

Condicionantes de la movilidad transfronteriza en la búsqueda de atención para la salud

Patricia de la Roca

Para la población guatemalteca que habita el área rural y particularmente las áreas fronterizas, lograr el acceso seguro a los servicios de salud depende de múltiples factores tales como: la topografía del lugar de residencia, existencia de medios de transporte, distancia al servicio de preferencia, capacidad económica y percepción de calidad en la atención. El proceso de búsqueda para el alivio de la enfermedad, que conjuga todos esos factores, se complica cuando habiéndolos superado, falla la calidad de atención por las limitaciones presupuestarias de los servicios de salud oficiales, dificultando el acceso a medicamentos y la capacidad de respuesta del personal bio-médico. El trato desatento que recibe la población en su búsqueda de alivio, se convierte en una pena más, al sentirse como una carga para el Estado del propio país. De ahí las preferencias en la búsqueda de atención en México, que, estando más cercano, es barato, aparentemente más organizado y acoge al guatemalteco. La búsqueda del o la terapeuta tradicional, en ambos lados de la frontera, también resulta ser una opción viable, por tener estas mismas ventajas y ser culturalmente aceptados. Sin embargo, la situación de la buena atención en los servicios mexicanos, se ve condicionada en algunas áreas, por la magnitud de la demanda de la población guatemalteca que tiene que pagar por el servicio de salud pública. El convenio bilateral para atender al migrante: Guatemala-México y la reciente estrategia de territorialización propuesta por el Ministerio de Salud de Guatemala, serían una prometedora solución para ambos países.

98 ◀

PALABRAS CLAVE: CONDICIONANTES SOCIALES DE LA SALUD, DERECHO A LA SALUD.

Manifestations of the social determinants of health in an area border San Marcos, Guatemala -Chiapas, México

For the Guatemalan population living in rural areas and particularly the border areas, ensuring safe access to health services depends on many factors such as the topography in the place of residence, existence of transportation, distance to preferred health services, economic capacity and perception of quality care. The search process for relieving a disease combines all these factors, is complicated, failure in quality care by budgetary constraints of formal health services, hampering access to medicines and the responsiveness of medical personnel. The inattentive treatment received by the population in their search for relief becomes a shame, feeling like a burden to the state of the country. Hence they rather seek healthcare in Mexico, which, being closer, and cheaper, seemingly more organized and welcomes the Guatemalans. The search for traditional therapists, on both sides of the border, will also be a viable option for having these same advantages and it's culturally accepted. However, the situation of good healthcare in Mexican services is constrained in some areas by the magnitude of user demand. A foreigner is forced to pay for their health. The bilateral agreement to address the migrant: Guatemala-Mexico and the recent territorial strategy proposed by the Ministry of Health of Guatemala, would be a promising solution for both countries.

KEYWORDS: SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, RIGHT TO HEALTH.

LICDA. PATRICIA DE LA ROCA

INVESTIGADORA ASOCIADA DEL INSTITUTO DE ESTUDIOS INTERÉNICOS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. GLORIA.DELAROCA@USAC.EDU.GT

ESTUDIOS INTERÉNICOS. NÚM. 27, AÑO 22, OCTUBRE DE 2016, PP. 98-118
RECEPCIÓN: 14 DE ABRIL DE 2016 / ACEPTACIÓN: 30 DE JUNIO DE 2016.

Introducción

Este artículo tiene como objetivo discutir los resultados más relevantes del estudio: “Condicionantes de la movilidad transfronteriza en la búsqueda de atención para la salud. Guatemala- México”, cofinanciado en el año 2015 por la Dirección General de Investigación y el Instituto de Estudios Interétnicos, ambas, dependencias de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Dicho estudio tuvo como propósito principal, analizar los condicionantes sociales, culturales y económicos que inciden en la movilidad transfronteriza de las personas, para la búsqueda de atención en salud. El área geográfica seleccionada fue la zona fronteriza que separa políticamente, Guatemala y México en el departamento de San Marcos. Específicamente, los municipios de Tacaná, Tajumulco y Sibinal. Para ello se presentarán las razones de dicha movilidad, considerando la realidad económica y la desprotegida situación de las familias en términos de salud, frente al déficit presupuestario del sistema guatemalteco, que incide directamente, en el desempeño del escaso personal que atiende los servicios de salud pública del primero y segundo nivel de atención, así como en la baja cobertura e insuficiente dotación de medicamentos.

Sobre este escabroso tema, que es bien conocido por el sector salud no solo de Guatemala sino de toda América Latina, Ugalde y Homedes, refieren las consecuencias de las constantes transformaciones neo liberales impuestas para mejorar los servicios de salud. La discusión se enfoca en el déficit gerencial y de recurso humano que prevalece en los servicios de salud de Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México

y República Dominicana, mencionándose también a Guatemala, aunque este país no es parte del seguimiento que durante diez años se dio a este estudio. Se comprende en toda la dinámica expuesta, que el objetivo final de la corriente neo liberal en la región, es reducir el poder del Estado, dejándole la simple función de regulador, ante el urgente proceso de privatización de la salud, tan importante para las industrias farmacéuticas, no así para la sociedad latinoamericana.

Ugalde también refiere el contradictorio papel del Banco Mundial, que pretendiendo dar soluciones equitativas con sus intervenciones, logró en su lugar, entorpecer las oportunidades e iniciativas nacionales que podrían haber logrado cambios efectivos en países como México, al empeñarse en sustentar la tesis de la privatización de los servicios de salud como la mejor opción para satisfacción de los clientes. Sin embargo, según los autores, dicha entidad ha empezado a reconocer que sus propuestas, están fuera de contexto.

Llegan a la conclusión de que los sistemas impuestos no funcionan y que la inversión de millones de dólares en tratar de transformar los sistemas de salud, realmente no los ha hecho más equitativos, ni más eficientes (Ugalde & Homedes, 2005). En su trabajo los autores desarrollan a un nivel que podríamos llamar geopolítico, del cual somos parte, lo que en este documento se aborda a nivel micro en la región fronteriza de San Marcos antes señalada.

Pero los problemas de los servicios oficiales, derivados, esencialmente, del déficit presupuestario que permanece en el Ministerio de Salud del país, no significan que las poblaciones rurales y pobres estén totalmente desprotegidas, porque la medicina

y terapéutica del pueblo maya mam, las provee, normalmente, de los remedios que alivian gran parte de sus padecimientos, con algunos componentes que dan un valor agregado a la esencia de la noble práctica médica: la pertinencia cultural, la empatía y la mística del buen servicio a sus pacientes.

Los resultados del estudio realizado en San Marcos, muestran que generalmente la primera alternativa de las personas para curar sus problemas de salud es el uso de plantas medicinales junto a la medicina química popular. Esto no excluye la posibilidad de buscar atención del o la terapeuta tradicional, sobre todo cuando los padecimientos o situaciones de salud como los embarazos, las torceduras, o parasitismo, por ejemplo, puede ser atendida, según su especialidad, por una comadrona, huesero o curandero.

Cuando el problema de salud requiere de un tratamiento más complejo, que no puede resolverse en la casa, en la comunidad o cerca de ella, se acude al médico o servicio de salud pública. Por supuesto, aunque esta es la trayectoria que generalmente se observa, la circunstancia particular demanda que en ocasiones la búsqueda de atención se realice a la inversa o de otra manera.

