

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD /ORGANIZACIÓN
MUNDIAL DE LA SALUD –OPS/OMS-**

**SISTEMATIZACIÓN DEL MODELO DE VIGILANCIA Y ATENCIÓN A
LA SALUD DEL TRABAJADOR AGRÍCOLA MIGRANTE Y SU FAMILIA
EN GUATEMALA**



***UNA EXPERIENCIA INNOVADORA PARA LA
ATENCIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN
AGRÍCOLA MIGRANTE***

Guatemala, 2003.

**Patricia Bezares Cobar
Consultora**

Indice

Resumen Ejecutivo	3
1. Introducción	5
1.1 Génesis y evolución del fenómeno migratorio	5
1.2 Condiciones laborales de los trabajadores agrícolas migrantes	8
2. Antecedentes del programa de vigilancia y atención (años 1985-1990)	11
2.1 La problemática de salud de la población agrícola migrante: un tema eminentemente político	11
2.2 Extensión de Cobertura en Atención Primaria en Salud del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-: El nacimiento de la conciencia.	12
2.2.1 El planteamiento inicial del Proyecto de Promotores Itinerantes	14
2.2.2 Los resultados de la investigación psico-social-antropológica realizada	16
2.2.3 La intervención de la Organización Panamericana de la Salud -OPS/OMS- en este proyecto	25
3. La epidemia del cólera: años 1991-1994	27
3.1 Impulso a la campaña de prevención del cólera	27
3.2 Lo que se encontró durante la epidemia del cólera en las fincas de la Costa Sur	29
3.3 Estrategias de emergencia y de coordinación institucional, para el control de la epidemia	33
3.3.1 Comité Interinstitucional	33
3.3.2 Comité Intersectorial de negociación: IGSS, Ministerio de Salud y Empresarios de la agro industria	33
3.3.3 La estrategia impulsada por la OPS/OMS	36
3.4 Una propuestas de atención especial: MIGRANTSALUD-IGSS y reforma del sector salud (1994)	37

Continuación Índice

4. "Modelo de Vigilancia y Atención a la Salud del Trabajador Agrícola Migrante y su Familia" Años 1995-2003.	39
4.1 Etapas propuestas para el diseño e impulso del Modelo de Vigilancia y Atención a la Salud del Trabajador Agrícola Migrante y su familia	42
4.2 Impulso al modelo: lo desarrollado	43
4.2.1 Etapa I: Integración del Modelo de vigilancia y atención en salud y de afiliación al Seguro Social	43
4.2.2 Etapa II: Transferencia del Modelo de vigilancia y atención a los niveles operativos	82
5. La proyección de ops/oms en el tema migratorio	91
6. Aciertos y Desaciertos de la experiencia (1989-2003)	94
6.1 Aciertos	94
6.2 Desaciertos	96
7. Conclusiones Finales	99
7.1 Variaciones que se observan en los lugares de destino de la Población Agrícola Migrante	99
7.2 Relación actual con los empresarios	101
7.3 Fenómenos coyunturales que han impulsado y/o fortalecido el Modelo de Vigilancia y Atención a la Salud del Trabajador Agrícola Migrante y su Familia	101
8. Recomendaciones	103
9. Glosario	106
10. Bibliografía	108
10. Anexo: Listado de personas clave entrevistadas	110

RESUMEN EJECUTIVO

La presente sistematización tiene como objetivo básico recuperar el proceso de implementación del Modelo de Vigilancia y Atención a la Salud del Trabajador Agrícola Migrante y su Familia, que ha sido implementado a lo largo de 14 años por el Sector Salud en Guatemala, con la intervención del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-, con el apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS.

El trabajo de recuperación y reconstrucción del proceso desarrollado durante el período de 1989 al año 2003, se aborda a partir de un análisis crítico de la experiencia, identificando aquellos aciertos y desaciertos obtenidos a lo largo de dicha experiencia, con el propósito de proponer mejoras en la implementación del Modelo de Asistencia y Vigilancia de la Salud dirigido a Población Agrícola Migrante.

Dentro de los principales aciertos encontrados esta:

- i) La atención al trabajador agrícola migrante y su familia se logró abordar dentro de la estructura del Sector Salud y se ha convertido en política gubernamental a raíz de las intervenciones realizadas por el Sector a lo largo del período 1989 al 2003;
- ii) La coordinación interinstitucional lograda dentro del sector salud y el involucramiento del sector empresarial agroindustrial y de la sociedad civil, para su atención.
- iii) La visualización de este sector de la población guatemalteca, que sostiene la economía del país históricamente y que debe ser atendido.

Dentro de los principales desaciertos encontrados esta:

- i) La institucionalización de la atención a los trabajadores agrícolas migrantes y su familia, ha conllevado a la burocratización de la intervención en Salud Pública.

- ii) La falta de inversión de recursos por parte del IGSS y del Ministerio de Salud Pública, tanto humanos como materiales, inviabilizan con frecuencia la operativización de los programas de atención propuestos.
- iii) La falta de voluntad política de los funcionarios involucrados en el impulso de las políticas, sobre todo en los mandos medios que en su momento muchas veces obstaculizan los procesos, sin que exista formalidad o el aval de los mandos superiores para que todos caminen en la misma línea.

Tres son las principales conclusiones de este trabajo, las cuales se resumen en:

- i) Variaciones que se observan en los lugares de destino de la población agrícola migrante, representando cambios en la dinámica familiar y de contratación, que no necesariamente implica mejoras en el nivel del bienestar para las familias, y que a pesar de los avances en el mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico y la instalación de las clínicas en los lugares de recepción, el fenómeno migratorio ha quedado evidenciado solamente desde el punto de vista epidemiológico “como un factor condicionante de futuras epidemias” relacionadas principalmente con las enfermedades diarreicas;
- ii) Una relación con los empresarios a pesar que la misma se ha dado por aspectos coyunturales; y
- iii) La implementación de un proceso de reforma en el sector salud a raíz de los Acuerdos de Paz y otros fenómenos coyunturales, que ha permitido incorporar a la población agrícola migrante en la cobertura de los servicios prestados por las entidades del Sector.

Guatemala 2003.

1. INTRODUCCIÓN

Durante la época pre-hispánica en Guatemala, los movimientos migratorios estuvieron vinculados con el poblamiento del área y las luchas hegemónicas entre los señoríos de la región. Posteriormente, en la época hispánica, las políticas de conquista y colonización de la corona española, facultan a religiosos, corregidores y autoridades para movilizar o confinar a la población nativa de acuerdo con conveniencias administrativas, fiscales, evangelizadoras y de aprovechamiento de mano de obra.

Las reducciones, la encomienda, el repartimiento y la habilitación por deuda, fueron en consecuencia, las instituciones que permitieron al conquistador y a sus descendientes, asegurar la fuerza de trabajo necesaria, permanente y periódica, tanto para la explotación de las haciendas y minas, como para el comercio, la industria, la agricultura y los servicios. Condiciones que continúan prevaleciendo hasta nuestros días.

1.1 Génesis y evolución del fenómeno migratorio

La migración temporal interna, es un fenómeno histórico en el país. En la época colonial, el Sistema de Mandamientos hizo posible la movilización de grupos indígenas desde el altiplano del país, hacia la región de la costa sur, para trabajar en actividades vinculadas al añil y la sal.

En el siglo XIX, el fenómeno migratorio se intensificó, con el auge del cultivo del café y la necesidad de los terratenientes de contar con mano de obra intensiva para su cosecha. Esa mano de obra se localizaba en abundancia, en las comunidades indígenas del altiplano guatemalteco. Es a partir del Gobierno de Justo Rufino Barrios (1871) que se promulgó la Ley de Jornaleros para asegurar la provisión de esa mano de obra.

En 1875, el café se convierte, con el apoyo estatal, en el primer producto de exportación de la economía guatemalteca (92% del total exportado). Justo Rufino Barrios, modifica el régimen de propiedad de la tierra, lo que permite la configuración de un sistema capitalista de producción y la redefinición de la explotación agrícola en el país, generando con ello, los minifundios y los latifundios que dan las características del modelo de desarrollo del país.

La dualidad del campo guatemalteco, minifundio-latifundio, permitió que las grandes plantaciones agrícolas contarán siempre con mano de obra, proveniente de los minifundios ubicados en el altiplano del país. Los campesinos pobres continuaron migrando temporalmente como una estrategia de sobrevivencia, hacia las fincas de café y más tarde, hacia las fincas que iniciaban la cosecha de la caña de azúcar y del algodón.

El sistema de habilitación, contratación o enganche, lo constituían; el empresario de la finca, el habilitador (contratista o enganchador) y el habilitado (contratado o enganchado). Esta modalidad de reclutamiento predominó hasta 1940, y fue la base de la expansión de la economía de exportación.

Desde finales del siglo XIX, se estableció la modalidad de contratación de trabajadores agrícolas, mediante representantes de las fincas llamados **“habilitadores”**, quienes se encargaban de contratarlos para el trabajo temporal, otorgándoles anticipos contra la obligación de realizar posteriormente, determinado número de jornales.

El enganchador era, generalmente una persona con estatus político, social y económico, para obligar a los campesinos con deudas o necesidades de dinero, a que fueran a trabajar a las plantaciones.

En la década de 1950, con la incorporación del algodón a la estructura productiva del país, se produjo entre otros cambios:

- ❑ Reducción de la importancia de los cultivos destinados para el consumo interno.
- ❑ Desarrollo de la fuerza laboral productiva por la incorporación de nueva tecnología.
- ❑ Absorción de un número mayor de trabajadores agrícolas asalariados.
- ❑ Ampliación de las exportaciones agrícolas.

- **Evolución Agrícola**

AÑOS	CULTIVOS
1870	Café
1954	Algodón
1960-1970	Caña de azúcar Cardamomo
Finales de 1980	Ajonjolí Soya Ocra Otros cultivos

Con la expansión de la agricultura de exportación (1950-1979), la superficie cultivada de la costa sur creció 2.3 veces; lo cual significó una mayor participación de los trabajadores agrícolas asalariados. El censo de 1981 estableció que la costa sur era la región con mayor porcentaje de trabajadores asalariados agrícolas (65%), del total de la PEA agropecuaria de la región.

La expansión convirtió a la Costa Sur en una de las regiones más pobladas del país: de un 7% en 1880 paso a un 18% en 1950, debido a las altas tasas de migración definitiva de trabajadores campesinos que se asentaron como colonos, en plantaciones de café y caña de azúcar, pero a su vez, de absorción de mayor número de trabajadores agrícolas temporales.

Desde entonces, la región del altiplano ha sido la principal zona de expulsión en números absolutos de esta población agrícola temporal. Los trabajadores agrícolas migrantes proceden, en su mayoría de los departamentos del altiplano occidental: Quiché, Huehuetenango, Sololá, Totonicapán, San Marcos y Quetzaltenango, departamentos con los indicadores de salud y educación más bajos del país.

1.1. Condiciones laborales de los trabajadores agrícolas migrantes

Los trabajadores agrícolas migrantes y su grupo familiar es una población que tiene condiciones de extrema pobreza. Estos grupos históricamente se ha movilizó anual y temporalmente para su sobrevivencia, desde los minifundios a los latifundios o centros de producción agrícola.

En Guatemala, sobre esta población no existen registros que den cuenta real, del número de personas (hombres, mujeres y niños) que se movilizan anualmente a las fincas de alta producción agrícola, únicamente existen estimados a partir de los análisis institucionales y los sub-registros que de ellos pueden derivarse.

Se estima que la población de trabajadores agrícolas migrantes estaría conformada por un número aproximado de 800,000 personas.

La situación de pobreza extrema de los trabajadores agrícolas migrantes, así como las condiciones laborales inhumanas y de explotación a las que se han visto sometidos históricamente, se refleja en diferentes estudios realizados tanto por especialistas nacionales, como extranjeros de las áreas de las ciencias sociales; particularmente en los estudios realizados durante la década de los años 70 y 80.

Bajo esta realidad, se llega al año 1990 sin que ninguna institución estatal hubiera atendido dicha problemática social, pese a existir un marco jurídico que les protege y les garantiza la atención social.

Por ejemplo, en lo que se refiere al Reglamento del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, se establece que, todas las empresas que tengan tres o más trabajadores están obligados a inscribirse en el régimen de seguridad social, para que sus trabajadores estén protegidos por los beneficios de esa institución, lo cual continúa siendo una política reglamentada también en lo que se refiere a atención relativa a distintas etnias, tomando en cuenta que la población agrícola migrante es principalmente indígena.

Sin embargo, la práctica y realidad social, ha sido de marginación de la protección social para los trabajadores agrícolas migrantes y su grupo familiar, debido a la forma en que estos trabajadores del campo han venido siendo

contratados para el corte de algodón, caña de azúcar, café, cardamomo, entre otros.

Por la temporalidad de su trabajo no son inscritos en las planillas del Seguro Social, aunque por parte de los contratistas o enganchadores, de su salario se les descuenta lo correspondiente al mismo, siendo solamente en situaciones excepcionales - cuando ocurre un accidente grave -, que se les inscribe en forma casuística.

