpaciones, como el rencor, las antipatías y el revanchismo.

Lamentablemente en la inmadurez política que cruza a nuestras instituciones, a nuestros políticos y líderes sociales, como no hay apego y respeto a nuestras instituciones, a todo nivel, prevalecen y se imponen las visiones particulares y el ritmo de los acontecimientos, lo imprimen las percepciones de los líderes más activos y no las políticas institucionales.

Así conflictos, como el de Salud, anteriormente el de Educación, con una fuerte trascendencia social y nacional, transmutan a conflictos personales, lo cuál enfrasca y /o embute las interlocuciones, las propuestas y las

soluciones, de tal manera que, los procesos se atascan y finalmente no avanzan, en detrimento de los propios objetivos y de las buenas intencionalidades sociales manifiestas.

Somos un sistema político que al carecer de estadistas ya sea por trayectoria histórica, por vocación o por carrera política, promueve y encumbra a sus liderazgos, sobre la base de los privilegios del poder económico, el caudillismo, el clientelismo y el compadrazgo político, donde median para solventar las diferencias y propuestas alrededor de los grandes problemas nacionales y hasta los pequeños, las influencias, las infidencias, la traición, los rencores y la revancha política.

Esto ocurre a diario no sólo al interior de las diferentes agrupaciones y partidos políticos, sino ya estando en el poder en las diferentes jerarquías del Estado.

De tal manera que, lo que más puede molestar a los representantes de la actual administración, no es en sí que un sector como el médico ponga a debate una problemática que tarde o temprano tiene que abordarse en serio y buscarle una solución probablemente no definitiva, pero sí progresiva y viable.

Les puede fastidiar, que un movimiento como este los ponga en evidencia, como una administración incapaz y poco eficiente para afrontar y contribuir a paliar los graves problemas sociales del país. Y lo que es peor, que en condiciones de un progresivo desgaste, pérdida de gobernabilidad, autoridad moral y política, sume un elemento más que puede significar su desprestigio.

Más sí esta censura pública ocurre en épocas preelectorales y electorales, pues irremediablemente implica que la población castigue a los proyectos políticos que gobiernan con no votar por sus candidatos.

En un país acostumbrado a la revancha política y a guiar las actitudes públicas con rasgos de autoritarismo e intolerancia, esto resulta imperdonable y estimula respuestas violentas que pueden ir desde un despedido hasta la agresión física y atentar contra la vida de los protagonistas.

El o los grupos políticos y los líderes responsables de la actual administración, donde destacan personalidades, que como las del señor vicepresidente Eduardo Stein, han sido moldeadas por un proceso político que les ha dotado de una sensibilidad y percepción diferentes, como ciudadanos y como políticos, de cómo no hacer o de cómo hacer mejor las cosas, lejos de dar señales de que son portadores de una cultura política diferente a la de sus antecesores, sorpresivamente muestran el cobre y para abordar la problemática social, la imaginación no les da más que para repetir los tristemente celebres expedientes, practicados por los gobiernos militares y los que se encumbraron a la sombra de estos.

Tristemente nuestra historia no tendrá muchos méritos que reconocerles y recordar de esta generación transitoria de líderes, que teniendo la oportunidad de estar al frente del poder del estado, fueron incapaces y les faltó el coraje político, para cambiar en algo la vocación de un estado autoritario a un estado democrático. Esto defrauda más de algún ciudadano, que percibiendo rasgos de brillantez y honradez en algunos de estos personajes, hoy se frustran al ver como se ensombrecen y sucumben al viejo y terrible esquema que aún determina el sistema político guatemalteco.

13.2 Procedencia e implicaciones de la renuncia de un Ministro

Habría que valorar si realmente fue correcta la demanda de pedir la renuncia del ministro, pues la problemática de salud no es nada personal, es un asunto institucional, fuertemente vinculado al proyecto de desarrollo nacional. La solución no podría fomentarse por este simple hecho, porque entonces se estaría avalando la argucia, según la cuál, el cambio de un funcionario estaría desactivando por sí mismo un conflicto.

En la vacuidad de un estado inamovible y eterno, cartas van y cartas vienen, con el cambio de funcionarios únicamente se contribuye a expandir cortinas de humo e invisibilizar las verdaderas causas de problemas sociales como el de salud, con causas históricas estructurales pero también superestructurales.

Siendo realistas nada más se dio elementos a la parte gubernamental para que detrás de chivos expiatorios se escamotee la verdad y las soluciones definitivas de manera escalonada.

Por eso también habría que analizar, si procedía que pidieran también las destituciones de los directores que se opusieron al movimiento y otros funcionarios del ministerio, al menos que se demuestre insuficiencia y ineficiencia, técnico científico y administrativo en el cargo.

En este proceso se debe de partir entendiendo que al margen de antipatías y simpatías hay que negociar un marco de soluciones y alternativas por encima de las preferencias individuales, agravios, rencores o vendettas, de la cual esta matizado al actuar político no importando el espacio en que se desplace.

El tiempo dará la razón, respecto a que, en los resultados finales, no tendrá la mínima incidencia si se definieron con el ex ministro, con el nuevo ministro o con perico de los palotes, las causas y consecuencias están por encima de personas y personalidades y, sin querer ser pesimistas estas mismas razones diluirán el prestigio y las buenas intenciones como las del Dr. Espada, como al final se han marginalizado las mediaciones hechas por Monseñor Quezada, en problemáticas como las de la educación.

Dicho lo anterior por el enorme peso de los intereses que gravitan, han gravitado y seguirán gravitando, en la pugna por empujar al estado y a sus instituciones por veras muy distantes al interés nacional y particularmente de las mayorías marginales.

Pedirle por lo mismo a los médicos desistir de sus medidas de presión, implicaba reducir a su mínima expresión, los pocos beneficios en vías a una solución verdadera a la problemática, que podría redituara la dimisión de un ministro.

Aquí el asunto no era de borrón y cuenta nueva, por eso se trataba al reencauzar el asunto una vez consumado, seleccionando a un sustituto con pleno conocimiento de causa, que ya por profesión y vocación trajera bajo el brazo, un paquete creíble de medidas y soluciones para solventar la problemática.

Amen de ello, fuera de que un ministro únicamente es un miembro más del gabinete, con funciones especializadas si, pero sirviendo a un proyecto,

mínimo a un programa de gobierno, las soluciones entonces no van a partir de un individuo en su condición de ministro, sino de un equipo de gobierno, del cual el funcionario X o Y, solo es un ejecutor con voz y voto, talvez, pero un ejecutor.

El ministro vendrá e integrará ideas, pero no a descubrir el agua azucarada de un conjunto de políticas que el poder real sabe perfectamente cuales son y hasta donde son inamovibles, independientemente de los eventos coyunturales que ocurren o puedan ocurrir.

Si el verdadero equipo: fuera de condicionamientos técnicos, tiempos burocráticos y procedimientos. Sí el que diseña, integra e impone las políticas a este u otro gobierno, esté o no dispuesto a modificar los términos del programa que ejecuta la burocracia estatal, va a depender de otros factores de mayor envergadura que la voluntad e intervención de una persona con el rango de ministro.

Sea pues, quien esté o no esté en el cargo de ministro, su presencia no va a tener mayor trascendencia, que la que quieran los otros efectivamente tenga. Por eso es tan difícil alcanzar demandas tan justas, tan necesarias, pero tan difíciles como el incremento al presupuesto de salud.

13.3 Dificultades en la mediación y la negociación de acuerdos

Las relaciones estado-sociedad civil-estado, cuando sus controversias no logran ser reguladas por la negociación y acuerdos directos, no tendrían necesariamente que ser intervenidas por mediadores.

Estas deberían ser abordadas desde la propia institucionalidad del estado, desde los poderes del estado, como parte de su ejercicio de interdependencia, pero también de autonomía, cuya justificación histórica le atribuye ser factores de equilibrio frente a los excesos en el ejercicio entre uno y otro poder.

Frente a la actual problemática, por ejemplo debería ser el congreso y el organismo legislativo, a través de sus presidentes o personal adecuadamente

delegados quienes asumieran, previniendo acudir a la legitimidad y fuerza de la ley, quienes mediaran entre el poder ejecutivo y el gremio de médicos, ante los excesos del primero y la eventual negligencia de los segundos.

Naturalmente como las evidencias no hace creíble la autonomía en la actuación de los poderes y su independencia tiene límites frágiles, su intermediación no es creíble frente a los ojos de la ciudadanía y es entonces que se recurre al arbitraje de ciudadanos o personalidades de reconocida honorabilidad e imparcialidad, de los cuales hay muy pocos o no los hay, debido a que, la barbarie en las relaciones políticas los aniquiló físicamente.

Teniendo que recurrir en controversias importantes al arbitraje internacional, para evitar crisis de gobernabilidad que podrían acelerar el colapso y el fracaso del estado, que ya se encuentra entre uno de los más frágiles del mundo.

En la actual problemática, se han pasado apostando al diálogo, pero parece que nadie le llega al precio de la apuesta, mas parece un juego de azar o una disputa de juego electrónico y de autómatas, movidas por la inteligencia de otros.

El problema de comunicación es evidente producto de la desconfianza los canales están corroídos y no funcionan, prevalece la mutua desconfianza, intolerancia y la descalificación a priori.

Hay enraizados en la intermediación y relaciones estado-sociedad civil demasiados prejuicios, gran parte con fundamentos reales que tienen raíces históricas, especialmente aquellas que desde el estado han minimizado la voz y la demanda social de los perjudicados, pero también los hay los que devienen del puro prejuicio y de lo imberbe de la madurez política general de la población y las organizaciones de representación de intereses, que aun no se recupera del arrinconamiento, de la persecución y aplastamiento de la actividad social en la irracionalidad del conflicto armado interno.

Los efectos los visualizó certeramente el Sr. Rafael Espada por problemas de comunicación se polarizan y se descontrolan los procesos, se salen de las manos y se encharcan.

La carreta esta metida hasta el fango y no aparece fuerza de atracción capaz de empujarla fuera del hoyo, hacia terreno plano y que camine hacia alguna parte, pero que por fin camine.

Las cadenas, las cuñas, las piedras y las ramas que servido de soporte, solo hacen revuelto más el fango, y como vehículo atascado, el conflicto médico, sólo patina y pringa y esparce sus efectos negativos por todas partes resbala y de allí, ni para atrás y ni para adelante.

13.4 Las características de un movimiento social diferente

Este movimiento tiene la virtud de que encarrila su orientación en la legitimidad de ser un movimiento social no inducido o invadido por factores extremos al propio movimiento, referido a la no intromisión de los proyectos, movimientos o partidos políticos, característico en la historia social guatemalteca, tanto desde la derecha como desde la izquierda.

Esta instrumentalización de los partidos políticos, que tanto daño ha ocasionado al movimiento social, a través de la desnaturalización de las instancias de mediación social como sindicatos, cooperativas, asociaciones de estudiantes, grupos culturales y hasta comités pro mejoramiento, le han provocado también un enorme deterioro a la integración de una sociedad civil fuerte, unitaria y representativa, que en sus consecuencias, ya ha producido un harto atraso en la conquista y derechos económico sociales y culturales.

De tal manera que, hasta que no se restablezcan plenamente las organizaciones sociales, como organización que recuperan su originalidad, sobre efectivos andamios, efectivas bases de autonomía e independencia, difícilmente se constituirán en factores influyentes de poder, el que no emana de otra fuente, que el apego a su propia esencia, identificada en las motivaciones reivindicativas que desde las necesidades de sectores y grupos, estimulan e inspiran la necesidad de su existencia,

Esta capacidad de reivindicar un segmento de necesidades específicas es lo que le adjudica su propia originalidad. Es impensable por ejemplo, que los médicos se organicen para reivindicar las demandas de los maestros y

viceversa, independientemente de los hilos genéticos que los vinculen en el entramado social y que en esferas un poco más amplias, se les vea gravitar juntos.

Esta es la originalidad que hoy, los médicos han llamado “su pureza” y que reivindica al movimiento de salud. Originalidad perdida en nuestro país, casi desde el nacimiento de los movimientos sociales a principios del siglo pasado (XX), que han contribuido a que en su síntesis histórica, las organizaciones sociales no pasen de zopilotes a gavilanes, ante la desfiguración de sus perfiles por la intromisión excesiva de los partidos y movimientos políticos, que en lo concreto no amasan ni cebo ni manteca, como tampoco destilan ni chicha ni limonada.

De lo que no escapan es de los rasgos negativos que perfilan la cultura política chapina, Intolerancia, inflexibilidad, espontaneismo para un ordenamiento de demandas y de soluciones, cuya estructura perfilan o aclara al mismo tiempo la certeza de dotar de la perspectiva estratégica adecuada, con sus tiempos cortos, tiempos medios y de largo plazo en la solución de la problemática, entonces no se prioriza, en consecuencia no se avanza y de allí en parte, el empantanamiento actual.

13.5 Necesidad de documentar la experiencia

Experiencias como la que actualmente se desarrolla, deben multiplicarse, e ir configurando al nuevo movimiento social, el que por fin de contenido, sentido y dirección a una sociedad civil en Guatemala, con la capacidad de construir y validar contra hegemonía, como parte de las condiciones históricas que se requiere para restablecer los factores de poder y la reconstrucción de los equilibrios nacionales. Mínimamente indispensables para darle viabilidad real a la democracia guatemalteca.

Hasta hoy estos factores no existen y si existen no se les ve con el suficiente peso y estatura requeridos y si no existe el problema democracia y ejercicio de derechos seguirá propuesta indefinidamente.

Por la importancia histórica de lo que está representando como modelo, el movimiento médico tiene que detenerse a tiempo, reflexionar y reencausarse

como experiencia colectiva, mantener y redimensionar su organicidad, recuperarse como un factor, como un pilar democrático, compartir y reproducir sus experiencias.

Replegarse en el momento oportuno con dignidad, evitar que lo entrapen en el maniqueísmo, en el todo o nada, o que lo chantajeen con la amargura del fracaso. El temor el fracaso, puede llevar a cometer errores.

Debe saber parar con soluciones concretas realizables y reales posibles. Comprender que si bien tiene la responsabilidad cívica y moral de abordar y tomar como suyos los graves problemas estructurales del país, que hoy tiene como a una de sus víctimas al sistema de salud, a la salud del guatemalteco. Son estos problemas excesivamente grandes para resolverlos solos y con un solo movimiento.

No deben echarse sobre las espaldas, la solución de una problemática que si bien por ética y por profesión les incumbe, no es exclusivamente suya, es de otros sectores y actores, dentro de la cuál está la responsabilidad también de los partidos políticos, dentro de los cuáles se embrionan cotidianamente los lideres y las políticas de Estado.

Deben enorgullecer eso sí al gremio médico y saborear la satisfacción que, pusieron a luz publica, los frutos de la irresponsabilidad, que se podrían en lo sótanos. Por otra parte ya no cabe la menor duda, que con su acción, han dimensionado los problemas, han prevenido sobre el colapso, han sugerido soluciones y han articulado con valentía, coraje y patriotismo un movimiento, fundamentalmente orientado a la dignificación del derecho a la salud y a la vida de los guatemaltecos. No permitan que las pasiones les arrebatan el triunfo y el éxito que han acumulado.

13.6 Sugerencias para el futuro del movimiento médico

Éxito que puede fácilmente calificarse y cuantificarse en los siguientes hechos:

1. El haber articulado un movimiento y adquirido un referente orgánico, que los amasó en una sola causa como gremio médico: 1.1 Desde su espacio específico (hospital), 1.2) En lo municipal, departamental, (Inter-hospitales) 1.2) En lo regional y lo nacional (Red hospitalaria)

META SUGERIDA: Cuidar y desarrollar esta fortaleza.

2. El sacar de los sótanos la grave problemática de salud.

META: continuarla, pero con inteligencia (preparar una estrategia permanente).

No siempre toda medida de fuerza es la más fuerte (combinar medios inteligentes con medidas de fuerzas).

Saber entrar y salir de un proceso, en tanto reto a la inteligencia colectiva, también es parte del ser fuerte.

3. Contribuir a convocar opiniones para estructurar y documentar la dimensión de la problemática causas y consecuencias desde diferentes referentes nacionales.

META: sistematizar para fundamentar programa y estrategia permanentemente identificar aliados y establecer alianzas de largo plazo.

4. Programar soluciones pero también dar su dinámica, convocar a la ciudadanía a proponer soluciones.

META: Sistematizarlas, convertirlas como riqueza de su programa-plataforma de corto, mediano y largo plazo.

5. Con su dinámica es este movimiento, se abrió a un foro público interactivo, en la cual los medios jugaron un papel importantísimo de información comunicación.

META: organizar y mantener un foro permanente que debata y articule soluciones, que contribuyan al desarrollo el Sistema de Salud en Guatemala.

Buscar patrocinadores: colegios, universidades (nacionales e internacionales).

OJO: El mensaje no es una ONG mas, cuidado con el riesgo de onegenizar a este movimiento, sería su muerte, lenta pero segura. No, el gremio debe encabezar y encauzar un movimiento social, con carácter nacional a favor de la salud, con seriedad, con profesionalismo incluyente, participativo y sostenible.

14. Bibliografía

El Periódico, 2006
 Varias ediciones. www.elperiodico.com

García Noval, José 1995
 Revista Portadores de Sueños. INS. No.4. Año1, octubre-diciembre 2002. ÉTICA MÉDICA, Tres problemas Actuales. Ponencia presentada en el Panel-Foro sobre ética médica, en ocasión del inicio de actividades de post-grado. Facultad de Ciencias Médicas, USAC. 20 de enero de 1995.

La Hora. 2006
 Varias ediciones enero-marzo.
 Ana Lucía Rodríguez. Jéssica Osorio. Hugo Alvarado
 www.lahora.com.gt/

NOTISIETE 2006
 Canal 7. Diversas emisiones.

Osorio Paz, Saúl 2001
 Estado-Nación- versus Estado-Empresa
 El Periódico. Guatemala.

Prensa Libre 2005-2006
 Ediciones entre febrero y octubre de 2006
 Martín Rodríguez P., Gema Palencia,
 Jennifer Paredes, Hugo Oliva, Leslie Pérez,
 Claudia Munaiz, Oswaldo Cardona, Francisco González Arrecis, Ana Lucía Blas, Irving Escobar Calito, Leonardo Cerecer, Amafredo

Castellanos, Luisa F. Rodríguez, Roberto Escobar López, Claudia Vásquez, Julio Román, Hugo Oliva. Carolina Vásquez Francisco Beltranena. Paginas Editoriales. www.prensalibre.com.gt

Radio Sonora 2006
 Noticias de la Hora En Punto. Varias emisiones.

SNU. 2002
 Sistema de las Naciones Unidas. Informe Nacional Desarrollo Humano: GUATEMALA. DESARROLLO HUMANO, MUJERES Y SALUD.

2003
 GUATEMALA: UNA AGENDA PARA EL DESARROLLO HUMANO.

2005
 DIVERSIDAD ÉTNICO CULTURAL: La Ciudadanía en un Estado Plural. Guatemala.

15. Anexos

ANEXO #1: REGISTRO DE LOS PRINCIPALES ACTORES

ANEXO #2: CRONOLOGÍA GENERAL DEL MOVIMIENTO MÉDICO

ANEXO #3: CRONOLOGÍA ACTITUDES Y REACCIONES
GUBERNAMENTALES

ANEXO #4: CRONOLOGÍA INTERVENCIÓN DEL CONGRESO

ANEXO #5: CRONOLOGÍA: BÚSQUEDA DE UNA SOLUCIÓN AL
CONFLICTO Y A LA CRISIS DEL SISTEMA
HOSPITALARIO.

ANEXO #6: CRONOLOGÍA DE PÁGINAS EDITORIALES Y DE
ANALISTAS DE PRENSA

ANEXO #1: REGISTRO DE LOS PRINCIPALES ACTORES**Interlocutores Primera Etapa:**

A continuación se identifican con las fechas de intervención relevantes, los siguientes actores institucionales y personales, que de manera directa e indirecta interactúan en esta etapa:

Ministerio de Salud:

Gustavo Batres, Director del hospital Roosevelt (8 de junio).

Mario Colindres, Gerente del Ministerio (15 de junio).

Marco tulio sosa, Ministrote Salud (20 y 29 de junio; 19 de julio).

José Salvador López, Viceministro: (21 de junio).

Juan Carlos Castro, Director hospital Coatepeque.

Walter Homero Urrutia, Director Programa Mejoramiento de Salud.

Gremio Médico:

Sergio Rivas, Julio chicas y Juan Carlos Rodríguez, Médicos residentes del hospital San Juan de Dios y hospital de Jalapa, respectivamente.

Sindicato de Médicos y Cirujanos: Luis Enrique Cuyún.

Colegio de Médicos y Cirujanos: Mario Córdón. (04, 05 de julio)

Presidencia:

Presidente: Oscar Berger (26 de junio)

Vicepresidente: Eduardo Stein (05 de julio)

Asesor: Luis Felipe Polo (11 de julio)

Procuraduría de DDHH:

Asesores médicos y procuradores auxiliares (44 en total), entre ellos: Carlos Pérez, César agosto Darce (Guatemala), Luis Alberto López Batzin

(Coatepeque), Jalapa, Osmín Revolorio (Escuintla), Rudy Castillo (Quetzaltenango).

Otros: Proveedores.

Interlocutores Segunda Etapa:

Aparte de los actores directos, autoridades hospitalarias y residentes y sindicato médico, en esta etapa cobra relevancia la aparición de las instituciones gubernamentales, de otras instituciones y personalidades de la siguiente manera:

Presidencia:

Oscar Berger, Presidente. (17 agosto).

Eduardo Stein Barillas, Vicepresidente (09 de agosto).

Ministerio de Salud: Ministro: Marco tulio Sosa

Gremio Médico: Colegio de Médicos: Ángel Sánchez.

Procuraduría DDHH: Representante: Pablo Werner,

Interlocutores Tercera Etapa (Fases 1 y 2):

Interlocutores: Esta etapa se singulariza porque ante la imposibilidad de viabilizar en la ocurrencia de la fase 1, salidas satisfactorias para las contrapartes y el inminente agravamiento de la conflictividad y en consecuencias de la crisis en el Sistema Nacional de Salud, a partir de la fase 2, intervienen de manera protagónica, personajes y figuras externas de relevancia, con propuestas de mediación y mecanismos para certificar la concreción y la efectividad de pactos y acuerdos.

Presidencia:

Eduardo Stein, Vicepresidente: (04 septiembre)

Asesor: Luis Felipe Polo

Alfredo Vila, Secretario privado de la Presidencia.

Richard Aitkenhead, comisionado presidencial para el seguimiento del Plan de Gobierno.

Ministerio de Salud:

Víctor Manuel Gutiérrez Longo, Ministro de Salud.

Gremio Médico:

Sergio Morales, Representante Médicos residentes.

Mario Cordón, presidente Colegio de Médicos. (10/09).

Procuraduría DDHH:

Sergio Morales, Procurador.

Mediadores:

Cardiólogo: Rafael Espada (9-10 y 29 Septiembre).

Estuardo Gálvez: Rector Universidad de San Carlos.

Sergio Morales: Procurador de los DDHH.

Comisión de certificación de acuerdos: Eusebio del Cid, ex ministro de Salud y ex gerente del IGSS, y los médicos Rudolf García Gallont, Aldo Castañeda y Guillermo Claverie.

ANEXO #2: CRONOLOGÍA GENERAL DEL MOVIMIENTO MÉDICO

08 de junio del 2006. Inicio del movimiento médico. Médicos se declararon en Asamblea permanente por falta de insumos de trabajo y otras demandas reivindicativas.

10 de Junio. El sindicato de médicos anunció que tomará medidas de hecho si el ministro, Marco Tulio Sosa, no atiende sus demandas salariales.

Por aparte, el sindicato de trabajadores de Salud demandó ayer al ministerio del ramo que cumpla con lo acordado en el convenio colectivo firmado en febrero de este año.

Si el 1 de julio no hay avances realizarán paros, aseguró Luis Lara, secretario del sindicato. Entre las demandas está el incremento del salario base en 25 por ciento.

El ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, evitó dar declaraciones al respecto. A través de su departamento de relaciones públicas señaló que las quejas de los inconformes son injustificadas, porque ya ingresó material médico en el hospital y todo está normal.

Respecto del incumplimiento del convenio colectivo y la amenaza de paro del personal de Salud, la postura de la cartera es que están en pláticas con sus líderes. Prensa Libre,

10 de junio. Al mismo tiempo de informar a la opinión pública del movimiento médico, Prensa Libre refirió una buena noticia en los siguientes términos: "Jalpatagua, Jutiapa, vivió ayer un día de fiesta durante la inauguración del hospital regional San Juan Bautista, el cual beneficiará a ocho municipios de la región.