Este proceso de búsqueda concuerda con la propuesta teórica metodológica de Eduardo Menéndez en relación al continuum salud-enfermedad-atención, que describe precisamente las características del modelo de auto atención, del modelo médico subordinado y del modelo médico hegemónico.

Las trayectorias de búsqueda que son comunes en todo el país, tienen sus diferencias en el área de frontera y estas estriban en que no

se realizan solamente en San Marcos sino también en la región de Soconusco. El intercambio de servicios responde a la demanda de guatemaltecos en busca de atención con terapeutas mayas y servicios de salud pública “oficiales” del lado de México, pero también a la demanda de mexicanos que buscan ser atendidos por terapeutas guatemaltecos.

Y es entonces, cuando se devela que, en la vida cotidiana de los habitantes de la región, la situación de frontera y la relación con el país vecino como producto de la migración constante, temporal o permanente, van borrando la línea que divide políticamente a uno y otro territorio, fortaleciendo las milenarias afinidades e identidades culturales pre existentes. Esa realidad acentúa a su vez, la ausencia del Estado y la consecuente incapacidad de respuesta que ha caracterizado hasta ahora al sistema de salud guatemalteco. Desde esta perspectiva, México se convierte en la mejor opción para vivir, adquirir la ciudadanía, educarse y curar la salud.

La realidad actual demuestra que la ruptura del espacio, que por razones políticas e históricas modificaron la vida cotidiana de esta región fronteriza, vuelve hoy, por las mismas razones, aunque con las circunstancias propias de la época, a reconstruirse y hace pensar en lo artificial que resulta la delimitación política administrativa de las fronteras establecidas por los regímenes coloniales movidos por su inherente deseo de expansión o delimitación territorial. Parece inútil y hasta inconveniente obviar la dinámica espontánea que caracteriza a los grupos socio culturales que la han habitado siempre.

Es oportuno recordar aquí, que: “El acuerdo de 1882 que delimita las fronteras entre

Guatemala y la zona del Soconusco conformó una representación política del territorio, pero la frontera cultural y comercial era ajena a esa demarcación, pues los movimientos y la circulación en la zona siguió fluyendo sin mayor restricción” (Paredes, 2015).

Las migraciones son una realidad en todo el mundo. Han configurado la historia de la humanidad y puede decirse que forman parte fundamental de sus estrategias para procurarse mejores condiciones de vida en lugares distintos al de origen.

La relación fronteriza entre México y Guatemala que favorece esos elementos de movilidad social es histórica y no se pretende hacer pensar en este artículo que la misma responda solamente a las necesidades de salud, sino solamente ilustrar cómo esa situación se manifiesta en el área de estudio. Cuáles son los lugares de destino de quienes buscan satisfactores sociales, económicos y de salud dentro y fuera de la línea que divide Guatemala y México, en qué condiciones migran y quienes migran.

Un apunte sobre la parte metodológica de la investigación

El estudio que da origen a este documento fue de carácter exploratorio en tanto que pretendía explicar con el detalle posible esas estrategias de los pobladores del área fronteriza del departamento de San Marcos para atender sus problemas de salud. La metodología utilizada tuvo como base la aplicación de técnicas cualitativas y cuantitativas de investigación. Las técnicas cualitativas consistieron en la conducción de grupos focales con las familias participantes y la realización de entrevistas estructuradas, muy cortas debido a las ocu-

paciones de los médicos y personal de enfermería, de los servicios de Tacaná y Tajumulco.

Es importante indicar las diferencias sobre la forma en que se trabajó en las diferentes áreas de estudio, con el fin de hacer comprensibles los datos, sobre todo cuantitativos, que se presentan más adelante.

Como se ha indicado los municipios de trabajo fueron: Sibinal, Tajumulco y Tacaná. Pero la recopilación de información fue distinta en el municipio de Sibinal, en donde se tuvo un mayor acercamiento comunitario ya que se realizó semanalmente una encuesta con 24 familias pertenecientes a cuatro aldeas: Chocabj, Tibancuche, Tonina y Yalú, completándose un total de 192. Estas cuatro aldeas son parte de la micro región denominada Chocabj, que será como se denomine en adelante.

En Tacaná y Tajumulco en cambio se realizaron, en base a un diseño muestral estratificado¹, 93 y 65 encuestas, respectivamente, en los servicios de salud existentes en las dos cabeceras y en dos aldeas aledañas a la zona de frontera de cada municipio, tal como se ilustra en la tabla 1. El total de encuestas en toda el área descrita fue de 350.

Durante el trabajo de campo se tuvo relación con la asociación Hermana Tierra en el municipio de Tacaná, por cuya sugerencia se visitó también la aldea Cheguaté, cercana a Niquivil, México y de la cual se presenta alguna información cualitativa, pese a que no formaba parte de la muestra originalmente. Por esta razón esta aldea no aparece en la tabla 1.

¹ Desviación estándar esperada de 100, un nivel de confianza del 95%, una precisión de Q.25 y un efecto de diseño de 1.5

Tabla 1. Total de encuestas realizadas en el área de estudio

Municipio	Aldeas	Número de encuestas	Total
Sibinal	Tibancuche	48	
	Chocabj	48	
	Tonina	48	
Tacaná	Tibancuche	48	192
	Cabecera	75	
	Plan Grande Chnajulé	18	93
Tajumulco	Cabecera	46	
	San Juan Bullaj	19	65
		Total	350

102 ◀

Situación del sistema de salud en el área de estudio: cobertura, dotación de medicamentos y personal en servicio

En Guatemala las tres instituciones más influyentes en la prestación de servicios de salud del país, son: El Ministerio de Salud Pública que cubre al 70% de la población, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) al 17% y los servicios que acogen al sector de seguridad nacional: Ministerio de Gobernación y de la Defensa acogen al 0.5% de la población. (Becerrill-Montekio:2000)

Pero a excepción del Ministerio de Salud, cuya población objetivo es precisamente la más pobre, las otras dos instituciones atienden a poblaciones que trabajan para alguna dependencia del Estado o para el sector privado. Aunque dichos servicios no cuentan con las calidades óptimas de atención, hay que observar que, de la clase trabajadora, solo la que tiene cierta estabilidad laboral puede optar

a un seguro de salud como el del IGSS o el que presta el sector de seguridad nacional.

Los vaivenes de la realidad política del país, que incluyen actos inimaginables de corrupción e inequitativa distribución del presupuesto entre los ministerios, como los vistos en el transcurso de los años 2015 y 2016 en Guatemala, no hacen más que agravar la problemática de cobertura nacional en salud, prevaleciente desde hace décadas. Las consecuencias de la malversación de fondos existente se refleja también en la región fronteriza de San Marcos, en los municipios de Tacaná, Tajumulco y Sibinal, en donde se pudo corroborar lo que Paredes² señalaba como parte de la fundamentación teórica del trabajo que origina este artículo, en donde explica que el funcionamiento del sistema de salud se caracteriza por: a) la concentración de servicios en las cabeceras municipales y departamentales (problemas de cobertura);

2 Investigadora y diseñadora del Proyecto que da origen a este documento.

b) fallas en el sistema de referencia y c) problemas con la dotación de medicamentos para la población. (Paredes, 2014)

Sobre la concentración de la prestación de servicios en las cabeceras municipales y departamentales, dejando a las aldeas, cantones y caseríos más alejadas con poca o ninguna cobertura, se observó un ejemplo claro en Tajumulco, en donde efectivamente el Centro de Atención Permanente tiene una demanda considerable, mientras comunidades como San Juan Bullaj, ubicada en la zona baja del Suchiate, no tenía servicio de salud al momento de realizar el trabajo de campo, aunque las autoridades de la Dirección de Área de San Marcos indicaron que había una unidad mínima. Sin embargo, la población acude al Hospital La Montañita, Malacatán, cuando no pueden resolver en el hogar su situación. Aunque hay un servicio de salud que se encuentra en María Cecilia, aldea cercana a San Juan Bullaj, las quejas sobre la dotación de medicamentos, la falta de personal, etc. se escucharon nuevamente.