Estos trabajadores no tienen acceso a los servicios de salud que proporciona el Estado, debido a que el servicio que se presta desde el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, está concentrado en las Cabeceras Municipales en donde existen los Centros y Dispensarios de Salud que laboran en horarios diurnos.

Esta condición los priva de esta atención, debido a que las fincas agrícolas están ubicadas a distancias largas de estas Cabeceras Municipales, y por parte de los patronos, la ausencia de sus lugares de trabajo no es permitida y si la misma ocurre, los pone en una situación vulnerable de despido, además de que con la falta de un día a laborar, pierden el salario de ese día más el séptimo día, a lo que se agrega que en las fincas donde laboran, no se les extiende certificado de trabajo por no tener número de afiliación al Seguro Social.

Estos trabajadores llegan a las fincas acompañados de su grupo familiar, integrado por esposas, hijos y abuelos en algunos casos; y debido a las malas condiciones de trabajo, vivienda, alimentación y ambientales en general, no todos regresan a sus comunidades de origen, ya que algunos fallecen por enfermedad, especialmente niños.

Su estancia en las fincas de la costa sur dura generalmente 6 meses del año, laborando en diferentes fincas, muchas veces del mismo patrón, a manera que de las fincas para el corte de café, pasan a las fincas de caña o viceversa o para algún otro cultivo agrícola.

Las condiciones en que viven dentro de las fincas son de hacinamiento, ubicados en galeras o champas improvisadas, en las que la mayoría duerme en el suelo y carecen de agua potable y letrinas, por lo que durante su estancia

sufren las inclemencias climáticas, especialmente en las fincas de café y en las de corte de caña donde se dan estas condiciones; no así en los ingenios en los se ha mejorado la infraestructura para la recepción de los trabajadores agrícolas migrantes. Debido a las condiciones de falta de higiene ambiental más el tipo de clima, la proliferación de insectos (moscos y zancudos) es basta, lo que provoca un alto riesgo de enfermedades y mortalidad para esta población.

Esta población migra de su lugar de origen, generalmente de clima frío, hacia la costa sur con un clima húmedo y cálido, lo que la enfrenta a cambios y condiciones totalmente diferentes a las de su lugar de origen, con lo que se agrava aún más, su condición de vulnerabilidad ante las enfermedades.

Las enfermedades más comunes entre esta población son las diarreicas, respiratorias, musculares, transmitidas por vectores y accidentes laborales. Por lo general, esta población para atender sus problemas de salud recurre al autocuidado, poniendo en práctica sus propios conocimientos de medicina natural para combatir la enfermedad, ante la falta de oportunidad de atención médica en los lugares de trabajo.

Hay que tomar en cuenta que la crítica situación de salud por la que atraviesa la población trabajadora agrícola migrante en sus lugares de

trabajo, se ha debido entre otras causas, a no tener acceso a los beneficios de la seguridad social ni al sistema de salud estatal; situación que, por parte de los finqueros, empresarios, administradores, enganchadores, contratistas y personal de salud, se ha visto como algo "natural" que siempre sucede.

"Yo soy originario de Cunén (Quiché), me vine a trabajar a esta finca en compañía de mi mujer, yo tengo varios años de estar viniendo a trabajar en las cosechas, desde muy pequeño acompañe a mis abuelos y a mis padres, venimos de tierra fría a este calor. Nos alimentamos con nuestro sagrado maíz y frijol, casi no comemos carne. Lástima, mi mujer se me murió la semana pasada, ya jodió el calor, ella no aguantó esta vez, no teníamos con que curarla, ni siquiera nuestras hierbas o pastillas".

Entrevista realizada a un trabajador migrante en una finca de la costa sur el 23 de enero de 1991. Documento de análisis sobre la situación de seguridad social y migrantes. Lic. Edgar Flores, de la Sub-Comisión Multidisciplinaria del IGSS. 1991.

2. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA Y ATENCIÓN: Años 1985-1990

En 1985, desde el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS-, se realizó una investigación para el ordenamiento estadístico, debido a que los datos de control en salud¹ en el Departamento de Escuintla, reportaban una tasa alta de defunciones, que generaba a nivel nacional una distorsión en torno a las estadísticas de salud respecto al resto del país.

La investigación identificó que las causas de dicha mortalidad se debían a las epidemias y que la mayoría de personas afectadas procedía del Departamento de Quiché. Esto permitió el ordenamiento y ubicación del lugar de origen de las personas afectadas, sin que ello en ese entonces, desembocara en la definición de una política institucional para su atención específica.

2.1. La problemática de salud de la población agrícola migrante: un tema eminentemente político

La dinámica iniciada dentro del sector de salud, a raíz de la detección de la problemática de salud de la población agrícola migrante y su posterior atención, estuvo condicionada por los procesos políticos vinculados al conflicto armado interno en Guatemala, lo que limitó su abordaje y atención real.

"Los campesinos migrantes del algodón llevan tanto sol sobre sus rostros, que con su reflejo podrían iluminar mil planetas juntos"

La problemática de los trabajadores migrantes agrícolas temporeros ha pasado por ser un tema eminentemente político, ya que en él se involucran las estructuras del poder económico y político del país, por ser éstas, producto del proceso histórico de colonización y posterior conformación de la Agroindustria en Guatemala, sustentada por siglos en la mano de obra de estos trabajadores.²

¹ Los datos estadísticos incluían el registro de hechos vitales tales como: lugar de nacimiento y lugar en dónde murió.

² A partir del proceso independentista de la época Liberal (1871), cuando los españoles venden las mejores tierras a los criollos para ser cultivadas, estableciendo a su vez una ley que planteó,

Es necesario señalar el carácter económico del tema, el sector agrícola contribuye en un 38% en la generación del Producto Interno Bruto y sus principales productos son algodón, azúcar, café, cardamomo, banano y la agricultura no tradicional, basada en la mano de obra barata, no calificada (masculina, femenina e infantil), la que recae obviamente, en los núcleos familiares.

Cuando se habla de esta mano de obra, no se refiere a un millón de trabajadores o 200,000 trabajadores agrícolas, sino a familias completas, trabajadoras agrícolas migrantes, donde es el núcleo familiar el que está siendo afectado por estas condiciones laborales, que generan una expectativa de vida mucho más corta que cualquier otra población en condiciones de pobreza.

La protección social para esta población es un tema no abordado suficientemente, pues debería integrar los aspectos de salud, educación y condiciones laborales

Dentro del proceso histórico, social, político y económico del país, obviamente se ha ido promoviendo una transformación para la atención de esta población, que se enmarca en la protección y garantía sus derechos humanos, como individuos, trabajadores, familias y niños, por lo que la protección social es un elemento de responsabilidad del Estado para la garantía de sus derechos humanos.

2.2. Extensión de Cobertura en Atención Primaria en Salud del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS–: El nacimiento de la conciencia

En el año 1988, en el marco del Programa de Extensión de Cobertura en Atención Primaria en Salud en el Departamento de Escuintla, iniciado por el IGSS, desde el Área de Seguridad e Higiene, se propuso incluir a la población agrícola migrante en la atención primaria en salud, por ser ésta una población trabajadora aislada de toda intervención.

que todos los indígenas tenían que prestar su mano de obra gratuita a los terratenientes, por lo que como único pago sería la dotación de granos básicos.

Ello a su vez permitió a lo interno de la institución, incorporar la noción del trabajo multidisciplinario para su atención, en función de entender la problemática desde un enfoque salubrista, socio-antropológico, psico-social y socio-ambiental.

La atención primaria en salud –APS- que se planteó en ese entonces, partió del precepto universal de cobertura integral para todos: madre, niño, adulto y trabajador, con la utilización de recursos o tecnología adecuados al lugar, involucrando el nivel uno de atención, que se refiere a la atención en la propia comunidad.

Inicialmente, a lo interno del IGSS, se enfrentó la dificultad de que los trabajadores agrícolas migrantes no era una población de interés para las autoridades del Seguro Social, ya que no cotizaba y por lo tanto no era afiliada.

El propósito de brindar la atención a estos trabajadores tenía el objetivo de buscar su afiliación y extender la cobertura, lo cual se enmarcaba dentro de los criterios básicos de la institución, que buscaba cubrir a poblaciones carentes de atención, siendo la población agrícola migrante una de ellas, por lo que finalmente se logró apoyar la propuesta.

En la primera etapa de implementación del Programa para la Extensión de Cobertura, en la Regional de Escuintla, se plantea que una de las primeras dificultades para brindar la atención primaria propuesta a la población agrícola migrante, consistía en que se trataba de un aproximado de 800,000 personas que bajaban a la Costa Sur, lo que rebasaba las capacidades institucionales. Este número evidenciaba la magnitud del problema.

En el año 1989, sobre la base del enfoque multidisciplinario se conforma la Sub-Comisión Multidisciplinaria³, que reúne un equipo de profesionales del IGSS en el que se encontraba un Salubrista Laboral, una Socióloga, un Antropólogo, una Psicóloga Social, una Trabajadora Social, un Pedagogo y un Comunicador Social, a cargo de la formulación de proyectos específicos de apoyo a la extensión de cobertura, proceso que culmina en la propuesta de implementación del “Proyecto del Promotores Itinerantes”, que posteriormente

³ Entrevista con el Dr. Fredy Ruano. Dirección de Salud e Higiene, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-.

sería reformulado por IGSS y OPS en el proyecto: "Atención Primaria en Salud para la Población Migrante y su Grupo Familiar".

2.2.1. El planteamiento inicial del Proyecto de Promotores Itinerantes

Como objetivo general del Proyecto de Promotores Itinerantes, se planteó un plan piloto para el establecimiento del Promotor Migrante de Salud e Higiene y Seguridad, para la atención de las necesidades de los grupos migratorios específicos, bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud; que a su vez coordinaría las actividades de salud con las entidades públicas, privadas y empresariales, tanto en el altiplano durante su estancia en las comunidades de origen, como en las comunidades de destino en la Costa Sur, mientras completaba su labor contractual en las plantaciones agrícolas de adscripción.

La primera fase del proyecto se propuso la realización de una investigación Psico-social-antropológica de la población migrante, que permitiera analizar el comportamiento social de salida de los trabajadores migrantes y posteriormente en una segunda fase, el reclutamiento de promotores en salud ya formados en sus comunidades de origen, así como el desarrollo de un plan de capacitación con ellos; el proyecto se planteaba la estructuración de un servicio de apoyo asistencial inmediato (botiquines) y servicio de apoyo de diagnóstico (unidades satélites de laboratorio); el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud ocupacional y del diagnóstico de las condiciones y medio ambiente de trabajo - CYMAT- a realizarse en las comunidades obreras establecidas en las empresas agrícolas.

Lo que se perseguía con esta propuesta, era que el promotor itinerante fuera de la comunidad de origen y que hablara su propio idioma, que saliera junto con la comunidad para garantizar la atención, tanto en la entrada como en la salida de esta población, y que durante el trayecto se contara con campamentos de salud con equipo mínimo, que funcionarían como eslabón entre esos dos momentos.

Se realizó el diseño para su implementación, pensando que los mismos, estarían ubicados en los lugares de afluencia como confluencias y cercanos a las fincas de destino. Con esto se perseguía que el promotor fuera respetado dentro de su comunidad. El perfil establecía que fuera reconocido por la

comunidad, que se identificará con el tema de salud, además de poseer aptitudes para realizar educación en salud. A este promotor no le correspondería hacer el trabajo agrícola, ya que se pretendía que después de capacitado, pudiera ser asalariado.

En 1990, desde el trabajo de la Sub-Comisión Multidisciplinaria, se inicia entonces la gestión financiera ante la Oficina Panamericana para la Salud – OPS/OMS- del proyecto de Promotores Itinerantes, así como la posterior implementación de la primera fase de dicho proyecto, correspondiente a la realización de la Investigación psico-social-antropológica de la población migrante.

A mediados de 1991, a raíz de cambios políticos administrativos dentro de la Dirección de Prestaciones en Salud del IGSS y, por la nueva visión institucional, se pierde interés en fortalecer el enfoque de trabajo multidisciplinario, así como el abordaje del fenómeno migratorio y se toma la decisión de desintegrar la Sub- Comisión Multidisciplinaria, aunque se continúa trabajando la extensión de cobertura para la atención primaria en salud.

Para esa fecha, se había implementado ya la primera fase de la investigación propuesta, una parte de la estrategia del promotor itinerante, en la que se localizaron y capacitaron promotores y comadronas en higiene, seguridad y condiciones de trabajo en el Departamento de Huehuetenango y se tenía el diagnóstico de las condiciones y medio ambiente de trabajo –CYMAT- en Escuintla y Mazatenango.