El hospital San Juan Bautista, en el cuál se invirtió: costo de la obra: Q30 millones en equipo y Q8 millones en la construcción, beneficiará a más de 325 mil habitantes de siete municipios de Jutiapa y a residentes en Ahuachapán, El Salvador.

El hospital se construyó por iniciativa del padre José Camilleri, que recibió fondos de organizaciones no gubernamentales, de la comunidad

internacional, del pueblo de la República de Malta, de la comuna de Jalpatagua y del Gobierno, que aportó más de Q6 millones.

Los pacientes pagarán en el hospital de acuerdo con su capacidad económica. El hospital tiene capacidad para 100 camas. Tendrá área de consulta externa, emergencia, cuidados intensivos, sala de partos, rayos X y laboratorio. (Prensa Libre, Reynoso).

14 de junio. Cuatro días después nos dio la mala: Guastatoya, El Progreso. La falta de médicos para atender a los pacientes en el Hospital Nacional de Guastatoya, denunciaron vecinos a quienes les han negado la atención.

Consultadas empleadas del centro, que optaron por el anonimato por miedo a represalias, confirmaron que la crisis data desde hace meses.

Por aparte, Mark Gardiner Bennett, auxiliar de la Procuraduría de Derechos Humanos (PDH), indicó que ya se abrieron tres expedientes de denuncias de pacientes. (Prensa Libre, Oliva)

Para este mismo día, Eddie Morales, representante de los médicos residentes, explicó que todavía no hay dotación de los reactivos para hacer las pruebas de laboratorio, y a los servicios no habían llegado los antibióticos que las autoridades del hospital aseguraban que ya estaban.

En el Hospital San Juan de Dios también se repitieron las carencias. Leopoldo Mérida, jefe de cirugía del centro, señaló que de los 24 quirófanos que existen en el hospital sólo 10 funcionan, por falta de medios y personal.

16 de junio. Ocho días después de iniciado el movimiento médico, la situación era la siguiente: Los enfermos llevaban semanas sufriendo las consecuencias del desabastecimiento del Hospital Roosevelt, donde la atención se había visto limitada a las emergencias; salas como la de ortopedia estaban cerradas desde el lunes anterior.

En la consulta externa, decenas de personas se marcharon sin ser atendidas. La mayoría de las clínicas estaban atendiendo a algunos pacientes, pero la consulta de ortopedia permanecía "cerrada hasta nueva orden".

En las plantas, numerosos internos esperaban a ser operados. En el área de traumatología, 60 personas estaban pendientes de pasar por el quirófano.

Los laboratorios eran los más afectados con el desabastecimiento. En el banco de sangre trabajaban con la incertidumbre de no saber si al día siguiente podrían seguir haciendo pruebas de laboratorio a donadores.

Las pruebas para detectar el mal de Chagas se agotaron, y las de hepatitis sólo se podían hacer a donadores y no a pacientes ingresados.

“En menos de una semana se agotarán los infusores para poder transfundir sangre”, dijo con preocupación Licia Álvarez, supervisora del Banco de Sangre.

Manifestó que en los 10 años que lleva trabajando en el hospital nunca habían tenido tanta precariedad.

También estaban descartados los análisis reumatológicos, de marcadores tumorales y las pruebas para detectar enfermedades congénitas en recién nacidos, lo cual afectaba seriamente a los pacientes. (Prensa libre, Palencia).

17 de junio. Este día se anunció por parte del gremio médico que para el próximo 26 de junio marcharían desde el Hospital Roosevelt hasta la Casa Presidencial para presentar sus demandas al presidente de la República, entre ellas, que se aumentaran los fondos destinados a Salud y la renuncia del ministro del ramo, por su incapacidad administrativa para gestionar la cartera. (Prensa Libre, Palencia).

17 de junio. Los médicos de Salud Pública salieron el día anterior a las calles en demanda de más insumos y de que se regule su situación laboral. La manifestación salió del Hospital Roosevelt hasta el Congreso de la República y a la Casa Presidencial, donde entregaron un memorial con sus peticiones. Hasta la capital llegaron médicos de varios departamentos para unirse a la marcha. Todos coincidieron en que trabajan bajo condiciones mínimas y que el material quirúrgico y el personal son escasos. (Prensa Libre, Palencia y González).

18 de junio. Médicos y trabajadores del sector salud anuncian una huelga a nivel nacional a partir del 1 de julio, debido al supuesto incumplimiento de los compromisos adquiridos por el Ministerio de Salud. Según los dirigentes sindicalizados, sus peticiones no han sido escuchadas por las autoridades. (Prensa Libre, Pérez).

a) El Hospital San Juan de Dios suma al movimiento.

19 de junio. Trascendió que los médicos residentes del Hospital San Juan de Dios ya no operarían a los pacientes que ingresaran por consulta externa, porque no tenían material ni fármacos necesarios, y se declararon en asamblea, por falta de insumos.

La situación en el sector Salud se agravó, y en 10 días los dos nosocomios de referencia nacional redujeron la atención, por falta de insumos.

Desde el 9 de junio, el Hospital Roosevelt sólo atendía casos graves, y a partir del 20 de junio, en el San Juan de Dios no efectuaron operaciones programadas por consulta externa.

Los facultativos se negaron a utilizar sutura inadecuada, o a trabajar con instrumentos dañados y equipo que no garantizaba una eficaz atención.

Los médicos del Hospital San Juan de Dios presentarían una lista de necesidades a la dirección de ese centro, y si en 48 horas no recibían respuesta, limitarían la atención en la consulta externa.

b) Trabajaban con lo mínimo

Los facultativos del sector público están acostumbrados a buscar opciones para solucionar las carencias. En la sala de urgencias, por falta de un adecuado sistema de poleas y pesas, una garrafa con agua estabilizaba el hueso fracturado de un paciente. Tampoco había equipo para fijar su pelvis rota. Dos sábanas que lo ataban a las barandas de la camilla eran la alternativa, ante la escasez.

A pocos metros, a otro de los pacientes le cosían la cara con la sutura disponible, y que tampoco era adecuada. El resultado será una gran cicatriz que le quedará en el rostro de por vida, explicó un médico.

Además de no contar con material quirúrgico, los residentes no tenían ropa de trabajo apropiada, para evitar contagios. Aseguraron que les faltan batas, guantes y gafas con visor. Estaban expuestos a contraer enfermedades y transmitir las a otros pacientes. (Prensa Libre, Palencia).

20 de junio. Frente a la preocupación y malestar de los pacientes, porque se limitarían los servicios hospitalarios, Julio Chicas, presidente de la asociación de residentes del Hospital San Juan de Dios explicó: “Vamos a explicar a los pacientes que no les atendemos por su seguridad, y lo vamos a documentar. Ya no queremos improvisar más”. (Prensa Libre, Palencia)

22 de junio. Durante un recorrido por el Hospital Roosevelt, autoridades de Salud constataron la falta de fármacos y equipo, y en tanto el problema no se solvente, los médicos residentes seguirán en asamblea y sólo atenderán las urgencias, mientras que las operaciones programadas por consulta externa continúan suspendidas.

En el momento en que se efectuaba la inspección, una paciente de 21 años a quien estaban operando de un tumor en la cabeza permaneció varios minutos sin oxígeno en el cerebro, porque no tenían una cánula para hacerle una traqueotomía, relató uno de los facultativos. “Las consecuencias pueden ser graves, desde la pérdida del habla hasta dejar a la persona en estado vegetal”.

Las quejas de los médicos por falta de material y fármacos se repetían en cada una de las áreas. En algunas unidades no había desde lavamanos, ciertos antibióticos y material quirúrgico. Lo peor del caso es que en bodega había algunos materiales que no estaban disponibles en los servicios donde se necesitaban.

En los quirófanos ni siquiera hay un dispensador para jabón, y los médicos deben tomarlo de una botella para refresco. Una a una, las demandas eran corroboradas por personal del almacén, que, listado en mano, aseguraba que ya se habían comprado algunos productos.

Gustavo Batres, director del Hospital Roosevelt, reconoció que hay carencias, pero dijo que espera recibir esta semana los insumos para que los residentes vuelvan al trabajo. (Prensa Libre 22-06-06, Palencia)

c) El movimiento tiende a generalizarse

21 de junio. Los hospitales nacionales de Cuilapa, Santa Rosa y Jalapa suspendieron las consultas externas, luego que los médicos anunciaron la suspensión de este servicio en apoyo al paro que se lleva a cabo por sus homólogos en los nosocomios capitalinos San Juan de Dios y Roosevelt. (Prensa libre, Oliva y Cardona)

Juan Carlos Rodríguez Portillo, pediatra del hospital jalapaneco, informó que tomaron la decisión de no atender la Consulta Externa, pero se continuará trabajando en la Emergencia y en las diferentes salas de encamamiento. Quién declaró: “Hemos decidido apoyar el movimiento, pues aquí también afrontamos los mismos problemas de falta de insumos y de personal”.

El facultativo Iván Sandoval manifestó: “Es una medida de solidaridad con los compañeros del San Juan de Dios y Roosevelt, pues también carecemos de medicamentos e insumos”.

El personal médico de los hospitales de Escuintla y Retalhuleu anunciaron que a partir del 22 de junio se sumarán al paro nacional del servicio de Consulta Externa, que fue iniciado en el Roosevelt y San Juan de Dios.

Mientras, personal del nosocomio de Puerto Barrios, Izabal, anunció que viajarán a la capital para analizar si apoyan el movimiento. En otros hospitales departamentales también está siendo analizada la falta de insumos y personal.

24 de junio. La protesta de los médicos de Salud Pública contra la falta de insumos y en demanda de mejoras salariales se amplió al resto de departamentos, debido a que en unos 10 hospitales no se estaba atendiendo la consulta externa, lo cual afectaba a miles de pacientes. (Prensa Libre, Palencia)

Los residentes de los nosocomios de Jutiapa, Jalapa, Santa Rosa, Escuintla, Retalhuleu, Guastatoya, Amatitlán y Zacapa, además del Roosevelt y el San Juan de Dios, participaban en el movimiento.

27 de Junio. Eusebio del Cid, ex ministro de Salud y ex gerente del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), comentó que paralizar las salas de urgencias es una falta al juramento hipocrático, aunque existan razones justas.

¿Qué opina sobre las medidas de hecho que anunciaron los médicos?

No estoy de acuerdo, porque la emergencia nunca se debe cerrar. La gente pobre no tiene por qué sufrir esta situación, y si alguien acepta esta profesión, es para salvar vidas de cualquier manera.

Los inconformes dicen que es por falta de insumos y equipo.

Sí, y esas demandas son justas, pero no atender a los pacientes es una falta al juramento médico.

¿A quién le corresponde velar por la salud de la población?

El Estado siempre será el responsable, ya que puede trasladar pacientes al Hospital Militar o a los puestos de Salud. El Estado tiene recursos para que ninguna persona sufra, sólo falta la voluntad que no ha tenido.

¿Qué repercusión tendrá esto en la solución del problema?

Ambos tienen la culpa. Los médicos, por no ser flexibles y admitir que hay productos que tardan en llegar, y el Gobierno, por no solucionar esta situación desde hace más de cien días.

El problema es que ambas partes no se tienen confianza. Debe prevalecer la buena fe, y todos deben estar conscientes de que lo más importante es una atención hospitalaria pronta. (Prensa Libre).

28 de junio. Al menos tres mil personas cada día se quedan sin recibir atención en las consultas externas de los hospitales nacionales que pararon parcialmente hace dos semanas en demanda de más insumos y mejoras salariales. (Prensa Libre, Palencia, Munaiz, Calito)

30 de junio. Las medidas de presión de los médicos residentes del Hospital Roosevelt aumentarán tras 21 días de esperar a que las autoridades solucionen los problemas de desabastecimiento. El próximo lunes, la consulta externa estará totalmente cerrada –hasta ahora se atendía algunos casos– y se comenzará a dar egreso a los pacientes no graves que no han podido ser operados por falta de insumos.

Los médicos residentes demandan que sean reales los ofrecimientos del Ministerio de Salud, y están dispuestos a todo para conseguirlo. (Prensa Libre, Palencia).

04 de julio. Cinco hospitales públicos cerrarán totalmente las consultas externas a partir de este día, y además del Roosevelt, que comenzó el día anterior, se suma el Hospital San Juan de Dios, lo cual agrava la situación del sistema de salud nacional.

De Mazatenango, Escuintla y Santa Rosa son los hospitales que se unirán en los próximos dos días al paro, y se prevé que se sumen otros de la provincia, lo cual dejaría a miles de personas sin atención médica.

El presidente del Colegio de Médicos, Mario Córdón, confirmó que ayer se sumaron tres hospitales, y que el paro se podría ampliar en 48 horas a todo el país, debido a que “el Gobierno no ofrece soluciones a las demandas”. (Prensa Libre, Palencia)

05 de Julio. La pasividad del Ejecutivo en resolver las demandas de los médicos de los hospitales nacionales se ganó la crítica de diversos sectores, que mostraron su preocupación por la crisis y demandaron una pronta solución al Gobierno.

Sergio Morales, procurador de los Derechos Humanos, opinó que hay una clara falta de interés por este problema, que pudo resolverse antes de convertirse en crisis. “Hicimos monitoreos en 37 hospitales nacionales, y no puede ser que falten más de 120 medicamentos del listado básico”, se lamentó Morales.

La PDH presentará un informe a las comisiones legislativas de Salud y Derechos Humanos sobre la crisis hospitalaria en el que se concluye que hay anomalías.

Eusebio del Cid, ex ministro de Salud, cree que el verdadero problema surge cuando las autoridades realizan la compra de medicamentos e insumos. “Muchas veces se abastecen de material sólo porque tiene mejor precio, y no se dan cuenta de que faltan otras provisiones”, manifestó Del Cid.

Por su parte, el diputado Víctor Gutiérrez, integrante de la Comisión de Salud, expresó: “No se puede atender a la población, que tiene gran demanda por servicios de salud, si no hay recursos y con personal mal remunerado”.

Urgió a una ampliación al presupuesto de Salud, para evitar que estas crisis afecten a la población más vulnerable. “Como mínimo, el ministerio debe tener unos Q3 mil millones para el próximo año”, estimó. El congresista afirmó que esa sala de trabajo espera participar en la comisión entre los médicos y el Ejecutivo, para encontrar la solución al problema. (Prensa Libre, Calito).

06 de julio. El sindicato de médicos analizará la propuesta del Gobierno de crear dos comisiones para solventar los problemas de abastecimiento y aprobación del Estatuto Médico. Mientras tanto, el paro de las consultas externas sigue. (Prensa Libre, Palencia)

07 de julio. La protesta de los médicos de Salud Pública afecta ya por lo menos a 15 hospitales en todo el país, los cuales han cerrado la consulta externa por falta de insumos; sin embargo, los facultativos están anuentes a dialogar y formaron una comisión que hoy por la mañana se reunirá con el vicepresidente Eduardo Stein y le expondrán sus demandas.

Los médicos residentes de Antigua Guatemala, Puerto Barrios y Chimaltenango se unieron ayer al movimiento, que se inició hace casi un mes, y anunciaron que sólo atenderán emergencias.

Los médicos aseguran que el número de nosocomios es mayor; sin embargo, sólo se pudo comprobar que están en paro los antes citados.

A falta de presupuesto para pagar la mano de obra, militares del Cuerpo de Ingenieros del Ejército remozarán en forma gratuita el edificio del Hospital Roosevelt.

El coronel Eduardo Caballeros explicó, luego de un recorrido por ese centro, que éste necesita bastante trabajo, pues no ha sido reparado en años. “He visitado varios hospitales, pero no había visto uno con tantos daños”, explicó.

Los militares comenzarán los trabajos cuando el hospital les proporcione el material necesario.

Entre 40 y 50 soldados harán turnos de 24 horas, y calculan que tardarán un mes y medio en reparar los daños. Baños, lavamanos, duchas, tuberías y goteras son los enemigos que los militares deben combatir.

“Necesitaremos alrededor de Q1 millón para material y una inversión adicional de Q3 millones para reparar los drenajes”, refirió el ingeniero José Ovidio de León, del Programa de Mejoramiento Pro hospital. (Prensa Libre, Palencia).

07 de julio. Un informe de la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) señaló que los hospitales nacionales se ven afectados por falta de medicamentos, médicos y camas.

“Cuando se analiza el presupuesto asignado al área de la salud, se puede observar que ésta no es prioridad para el Gobierno”, destacó Sergio Morales, procurador de los Derechos Humanos.

La mala atención hospitalaria viola el derecho de los guatemaltecos a la salud y vulnera el derecho a una buena atención médica, afirmó.

Las declaraciones de Morales se desprenden del monitoreo efectuado en 37 hospitales y cinco servicios de maternidad a nivel nacional en mayo recién pasado.

La inspección permitió constatar que existe desabastecimiento en el 100 por ciento de centros asistenciales visitados.

El Ministerio de Salud tiene una lista básica de 240 medicamentos; sin embargo, en los hospitales hay 160 fármacos.

Entre las medicinas escasas se cuentan anestésicos, analgésicos, antibióticos, antihipertensivos y anticonvulsivos.

El informe también detalla los escasos recursos destinados a Salud (0.70 por ciento del Producto Interno Bruto) y resalta una baja ejecución de ésta hasta mayo, en un 32 por ciento en cuanto a los hospitales San Juan de Dios y el Roosevelt.

“La baja ejecución evidencia un comportamiento administrativo lesivo”, afirmó el procurador. (Prensa Libre 07-07-06, Cerecer).

08 de julio. Unos cien médicos residentes del Hospital Roosevelt se concentraron ayer durante una hora frente al Ministerio de Salud, para exigir al Gobierno que atienda sus demandas de abastecimiento.

A pesar de los avances en la negociación, los médicos continuarán sin atender la consulta externa.

En el Congreso el ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, era interrogado por los diputados del Partido Patriota, a quienes afirmó que ya se está dando solución a varios problemas.

También participó el director del Hospital General San Juan de Dios, Ludwig Ovalle, a quien los diputados dieron 15 días de plazo para que solucione las carencias más básicas, o solicitarán su renuncia. También amenazaron con interpelar al ministro de Salud. (Prensa Libre, Palencia, González y Blas)

10 de julio. El hospital de Quetzaltenango se sumó este día al movimiento sumando 16 en todo el país las instituciones involucradas.

11 de julio. Nineth Montenegro, Diputada de la Comisión de la Mujer preguntó a Marco Tulio Sosa, ministro de Salud, las razones por las cuales ese despacho decidió colocar en manos de organizaciones internacionales Q90 millones de su presupuesto asignado para este año.

El funcionario respondió que entidades como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) son más eficientes que el Estado para administrar el dinero, por lo que han decidido asignarles varios proyectos.

Sosa también fue interrogado respecto del uso de los recursos asignados a salud reproductiva y consulta externa de hospitales, donde hubo reducciones presupuestarias significativas. El ministro dijo que tuvo que adecuar el presupuesto para pagar aumentos de sueldo de este año.

17 de julio. El cardenal Rodolfo Quezada Toruño expresó su preocupación por el tono que está adquiriendo el tema de la crisis hospitalaria y el paro de labores de los médicos, por lo que instó al Ejecutivo y a los profesionales a encontrar una solución pronta, por el bien de la población. (Prensa libre, González)

24 de julio. “La violencia se manifiesta en todos los ámbitos de la sociedad guatemalteca, que además vive confrontada por los problemas en el agro, salud y educación”, lamentó un día antes el cardenal Rodolfo Quezada Toruño, quien desde el púlpito pidió al Gobierno resultados en los procesos de diálogo. Urgió soluciones dialogadas y justas, que beneficien a la colectividad. (Prensa libre, Blas)

25 de julio. El retraso del Gobierno en tramitar las órdenes de compra del material médico impidió que los residentes levantaran ayer el paro, pues exigen pruebas reales de que se adquirirán los productos.

Una vez más, las largas horas de negociación entre médicos y el Ministerio de Salud terminaron sin solución. El ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, aseguró que hoy tendrán las órdenes de compra. De cumplirse esta promesa, los residentes reabrirán el miércoles las consultas externas.

Sosa se comprometió a tramitar hoy la solicitud para que el Congreso autorice la compra sin licitación y a solicitar que se incremente el presupuesto de Salud en Q1 mil millones el próximo año. (Prensa Libre, Palencia).

26 de julio. El Ministerio de Salud analizaba comprar equipo médico a través de la “poco transparente” Organización Internacional de Migraciones (OIM), para cumplir con rapidez las demandas de los médicos y que éstos regresaran a atender las consultas externas, tras 47 siete días de paro.

Luis Felipe Polo, representante de la Vicepresidencia en la mesa de negociación, aseguró un día antes que este es uno de los mecanismos que tienen para agilizar las compras.

El Ministerio Público investigaba a la OIM por presunto lavado de dinero, soborno y desvío de fondos del Estado. Convenios internacionales ratificados por Guatemala exigen a esa entidad de licitar las compras que haga con ese dinero.

Alejandro Urizar, de Acción Ciudadana, opinó que no vale la pena arriesgar la transparencia en la gestión de fondos públicos por una negociación política coyuntural. “Ya existe una experiencia negativa con OIM. No es comprensible que se hable de esa opción”. (Prensa Libre, Palencia)

27 de julio. Aumentar el presupuesto anual del Ministerio de Salud, enviar una iniciativa al Congreso para lograr una excepción a la Ley de Compras y Contrataciones por Q86.8 millones para comprar equipo médico son parte de los acuerdos alcanzados por las autoridades del Gobierno y los médicos, para poner fin al paro en los hospitales.

Con ese consenso concluyó la protesta de 48 días en 18 hospitales del país.

Ambas partes acordaron continuar la discusión en la mesa de diálogo e invitar a la Procuraduría de los Derechos Humanos para que se verifique el cumplimiento de los compromisos.

“Esto no termina aquí, vamos a ser garantes para que los compromisos acordados en esta mesa se cumplan. Vamos a estar revisando día a día lo que están haciendo las autoridades, y si llegan a incumplir vamos a volver al paro”, aseveró Chicas. (Prensa Libre, Rodríguez y Arrecis).

ACUERDOS ALCANZADOS POR LA COMISIÓN DE DIALOGO DE ALTO NIVEL, EL 26 DE JULIO PARA GARANTIZAR LA ATENCION DE LA SALUD.

COMPROMISOS ANTA LA POBLACIÓN GUATEMALTECA.

CONSIDERANDO:

Que el ministerio de Salud Publica y Asistencia Social reconoce que los servicios de atención de la red de salud a nivel nacional aun no cuentan con las condiciones para el adecuado desempeño de las labores médicas.

CONSIDERANDO:

Que la población de Guatemala esta siendo afectada por la irregularidad en la atención medica.

ACUERDA:

1. El gobierno de la Republica se compromete a enviar al Congreso de la Republica en los próximos días, el proyecto de Decreto de Expedición en la Ley de Contrataciones del Estado, para la agilización de las inversiones en equipo por el monto de 86.8 millones de quetzales. Para este fin el Gobierno invitara a la coalición por la transparencia para que acompañe todos los procesos de inversión del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social.
2. El Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social incluirá en el proyecto del presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2007, mismo que deberá ser sometido para su aprobación por el Congreso de la Republica, un incremento de mil millones de quetzales. Este aumento busca que gradualmente en los próximos años se logre alcanzar el 3.5% del PIB.
3. Con relación a las órdenes de compra de equipo medico quirúrgico, el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social otorgara el apoyo técnico, administrativo y logístico correspondiente a los profesionales médicos del sistema de salud que están solicitando y apoyando la gestión de compra.
4. El Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social se compromete a acelerar dentro del marco de la ley, los procesos de compra para garantizar el equipo solicitado.
5. La mesa verificara permanentemente el ingreso del equipo medico quirúrgico e instrumental adquirido por medio de las ordenes de compra.
6. La comisión de Dialogo apoyara ante las instancias correspondientes en el Congreso de la Republica, la discusión y aprobación del anteproyecto de Ley de la Carrera Administrativa del Medico y Cirujano que labora para el Estado.

7. A partir de la presente fecha, los médicos de salud publica retornan a los servicios de atención a la consulta externa, sobre la base de los acuerdos anteriormente mencionado.

8. La mesa invitara a la Procuraduría de los Derechos Humanos, a la verificación de los compromisos adquiridos. Guatemala, 26 de julio de 2006.

