



Política pública

PROPUESTA DE AGENDA DE ESTADO EN SALUD (2004-2008)

Cuatro pilares, ocho principios y seis políticas para iniciar la construcción de un Sistema Público de Salud Incluyente

Introducción y justificación

Resumen

En el presente trabajo la INS propone transformar el carácter excluyente y limitado del Sistema de Salud actual, y dar los primeros pasos para la conformación de un Sistema Público de Salud Incluyente (SPSI) acorde con la realidad nacional. Los elementos clave del nuevo Sistema de Salud propuesto son:

- Una nueva concepción de salud (concepción incluyente), que supere el modelo biomédico hegemónico y se traduzca en un nuevo modelo de atención integral, humanizado y articulado con el modelo indígena maya y otros modelos de salud presentes en nuestro país.
- La eliminación de la visión de mercado promovida por la Reforma y el reconocimiento de la salud como derecho, vulnerado adicionalmente por las inequidades socioeconómicas, étnicas y de género.
- El rol protagónico del Estado y la redefinición de una función pública para cada uno de los actores del sistema de salud y el enfoque en la *promoción de la salud* e intersectorialidad para actuar sobre las condicionantes-determinantes de la salud y contribuir a la equidad.
- Seis políticas, estrategias y acciones de salud que, tomando como base los elementos anteriores, se plantean como punto de partida para iniciar la transformación del sistema de salud a partir del próximo período de gobierno.

Introducción

La Instancia Nacional de Salud (INS) es una coalición política conformada por 26 organizaciones sociales de 14 departamentos del país, cuya misión es incidir en las políticas y el Sistema de Salud para garantizar el derecho a la salud de toda la población. Para ello, la INS ha realizado diferentes análisis, investigaciones y propuestas que sustentan la necesidad de corregir el rumbo que lleva actualmente la Reforma del Sector Salud.

La INS, preocupada por el enfoque excluyente que han seguido los dos últimos gobiernos en el marco de la Reforma del Sector Salud, se ha dado a la tarea de desarrollar diversos análisis, reflexiones y propuestas que plantean la necesidad de corregir el rumbo de dicha reforma y establecer políticas de salud acordes a la realidad nacional, logrando profundizar específicamente en el primer nivel a través de la propuesta "Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Bases y lineamientos".

Los elementos centrales de la propuesta de primer nivel de la INS son:

1. Una nueva concepción de salud denominada Concepción incluyente –la cual será desarrollada más adelante–, que incluye un nuevo concepto de primer nivel de atención centrado en la equidad socioeconómica, étnica y de género, y en el desarrollo de una atención en salud integral.¹

¹ La atención en salud integral no sólo es la curación, abarca también la promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación. Para la INS, la promoción de la salud significa actuar sobre los determinantes y condicionantes de la salud a partir de un fuerte compromiso institucional y de la promoción de la organización y el empoderamiento de la población (INS, 2002).



2. Un modelo de gestión basado en una institucionalidad pública fuerte, infraestructura específica, personal local profesionalizado y remunerado, planificación estratégica con participación social y articulación entre el ámbito institucional y comunitario.
3. Un modelo de atención que plantea 3 programas de salud correspondientes a 3 niveles de intervención: comunitario, familiar e individual, los cuales se integran en 8 subprogramas de acuerdo con el ciclo de vida, género y medio ambiente. Y que propone, además, el intercambio respetuoso de conocimientos y la coordinación horizontal con terapeutas del modelo indígena maya de salud.

Justificación

La INS en su Segunda Asamblea Nacional resolvió: “Elaborar una Agenda de Estado en materia de salud y pronunciarse respecto a cuáles deben ser los principales temas que cualquier fuerza política que asuma el próximo período de gobierno, tiene la obligación de impulsar para garantizar el derecho a la salud”.² El presente documento es el resultado de dicha resolución, como una expresión de nuestras preocupaciones colectivas, de nuestra visión para una Guatemala más saludable y de nuestro llamado de atención más radical.