En este caso el sistema de referencia ni siquiera funciona, por la ausencia, temporal o permanente, casual, deliberada o no, de un servicio de salud con personal médico dentro de la comunidad. San Juan Bullaj es una comunidad azotada por el conflicto armado interno, cuya mayor parte de la población se refugió en México y que solo recientemente regresó para volver a empezar la vida en Guatemala.

Sobre los programas de Extensión de Cobertura (PEC), que pretendían ampliarla mediante la contratación de ONG, como prestadoras y administradoras de servicios de salud en las regiones lejanas, la atención se limitaba al monitoreo de crecimiento físico, atención materno-infantil, inmunización y

control de enfermedad común y de la mujer. (Paredes, 2014)

Como es sabido, este sistema dejó de funcionar, por lo que actualmente la cobertura ha disminuido aún más. Sin embargo, existen diferencias que privilegian a los municipios que han tenido la suerte, como Tacaná, de contar todavía con el apoyo de ONG como la asociación Hermana Tierra, arriba mencionada, liderada y administrada actualmente por el sacerdote católico Ángel Espósito, quien es también su fundador.

En coordinación con el Ministerio de Salud Pública, CARITAS y FONAGRO, que son algunos de sus financistas, la institución presta atención de medicina general a una de las poblaciones más vulnerables en temas de salud, pero poco atendidas por el sistema: los adolescentes. Esta organización tiene presencia en 22 comunidades de Tacaná, a lo largo de la zona fronteriza. La variante del caso mencionado, es la preocupación de captar a los niños con desnutrición aguda para llevarlos al Centro de Recuperación Nutricional que funciona en la cabecera municipal. En este centro hay servicio de encamamiento, de cocina para la preparación de alimentos en atención a los padres de los niños afectados y el personal de servicio, que debe acompañar a la niña o niño durante su recuperación.

Además, se suministran los medicamentos requeridos, según las condiciones de salud de los niños/as. Las actividades que desarrolla la asociación incluyen educación para los jóvenes adolescentes, en sus comunidades, en temas de organización comunitaria, aprendizaje de cultivo de huertos y sistemas agro forestales. Es decir que su eje temático y de acción es la salud en el marco de la seguridad alimentaria y nutricional.

Este es uno de los mejores servicios, si no el mejor, que funcionan en Tacaná. El punto es que actualmente es una excepción, que, además es un ejemplo de buena gestión y administración de recurso humano y financiero, a pesar de contar con el apoyo del Ministerio de Salud Pública, lo cual contrasta con la poca transparencia que existe en el resto del sistema. Es necesario agregar que el financiamiento lo puede dar cualquier persona, ya que sus dirigentes, no limitan sus requerimientos de dinero a las tres instituciones mencionadas, sino que tienen en su página web, un enlace en el que se pueden hacer donaciones en línea.³

Sobre la dotación de medicamentos para la población, otro de los planteamientos formulados en este estudio fue, que, aunque algunos centros de salud, han sido fortalecidos en ciertos municipios, todos ellos sostienen permanentemente problemas de abastecimiento de medicamentos, carencia de equipo diagnóstico, personal y material quirúrgico, lo que provoca mala calidad de atención. (Paredes, 2014)

En toda el área de estudio esta fue una queja permanente. Las madres que visitaron los servicios, atribuían a la falta de vacunas la causa del repunte de afecciones intestinales y respiratorias en los niños. Las constantes nebulizaciones practicadas en los dos servicios de salud de Tacaná (CAP y el Centro de Recuperación Nutricional), durante horas del día y de la noche, fueron una manifestación clara de este problema entre niños de 0 a 6 meses o hasta cinco años aproximadamente. El clima frío que prevalece en la región es una variable que no puede obviarse. Por eso, en opinión del personal biomédico, estas afecciones no se

deben a la falta de medicamentos o vacunas, sino a las circunstancias particulares de las familias, relacionadas con el cuidado de los niños.

Sin duda ambas posiciones son válidas, pero realmente la falta de vacunas y el repunte de enfermedades en los niños, no fue un reclamo escuchado solamente en Tacaná sino también entre los pacientes de los servicios de salud de Tajumulco, indicando que había atrasos hasta de dos meses en los esquemas de vacunación de los niños. No hubo oportunidad de revisar los registros de la vacunación para verificar estas afirmaciones, pero la denuncia constante en diferentes áreas, hace pensar en la posibilidad de que realmente el tiempo transcurrido desde la última vacunación, si puede afectar a una proporción de infantes al exceder la temporalidad establecida para aplicar los refuerzos o completar los esquemas.

Una crítica importante y relacionada con estas percepciones de los usuarios/as sobre la calidad de los servicios fue que los centros de salud se ocupaban mucho del monitoreo de crecimiento físico, pero que, de todas maneras, si los niños estaban desnutridos, no había forma de curarlos por la falta de medicamentos. Como siempre la única excepción fue el Centro de Recuperación Nutricional que funciona en Tacaná.

De la misma manera que se reclama la poca existencia de medicamentos para los niños y sus vacunas, también se reclama la carencia de medicamentos para el alivio de afecciones que sufre, sobre todo, la población adulta, tales como la diabetes, próstata en hombres de edad, derrame cerebral y artritis. Fue especialmente notoria la frecuente mención de tratamientos para el derrame cerebral.

³ Para ampliar la información sobre el funcionamiento de esta institución consultar www.hermanatierra.org

Las conversaciones con algunos médicos de los Centros de Atención Permanente, de la Dirección de Área de Salud de San Marcos y de la Dirección de Salud en Guatemala, consideran que una de las soluciones más viables e inmediatas para solucionar gran parte de los problemas, es la medicina preventiva, con lo cual se abaratarían sustancialmente los costos de la salud pública.

En Tajumulco se mencionó que se encuentra en marcha la ejecución de proyectos que vinculan la práctica médica maya mam con la práctica biomédica institucionalizada en el país, con lo cual se estarían resolviendo problemas de cobertura y de intercambio de conocimientos entre ambas visiones, con las consecuentes posibilidades de aprendizaje, alivio y sostenimiento de la salud, con mayor eficacia. Este puede ser también un espacio para mejorar los sistemas de educación para la salud, no solamente de la población sino también de los terapeutas que representan las dos culturas que conviven en la región, es decir, biomédicos y personal de enfermería junto a terapeutas maya mam. Y es que las infecciones respiratorias agudas y las diarreas, por ejemplo, siendo en ámbitos urbanos enfermedades fácilmente curables, en el área rural, a estas alturas del siglo XXI aún cobran vidas especialmente entre la población infantil. Según los médicos de estas áreas, son “muertes evitables” mediante la prevención y la educación en salud.