27 de julio. Un promedio de 192 mil consultas al día no eran atendidas en 18 de los 44 hospitales del país, que están en paro de labores desde el 9 de junio. (Prensa Libre, Munaiz)

28 de julio. Los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios ampliarán la atención en las consultas externas para reducir las largas listas de pacientes que esperan ser atendidos desde hace 49 días, cuando se inició el paro médico.

Los centros sanitarios tendrán que reprogramar las citas a los miles de enfermos que no fueron recibidos. Cada día atienden entre los dos a cerca de mil 600 personas.

Gustavo Batres, director del Roosevelt, informó de que para agilizar los procesos en el Hospital Roosevelt ampliarán el tiempo de consulta y el número de médicos que recibirán a los pacientes. "Si aumentamos la atención, en un mes podríamos regresar a la normalidad", aseguró.

Carlos Lemus, subdirector médico del San Juan de Dios, explicó que los residentes se comprometieron a recibir alrededor de cinco pacientes más por día. Calculó que en las primeras semanas habrá una sobrecarga de 15 por ciento. (Prensa Libre, Palencia).

29 de julio. (Prensa Libre, Munaiz) Algunos pacientes que llegaron ayer a las consultas de los 18 hospitales nacionales que abrieron sus puertas tras 48 días de paro tuvieron que volver a su casa sin haber sido atendidos, por falta de insumos.

29 de julio. El departamento más grande del país tiene un nuevo hospital para atender a 175 mil pobladores, el cual fue inaugurado ayer en Poptún el presidente Óscar Berger y Marco Tulio Sosa, ministro de Salud.

La construcción del hospital costó Q45 millones, y reemplaza al centro de Salud tipo A, que desde hace más de dos décadas funcionaba en el lugar.

El hospital también atenderá a los pobladores de los municipios de Dolores, San Luis y del área adyacente con Belice y el norte de Izabal.

Este centro asistencial cuenta con tres quirófanos, sala para partos, rayos X, pediatría, odontología, medicina general, encamamiento para hombres y mujeres, laboratorio y sala de cuidados intermedios.

En el nuevo nosocomio trabajarán 13 médicos, entre los que se incluyen cinco cubanos que forman parte de la brigada que fue enviada para dar apoyo en esa región desde 1999. (Prensa Libre, Rodríguez, Escobar y González).

04 de agosto. (Prensa, Palencia) El material médico que las autoridades prometieron que entregarían a los hospitales aún no llegaba, y el Ministerio de Salud todavía no había encontrado la forma para adquirirlos.

“Entraron muy pocas cosas. Todo está muy lento”, explicó Óscar Morales, director médico del Hospital Roosevelt.

09 de agosto. Los médicos están molestos con el Gobierno, a quien acusan de incumplir con los compromisos que firmaron el 26 de julio, y anunciaron que, si no se les garantiza el material, podrían parar de nuevo las consultas externas de los hospitales. 15 días después, no ha cumplido, según médicos.

“Al hospital apenas han llegado unas sillas de ruedas, unas tijeras y aparatos para medir la presión, y esto no es a lo que se comprometieron”, explicó Sergio Morales, representante de los residentes del Hospital Roosevelt, quienes se reunieron ayer para evaluar el cumplimiento de los acuerdos del Gobierno.

Mañana (hoy) el Ministerio (de Salud) nos va a explicar cómo están las compras, pero no creemos que haya avances porque no ha llegado el material”, dijo.

El médico denunció que en los acuerdos que el Ejecutivo publicó el lunes en campo pagado hay diferencias con los que firmaron el pasado 26 de julio.

El Ministerio aún no ha enviado al Congreso la solicitud para hacer la compra de excepción sin licitar -por valor de Q86.8 millones-.

Gustavo Batres, director del Hospital Roosevelt, confirmó que no han recibido el equipo y que los proveedores no están entregando el material porque no tienen certeza de que se les pagará.

Sergio Rivas, representante de los residentes del Hospital San Juan de Dios, explicó que de la reunión de hoy dependerá si ellos también van al paro. (Prensa Libre, Palencia y González)

10 de agosto. Los médicos de los hospitales nacionales volvieron a suspender, a partir de este día, la atención en las consultas externas porque aseguraron que el Gobierno no cumplió con la compra de material médico, tal y como se había comprometido hacia dos semanas, cuando se levantó el paro de 48 días.

Las consultas externas de los hospitales Roosevelt, San Juan de Dios, el de Quetzaltenango y el de Cuilapa estaban cerradas.

Los facultativos señalaron que los hospitales del país estaban en la misma situación que cuando se inició el movimiento, a principios de junio. Aseguraron que no tienen las condiciones para dar un buen trato a los enfermos y por eso no prestarían servicios.

Demandaron apoyo a la sociedad civil y pidieron comprensión a la población, ya que afirman que sus exigencias son para mejorar los servicios de salud.

Apuntan que volvieron a atender las consultas externas de buena fe, pero fueron burlados por el incumplimiento de Gobierno. (Prensa libre, Palencia).

11 de agosto. La compra de equipo médico para el Ministerio de Salud por medio de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) -que cobrará cuatro por ciento de comisión- fue criticada el día anterior por diputados.

Ante la crisis de falta de equipo denunciada por los médicos de hospitales nacionales, el Ministerio de Salud anunció que comprará de insumos y equipo médico usaría un convenio del Fondo Nacional para la Paz (Fonapaz) con la OIM. (Prensa Libre, Palencia).

12 de agosto. Varios miles de vecinos de 48 cantones y siete municipios de Totonicapán, así como de Quetzaltenango, bloquearon ayer durante 12 horas el Km. 188 de la ruta Interamericana, en Cuatro Caminos, San Cristóbal Totonicapán, para criticar la indiferencia del Gobierno ante los problemas nacionales.

La protesta pacífica fue acordada el 5 de agosto en una asamblea del Consejo de Alcaldes Comunales Chuimek'ena y habitantes de 48 cantones, para mostrar al Ejecutivo lo que la población organizada puede hacer cuando no está de acuerdo con sus políticas, expuso Carlos Soch, secretario del Consejo.

Los comerciantes cerraron sus negocios, los campesinos no labraron la tierra y los empleados no trabajaron, para demostrar que, según Soch, "cuando Tonicapán convoca, el país tiembla".

Entre otras demandas, los inconformes exigieron que el Gobierno solucione cinco puntos básicos: Que doten de medicinas e insumos a los hospitales. (Prensa Libre, Rodríguez y Román)

13 de agosto. Los servicios de consulta externa de los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, y de siete departamentos, continuarían en paro hasta el miércoles, plazo que fijaron los médicos al presidente Óscar Berger, para que atienda sus demandas. Si no, la Comisión Interinstitucional de Médicos anunciará su postura y nuevas acciones.

Representantes de la organización informaron que propondrán a su asamblea general, el próximo miércoles, atender de manera irregular la consulta externa, negarse a reemplazar a los destituidos y convocar a organizaciones sindicales y populares para que los apoyen.

También pedirán a la comunidad internacional mediar para solucionar el conflicto con el Gobierno, en caso el diálogo fracase.

Mario Cerdón, del Colegio de Médicos de Guatemala, informó que se sumaron al paro de labores los servicios de consulta externa de los hospitales de Quetzaltenango, Jalapa, Jutiapa y El Progreso.

"El sindicato del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) también anunció su apoyo", aseguró Cerdón.

Expresó que el Colegio solicitará a la asamblea general que se lleve a cabo un proceso de negociación de los médicos que sean destituidos o que se les levanten actas por participar en las asambleas, como lo anunció el ministro de Salud. (Prensa Libre, Vásquez y Rodríguez)

14 de agosto. El ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, informó: "Por orden del presidente Óscar Berger, médicos del Ejército darán asistencia de

consulta externa en varios centros de salud, durante el tiempo que los médicos de los hospitales nacionales continúen en paro".

También se informó que se habilitará un hospital de campaña para ofrecer asistencia especializada en la sede de Reservas Militares, en el Campo Marte, zona 5. (Prensa Libre, González).

15 de agosto. Los médicos del Ejército que apoyaban las jornadas de consulta externa en el Campo Marte serían llevados al Tribunal de Honor del Colegio de Médicos, por usurpar funciones y prestar servicios en condiciones inadecuadas.

Así lo informó un día Sergio Morales, facultativo del Hospital Roosevelt, en una conferencia de prensa, donde los agremiados del Colegio Médico expresaron su rechazo a la medida de los ministerios de Salud y de la Defensa, de colocar carpas de atención sin equipo e insumos adecuados. "Su actitud viola el Código Deontológico", aseveró.

Sergio Rivas, del San Juan de Dios, expresó en otra conferencia en Colegio de Médicos, en horas de la tarde, que ninguno de sus colegas apoya la acción del Ejército, y que analizan sus acciones sobre la posible destitución de 37 de sus compañeros.

Pese al paro en las consultas externas de los principales hospitales de la capital, el centro instalado por el Ejército en el campo Marte, zona 5, atendió sólo a 27 pacientes. (Prensa Libre, Vásquez).

16 de agosto. La dirigencia médica fijó un ultimátum para que el Gobierno restituya de inmediato (hoy) en sus cargos a 37 médicos que recibieron ayer sus notificaciones de despido por haber participado en una huelga en las consultas externas.

Sergio Morales, médico del Roosevelt, expresó que de los 37 profesionales despedidos, 26 son residentes de ese hospital, por lo que no habrá personal para atender en la sala de urgencias.

Añadió: "Fijamos nuestra postura de cerrar la emergencia y responsabilizamos al Gobierno por los inconvenientes que esto pueda ocasionar a la población". "Se ha hecho un despido en masa, y no tenemos capacidad para atender oftalmología, rayos X, traumatología y otras especialidades"

La medida fue anunciada luego de una asamblea efectuada de emergencia, tras conocerse de las notificaciones de despido que el lunes anunció Marco Tulio Sosa, ministro de Salud.

Sergio Rivas, representante de los facultativos del Hospital San Juan de Dios, aseveró que también acordaron pedir la renuncia irrevocable del ministro y su gabinete.

En Jalapa, los médicos expresaron que la destitución de seis e ellos motivó malestar generalizado entre profesionales y pacientes.

Los profesionales informaron que hoy celebrarán asamblea en el Colegio de Médicos para definir las acciones legales y de hecho que tomarán. (Prensa Libre, Vásquez).

17 de agosto. El gremio médico cerró filas anoche, durante una asamblea general de emergencia en apoyo al movimiento iniciado por sus colegas de los hospitales nacionales, especialmente en la capital, y en la misma decidió continuar con las medidas de hecho, pese a las 44 destituciones notificadas por las autoridades ministeriales.

La asamblea, que se extendió hasta el cierre de la edición, resolvió exigir la renuncia del ministro Marco Tulio Sosa, al igual que la de los directores de los hospitales nacionales.

En esa cita también se acordó iniciar un procedimiento en contra de los directores de los hospitales para que el Tribunal de Honor del Colegio de Médicos les imponga un voto de falta de confianza.

Los facultativos reunidos no decidieron el cierre de las emergencias hospitalarias, como en principio amenazaron, aduciendo que no querían perjudicar a la población.

Pese a ello, reafirmaron su decisión de no declinar las acciones de protesta, pues dijeron que éstas buscan resolver el estado de carencias que afecta a los usuarios de los servicios hospitalarios. (Prensa Libre, Escobar).

19 de agosto. El presidente Óscar Berger comprobó ayer las precarias condiciones con la que trabajan los médicos en el hospital contra la tuberculosis San Vicente de Paúl, ubicado en la zona 7.

Paredes humedecidas, drenajes a flor de tierra, sanitarios en mal estado, escasez de agua y una precaria sala de operaciones fueron algunas de las

áreas que observó el mandatario durante su visita. Para obtener los medicamentos antituberculosos de segunda línea se necesitan Q6 millones.

24 de agosto. Médicos residentes marcharon este día del Hospital San Juan de Dios al Congreso, donde pidieron a los diputados su apoyo para solucionar la crisis de desabastecimiento y la aprobación del estatuto médico, que regula los ascensos y promociones.

Otra de las demandas de los profesionales es que se amplíe el presupuesto para el 2007, de Q2 mil 76 millones a Q3 mil 376 millones.

Tras una reunión con aquéllos el lunes último, María Antonieta de Bonilla, ministra de Finanzas, les dijo que sólo podrían ampliarlo en Q300 millones.

Les solicitaron que interpiden al ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, para que explique por qué no ha cumplido con los acuerdos que firmó, entre ellos, la compra de insumos.

Por la tarde, en la asamblea del Colegio de Médicos, decidieron invitar a todos los centros de Salud y hospitales a que se sumen al movimiento. Los instaron a que marchen el lunes, en demanda de mejoras. También insistieron en exigir la renuncia de Sosa e instarán a las universidades de San Carlos y Francisco Marroquín que retiren a los practicantes de los nosocomios.

Mario Cordón, presidente del Colegio de Médicos, informó que declararán la red nacional hospitalaria en colapso y pedirán a los hospitales de la provincia que no refieran a los pacientes a la capital, porque no cuentan con medios para atender casos graves.

26 de agosto. La visita en el San Juan de Dios comenzó con tensión, debido a que no dejaron entrar a los residentes a la reunión que Berger sostuvo con las autoridades del hospital a primera hora. Al salir, los médicos le pidieron que fuera con ellos a ver las necesidades, pero optó por acompañar a sus funcionarios.

En la unidad de traumatología pediátrica conoció el caso de Ludwing Grijalva, de 9 años, quien lleva una semana esperando ser operado de una fractura en la pierna, mientras su familia consigue Q3 mil para comprar los clavos y placas que necesita. Otros niños estaban en la misma situación. "Apunten los nombres, la Presidencia va a comprarlos. Hoy mismo los van a tener", prometió.

¿Y qué va a pasar con los niños que lleguen mañana con el mismo problema?, preguntó uno de los periodistas. “Estos niños tienen suerte de que hayamos estado hoy, los demás tendrán que esperar las compras”, respondió Berger.

También vio material quirúrgico inservible, camas y camillas oxidadas, y escuchó algunas quejas de pacientes, que inmediatamente ordenó resolver. “No, muchá, cómo van a estar las gasas en algo oxidado, compremos unos nuevos botes hoy. Esto es sencillo de arreglar”, comentó.

En hematología pediátrica faltaban medicamentos para los niños con cáncer. Para solucionar el problema dio instrucciones para que se creara un fondo para que tuvieran fármacos de por vida.

En otra unidad, las mamás de los niños con problemas de riñón le pidieron que ampliaran el contrato de la médica Alejandra Arredondo, quien se ha caracterizado, según dijeron, por su buen trato hacia los pacientes. La petición también fue atendida. Cuando se enteró de que cobraban por las tomografías, se comprometió a dar el servicio gratuito.

Los pacientes pagan Q275 y Q450, según la hora. “Maco, esto es una orden presidencial que se debe cumplir”, expresó, refiriéndose a Marco Tulio Sosa, ministro de Salud.

Las dos horas y 45 minutos en que recorrió el hospital no fueron suficientes para visitar todas las áreas. No llegó a la sala de urgencias ni a traumatología de adultos, donde esa misma mañana ordenaron retirar las camas viejas “para que no se vieran”, señaló el facultativo Edwin Bravo.

Tampoco notó que no había pesas ni poleas para tratar las fracturas de algunos pacientes, quienes, en su defecto, tenían colgadas garrafas de agua. No vio que en el intensivo un paciente de 28 años estaba grave porque no se le operó a tiempo una fractura expuesta en la pierna, por falta de material.

A pesar de los reclamos y las deficiencias que observó, el gobernante se marchó complacido por la situación en que se encontraba el nosocomio y dijo que había aprobado el examen con 80 sobre 100.

Por la tarde fue al Hospital Roosevelt, donde la impresión fue peor. En este caso sí llegó al área de encamamiento, donde constató el hacinamiento en dos secciones de cirugía. Vio en los pasillos las camillas con pacientes que esperaban por un lugar libre en las salas.

El mal olor, aunado al calor que cada día deben soportar los pacientes de cirugía, se le hizo insoportable y mandó al ministro resolver el problema. “No es humano que los pacientes estén en estas condiciones, Maco, hay que pintar y mejorar la ventilación”, ordenó.

Observó los quirófanos que remodeló el Ejército y preguntó dónde estaba el equipo. “Las compras están en camino”, respondieron una vez más los funcionarios. Pidió también contratar más personal en cocina, pediatría y cirugía.

Se molestó al conocer los largos trámites burocráticos para que los insumos lleguen de la bodega a los pacientes. Ni las explicaciones del ministro ni del director lograron convencerlo.

El presidente concluyó su día pidiendo a los médicos su colaboración para solucionar los problemas y les solicitó que le envíen sus propuestas. “Necesito su ayuda para cambiar esto. El hospital necesita una cirugía profunda”, enfatizó.

Pese a la solicitud, los médicos mantendrán las presiones y el paro en las consultas externas, y anunciaron que el lunes habrá protestas en todo el país.

Luego de observar la realidad de los hospitales en los últimos tres días, el presidente Óscar Berger concluyó en que el Estado es ineficiente, el Sistema de Salud, endeble, y que se hacen trámites engorrosos.

Berger expresó: “El ministro Marco Tulio Sosa debe replantear el tema de la salud, porque es la vida de guatemaltecos la que está en juego”. (Prensa Libre, Palencia y González).

27 de agosto. Luego de comprobar la carencia de equipo e insumos en los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, el presidente Óscar Berger anunció ayer que habrá “cambios importantes” en la administración del Ministerio de Salud.

El mandatario informó que se reunirá entre hoy y mañana con las autoridades de esa cartera para analizar “cambios en las áreas de servicio, que están muy deterioradas, y en la administración”.

Al ser cuestionado sobre la posibilidad de destituir al ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, el gobernante respondió: “Serán cambios muy generales”. (Prensa Libre, Blas)

28 de agosto. Los médicos continuarán las marchas y concentraciones a fin de exigir al Ejecutivo que cumpla con la compra de equipo médico para los hospitales.

Los facultativos informaron que seguirán cerradas las consultas externas de los hospitales San Juan de Dios y Roosevelt.

Además, expresaron que tienen planificado efectuar marchas y plantones porque es indispensable que lleguen los insumos a los centros asistenciales, para atender a la población que lo requiera. (Prensa, Palencia).

29 de agosto. El ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, renunció 80 días después de que los médicos iniciaran una protesta contra el desabastecimiento en los hospitales. El presidente Óscar Berger todavía no ha hecho público si aceptará la dimisión.

A las 13:45 horas de ayer y después de enumerar los logros de su gestión, Sosa anunció que presentó su renuncia como ministro de Salud a Berger, y explicó que está a la espera de que éste le dé respuesta, pero todavía no sabe qué hacer.

Por la tarde, el gobernante se reunió con sus colaboradores para definir una postura, ya que el ministro de Salud cuenta con el apoyo de algunos funcionarios como el vicepresidente Eduardo Stein, quien afirmó, en declaraciones públicas, que su gestión fue exitosa y que se mejoró la salud en el área rural. (Prensa Libre, Palencia y González).

31 de agosto. El Hospital Roosevelt está al límite. Apenas quedan camas libres, no hay espacio para los enfermos críticos y se suspendieron las operaciones electivas, por lo que los médicos pidieron a los bomberos que lleven a los enfermos a otras clínicas.

“La cirugía está llena, la ortopedia también. En el intensivo y en observación no hay espacio, y si llegan más pacientes, habrá problemas para ubicarlos”, explicó ayer Óscar Morales, director médico del Roosevelt.

Uno de los problemas es que los quirófanos no están funcionando, debido a las reformas. Sólo hay tres empleados de limpieza para adultos y, además, no cuentan con máquinas de anestesia.

“En medicamentos y material quirúrgico estamos bien, pero en equipo, la situación es terrible.

Nos urgen las máquinas de anestesia, monitores y respiradores”, manifestó Morales. (Prensa Libre, Palencia).

03 de septiembre. Sergio Rivas, representante de residentes del San Juan de Dios, manifiesta que el cálculo para abastecer toda la red hospitalaria, asciende a Q280 millones el costo del listado que los médicos elaboraron sobre las necesidades mínimas de equipo quirúrgico que hay que cubrir.

Ventiladores, microscopios, respiradores, para cirugías, incubadoras y aparatos para rayos X figuran en la lista que los médicos presentaron a las autoridades de Salud como los requerimientos básicos para los 44 centros asistenciales de la red hospitalaria.

Sin embargo, el petitorio de los médicos no será resuelto en su totalidad, ya que la asignación programada es de sólo Q86 millones.

La ministra de Finanzas Públicas, María Antonieta de Bonilla, informa que no es posible dar cumplimiento a todas las exigencias, porque la carga tributaria sigue siendo de 10 por ciento.

El vicepresidente Eduardo Stein Añadió que se aumentarán Q700 millones al presupuesto de Salud, para mejorar la red hospitalaria, y anunció que analizan la posibilidad de construir dos hospitales, uno en Mixco y otro en Villa Nueva. (Prensa Libre 05-09-06, Rodríguez, Palencia y González)

El gobernante expresó que tiene información de que Q100 millones se pierden en actos de corrupción, y ese dinero no llega a los pacientes. (Prensa Libre, Pérez).

08 de septiembre. Ministerios de Salud y los institutos de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana acordaron ayer, entre otras cosas, integrar una comisión para comprar en bloque medicinas, y así abaratar precios.

La comisión se reunirá en octubre para establecer la agenda de trabajo, anunció Jaime Gómez, viceministro de Salud de Guatemala. Cada país nombrará a dos representantes.

Una de sus funciones será definir el listado de medicamentos que deberán adquirirse para tratar enfermedades como sida, cáncer y diabetes.

“El principal objetivo es abaratar precios”, aseguró Rosa Climent, gerente del Ministerio de Salud de Costa Rica.

Durante tres días se celebró en Guatemala la 22 reunión del sector Salud de Centroamérica y República Dominicana, en cuyo marco se suscribieron varios acuerdos en materia de seguridad humana, erradicación de desnutrición infantil, prevención de enfermedades letales, control y prevención del dengue y Chagas, y sobre una eventual pandemia de influenza.

Los salubristas solicitaron a la Organización Panamericana de la Salud y a la Organización Mundial de la Salud que velen por el cumplimiento de los compromisos suscritos. (Prensa Libre, Calito).

08 de septiembre. La Corte Suprema de Justicia (CSJ) amparó provisionalmente a la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH), la cual pidió que los 81 pacientes que tenían cirugías programadas sean operados y se abastezca de insumos a la red hospitalaria.

“Tuvimos conocimiento de que debido a la crisis que se estaba dando en los hospitales no se operó a 81 pacientes que estaban entre la vida y la muerte”, informó el procurador de los Derechos Humanos, Sergio Morales.

La PDH verificará hoy que se empiece a dar cumplimiento al amparo provisional concedido por la CSJ. (Prensa Libre, Orantes).

09 de septiembre. La capacidad de la sala de urgencias del Hospital San Juan de Dios llegó ayer a su límite. El personal del centro asistencial no se daba abasto para atender y ubicar a la gran cantidad de pacientes que llegaban, por lo que decidieron declararse en alerta roja.

Trabajadores de ese centro aseguraron que nunca habían vivido una situación similar. “Estamos colapsados; por más que se ha tratado de sostener la situación, ha sido imposible. Faltan insumos y espacio, y por eso hemos declarado alerta roja”, explicó Mario Contreras, jefe de la referida sala hospitalaria.

Desde la mañana, el área de urgencias estuvo saturada, y en la tarde casi no quedaban camillas para los pacientes. A los familiares de los enfermos menos graves se les pedía paciencia, y los acompañantes de los más críticos contemplaban cómo no había medios para atenderlos bien.

Elma Oliveros fue un ejemplo del drama que se vivió ayer en el San Juan de Dios. No había respirador para su padre y ella no tenía dinero para pagar una tomografía. La promesa del presidente Óscar Berger, el 27 de agosto, en cuanto a exonerar del pago de esas pruebas médicas, quedó en palabras.

Como parte de la alerta roja el nosocomio tomó medidas, por la saturación:

- Los médicos doblarán los turnos en la sala de urgencias.
- Se reducirán los trámites para obtener medicamentos en la farmacia.
- El Banco de Sangre estará abierto las 24 horas, para recibir donantes y efectuar entregas.
- Se agilizaron los egresos en pediatría y maternidad, a fin de lograr espacio para otros enfermos.
- Se solicitó a los bomberos y a la población que acudan a los centros de Salud si los casos no son graves. (Prensa libre, Palencia).

10 de septiembre. La Asociación de Médicos del Hospital San Juan de Dios dio a conocer ayer que seis pacientes fallecieron en las últimas 48 horas debido a la crisis hospitalaria que afecta al nosocomio y evita una atención adecuada.