Su finalidad es aportar al debate nacional sobre la alarmante situación de salud en el país, y al mismo tiempo proponer un punto de partida para la construcción colectiva y pronunciamiento conjunto de los diferentes sectores sociales, sobre la base de una plataforma política común que obligue a realizar cambios en el próximo período de gobierno.

El documento contiene dos partes. En la primera, se realiza una breve contextualización de la Reforma del Sector Salud en el país y se describen los principales problemas que según la INS deben solucionarse para iniciar la transformación del Sistema Público de Salud.

En la segunda, la cual ya constituye la propuesta propiamente dicha, se plantean: a. Una nueva concepción de salud (concepción incluyente) y, a partir de ella, una nueva misión, visión, pilares y principios para la transformación del Sistema de Salud; y b. una propuesta de Agenda de Estado en salud a partir de seis políticas para iniciar dicha transformación en el próximo período de

gobierno (2004-2007).

Cabe señalar que este planteamiento constituye tan sólo una primera etapa en el camino, la cual es parte de un proceso más amplio que está discutiendo actualmente la INS de cara a la elaboración de una propuesta de Imagen Objetivo del Sistema de Salud para Guatemala.

I. La Reforma del Sector Salud en Guatemala

La Reforma del Sector Salud (en adelante la Reforma) puede definirse como la serie de cambios que se vienen impulsando en el Sistema Público de Salud a nivel legal, administrativo y de los servicios de salud, basados en las directrices del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Aunque tales directrices se establecieron desde 1994, la Reforma arrancó con mayor fuerza durante el período de gobierno del PAN, y continuó, aunque con un ritmo diferente, durante el actual gobierno del FRG.

La justificación en el discurso técnico ha sido que la Reforma es un proceso que busca lograr mayor eficiencia y equidad mediante mecanismos de mercado pues se asume como única verdad el postulado neoliberal que el Estado suele ser burocrático, ineficiente y corrupto. Pero la verdadera razón no tiene que ver con garantizar el derecho a la salud ni acabar con la corrupción, sino con la subordinación de la política social a una política económica basada en el libre mercado, la cual plantea como condiciones necesarias: clima favorable para la inversión, estabilidad macroeconómica y reducción del déficit fiscal - entre otros-.

En pocas palabras, los lineamientos de la Reforma, están basados en el criterio economicista que plantea que el Estado no intervenga en las decisiones de los agentes económicos y deje de asumir la responsabilidad y el costo de brindar los servicios sociales, los cuales contribuyen al déficit fiscal. En ese sentido, los programas públicos sólo deben ser “compensadores” del ajuste económico atendiendo exclusivamente a “los más pobres”.

A partir de lo anterior, la Reforma del Sector Salud plantea estrategias como: reducción del gasto público y búsqueda de otras formas de financiamiento, flexibilización laboral (personal por contrato, o en el peor de los casos, sin goce de sueldo), paquetes básicos (una canasta mínima de

² Acuerdo no. 5 del Acta de Acuerdos y Compromisos. Segunda Asamblea Nacional de INS. CEDESCRI: San Lucas, Sacatepéquez, 5 y 6 de junio de 2003.

servicios de salud para los más pobres carente de integralidad), la participación de entidades privadas en la administración y prestación de servicios de salud y el traslado de costos a la población a través de la obligatoriedad del cobro por los servicios o bien del trabajo “voluntario”.

Al analizar dichas estrategias encontramos fácilmente una respuesta a interrogantes tales como: ¿Por qué no se aumenta el presupuesto público de salud? ¿Por qué no se contrata más personal para los servicios que no están funcionando? ¿Por qué la extensión de cobertura ofrece un paquete muy restringido que ni siquiera se llega a cubrir en la práctica? ¿Si el Estado no ha podido supervisar su propia institucionalidad, cómo está supervisando a las entidades privadas? ¿Por qué la mayor parte del gasto en salud está saliendo del bolsillo de los hogares?