Pero en la práctica estos principios de salud preventiva y de interculturalidad en salud, se ven afectados por barreras de comunicación que no permiten un seguimiento continuo, sistemático y cuidadoso de un proceso educativo para la población. Primero por las diferencias lingüísticas e ideológicas entre los especialistas de ambas culturas y, por las que existen entre ellos mismos y el resto

de la población. Segundo por las barreras presupuestarias que una y otra vez, indican ser las causantes de la baja calidad y carencias en la prestación del servicio.

La baja calidad se observa cuando al hacer las personas un largo recorrido, generalmente a pie desde de sus comunidades:

- Los pacientes no consiguen el medicamento que necesitan porque en el servicio de salud no hay existencias. El o la paciente no tiene capacidad económica para comprar la medicina. En las comunidades no siempre hay expendios o farmacias cuyo surtido satisfaga estas necesidades.
- Si el paciente llega al servicio de salud justo en el momento en que entra una emergencia, el escaso personal del servicio se concentra en atenderla. Entonces se cierra la consulta definitivamente, o se les pide a las personas que vuelvan más tarde o al día siguiente.
- El resto de pacientes en la sala de espera que se quedan sin atención, a veces van con dificultades de salud que también pueden convertirse en una emergencia médica.
- El personal médico y de enfermería de turno, empieza a sentirse sobrecargado, cansado y con poca disposición para seguir atendiendo a la población, llegando al extremo de pedirle a la madre o padre de familia que, si lleva dos niños a consulta, elija al que tiene mayor problema, porque solo se atenderá a uno de los dos.

Estas cuatro circunstancias se conciben como limitaciones presupuestarias no solamente por la carencia de medicina sino también por la

insuficiente cantidad de personal. Los datos proporcionados por la Dirección de Área, indican que Tajumulco, en donde se observó más demanda, para atender a una población de 60,018 habitantes, hay 48 personas en servicio, incluyendo personal operativo y administrativo. Además, el personal mantiene cierta inseguridad laboral, debido a que la mayoría está por contrato y el sistema de salud siempre tiene déficit. Circunstancias similares se encuentran en los servicios de Tacaná y Sibinal, según la memoria de la Dirección de Área de Salud de San Marcos del año 2014. En el trabajo antes citado de Ugalde, se menciona la problemática que deriva de la escasez de personal, la falta de especialistas o el exceso de especialistas en un servicio, lo cual confirma lo observado en San Marcos.

106 ◀

La percepción que ha quedado sobre el funcionamiento del servicio oficial de salud en Tajumulco es que parece tener una problemática más acentuada que Sibinal y Tacaná, quizás porque su posición geográfica y la distancia hacia otros servicios, las opciones de atención son menores. Los costos de traslado resultan altos aun cuando se llega al municipio por carretera asfaltada y hay transporte como taxis y buses extra urbanos hacia la cabecera departamental. Hay que considerar en este análisis, el radio de atención del servicio porque, no todas las personas que lo visitan son de la cabecera municipal, sino que llegan de comunidades más lejanas recorriendo caminos vecinales y veredas que dificultan el acceso.

Movilidad transfronteriza para la búsqueda de satisfactores económicos

La población de Sibinal, Tajumulco y Tacaná que habita las comunidades visitadas y que

crucza la frontera para trasladarse a México en busca de trabajo, no puede caracterizarse como inmigrante irregular o indocumentado, pese a que según la literatura se estima que la mayor parte del flujo lo conforman migrantes de paso que cruzan de manera ilegal (López, 2015). Pero, pasar a México o Guatemala a través de los caminos vecinales que comunican ambos países (en la pequeña región de estudio) no representa una situación estresante para los agricultores o comerciantes que se movilizan buscando trabajo o intercambio de mercancías. Es más, los jornaleros que se dirigen temporalmente a las fincas de café ubicadas en Chiapas, lo han hecho durante siglos, (Mosquera, 1990), porque prácticamente se ha institucionalizado la demanda de trabajo de los finqueros de Chiapas, quienes gestionaron con los gobiernos de turno el paso libre de trabajadores hacia fincas o ejidos desde finales del siglo XX. Los flujos migratorios entre Guatemala y Chiapas han sido históricamente intensos, sobre todo en materia de tráfico de trabajadores guatemaltecos que cruzan para laborar del lado de México (López; Ixtacuy, 2015)

Esta dinámica es la misma descrita por Antonio Mosquera cuando refiere la escasez de mano de obra laboral para las fincas de café en la región de Soconusco a principios del siglo XX, cuando los finqueros intentaron emplear a 2,700 trabajadores chinos que rechazaron el trabajo precisamente por lo poco favorable de las condiciones laborales, pero que fueron aceptadas por los guatemaltecos. Mosquera señala dos tramos de operación para estas contrataciones. Uno que comenzaba en Tapachula hacia Cacahoatán y otra en Tuxtla Chico. (Mosquera, 1990)

Durante su trabajo de campo Mosquera pudo distinguir en esta misma región varias modalidades de migración: una estacional con destino a las fincas de café; una permanente con destino a las fincas de caña de azúcar y banano del Soconusco y una forzada con destino a campos de refugiados, la cual ya no se percibe en este momento histórico. Otra modalidad consiste en migraciones permanentes por diversos motivos: familiares, negocios, trabajos varios, así como de transmigrantes a Estados Unidos. (Mosquera, 1990).

Tras estas referencias, la definición sobre el mercado de trabajo transfronterizo que mejor describe la dinámica observada en el área de estudio coincide con que “es el proceso social sostenido por muchos años de interacción entre la demanda y la oferta de trabajo en regiones fronterizas de dos países vecinos, la cual puede provenir del país A y la demanda de trabajo del país B, o viceversa. Se puede limitar el alcance territorial a las regiones fronterizas o ir más allá de ellas, al interior del país demandante del trabajo...El movimiento de los trabajadores se realiza mediante migraciones internacionales estacionales, de diferente distancia y temporalidad” (López, 2015:160)

La movilidad de las poblaciones de Sibinal, Tacaná y Tajumulco en la búsqueda de satisfactores económicos para su subsistencia en México, se realiza efectivamente en un radio comprendido entre la línea de frontera de los tres municipios estudiados en San Marcos y la región de Soconusco.

Soconusco está ubicado al sureste de México, su capital es Tapachula y abarca una exten-

sión territorial de 14,357 kilómetros cuadrados. Comprende 29 municipios, de los cuales han sido mencionados como destinos de migración en busca de satisfactores económicos, de salud y educación por los sibalenses: Unión Juárez, Cacahoatán, Córdoba y Talkian. Para los pobladores de Tacaná en cambio los destinos son: Motozintla, Comalapa, Huixtla, Mazapa, Tuxtla Gutiérrez y Siltepec. En Tajumulco se mencionaron Finca Muxbal en Córdoba, Veracruz, Unión Juárez, Talkian y Mazatan. En Tajumulco se mencionó también Obregón. Para los tres municipios, Tapachula es un destino común.