Sergio Rivas, representante de la Comisión Médica Interinstitucional, informó que seis pacientes murieron porque debieron ser trasladados de la emergencia hacia las salas de operaciones y cuidados intensivos, pero no se pudo debido a la saturación en el hospital.

“Necesitamos ventiladores, y no los teníamos, así como espacio para operaciones, lo que en parte provocó las muertes”, explicó Rivas.

La Asociación de Médicos del San Juan de Dios, en un comunicado de prensa, responsabilizó ayer a las autoridades del hospital y del Ministerio de Salud por las muertes ocurridas y las que pudieran darse debido a la falta de insumos y equipo técnico luego del colapso del centro asistencial.

En el comunicado también piden a los hospitales de provincia no enviar más pacientes, por la saturación, y resaltan que debido a la alerta roja en que se encuentran se están haciendo turnos cada 48 horas, cuando el contrato establece que sean cada 72.

El Hospital General San Juan de Dios llegó a su límite desde el viernes pasado, porque el Hospital Roosevelt tiene salas en remodelación, además de los problemas de falta de insumos.

“Realmente, ninguno falleció por falta de insumos ni equipo; eran pacientes que llegaron muy graves, y ni aquí ni en Houston se hubiesen salvado”, aseguró Ludwin Ovalle, director del Hospital General San Juan de Dios.

“Tuvimos saturación, pero dotamos de insumos, alquilamos los ventiladores que hacían falta y doblamos la cantidad de personal para atención”, declaró.

Dijo que las muertes son responsabilidad de quienes permitieron que la situación de los hospitales llegara hasta donde está. No se dieron a conocer los nombres de las víctimas. (Prensa Libre, Cerecer).

11 de septiembre. El médico Víctor Manuel Gutiérrez Longo⁹, fue designado ministro de Salud.

12 de septiembre. Los médicos esperan con interés la propuesta que les presente Víctor Manuel Gutiérrez Longo, quien ayer fue designado ministro de Salud, y aseguran que si su plan de trabajo es realista, están dispuestos a negociar el fin del paro en las consultas externas, el cual lleva tres meses.

“Estamos a la espera de su propuesta para solucionar el problema de la red de Salud, abiertos al diálogo y en la disposición de trabajar en forma conjunta”, afirmó Sergio Rivas, representante de los residentes del Hospital San Juan de Dios.

Los facultativos consideran que para solucionar el conflicto en el Sistema de Salud se necesitan más cambios, y que los problemas continuarán si el nuevo ministro se deja rodear del equipo de Sosa.

Dentro de los retos principales del nuevo ministro se resumen:

- Gutiérrez Longo tiene como primer objetivo poner fin al conflicto médico.

⁹ Gutiérrez Longo es médico y cirujano, con especialización en gestión hospitalaria. Llegó al Congreso como diputado del Partido Patriota, por San Marcos, y desde abril es independiente. Fue presidente de la Comisión de Salud del Congreso. Impulsó la Agenda Nacional de Salud. Jefe del área de Salud de San Marcos (1991-1996). Director del Hospital de San Marcos (1975-80).

- Llegar a un acuerdo con los médicos para poner fin al paro en las consultas externas.
- Garantizar el abastecimiento y agilizar las compras de fármacos, material y equipo.
- Plantear soluciones alternativas mientras se compra el equipo, que, según el Ministerio, llegará en diciembre.
- Impulsar la aprobación del estatuto médico en el Congreso.
- Lograr un aumento del presupuesto de Salud. En 2006 fue de Q2 mil 76 millones (0.8 por ciento del PIB); el Gobierno se ha comprometido a destinar Q700 millones más para el 2007.
- Revisar los procesos administrativos y de funcionamiento de la cartera de Salud.
- Sentar las bases para una reforma profunda del Sistema de Salud, en coordinación con el IGSS, universidades, el Congreso y la sociedad civil. (Prensa Libre, Palencia).

12 de septiembre. Víctor Gutiérrez Longo está consciente de que el reto no es fácil y de que recibe un sistema de Salud poco operativo, con un escaso presupuesto y en medio de un conflicto médico de más de tres meses; sin embargo, asegura que trabajará para mejorar los servicios.

En entrevista publicada este día respondió que su primera medida será solucionar el conflicto (con los médicos), reunirse con las partes y entrar en el diálogo. Esperaba que participen el doctor Rafael Espada, los decanos de las facultades y el cardenal Rodolfo Quezada, que ya manifestó su interés en ayudar. (Prensa Libre, Palencia).

14 de septiembre. Una resolución de la Corte Suprema de Justicia (CSJ) y la presión de la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) han conseguido que 81 pacientes puedan ser operados y regresar a sus casas, después de semanas o incluso meses de espera.

Sergio Morales, procurador de los Derechos Humanos, llegó ayer al Roosevelt con la notificación en mano y fue contundente durante su visita,

ayer, al Hospital Roosevelt: “O esto se soluciona hoy, o meto en la cárcel a los responsables”.

Los médicos del área de Traumatología hicieron el 11 de julio una denuncia en la PDH, porque por falta de materiales y equipo no podían operar a 81 pacientes. El Procurador lo tramitó en los tribunales y la CSJ notificó ayer la obligación de intervenirlos de forma inmediata y de garantizar el abastecimiento de fármacos y equipo en el hospital.

Morales se comunicó con el vicepresidente Eduardo Stein y el ministro de Salud, Víctor Manuel Gutiérrez Longo, quien, junto al interventor, autorizó la compra de máquinas de anestesia y monitores para habilitar siete quirófanos por valor de alrededor de Q1 millón 400 mil, que entregarán a partir de hoy.

Para adquirir el equipo se utilizarán fondos del hospital, y la compra se hará a través del patronato de ese centro. La resolución de la CSJ será la prueba que se presentará a la Contraloría para justificar que no se licite.

81 pacientes de Traumatología y Ortopedia a los que la Corte Suprema de Justicia ordenó operar de inmediato. 44 ingresados en el área de Cirugía, y 7 de maxilofacial. 22 enfermos del departamento de Neurocirugía. 19 mujeres internadas en Ginecología. (Prensa Libre, Palencia).

15 de septiembre. La orden que dio el presidente Óscar Berger al Hospital Militar de atender los casos graves y urgencias remitidos por el Roosevelt y el San Juan de Dios, por la crisis que afrontan, le costará a Salud unos Q68 mil. Eso es lo que hasta ayer había invertido aquel centro en atender a 62 pacientes, por lo que le pasará factura.

Jorge Humberto Marroquín, director del Hospital Militar, explicó que en los próximos días firmarán un convenio con el Ministerio de Salud, que cubrirá los costos. “El hospital tiene aportes del Estado, pero también del personal del Ejército, y con nuestro presupuesto no podemos asumir estos gastos”, dijo.

Añadió que muchos pacientes llegaron en forma voluntaria y los recibieron tras comprobar que no habían sido atendidos en los hospitales públicos. “Tenemos que tener control porque, si no, mucha gente que no lo necesita realmente se aprovecharía de la situación”, afirmó.

Marroquín informó que, tras firmar el citado convenio, sólo atenderán a personas remitidas oficialmente por los hospitales.

Jorge Ortega, vocero del Ministerio de la Defensa, aseguró que la cartera de Salud pagará sólo por los insumos, y que el Hospital Militar correrá con el costo de la atención médica.

El Ejército también colaboró con el remozamiento de los quirófanos, tuberías y sanitarios del Hospital Roosevelt.

Ortega aclaró que el Roosevelt tendrá que hacerse cargo sólo del material utilizado, y el Ministerio de la Defensa sufragará la mano de obra.

El 7 de julio se iniciaron los trabajos, pero los quirófanos no fueron bien reparados y se tuvo que suspender la obra, por lo que ahora nueve salas de operaciones no se pueden utilizar. (Prensa Libre, Palencia).

15 de septiembre. Adrián Zapata, interventor del Hospital Roosevelt, presentó ayer su renuncia al presidente Óscar Berger, ocho días después de haber recibido el nombramiento, que inicialmente era para seis meses.

Adujo que afrontó oposición y presiones por parte de personal del nosocomio, y que su salida facilitará la solución del conflicto con los médicos. Insistió en que es necesario continuar con la intervención porque la administración del centro es pésima.

Entre las irregularidades que había encontrado enumeró: deudas sin justificar, por valor de Q5 millones; órdenes de compra sin ejecutar, contratos de mantenimiento sin renovar, y mala planificación del presupuesto. (Prensa Libre, Palencia).

19 de septiembre. Después de esperar varias semanas para ser operados, 19 pacientes del Hospital Roosevelt fueron al quirófano. Unos ya están en sus casas, y otros se irán en pocos días; sin embargo, muchos aún están en lista de espera.

Gustavo Batres, director del referido nosocomio, explicó que estos últimos pacientes serán operados cuando se cuente con los insumos médicos

necesarios. El jueves último se recibieron siete máquinas de anestesia, siete monitores y siete vaporizadores.

Sergio Morales, médico residente, informó que esta semana se habilitarán cinco quirófanos en Pediatría, Ginecología y en el hospital de día, tanto para cirugías como neurocirugías.

Las seis salas de operaciones que fueron remozadas el mes recién pasado por el Cuerpo de Ingenieros del Ejército no cumplían con los requerimientos médicos, por lo que tuvieron que ser modificadas, lo cual atrasó aún más las cirugías.

El 7 de septiembre, la Corte Suprema de Justicia (CSJ) amparó provisionalmente a la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) y ordenó al Roosevelt operar a 81 pacientes.

Pablo Werner, representante de la PDH, informó que las autoridades de ese hospital se comprometieron a operar a todos los enfermos, estén o no entre los 81. "A algunos deberán volverlos a quebrar, porque las fracturas se les pegaron mal", contó el procurador de los Derechos Humanos, Sergio Morales.

Médicos del Roosevelt cerraron el 9 de junio las consultas externas y suspendieron las cirugías programadas, por falta de material quirúrgico. La crisis continúa 102 días después.

José Mauricio Rodríguez Weber fue nombrado ayer interventor del Hospital Roosevelt, en sustitución de Adrián Zapata, quien renunció el jueves último, según dijo, por presiones y amenazas del personal.

Rodríguez Weber fue director general de Protierra en 2004, y encargado del Catastro Nacional, ambas dependencias del Ministerio de Agricultura. (Prensa libre, Escobar).

20 de septiembre. El Ministerio de Salud podrá comprar Q86.8 millones en equipo médico sin licitar –tras la autorización del Congreso–, a pesar de haber gastado menos del cuatro por ciento de ese reglón en lo que va del año. (Prensa Libre, Rodríguez)

21 de septiembre. Los médicos endurecerán su postura si el ministro de Salud, Víctor Gutiérrez, no informa de avances para solucionar la crisis en los hospitales nacionales. (Prensa Libre, Escobar).

22 de septiembre. A pesar de que no tiene que cumplir con el proceso de licitación, tras un permiso legislativo, el Ministerio de Salud considera utilizar a OIM, OPS o el PNUD para administrar parte de los Q86.8 millones en la compra de equipo médico.

"La cantidad de dinero es muy grande, y tiene que estar invertida antes del 15 de diciembre, por lo que consideramos utilizar parte de los fondos por medio de OIM, OPS o PNUD, para agilizar más el proceso", anunció Víctor Longo, ministro de Salud, en una cita con sus ex colegas de la sala legislativa sobre la materia. (Prensa Libre, Rodríguez).

24 de septiembre. Los médicos estatales pidieron ayer que la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) vele por que el Ministerio de Salud cumpla con el abastecimiento a los hospitales.

La Asamblea Nacional del Colegio de Médicos decidió que ya no dialogará a solas con el ministro de Salud, Víctor Gutiérrez, y a cambio exhortó a Sergio Morales, procurador de los DDHH, para que sea testigo de honor desde mañana.

Mario Cordón, presidente del gremio médico, insistió en que Gutiérrez debe cumplir tres condiciones antes de sentarse a la mesa: destituir a los directores de los hospitales San Juan de Dios y de Quetzaltenango, que se anule la intervención del Roosevelt y que renueve a todo su grupo de asesores y directores de programas. (Prensa libre, Escobar).

26 de septiembre. El Ministerio de Salud desistió de encargar a la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) el manejo de Q86.8 millones que el Congreso le autorizó para comprar equipo y medicinas bajo el amparo de un acuerdo de excepción. (Prensa libre, Paredes).

27 de septiembre. Los médicos suspenderán a partir de hoy las cirugías programadas en los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, y no atenderán por varias horas las urgencias de esos centros asistenciales.

Sergio Morales Orozco, representante de los médicos del Hospital Roosevelt, informó ayer que de 9 a 12 horas no prestarán atención a las personas que sean ingresadas de urgencia en ese centro.

Otra medida similar tomarán en el San Juan de Dios, de 7 a 9 horas. Sergio Rivas, médico residente de este sanatorio, señaló que todos los hospitales están enterados de aquella decisión y que también suspenderán la atención durante dos horas.

El gremio médico informó que cada día incrementarán el número de horas sin servicio en las salas de urgencias.

Los profesionales también informaron que suspenderán las cirugías programadas, por falta de aparatos, insumos y fármacos.

En el caso del Roosevelt, Morales Orozco dijo que no volverán a operar hasta que equipen los nueve quirófanos, pues las autoridades ejecutaron cambios estéticos, pero no llenaron las necesidades de los cirujanos.

Tras conocer la notificación de los inconformes, Óscar Morales, director médico del Roosevelt, informó que no dejarán de atender las urgencias y que los jefes de área estarán presentes para brindar atención. (Prensa Libre, Escobar).

27 de septiembre. Los partidos políticos firmaron ayer un pacto para crear el Sistema Nacional de Salud y de Nutrición, que agrupará al ministerio del ramo, al IGSS y a las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la sanidad; con ello, se pretende dar cobertura total y lograr autosuficiencia alimentaria.

Las agrupaciones fueron convocadas por el Grupo Facilitador, integrado por 15 de los empresarios y personalidades sociales más influyentes del país. Los partidos también han firmado antes acuerdos en seguridad, educación y desarrollo rural.

Las metas son ambiciosas y puntuales: el Congreso asignará Q4 mil 800 millones para el Ministerio de Salud en 2008, y se destinará 0.5 del IVA a la seguridad alimentaria.

“Los partidos se comprometieron a cumplir este acuerdo a largo plazo –hasta el 2019– sin importar si están en la oposición o en el Gobierno”, explicó José Alejandro Arévalo, del Grupo Facilitador.

Se reestructurará el Ministerio de Salud, y se dividirá la administración de medicamentos entre la de hospitales y la de servicios.

El IGSS desarrollará un nuevo modelo basado en un seguro básico de salud. “Es de los acuerdos más completos que han firmado los partidos, con base en mucho realismo, acciones muy precisas y con instituciones clave”, resumió Álvaro Pop, integrante de dicho grupo. (Prensa Libre 27-09-06, Rodríguez).

29 de septiembre. El Ejecutivo se comprometió ayer a aplicar, en lo que le queda de gestión, las acciones contenidas en el Acuerdo Nacional que se relacionan con el gasto social y reducción de la pobreza, producto de mesas de diálogo integradas por distintos sectores del país.

Los compromisos que adquirió ayer el presidente Óscar Berger, en un acto público, son los siguientes: divulgar las nóminas de empleados y funcionarios públicos y sus salarios, aumentar el presupuesto de Salud, contribuir a la erradicación del racismo e integrar la ejecución de las políticas agrarias y de desarrollo rural al presupuesto 2007.

A estas acciones se suman 140 más en áreas de salud y nutrición, transparencia, pueblos indígenas, exclusión y desarrollo rural, todas las cuales forman parte del Acuerdo Nacional para la Implementación del Gasto Social y Reducción de la Pobreza, presentado ayer a la sociedad guatemalteca y al Cuerpo Diplomático acreditado en el país.

Los consensos fueron el resultado de tres meses de discusiones en cuatro mesas de trabajo, en las cuales no participó el sector empresarial. (Prensa Libre, González y Blas).

Tercera etapa (Fase 2):

30 de septiembre. Con la promesa de hacer una “cirugía mayor” al sistema hospitalario, el presidente Óscar Berger presentó ayer a la comisión de alto nivel, que integran médicos notables del país.

El presidente informó que los médicos, en coordinación con Estuardo Gálvez, rector de la Universidad de San Carlos, ayudarán a poner fin a la crisis hospitalaria y a elaborar un plan de trabajo a largo plazo.

Los médicos que participaron en la primera reunión en la Casa Presidencial fueron Rudolf García Gallont, Aldo Castañeda, Rafael Espada y Guillermo Claverie. (Prensa Libre, Rodríguez y Escobar).

01 de octubre. Los testigos de honor esta vez no fueron instituciones imparciales, como la Iglesia o la Procuraduría de los Derechos Humanos, sino el Grupo Facilitador, constituido por seis empresarios influyentes y actores sociales con trayectoria.

“La idea es promover un acuerdo de los partidos para que hubiera continuidad en las políticas, no importando qué partido esté en el gobierno o

la oposición, sino que todos trabajen en la misma dirección”, resumió Mariano Ventura, uno de los miembros del Grupo Facilitador.

Así, desde marzo hasta septiembre, todos los partidos políticos con representación en el Congreso firmaron acuerdos marco en cuatro asuntos que ellos consideraron de suma importancia: seguridad y justicia, educación, desarrollo rural, y salud y nutrición.

El 10 de octubre firmarán otro para garantizar su cumplimiento. “Nos comprometeremos a llevar a la realidad estos acuerdos y las metas que se han plasmado, como los porcentajes del Producto Interno Bruto (PIB) para inversión en salud y educación, que deberán estar incluidas en la discusión actual sobre el presupuesto para 2007”, explicó Fritz García-Gallont, del Partido Unionista.

Otto Pérez, del Partido Patriota, expresó que uno de los compromisos es empezar con la aplicación de los acuerdos en el último año de gobierno del presidente Óscar Berger y en el Congreso, con al menos una ley para cada acuerdo. “Se creará el Sistema Nacional de Seguridad, el Sistema Nacional de Salud, la Ley Marco de Desarrollo Rural, pero, por la coyuntura, esperamos que el Congreso pueda aprobarlas”, ejemplificó.

Alfredo Vila, de la Gran Alianza Nacional (Gana) y secretario privado de la Presidencia, aseguró que su firma implica el apoyo a los acuerdos por parte del Ejecutivo. “Muchos de los temas en los acuerdos ya se están cumpliendo por este gobierno, pero incluiremos los que no están”.

Después de seis meses en los que el Grupo Facilitador convocó a los partidos y organizó las reuniones, ahora será el turno de materializar los acuerdos.

“Son importantes las leyes marco para la implementación y será responsabilidad de los partidos empezar a ejecutarlas”, recordó Álvaro Pop, también del Grupo Facilitador.

El 10 de octubre, el acuerdo general también establecerá un sistema de monitoreo para ver el cumplimiento de los acuerdos por parte del Gobierno y del Congreso de turno.

“Los acuerdos representan una carretera ancha, y los gobiernos que vienen podrán ir por la izquierda o la derecha, pero en la misma dirección en estos cuatro puntos”, dijo Ricardo Saravia, de la bancada Solidaridad, quien fue invitado a la última reunión.

Además, quedarán dos acuerdos pendientes, denominados “transversales” por los partidos, el tema macroeconómico y fiscal y el de multiculturalidad, que deberán estar presentes en la implementación del resto de pactos.

Grupo Facilitador

Los 14 facilitadores que convocaron a los partidos fueron José Ángel López, presidente de Anacafé; Harold Caballeros, líder evangélico; Mario Polanco, activista de derechos humanos; Gert Rosenthal, canciller; Rafael Espada, médico; Adrián Zapata, economista; Álvaro Pop, politólogo; Guillermina Herrera, académica; Gonzalo de Villa, líder católico, y los empresarios Felipe Bosch, Roberto Gutiérrez, Mariano Ventura, Diego Pulido y Jaime Arimany.

Partidos firman acuerdos en cuatro ejes de desarrollo

1. - Seguridad y Justicia. Los sistemas nacionales de Seguridad y de Justicia diseñarán políticas de seguridad democráticas y coordinación interinstitucional. El de Justicia agilizará los procesos.
2. - Educación. El acuerdo triplicará el gasto en la materia y quintuplicará la inversión en las mujeres del área rural. Cobertura educativa, mejorar la calidad y descentralizar son clave.
3. - Desarrollo rural. Se creará una comisión legislativa, se buscará capacitar al 35 por ciento de la población económicamente activa, y un consejo verificará el desarrollo rural.
4. - Salud. Compromiso de crear un sistema nacional de salud que una al ministerio del ramo y el IGSS. Se reestructurarán ambos y se creará un plan de aseguramiento. (Prensa Libre, Rodríguez).

3 de octubre. En un ambiente de “buena fe” se desarrolló ayer el primer encuentro de la comisión de alto nivel que busca solucionar la crisis hospitalaria del país.

La comisión, integrada por representantes de los médicos y del Ministerio de Salud, tendrá como mediadores a la Procuraduría de los Derechos Humanos y la Universidad de San Carlos. Un grupo de facultativos destacados velará por el cumplimiento de los acuerdos.

Aldo Castañeda, cardiólogo y testigo de honor, exhortó a las partes a que en el diálogo le den prioridad a la atención al paciente. (Prensa Libre, Escobar).

02 de octubre. Tres meses después de haber entrado en vigencia el Tratado de Libre Comercio (TLC), el Congreso sólo ha cumplido con aprobar cuatro de los 12 compensadores sociales encaminados a paliar posible crisis, lo cual preocupa a los sectores vulnerables, como el agro y los campesinos.

La instancia de jefes de bloque acordó, el 9 de marzo de 2005, aprobar 12 decretos o compensadores sociales para enfrentar los posibles efectos del TLC. "Son leyes que impulsaremos en las próximas semanas", afirmó en esa ocasión Otto Pérez, quien fungía como jefe del Partido Patriota.

El acuerdo al que llegaron el Ejecutivo y el Congreso fue elaborar una agenda de desarrollo "pre y post TLC", para equiparar la competitividad nacional con el resto de países centroamericanos. El artículo primero del acuerdo dice: "Fijar como plazo perentorio antes que entre en vigencia el TLC, la aprobación de las iniciativas (...), para amortiguar los efectos (del TLC)".

Algunos diputados aseguraron que no han cumplido por falta de tiempo. "Siempre salen iniciativas urgentes que alteran la agenda", justificó Eduardo Meyer, de la Unidad Nacional de la Esperanza (UNE) y ponente de la ley marco de desarrollo rural. (Prensa Libre, Osorio).

Opiniones encontradas

En opinión de Carlos Zúñiga, presidente de la Cámara del Agro, muchos de los compensadores no serán necesarios, debido a que los agricultores ya perciben beneficios y se observa un incremento en los flujos de exportación.

Sergio de la Torre, de la Cámara de Industria, difirió de Zúñiga. Según él, es necesario aprobar algunas iniciativas: la de garantías mobiliarias, la de garantías recíprocas y un proyecto relacionado con las microfinanzas, el cual está en posesión de la Superintendencia de Bancos.

Aparicio Pérez, de la Coordinadora Nacional de Organizaciones Campesinas, afirmó que es tarde para que el Congreso se ponga al día. "Lo que corresponde es que se implementen políticas públicas para impulsar el desarrollo económico y social, expuso.

Miguel Ángel Sandoval, representante de la Mesa Global, comparó los compensadores con una hoja de parra, como la que se supone que usaban Adán y Eva, pues los diputados quieren redimirse de la aprobación de un TLC que casi no conocían.

"Es prioridad impulsar reformas económicas y potencializar la política de empleo", aseveró Hugo Maúl, analista del Centro de Investigaciones Económicas Nacionales.

Compromisos suscritos

Estos son los compensadores a cuya aprobación se comprometió el Congreso:

Ley marco de desarrollo rural y ley de incentivos para la diversificación de la agricultura.

Ley de garantías mobiliarias no convencionales y ley de intermediación financiera no bancaria.

Ley de institucionalización del Pacto Fiscal y la ley para la protección del mediano y pequeño agricultor.

Ley avanzada de protección del mediano y pequeño agricultor y una reforma integral al Código de Trabajo.

Aprobadas

Ley de Pensión Económica del Adulto Mayor. Fue aprobada el 15 de noviembre del 2005, pero el presidente Óscar Berger la vetó el 1 de diciembre de ese mismo año.

Ley de Registro e Información Catastral (RIC), aprobada, busca actualizar el catastro nacional.

Ley del Sistema de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Aprobada, busca ejecutar acciones para erradicar la desnutrición.

Ley Marco de los Acuerdos de Paz, aprobada, crea el Consejo Nacional para el Cumplimiento de los Acuerdos de Paz (CNAP).