Pese a que los lineamientos de la Reforma son comunes a todos los países latinoamericanos, experiencias como las de Costa Rica y Venezuela demuestran que también puede existir capacidad técnica, de negociación y una autonomía relativa por parte de los gobiernos. En el caso de Costa Rica el Estado ha logrado universalizar el Primer Nivel de Atención en Salud y ha legislado como obligatorias las contribuciones a la seguridad social en la búsqueda de aseguramiento universal. En Venezuela actualmente se discute una Ley Nacional de Salud que la reconoce como derecho y que plantea la integración de un Sistema Público de Salud único financiado principalmente con impuestos y contribuciones a la seguridad social.

En Guatemala un debate similar nunca se ha dado, lo que ha ocurrido es que lejos de carecer de una política de salud propia y acorde con el país, se han impulsado las recetas de la Reforma, las cuales han contribuido a formalizar la exclusión, como se documentará más adelante. Este esfuerzo pretende contribuir al debate para la transformación del Sistema de Salud.

2. Situación actual: un sistema de salud excluyente

Lejos de presentar un diagnóstico exhaustivo sobre la situación de salud de Guatemala, el presente apartado busca jerarquizar algunos de los principales problemas que continúan vigentes en el marco de la Reforma y en los cuales es necesario corregir el rumbo, en este nuevo contexto marcado por los Acuerdos de Paz y por el reto de la construcción de un nuevo tipo de Estado en Guatemala. La finalidad es proporcionar un marco de análisis que permita reflexionar y discutir la propuesta de cambio que se planteará en el apartado II.

A. Marco legal

En los primeros años del gobierno del PAN se hicieron cambios legales que redefinieron el papel del Estado en la salud. Dichos cambios continúan vigentes principalmente en la Ley del Organismo Ejecutivo y el Código de Salud. Las principales debilidades del marco legal en Guatemala en relación con el derecho a la salud pueden ser explicadas en dos órdenes: 1) la falta de reconocimiento de una concepción más amplia e integral de salud (la cual pasa también por el reconocimiento de los actores del modelo indígena maya y la población como parte del Sistema de Salud); y 2) el marco legal construido a raíz del impulso del proceso de la Reforma, el cual, al promover una concepción de salud como “bien privado”, restringe el derecho a la salud. A continuación se explican brevemente cada uno de ellos.

El marco legal vigente carece de un concepto amplio de salud como proceso histórico social y de acuerdo con la realidad intercultural del país

La legislación vigente en salud parte de una concepción restringida y biológica de la salud que no toma en cuenta el carácter intercultural de nuestro país, así como sus dimensiones económicas, sociales, psicológicas y culturales. Tal concepción tampoco aborda las inequidades socioeconómicas, étnicas y de género, es su impacto sobre la salud y la equidad.

El marco legal vigente tiene vacíos respecto a hacer explícita las obligaciones del Estado relativas al derecho a la salud.

La Constitución Política y la legislación vigente reconocen a la salud como derecho pero no definen un Sistema de Salud específico para el país. Tampoco hace explícitos los ámbitos, mecanismos y funciones y límites de la obligatoriedad estatal en temas clave como el financiamiento o acceso universal a la atención en salud.

Por otra parte, tanto el Código de Salud vigente, en concordancia con la Ley del Organismo Ejecutivo, plantea un papel restringido del Estado respecto a su obligación de garantizar el derecho a la salud al definir un modelo de Estado subsidiario que se restringe a un rol normativo y supervisor.

Ausencia de una Ley Nacional que defina el tipo de Sistema de Salud

Muchos de los países que tienen sistemas públicos consolidados y amplios cuentan con una Ley Nacional de Salud. En Guatemala, el marco legal descrito es, por un lado, insuficiente en términos de la concepción y el

derecho a la salud, y por otro, presenta contradicciones entre los postulados del Código de Salud y la Constitución Política. Por ello se requiere una legislación integral que establezca ampliamente el tipo de Sistema de Salud del país, una nueva concepción de salud, los principios sobre los que se sustenta, su sistema de financiamiento, su relación con la seguridad social, su modelo de gestión y de atención y su sistema de participación por niveles político-administrativos.