Siguiendo a Mosquera, se encuentra coincidencia entre lo documentado por él sobre los caminos de ingreso a Chiapas desde el año 1935, mencionando Niquivil, Unión Juárez y Cacahoatán como caminos de herradura para llegar a Chiapas por Tacaná, Sibinal o Tajumulco. (Mosquera, 1990)

Sobre el intercambio cultural, comercial y laboral, las encuestas aplicadas en Sibinal, Tajumulco y Tacaná, dan una pauta de la intensidad de la relación sociocultural con México. En toda la región investigada el 50% dijo pasar de lado de México a trabajar y el otro 50% dijo que no. Sin embargo, la diferencia entre regiones sobre esta movilidad se observa con mayor claridad en la tabla 2, desagregada por comunidad encuestada. En ella las comunidades sombreadas son las que están más cerca de la frontera y las que tienen los porcentajes más altos de movilidad hacia México en busca de satisfactores económicos. Tajumulco muestra más movilidad en la aldea San Juan Bullaj para la búsqueda de satisfactores económicos que para la salud.

Tabla 2. Paso al lado mexicano en busca de ingresos por comunidad estudiada. Año 2015

¿Pasa del lado mexicano para obtener ingresos?	
Comunidad	Sí (%)
Tacaná cabecera	49 %
Plan G. Chanjulé	95 %
Tajumulco cabecera	21 %
San Juan Bullaj	50 %
Chocabj	83 %
Tibancuche	33 %
Toniná	67 %
Yalú	100 %

108 ◀

Como destinos mencionados para oficios domésticos y mantenimiento de casas grandes, se mencionaron Tapachula y Cancún. Con menor frecuencia se mencionó Carolina del Norte, Estados Unidos. El comercio, tanto en Tapachula como en Sibinal y Tajumulco, es una actividad económica a la que se dedican cotidianamente las familias. Otros oficios u ocupaciones mencionadas son el de panadero (Huistla) y de Regidor (Siltepec).

Tabla 3. Destinos de trabajo mencionados por la población de Tacaná. Año 2015

Destinos de la población de Tacaná hacia Chiapas-México	
Finca El Edén	Cacahoatán
Finca Irlanda	Huistla
Finca La Laguna	Chicomusuelo
Finca San Cristóbal	Siltepec (Finca Honduras)
Finca Guadalupe	Cantón Historia
Finca Hamburgo	Santa Rosa
Finca Santa Helena	Tuxtla, Ejido Monte Rey
Rancho Santa Isabel	Comalapa
Motozintla	Mapastepec

En Tajumulco para adquirir sus ingresos un 52% de las personas encuestadas indicó que salía de su pueblo para trabajar y de este porcentaje un 28% dijo moverse hacia México y Estados Unidos. Es decir que los destinos de

trabajo no son solamente fuera del país, sino también hacia otros municipios con intenso comercio por su posición de frontera como Malacatán y Sibinal o hacia las fincas ubicadas en Tajumulco como Santa Rita y San Nicolás.

Tabla 4. Destinos de trabajo mencionados por la población de Tajumulco. 2015

Destinos de trabajo al interior de Tajumulco o el departamento de San Marcos	Destinos de trabajo en México o Estados Unidos
1. Aldea Boshoncan	Costa, Tapachula a las fincas
2. Centro y Taquian Chico	Estados Unidos
3. Chinchicupe a Tajumulco	Finca Muxbal
4. Costa, Guatemala, San Pablo	Malacatán, San Marcos, Veracruz
5. Del centro de Tajumulco a Chana	María Cecilia, Finca Mataperla y Unión Juárez
6. La Estancia	Sibinal y Unión Juárez
7. Malacatán	Sibinal, Córdoba
8. Quetzaltenango, Malacatán, San Pedro	Sibinal, Córdoba y Malacatán
9. San Marcos o donde salga negocio	Tapachula
10. San Nicolás, Santa Rita	Tapachula
11. San Pedro Sacatepéquez	Villa real
12. Santa Rosa, Malacatías	
13. Sibinal	
14. No sale de Tajumulco	

Sobre la temporalidad de migración por razones de trabajo y la de permanencia en el municipio hubo una amplia variación de respuestas obtenidas sobre los meses en los cuales las personas van a trabajar hacia México. Algunas indican que trabajan todo el año, otras que van a Tapachula cada fin de semana para vender en el mercado o que se van desde el mes de agosto para regresar en diciembre o enero. Lo más común, es viajar a las fincas de café en las épocas de corte, de agosto a diciembre. Esto indica que son los meses de febrero a julio cuando las familias se mantienen en sus comunidades cosechando productos propios o trabajando para otras personas.

Un factor que representa ventajas para las familias que migran es su composición familiar. Tajumulco es de los tres municipios, el que indica que más del 50% de familias (35 de las 65 encuestadas) están conformadas hasta por 14 miembros. El porcentaje de personas migrantes de este municipio es bajo para la búsqueda de salud, pero alto para la búsqueda de satisfactores económicos. Lo importante es que estas familias, que son extendidas, encuentran en su composición una estrategia para compartir gastos y/o unirse para la producción de bienes de diferentes formas, pues las respuestas sobre el trabajo al que se dedican, indica que no solamente una persona trabaja para el sostenimiento de la familia, sino varias, de las cuales algunas viajan hacia México o Estados Unidos. Hubo mujeres que indicaron que migran a México, Cancún o Estados Unidos y dejan a sus hijos temporal o permanentemente con las hermanas y abuelos por la imposibilidad que representa, trasladarse a Guatemala con frecuencia.

Entre otras variantes de esta dinámica laboral femenina, hay madres que viajan a Tapachula, desde Tacaná, para trabajar en oficios

domésticos, percibiendo salarios de \$3,000 a \$4,500 (pesos mexicanos) lo cual equivale a US\$196.00 o US\$294. En Tajumulco se menciona la remesa de los Estados Unidos como un ingreso importante percibido, según la encuesta, por un 4 % de la población entrevistada. También aquí se mencionó el trabajo temporal hacia Cancún en el mes de enero de cada año.

Cuantitativamente no se ha logrado determinar con exactitud si las mujeres migran más que los hombres en busca de empleo hacia diferentes destinos. Según Mosquera hay más migración de hombres que de mujeres. Y es probable, porque los contratos son sin duda para los hombres que son cabeza de hogar.

Pero también existe la modalidad de viajar con toda la familia con lo cual los niños terminan haciendo labores agrícolas en apoyo de sus padres. Aunque recientemente los finqueros han empezado a poner restricciones para la aceptación de familias completas, en el siguiente relato pueden observarse dos cosas que han sido mencionadas por Mosquera en relación al trabajo en las fincas de Chiapas: una es que por lo general son los hombres los que más migran, pero también menciona a las familias, que reciben alimentos cuando empiezan a trabajar. Otra cosa que se refleja es la forma de captar mano de obra a través de la radio, que además de los enganchadores o contratistas, cobra importancia a partir de la década de los años 80. (Mosquera, 1990). A través de los relatos, se percibe una migración tan alta entre mujeres como entre hombres y se valida lo escrito en el trabajo que se cita.

“Media vez dicen en la radio que hay trabajo y se van todos”

“-Entonces ¿en qué meses se van?”

- *Todo el tiempo la gente, ahorita si por el corte bajan más, pero...*
 - *Hombres por igual, niños, mujeres”*
 - *Bebecitos, tiernitos están llorando ahí.*
El martes apenas, nos fuimos a Tapachula y ahí nos fuimos por las fincas, hay mucho sufrir, están llorando los niñitos
 - *¿Pero a Cancún a qué van? ¿En qué trabajan?*
 - *Por ejemplo, algunos que son albañiles, ganan bien*
 - *Y hay trabajos así de hacer limpieza pues, como ellos son gente rica. Póngale una que va a las casas gana \$.1500.00 la quincena. Le pagan en los hoteles a la quincena, donde sea, otra gana hasta 2,000.00 dólares.” (Cheguaté, octubre de 2015)*

La familia nuclear, también suele tener a su cargo a los padres o suegros de la pareja. Se observó, además, un buen porcentaje de madres solteras que viven en casa de sus padres. La mayor cantidad de familias reportó que tenía cinco miembros, siendo el promedio siete.