Durante la epidemia del cólera, viraron los cultivos y se vino la crisis del algodón afectando la mano de obra que trabajaba para este cultivo, como en el caso de las comunidades de Huehuetenango, ya no bajaban a la costa sur sino se iban a México al corte de chile, plátano y café, ya que recibían mejor pago y tenían mejores condiciones de trabajo. Esto conllevó a que los promotores itinerantes formados en ese departamento ya no realizaran la actividad propuesta.

2.2.2. Los resultados de la investigación psico-socio-antropológica realizada

La investigación psico-socio-antropológica sobre la población agrícola migrante, definida dentro del proyecto de promotores itinerantes, fue desarrollada en su primera fase a partir del año 1990 a julio de 1991 y estuvo a cargo de una psicóloga social, un sociólogo y un antropólogo que eran parte de la Sub-Comisión Multidisciplinaria del IGSS.

Al inicio se desarrolló una investigación documental logrando la identificación y localización⁴ de varios estudios, realizados sobre la temática durante de los años 70 y 80 por investigadores estudiosos de las ciencias sociales; lo que para el equipo investigador a cargo, significó un aprendizaje de mucha riqueza en cuanto al conocimiento de esta realidad.

Paralela a la investigación documental, se realiza una investigación de campo que conllevó visitas a las fincas agroindustriales del Departamento de Escuintla, para el reconocimiento de los lugares de estancia de los trabajadores agrícolas migrantes, contándose para ello, con el apoyo de promotores del Área de Seguridad e Higiene del IGSS, quienes facilitaban de manera encubierta la entrada a las fincas, ya que las mismas contaban con vigilantes armados que impedían el ingreso de las personas.

La investigación radicaba en conocer el recorrido desde los lugares de salida, de tránsito y las condiciones físicas dentro de las fincas de destino, así como el procedimiento de contratación y las condiciones de transportación desde sus lugares de origen y de retorno. Todo ello, con la finalidad de establecer las rutas para la cobertura de atención que debía proporcionar a través de los promotores itinerantes, y poder establecer la ubicación de los campamentos móviles de salud.

La fase de esta investigación que se llevó a cabo solamente en Escuintla como sitio de llegada de la población, sin que se lograra concluir con lo planificado para analizar el tránsito y la salida de sus comunidades de origen.

⁴ Para esta actividad el equipo de investigadores, buscó el apoyo del Sociólogo Lic. Héctor Rosada. Entrevista con la Licda. Patricia Calderón, del IGSS.

condiciones para que las personas “enganchadas”, no conozcan el recorrido, en función de evitar el regreso a sus lugares de origen antes de realizado el trabajo. Esta estrategia la han venido realizando los contratistas desde los años 80.

El contratista les iba vendiendo desde la salida de sus comunidades, el medicamento, la comida y los suministros que requerían; lo que conllevaba que lo que adquiriera a través de esa venta, se les acumulara a cuenta de su salario, por lo que desde allí ellos ya debían lo que aún no habían trabajado.

Asimismo, es el contratista quien ofrece la mano de obra de los migrantes a los finqueros, por lo que el trabajador establece un contrato con el contratista y no con el finquero y, es entre el contratista y el finquero que se establecen los acuerdos laborales. El finquero únicamente “les hace favor” de darles casa y comida, ya que éste no tiene ninguna relación laboral con los trabajadores, sino con el contratista.

“La estrategia consiste en poner a la gente en sellados con lona, para que ellos no conozcan el camino y así, no se puedan regresar, ni se puedan bajar, ni se puedan quedar. En esos camiones tenían que comer, allí iba la gente con sus gallinas, con sus bebés, con sus niños, sus cosas, cuando mucho hacían una parada en algún lado, para que el chofer bajara a hacer sus necesidades, los demás tenían que aguantar o hacerlas allí en el camión”

Entrevista con la Licda. Patricia Calderón, del IGSS.

b) Las condiciones de vida de los trabajadores agrícolas migrantes en las fincas de Escuintla

El diagnóstico realizado dentro de la investigación sobre las condiciones de vida en las fincas de corte de algodón, caña y cardamomo de Escuintla, abarcó las variables siguientes:

- a) trabajadores eventuales y permanentes (hombres, mujeres y niños),
- b) número de galeras,
- c) abastecimiento de agua,
- d) tipo de alimentación y
- e) enfermedades y riesgos de accidentes.

De varias fincas visitadas, fue en la finca El Florindo, donde se encontró la situación más crítica pues había gente viviendo en una condición inhumana, por lo que allí se focalizó la atención para el estudio. En este lugar se encontraban de 3,000 a 4,000 trabajadores migrantes, incluidos los familiares, ya que estos trabajadores se trasladaban con sus núcleos familiares. El algodón era en ese entonces una vía económica en donde toda la familia trabajaba.

De esta investigación de campo, se logró establecer la ubicación de las galerías en las fincas, las cuales están ubicadas a kilómetros muy atrás de las grandes extensiones de caña, por lo que su visualización desde la entrada de las fincas, era imposible.

Sin embargo, la investigación no arrojó datos sobre los niveles de mortalidad en las fincas, debido a no estar incluida esta variable en el diagnóstico, y fue solamente a través de las visitas y entrevistas informales y del trabajo realizado por el Área de Salud e Higiene del IGSS, que se evidenciaron algunos de estos casos.

"...la muerte de niños, eso sí lo vi... por ejemplo, al entrar a una finca vi a una mamá hincada en el suelo con un niño en los brazos, el niño casi pálido, con muy poca fuerza para toser. Me recuerdo que el Dr. Ruano pasó viendo los signos vitales y todo, y dijo que a este niño había que llevarlo rápido a una clínica y dio las instrucciones... seguimos visitando la finca y cuando salimos, ese niño ya estaba muerto... y así se morían los niños allí. Los niños son los que a nadie les preocupa, cuando se mueren en la galería yo no sé que hacen, ni donde los entierran.."

Entrevista con la Licda. Patricia Calderón, del IGSS.

"Uno se bajaba del carro y empezaban a zumbar las moscas... las moscas lo atacaban a uno y ese olor a pobreza, yo nunca lo había sentido..., si la pobreza tenía olor... yo lo sentí hasta allí, un olor de enfermedad, de hambre, por la falta de agua,... un olor horrible que yo no lo he vuelto a sentir en ningún otro lado"

Entrevista con la Licda. Patricia Calderón, del IGSS.

Una de las conclusiones que arrojó esta investigación, es que el problema de la migración interna es un problema estructural y que debe ser abordado de manera integral, en el que todas las disciplinas tienen un papel importante que jugar y una responsabilidad que asumir.

En las fincas, además de las condiciones infrahumanas de vivienda y de miseria que se encontraron, se detectó que las causas de mortalidad más comunes eran, por enfermedades diarreicas e insuficiencias respiratorias.

"Nosotros en las fincas encontramos mucha miseria, mucha enfermedad, mucho dolor. Vimos morir niños en el camino con los problemas de los que se muere nuestra gente; vimos lo que comían también, tortillas con gusanos, ya que las tortillas las ponían a asolear pero la parte en la que el sol no pega se forman gusanos... frijoles descompuestos por el calor que allí hacía, las mazorcas de maíz de mala clase. Las galeras, la mayoría eran unos párales que formaban cajones como los nichos de un cementerio, esos pedacitos eran para una familia, unos vivían en el segundo piso y otros en el primero y a veces había un tercer piso, eso era cuando estaban bien, allí vivían hombres, mujeres y niños. Otro mal era que estas galeras tenían lámina y la lámina en la Costa Sur, por el calor que hace, uno se cocina con eso... cuando la familia quería tapar la entrada ponía plástico, una toalla o lo que fuera y eso los protegía de la lluvia o el sol..., eran una especie de campamentos, pero campamentos de pobreza. Afuera estaban los fuegos de las ollas de las comidas y los cómales para las tortillas, ese era el papel de las mujeres; preparar la comida para los hombres. Eso era donde había galeras... donde no las había eran terrenos llenos de tierra y lodo, por la lluvia.. en donde cada familia hacía una champita con plásticos o como Dios les ayudara, pero cada champita al igual que en las galeras, los espacios asignados para cada familia eran reducidos y allí tenían que vivir..."

Entrevista con la Licda. Patricia Calderón, del IGSS.

El maíz y el frijón, era proporcionado en las fincas, como parte del pago y en la mayoría de ellas existían tiendas donde se les fiaban los artículos y se les cargaba a cuenta de su pago. Eventualmente se encontraron en algunas fincas letrinas medio hechas, las que la gente no usaba por la falta de costumbre, siendo más bien utilizadas para guardar sus gallinas.

"En la mayoría de estos espacios, existía una tienda de mala muerte que lo que más vendía era licor, para tener a la gente en estado de ebriedad después del trabajo y los endeudada, porque allí no había canje de dinero... Al final de la jornada si el trabajador quería su trago iba y lo pedía y se lo anotaban a cuenta... y si la señora quería café o arroz se lo daban, incluso los niños iban a pedir bolsitas de ricitos, una coca cola... pero el día de pago se lo descontaban todo, entonces ya no recibían el pago. No era ni siquiera canje de dinero, era como en la época feudal, eso todavía lo vimos en los años 90..

Entrevista con la Licda. Patricia Calderón, del IGSS.

c) **La investigación documental: Migraciones temporales en Guatemala⁵ (Trabajadores asalariados temporeros)**

- **Características y categorías para su análisis:**

Para caracterizar el problema o fenómeno de las migraciones internas en Guatemala, previamente tiene que conocerse la conformación de la estructura colonial y el tipo de relaciones de producción que existían - desde la encomienda y el repartimiento de indios, engranaje de la estructura y que en la actualidad, 400 años más tarde, pervive poco evolucionada y representando el mismo tipo de explotación -, lo cual presuponían el arraigo del trabajador a la tierra y común era el pago del trabajo con derecho a usufructuar la tierra del propietario, y el campesino que finalmente trabajaba la tierra, estaba inmerso en un tipo compulsivo de relaciones sociales, ya que debía sujeción y obediencia al señor.

Tales rasgos comenzaron a ser modificados en distinta forma, por la penetración capitalista en el agro guatemalteco, llevando a estos dos sectores a extremos insospechados de desbalance productivo, por lo que de esa desigualdad del desarrollo capitalista, se avanzaba en unas regiones y se relegaba a otras, encontrando a éste carácter desigual, la categoría explicativa principal de las migraciones internas.⁶

A ese respecto, podemos anotar que en Guatemala, la forma de explotación de la tierra, tiene un contenido netamente precapitalista, especialmente en las zonas minifundistas de los altiplanos occidental, norte y oriental del país. Además, tal y como cita Rokaël Cardona, los elementos característicos de esa situación son:

- Uso de energía fundamentalmente humana y en menor medida, animal;
- El azadón, el machete y la macana, como principales instrumentos de trabajo;
- escaso e inadecuado uso de fertilizantes;

⁵ Texto extraído del documento: Fase I, Investigación sobre el proyecto de cobertura a trabajadores migrantes. Investigadora: Patricia Calderón. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- y Oficina Panamericana de la Salud. Guatemala, IGSS, MSPAS marzo 1991.

⁶ Estructura Agraria. Dinámica de la población en Centro América. CSUCA. Programa Centro Americano de Ciencias Sociales. Educa, 1978. pg. 43.

- Inaccesibilidad al crédito privado estatal;
- Bajo nivel de instrucción de los propietarios;
- Ingresos insuficientes para satisfacer las necesidades de subsistencia de la familia campesina minifundista; lo cual los obliga a migrar anualmente a las regiones de la producción para exportación;
- Destino de la producción de la pequeña explotación, básicamente para el autoconsumo y en menor medida para el mercado; cuando tal es el caso, frecuentemente se vende la producción por debajo de su valor, así ocurre especialmente con el maíz, sobre todo en las regiones aisladas como Ixcán, Las Verapaces y El Peten;
- Las explotaciones agrícolas minifundistas frecuentemente se encuentra en pendientes pronunciadas, con terrenos a veces muy ácidos e inapropiados para el cultivo⁷.

Asimismo, sigue indicando Cardona que, las causas de las desventajas de las explotaciones minifundistas, no deben buscarse en la instrucción del campesino, sino en la relación estructural Latifundio-Minifundio, a costa de lo cual se desarrolla un capitalismo agrario dependiente, que solo favorece con jugosas ganancias a un 2% de la población y en condición para la explotación y sobreexplotación de los obreros agrícolas y campesinos pobres, quienes en su totalidad forman aproximadamente el 85% de la población⁸.

Dentro del cuadro estructural agrario guatemalteco, podemos encontrar grupos principales como son: los campesinos propietarios de los medios de producción (minifundistas); los campesinos asalariados que venden su fuerza de trabajo eventual o temporal, llamados jornaleros; los que lo hacen permanentemente llamados obreros

"El latifundio no puede existir, ni subsistir sin la presencia y contribución del minifundio. La fuerza de trabajo campesina liberada como consecuencia de la pérdida física o de productividad de la parcela de tierra latifundista, es necesaria e imprescindible para la explotación del latifundio, que acumula no solo la tierra, sino, también la fuerza de trabajo liberada por aquellos. De esta manera la presencia de explotaciones minifundistas, representa en relación a la gran propiedad, su condición necesaria en tanto a esa mano de obra".