B. Financiamiento

La política fiscal es regresiva y por el lado del gasto no está priorizando la salud como asunto de Estado. El Ministerio de Finanzas Públicas suele priorizar otras carteras tales, como Defensa, en lugar de asignar mayores recursos al MSPAS. El gasto público en salud como porcentaje del PIB se ha ido reduciendo a partir del año 2000 (1% para 2002)³ y en las proyecciones para el período 2003-2005 continúa con un comportamiento descendente respecto al PIB y al gasto total del gobierno.⁴

El escaso financiamiento público en salud se concentra en población urbana, trabajadores/as afiliados, mientras que a la población pobre, el sector informal y el área rural se destina una menor proporción de los fondos públicos. La distribución departamental del presupuesto del MSPAS es inequitativa ya que los departamentos más pobres y con índice de desarrollo humano más bajo tienen una asignación per cápita menor que el resto.⁵

La mayor parte del gasto en salud proviene del bolsillo de los hogares (gasto privado) y se utiliza en la compra directa de medicamentos ante la falta de acceso a servicios. Ello no implica que la población tenga capacidad de pago, sino más bien el sacrificio de otras necesidades básicas.

Los recursos financieros y humanos destinados para el Primer Nivel de Atención son insuficientes, especialmente el per cápita asignado a la extensión de cobertura, el cual es de USD 6, mientras que lo recomendado por el propio Banco Mundial es de USD 20.

La ejecución presupuestaria del MSPAS es baja y lo es aún más en la extensión de cobertura, ya que en el año 2002, el presupuesto ejecutado fue tan sólo de USD3.5 per cápita. Aunque en el discurso de gobierno la EC/SIAS, en la práctica dicha estrategia no se respalda financieramente, pues no se cumple con los desembolsos.

No se debate sobre el destino de los recursos donados por la cooperación europea, y los lineamientos establecidos en los préstamos del BID no se ajustan a la realidad y necesidades del país.

C. Los servicios del Sistema Público de Salud

La red de servicios públicos del Primer Nivel de Atención (centros y puestos de salud) es deficiente en personal, equipo y medicamentos.

Los servicios ofertados en la extensión de cobertura no están siendo ejecutados en la práctica, restringiéndose casi exclusivamente a inmunizaciones y consulta externa. Según un estudio de casos (INS, 2000), así como un sondeo en tres departamentos de occidente (INS, 2002). Las principales causas son: el per cápita reducido, el modelo de gestión basado en personal no remunerado, el modelo de atención carente de integralidad y la aplicación rígida en los diferentes contextos.

Los espacios de participación existentes carecen de mecanismos de construcción de representatividad desde lo local y son hasta el momento formales, instrumentales o consultivos, sin mayor posibilidad para realizar el ejercicio ciudadano de fiscalización social.

El modelo de atención en los tres niveles continúa siendo predominantemente asistencial y curativo, sin pertinencia intercultural ni perspectiva de género.

D. El derecho a la salud en el marco de la liberalización económica

Los tratados de libre comercio pretenden incluir los servicios de salud como parte de los servicios con los que se puede competir a nivel internacional. Ello puede repercutir en que el ya de por sí débil rol estatal se reduzca todavía más, al tener que abrirse a la provisión privada de servicios de salud por parte de empresas extranjeras.

Por otro parte, las regulaciones en materia de propiedad intelectual están garantizando la secretividad de las patentes de diversos productos por períodos largos sin descartar a los medicamentos. Ello puede tener un efecto sumamente negativo en el uso de medicamentos básicos y tratamientos de diferentes enfermedades; las últimas reformas a la Ley de Propiedad Intelectual en Guatemala han ido por este camino.

³ INS. "Informe preliminar del monitoreo de la Reforma del Sector Salud", mayo de 2003.