En la microrregión de Chocabj, las remesas no fueron mencionadas, pero existe la probabilidad de que las reciban ya que sus motivaciones y oportunidades de migración no son diferentes a las de los otros dos municipios. Aquí lo que se mencionó con mayor frecuencia, fue la migración temporal hacia Chiapas con fines comerciales o laborales, tanto para vender productos como para comprar enseres domésticos y comestibles. Las familias de la micro región Chocabj, cercanas a Tapachula, además de migrar temporalmente a las fincas de café en la época de corte, encuentran en el comercio de flores, hortalizas y crianza

de especies menores como cabras y aves de corral, una importante actividad económica en Chiapas.

El paso constante de migrantes desde Guatemala hacia México, paulatinamente va formando redes sociales, económicas y familiares que incluyen la búsqueda de educación y salud. En la comunidad de Cheguaté, por ejemplo, se encuentra una familia numerosa, de hijas mujeres que han ido formando sus propias familias con hombres mexicanos. Las dos que aún son solteras, no conocen Guatemala, pero sí Chiapas. Pueden hablar de centros comerciales, de comidas, de lugares e incluso del sistema educativo y de salud de México, el cual han adoptado totalmente. Casos similares se encontraron en Sibinal, específicamente en Yalú. Por supuesto esta adopción de la cultura mexicana insta a las personas a adquirir esa nacionalidad. Y en términos de conveniencia, tener ambas nacionalidades resulta beneficioso para gozar de las prebendas que otorga México, en materia de salud y educación. Sobre salud se menciona constantemente el seguro popular y en educación, la gratuidad de la educación y la dotación de útiles escolares para los estudiantes, aun cuando no son mexicanos, pero optan por educarse en este país.

“Lo que pasa es que el seguro popular nos ayuda mucho por alguna enfermedad, por ejemplo, yo tengo el apéndice, me voy rapidito y ya me operan pues” (Cheguaté, octubre 2015)

“El seguro popular es como el IGSS aquí en Guatemala. El seguro popular aquí en México no se lo dan a cualquiera. Entonces ponle, aquí en México hay gente mexicana que tiene seguro y hay gente que no, entonces cuando ven que la gente tiene seguro popular los manda fuera de

Tapachula o a Huistla en un hospital que es más mejor o a Comitán y al que no tiene seguro popular pues ahí no más lo tienen en Motozintla, ya si quieren un servicio más mejor, ya tienen que pagar más pues. Y tiene muchos beneficios el seguro popular pero casi la mayoría de la gente no tiene. Ponle, así como ellos los beneficia bien...” (Cheguaté, octubre de 2016)

“Bueno la verdad mis hijos tengo cinco que están estudiando en el lado mexicano, lo que pasa es que allá nos ayudan pues, yo no compré cuadernos, lapiceros, mochilas, nada de eso, uniformes” (Cheguaté, octubre de 2015)

“Cuando salen de sexto, salen con papeles mexicanos” (Cheguaté, octubre de 2015)

112 ◀

La compra de alimentos en México también representa un ahorro para quienes viven en áreas cercanas a la frontera:

“...Nosotros lo tenemos allá por tratar de ahorrar. Con siete niños. Un kilo de azúcar se me va casi diario y diez días un bulto de maíz. Si voy a Sibinal a traer un bulto de maíz nos cobra siete quetzales el bus. Ya con esos siete quetzales compras azúcar y aceite... Para México no gastamos pasaje. Viene mañana [su esposo] y un quintal de maíz trae cargado. Me ahorro para comprar tomate, pasta o arroz. Por eso lo hacemos nosotros no porque nos guste ir más allá” (Chocabj, septiembre de 2015)

Movilidad transfronteriza para la búsqueda de atención en salud

El 75 % de las personas entrevistadas, de Sibinal, dijo que pasaba del lado de México

para atender su salud ya que los costos de transporte, resultan un beneficio como también la satisfacción en relación a la prestación de servicios de salud. Por estas mismas razones, es notorio que alejarse de la frontera no impide que por lo menos un 33% de la población entrevistada de Tibancuche y Chocabj, que como se ha señalado están un poco más lejos de la línea de frontera, indique que si va a México a curarse o que por lo menos ha ido una vez.

En los casos específicos de Toniná y Yalú el 100% de las personas entrevistadas indicó que siempre va a México en busca de atención. A Yalú incluso llegan comadronas de Unión Juárez para atender partos a la hora que se les solicite, aunque sea en la noche. Ese detalle sobre la atención es muy valorado porque en Yalú, no hay comadrona. Según las señoras participantes hasta el momento en que se realizó la entrevista, tampoco han tenido emergencias que ameriten sacar a las parturientas de la comunidad porque los partos son generalmente normales. Pero si ese fuera el caso, Sibinal no representa una opción viable para la atención de una emergencia, sobre todo para los pobladores de Yalú, puesto que llevar a la madre hasta allá significaría cargarla, subir una pendiente de más de 45 grados de inclinación, con un camino en mal estado y además arriesgado. Prácticamente para ellos, Unión Juárez o cualquiera de las comunidades que se encuentran del lado de Chiapas, son su única opción porque los servicios de salud, del otro lado de la frontera se encuentran aproximadamente a 3 kilómetros. Otra de las razones por las cuales 18 de las 24 familias entrevistadas de la microrregión Chocabj, indicó ir a México para atender su salud. De estas 18 familias las seis de Yalú, que participaron en el estudio, indican pasar a Unión Juárez, especialmente.

Los lugares mencionados por la población de la microrregión Chocabj para la búsqueda de atención en salud fueron Cacaohatán, Unión Juárez, Talkian y Córdoba. La población entrevistada en Tacaná indicó pasar a México en un 33 % para curar su salud y en Tajumulco en un 18 %. Como siempre, Tajumulco es que le muestra menor movilidad hacia este país. Los lugares hacia donde se dirige la población de Tacaná son Comalapa, Chiapas, Rancho Alegre, Motozintla, Huistla, Libertad Frontera, Mazapa de Madero. En Tajumulco se mencionaron Córdoba, Unión Juárez, Talkian, Villa México, Motozintla y Obregón. Es importante señalar que en México hay muchos poblados con este nombre en diferentes regiones del país, pero se asume que la población referida, está cerca de Tapachula de acuerdo a la consulta en varios mapas de la red.

A los guatemaltecos que pasan a México a curarse en los servicios de salud, se les cobra la cantidad de \$20 o \$25 mexicanos por consulta, (equivalentes a US\$1.63), debido a que no cuentan con el seguro popular. Pero el atractivo principal, es que los servicios públicos de México tienen en existencia las medicinas que necesitan. Pagar la medicina resulta más barato que comprarlas en otras partes o arriesgar tiempo y dinero en una búsqueda que a veces resulta inútil. Se escucha que es frecuente la visita a farmacias similares en donde son atendidos gratuitamente por médicos privados que solamente les cobran la medicina. Razón que hace pensar en que los elevados porcentajes de personas que indicaron buscar al médico privado (como Chocabj y Toniná) se deben a este beneficio que proveen las farmacias similares, del lado mexicano.