Flores, Alvarado Humberto. "Proletariado rural en el Agro Guatemalteco". Ed. Piedra Santa. 1970.

⁷ Cardona, Rokaël. "Descripción de la Estructura Económica en el Agro Guatemalteco 1954-1975". Revista Política y Sociedad No.6, 1978. ECCPP/USAC.

⁸ *Ibid.* Pg.24

agrícolas y; finalmente los propietarios de los principales medios de producción (Burguesía).

Estos grupos encuadran como los principales elementos de la estructura agraria, en la que la gran propiedad (latifundios) y la pequeña propiedad (minifundios), son la principal y más clara expresión del modo de producción capitalista, predominante en Guatemala.

Las grandes fincas y la fincas multifamiliares, que se constituyen en abastecedoras para la agricultura de exportación, se apoyan en la existencia del sector minifundista, para disponer de esta mano de obra ciertos meses del año; sí la ocupación principal del campesino minifundista ha llegado a ser fuera de su parcela, para complementar su ingreso como asalariado en los grandes centros de producción.

Consecuentemente, la concentración temporal de empleo es muy alta, más de la mitad de la demanda de trabajadores se concentran en los meses de noviembre a mayo, dependiendo del tipo de cultivo (Algodón, café, caña de azúcar, cardamomo, ajonjolí, otra).

Lo anterior presenta una situación de desempleo crónico. La existencia del minifundio, en el cual el campesino obtiene un ingreso de subsistencia durante una parte del año –reduce el costo de la mano de obra para las grandes fincas– la existencia del desempleo debilita la capacidad de fijación del salario por parte del minifundista y del trabajador voluntario .

Según estudios realizados, cuando se habla de la región minifundista del país, inmediatamente se piensa en la región del altiplano occidental; en donde tal fenómeno se ve agudizado. Según Hill y Gollás, dentro de los departamentos catalogados minifundistas están: Chimaltenango, Sololá, El Quiché, Totonicapán, Quetzaltenango, Huehuetenango y San Marcos; sin embargo, Schmid incluye también como regiones minifundistas los departamentos de Baja Verapaz, Jutiapa, Jalapa y Chiquimula.

Para efectos ilustrativos, debe tomarse en cuenta que según las estadísticas, el 2.1 % de la población es propietaria de un 62 % de tierra cultivable, mientras el 87% tan solo posee el 19% de tierra cultivable del territorio nacional, lo cual permite visualizar las causas de las migraciones internas, o en este caso, el

traslado de "Trabajadores Temporeros" a las zonas productivas, entendiéndose a éstos como aquellos que "se trasladan desde sus lugares de origen o residencia a las fincas o plantaciones agrícolas con el fin de conseguir un salario; recolectando café, algodón o cortando caña".⁹

A manera de síntesis, dentro de las características y consecuencia del fenómeno migratorio interno, podemos mencionar:

- ❑ Mantenimiento del eje latifundio-minifundio
- ❑ Descomposición del campesino y paralelamente su lenta proletarización
- ❑ Sustentación del manejo asalariado como semi-proletariado
- ❑ Mantener el mercado exterior como palanca de acumulación de capital
- ❑ Lento proceso de industrialización
- ❑ Subdesarrollo agrario del país

• **Efectos de la Presión Demográfica: (Atomización de la tierra)**

"La familia crece y la tierra no alcanza...."

Dentro de la estructura agraria del país, el minifundio (pequeña propiedad) incapaz de hacer subsistir durante todo el tiempo al campesino, lo expulsa, temporal o definitivamente, hacia cualquiera de los grandes centros de producción, que le pueden dar la oportunidad de vender su fuerza de trabajo.

De esa manera, según Torres Rivas, se da el proceso de "auto-expropiación", que consiste en la expulsión del campesino de la zona minifundista debido al proceso de atomización, causado por la presión demográfica que existe sobre la tierra en las zonas minifundistas; acentuándose ésta presión más por lo improductivo de dichas unidades minifundistas, improductividad que es mantenida conscientemente por los propietarios de los principales medios de producción (terratenientes), a manera de evitar un descenso en la oferta de la fuerza de trabajo (asalariados temporeros), y en consecuencia un incremento salarial de ninguna forma conveniente para ellos¹⁰.

⁹ Periódico "7 días en la USAC". 1982 (Mayo).

¹⁰ Figueroa Ibarra, Carlos. "Proletariado rural en el Agro Guatemalteco". IIES-USAC. 1976. pag. 243.

Las zonas minifundistas son regiones de mucho atraso tecnológico, lo cual agudiza mucho más la necesidad de los campesinos de dichas regiones de vincularse a la gran propiedad, para poder sobrevivir. Tanto en las zonas minifundistas del altiplano occidental como de oriente.

El atraso se debe no solo a las condiciones estructurales arrastradas desde la colonia, sino también a la falta de oportunidades, escasez de recursos y la falta de inversiones por parte del gobierno en lo que a infraestructura y capacitación se refiere.

En este sentido, Stavenhagen dice que dentro de la pequeña propiedad aún se aplica de ordinario tecnología primitiva, la agricultura es de subsistencia y la producción familiar en pequeña escala de cosechas comerciales. No se prevee mejoras al sistema y dado al rápido crecimiento demográfico de la mayoría de dichas regiones rurales, en muchas de ellas la creciente presión de la población sobre los limitados recursos, reduce la disponibilidad per cápita de la tierra y provoca la MIGRACIÓN y obviamente, una tendencia a transformar la ya de por sí, pequeña propiedad en más pequeña.

2.2.3. La intervención de la Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS- en este proyecto

En 1990, desde la Sub-Comisión Multidisciplinaria del IGSS, se iniciaron las negociaciones del proyecto de Promotores Itinerantes con la Organización Panamericana para la Salud –OPS/OMS-.

La OPS/OMS comienza a preocuparse de la problemática y genera un esfuerzo importante para la consecución y derivación financiera a este proyecto. Esta gestión coincide precisamente en el período de 1991, en donde se aprueba un fondo semilla desde OPS para empezar a atender el problema de la migración y conocer la problemática del trabajador agrícola migrante.

A mediados del año 1991, ya dentro del marco de los cambios de políticas institucionales del IGSS, se plantea una redefinición del proyecto inicial de Promotores Itinerantes, con el proyecto propuesto bilateralmente por el IGSS y

OPS/OMS de "Atención Primaria en Salud para la Población Migrante y su Grupo Familiar".

Sin embargo, este proyecto, aún cuando se basa en la idea original del Proyecto de Promotores Itinerantes respecto a las actividades propuestas, redefine los objetivos generales propuestos de la siguiente manera:

- a) Hacer realidad el derecho a la salud para un alto porcentaje de trabajadores que participan en actividades productivas, pero tienen limitado acceso a los servicios de salud, por diversas causas, entre ellas el carácter temporal de su contratación y su movilización a diferentes fincas de la costa y;
- b) Contribuir al aumento de la productividad empresarial, por medio del mejoramiento de las condiciones de salud del trabajador migratorio, lo que favorecerá la disminución de costos ocultos, tales como los derivados del ausentismo, la apatía, el desperdicio de recursos materiales y materia prima y la obtención de productos de baja calidad.

Asimismo, en este proyecto se amplía la definición de los Campamentos Móviles para la Atención en Salud -CAMPAS-, que en el proyecto anterior no quedaban definidos.

La persistencia en el abordaje del problema migratorio por parte de la Oficina Panamericana para la Salud -OPS/OMS-, continuó facilitando a lo largo del proceso, un soporte técnico en recursos humanos capacitados para el abordaje del fenómeno migratorio interno, lo cual ha coadyuvado hasta la actualidad, en su sostenimiento.

3. LA EPIDEMIA DEL CÓLERA: Años 1991-1994.

Como antecedentes al cólera, ya en 1985 a través del ordenamiento estadístico a nivel nacional, realizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se había detectado que el mayor índice de mortalidad lo tenía el Departamento de Escuintla, y que el origen de las personas reportadas se encontraba mayoritariamente en el Departamento de El Quiché.

En agosto de 1991 se detecta el primer caso de cólera, en el municipio de la Gomera, Escuintla, en uno de los trabajadores agrícolas de las fincas algodoneras del área; lo que lleva a la movilización del sector salud en su conjunto -IGSS y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-, para detectar los niveles epidemiológicos alcanzados.

Esto permitió identificar que la mayoría de población afectada por la enfermedad, eran los trabajadores agrícolas de las fincas de algodón, específicamente en la Gomera, Escuintla, ya que a este lugar entraban grandes cantidades de personas afectadas con cólera, provenientes de los Departamentos del occidente del país.

El motivo por el cual los trabajadores agrícolas de las fincas de algodón eran los más afectados, fue detectado a través de las visitas a las fincas que el sector salud realizó durante esta movilización, en las que se encontraron condiciones de deficiente saneamiento básico: de alimentación, letrización y agua.

3.1 Impulso de la campaña de prevención del cólera

A finales de 1991 e inicios de 1992, en la primera etapa de movilización de detección de la epidemia del cólera, se inicia una campaña de prevención por parte del Sector de Salud en Escuintla (IGSS, Ministerio de Salud Pública y OPS/OMS) que involucraba acciones de detección, control y atención del cólera en las propias comunidades y fincas de llegada de esta población agrícola migrante.

En esta etapa, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, trabajó con menor intensidad, ya que no contaba con el nivel uno de atención en la

comunidad (médicos comunitarios, promotores y auxiliares de enfermería), que operativamente pudieran movilizarse e involucrarse en esta atención, sólo contaban con el nivel dos, que incluye la atención en Puestos de Salud y hospitales de las cabeceras municipales, del departamento de Escuintla. En este sentido, el IGSS si contaba con el personal para la atención del nivel uno, por lo que fueron quienes principalmente realizaron la campaña de prevención.

Al detectarse que las personas contagiadas, en su mayoría provenían de los Departamentos del Altiplano Occidental, se decidió establecer una sede de control de la epidemia en el Departamento de Quetzaltenango, por ser este un punto estratégico y de confluencia para la movilización, tanto al altiplano como a la costa, que fueron las dos regiones a donde llegó la epidemia.

Durante la campaña, se estableció que la epidemia entró efectivamente por la frontera de San Marcos, lo que requirió desarrollar la capacidad de controlar esa región, por ser la zona potencial en epidemia. Se establecieron grupos de control, conformados por 4 a 5 personas: un epidemiólogo, un ingeniero sanitario, un experto en capacitación y docencia y una persona de servicios de salud, todos ellos del Ministerio de Salud Pública y de OPS/OMS.

En esa época, la OPS/OMS apoyó en todo lo logístico y técnico, para facilitar la movilización a los diferentes Departamentos de origen de la población contagiada –Quiché y San Marcos-, como los lugares identificados a partir de los primeros casos detectados; lo que hacía fundamental tener a este grupo de población, lo más controlado posible para asegurar que la epidemia no se extendiera y evitar así, que afectara otros lugares.

En Escuintla, se logró realizar un esfuerzo institucional combinado, con la participación de personal del Ministerio de Salud Pública, del Seguro Social y de las Municipalidades, en función de realizar las gestiones necesarias, para sensibilizar a los finqueros de la zona para que permitieran el ingreso a las fincas, ya que efectivamente, la mayoría de casos de cólera que se dio, fue entre los trabajadores agrícolas migrantes y sus grupos familiares, que al verse afectados, dejaban las fincas y regresaban con su familia a sus lugares de origen, para evitar morir en esa zona.

Los finqueros ante la deserción de trabajadores que sufrían en sus plantaciones, se fueron haciendo "concientes" de la necesidad de controlar la enfermedad y que esta proliferaba por la falta de agua y letrinas. Se detectó que estas fincas, por las malas condiciones que ofrecían, eran el lugar propicio para una contaminación de este tipo.

En las áreas de contaminación, no existía ningún control en la manipulación de alimentos; las ventas de alimentos eran provisionales, sin ninguna medida higiénica; se encontró que las excretas estaban a flor de tierra, lo que generó que los ríos se convirtieran en la mayor fuente de contaminación.

Paradójicamente, la epidemia del cólera viene a dar un importante respaldo a los trabajadores migrantes, ya que permite que se les brindara por primera vez una verdadera atención, debido al riesgo de que se diseminara el cólera. Es así, que se les empieza a prestar atención y a desarrollarse las intervenciones puntuales contra la epidemia.

3.2 Lo que se encontró durante la epidemia del cólera en las fincas de la Costa Sur

"La primera vez que entré a la finca de Río Lindo, como guatemalteca puedo decir que no tiene nombre lo que vi allí, realmente las condiciones de vida de esos trabajadores son infrahumanas. Estar allí y no poder llorar...porque te dan ganas de no haber nacido... no se puede entender por qué uno tenga unas condiciones tan superiores a un hermano, no puede ser que en este país o en cualquier otro país del mundo pueda existir esa condición tan infrahumana como en la que vivían ellos allí.."