⁴ GSD "Desafíos en el financiamiento de la salud en Guatemala: tendencias, necesidades e implicaciones". Guatemala, noviembre de 2002.

⁵ INS. *Op cit.*

II. Propuesta de la INS para la construcción de un Sistema Público de Salud Incluyente

Aportes para la construcción de un Sistema Público de Salud Incluyente para Guatemala (SPSI):

A. Una nueva concepción de salud para transformar el sistema: la concepción incluyente

Ante la concepción biomédica restringida que se planteó en la justificación, la INS, en el marco de su propuesta de Primer Nivel de Atención en Salud, propone un nuevo concepto de salud mucho más abarcador y aplicable a la realidad del país, el cual se denomina concepción incluyente, y que ha sido retomado para este planteamiento como punto de partida para la transformación del Sistema de Salud.

El carácter incluyente de dicha concepción debe ser entendido, cuando menos, en tres sentidos:

1. Incluyente en el sentido de reconocer la salud-enfermedad como un proceso histórico social que incluye las múltiples dimensiones de las personas y colectividades (económicas, políticas, sociales, culturales, psicológicas, espirituales, energéticas, etc).
2. Incluyente en cuanto a que reconoce la existencia en Guatemala de diferentes lógicas socioculturales, así como de otras concepciones y prácticas (modelos de salud) distintas a la oficial; y que acepta, comprende, respeta y promueve el modelo de salud indígena maya y el modelo de autoatención –entre otros–.
3. Incluyente en el sentido opuesto a lo excluyente. Es decir, reconoce la existencia de exclusiones o inequidades socioeconómicas, étnicas y de género, y desarrolla enfoques dirigidos a la reducción de dichas inequidades.

B. Los cuatro pilares y ocho principios para la construcción del (SPSI)

Los cuatro pilares

1. La humanización de la salud

Todas/os los agentes de salud debemos establecer el compromiso de promover, desde nuestro propio ámbito y competencia, las condiciones idóneas de salud, la transformación de estructuras inadecuadas, la eliminación de las causas sociales de la enfermedad y la distribución equitativa de los recursos sanitarios para hacer *que las políticas de salud tengan como fin a la persona humana*. La salud tiene que ver con la autonomía de las personas para desarrollar sus opciones de vida, así como con la solidaridad para alcanzar la realización tanto individual como colectiva a partir del *bien-ser*.⁶ Los derechos y deberes en salud incluyen desde la lucha política para transformar el sistema de salud hasta la asistencia integral y humana a la persona enferma.

2. El deber y el derecho a la salud

La salud es un derecho humano reconocido tanto en convenios internacionales como en la legislación nacional. *La responsabilidad de garantizar ese derecho le corresponde al Estado*, el cual debe dirigir el financiamiento público necesario y garantizar la participación social. Por su parte, la población tiene el derecho tanto de recibir atención integral como de acceder a las condiciones de vida y recursos necesarios para estar saludable, pero también tiene el deber de cuidar su salud y de participar individual y/o organizadamente tanto en la exigencia del derecho a la salud como en la definición

⁶ Desde la humanización de la salud, la clásica noción de “bienestar” de la definición de la OMS debe ser sustituida por la de “bien-ser”. Mientras que el bienestar es una sensación superficial cargada de ambigüedad, el bien-ser es una satisfacción a nivel más profundo que se obtiene cuando la persona está en buena relación con su realidad tanto interior (el sentido de su vida, de su historia y de su realización) como exterior (su relación con la sociedad, la naturaleza y las cosas externas).

de las políticas públicas, programas y acciones de salud, y asimismo en la fiscalización social de su cumplimiento.