Ha quedado claro que la búsqueda de atención para la salud en un país distinto al propio,

puede resultar muy conveniente para unos e inconveniente para otros. Para los pobladores de la microrregión Chocabj en Sibinal, especialmente de las comunidades de Toniná y Yalú y para los de la aldea Cheguaté en Tacaná, que son áreas cercanas a la línea de frontera, es una opción viable y cómoda porque las distancias son cortas y los centros de atención mexicanos, son accesibles en términos de tiempo, dinero, esfuerzo, certeza en cuanto a calidad de atención (según la percepción de las usuarias/os) y suministro de medicina.

Pero en la región del bajo Suchiate, en especial San Juan Bullaj, en Tajumulco y en Plan Grande Chanjulé, ubicadas un poco más lejos de Niquivil y Motozintla, la situación se torna difícil porque las distancias son más largas. En San Juan Bullaj no hay servicios de salud y en Plan Grande Chanjulé solo se cuenta con un centro de convergencia en el que se realiza el monitoreo de crecimiento físico de los niños, aunque hay que reconocer que el auspicio de la organización que les apoya, Hermana Tierra, convierte el servicio en algo muy exclusivo de Tacaná, en Guatemala.

Tal como lo manifestaron quienes viven en el área, a pesar de tener en México una alternativa para atender su salud, educarse y producir recursos económicos, lamentan que dicha alternativa no se encuentre en Guatemala. En Plan Grande Chanjulé, hubo manifestaciones de preocupación porque un sistema de salud extranjero, el mexicano, que siempre les ha prestado sus servicios, hoy reprocha la poca capacidad de respuesta del sistema de salud de Guatemala al sentirse recargado con una población numerosa como la guatemalteca, que demanda atención, misma que opta por pagar terapeutas de forma privada.

“Da vergüenza llegar a pedir, en lugar de que en Guatemala nos ayuden” (Cheguaté, octubre de 2015)

“En Chocabj, sí. Y no dan nada pues. A los niños les dan acetaminofén o pastillas, si hay. Y se regresan pues, siempre lo que quieren es que el peso de los niños, que estén puntual con el peso de los niños. Pero si están desnutridos, ¿qué les pueden dar? Si están enfermos no hay nada. Si van allá abajo, yo sé que allá abajo está la clínica del centro de salud de Unión Juárez y está el DIF y está la clínica de Talkian, que allí lo pueden atender” (Yalú, agosto de 2015)

114 ◀

De acuerdo con López e Ixcatuy (2015) las barreras económicas, políticas y culturales prevalecientes en las zonas de frontera entre Guatemala y Chiapas dificultan el derecho a la salud. Haciendo referencia a los gastos en salud que, según sus estudios son de 226 dólares en todos los municipios fronterizos guatemaltecos y de 618 en los limítrofes mexicanos, indica que esto representa menos de la tercera parte de lo que destinan países como Estados Unidos o Canadá a lo mismo. Por otro lado, menciona también que la región fronteriza entre Guatemala y Chiapas es una de las zonas con menor cobertura por parte de los sistemas de salud de ambos países. En el caso de Guatemala, se estima que el 65% de la población que habita los municipios fronterizos no cuenta con acceso a los servicios de salud. Por lo que sugiere “el rediseño de intervenciones enfocadas a la prevención de patologías prevenibles y cambiar los comportamientos individuales”. También hace referencia al problema del idioma indicando que: “Muy pocos médicos entienden lenguas originarias y muchas veces no toman en cuenta las costumbres...o las

condiciones sociales de la población.” (López, 2015:141)

Convenio bilateral Guatemala/ México e Iniciativas de Guatemala para el mejoramiento del sistema de salud

Las posibles soluciones a la problemática de salud en las zonas de frontera quizás sea el fortalecimiento del convenio de cooperación entre Guatemala y México (Convenio 441) formulado el 12 de mayo de 2003 durante el gobierno de Alfonso Portillo, cuyo propósito fue nombrar la Comisión fronteriza Guatemala-México para la vigilancia y prevención de enfermedades transmisibles y de riesgo en ambos países.

Dentro de las consideraciones del convenio 441, está la definición de los que se considera el área de frontera, concebida como un espacio de “20 kilómetros de ambos lados de la línea divisoria terrestre y marítima entre la República de Guatemala y los Estados Unidos Mexicanos.” Las autoridades encargadas de la ejecución de la propuesta son el Vice Ministro de Salud en el caso de Guatemala y el Sub Secretario de Salud en el caso de México.

Las funciones de la comisión según este convenio son: realizar diagnósticos sobre las necesidades de salud pública en el área fronteriza Guatemala-México; identificar y monitorear problemas de salud; proveer, de acuerdo a las disponibilidades presupuestarias de las partes, apoyo financiero, técnico, administrativo para coadyuvar con los esfuerzos de entidades públicas y privadas no lucrativas, en la prevención y resolución de problemas de salud; Realizar o apoyar las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en el área fronteriza Guatemala-México; realizar o apoyar el establecimiento de un sistema amplio y coordinado, utilizando

tecnologías de vanguardia, en la medida de lo posible, para reunir la información relacionada con salud y para monitorear los problemas de salud en el área fronteriza Guatemala-México; la Comisión podrá, cuando lo considere necesario, consultar y colaborar con organizaciones no gubernamentales y otras entidades relacionadas con las actividades de salud pública en el área fronteriza Guatemala-México.

Otra solución puede ser la propuesta que presenta actualmente el Ministerio de Salud de Guatemala, que propone la territorialización de los sistemas de salud, obedeciendo precisamente a esta necesidad de atender la diversidad cultural y de maximizar la capacidad de atención, considerando para ello atender poblaciones de entre 2,500 y 5,000 habitantes. Algunos de los lineamientos de este proceso de territorialización el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social incluyen la implementación progresiva en todo el territorio nacional de una red de servicios de salud que organice sus funciones a nivel municipal departamental, regional y Nacional.

A partir de lo que se denomina “escenario territorial” que ejercería la rectoría y gestión del sistema se definen: a. El sector: como un espacio geográfico que, de acuerdo a los criterios establecidos por el MSPAS, agrupa las comunidades cuya población tenga hasta 2,500 habitantes. b. El territorio, que corresponde a uno o más sectores con poblaciones de 5,000 habitantes. Con ello se pretendería dar cobertura a toda la población guatemalteca. Los insumos para el reordenamiento territorial propuesto requieren definir y actualizar el perfil epidemiológico, los determinantes de la salud, los riesgos a la salud y la respuesta social organizada. También necesitaría realizar estudios sobre la situación geográfica,

la accesibilidad a los servicios, aspectos demográficos, culturales, el idioma, la situación de género y la situación económica.

Es interesante la propuesta de articular la red de establecimientos de salud por capacidad resolutive y complejidad considerando como elemento crítico al recurso humano. A mi criterio, la capacitación y captación de recurso humano, con un nuevo enfoque es de todos estos lineamientos el más importante. Solo el personal de salud con una nueva mística de trabajo, sobre todo más humana y con vocación de servicio puede efectuar los cambios que el sistema necesita. Esto incluye a los médicos, que son los encargados de velar por la gerencia y buena gestión de todos los recursos y al personal de enfermería, administrativo y de servicios.