Entrevista con la Dra. Hilda Leal, OPS/OMS.

Las instalaciones para la vivienda de los trabajadores agrícolas migrantes en las fincas, consistían en pilares de madera que conformaban estructuras cuadradas de 3x4 mtrs sin paredes, ocupados estos espacios por una familia de 5 a 7 integrantes. Estas galeras, abarcaban tres o cuatro niveles de una cuadra de largo, por lo que fácilmente podían albergar a 15 mil personas en un área sin

paredes.

Al final de cada galera se encontraba una cocineta, en la que utilizaban para cocinar un tonel que originalmente fue utilizado para almacenar insecticida o plaguicida agrícola; este era utilizado para preparar el mixtamal de maíz, y de

comal, se utilizaban la tapadera del mismo tonel. En estas cocinetas las mujeres preparaban las tortillas y el café para todos. La alimentación de estos trabajadores, consistía en maíz y frijol que les daban en la finca.

"...por mencionar un ejemplo; si tenían diarrea y estabas en el tercer nivel, es de imaginar lo que esto representaba, mover a un hombre, a una mujer o a un niño con cólera, que el cólera representa una diarrea inmediata... no es una cosa que espere, entonces era imposible que en esas condiciones no existiera contaminación

Entrevista con la Dra. Hilda Leal, OPS/OMS.

Por lo general, en estos lugares no había letrinas y si las había, éstas estaban colocadas en fila y sin puertas, al frente de las galeras a donde iban los hombres, mujeres y niños, lo que no facilitaba, aunque las hubiera, tener condiciones sépticas adecuadas.

Estas condiciones generaron una contaminación masiva con la epidemia del cólera, tomando en cuenta las

malas condiciones en que estas familias se encontraban.

Se detecto que en algunas fincas no existían galeras, por lo tanto las familias construían sus champas con nylon y palos en una extensión reducida de tierra, y era bajo esas condiciones en las que se encontraban las familias enfermas, sin atención médica. Anteriormente al cólera, en las fincas no se permitía el ingreso del personal médico, ni del Seguro Social ni del Ministerio de Salud Pública.



"...algunos trabajadores ponían plástico grueso negro, para que tapara el aire, ... en uno de estos lugares se encontró un niño deshidratado casi muerto... su mamá estaba dándole "chiche", ella prácticamente muy enferma... ambos metidos bajo ese calor que el nylon negro provoca. En esa finca se encontró un grupo de población muy grande y hacinados, era un grupo de población muy denso que quería una atención... allí se encontraron aproximadamente 15 mil personas de todas las edades sin ninguna atención..."

Entrevista con la Dra. Hilda Leal, OPS/OMS.



Las peores condiciones de estos trabajadores, se encontraron en las fincas de algodón y la caña, aunque los más severamente tratados eran los trabajadores agrícolas de las fincas del algodón, al requerir el cultivo de este producto, un número de recurso humano muy elevado y para quienes, los finqueros invertían lo mínimo en función de la rentabilidad. Para el empresario o el industrial algodonero, el mejorar las condiciones de estancia de los

trabajadores, le significaría menor rentabilidad y mayor compromiso laboral, inversión que no consideraba provechosa.

Uno de los hallazgos encontrados durante este recorrido por parte del sector de salud, fue el entendimiento de la problemática de esta población, que está forzada a migrar para comer, para sobrevivir día a día; ya que por las extremas condiciones de miseria, escases y/o falta de tierra en sus lugares de origen del altiplano, si no migran mueren.

"...se comprobó con el estudio que si ellos no migran no comen, se mueren.."

Entrevista con la Dra. Hilda Leal, OPS/OMS.

En el lugar de origen, esta población tiene la posibilidad de sembrar en sus pequeñas parcelas, dos veces al año, principalmente maíz. Cuando bajan a la Costa Sur dejan sembrado el maíz y migran a prestar su mano de obra; cuando regresan a su lugar de origen -por lo general seis meses después-, llegan en la temporada para recoger la cosecha, con lo que sobreviven el resto del año.

Hay períodos importantes de migración de esta población -de siete, seis o tres meses-, dependiendo la rama agrícola a la que se involucran; sin embargo se encontró a quienes pasaban del corte de caña al corte de café, del café al corte de algodón, y del algodón al de producción de ajonjolí, lo que demostró que no necesariamente se mantenían en un solo cultivo.

Existen grupos familiares que se especializan en ciertos cultivos. Algunos grupos familiares por ejemplo, prefieren el cultivo de café solamente, sobre todo las familias procedentes de Huehuetenango, porque en este departamento de origen tienen una historia de cultivo de café, por lo que preferían dirigirse a Mazatenango a las fincas de café. En el caso de la población procedente del Quiché, tenían más amplio su ámbito de especialización entre un cultivo y otro.

3.3 Estrategias de emergencia y de coordinación institucional, para el control de la epidemia

Durante la detección del cólera y las visitas a las fincas de producción agrícola de Escuintla, se vio la necesidad de impulsar algunas estrategias de coordinación de esfuerzos institucionales en relación con los sectores empresariales de la agroindustria, que permitieran controlar la epidemia, para lo que se crearon instancias de coordinación.

3.3.1 Comité interinstitucional

En el momento de la detección de la epidemia de cólera, empieza a funcionar el Comité interinstitucional, conformado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de la Oficina Panamericana para la Salud -OPS-/OMS, UNICEF-Escuintla y personal y Epidemiólogos de las Oficinas Centrales del IGSS.

El Comité Interinstitucional mantuvo su funcionamiento entre 1991 y 1995, dentro del cual se coordinaron esfuerzos y definieron las estrategias a impulsar, para la atención coordinada de esta población, siendo su mayor objetivo lograr el control de la epidemia, lo cual para 1995 cuando concluye su funcionamiento, ya se había alcanzado controlar la epidemia.

3.3.2 Comité Intersectorial de negociación: IGSS, Ministerio de Salud Pública y Empresarios de la Agro Industria

En Escuintla, un año antes de la detección del Cólera, en 1990 cuando se impulsó el proyecto de Promotores Itinerantes para la Atención Primaria en Salud para la población agrícola migrante, en el marco de la Extensión de Cobertura del IGSS; se generó un movimiento entre los cañeros a raíz de la investigación que se realizaba en las fincas por parte del IGSS.

Los finqueros se atemorizaron por las consecuencias que estas intervenciones pudieran tener, con relación a demandas laborales, entre otras, ante las malas condiciones en que mantenían a los trabajadores agrícolas. Fue así como desde el sector cañero para la producción del azúcar, nació FUNDAZUCAR, institución

social cuyo objetivo primario fue prestar asistencia a los trabajadores de las plantaciones agrícolas.

FUNDAZUCAR se convirtió en la contraparte empresarial con la que desde el IGSS se iniciaron las primeras negociaciones, para mejorar las condiciones sanitarias e higiene en las fincas, en función de complementar los servicios.

En la práctica cotidiana, la colaboración de FUNDAZUCAR se materializaba siempre que beneficiará a las empresas e ingenios, a partir de ello las negociaciones con las autoridades sanitarias se daban no en función de las necesidades de los trabajadores, sino de la "buena voluntad" del representante de la institución.

"... si no hubiera sucedido lo del cólera esto estuviera muerto... no hubiera ninguna colaboración"

Entrevista con el Dr. Fredy Ruano, del IGSS.

En 1992, el Ministerio de Salud Pública y el IGSS con el apoyo de la OPS/CMS, decidieron hacer un plan conjunto con los finqueros, en función de encontrar soluciones para mejorar las condiciones en las fincas y que los trabajadores

dejaran de enfermarse, con el planteamiento al sector agro empresarial que al lograrlo, con ello asegurarían y obtendrían una mejor producción.

El Comité Intersectorial, cambió de módulos y representantes varias veces, pero logró mantener la permanencia del representante de FUNDAZUCAR, de un representante de ANACAFE, de uno del sector algodonero y un representante médico, en función de estructurar las intervenciones concretas para el manejo del cólera.

Como Sector Salud se trabajó entonces, conjuntamente con la Agro Industria, para un programa mancomunado de prevención al cólera, proponiendo hacer mejoras y aportando cada sector lo que se requiriera, por lo que en la Finca Río Lindo de la Gomera, en donde se encontraba la población más afectada, se instalaron las unidades médicas para el cólera.

La actitud en cuanto a cada gremio era muy diferente, siendo la actitud del algodonero de poco interés a inicios del cólera, por ser un gremio muy conservador. Por su parte, el gremio cafetalero envió al coordinador de la parte médica de ANACAFE, con quien hubo muy buena relación y colaboración; con

los cañeros, particularmente del sector de los ingenios hubo mayor colaboración a través del representante de FUNDAZUCAR, ya que con el tiempo este sector comprendió que mejorando las condiciones de los trabajadores, obtendrían un mejor rendimiento.

Estos fueron los gremios agro industriales participantes, y nunca se logró la participación de representantes de los productos no tradicionales como la oca, coliflor y ajonjolí.

Los acuerdos a los que se logró llegar con los diferentes gremios, no se lograron por escrito, solamente verbalmente, aún cuando desde el sector salud se propuso impulsar acuerdos que institucionalizaran esta coordinación, los que eran discutidos pero no aceptados en su totalidad por los agro industriales, por lo que debido a la emergencia nacional, se hicieron acuerdos verbales para el apoyo y lograr operativizar lo que en ese momento se requería.

Al ir avanzando el trabajo contra la epidemia del cólera, se propuso que siendo el IGSS un ente que pertenecía al Ministerio de Trabajo y Previsión Social, este Ministerio debiera regular las condiciones laborales de los trabajadores agrícolas migrantes y participar en el Comité Intersectorial.

Esta relación facilitó el ingreso a las galeras de las fincas en donde vivían los trabajadores migrantes y la realización de algunas intervenciones, en función de mejorar las condiciones ambientales e higiene en algunas de las fincas.

A finales de 1992, cuando se involucra el Ministerio de Trabajo, su representante sin ninguna idea de lo que sucedía en esa época a nivel político por motivo del enfrentamiento armado, hizo el planteamiento de establecer controles laborales en las fincas, lo que generó malestares en los finqueros y provocó que se retiraran de la mesa de negociación.

Posteriormente se mantuvieron las relaciones con el sector agroindustrial de manera informal, con lo que se pudo continuar con la atención y control médico de emergencia.

3.3.3 La estrategia impulsada por OPS/OMS

En 1991, con el apoyo de OPS/OMS, fue que se logró tener claridad de que el sector de salud por sí mismo, no podría llegar a contrarrestar la epidemia del cólera, sin el establecimiento de alianzas con el sector empresarial, ya que con los niveles de enfermedad alcanzados dentro de esta población, una de las primeras medidas adoptadas por este sector sobre todo algodonero, fue la de evitar contratar a los trabajadores agrícolas migrantes e instalar máquinas para la explotación del algodón.

A raíz de estas medidas, se ve la necesidad de que desde el sector de salud, se asumiera la responsabilidad de influir en los finqueros para que las condiciones en las fincas fueran mejoradas y estos trabajadores no fueran más afectados; de allí que se establece una estrategia de negociaciones con este sector y se impulsa el Comité Intersectorial.

Durante el período de 1991 a 1994, por su parte OPS contrató personal especializado, para brindar asesoría técnica y acompañamiento para el mejoramiento de las condiciones de saneamiento en las fincas de la costa; ello contribuyó a inyectar una dinámica de trabajo en equipo entre los Inspectores de Salud e Higiene del IGSS y los Inspectores del Ministerio de Salud, para la incidencia en el sector agroindustrial.

A través del equipo técnico de OPS, se trabajó muy fuertemente en incidir en el mejoramiento de las condiciones de agua y saneamiento dentro de las fincas, lográndose que en algunas de ellas se pusieran letrinas, cloración de agua, manipulación de alimentos entre otros¹¹, lo que se realizó en el área de Escuintla, Suchitepéquez, Retalhuleu y Santa Rosa, centrándose el mayor esfuerzo en el área de Escuintla.

Cabe señalar que si bien, en 1994 al desaparecer el corte de algodón, la incidencia de cólera bajó, fue a raíz de la intervención del Sector Salud del Departamento de Escuintla que continuó realizándose en el área, lo que determinó el control del cólera; particularmente a través del control para el consumo y manipulación de agua y alimentos y cloración del agua.

¹¹ Informe del trabajo realizado, Proyecto de Atención en Salud al Trabajador Migrante y su Familia (1991-1994). Preparado por: Ing. Annabella Morán Erazo. Noviembre, 1994..



En la época que empezó a bajar la incidencia del cólera, esta enfermedad continuó pero ya no como una epidemia; que para el caso de Guatemala el cólera ha quedado como una enfermedad de las que más hay, por lo que fue a partir de su control, que se vio la necesidad de realizar una caracterización del trabajador agrícola migrante, por ser la población que por su movilidad, están mayormente expuestos a padecer enfermedades epidemiológicas, además del cólera.