3. La interculturalidad equitativa

Es la *búsqueda, construcción y promoción de relaciones equitativas entre los diferentes pueblos del país*, así como la *eliminación de toda forma de exclusión étnica* en los diferentes planos y niveles del Sistema Público de Salud Incluyente. Implica también la obligación del Estado de desarrollar políticas, leyes, programas y acciones basados en el reconocimiento-aceptación de diferentes lógicas, conocimientos y prácticas en salud del modelo de salud maya y otros hasta ahora no reconocidos. Para llevar a la práctica la interculturalidad equitativa el Estado debe: transformar el marco legal, impulsar políticas de investigación para la complementación teórica de los modelos de salud no reconocidos, y desarrollar políticas de formación del personal para la interculturalidad equitativa.

4. La equidad de género

Es la eliminación de inequidades vinculadas a la opresión de género mediante el desarrollo de políticas, programas y acciones dirigidos a promover cambios en las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, reconociendo que las relaciones actuales afectan de forma diferente la salud de unas y de otros. Implica promover desde el SPSI y el Estado la eliminación de las relaciones desiguales entre hombres y mujeres, así como el análisis y la definición de programas y acciones que resuelvan en forma diferenciada las necesidades de salud específicas tanto de las mujeres como de los hombres.

Los ocho principios del Sistema Público de Salud Incluyente

1. Unicidad

Los actores, estructuras y recursos del SPSI funcionarán bajo una concepción y organización integrada y coordinada dirigida a cumplir con su misión, visión y prioridades para garantizar el derecho a la salud.

2. Universalidad

Para el logro de una buena condición de salud, las personas contarán con garantía de acceso a las políticas, acciones, servicios y recursos en salud en los diferentes

niveles de atención y ámbitos del SPSI sin discriminación, barreras o privilegios.

3. Equidad

Igualdad de resultados para todos y todas en cuanto al acceso a condiciones dignas de vida y salud de personas y colectividades, políticas, programas y acciones de salud, así como la adecuada distribución de recursos técnicos y financieros para todos y todas de acuerdo con criterios diferenciales de necesidad. Incluye las dimensiones étnica, geográfica, socioeconómica y de género.

4. Financiamiento público y solidario

Los costos del SPSI deben ser cubiertos por un modelo de financiamiento público, el cual será unificado, integrado y solidario. Los servicios del SPSI estarán exentos del pago directo o de bolsillo de las familias, por ser un mecanismo de recuperación de costos que limita la accesibilidad de los más pobres.

5. Calidad

La calidad debe contemplar tanto la excelencia profesional, atención incluyente, humanizada y cumplimiento de principios y normas, como la adecuación sociocultural a través de la interculturalidad equitativa desde las políticas hasta las acciones sanitarias.

6. Intersectorialidad

El SPSI deberá promover la articulación de esfuerzos interestatales y concertados para actuar sobre condicionantes-determinantes de la salud, con miras a objetivos más amplios de realización social.

7. Sostenibilidad

Es la capacidad del Estado y la sociedad de financiar y garantizar la continuidad y consolidación de un SPSI frente a cambios económicos y políticos.

8. Función pública

Los diferentes actores del SPSI tienen el deber de desarrollar, desde su ámbito y competencias, una función pública, la cual deberá ser entendida como el papel que cada uno de los actores del SPSI, tanto públicos o privados, desarrollarán para contribuir al logro de los objetivos y metas planteados por el SPSI en un esfuerzo común por garantizar el derecho a la salud.

C. Nueva visión y misión del SPSI

Visión

El Sistema Público de Salud Incluyente (SPSI) será un Sistema que tendrá como punto de partida el reconocimiento de la salud como derecho social. Superará la concepción biomédica, desechará la visión de mercado y se cimentará sobre la base de una *concepción incluyente y humanizada* de la salud.⁷

Reconocerá y respetará la existencia de diferentes modelos de salud y buscará la articulación-complementación con el modelo indígena maya, el modelo de autoatención y otros presentes en la realidad sociocultural del país.

Será un sistema equitativo, accesible para toda la población sin barreras ni privilegios, suficiente en financiamiento y recursos humanos a través del protagonismo del Sistema Público. Desarrollará una redefinición

de función pública para los diferentes actores del sistema y el replanteamiento de la relación Estado-sociedad, y establecerá mecanismos para la efectiva participación social.