07 de octubre. (Prensa libre, Escobar) Hoy se cumplen 120 días desde que los médicos de los hospitales nacionales iniciaron un paro en protesta contra la falta de fármacos, equipo e insumos, sin que se vislumbre una solución.

“Estamos como en el principio: no ha habido avances”, afirmó Arturo Melville, presidente de la Asociación de Médicos del Hospital Roosevelt, que cerró la consulta externa desde el 10 de junio recién pasado. Con el tiempo, 20 nosocomios más paralizaron la atención.

Mario Cerdón, presidente del Colegio de Médicos, explicó que esa medida era necesaria para evidenciar la magnitud de la crisis.

Víctor Gutiérrez, ministro de Salud, insistió en que los sanatorios ya tienen los fármacos necesarios, y que los insumos y aparatos médicos llegarán a finales de diciembre. (Prensa libre, Escobar).

11 de octubre. (Prensa Libre 11-10-06, Rodríguez) Todos los partidos políticos firmaron ayer un pacto para 15 años en seguridad, educación, salud y desarrollo rural. Esta vez los convocaron 15 empresarios y actores sociales influyentes, y se comprometieron a empezar a cumplirlos dentro de dos semanas.

El documento pretende ser un acuerdo nacional similar a los alcanzados en países europeos hace 30 años, y cuenta con metas como capacitar técnicamente a uno de cada tres ciudadanos del área rural o invertir Q1 de cada Q10 de la economía nacional en educación.

El primer paso serán cuatro iniciativas de ley que estarán listas en 15 días. Éstas convertirán en norma nacional los pactos de este Plan Visión de País, que consensuará durante los próximos dos meses los dos toques finales: el acuerdo sobre materia económica y fiscal, y el de multiculturalidad.

El banquero Diego Pulido, el único que habló en nombre del Grupo Facilitador que convocó a los partidos, aseguró que, de cumplirse el Plan, Guatemala será un país distinto en 2020.

Apoyos y escepticismos

“Los partidos políticos asumieron una prioridad histórica (...). Respaldamos que se hayan comprometido a firmar los dos acuerdos restantes, porque sin soporte financiero y fortalecimiento de la identidad será imposible superar la exclusión”, aseveró el presidente Óscar Berger, quien firmó el documento junto con los secretarios generales de los partidos políticos.

El pacto fue aplaudido por el sector empresarial, organizaciones sociales y la comunidad internacional; si bien, algunos con cierto escepticismo.

Sergio de la Torre, del sector empresarial, expresó que este acuerdo responde a la demanda de la sociedad de una visión de país a largo plazo que no dependa de los cambios de gobierno.

“Respaldamos totalmente la iniciativa, pero sin financiamiento, se queda en el aire. Si lo logran, sería algo inédito, porque el eje fiscal ha sido la base del pacto español de La Moncloa, que los inspira”, opinó Carlos Barreda, del Colectivo de Organizaciones Sociales.

Bea Ten Tusscher, embajadora holandesa y presidenta del Grupo de Diálogo, aplaudió la iniciativa. “Pero hay que ver que realicen los compromisos, porque ya han hecho acuerdos antes y no los cumplieron. La coyuntura es distinta y tenemos confianza en que esta vez sí cumplirán”, afirmó.

El politólogo Álvaro Pop, quien coordinará el acuerdo sobre multiculturalidad, confió en que ese último pacto responda a una asignatura pendiente del país: la lucha contra el racismo. (Prensa Libre 11-10-06, Rodríguez)

16 de octubre. El Colegio de Médicos pedirá hoy al Gobierno que resuelva la crisis en la red hospitalaria en un plazo de 72 horas, porque de lo contrario, afirmó que se retirará de la mesa de negociación, en la que participa como testigo de honor.

“En cuatro meses no hemos obtenido más que promesas. Ya discutimos suficiente sobre las necesidades en Salud y propusimos soluciones en la mesa, pero si no vemos voluntad real de solventar la problemática, nos retiraremos de las negociaciones”, advirtió ayer Mario Cerdón, presidente del Colegio de Médicos, en conferencia de prensa.

El 9 de octubre recién pasado, se retomó el diálogo con la participación de la Universidad de San Carlos y la Procuraduría de los Derechos Humanos.

Dirigentes del movimiento denunciaron ser víctimas de intimidación. “El viernes recién pasado, Ábner Vásquez, de la Comisión Médica Interinstitucional, fue víctima de un asalto”, afirmó.

Agregó: “Al día siguiente, se distribuyó un panfleto anónimo en el San Juan de Dios en el que se nos advertía al doctor Sergio Rivas y a mí, que seríamos los siguientes, y que podríamos correr peor suerte”. (Prensa Libre).

17 de octubre. Médicos y Gobierno aprobaron ayer un cronograma con los compromisos para abastecer los hospitales y normalizar la atención a

pacientes, lo que podría permitir reabrir las consultas externas dentro de dos semanas.

En un plazo de 15 días, el ministerio aseguró que comenzará a entregar medicamentos e insumos, en tanto que los médicos normalizarán la atención hospitalaria.

Las partes aceptaron la propuesta de los testigos de honor para resolver los problemas de abastecimiento, lo que originó el paro médico iniciado hace cuatro meses.

La propuesta incluye cuatro comisiones: una para tratar los problemas laborales, otra para la ampliación presupuestaria y dos para verificar que las autoridades cumplan con el abastecimiento, y los médicos, con la prestación de servicios. Además, establecieron el cronograma de la entrega de insumos. (Prensa Libre, Palencia).

18 de octubre. Jalapa. Dos recién nacidos murieron en menos de 24 horas en la Sala de Pediatría del Hospital Nacional Nicolasa Cruz, de esta ciudad, debido a que carece de respiradores automáticos.

Rodríguez explicó que como no tienen equipo de respiración automática, solicitaron a los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, de la capital, que recibieran al niño, porque sólo se necesitaba concentrarlo unas horas en esa máquina para normalizar su respiración. Rodríguez citó que en lo que va del año han dejado de existir 30 niños por la misma causa en este nosocomio, lo que genera un promedio de tres decesos por mes.

Los profesionales ordenaron a las enfermeras dar respiración manual al niño, pero después de unas horas, expiró.

Expuso que es injusto que las personas de escasos recursos deban resignarse a ver morir a sus niños, por no tener dinero para acudir a hospitales privados.

“Ojala que las autoridades puedan equipar adecuadamente la red hospitalaria pública y beneficiar a la clase popular del país”, concluyó.

Consultado al respecto el director del hospital de Jalapa, Edgar Ortiz, lamentó la muerte de los menores y aseveró que el centro asistencial nunca ha tenido respiradores para la atención de pacientes, ni sala de cuidados intensivos, por lo que la única solución es enviar a los pacientes a los hospitales de la capital, pero en esta ocasión no los recibieron.

Agregó que el Ministerio de Salud le informó que le asignaron a ese hospital Q1 millón 754 mil para comprar equipo e insumos.

Además, se autorizó el envío de dos respiradores automáticos; pero el dinero aún no está disponible y los aparatos no han sido enviados. Esperan que pronto queden solucionados estos problemas.

Por segundo día consecutivo, los médicos del Hospital Regional de San Benito, Petén, paralizaron labores en la consulta externa, informó el médico Flavio Rojas.

Adujo que también suspendieron las operaciones selectivas en apoyo a los facultativos que exigen equipo e insumos para la red hospitalaria del país.

Profesionales de otros centros asistenciales también podrían entrar en paro. (Prensa libre 18-10-06, Oliva).

ANEXO 3: CRONOLOGÍA ACTITUDES Y REACCIONES GUBERNAMENTALES

Primera etapa:

10 de junio. El director del Hospital Roosevelt, Gustavo Batres, quien asumió el cargo la semana recién pasada, explicó que la falta de insumos se debe a que tienen una deuda acumulada de Q30 millones, por lo que las farmacéuticas ya no los quieren abastecer.

Señaló que el Ministerio de Salud se comprometió a pagar la deuda en tres plazos, y esperan que la próxima semana empiecen a entregarles los fármacos.

El brote de influenza que se desató en el hospital contribuyó, según Batres, a que aquéllos se agotaran. (Prensa Libre, Palencia).

13 de junio. Gustavo Batres, director del hospital, afirmó que hoy al mediodía recibirán insumos y que aparentemente todo está bien en el hospital, pero los médicos aseguraron que eso no es cierto y que continuarán en paro. (Prensa Libre, Palencia).

14 de junio. Marco Tulio Sosa, ministro de Salud, durante un interrogatorio en la bancada de la Unidad Nacional de la Esperanza (UNE) expresó: “Estamos investigando junto al Ministerio Público (MP) y la Contraloría General de Cuentas (CGC) para ver qué está pasando, porque (los medicamentos) estaban en la bodega”. El funcionario se comprometió con los diputados a llevar a los responsables ante la justicia, aseguró César Emilio Fajardo, legislador de ese partido.

Sosa respondió a los congresistas por qué no ha pagado a los proveedores. Argumentó que arrastra una deuda de la gestión anterior, pero prometió que solventará ese compromiso. (Prensa libre, Rodríguez),

15 de Junio. “Descubrimos que el material entraba en las bodegas y salía directamente a la calle”, explicó Gustavo Batres, director del referido nosocomio.

Las autoridades no han cuantificado el material perdido, pero aseguran que la cantidad puede ser muy fuerte. Además, investigan junto al Ministerio Público (MP) una red bien estructurada en la que están implicados trabajadores de ese hospital.

Mario Colindres, gerente del Ministerio de Salud, contó: “Casualmente, hace un mes se cayó el sistema informático que controlaba las entradas y salidas de productos”.

Se obliga a los estudiantes de medicina a atender a los pacientes de consulta externa, pese a que no tienen la experiencia necesaria.

Marco Tulio Sosa, ministró de Salud, minimizó el asunto. Dijo que están en diálogo con el personal, y aseguró que sólo hay problemas con los reactivos de laboratorio.

Sosa tendrá que dar explicaciones mañana a la bancada del PP y deberá enfrentar el emplazamiento interpuesto por el sindicato de médicos en el Juzgado Sexto de Trabajo, por incumplimiento del pacto colectivo. (Prensa libre, Palencia).

17 de junio. Esta semana, el ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, afirmó que este es un país pobre y no se pueden tener medicamentos de última generación en los hospitales públicos. Los médicos se quejaron porque esta premisa no se ajusta a los sueldos de ciertos funcionarios del Ministerio, que superan los Q40 mil. (Prensa Libre, Palencia).

18. de junio. En entrevista especial, el asesor de medicamentos del Ministerio de Salud, Julio Valdez, dijo que hasta el último día de mayo, el nivel de abastecimiento era del 83 por ciento. Por encima de la norma internacional que establece arriba del 75 por ciento.

Y en cuanto a insumos, aún cuando reconoció que hacían falta tres reactivos de laboratorios, pero no es que estuviera en cero el promedio de disponibilidad, que era el caso particular del Hospital Roosevelt. No es que estuviera en crisis, el pasado miércoles reaccionamos.

Tenemos existencias para tres meses. Eso no significa que esperemos que se agote, manejamos niveles mínimos y máximos, cuando llegamos a niveles mínimos se hace una nueva compra.

Respondió que los paros eran sólo en el Roosevelt y, por el aumento salarial que estaba por darse a finales de junio.

Finalmente la responsabilidad de la falta de recursos, la atribuyó a que la gerencia les hace una asignación presupuestaria, con base en el plan operativo anual. De acuerdo a esta respuesta, entonces la responsabilidad sería del plan operativo y en consecuencia de quiénes lo presentan, que además del gerente o del director, estaría el equipo terapéutico que está integrado por médicos especialistas, jefes de servicio y enfermeras que, según el entrevistado, deciden qué es lo que necesitan.

Por su parte, el gerente financiero del Ministerio de Salud, Mario Colindres argumentó que las unidades ejecutoras no se han quejado por falta de recursos, ya que son ellos los que adquieren medicamentos e insumos.

Se trasladan los recursos a una unidad ejecutora, de acuerdo con las necesidades de abastecimiento. Además, vía acreditamiento, en sus cuentas bancarias les damos dinero en efectivo para hacer compras de emergencia, que a través de un sistema computarizado tiene la posibilidad de hacer sus requerimientos, en una o dos horas. Hasta el momento no tenemos queja de la unidad ejecutora por falta de dinero. (Prensa Libre1, Pérez).

20 de junio. Ludwig Ovalle, director del Hospital San Juan de Dios, dijo que no tenía conocimiento oficial de las acciones que tomarán los residentes. Aseguró que ese nosocomio está abastecido de fármacos, e informó de que están tramitando la licitación de equipo médico por Q2.5 millones.

“Soy consciente de que hay necesidades, pero no son de ahora. Si dan 48 horas de plazo, no lo tendremos”, dijo.

Llamó al diálogo y aseguró que debido a los problemas en el Roosevelt se incrementó el flujo de enfermos. (Prensa Libre, Palencia).

21 de junio. En medio de una Ronda de negociaciones. Gustavo Batres, director del Hospital Roosevelt, adversó lo dicho por los residentes y señaló que ya tienen la mayor parte de los fármacos que les hacían falta. La semana pasada reconoció que no había insumos debido a las deudas contraídas con los proveedores. “Esperamos que cuando lo comprueben vuelvan a atender las consultas”, indicó.

Ludwig Ovalle, director de ese hospital, defendió la postura institucional e indicó que no tienen carencia de fármacos, aunque reconoció que les falta equipo.

Como de costumbre, el ministro Sosa no quiso dar declaraciones sobre cómo solucionará el problema en los dos hospitales nacionales, que ha afectado a centenares de enfermos en las últimas dos semanas.

Por su parte, los médicos residentes no confían en las buenas intenciones de las autoridades de Salud y seguirán atendiendo sólo emergencias hasta que los fármacos y el equipo que necesitan lleguen a las bodegas de los hospitales.

“Seguimos igual, porque dicen que hay insumos y a nosotros no nos consta. Hasta que no lo comprobemos, vamos a estar en asamblea”, señaló Eddie Morales, representante de los residentes del Hospital Roosevelt.

Los médicos residentes del Hospital San Juan de Dios esperarán a que se cumplan los ofrecimientos que escucharon en la reunión con el ministro para empezar a atender las operaciones de consulta externa. (Prensa Libre, Palencia).

23 de junio. Durante un recorrido por los dos hospitales nacionales de la capital, el ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, afirmó ayer que los problemas de desabastecimiento se deben a robos y a problemas de administración de esas unidades.

Sosa verificó ayer en persona la falta de equipo y material que señalan los residentes y reconoció que hay problemas en la administración interna de los hospitales, lo cual provoca que los fármacos no lleguen a los médicos que los necesitan.

Informó de que varios trabajadores están implicados en el robo y que la denuncia penal ya se planteó a las autoridades correspondientes.

Respecto de las deficiencias de equipo indicó que este año se invertirán Q6 millones en cada uno de los hospitales para solventar las carencias.

Restó importancia a las protestas de médicos de nosocomios de los departamentos y dijo que cuentan con recursos suficientes. (Prensa Libre, Palencia).

24 de junio. En cuanto a las demandas salariales, Sosa aseguró que ya fue aprobado un incremento del 25 por ciento.

Luis Enrique Cuyún, secretario del Sindicato de Médicos y Cirujanos, manifestó que el aumento salarial se firmó con el gremio de trabajadores, mientras que todavía negocian con el de médicos. (Prensa Libre, Palencia).

24 de junio. El vicepresidente Eduardo Stein afirmó que los médicos están utilizando los problemas del Hospital Roosevelt como pretexto para pedir un aumento salarial.

“No hay desabastecimiento en la red hospitalaria del país. Creo que se está utilizando abusivamente el tema específico del Hospital Roosevelt para darle combustible a lo que en el fondo son demandas salariales”, aseveró ayer.

Stein dijo que este movimiento pretendía que se aumentara el sueldo en un cien por cien. Sin embargo, los médicos se encontraron con que era imposible que el Ministerio de Salud accediera a esa demanda.

El vicepresidente afirmó que se están confundiendo los temas de sueldo y de falta de medicamentos. Reiteró que en el Hospital Roosevelt sí hubo escasez de fármacos, pero ya se actuó para solventarlo.

No descartó que haya intenciones políticas detrás de ese movimiento en los hospitales y afirmó que para un posible aumento de sueldo de los médicos deberían esperar a que se incluya en la asignación del presupuesto del próximo año. (Prensa Libre, González).

25 de junio. Para supervisar el abastecimiento de insumos médicos en los hospitales San Juan de Dios y Roosevelt, el presidente Óscar Berger visitará mañana esos centros, que se encuentran en paro en demanda de medicamentos, equipos y mejoras salariales.

“Debido a la crisis en los hospitales nacionales, haré un recorrido para verificar si hay o no insumos suficientes”, confirmó el gobernante ayer, después de inaugurar cinco salas quirúrgicas en la sede de las Obras Sociales del Hermano Pedro.

Berger dijo que tiene información de que el sistema de salud cuenta con recursos suficientes. Sin embargo, “por una desafortunada decisión, en un intento de controlar algunos robos de medicamento, el ministro (de Salud), cometió el error de no surtir de la forma usual a los hospitales”, explicó.

Agregó: “Espero que podamos solucionar el problema, ya que la salud es un servicio esencial para los guatemaltecos”. (Prensa Libre, Blas).

25 de junio. Berger no descartó que las protestas de los médicos, que tienen en paro a unos 10 hospitales en el país, sean un pretexto para pedir un aumento salarial.

Recordó que en marzo recién pasado se aprobó un incremento de un 25 por ciento para los trabajadores del sector salud.

López aseguró que “cuando los médicos reciban su salario la próxima semana, ya incluirá ese aumento”. Según los médicos, en junio correspondería otra parte del aumento fijado en febrero”. (Prensa Libre, Blas).

27 de junio. Oliverio García Rodas, primer vicepresidente del Congreso, recibió las demandas y se comprometió a agilizar los trámites para que sea aprobado el estatuto y el incremento del presupuesto para la cartera de Salud en el 2007, luego de la manifestación que salió del Hospital Roosevelt hasta el Congreso de la República y a la Casa Presidencial. (Prensa Libre, Palencia y González).

27 de junio. El Ministerio de Salud ha entregado este año Q89.4 millones de su presupuesto para ser administrados por organismos financieros internacionales, sin que a la fecha exista mayor ejecución, denunció ayer la Comisión de la Mujer, del Congreso.

Nineth Montenegro, presidenta de esa sala de trabajo, expresó que habían citado ayer a Marco Tulio Sosa, ministro de Salud, para que explicara el manejo de ese dinero, pero el funcionario no asistió a la reunión.

Montenegro y otras diputadas comentaron que los fondos mencionados están destinados a un programa de prevención, pero no se conocen más detalles. Además, el año pasado Salud sólo colocó Q6 millones en manos de organismos internacionales.

Sosa envió en su representación a Alejandro Silva, coordinador del Programa de Salud Reproductiva, pero el funcionario no pudo responder a las interrogantes de las legisladoras.

En la reunión también participó un grupo de comadronas que exigen que se les proporcionen insumos para atender partos. (Prensa Libre, Paredes).

04 de julio. El ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, restó importancia al cierre de las consultas externas y afirmó que, excepto en el Hospital

Roosevelt, se ha estado trabajando en todos los centros y no hay tanta población afectada.

El funcionario expresó lo anterior a pesar de que al menos en ocho hospitales del país la atención en consultas externas es irregular y se limitaron las operaciones electivas.

Afirmó que su cartera trabaja para resolver los problemas de desabastecimiento, que iniciaron a principios de junio.

Anunció que se convocará a una mesa de diálogo para analizar la propuesta de creación del estatuto médico, la cual estará presidida por el vicepresidente Eduardo Stein. “Las reuniones se harán esta semana y estarán todos los sectores”, sostuvo Sosa.

El ministro dijo que no entiende el descontento de los médicos porque en el caso del Hospital San Juan de Dios hay un plan de inversión para compra de equipos y cuentan con medicamentos.

“Hay cosas de equipamiento para las que no tenemos recursos, pero otras se están ejecutando. No sé a quién no le convence”, enfatizó.

En el Roosevelt, afirmó, la situación va más lenta y los médicos se reunirán hoy para hacer una lista de necesidades.

“El miércoles nos vamos a reunir y nos entregarán sus demandas y haremos un programa para las compras”, expuso. (Prensa Libre, Palencia).

05 de julio. Marco Tulio Sosa, ministro de Salud, afirmó que esta semana esperan tener medicamentos suficientes en el Roosevelt para cuatro meses y que la compra de equipo se retrasará, por los procesos de licitación.

Por el contrario, Gustavo Batres, director del hospital, dijo que tienen insumos para un mes y manifestó que tienen problemas con proveedores. A los médicos esta justificación nos les basta y exigen reservas para tres meses. Batres confirmó que a 54 pacientes que esperaban operación les han dado egreso.

Juan Carlos Castro, director del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, afirmó que en los hospitales de la provincia no hay falta de fármacos, pero sí de equipo. Estimó que son necesarios Q30 millones para mejorar la red hospitalaria y que ahora sólo tienen Q5 millones disponibles. (Prensa Libre, Palencia y Munaiz).

07 de julio. Marco Tulio Sosa, ministro de Salud, anunció que en una semana habrá abastecimiento de medicinas para cuatro meses en el Hospital Roosevelt.

“Con eso confiamos en que los médicos volverán a sus labores”, aseveró el funcionario, después de una reunión con los diputados de la bancada Solidaridad.

Sosa expresó que consideran que parte del desabastecimiento en el Roosevelt se debió a una red del crimen organizado que se encargó de robar medicinas.

“No era robar una jeringa, tenían bodegas adonde llevaban las medicinas. Ya está presentada la denuncia”, dijo. (Prensa Libre, Palencia).

08 de julio. El vicepresidente Eduardo Stein manifestó que confía en que los médicos vuelvan en breve a atender la consulta externa. “Si en la mayoría de hospitales hay con qué trabajar, ¿por qué no se atienden las consultas?”, se preguntó.

El funcionario se mostró esperanzado de que el movimiento no se convierta en un frente de lucha política y que los médicos entiendan que habrá cosas para las que este año el Gobierno no tenga recursos.

El vicepresidente aseguró que estudian otorgar una ampliación presupuestaria al Ministerio de Salud, aunque ello aún está en estudio porque varias instituciones también lo han solicitado.

Stein afirmó que esperan que se integre otra comisión, para promover la aprobación del Estatuto Médico que regula el escalafón profesional, el sistema de ascensos y que los cargos directivos sean elegidos por carrera profesional.

Advirtió que el Ejecutivo apoya la propuesta, pero no puede garantizar que el proyecto vaya a ser aprobado en el Congreso de la República.

Ajeno a las carencias que tiene el sistema público de salud y a las deficiencias que han reconocido las autoridades sanitarias, el presidente Óscar Berger calificó la red hospitalaria de “muy buena”.

“He visitado la mayoría de hospitales del país, y si tuviera que calificarlos de uno a 10, les daría una puntuación de 8”. (Prensa Libre, Palencia, González y Blas).

El 12 de julio. El vicepresidente Eduardo Stein cuestionó el paro de los médicos, aduciendo que “las bodegas están llenas”, y criticó a sus representantes por no tomar decisiones.

“Pedimos que las personas que se sentaran a negociar tuvieran capacidad de decisión, y ahora nos dicen que van a consultar en asamblea. Nos parece que hay otros intereses”, afirmó el vicemandatario. El presidente Óscar Berger por su parte amenazó con despidos.

13 de julio. El vicepresidente Eduardo Stein dijo: “Nosotros les pedimos que las personas que se sentaran en la mesa a negociar tuvieran capacidad de decisión, y ahora nos dicen que van a consultar en asamblea. Nos parece que hay otros intereses”.

El funcionario aseguró que han demostrado tener voluntad para abastecer los hospitales y que esperan que este viernes se termine el paro. Más sensato fue el vicepresidente Eduardo Stein, quien reconoció: “Somos conscientes de que no se invirtió lo suficiente en los hospitales”.

Luis Felipe Polo, asesor de la Vicepresidencia, comentó que el Ejecutivo no permitirá que los pacientes continúen la próxima semana sin tener acceso a la consulta externa. (Prensa Libre, Rodríguez y Palencia).

14 de julio. El Gobierno advirtió ayer que tomará medidas legales si los profesionales no aceptan los acuerdos que fueron redactados en consenso y que serán conocidos hoy en asamblea de los médicos.