3.4 Una propuestas de atención especial: MIGRANTSALUD-IGSS y reforma del sector salud (1994)

A raíz de la epidemia del cólera, y los retos y dificultades a los que se vio enfrentado el sector salud para su control, y ante la desprotección evidente de los trabajadores agrícolas migrantes y su grupo familiar, misma que reside principalmente en la inadecuación de los programas regulares del sector salud; durante 1994 dentro del IGSS se propone una nueva propuesta de cobertura a esta población.

Esta nueva propuesta de extensión de cobertura denominada MIGRANTSALUD, planteaba el impulso de un programa especial para la protección social de los trabajadores migrantes y sus familiares, tomando en cuenta las características socio-económicas de esa población y evalúa las condiciones económicas del IGSS, así como las posibilidades financieras de las empresas que los contratan, en función de extender la cobertura. Esta propuesta no llegó a impulsarse, debido al cambio de autoridades frecuentes dentro del IGSS.

A nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, empezaba a plantearse la reforma del sector salud con base en la experiencia desarrollada en el Departamento de Escuintla, para lo que debían establecerse convenios de atención en salud a la población en general como sector salud y ya no solamente como IGSS; ello con el objetivo de brindar una atención coordinada en las diferentes zonas de cobertura. Dicha reforma quedó engavetada, por el cambio de autoridades a nivel nacional, por lo que en ese año no fue posible concretarla.

4. “MODELO DE VIGILANCIA Y ATENCIÓN A LA SALUD DEL TRABAJADOR AGRÍCOLA MIGRANTE Y SU FAMILIA”: Años 1995–2003.

A raíz de los cambios políticos en el país, generados por el proceso de negociación entre el gobierno y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-, para la búsqueda de la finalización del conflicto armado interno y su culminación en 1996 con la firma de la Paz Firme y Duradera, dentro del sector salud se dan entonces las condiciones para proponer el impulso de un modelo de atención que fortalezca la idea de la reforma del sector salud y de descentralización, en función de la integración de esfuerzos coordinados a nivel nacional, así como proponer la cobertura de la atención en salud a la población agrícola migrante, sustentada en la protección de sus derechos fundamentales, lo que el nuevo proceso de democratización, descentralización y modernización de las instituciones estatales, se proponía para el cumplimiento de los acuerdos de paz.

La tarea de construcción del Modelo de vigilancia y atención a la salud del trabajador agrícola migrante y su familia, fue un tanto difícil, dado que el mismo debía romper estructuras institucionales y mentalidades conservadoras de algunos funcionarios públicos en puestos políticos, que aún dentro de un proceso de democratización del país, opinaban que era mejor acabar con la población indígena para resolver el problema.

A nivel central del Ministerio de Salud Pública y del IGSS la recepción de las propuestas siempre se ha dificultado, debido a esquemas institucionales rígidos, como en el caso del seguro social que han estado más en la perspectiva de otros intereses que representen menor inversión para la institución.

El Modelo de vigilancia y atención a la salud del trabajador agrícola migrante y su familia, se enmarca en el carácter heterogéneo de la población económicamente activa (PEA), que obliga a considerar la necesidad de ofertar programas de Seguridad Social que satisfagan en forma adecuada las necesidades básicas de sectores laborales tan disímiles en términos de productividad, salarios, condiciones de trabajo y nivel de vida.

Lo anterior, conllevó a una revisión del marco jurídico guatemalteco que sustentara la atención y protección en salud de esta población, como un derecho inherente a su condición humana y del

guatemalteco, lo que a su vez planteó la necesidad de proponer las reformas a las políticas de atención del sector salud, en función de impulsar un Modelo de vigilancia y atención a la salud del trabajador agrícola migrante y su familia.

Para el diseño del modelo de vigilancia y atención a la salud del trabajador agrícola migrante y su familia, así como la propuesta de reforma del sector salud, se toma como base la experiencia desarrollada durante la epidemia del cólera, por el sector salud (IGSS y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) en el Departamento de Escuintla, en la que se desarrollaron estrategias de contingencia para la atención de la población agrícola migrante y, que obligó al sector salud a desarrollar acciones coordinadas y conjuntas entre el sector salud con la Agroindustria, que posterior a este período se continuaron.

Los objetivos propuestos del Modelo de vigilancia y atención a la salud de los trabajadores agrícolas migrantes y su familia, son los siguientes:

1. Viabilizar la atención en salud a toda la población de Escuintla, como departamento de destino de la población agrícola migrante, a través de un modelo integrado de atención en el cual participen las instituciones públicas y privadas, así como también la comunidad beneficiaria del servicio.
2. Fortalecer los procesos de descentralización, desconcentración y de modernización del subsector público de la salud.
3. Contribuir al cumplimiento de los compromisos en salud establecidos en los acuerdos de paz.

La propuesta del modelo contempla la población a cubrir, incluyendo la definición de la población agrícola migrante, la canasta básica de atención y el sistema de registro e información.

Para el impulso de institucionalización del modelo y su respectiva implementación, se desarrollaron varias acciones previas, entre las que destacan:

Como componentes específicos para la población agrícola migrante, contempla la afiliación y acreditación de derechos de seguridad social y la atención en clínicas de la agroindustria, mediante el proyecto de Clínica de Empresas, como parte de un sistema complementario de atención.

- Hacer visible la situación de la población agrícola migrante ante las autoridades nacionales, el sector privado y otros actores involucrados en la resolución de su problemática.
- Sensibilizar al personal responsable en la prestación de los servicios de salud del Ministerio de Salud y las Unidades del IGSS.
- Sensibilizar a los responsables de la afiliación a nivel central y operativo en los departamentos de informática y la de registro y control de patronos y trabajadores.
- Sensibilizar a médicos de las clínicas de la agroindustria azucarera, para la elaboración de la propuesta de Clínica de Empresas para la atención de los trabajadores agrícolas migrantes y su respectivo registro a través de un sistema de información unificado

Se identificaron como aspectos a evidenciar sobre la población agrícola migrante, los siguientes aspectos:

- Grupo de población en extrema pobreza y excluido socialmente
- Factores que inciden en la migración
- Los derechos humanos de la población agrícola migrante, particularmente el de la salud
- La población agrícola migrante y su contribución al sostenimiento de la economía del país
- Factores estructurales que condicionan y mantienen la situación de inasistencia
- La movilidad humana un factor con gran potencial epidémico y de baja cobertura de atención en salud, con repercusiones negativas en los indicadores de la salud y de la educación

4.1. Etapas propuestas para el diseño e impulso del Modelo de Vigilancia y Atención a la Salud del Trabajador Agrícola Migrante y su familia

Etapa I: Aspectos a desarrollar para la integración del Modelo de vigilancia y atención a la salud del trabajador agrícola migrante y su familia, y de afiliación al Seguro Social

- Definición del marco jurídico
- Definición de población a atender
- Definición de los servicios básicos de salud a proporcionar (canasta básica)
- Establecimiento de costos del modelo
- Caracterización e identificación de poblaciones
- Diseño del protocolo y programa de afiliación del trabajador agrícola migrante y sus familias
- Reforma del Sector Salud: unificación de normas para la prestación de servicios básicos de salud
- Conformación de equipos para la prestación del servicio en el nivel 1
- Acreditación de proveedores en servicio de salud y suscripción de convenios
- Definición de la metodología de programación local y proceso de atención a la población temporal en el lugar de origen
- Unificación del Sistema Gerencial de Información
- Sistema complementario de Atención en Salud: Clínicas de Empresa
- Adaptación del modelo de evaluación y supervisión

Etapa II: Transferencia del Modelo de vigilancia y atención a los niveles operativos

- Divulgación, promoción y socialización del proceso
- Capacitación del recurso humano en cuanto a: normas de atención, programación local, sistema de información y sistema de supervisión, monitoreo y evaluación
- Reforma del sistema de prestación de servicios y adecuación de condiciones.

- Articulación con otros procesos y actores clave: identificación y vínculo con otros actores clave para el impulso del Modelo de vigilancia y atención en salud de la población agrícola migrante.

Etapa III: Operatividad del Modelo

- Prestación de los servicios de acuerdo a un programa de implementación

4.2. IMPULSO DEL MODELO: Lo desarrollado

Durante el período de 1997 al 2003 se ha impulsado y desarrollado el Modelo de Vigilancia y Atención a la Salud del Trabajador Agrícola Migrante y su Familia, a partir de lo propuesto en las Etapa I y II.

Durante el avance en su desarrollo, algunos de los aspectos se impulsaron de manera simultánea; por lo que para efecto de la presente sistematización en este apartado, se presenta inicialmente lo desarrollado cronológicamente de la etapa I y seguidamente, lo desarrollado cronológicamente de la etapa II.

4.2.1. ETAPA I: Integración del Modelo de vigilancia y atención en salud y de afiliación al Seguro Social

A. Definición del Marco Jurídico

Sobre la base de lo que plantea la Constitución Política de la República de Guatemala, el Código de Salud, la Política No.6 del IGSS y los Acuerdos de Paz, se tomaron en cuenta los siguientes artículos, que sustentarían el impulso del modelo unificado del sector salud para la vigilancia y atención a la salud del trabajador agrícola migrante y su familia:

1) Constitución Política de la República de Guatemala

Artículo 1: El Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia.

Artículo 3: El Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona.

Artículo 4: Establece que en Guatemala todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos. El hombre y la mujer cualquiera que sea su estado civil tiene iguales oportunidades y responsabilidades, ninguna persona puede ser sometida a ninguna condición que menoscabe su dignidad.

Artículo 58: Reconoce el derecho de las personas y de las comunidades a su identidad cultural de acuerdo a sus valores, su lengua y costumbres.

Artículo 69: Las actividades laborales que impliquen traslación de trabajadores fuera de sus comunidades, serán objeto de protección y legislación que aseguren las condiciones adecuadas de salud, seguridad y previsión social que impidan el pago de salarios no ajustados a la ley, la desintegración de esas comunidades y en general todo trato discriminatorio.

Artículo 93: Establece que el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna.

Artículo 94: El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico mental y social.

Artículo 95: La salud de los habitantes de la nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

Artículo 100: El Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para beneficio de los habitantes de la nación. Su régimen se instituye como función pública, en forma nacional, unitaria y obligatoria.

Artículo 102:

Inciso C: La igualdad de salario para igual trabajo prestado en igualdad de condiciones y eficiencia.

Inciso K: La protección de la mujer trabajadora.

Inciso I: Los menores de 14 años no podrán ser ocupados en ninguna clase de trabajo, salvo excepciones establecidas en la ley y que es prohibido ocupar a menores en trabajos incompatibles con su capacidad física.

Artículo 105: Establece que el Estado a través de las entidades específicas apoyará la planificación y construcción de conjuntos habitacionales para que los trabajadores puedan optar a viviendas adecuadas y llenen las condiciones de salubridad.

Artículo 119:

Inciso D: Son obligaciones fundamentales del Estado velar por el nivel de vida de todos los habitantes del país procurando el bienestar de la familia.

2) Código de Salud

Artículo 4: Establece como obligación del Estado velar por la salud de los habitantes con principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad para procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social.

Artículo 18: Establece como función del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la definición...

3) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social: Política No. 6 "Extensión de Cobertura y Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud", establece:

- Promoción y educación en salud a población migrante.
- Universalización de la protección de la seguridad social.
- Modelo de Seguridad Social.

4) Acuerdos de Paz en los Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria

Los Acuerdos de Paz contemplan cuatro rubros en relación con la salud pública:

- Gasto Público en Salud: Aumentar en un 50% respecto del gasto ejecutado durante 1995, el gasto público en salud para el año 2000, en relación con el Producto Interno Bruto, y presupuestar por lo menos 50% del mismo para atención preventiva.
- Mortalidad Infantil y Materna: Reducir la mortalidad infantil y materna antes del año 200, a un 50% del índice observado en 1995.
- Erradicación de la Poliomielitis y el Sarampión: Mantener la certificación de erradicación de la poliomielitis y alcanzar la del sarampión para el año 2000.
- Descentralización y Desconcentración de los Servicios de Salud: Poner en marcha la organización descentralizada de los distintos niveles de atención, para asegurar la existencia de programas y servicios a nivel comunal, regional y nacional, base del sistema nacional coordinado de salud.

B. Definición de la Población Objetivo

- Definir como población objetivo además de la población en general, a los trabajadores migrantes afiliados, temporales y permanentes, para quienes se incluye la canasta básica de atención propuesta conjuntamente por el IGSS y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dentro del contexto del Modelo de vigilancia y atención a la salud del trabajador agrícola migrante y su familia
- **Definición del Trabajador Agrícola Migrante:** Es aquella persona (hombre y mujer), que trabaja en forma temporal, en un área geográfica distinta a la de su origen. Que usualmente no posee cobertura médica apropiada. Son personas hombres, mujeres, niños y niñas de origen guatemalteco, de escasos recursos económicos y son explotados. Se movilizan desde su lugar de origen en búsqueda de trabajo para subsistir ellos y su familia. Ofertan su mano de obra para labores agrícolas en las fincas de destino, por no tener en su lugar de origen una fuente de trabajo sostenible. En los lugares de trabajo la mayoría viven y laboran en condiciones infrahumanas. Ni en el origen ni

en el destino tienen acceso a servicios básicos de salud. Estas personas son las que con su mano de obra contribuyen a sostener la economía del país, pero también tienen sentimientos e ideales. Desean vivir y trabajar en condiciones óptimas, son iguales a nosotros, pero no tienen oportunidades ni viven como nosotros.