Misión del -SPSI-

La misión del SPSI es garantizar el derecho a la salud a través de un nuevo modelo de atención integral, incluyente y humanizado que integra la promoción de la salud, la prevención, curación y rehabilitación. Trabaja para mejorar la salud de la población no sólo brindando servicios eficientes y de calidad, sino enfocándose en la promoción de la salud y la intersectorialidad para influir en los condicionantes-determinantes de la salud, contribuir a la realización social de las personas y colectividades, y reducir las inequidades socioeconómicas, étnicas y de género.



© Santiago Bastos, © Manuel Camus.

⁷ El término “humanizada” se refiere a situar en el centro de las políticas e intervenciones en salud a la persona humana de acuerdo con uno de los cuatro pilares (humanización de la salud) anteriormente descrito.

B. Propuesta de la INS para el período 2004-2008: seis políticas, estrategias y líneas de acción para iniciar la construcción del SPSI

Políticas	Estrategias	Líneas de acción
<p>1. Sentar las bases legales para la construcción del SPSI</p>	<p>1.1 Promover la transformación del marco legal a partir de:</p> <p>Hacer explícita la obligación del Estado de garantizar y financiar la salud, incluyendo los principios de universalidad y financiamiento público.</p> <p>Reconocer la existencia y validez de otros conceptos y prácticas en salud tales como el modelo indígena maya.</p> <p>1.2 Ley Nacional de Salud</p> <p>Lanzar a debate nacional la discusión de un proyecto de Ley que incluya los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nuevo concepto de salud incluyente. ▶ La salud como derecho. ▶ Características del Sistema Público de Salud Incluyente. ▶ Principios del Sistema Público de Salud Incluyente. ▶ Función pública de los actores del Sistema: Estado, privados lucrativos, privados no lucrativos y sociedad civil. ▶ Propuesta de financiamiento público. ▶ Sistema de participación y auditoría social. ▶ Sistema de regulación de servicios privados. ▶ Mecanismos de integración del MSPAS y el IGSS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Conformar un Foro Nacional para la discusión y construcción de un nuevo Sistema Público de Salud con representatividad de la sociedad. ▶ Integrar los resultados de dicho Foro en un proyecto de Ley Nacional de Salud. ▶ Integrar un órgano nacional de fiscalización social de carácter temporal hasta la aprobación de la ley.

2. Universalizar el derecho a la salud iniciando por el Primer Nivel de Atención y fortaleciendo y descentralizando el Sistema Público

2.1 Acceso universal al derecho a la salud mediante el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de acuerdo con la propuesta planteada por la INS

Nivel comunitario: Todas las comunidades deben contar con un Primer Nivel de Atención Incluyente que contemple: un equipo comunitario de salud mediante personal remunerado que brinde atención integral, incluyente y humanizada, y que cuente con medicamentos e insumos para cubrir, como mínimo, 2000 habitantes.

Nivel distrital: Se contará con una unidad político administrativa fortalecida, así como con un centro de referencia y su respectivo equipo de apoyo a la atención en salud (EAPAS)⁸ en cada municipio, o bien entre 10,000 y 20,000 habitantes según el contexto.

2.2 Acceso a medicamentos esenciales gratuitos y a bajo costo

Fortalecer y hacer transparente el PROAM y desarrollar un sistema nacional de control de calidad de medicamentos.

En cada equipo comunitario de salud habrá una farmacia con medicamentos esenciales gratuitos y a bajo costo.

2.3 Fortalecimiento del Sistema Público (MSPAS-IGSS) (No privatización de servicios)

Plan Nacional de equipamiento, personal y puesta en marcha de la red de puestos y centros de salud mediante la reorganización de servicios del MSPAS y el IGSS.

Evaluación nacional del SIAS de cara a su replanteamiento y transformación consensuada del modelo de atención hacia uno Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente propuesto por la INS.