Según el presidente Óscar Berger “Al que no quiera trabajar, no lo podemos obligar, por lo que obviamente vamos a tener que cancelar los contratos. A las personas que necesiten atención estamos obligados a proporcionarles el servicio. El que no se presenta a trabajar tiene que ser liquidado; esto es en todos lados, no sólo en el Estado”

Aseguró que, de no llegar a un acuerdo, han preparado un plan de contingencia para garantizar que las consultas externas presten los servicios a la población.

El vicepresidente Eduardo Stein, aunque evitó especificar las medidas, fue claro en señalar que el plazo para que los facultativos reanuden sus labores se vence este día y comentó: “No vemos razón para seguir justificando el paro, el Ministerio de Salud tiene alternativas de carácter extraordinario contra los médicos si no hay resultados en la asamblea de mañana”.

Añadió que la demanda era recibir suministros de medicinas e insumos, y por eso se promovió el paro de labores, pero esas deficiencias fueron resueltas.

Respecto del Estatuto Médico, Stein comentó que llevará su tiempo en el Congreso de la República, ante lo cual no debe ser puesto como condición por los médicos para levantar el paro.

Los residentes rechazaron las amenazas del Ejecutivo por medio del representante de los residentes Sergio Rivas, quién de su afirmó: “Estamos sentados en una mesa de diálogo y no aceptamos amenazas ni represiones. En las reuniones con el vicepresidente quedó claro que no se tomarían represalias mientras se negociaba, y no han respetado el plazo que se acordó para que votara nuestra asamblea”,

Agregó que no es cierto que todos los hospitales estén abastecidos para el tiempo necesario y que falta equipo médico quirúrgico básico en muchos centros.

Los médicos celebrarán hoy una asamblea para votar sobre la propuesta y se reunirán de nuevo con el Gobierno.(Prensa Libre, Rodríguez, Palencia y González).

15 de julio. Las autoridades del Ejecutivo prevén resolver el problema por medio del diálogo con los médicos en los próximos días, para que el presidente Óscar Berger no se involucre.

Fuentes cercanas a la Presidencia aseguraron que las autoridades flexibilizarán su postura, para “hacer el esfuerzo de lograr acuerdos”.

El Gobierno confía en que los médicos reanuden los servicios de consulta externa, que han estado cerrados por más de tres semanas, excepto la del Hospital Roosevelt, que no atiende desde hace seis semanas.

“Hay un plan B si los médicos no quieren trabajar. Tenemos los argumentos legales, porque es obligación del Estado garantizar los servicios básicos, pero esperamos que el diálogo prevalezca”, manifestó la fuente.(Prensa Libre, Rodríguez y Arrecis).

16 de julio. El presidente Óscar Berger declaró ayer que tienen un plan de contingencia previsto para solucionar la crisis hospitalaria si no se llega a acuerdos con los facultativos. “El lunes se reanuda el diálogo, pero si ese día no hay ningún acuerdo, tenemos un plan de contingencia previsto”, afirmó, aunque no adelantó en qué consiste. (Prensa Libre, Arrecis y Castellanos).

17 de julio. “Si no se levanta el paro, el Ejecutivo tiene la obligación constitucional de garantizar los servicios de salud a la población y hará uso de sus facultades legales para que eso suceda”, expresó Luis Felipe Polo, asesor de la Vicepresidencia. (Prensa libre, González).

El 18 de julio, el procurador de los Derechos Humanos, Sergio Morales, quien fungió como testigo de las revisiones que personal de esa dependencia y médicos hicieron en las bodegas de los hospitales, reconoció que entre los faltantes hay equipo médico básico, sin el cual las “labores se pueden dificultar mucho”. Dio fe, sin embargo, de que el abastecimiento de medicamentos es del 85 por ciento.

09 de agosto. El vicepresidente Eduardo Stein informó ayer que el Ejecutivo no tenía conocimiento de la posibilidad de un nuevo paro de labores de los médicos del Hospital Roosevelt por carencia de insumos.

“No hay justificación para una medida así. Yo creo que la argumentación no tiene fundamento”, comentó Stein.

También insistió en la necesidad de agotar la reunión de hoy entre autoridades del Ministerio de Salud y los médicos, para conocer detalles de la situación.

“Los procesos de adquisiciones están en marcha. Las órdenes de compra se tramitaron y los procesos siguen adelante”, afirmó Stein. (Prensa Libre, Palencia y González).

Segunda etapa:

11 de agosto. El presidente Óscar Berger rechazó ayer el nuevo paro hospitalario y anunció que sustituirá a los médicos que no regresen a sus labores. Éstos aseguraron que no temen las amenazas, y exigieron el cumplimiento de los acuerdos y la compra de insumos.

El jefe del Ejecutivo solicitó a los médicos que depongan las medidas de hecho y atiendan a los pacientes.

Marco Tulio Sosa, ministro de Salud, coincidió con Berger, y aseguró que hay “una agenda política oculta” detrás de los médicos que amenazan con paros. Respecto del compromiso de comprar insumos, explicó que tienen que cumplir con los tiempos “que exige la ley”, para que todo se haga en forma transparente. (Prensa Libre, Vásquez, Rodríguez y Palencia).

12 de agosto. Las amenazas del Gobierno a los médicos se materializaron ayer con la destitución de dos médicos y el levantamiento de actas a 17 profesionales en el Hospital Roosevelt.

El presidente Óscar Berger giró instrucciones para que se reemplace a los médicos que suspendieron labores, por otros recién graduados, que aún están haciendo sus trámites para colegiarse.

Al parecer, Saúl Álvarez, director del Hospital de Jalapa, y Lisandro Estrada, fueron los primeros en ser despedidos ayer, lo cual todavía no ha sido confirmado.

El director de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, William Sandoval, llegó al Hospital Roosevelt para levantar acta a los médicos que no estaban en sus puestos de trabajo. Se tomó de 17 facultativos, según el director Gustavo Batres. (Prensa Libre, Rodríguez y Palencia).

13 de agosto. Lucrecia Alfaro, vocera del Ministerio de Salud, confirmó que la posición del Ejecutivo es que a los facultativos que no quieran laborar se les rescindirán su contrato.

Alfaro confirmó que los pacientes que asisten a los servicios de consulta de los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios serán trasladados a los centros de salud más cercanos. (Prensa Libre, Vásquez y Rodríguez).

14 de agosto. Por orden del presidente Berger, desde hoy, personal médico militar atenderá consultas externas en seis centros de salud en la capital y se habilitará un hospital de campaña para ofrecer asistencia especializada en la sede de Reservas Militares, en el Campo Marte, zona 5.

Añadió que se levantarán actas y se cancelarán contratos a los profesionales que no trabajen en los hospitales.

Los centros de salud que serán atendidos son los ubicados en las zonas 1, 3, 11, 21 (colonia Justo Rufino Barrios) y 7 (colonias Bethania y El Amparo).

El Ejército informó que 17 médicos harán el trabajado ordenado por el presidente y se enfatizó en que la consulta será gratuita.

También se habilitará un hospital de campaña en la sede de Reservas Militares, donde se prestarán los servicios de oftalmología, cardiología, gastroenterología, traumatología y cirugía.

Los insumos, medicamentos y material serán suministrados por el Ministerio de Salud. (Prensa Libre, González).

15 de agosto. Marco Tulio Sosa, ministro de Salud, anunció que ha levantado 37 actas de despido, principalmente de residentes, las cuales serán notificadas en breve.

Sobre el emplazamiento de su cartera y la advertencia de llevar a los médicos del Ejército al Tribunal de Honor, dijo que un reglamento es inferior a la Constitución, y que el paro es ilegal, por lo que ninguna de estas medidas se aplica en lo que calificó como un estado de emergencia.

El gobierno del presidente Óscar Berger condicionó efectuar un diálogo con los médicos para abordar la problemática hospitalaria. Las autoridades exigen atender la consulta externa como requisito para discutir la situación sobre la crisis en el sistema.

Rosa María de Frade, secretaria de Comunicación Social de la Presidencia, en conferencia de prensa, comentó que el viernes último los médicos del Hospital Roosevelt hicieron sus requerimientos para la compra de insumos.

Añadió: “Si se restablece la prestación de los servicios a la población, el presidente ha dicho que está en la mejor disposición de sentarse a hablar con los médicos”. (Prensa Libre, Vásquez).

16 de agosto. Rosa María de Frade, secretaria de Comunicación Social de la Presidencia, declaró que las acciones de los facultativos no tienen justificación y violan la ley. Afirmó que hay procesos de solución a las demandas planteadas.

Aseveró que el acuerdo ministerial que se enviará al Congreso a fin de solicitar la excepción en el uso de Q86 millones destinados a la compra de material médico para los principales hospitales recibió dictamen favorable de la Secretaría General de Planificación y del Ministerio de Finanzas Públicas.

Por ahora, las autoridades apuestan por el apoyo que brinda personal del Ejército en el Campo Marte y en centros de Salud.

Lucrecia Alfaro, vocera del Ministerio de Salud, expresó que cerrar la emergencia de un hospital es atentar contra la vida de los pacientes y viola la ley.

Comentó que los 37 médicos que fueron despedidos tienen cinco días para aclarar su situación ante un juzgado de Trabajo, por lo que aún no deben abandonar sus cargos.

Agregó que continuarán las acciones contra quienes no se presenten a trabajar, y que para ello el ministro tiene el apoyo del presidente Óscar Berger. (Prensa Libre, Vásquez).

17 de agosto. El presidente Óscar Berger anunció por la mañana que continuarán las destituciones si los médicos no atienden sus labores. “Es delito abandonar su trabajo y podrían ser sometidos a la ley penal (...) las medidas de hecho nos obligan a tomar medidas, y van a ser sustituidos por jóvenes médicos que quieren trabajar”, declaró el mandatario.

El Ministerio de Salud se comprometió ayer a no seguir con los procedimientos de despido de médicos, si regresan a trabajar en los próximos días.

“El proceso del levantamiento de actas tarda cinco días, y no queremos perjudicar a nadie. Si regresan, cancelamos esas actas”, aseveró el ministro Marco Tulio Sosa, en una reunión con la Comisión de Fiscalización de Compras del Sector Salud.

El funcionario prometió continuar con los procesos de compra de medicamentos e insumos, que es una de las condiciones de los médicos para deponer la huelga en las consultas externas. (Prensa Libre, Escobar).

18 de agosto. Esta es la segunda vez que el Ejecutivo se compromete en firme a agilizar las compras. La última fue el 26 de julio, cuando se dio fin a un paro de 48 días. Entonces, el Gobierno se comprometió a adquirir el material médico necesario para los hospitales, y los facultativos volvieron a atender las consultas externas. (Prensa Libre, Rodríguez, Palencia y Escobar).

25 de agosto. Las amenazas de los médicos en cuanto a endurecer las medidas de hecho, ante el incumplimiento gubernamental de comprar insumos, coinciden con la visita que el presidente Óscar Berger hará hoy a los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios para comprobar si ha habido mejoras.

“Los médicos deben entender que no somos Suiza, somos un país tercermundista, pero tenemos la voluntad de hacer los cambios en los hospitales”, argumentó Berger.

El gobernante comentó que el ofrecimiento a los profesionales incluye Q300 millones en el presupuesto del próximo año, para aplicar el estatuto médico, mecanismo a través del cual se aseguraría la mejora en sueldos de los facultativos.

El ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, expresó que de momento han sido identificados Q328 millones para enriquecer el presupuesto de Salud para 2007.

Agregó: “Estamos haciendo lo que podemos con los recursos que tenemos; se están ubicando recursos de los fondos sociales y algunas otras dependencias del Gobierno, pero llegar a los Q1 mil 300 millones es difícil”. (Prensa Libre, Palencia).

26 de agosto. En este problema el Gobierno ha demostrado su falta de capacidad de negociación, no ha logrado cumplir con las demandas de ese colectivo y luego de amenazar públicamente con despedir a los inconformes, tuvo que echarse atrás.

Al principio, las autoridades negaron y minimizaron la crisis, pero 20 días después de que el primer hospital parara, el ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, reconoció que no podía obligar a trabajar a los residentes “si no tenían con qué”.

Un mes después, el Gobierno se comprometió a transferir Q156.8 millones al Ministerio de Salud y a solicitar al Congreso la aprobación de un decreto para comprar sin licitación y agilizar así el proceso.

La semana pasada, el Ministerio y los médicos integraron mesas de trabajo para definir los productos que hacían falta. Se esperaba que finalizara el lunes, pero se atrasó y los residentes se negaron a levantar el paro.

Pablo Werner, delegado de la Procuraduría de Derechos Humanos en la mesa de discusión, señaló que la negociación por lo larga se torna cada vez más tensa, aunque se mostró esperanzado en que el problema se solucione pronto. Aunque hay gran número de población afectada, justificó las demandas de los médicos “ya que las condiciones en que están atendiendo a la población son de alto riesgo”.

Al cierre de esta edición, residentes y representantes del Ejecutivo continuaban reunidos en el Ministerio de Salud, en busca de una solución. (Prensa Libre, Palencia).

27 de agosto. El funcionario ofreció una conferencia de prensa a las 18 horas, donde advirtió que los médicos incurrirán en delito si se ausentan de las salas de urgencias.

Gutiérrez agregó que, si la medida se concreta, hará la denuncia al Ministerio Público.

Exhortó a retomar el diálogo y pidió a los médicos flexibilidad y que sean tolerantes y respetuosos en sus decisiones.

Informó que el abastecimiento de fármacos y equipo quirúrgico menor ha progresado en 95 por ciento, por lo que no se explica por qué el gremio médico no flexibiliza su postura.

Gutiérrez explicó que se implementará un plan de contingencia para que los pacientes sean atendidos en los puestos de Salud.

“La paralización de la emergencia es delito penado por la ley”, recordó el vicepresidente Eduardo Stein a los médicos que amenazan con paralizar las salas de urgencias de los hospitales.

Advirtió que, de concretarse esa situación, se actuará con todo el peso de la ley, porque nada justifica que continúen sin atender las consultas externas. (Prensa Libre, Escobar).

Tercera etapa (fase 1):

22 de septiembre. El martes último, el Congreso aprobó una excepción que quita la obligación a la cartera de Salud de licitar en Q86.8 millones para la compra de equipo médico, y así agilizar la solución de una de las demandas del paro médico, que lleva 105 días.

Por la utilización de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), que ha sido empleada para esquivar controles de fiscalización; el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) o la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Gobierno tendrá que pagar el 4 por ciento del total de los fondos administrados.

En lo que va del año, Salud sólo ha utilizado el 4 por ciento de los Q145 millones del renglón para la adquisición de equipo médico.

“Las crisis siempre son las mayores excusas para impulsar excepciones contra la transparencia.

Es comprensible una excepción para licitar, pero es inaceptable que por encima de esto se vaya a usar a una organización internacional; menos aún cuando ésta ha sido tan señalada por falta de transparencia”, criticó Alejandro Urizar, de Acción Ciudadana.

“El Legislativo no debió autorizar que no utilizaran la Ley de Contrataciones, porque ellos deberían haberlo previsto. Y que además de eso utilicen a OIM, que cobra entre 4 y 7 por ciento y no puede ser fiscalizada por la Contraloría, es un doble fraude al Estado de Guatemala”, aseguró Nineth Montenegro, de Encuentro por Guatemala. (Prensa Libre, Rodríguez).

26 de septiembre. Víctor Gutiérrez Longo, ministro de Salud, dijo ayer que luego de revisar el acuerdo de excepción en el que se les autoriza hacer compras sin cumplir procesos de la Ley de Contrataciones, descubrieron que no pueden utilizar los servicios de un organismo internacional porque incurrirían en ilegalidad. (Prensa Libre Paredes).

27 de septiembre. La crisis hospitalaria llega hoy a sus 110 días. (Prensa Libre, Escobar). **(Se agota primera fase (III etapa))**

Tercera Etapa (fase 2):

29 de septiembre. Inicia, hasta el 18 de octubre no se vislumbraba solución efectiva.

ANEXO #4: CRONOLOGÍA INTERVENCIÓN DEL CONGRESO:

Primera etapa:

27 de junio. Los médicos de Salud Pública salieron ayer a las calles en demanda de más insumos y de que se regule su situación laboral. La manifestación salió del Hospital Roosevelt hasta el Congreso de la República y a la Casa Presidencial, donde entregaron un memorial con sus peticiones. Hasta la capital llegaron médicos de varios departamentos para unirse a la marcha. Todos coincidieron en que trabajan bajo condiciones mínimas y que el material quirúrgico y el personal son escasos. (Prensa Libre, Palencia y González).

08 de julio. En el Congreso el ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, era interrogado por los diputados del Partido Patriota, a quienes afirmó que ya se está dando solución a varios problemas.

También participó el director del Hospital General San Juan de Dios, Ludwig Ovalle, a quien los diputados dieron 15 días de plazo para que solucione las carencias más básicas, o solicitarán su renuncia. También amenazaron con interpelar al ministro de Salud. (Prensa Libre, Palencia, González y Blas).

11 de julio. Nineth Montenegro, Diputada de la Comisión de la Mujer preguntó a Marco Tulio Sosa, ministro de Salud, las razones por las cuales ese despacho decidió colocar en manos de organizaciones internacionales Q90 millones de su presupuesto asignado para este año.

El funcionario respondió que entidades como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) son más eficientes que el Estado para administrar el dinero, por lo que han decidido asignarles varios proyectos.

Sosa también fue interrogado respecto del uso de los recursos asignados a salud reproductiva y consulta externa de hospitales, donde hubo reducciones presupuestarias significativas. El ministro dijo que tuvo que adecuar el presupuesto para pagar aumentos de sueldo de este año.

13 de julio. La propuesta del Gobierno sobre una ampliación presupuestaria para el Ministerio de Salud que trascendió de la mesa de diálogo sobre ese tema será analizada por las bancadas en el Legislativo.

Se discutirá respecto de una posible ampliación presupuestaria para el sector salud, la cual sumaría Q156.8 millones.

Raúl Robles, diputado de la Unidad Nacional de la Esperanza (UNE), y Arístides Crespo, jefe del bloque eferregista, coincidieron en que consultarán con sus bloques la propuesta.

“Por la emergencia, sí podríamos apoyar”, dijo Víctor Toledo, legislador de la Comisión de Salud, cuya postura concuerda con la de Mario Taracena, de la bancada panista.

El bloque del Centro de Acción Social (Casa) presentó una iniciativa para regular el servicio médico del Estado.

Rafael Barrios, ponente del proyecto, aseguró que obtuvo el visto bueno de varios médicos.

El Partido Patriota propone que los recursos salgan del Programa de Apoyo Comunitario y Rural, dijo Roxana Baldetti.

El partido oficial sí apoyará la petición, opinó Jaime Martínez, jefe de ese bloque. (Prensa Libre, Osorio).

14 de julio. Una iniciativa de ley para reordenar el presupuesto de algunas instituciones y aportar al Ministerio de Salud presentó ayer el Partido de Avanzada Nacional (PAN).

Mario Vásquez, jefe de esa bancada, explicó que la red hospitalaria nacional necesita en estos momentos Q108 millones para comprar equipo.

El diputado expresó que el dinero podría obtenerse de renglones presupuestarios que no se usan.

La propuesta plantea restar al presupuesto de la Presidencia Q15 millones; de las secretarías u otras dependencias del Ejecutivo, Q70 millones; otros Q18 millones se restarían al Programa de Apoyo Comunitario Urbano y Rural, y Q10 millones de los intereses que generan los ahorros del Congreso.

La iniciativa será presentada al pleno la próxima semana y los panistas esperan recibir apoyo de otros bloques. (Prensa Libre, Paredes).

15 de julio. La solicitud de que legisladores participen en la mesa de diálogo será discutida la próxima semana en el hemiciclo. Mientras, distintos bloques evaluaban ayer la posibilidad de apoyar la iniciativa de ley presentada por el Partido de Avanzada Nacional (PAN), que propone el reordenamiento del

presupuesto de tres instituciones -incluido el Congreso- para dotar de recursos al Ministerio de Salud. (Prensa libre Paredes, Palencia y Arrecis).

18 de julio. María Antonieta de Bonilla, ministra de Finanzas, quien acudió ayer a una reunión con diputados del Partido de Avanzada Nacional (PAN), dijo que hizo una evaluación con autoridades del Ministerio de Salud en la que establecieron que necesitan Q156.8 millones para atender las demandas de los trabajadores del sector.

De Bonilla, dijo: “De momento, creemos que el dinero para el equipamiento de la red hospitalaria –Q86 millones– podría salir de los fondos del Pacur”.

Explicó que para el resto de exigencias de los salubristas, que incluyen insumos y contratación de personal, se obtendrán fondos de una partida de donaciones a Salud (Q30 millones) y Q20 millones más de ahorros que han logrado con la reducción del 10 por ciento al presupuesto de inversión que se hizo este año.

La ministra afirmó que en cuanto se defina el reordenamiento, Salud podría pedir al Congreso la aprobación de un acuerdo de excepción que le permita usar los recursos de forma ágil.

La bancada del PAN insistió en que hoy presentará en el Congreso una iniciativa para retirar dinero a la Presidencia, las secretarías del Ejecutivo y los ahorros del Congreso, para paliar la crisis hospitalaria. (Prensa Libre, Paredes).

Segunda etapa:

26 de agosto. PL: El Congreso interpelará a Marco Tulio Sosa, ministro de Salud, por solicitud de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG). Antes por Nineth y PP.

Los congresistas quieren que el funcionario explique la situación de la red hospitalaria nacional y los motivos por los que se retrasaron los acuerdos establecidos con los médicos.

Alba Estela Maldonado, diputada de la URNG, expresó que les preocupa la situación que afronta el sistema de Salud Pública.

La fecha y hora para la citada interpelación será fijada en la sesión plenaria del próximo martes.

Será la segunda interpelación para Sosa, pues en abril de 2005 respondió a un largo interrogatorio en el hemiciclo, promovido por el diputado Mario Bolaños, del Frente Republicano Guatemalteco.

El funcionario también fue citado para la próxima semana por la bancada del Partido de Avanzada Nacional, para responder sobre el mismo problema. (Prensa Libre, Paredes).

Tercera etapa (Fase 1):

12 de septiembre. Representantes de médicos de los hospitales nacionales pidieron apoyo a las distintas bancadas del Congreso para que se aumente en Q1 mil millones el presupuesto de Salud para el próximo año.

Los médicos se reunieron ayer con Gudy Rivera, jefe de la bancada del Partido Patriota (PP), único bloque que les hacía falta para completar su recorrido por el Legislativo.

En el proyecto de Presupuesto del 2007 que el Ministerio de Finanzas envió al Congreso se asignan Q2 mil 405 millones para Salud. (Prensa Libre, Paredes).

Los médicos quieren que ese monto sea aumentado en Q1 mil millones, por ello han visitado todos los bloques del Legislativo para pedir respaldo a su propuesta.

20 de septiembre. El Ministerio de Salud podrá comprar Q86.8 millones en equipo médico sin licitar –tras la autorización del Congreso–, a pesar de haber gastado menos del cuatro por ciento de ese reglón en lo que va del año.

El Legislativo aprobó ayer la resolución que pedía el Gobierno para solucionar una de las demandas de los médicos, en paro desde hace 103 días.

La aprobación se logró con más de dos terceras partes del pleno, en una sesión donde hubo críticas al Ejecutivo por administrar mal los recursos y obviar la Ley de Contrataciones.

Nineth Montenegro, de Encuentro por Guatemala, criticó la puerta que se abre para anomalías con la excepción de licitar.

“¿Por qué si tienen un renglón de Q145 millones para compra de equipo gastaron sólo Q7 millones hasta el 14 de septiembre y nos piden un acuerdo para no licitar?, cuestionó. (Prensa Libre, Rodríguez).

22 de septiembre. El martes último, el Congreso aprobó una excepción que quita la obligación a la cartera de Salud de licitar en Q86.8 millones para la compra de equipo médico, y así agilizar la solución de una de las demandas del paro médico, que lleva 105 días. (Prensa Libre, Paredes).

ANEXO #5: CRONOLOGÍA: BÚSQUEDA DE UNA SOLUCIÓN AL CONFLICTO Y A LA CRISIS DEL SISTEMA HOSPITALARIO.**Primera etapa:**

16 de junio. El Ministerio de Salud llegó ayer a un acuerdo con los proveedores de medicamentos y material quirúrgico. Se comprometieron a entregar el material solicitado por el hospital y aceptaron el esquema de pago.

Se les proporcionará el 30 por ciento en junio, otro 30 por ciento en septiembre y el resto en diciembre. Además, se les pagarán en el plazo de un mes los pedidos realizados este año, explicó Mario Colindres, gerente del Ministerio.