C. Definición de los Servicios Básicos de Salud: canasta básica

1. Atención a la mujer
 - a) Control prenatal
 - b) Atención al parto
 - c) Puerperio
 - d) Detección precoz del cáncer
 - e) Salud familiar

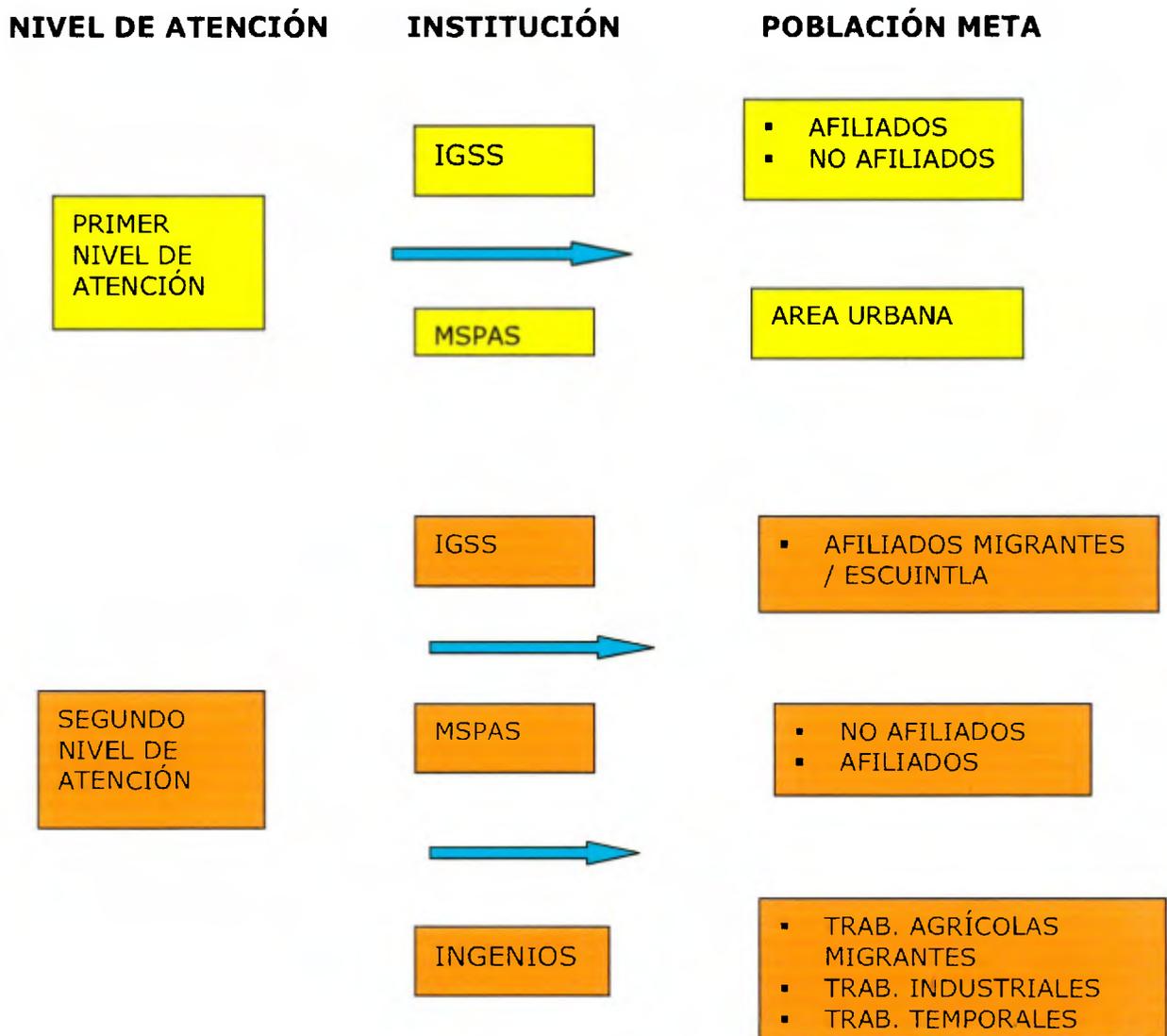
2. Atención Infantil y preescolar
 - Evaluación del RN
 - Inmunizaciones
 - Control del crecimiento y Desarrollo

3. Atención a la Demanda por Emergencia y morbilidad
 - CED
 - Infecciones Respiratorias Agudas -IRA
 - Primeros Auxilios
 - Detección, prevención y control de brotes epidémicos
 -
 - Prevención de accidentalidad
 - Dengue
 - Malaria

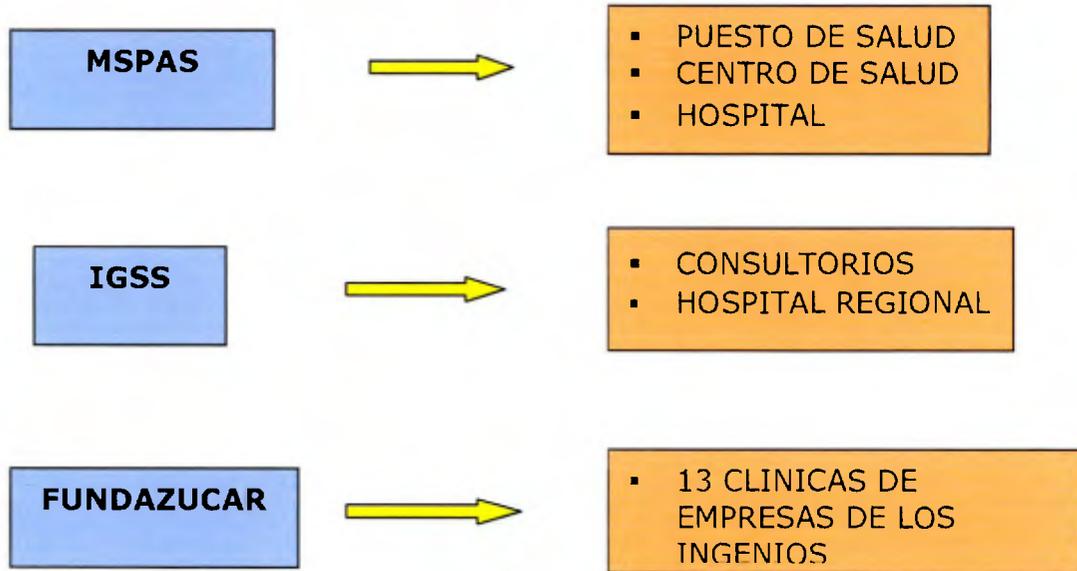
- Rabia
- Tuberculosis
- ETS/ SIDA

4. Atención al medio

D. Diseño de Integración de Servicios del Modelo de Vigilancia y Atención a la Salud



➤ **Rol de los servicios**



E. Caracterización de la Población Agrícola Migrante: procedencia, destino, trayectos, riesgos en trayecto y destino; problemática de salud (1995-1998)

A raíz de la problemática del cólera, se vio la necesidad de hacer una caracterización del trabajador agrícola migrante, ya no desde las condiciones del lugar de destino (costa sur), sino caracterizar a este trabajador agrícola desde su lugar de origen: de donde venía, quién era, cual era su situación en su lugar de origen. El estudio de caracterización se desarrolló durante los años de 1995 a 1997, en el que durante su realización se incluyó el Municipio de Salamá del Departamento de Baja Verapaz.

El estudio para la caracterización del trabajador agrícola migrante se inicia en 1995, a raíz de que en ese momento empezaba a impulsarse la reforma del sector salud; la hipótesis que se planteaba era que la mayoría de población migrante que bajaba a la Costa Sur para el corte de algodón, caña y café, era procedente de los Departamento del Quiché y Huehuetenango.

Para ello, se conforma un equipo multidisciplinario en donde participaron varias instancias, inicialmente la Regional del IGSS de Escuintla, la Jefatura de Área del Ministerio de Salud Pública de Escuintla.

Este estudio se inició en los Departamentos de Escuintla, del Quiché y Huehuetenango, para el que se definió realizar la caracterización de sujetos a través de una encuesta y entrevistas globales a diferentes actores, para establecer cuanta población agrícola migrante provenía de estos Departamentos, sus condiciones de vida en sus comunidades de origen, e incluía la realización de un examen físico a los trabajadores encuestados para determinar su condición de salud.

"...también se hicieron estudios físicos básicos para conocer la condición de salud del grupo que salía desde el origen en los que se tomaba su presión arterial, su pulso, su temperatura, su peso, su talla, muestras hemática para medir su hemoglobina, y verificar el estado de glóbulos blancos para identificar si había una infección adicional en el origen".

Las entrevistas estaban diseñadas con la finalidad que pudieran recoger la realidad, abarcando el área económica, el área educativa, del área de salud, el área de expectativas de vida, de condiciones de vivienda en el origen y el destino; además se hicieron algunos estudios de caso a través de historias de vida en Huehuetenango, El Quiché y Salamá, Baja Verapaz.

"...se entrevistaba al de la tienda, a la comadrona, a la tortillera, al promotor, al trabajador, a la esposa, a su familia, al abuelo... esto se hizo tanto en el origen, como dentro de la finca.

Entrevista con la Dra. Hilda Leal, de OPS/OMS

Asimismo, se logró estudiar a un grupo al que se les dio un seguimiento desde su lugar de origen, durante el tránsito y el destino en la costa sur, con la

finalidad de contrastar las condiciones de salud en el momento de salida de su comunidad de origen y las de regreso del lugar de destino.

"...se hizo un estudio con un grupo en el origen y al que se le dio seguimiento en el destino viéndolo a los dos meses, a los cuatro meses y a los seis meses, y efectivamente algunos mejoraron, pero la mayoría, después de su estancia en las fincas salieron peor, sobre todo las mujeres y los niños...; durante su estancia en el destino, se vio que la salud de los hombres mejoró, ellos engordaban porque comían bien... pero cuando ellos ya vinieron de regreso, sus condiciones eran nuevamente iguales de débiles que cuando salieron, porque debido a las jornadas de trabajo intensas, adicional al deterioro vinculado a la parranda y a tantas cosas locales del contexto, la fue deteriorando...gastando sus ingresos durante la estancia, comiendo menos y no haciendo ahorro, por lo que el deterioro continúa...entonces cuando regresa sus condiciones de salud está igual de mal que cuando salió y regresa sin ningún centavo..."

Entrevista con la Dra. Hilda Leal, de OPS/OMS

Otro hallazgo, fue el determinar la existencia del "Trabajador Rambo", que consiste en trabajadores de determinadas edades, seleccionados en las fincas de la costa por su condición y resistencia física, que durante su estancia en su comunidad de origen, son visitados por médicos contratados por los finqueros para llevarles un control de salud y alimentación en su vivienda, para mejorar las condiciones de seguridad alimentaria y asegurar una alimentación adecuada.

"lo del trabajador "rambo"...esto puede verse bien o verse mal, porque obviamente es una explotación programada....le dan refrescos y una serie de estimulantes del apetito que además fortifican al individuo y adicional a eso les hacen medición traquial para saber que al salir para la finca llevan la consistencia adecuada para poder tener resistencia.., en este estudio se le dio seguimiento a uno de estos casos .. era un hombre de 17 o 19 años que entró a trabajar a las fincas, fuerte y fornido....al salir, después de 6 meses, salió como un hombre de 30 o más años, desgastado a morir, flaco..."

Entrevista con la Dra. Hilda Leal, de OPS/OMS

Estos trabajadores, en las fincas compiten adicionalmente por elevar sus niveles de producción y de acuerdo al rendimiento obtenido, se les otorga cierto tipo de incentivos (una moto, o una refrigeradora, o una estufa); adicionalmente se les provee de un sistema de pago que les garantiza al finalizar la temporada, contar con un cuarto de pago del total de su salario, condición que el resto de trabajadores no tienen, ya que la mayoría de la población agrícola al llegar a las fincas llega ya con deudas, porque en el camino se le ha venido comprometiendo con el contratista y sale con deudas, y lo que pudo ganar durante su estancia en las fincas, les ha servido para pagar las deudas acumuladas al finalizar la temporada.

Por otro lado, durante el desarrollo de la caracterización, en el Departamento del Quiché se pudo establecer que existía una población agrícola migrante procedente de San Miguel Chicaj, Rabinal y Cubulco del Municipio de Salamá, Departamento de Baja Verapaz, que para el tiempo de zafra se trasladaban a la Costa Sur, por el lado montañoso pasando por el Quiché, ya que por esa vía acortaban el recorrido a la costa.