Las problemáticas prioritarias deberán ser abordadas en el marco de los programas comunitario, familiar e individual y sus respectivos subprogramas en el nuevo primer nivel de atención en salud incluyente.

Dejar sin efecto el Decreto 9-2003 sobre la propiedad intelectual que afecta el uso de medicamentos genéricos y reinstalar el decreto anterior.

Discutir una política de acceso a medicamentos.

Conformación de una comisión de integración de la red de servicios del MSPAS y el IGSS.

⁸ Equipo de apoyo al primer nivel de atención en salud. Está conformado por el siguiente personal institucional remunerado a tiempo completo: coordinador/a, médico/a, enfermero/a, técnico/a dental, animador/a comunitario/a, animador/a psicosocial, secretario-digitador/a.



	<p>2.4 Descentralización del SPSI</p> <p>Integración de estructuras de decisión y gestión comunitaria y municipal coordinadas a nivel departamental.</p>	<p>Establecer un mecanismo directo y vinculante para el adecuado funcionamiento y participación de Comisiones Municipales de Salud y Consejos Municipales de Desarrollo.</p>
<p>3. Transformar el modelo biomédico en un modelo de salud incluyente y humanizado</p>	<p>3.1 Política y programa de recursos humanos y formación para un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente.</p> <p>3.2 Reconocimiento del modelo indígena maya de salud, del modelo comunitario de autoatención .</p>	<p>Implementación de la propuesta de primer nivel de la INS en, por lo menos, dos regiones del país.</p> <p>Reconocimiento y apoyo al trabajo de promotores de salud y comadronas.</p>
<p>4. Garantizar la sostenibilidad financiera y política del SPSI</p>	<p>4.1 Aumentar el presupuesto del MSPAS en no menos de 0.5% del PIB cada año a partir de 2004 para llegar al 3.5% del PIB en 2007.</p> <p>4.2 Priorizar el gasto público en salud hacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ la universalización de un Primer Nivel de Atención Incluyente <p>4.3 Redistribución geográfica a nivel departamental con criterios de equidad.</p> <p>4.4 Analizar y discutir la creación de fondo único de salud con los recursos del EMA-IGSS y el MSPAS.</p>	<p>Reforma fiscal equitativa para aumentar los ingresos a través de impuestos directos.*</p> <p>Identificar fuentes de ingreso específicas que puedan ser destinadas a salud.</p> <p>Reducir y transferir recursos del Ministerio de Defensa y dependencias de la presidencia.</p> <p>Renegociar los términos del último préstamo del BID para adecuarlos a esta propuesta y no suscribir más préstamos durante el próximo período de gobierno.</p> <p>Garantizar mecanismos de transparencia y auditoría social en la ejecución del presupuesto.</p>

* La reforma fiscal para el financiamiento del derecho a la salud deberá ser discutida sobre la base de una plataforma más amplia de financiamiento de las políticas sociales.

<p>5. Política de intersectorialidad</p>	<p>5.1 Inversión pública en agua y saneamiento.</p> <p>5.2 Coordinar la política nacional de seguridad alimentaria.</p>	<p>Asignación de recursos para el impulso de una política pública de agua y saneamiento ambiental, devolviendo la responsabilidad al MSPAS y proponiendo su ejecución por las municipalidades.</p> <p>Desarrollar un programa de salud nutricional en coordinación con el MAGA.</p>
<p>6. Política de protección del derecho a la salud ante los convenios y tratados de libre comercio y la legislación nacional relacionada</p>	<p>Defender y mantener el derecho del Estado a regular los servicios de salud públicos y privados.</p>	<p>Los tratados de libre comercio deben excluir a los medicamentos de las disposiciones y regulaciones sobre libre comercio y propiedad intelectual.</p> <p>El Estado debe oponerse a la liberalización de servicios de salud y la competencia internacional de compañías privadas como proveedoras.</p>



© Santiago Bastos, © Manuela Camus.