Los proveedores se comprometieron a empezar a entregar el material al Hospital Roosevelt en un plazo de 72 horas. Gustavo Batres, director del hospital, indicó que tras la entrega esperan retomar la actividad normal la próxima semana. (Prensa libre, Palencia).

21 de junio. Once días después de que los médicos residentes del Hospital Roosevelt se declaran en asamblea y limitaran la atención sólo a emergencias por falta de medicamentos, el ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, sostuvo ayer el primer acercamiento con ellos para encontrar una solución al cese parcial de labores, que ha afectado a cientos de enfermos.

El diálogo duró nueve horas; por la mañana Sosa se reunió con representantes del Hospital Roosevelt, y por la tarde, con los del San Juan de Dios. Con ambos grupos acordó enviar hoy a Salvador López, viceministro del ramo, y a Juan Carlos Castro, director del programa de mejoramiento del servicio de salud, a verificar la situación de abastecimiento en ambos centros.

Dependiendo de las deficiencias que se encuentren, el ministerio podría dar apoyo a los que enfrentan las peores condiciones. (Prensa Libre, Palencia).

22 de junio. Durante una reunión que duró más de 10 horas ininterrumpidas, autoridades de Salud y médicos residentes del Hospital San Juan de Dios analizaron cómo solucionar la vicisitud desatada en ese centro asistencial por la falta de material quirúrgico y otros insumos; mientras tanto, continúa el paro parcial de labores.

Los invitados a la reunión sólo se levantaron para atender alguna llamada telefónica. El almuerzo se lo llevaron a la sala. Después de una jornada

intensa en la que los médicos plantearon sus necesidades, las autoridades regresarán hoy con una supuesta solución para terminar con el desabastecimiento en el hospital.

Sergio Rivas, representante de los médicos residentes, resumió los puntos concluidos: “Se formó una comisión de verificación en salas de operaciones para ver cómo equipar las áreas de laringoendoscopia, cirugía, traumatología y ginecología”.

Indicó que el Ministerio les ha dado la razón y que se ha comprometido a adquirir los insumos que faltan por compra directa y contrato abierto.

Pese al diálogo y las promesas vertidas, el colectivo dio un plazo de 48 horas a partir de ayer para decidir si prosiguen o no con la huelga, que afecta ya a cientos de pacientes. Ningún representante de la cartera de Salud quiso dar declaraciones.

“Quiero saber qué está pasando”, dijo el 21 de junio el ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, respecto de las deficiencias existentes en los hospitales San Juan de Dios y Roosevelt.

El funcionario informó de que en conjunto con los residentes y autoridades hospitalarias están inventariando las carencias, para solventarlas. “Quiero que me busquen hasta en los basureros”, manifestó. (Prensa Libre, Munaiz).

24 de junio. Diálogo sin resultados

Los intentos de diálogo y las promesas del Ministerio de Salud no convencieron a los facultativos, quienes no han retomado las actividades.

Luis Enrique Cuyún, secretario del Sindicato de Médicos y Cirujanos manifestó que están abiertos al diálogo y que no han recibido ninguna invitación del Ministerio de Salud para sentarse a la mesa.

“Estamos dispuestos a negociar, pero con observadores de prestigio, para que sean testigos de los ofrecimientos y de que éstos se cumplan”, expresó Cuyún. (Prensa, Palencia).

25 de junio. El viceministro de Salud, José Salvador López, informó de que el miércoles recién pasado se reunió con médicos residentes y autoridades del Hospital San Juan de Dios, para buscar soluciones a las demandas planteadas por profesionales.

“Fue una reunión positiva, pues todos estamos preocupados por resolver la situación en beneficio de la población”, aseguró. (Prensa Libre, Blas).

27 de junio. En visita a los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, el presidente Berger escuchó las quejas de los médicos, reconoció que hubo negligencia en la gestión y dio dos meses de plazo para que se resuelva el problema.

“Vuelvo el 26 de agosto. Damos dos meses para que se den las mejoras y se implementen los cambios; de lo contrario, tendremos nosotros que hacer otros cambios”, prometió al terminar su recorrido.

Luego se dirigió al Hospital San Juan de Dios, de donde salió con la percepción de que el panorama es mejor. En ese centro no habló con los residentes, quienes se encontraban en la protesta y pidieron una reunión con el mandatario para presentarle sus reclamos. (Prensa, Palencia y González).

30 de junio. Los facultativos se reunieron ayer con el ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, y cuando lo enteraron de la medida que tomarán el lunes, expresó: “No puedo pedirles que trabajen si no tienen con qué”.

Reconoció que hay 30 productos en situación crítica, y que en dos semanas esperan poder contar con lo necesario.

Informó a los residentes de que entregarán Q9 millones para inversión y Q30 millones para pago de deudas adicionales al presupuesto para 2006, que es de Q163 millones. Una comisión con médicos del Roosevelt y personal del Ministerio definirá las compras que harán.

Los residentes relataron que el ministro reconoció en la reunión a puerta cerrada que él mismo “no se internaría en el hospital, dada la situación en que se encuentra”.

Están a la espera de que la dirección les entregue el cronograma con las compras que realizarán. “Nos lo iban a dar hoy (ayer), pero no cumplieron. Esperamos que esté el lunes y lo analizaremos con la asamblea”, explicó Sergio Rivas, representante de los residentes.

El Ministerio destinó al San Juan de Dios Q6 millones para inversión, cifra que los facultativos consideran insuficiente para comprar todos los insumos que necesitan. (Prensa Libre, Palencia).

04 de julio. El presidente del Colegio de Médicos, Mario Cerdón afirmó: “Estamos pidiendo que se forme una comisión de alto nivel para negociar, y que se den soluciones ya, no a largo plazo. Y si es necesario, que den un aporte extraordinario a Salud”, afirmó Cerdón.

El Colegio de Médicos está a la espera de la respuesta del vicepresidente Eduardo Stein, a quien el Gobierno designó para conversar con el gremio.

El médico señaló que los paros han aumentado debido a la falta de respuesta de las autoridades, y que es la gente pobre quien sufre las consecuencias de los desatinos del Ministerio. “Les pedimos que comprendan que el movimiento busca que podamos ofrecerles un servicio médico de calidad”, agregó.

Los residentes del Hospital Roosevelt darán una semana de plazo a las autoridades de Salud para que les presenten una propuesta seria. Si no les responden, el lunes próximo podrían iniciar paros en la sala de urgencias.

En el Hospital San Juan de Dios los médicos residentes decidieron tomar medidas más drásticas y paralizar la consulta externa, después de conocer la propuesta de su Dirección.

Esperar seis meses para conseguir parte del equipo quirúrgico, ciertos anestésicos o hipertensivos, no era la respuesta que esperaban los facultativos.

“Hay cuestiones para las que plantean soluciones para el 2008, y el equipo nos hace falta ahora. Pedimos responsabilidad y compromiso de las autoridades”, aseveró Sergio Rivas, representante de los residentes del San Juan de Dios.

06 de julio. El Colegio de Médicos se reunió ayer por la mañana con el vicepresidente Eduardo Stein y el ministro de Salud Marco Tulio Sosa y planteó la instalación de dos comisiones negociadoras, para tratar por un lado los problemas de abastecimiento de los hospitales, y por otro, la aprobación del Estatuto Médico.

La propuesta: Stein se comprometió a apoyar la aprobación del Estatuto Médico en el Congreso y planteó la creación de dos comisiones para solucionar los problemas de la red hospitalaria, que han provocado el cierre de al menos 13 centros.

Las comisiones estarían integradas por el Colegio de Médicos, sindicato, Universidad de San Carlos, residentes y los ministerios de Salud y Finanzas y la Oficina Nacional de Servicio Civil.

Una se encargaría de promover el Estatuto Médico, que regula el escalafón profesional y establece el sistema de ascensos y de designación de cargos directivos. La otra abordaría el problema del desabastecimiento de fármacos.

Los médicos trasladarán la información a sus representantes en todo el país para que en asamblea decidan si forman parte del diálogo.

Pese a la propuesta de negociación, el cese de los paros en los hospitales no parece estar cerca, según los facultativos. El sindicato presiona por el Estatuto y los médicos residentes del San Juan y el Roosevelt demandan insumos para poder atender a sus pacientes.

Tras conocer el resultado del encuentro durante una asamblea ayer por la noche, el sindicato aseguró que el Colegio de Médicos no tiene la legitimidad para negociar por su cuenta el problema de la red hospitalaria.

“Nosotros ya teníamos una comisión multisectorial formada, y el Colegio habló con el Gobierno a cuenta propia. Vamos a consultar con las bases y luego decidiremos”, explicó Leopoldo Mérida, del sindicato de médicos.

Los médicos residentes apoyaron la postura del sindicato e indicaron que seguirán sin atender las consultas externas hasta que en sus hospitales haya insumos para por lo menos tres meses. Pidieron al Gobierno que sea Stein quien medie en las negociaciones y no el Ministerio de Salud.

Pese a la apertura al diálogo, los profesionales afirmaron que el paro no cesará hasta que el Gobierno les dé pruebas reales de que les va a entregar los insumos. (Prensa Libre, Palencia).

08 de julio. Gobierno y médicos se sentaron ayer por la tarde para elaborar la agenda de las necesidades y las acciones que se llevarán a cabo para solucionar los problemas de falta de insumos en la red hospitalaria.

Los facultativos elaborarán una lista de equipo, medicamentos y alimentos que necesitan en los centros, y las autoridades evaluarán la viabilidad de comprarlas.

El Ejecutivo se comprometió a emitir un acuerdo gubernativo para respaldar la integración de la mesa de trabajo en la que pedirán la participación del

cardenal Rodolfo Quezada Toruño y del procurador de los Derechos Humanos, Sergio Morales, como testigos de honor.

La comisión que se reunió ayer por la tarde de inmediato abordó el desabastecimiento en los hospitales.

Acordaron elaborar una lista de las necesidades, con base en la falta de fármacos, equipo médico y alimentación.

El próximo lunes se volverían a reunir y presentarían un informe detallado con las demandas de todos los hospitales del país y centros de Salud. Esta información se cruzará con la de los procesos de compra que ya inició el Ministerio.

La comisión calendarizará las compras a corto, mediano y largo plazos, de acuerdo con las necesidades de los centros de Salud, basados en tres aspectos:

Suministro de medicamentos. - El primero de los asuntos por resolver será el de los fármacos. Los facultativos aseguran que es recurrente la falta de varios tipos de antibióticos, anestésicos o antihipertensivos, entre otros. Hay escasez de reactivos de laboratorio, lo que impide que se realicen pruebas de laboratorio. Piden garantías de que el flujo de productos sea constante y haya reservas en los centros para tres meses.

Equipo médico-quirúrgico. - Afirman que es urgente la renovación del material de quirófano, compra de monitores para cuidados intensivos y respiradores, entre otras necesidades. También exigen que haya una garantía de que se va a dar mantenimiento al equipo que se compre.

Alimentación hospitalaria. - Reclaman más fondos para que la comida que se da a los pacientes sea de calidad, ya que es un factor fundamental para su completa recuperación.

Ampliación presupuestaria. - Solicitan al Gobierno que traspase más fondos al Ministerio de Salud para que pueda afrontar las compras que solicitan. De acuerdo con cálculos de esa cartera, se necesitarían Q25 millones para atender las necesidades de equipo de los hospitales de los departamentos, y sólo disponen de Q5 millones para este año.

Emergencia. - Piden que el Congreso apruebe compras de emergencia, para evitar que se alarguen los procesos de adquisición. (Prensa Libre, Palencia, González y Blas).

11 de julio. Cinco horas de negociación entre Gobierno y médicos terminaron sin ningún avance y con el único compromiso de que el Ejecutivo presente hoy una propuesta concreta de cómo comprar los medicamentos y equipo. Mientras, el paro en las consultas externas sigue.

El ambiente de la mesa de trabajo de la comisión negociadora fue tenso durante la mayor parte del tiempo, hubo un momento en que la discusión se caldeó tanto que tuvieron que pedir un receso para que se calmaran los ánimos, contaron los participantes.

Al final, los médicos no vieron avances en su petición de que se compre el material y el equipo que necesitan, y el Gobierno no consiguió que los facultativos acepten regresar a sus labores mientras se soluciona el problema.

Ejecutivo pide que regresen a trabajar: El Ejecutivo presentó a los médicos los documentos que comprueban las compras de fármacos que se han hecho y las que están en proceso.

Entre sus peticiones está que los facultativos regresen a trabajar mientras se da el diálogo y se ejecutan las compras.

No han estimado el monto que podrían destinar a la adquisición de equipo.

Hoy presentarán la propuesta de cuánto y cuándo podrán comprar.

Los Médicos piden Garantías: Los médicos presentaron un listado de las necesidades de la red hospitalaria nacional.

Aseguran que no volverán a sus labores hasta que los centros estén abastecidos para tres meses tengan lo requerido y que hay equipo básico que se necesita con urgencia.

Respetarán el tiempo que se demore la compra del equipo más sofisticado, por los procesos de licitación. (Prensa libre, Palencia).

12 de julio. Los médicos salieron ayer (martes 11) de la Vicepresidencia de la República con una propuesta para abastecer hospitales, y el viernes (14), en asamblea, decidirán si la aceptan y suspenden el paro de las consultas externas en al menos 16 hospitales del país.

Gobierno y residentes llegaron a un preacuerdo en el cual las autoridades se comprometen a entregar en dos días parte de los insumos y fármacos que se necesitan en los hospitales.

Un vocero de los médicos dijo que quieren que el abastecimiento esté garantizado hasta finales de año y aseguró que en su protesta no hay ningún interés ni manipulación políticos.

Luis Felipe Polo, asesor de la Vicepresidencia, explicó que las necesidades para la red hospitalaria ascienden a Q156 millones y que el Gobierno trata de obtener los fondos para trasladarlos al Ministerio de Salud.

Agregó que en la propuesta está el compromiso del Gobierno de priorizar las compras de equipo, tener abastecidos con medicamentos a los hospitales de manera inmediata y apoyar la aprobación del estatuto médico.

Julio Chicas, residente del Hospital San Juan de Dios, aseveró que: Los residentes demandan que los compromisos no sean sólo verbales. "Con papeles y propuestas no podemos operar".

Esta es la propuesta que el Gobierno hizo a los médicos y que será analizada por éstos hoy.

- Compromiso del Gobierno de abastecer la red hospitalaria.
- Solicitar ampliación presupuestaria por Q156.8 millones.
- Promover la aprobación del estatuto médico.
- Cumplir con hacer las compras establecidas por la comisión médica.
- Reuniones periódicas para garantizar el cumplimiento de lo acordado.
- La comisión médica levantará el paro de servicios si la asamblea acepta la propuesta. (Prensa Libre, Palencia).

15 de julio. La propuesta de la comisión negociadora entre médicos y Gobierno fue rechazada ayer por las bases en asamblea, aunque los facultativos hicieron una contraoferta a las autoridades, que las partes aceptaron discutirla en un próximo encuentro que se celebrará el lunes.

El rechazo de los médicos causó malestar en el Gobierno y provocó tensión entre ambas partes, pero por la noche las aguas se calmaron y decidieron retomar el diálogo.

En la mañana, durante una asamblea celebrada en el Hospital San Juan de Dios, los facultativos no aceptaron la propuesta planteada por la comisión negociadora y añadieron modificaciones.

Representantes del Gobierno y de los médicos se habían comprometido a reunirse en el referido hospital luego de la asamblea, pero el Gobierno no quiso porque adujo que primero quería conocer y estudiar la propuesta.

El incumplimiento de las autoridades estatales molestó a los residentes, quienes rechazaron las amenazas del presidente Óscar Berger de tomar acciones legales contra ellos si no deponían el paro.

“No han querido venir a dialogar, y en las conversaciones acordamos que no habría represalias y nos están amenazando”, manifestó Eddie Morales, representante de los médicos.

A las 17 horas, un mensajero de la Vicepresidencia llegó al nosocomio a recoger el documento, y luego cambió la postura oficial.

Luis Felipe Polo, asesor de la Vicepresidencia, explicó que acordaron sentarse de nuevo con la comisión de médicos para discutir las peticiones de éstos y las propuestas de la mesa de trabajo.

“No hay necesidad de llegar a medidas extraordinarias. Por eso la idea es llegar a acuerdos que permitan que se levante el paro, porque no se justifica más”, comentó Polo. El diálogo se reanudará el lunes a las 11 horas.

Los representantes de los facultativos explicaron que están dispuestos a levantar el paro cuando el Gobierno les entregue los insumos que más les urgen. “Estamos en la disposición de que el problema se resuelva de la mejor forma, para no afectar a la población”, aseveró el médico Sergio Rivas. (Prensa libre, Paredes, Palencia y Arrecis).

15 de julio. Asamblea de médicos demanda:

- Compromiso de mantener la red hospitalaria abastecida. Dan como plazo hasta el 21 de julio para lo más urgente, y el resto de equipo en los siguientes meses. Entre otras necesidades exigidas: equipar con

monitores las áreas de shock de las emergencias y maternidad, aspiradores en los intensivos, lavamanos y dispensadores de jabón.

- Ampliación presupuestaria por Q156.8 millones, pero con respaldo legal.
- Incremento del presupuesto de Salud hasta el 4 por ciento del Producto Interno Bruto.
- Establecer una comisión de monitoreo para verificar el cumplimiento de los acuerdos.
- Aprobación del estatuto médico. (Prensa libre, Paredes, Palencia y Arrecis).

18 de julio. Una instancia de verificación creada para el efecto, integrada por Médicos, personal del Ministerio de Salud y delegados de la Procuraduría de Derechos Humanos (PDH) certificarán hoy si los hospitales están abastecidos con los insumos suficientes, tal y como afirma el Gobierno.

Hoy, a las 13 horas, la comisión negociadora se reunirá en el Hospital Roosevelt para compartir el resultado de la verificación, que se llevará a cabo en los 44 hospitales públicos del país, y del resultado de este encuentro dependerá si los médicos vuelven a atender la consulta externa.

Tras cinco horas y media de reunión, médicos y Gobierno concluyeron en:

- Firmar y publicar esta semana, el acuerdo ministerial para transferir Q156.8 millones al Ministerio de Salud.
- Solicitar al Congreso que autorice compras de excepción por Q86.8 millones, para acortar los procesos de licitación que exige la Ley de Compras y Contrataciones del Estado.
- Q20 millones se destinarán a la contratación de personal.
- Incrementar presupuesto de Salud para el 2007.
- Impulsar la aprobación del Estatuto Médico.

- Los médicos levantarán el paro hoy, si la instancia de verificación creada para el efecto, comprueba que hay insumos. (Prensa Libre, Palencia).

19 de julio. La inspección efectuada ayer por personal de la PDH, Salud y médicos, en los 44 hospitales públicos del país, evidenció a priori que hay fármacos, pero falta equipo básico.

La Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) presentará hoy a la comisión negociadora, integrada por médicos y autoridades, el informe final de las visitas a los nosocomios.

Carlos Pérez, médico de supervisión hospitalaria de la PDH, comprobó la situación en el San Juan de Dios. Tras un recorrido por bodegas de medicamentos y material quirúrgico, salas de operaciones y farmacias, dijo: "Vimos medicamentos, pero la infraestructura hospitalaria está en estado muy grave".

César Augusto Darce, asesor médico de la PDH, quien participó en la verificación en el Roosevelt, observó deficiencias. "El médico no tiene lo necesario para trabajar. En el intensivo no hay monitores, faltan respiradores y el equipo está dañado", aseguró.

Pese a ello, comentó que pedirán a los residentes que atiendan la consulta, para no perjudicar más a la población.

Eddie Morales, representante de los facultativos, advirtió que el paro seguirá hasta que las autoridades compren lo que falta.

En Coatepeque, Quetzaltenango, Luis Alberto López Batzin, de la PDH, calculó que el hospital está abastecido en 80 por ciento; sin embargo, al menos cuatro pacientes necesitaban antibióticos y no había.

El director del centro, Walter Homero Urrutia, reconoció la carencia y dijo que ya efectuaron los pedidos correspondientes.

En Jalapa, el principal problema era el material para quirófano. Médicos mostraron a los delegados de la PDH alicates y pinzas corrientes que usan para operaciones.

El nosocomio tiene los medicamentos básicos, pero el problema sigue siendo el equipo. "Son unos 70 insumos básicos los que necesitamos para trabajar

de forma decorosa. Medicamentos tenemos, pero el equipo complementario aún no", se quejó el médico Juan Carlos Rodríguez.

Osmín Revolorio, procurador auxiliar en Escuintla, no detectó carencias en el hospital de esa cabecera. "Al día de hoy, en las bodegas hay fármacos y equipo quirúrgico para atender a pacientes", informó.

Una situación contraria se observó en el hospital San Juan de Dios de Quetzaltenango. Rudy Castillo, de la PDH, señaló que hay muchas necesidades.

"Qué inhumanas las condiciones del hospital más importante de la región. Me conmueve ver que las personas no estén recibiendo la atención que merecen", expuso. (Prensa libre, Palencia y Munaiz).

20 de julio. El ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, y los representantes de los médicos llegaron ayer a un arreglo, después de 42 días de demandas: se comprará esta semana el equipo básico que falta, y los médicos levantarán el paro.

Los pacientes tendrán que esperar al menos cinco días más para poder recibir atención, ya que los médicos no precisaron cuándo empezarán a atender. Ello dependerá del envío de los insumos por parte de Salud.

Tras la reunión que sostuvo la comisión negociadora, integrada por autoridades de Gobierno y residentes, Sosa aseguró que hoy empezarán a comprar el material que falta, el cual estará el lunes en los hospitales.

Las partes acordaron instalar mesas de trabajo para agilizar la adquisición de los insumos que necesitan para empezar a trabajar la próxima semana.

"Volveremos a las actividades en el momento en que tengamos lo que el hospital necesita de inmediato, se hayan firmado o no acuerdos", advirtió Sergio Rivas, representante de los residentes. (Prensa libre, Palencia).

27 de julio. Después de más de cuatro horas de negociación en un salón de la Casa Presidencial, los médicos anunciaron a las 23 horas que a partir de hoy abrirán las puertas de las consultas externas, y las autoridades prometieron abastecer las bodegas de medicinas y comprar el equipo quirúrgico solicitado.

Los representantes de ambos grupos en conferencia de prensa informaron sobre los acuerdos.

La negociación se efectuó en un ambiente tenso. Ante la insistencia de los médicos de no volver a trabajar, las autoridades amenazaron con empezar a destituir a grupos de profesionales.

La presión resultó cuando a las 22 horas se logró consenso y empezaron a redactar los acuerdos; una hora después se anunció el fin del paro.

Estos son los principales acuerdos entre representantes de médicos y autoridades del Gobierno:

- Enviar al Congreso un decreto de excepción a la Ley de Compras y Contrataciones, para comprar equipo por Q86.8 millones.
- Incluir en el presupuesto para el próximo año un aumento de Q1 mil millones, para que la asignación anual llegue a Q3 mil 76 millones.
- Otorgar apoyo técnico a los médicos que participan en los procesos de compras.
- Dar seguimiento a los acuerdos a través de la mesa de diálogo e invitar a la Procuraduría de los Derechos Humanos.
- Promover la discusión y aprobación de la iniciativa de ley sobre la carrera administrativa del médico y cirujano. (Prensa Libre, Rodríguez y Arrecis).

Segunda etapa:

18 de agosto. El Gobierno se comprometió, una vez más, a agilizar la compra de insumos para los hospitales y detener 37 procesos de despido. El presidente Óscar Berger aseguró que los facultativos volverán a las consultas externas mañana, pero los médicos aseveraron que no atenderán hasta que tengan el material necesario.

En la cita, el presidente pidió al ministro de Salud, Marco Tulio Sosa, que le diera las fechas concretas en las que se realizarán las compras, pero éste no tuvo respuesta, relató Pablo Werner, representante de la Procuraduría de los Derechos Humanos en la comisión.

Los médicos solicitaron a Berger la destitución de Sosa y de los directores de los hospitales de Jalapa, Quetzaltenango y San Juan de Dios, en la capital. También le pidieron que el ministro de Salud no participe en el diálogo.

Ángel Sánchez, representante del Colegio de Médicos, explicó que continuará con el proceso para llevar al Tribunal de Honor a los médicos que participan en la brigada militar del Campo Marte y a los directores de los tres hospitales mencionados.

La reunión entre Berger y los médicos terminó con acuerdos similares a anteriores encuentros de negociación.

Agilizar el proceso de compra de insumos para los hospitales.

Establecer un cronograma detallado con las fechas en que los productos estarán disponibles en los centros sanitarios.

Crear tres comisiones de trabajo, que terminarán sus funciones en dos semanas.