En realidad, si el personal del Ministerio hubiera tenido siempre las cualidades y valores necesarios para prestar servicios médicos quizás no habría sido necesario diseñar un nuevo sistema, pues los cambios se habrían operado por la evolución y empeño en el mejoramiento constante del sistema.

El problema es que generalmente las profesiones como el magisterio, enfermería y medicina, se ven como medios para la movilidad social. Es común escuchar entre el personal de enfermería, por ejemplo, que siguieron la carrera para obtener rápidamente un recurso económico seguro, el cual no se logra tan fácil estudiando otro tipo de carreras. Claro que tampoco se pretende fomentar la visión de ganar poco o nada, porque precisamente la inseguridad laboral también ha generado problemas motivacionales que inciden en prestación del servicio ineficiente e ineficaz. El punto es que las prioridades no antepongan el lucro al deseo de servir, curar y comunicar

adecuadamente. De ser agentes de esperanza y no de agresión o incomprensión hacia las circunstancias de quienes son los clientes y por lo que se tiene un trabajo. La indiferencia hacia los recursos del país, hacia la ciudadanía y el fortalecimiento de la institucionalidad, han sido una causa histórica de la pérdida del territorio en Guatemala, tal como sucedió con Belice, con Soconusco y como puede suceder ahora con el área fronteriza no solamente de San Marcos sino también con Huehuetenango y Petén.

Actualmente esa falta de institucionalidad y la irresponsabilidad que han demostrado los altos funcionarios de salud en Guatemala, empieza a generar un problema para el sistema de salud de México, que seguramente tendrá que pensar en soluciones para mitigar la proporción de inmigrantes guatemaltecos que acuden a sus servicios. De ahí la importancia de activar y dar seguimiento constante al convenio bilateral de salud 441y al proceso de territorialización.

Conclusiones

La problemática del Sistema de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, es de carácter estructural, debido a que el presupuesto no se distribuye con equidad y transparencia, tal como se ha demostrado legalmente en el país precisamente en el año de realización de este estudio. La falta de presupuesto impide la compra de medicamentos y la contratación de personal en base a una planificación acorde a las poblaciones que se atienden. En consecuencia, no existe motivación suficiente de parte del recurso humano para atender adecuadamente.

Por eso la población que vive en la frontera busca los servicios de salud de México

porque, aunque las autoridades de salud de este país declaran que también el sistema es deficiente en muchos aspectos, le ofrecen buena medicina y atención a la población que acude a ellos. El costo que el guatemalteco paga por los servicios de salud pública en México es mínimo, considerando que tiene mayor certeza en el alivio y curación de sus enfermedades. Especialmente en el área de Sibinal, los habitantes de la micro región Chocabj hablan de calidad y amabilidad de parte del personal que los atiende, además del ahorro al encontrar existencia de medicinas a un precio razonable.

Los condicionantes de la movilidad en la búsqueda de atención, sin embargo, no son los mismos en todas las regiones. En Plan Grande Chanjulé y San Juan Bullaj, la gente se comienza a sentir discriminada por los servicios de salud pública que colindan con Motozintla, porque han sobrepasado la demanda que pueden cubrir, afectando a la población mexicana. Entonces se busca el servicio de salud privado que de cualquier manera queda más cercano que Guatemala. Pero la oferta de servicios también les favorece en tanto que algunos médicos no cobran la consulta.

La población de los municipios de Tacaná, Sibinal y Tajumulco, es de bajos recursos económicos, lo cual condiciona sustancialmente sus posibilidades de acceso a la salud. El dato más impactante entre el ingreso de los habitantes y sus gastos de salud y de bolsillo, es la pérdida de propiedades por el endeudamiento en gastos de medicina y atención médica. A este factor se suman otros de orden geográfico que pueden convertirse en una oportunidad, como el caso de Sibinal, o continuar siendo un problema, como el caso de Tajumulco.

Dentro de las propuestas para el mejoramiento del sistema, los médicos y enfermeras, solicitan que las instituciones estatales como Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social trabajen articulados para prestar un mejor servicio a la población guatemalteca, especialmente del área rural. Esto es un reto para el sector salud, que en todo caso debe liderar y conducir este proceso con determinación.

La situación de salud en la frontera demanda que se revitalice el convenio bilateral Guatemala México, que establezca los mecanismos para estandarizar los servicios de salud en ambos lados y atender al migrante dignamente, ya que de la misma

manera que pasan migrantes guatemaltecos a México, también se registra que hay migrantes mexicanos que pasan a atenderse a Guatemala. Desde el punto de vista de algunos médicos de los servicios de salud de Guatemala, que atienden incluso servicios de atención al migrante, estandarizar protocolos de atención beneficiaría a los pobladores de ambos países.

Por su parte los comunitarios encuentran en la medicina alternativa una importante solución a sus problemas de salud, que como queda ilustrado en este documento, utilizan servicios médico hospitalarios junto a la terapéutica ancestral y tradicional, que involucra el conocimiento de las propiedades de las plantas medicinales del entorno.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuerdo Ministerial, 105-2015 (2015).
- Becerril-Montekio, V., & López, L. (2011). *Los sistemas de salud en Guatemala*. Salud Pública de México, 197-2018.
- Campos Navarro, Roberto. (2004). Experiencias sobre salud intercultural en América Latina”. En G. (. Fernández Juárez, Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. (págs. 129-151). Quito : Abya-Yala/AECI/UCLA.
- Cerón, Alejandro . (2015). Prácticas poblacionales en salud: implicaciones y oportunidades para el sistema de salud. . Cuadernos de desarrollo humano. Serie salud 11. Programa Nacional de las Naciones Unidas para el Desarrollo .
- Cortez, Patricia. (2008). Estamos enfermos ¿què hacemos? . Cuadernos de desarrollo. Serie sobre salud 6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo .
- Estrada, Gustavo . (2008). Síntesis . Cuadernos de desarrollo humano. Serie sobre salud 9. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo .
- Gobienos de Guatemala y México . (Mayo de 2003). Convenio de cooperación entre Guatemala y México No. 441. México .
- Hernández, Lucrecia. (2007). Sistemas de salud. Marco conceptual. Documento Técnico elaborado en el marco del proyecto “La Construcción social del futuro de la salud en Guatemala”. Cuadernos de desarrollo humano. Serie sobre salud 12. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo .
- López, Jorge; Ixtacuy, Octavio. (2015). Guatemala-Chiapas: Economía y frontera. Tuxtla Guitierrez, Chiapas: Universidad Autónoma de Chiapas.
- Menéndez, E. (1992). *Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales*. La Antropología Médica en México, 97-113.
- Mosquera, A. (1990). Los trabajadores guatemaltecos en México . Guatemala : Tiempos Modernos .
- MSPAS. (Octubre de 2015). Lineamientos para el proceso de territorialización y creación de unidades notificadoras territoriales. Sistema de Información Gerencial de Salud. Versión 1. . Guatemala , Guatemala : Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Paredes, V. (2014). *Condicionantes de la movilidad transfronteriza en la búsqueda de atención para la salud*. Guatemala-México. Guatemala.
- Torres, Ana; Knaul, Felicia (2013). *Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000*. México.
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2005). *Las reformas neoliberales del sector de la salud; déficit gerencial y alineación del recurso humano en América Latina*. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 17(3), 2005, 202-209.