La primera monitoreará el proceso de compra de material médico para los 44 hospitales públicos del país.

La segunda trabajará sobre la ampliación presupuestaria de Q1 mil 300 millones al Ministerio de Salud en 2007, y se reunirá con la ministra de Finanzas.

La tercera impulsará la aprobación del Estatuto Médico, que regulará las condiciones laborales de los médicos contratados por el Estado.

La próxima semana, ambas partes se reunirán para dar seguimiento a lo acordado.

La Procuraduría de los Derechos Humanos será garante de la mesa de negociación. (Prensa Libre, Rodríguez, Palencia y Escobar).

31 de agosto. Las conclusiones, tras reunión de médicos, ayer fueron:

Solicitaron al presidente una audiencia para seguir la negociación.

Demandan que nombren en el Ministerio de Salud un equipo de expertos que tengan voluntad para solventar la crisis y efectuar reformas.

Piden Q280 millones para comprar material en todos los hospitales este año. (Prensa Libre, Palencia).

Tercera etapa:

01 de septiembre. El Gobierno convocó a los médicos a una reunión para hoy en la Vicepresidencia, en la que pretenden abordar el tema del estatuto médico y su viabilidad económica, explicó Luis Felipe Polo, asesor de esa dependencia. Agregó que ya hay una comisión trabajando para hacerse cargo del abastecimiento.

Para los médicos residentes, la prioridad es la adquisición de equipo, por lo que esperan conocer el plan de compras. (Prensa Libre, Palencia y González).

02 de septiembre. La invitación para retomar las conversaciones entre el Gobierno y facultativos fue rechazada por estos últimos, quienes quieren que participen funcionarios que tengan capacidad de decisión (Prensa Libre).

05 de septiembre. El vicepresidente Eduardo Stein anunció que no habrá más diálogo directo con los representantes de los facultativos, porque no muestran voluntad política para negociar soluciones a la crisis hospitalaria.

“Nosotros hicimos el último esfuerzo la semana pasada, ahora es cuestión de las propias comisiones específicas generar resultados para cada uno de los hospitales”, expresó Stein, al concluir un acto oficial en la Casa Presidencial.

El vicepresidente criticó la falta de voluntad política de algunos representantes de los médicos y cuestionó que, pese a que se contempla el cambio de Marco Tulio Sosa, ministro de Salud, para ellos la agenda no cambia. (Prensa Libre, Rodríguez, Palencia y González).

11 de septiembre. Después de que hizo público que no dirigirá el Ministerio de Salud sin contar los fondos necesarios, la mediación del cardiólogo Rafael Espada propuso que el presidente Óscar Berger y los médicos se sienten hoy para retomar las negociaciones de un conflicto que ya superó los tres meses.

Además de propiciar el regreso al diálogo, Espada creará una comisión que fiscalizará las acciones para superar la crisis en el sistema de Salud.

Tras reunirse con las partes y valorar el conflicto, Espada reconoció que el sistema es deficiente y que por problemas de comunicación se ha polarizado y se descontroló la situación.

“El problema es serio, pero tiene fácil solución. Necesitamos voluntad de las partes y que todos tengamos en la mente al paciente”, aseguró el galeno.

El Colegio de Médicos y los residentes aceptaron la intervención de Espada.

Mario Cordón, presidente del Colegio de Médicos, expresó: “Lo que queremos es que el problema se resuelva pronto, porque ya hay demasiada gente afectada. Si hay una respuesta seria y formal del Gobierno, estamos dispuestos a que esto termine”.

La comisión

Espada propuso que los médicos vuelvan a plantear sus verdaderas demandas y el Gobierno los medios y las posibilidades de compra que tiene.

Una comisión integrada por médicos de su confianza verificará el proceso, entre ellos se menciona a Eusebio del Cid, ex ministro de Salud y ex gerente del IGSS, y los médicos Juan Rodolfo Aguilar, León Arango y Rodolfo McDonald.

Afirmó que hay que buscar una solución urgente a la crisis y luego replantearse un cambio estructural en el sistema de salud.

Espada comentó que no acepta la propuesta de estar al frente del Ministerio de Salud, porque no tiene las armas suficientes: dinero y un sistema de salud viable. Por eso considera que en este momento su papel es de mediador.

Alfredo Vila, secretario privado de la Presidencia, expresó que no conocía una decisión definitiva de Espada sobre dirigir el ministerio y que hoy conocerán los primeros datos de su evaluación del sistema.

Espada aseveró: “Ahora estoy actuando como guatemalteco, y mi interés es que se solucione pronto esta crisis”.

El galeno también se mostró preocupado por la posible politización de la crisis en el sistema de salud y pidió a los secretarios generales de los partidos que no usen a los pacientes como instrumento.

Apuesta por diálogo

El prestigioso cardiólogo considera que con mejorar la comunicación y tolerancia de las partes se puede solventar la crisis de salud.

Propone que los médicos planteen sus necesidades de equipo y material médico, y se vean las posibilidades reales de conseguirlo.

Que el Gobierno traslade más fondos a Salud para la compra de equipo y que los médicos entiendan que no hay un gran presupuesto y que no todo el material se puede conseguir al instante.

Una comisión integrada por personas de su confianza certificará el cumplimiento de los acuerdos.

Espada todavía no ha visitado los hospitales para comprobar la situación en que se encuentran. (Prensa libre).

13 de septiembre. La llegada de Víctor Manuel Gutiérrez Longo a la cartera de Salud propició ayer por la tarde un nuevo diálogo con los médicos. Pero todo quedó en un acercamiento y las consultas externas seguirán cerradas hasta que el Gobierno presente una propuesta concreta para abastecer los hospitales.

Satisfechos con que el diálogo se haya retomado, los médicos siguieron firmes en sus demandas. Además de que se les dote de insumos, plantearon como condición para levantar el paro que se suspenda la intervención del Hospital Roosevelt o, al menos, que se limiten a lo administrativo los poderes del interventor, y no hasta la parte médica.

También demandaron que se destituya a los directores de los hospitales que bloquearon las protestas y que se levanten las medidas contra los residentes sancionados.

Sergio Morales, representante de los facultativos, explicó que el paro seguirá hasta que conozcan, el próximo martes, los planes concretos del nuevo ministro y comiencen a llegar los insumos. Afirmó que están dispuestos a trasladarse al Hospital Militar a atender a los pacientes que lo necesiten.

El cirujano cardiovascular Rafael Espada, mediador en el conflicto, comentó, tras un recorrido la mañana de ayer por el Roosevelt, que las carencias son extremas, y anunció que se va a reunir con la Secretaría de la Salud de Estados Unidos para solicitar asistencia.

“Debemos tener madurez y voluntad para resolver los problemas. Yo quisiera que terminara el paro hoy, pero debemos iniciar el diálogo”, dijo Espada.

Las carencias que él constató y que se repiten en la mayoría de nosocomios son muchas: desde equipo moderno hasta una simple funda para un colchón o un poco de pintura para las camillas oxidadas. (Prensa Libre, Palencia).

27 de septiembre. La Procuraduría de los Derechos Humanos convocó ayer por la tarde a ambas partes a una reunión para reiniciar el diálogo, pero el ministro de Salud, Víctor Gutiérrez, se excusó con el argumento de que no recibió notificación por escrito y que tenía compromisos. (Prensa Libre, Escobar).

30 de septiembre. Con la promesa de hacer una “cirugía mayor” al sistema hospitalario, el presidente Óscar Berger presentó ayer a la comisión de alto nivel, que integran médicos notables del país.

El presidente informó que los médicos, en coordinación con Estuardo Gálvez, rector de la Universidad de San Carlos, ayudarán a poner fin a la crisis hospitalaria y a elaborar un plan de trabajo a largo plazo.

Los médicos que participaron en la primera reunión en la Casa Presidencial fueron Rudolf García Gallont, Aldo Castañeda, Rafael Espada y Guillermo Claverie.

Berger comentó que los facultativos han sido reconocidos por su calidad profesional a nivel nacional e internacional y gozan de prestigio en el ámbito en que se desenvuelven.

Por parte del Ejecutivo estuvieron presentes Eduardo Stein, vicepresidente; Richard Aitkenhead, comisionado presidencial para el seguimiento del Plan de Gobierno, y Víctor Manuel Gutiérrez, ministro de Salud.

“Ellos serán testigos objetivos para determinar si se ha cumplido con las demandas de los médicos y para hacer una propuesta a fin de efectuar un cambio radical en la estructura hospitalaria”, comentó Berger.

Gálvez se comprometió a convocar a representantes de diversas instituciones para consensuar una propuesta que ponga fin a los más de cien días de problemas en la red hospitalaria –los médicos exigen equipo y abastecimiento.

Mario Cordón, presidente del Colegio de Médicos, expresó: “La presencia de esas personalidades será muy importante. Ellos deben ser testigos de honor para que constaten que la realidad de la red hospitalaria es totalmente contraria a la que aduce el presidente Óscar Berger”.

Reiteró que el abastecimiento en los hospitales debe ser inmediato, para que se restablezca la atención a los pacientes. (Prensa Libre, Rodríguez y Escobar).

07 de octubre. Hoy se cumplen 120 días desde que los médicos de los hospitales nacionales iniciaron un paro en protesta contra la falta de fármacos, equipo e insumos, sin que se vislumbre una solución.

Los facultativos y el Ministerio de Salud se han reunido en dos mesas de diálogo para buscar soluciones al problema, pero han fracasado.

En el tercer intento, que comenzará el próximo lunes, intervendrán la Universidad de San Carlos y la Procuraduría de los Derechos Humanos. Un grupo de médicos destacados será testigo de honor en las negociaciones. (Prensa libre, Escobar).

17 de octubre. Médicos y Gobierno aprobaron ayer un cronograma con los compromisos para abastecer los hospitales y normalizar la atención a pacientes, lo que podría permitir reabrir las consultas externas dentro de dos semanas.

Las partes aceptaron la propuesta de los testigos de honor para resolver los problemas de abastecimiento, lo que originó el paro médico iniciado hace cuatro meses.

La propuesta incluye cuatro comisiones: una para tratar los problemas laborales, otra para la ampliación presupuestaria y dos para verificar que las autoridades cumplan con el abastecimiento, y los médicos, con la prestación de servicios. Además, establecieron el cronograma de la entrega de insumos.

Sergio Morales, procurador de los Derechos Humanos, explicó que los testigos de honor verificarán el cumplimiento. Afirmó que este paso es una ruta de solución a la crisis hospitalaria, en la que hay plazos y compromisos.

Las compras son tramitadas a través de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional de Migraciones, por valor de Q15 millones, y Q86.8 millones para equipo.

La comisión se comprometió a cumplir lo siguiente:

En 15 días. Abastecer con fármacos e instrumental. Los médicos despejarán centros que tengan muchos pacientes.

En 30 días. Ingreso de equipo de atención prioritaria e infraestructura, y normalización de atención en consulta externa.

En 60 días. Entrega de equipo médico e infraestructura no urgente, y atención normal de enfermos.

A un año. Abastecimiento regularizado y modernización de servicios. Atención integral y de calidad. (Prensa Libre, Palencia).

ANEXO #6: CRONOLOGÍA DE PAGINAS EDITORIALES Y DE ANALISTAS DE PRENSA.

05 de julio. (Prensa Libre, Editorial) La decisión anunciada ayer por los médicos de 12 hospitales del país de apoyar los paros realizados por el Roosevelt y el San Juan de Dios, demuestra que las autoridades del Ministerio de Salud y del Gobierno no han tenido la capacidad de paliar una crisis que puede alcanzar magnitudes insospechadas y resultados impredecibles, pero, sin duda, serios.

En su papel de apaga fuegos, el vicepresidente Eduardo Stein se reunirá con la directiva del Colegio de Médicos y Cirujanos, con el fin de buscar solución a las demandas de los facultativos que trabajan en los hospitales de todo el país, y que desde hace casi un mes se encuentran exigiendo que el Gobierno solucione el serio problema del desabastecimiento de medicamentos, lo cual les permitiría atender a los pacientes.

El análisis de la situación, por somero que sea, demuestra que los médicos tienen razón en sus planteamientos. Es frustrante para ellos que no puedan atender en forma adecuada a los enfermos como consecuencia de que no cuentan con insumos.

Dentro de esa lógica de pensamiento, es correcto no atender la consulta externa, sino ahorrar el poco material médico y medicinas para utilizarlos en los casos urgentes. Pero no se puede mantener por demasiado tiempo, porque los pacientes que no necesitan hospitalización también tienen derecho a ser atendidos.

Se podría señalar que en Guatemala los hospitales nunca han tenido la cantidad suficiente de material, equipo y medicinas, ni tampoco el mantenimiento adecuado, debido a la mezcla de subdesarrollo del país, descuido de las autoridades y un equivocado criterio para establecer las prioridades de gastos estatales. Sin embargo, aunque esto es cierto, la situación actual no le permite al Gobierno evitar que ascienda el número de personas decepcionadas y molestas.

El error principal de las autoridades consiste en no haberle dado la suficiente importancia a los planteamientos iniciales, presentados por los dos más grandes hospitales capitalinos. No haber actuado con celeridad es un error

que se le debe señalar en forma directa al ministro del ramo o a las más altas autoridades del Gobierno, que parecen no tener clara la seriedad de las posibles y malas consecuencias de un paro nacional en el sistema de Salud.

Otro error del Gobierno es considerar únicamente el aspecto económico o técnico del problema, olvidándose de que quienes sufren las consecuencias directas o indirectas son seres humanos, personas que por su mala situación económica se ven forzadas a acudir a los centros públicos de Salud.

Si el Gobierno no actúa con celeridad e inteligencia, la crisis que ahora se presenta en el campo de Salud puede repetirse en otras áreas de la administración pública. Los efectos de esto son negativos para el país en su conjunto. Y si quienes se encuentran al mando del Ministerio no saben cómo solucionar el problema, lo mejor sería que dejaran el puesto a personas que entiendan lo complejo y variado de sus facetas.

15 de julio. (Prensa Libre, Editorial) Los niveles de confrontación, polarización y disenso que caracterizan a la sociedad guatemalteca resaltan el áspero camino recorrido a lo largo de la historia para encontrar puntos convergentes en torno de la problemática social.

No constituye ninguna novedad mencionar que esos esfuerzos han sido infructuosos, tanto en las pequeñas como en las grandes cosas, y eso explica la falta de una visión compartida y consensuada con los sectores representativos respecto de la sociedad que se aspira.

Pese al alto precio que pagan los miembros más débiles de la Nación por la falta de acuerdos, nada ha conmovido, hasta ahora, la voluntad de los dirigentes sectoriales para negociar metas hacia dónde dirigir el esfuerzo común.

Los grupos políticos ganadores de elecciones llegan al Gobierno convencidos de que su representatividad precaria es suficiente para gobernar, aunque luego paguen cara la insolencia de su autoritarismo, y al final se vean orillados a proponer diálogos que no llegan a nada, porque usan ese ejercicio como tramposa válvula para atenuar las presiones sectoriales.

Este gobierno repite la misma comedia y con los mismos resultados, porque no obstante la prolificidad de mesas de discusión, surgidas en forma tardía ante los numerosos frentes de reclamo, en ninguna de ellas se atisban resultados para los problemas prioritarios.

Mientras el Gobierno discute en esas mesas con sectores de limitada representatividad, en la calle estallan las protestas que, como siempre, proyectan sus efectos negativos sobre los más débiles.

Así, en el paro de médicos, se perjudica a las personas carentes de recursos para pagar servicios particulares; en la holganza de los maestros, se afecta a los hijos de familias pobres privadas por esa causa del acceso a la educación en colegios, y en los bloqueos carreteros de estudiantes, campesinos, precaristas o ex paramilitares, a los automovilistas y a quienes se transportan en autobuses.

Nuestra sociedad está inmersa en un añejo círculo vicioso en la naturaleza de los temas en discusión y con los diálogos fallidos, pues tanto los problemas como los intentos de acuerdos emergen cada cierto tiempo, para terminar en nada. Ese es el caso de las crisis en Educación y Salud, en donde lo que hoy se exhibe como carencias, es lo mismo que se ha venido mostrando y repitiendo a lo largo de muchas décadas.

Hace falta mucha voluntad para zanjar las dificultades que impiden dialogar como personas civilizadas, y la anuencia del Gobierno a priorizar el uso de los impuestos en las necesidades más sentidas.

Pero mientras funcionarios y líderes sociales continúen aferrados a actitudes mezquinas maquinadas para hacer fracasar al que suponen su adversario, el país seguirá polarizado, y los sectores más necesitados, así como la gobernabilidad y la paz social, continuarán pagando las consecuencias de la infinita cadena de diálogos entre sordos.

11 de septiembre. (Prensa Libre, EL QUINTO PATIO, Carolina Vásquez Ayala) Guatemala es un país de supervivientes. Cada día se publican noticias sobre trágicos accidentes viales, catástrofes naturales o actos de violencia criminal que producen una demanda masiva de atención hospitalaria urgente, sin contar a los enfermos de siempre, ancianos, mujeres y niños deshidratados y condenados por la desnutrición -también prevenible- quienes acuden por miles a los centros de salud esperando un paliativo.

Por eso resulta inconcebible que uno de los servicios públicos más abandonados sea el hospitalario. En los últimos meses, la evidencia de la carencia de recursos con la cual funcionan a medias los hospitales y centros de salud, ha sido una alerta roja que las autoridades no han querido atender.

La mayoría de los ciudadanos no sólo se entera por la prensa del lamentable estado de los quirófanos o de la sobrepoblación en las salas de emergencia.

Tampoco tienen que esperar la edición del día siguiente para ver a médicos y enfermeras dando ventilación manual a enfermos graves en las atestadas unidades de tratamiento intensivo, porque están allí mismo, padeciendo esa realidad y siendo testigos impotentes de la desidia del gobierno.

Esto es un insulto a la población. Por ello, instituciones como el Colegio de Médicos y Cirujanos, la Procuraduría de los Derechos Humanos y las organizaciones de la sociedad civil tienen la obligación de intervenir para presionar por una solución integral a los problemas endémicos del sector salud.

Ya la gente no es tan ingenua como para culpar a los médicos -quienes carecen de recursos para dar una atención digna a los usuarios- por el colapso de los hospitales ni por declararse en huelga para ver si así llaman la atención de los verdaderos responsables de este caos.

El viernes pasado, la onda telúrica alcanzó al hospital general San Juan de Dios, el cual tuvo que cerrar sus puertas por falta de insumos médico quirúrgicos. Sin embargo, un amparo emitido por la Corte Suprema de Justicia ordena trasladar a algunos de los enfermos más graves del hospital general al Hospital Roosevelt, a pesar de que este último tampoco tiene cómo resolver el problema, porque también está al borde del colapso.

Esto no es sólo una papa caliente para las máximas autoridades. Es la vida de miles de guatemaltecos lo que se juega cada día en las puertas de estos centros de salud. Sin embargo, los responsables dedican su tiempo e interés a negociar un buen puesto en los listados de candidatos para las elecciones generales del año próximo.

Eso, siempre y cuando aún quede en Guatemala quien quiera volver a votar.

12 de septiembre. (Prensa Libre, Editorial) El presidente Óscar Berger anunció ayer su decisión de nombrar al médico Víctor Manuel Gutiérrez Longo, diputado independiente, como ministro de Salud Pública, luego de haber aceptado la renuncia del anterior jefe de esa cartera, Marco Tulio Sosa, con lo cual se debe iniciar un compás de espera para que el nuevo miembro del Gabinete pueda comenzar su tarea, y también es necesario que los médicos de los diversos hospitales nacionales que se encuentran en huelga desistan de su actitud y reanuden la debida atención de los pacientes.

La decisión presidencial es correcta porque de esa manera pone en marcha una acción dirigida a solucionar la crisis existente desde hace ya demasiado

tiempo, cuyo resultado práctico más evidente ha sido el de dejar a miles de ciudadanos sin tener la oportunidad de recibir los servicios.

Sería poco serio que los facultativos continuaran con su actitud, porque el nuevo funcionario necesita un tiempo prudencial para decidir las medidas que el Gobierno debe adoptar, además de escuchar a los médicos, gremio al cual él pertenece.

Como ocurre en todas las crisis de este tipo, la del sistema de Salud en Guatemala es el resultado de una serie de factores innegables, complicados y variados. La razón no se encuentra exclusivamente en uno de los sectores enfrentados, lo cual significa en pocas palabras que ambos lados tienen una parte de la razón y una parte de la verdad.

En resumen, se puede decir que la posición asumida por los médicos se debe a la inquietud y a la frustración que a todo profesional de la medicina le causa el que no pueda salvar vidas, reducir el tiempo de la recuperación de los pacientes o simple y sencillamente poder atenderlos con un mínimo de calidad, a consecuencia de que no haya medicamentos, muchas veces ni en cantidad ni en calidad; que el personal paramédico no sea suficiente ni se encuentre bien pagado, y que en las prioridades del Gobierno no ocupe un lugar predominante el de la salud pública, sobre todo la preventiva.

Por aparte, es también necesario darse cuenta de que la situación económica del Estado guatemalteco es precaria, a consecuencia, también, de factores igualmente complicados, que se pueden reducir a que las necesidades son muchas, tal vez demasiadas, y que los fondos públicos no son invertidos en forma correcta. Por eso la negociación entre ambas partes requiere de voluntad de llegar a un acuerdo lo antes posible.

Los miembros del Gabinete de gobierno tienen entre sus características la de ser una especie de fusibles para evitar los efectos de cualquier sobrecarga en el campo político. Desde esa perspectiva, el cambio se justifica. Pero también se debe tomar en cuenta que las crisis deben ser manejadas desde la perspectiva política que tome en cuenta los aspectos técnicos.

La crisis que ahora debe entrar en una tregua llegó adonde llegó a causa de que no se tuvo el colmillo político para prever hasta dónde podría llegar. Con un nuevo ministro con más experiencia política, es de esperar que no vuelva a ocurrir.

14 de septiembre. (Prensa Libre, Beltranena). Finalmente se ha producido una respuesta política a la crisis de los servicios de atención pública de

salud. La decisión de aceptar la asesoría del doctor Rafael Espada, la aceptación de la renuncia de Marco Tulio Sosa y el posterior nombramiento del doctor Víctor Gutiérrez Longo como nuevo ministro son pasos que me lucen adecuados y que merecen encomio para el presidente Berger.

Digo encomio (aunque es su responsabilidad), porque finalmente se dio cuenta o aceptó, que lo que sucedía no era un simple berrinche de los médicos, sino una auténtica crisis de los servicios de salud pública.

En declaraciones a los medios de comunicación publicadas el día de ayer, el doctor Espada, luego de hacer un recorrido por el Hospital Roosevelt, manifestó que le daba vergüenza el estado en que se encontraba, luego de que 38 años atrás, cuando él fue interno en ese hospital, se sentía orgulloso de estar allí.

A Rafa le ha tocado enfrentarse con la triste realidad con la que viven los médicos de planta y médicos residentes del sistema de hospitales nacionales. Huelga mencionar que el Hospital Roosevelt es un hospital de atención terciaria, es decir, de referencia para toda la parte suroccidental del país, tal como lo es el San Juan de Dios para la nororiental, y que si las cosas están fregadas acá, están peor en los secundarios y en los primarios.

La crisis hospitalaria, que aún no tiene solución, quiso manipularse políticamente al informar a la opinión pública que los verdaderos motivos eran eminentemente salariales y no de equipos o medicamentos.

Espada, como buen residente que fue, sabe perfectamente que fue en aquel momento en el que el hospital-escuela le brindó la oportunidad de su vida para desarrollarse en su especialidad y en su vocación de servicio. Ningún médico residente está allí por el miserable salario que recibe; lo hace porque le ofrece la oportunidad de desarrollarse profesionalmente después.

De esa cuenta, cuando un médico residente toma la decisión de no seguir adelante con los servicios, no puede ser por otro motivo que la imposibilidad de hacerlo racional, médica y éticamente bien.

El doctor Espada lo dejó bien sentado cuando afirmó: "los residentes e internos tienen mucha responsabilidad de servicio. Yo no estaría aquí si ellos no hubieran protestado".

Solucionar el problema de Salud Pública no es materia de un abrir y cerrar de ojos. Hay temas de largo, mediano, corto y cortísimo plazos que deben ser atendidos. Pero lo más urgente es hacer todo lo que sea posible para

Orígenes de la Crisis Hospitalaria _____

solucionar el cortísimo plazo, el hoy, la semana entrante y los próximos seis meses.

El resto, es materia para discutir e implementar. Desafortunadamente, en plena campaña. Por de pronto, hay que pasar el bisturí. ¡Hasta la próxima!