Durante la caracterización realizada en el Departamento de Huehuetenango, se determinó que no toda la población agrícola migrante procedente de este departamento bajaba a la costa sur, sino también habían grupos que se dirigían al Departamento de Santa Rosa para el corte de café, por lo que Santa Rosa se ubicó también como lugar de destino de esta población.

Mapa de Ubicación de Trabajadores Agrícolas Migrantes.

**DE DÓNDE VIENEN ?
A DÓNDE VAN?**

ORIGEN

El Quiché	Jutiapa
Huehuetenango	Jalapa
Baja Verapaz	Chiquim
San Marcos	

DESTINO

Escuintla	Patón
Suchitepequez	Alta Verapaz
Retalhuleu	Izabal.
Santa Rosa	San Marcos
Huehuetenango	Zacapa
Quetzaltenango	Guatemala
Chimaltenango	Sacatepequez



Otro resultado obtenido, fue la identificación de la población agrícola transfronteriza que se traslada a las fincas agrícolas de lado mexicano, en Chiapas; ello debido a que en el 1994 a 1995 empiezan a virar los cultivos en Guatemala, sobre todo del algodón que absorbía una fuerte cantidad de mano de obra, lo que provocó que la población agrícola migrante que anteriormente se dirigía a la costa para este cultivo se empezara a ir hacia México, lo que inicia por parte del sector salud un primer contacto con las transmigraciones.

- ❑ La inadecuación de los programas regulares del seguro social y de Salud Pública
- ❑ La falta de interés de las empresas agroindustriales, que los contratan por asegurar que estos trabajadores tengan cobertura del seguro Social.

Como características especiales de los trabajadores migrantes agrícolas temporeros se identificaron las siguientes:

- Viven en condiciones de extrema pobreza por lo que migran por subsistencia
- Trabajan para empresas agrícolas que compiten en el mercado internacional en base al uso intensivo de mano de obra barata
- Realizan una actividad de carácter temporal
- Son rotados cada tres o cuatro semanas entre las fincas lo cual les impide adquirir derechos laborales
- Necesitan protección para el núcleo familiar que lo acompaña incluyendo los hijos mayores de cinco años
- Tienen grandes dificultades para acceder a los servicios tradicionales de salud
- Presentan gran heterogeneidad étnica y cultural
- Fueron afectados por el conflicto armado
- Sus comunidades de origen tienen los más bajos indicadores de salud y educación
- Son analfabetas
- Son engañados por los contratistas sobre que han sido afiliados al Seguro Social.

- Presentan enfermedades propias de las condiciones de extrema pobreza
- Su vida y su salud esta sometida a riesgos propios del trabajo y a la estancia en lugares climáticos diferentes a su hábitat regular

Asimismo, se establecieron los siguientes lugares de origen y destino de esta población:

ORIGEN	DESTINO
<ul style="list-style-type: none">• El Quiché• Huehuetenango• Baja Verapaz• San Marcos• Jutiapa• Jalapa• Chiquimula	<ul style="list-style-type: none">• Escuintla• Suchitepéquez• Retalhuleu• Santa Rosa• Huehuetenango• Quetzaltenango• Chimaltenango• Petén• Alta Verapaz• Izabal• San Marcos• Zacapa• Guatemala• Sacatepéquez

Contar con la sistematización de datos e información que arrojó este estudio, permitió que los mismos - siempre con el apoyo técnico de OPS y financiero de ASDI-, fueran utilizados como insumo y respaldo para que dentro del proceso de la reforma del sector salud, se impulsara un modelo de atención y seguridad social que incluyera a este grupo poblacional con sus características de pobreza, exclusión y temporalidad laboral.

F. Programa de Afiliación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS- (1997-2001)

Con el propósito de brindar una atención directa a la población agrícola migrante, como parte del Modelo de Vigilancia y Atención a la Salud del Trabajador Agrícola Migrante y su Familia, desde el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, se impulsa el programa de afiliación de estos

trabajadores¹³, quienes por no contar con tarjeta de afiliación, al momento de enfermarse los patronos no se les otorgaba el permiso para salir, ya que para ello debían presentar su número de afiliación al IGSS.

"Una de las implicaciones de la afiliación era por ejemplo, cuando los trabajadores se enfermaban en la finca llegaban con el planillero para solicitar su permiso de salida para que los atendieran en el IGSS, ya que de acuerdo a lo establecido con el contratista, a ellos se les descontaba el pago del Seguro Social...el planillero entonces les preguntaba si tenían número de afiliación, y como no contaban con ello, el planillero les decía que sin número de afiliación no les podía hacer certificado de trabajo y sin certificado no tienen derecho a atención, por lo que no iban a atención o no pedían permiso para ir a los Centros de Salud Pública, porque sin la afiliación les descontaban el día de trabajo..."

Entrevista con el Dr. Eduardo Samayoa, del IGSS.

A raíz de la situación de desprotección, desde el IGSS se dispuso como estrategia proporcionar a los trabajadores agrícolas migrantes la tarjeta de afiliación en los lugares de origen y en Escuintla, a través del trabajo de los inspectores y promotores de salud del IGSS; aunque de acuerdo al Reglamento

"Los inspectores y promotores iban a afiliar a los trabajadores en sus lugares de trabajo, para lo que les solicitaban una foto, su cédula y se les hacía su tarjeta. Con esa tarjeta, tenían derecho a exigir el certificado de trabajo para que se pudieran brindar la atención en los programas que hubieran, en Escuintla no había problema, pero en Santa Rosa por parte del IGSS solo existe atención para accidentes, por lo que allí no podían recibir atención médica por enfermedad... de alguna manera para eso sirvió la afiliación..."

Entrevista con el Dr. Eduardo Samayoa, del IGSS.

del IGSS es el patrono quien está obligado a afiliar a sus trabajadores.

En Escuintla, el IGSS si ha contado con equipos comunitarios completos, conformados por médicos; promotores de salud; promotores e inspectores de seguridad

¹³ Programa de Afiliación de los Trabajadores Migrantes al Régimen de Seguridad Social Guatemalteco. Programa de Seguridad Social para el Trabajador Migratorio. Modelo de Protección Social del Trabajador Migrante y su Familia mediante su afiliación al régimen de Enfermedad, Maternidad y Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Una contribución de los sectores público y privado a la consolidación del proceso de paz, la reducción de la pobreza, y al desarrollo guatemalteco. Guatemala, diciembre de 1997.

e higiene; enfermeras graduadas; auxiliares de enfermería y psicólogo; quienes atiende el nivel uno en la comunidad. Para el caso de los trabajadores agrícolas migrantes, que en los lugares de destino son atendidos desde el nivel dos -Centros de Salud y Hospitales-, solamente se le otorga esta atención si son afiliados al IGSS.

El Programa de afiliación tomó en cuenta las características especiales de las figuras laborales y contractuales que intervienen en este fenómeno, como son:

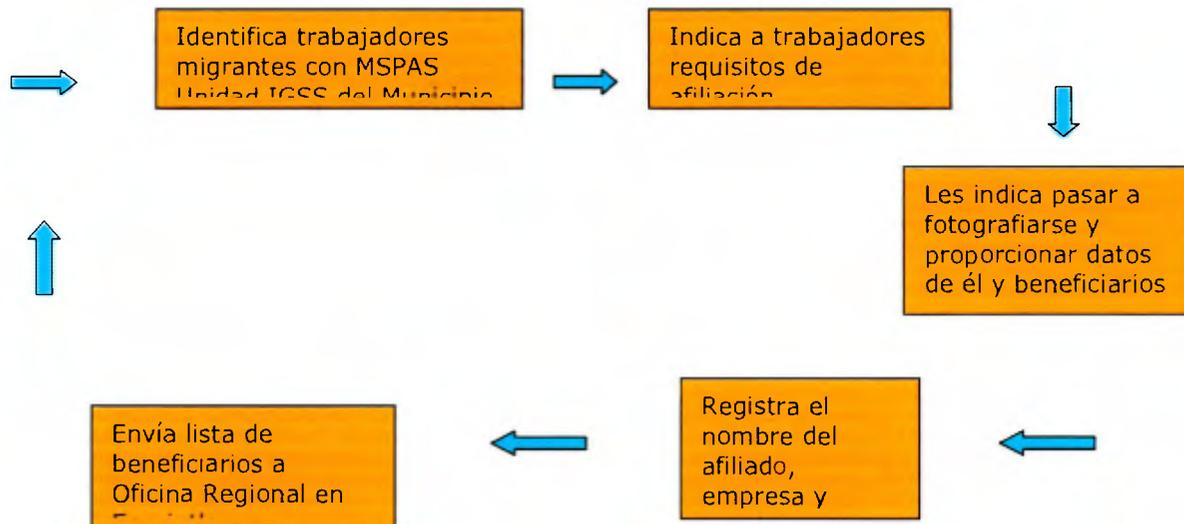
- El patrono, conceptualizado como tal y de la misma manera, el representante de éste: el intermediario, enganchador, jalador o contratista
- El trabajador agrícola migrante, el cual posee una categoría de trabajo de naturaleza eventual, con modalidades particulares de subcontrato y trabajo negro; tomando en cuenta que difiere del trabajador permanente asalariado por su calidad de eventual; la legislación no es tutelar hacia el trabajador eventual; este trabajador exige un sistema de protección ante los riesgos sociales y laborales de carácter especial.

Iniciar la afiliación de los trabajadores agrícolas migrantes, implicó la búsqueda de los elementos legales que apoyaran el proceso. La gerencia del IGSS en funciones, solicitó al equipo operativo la presentación de resultados de la caracterización nacional del fenómeno migratorio, así como de las líneas y/o ruta crítica a seguir para hacer operativa la afiliación.

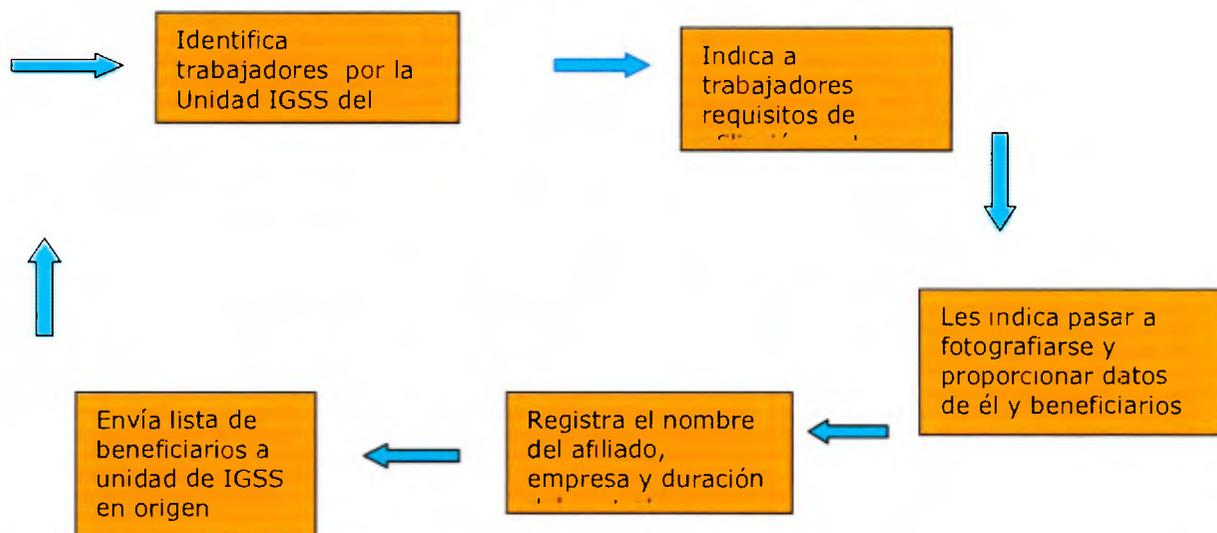
En 1997, La Junta Directiva del IGSS emitió un acuerdo específico para iniciar la afiliación de este grupo de trabajadores.

Los fundamentos legales incluyen artículos de la Constitución Política de la República,; el Decreto 295 del Congreso de la República (Ley Orgánica del IGSS, Cap II, Art. 6 y 7; Cap. III Art. 24; Cap IV Art. 35 y Cap. V Art. 51) y Acuerdos de Junta Directiva del IGSS (particularmente 1002, 1023,97, 468,410,466,788).

➤ **Ruta crítica establecida para la afiliación en los lugares de origen:**



➤ **Ruta crítica de afiliación en el lugar de destino:**



Como resultados esperados del Programa de Afiliación se plantearon los siguientes:

1. Todos los trabajadores enterados de los que es el IGSS, requisitos para su afiliación y beneficios que le representa el afiliarse o inscribirse a la institución.

2. Todos los dueños de las fincas colaboran en el proceso de afiliación.
3. Las autoridades de la localidad están enteradas del proceso de afiliación de los trabajadores agrícolas migrantes y participan en el proceso de promoción de la afiliación.
4. Los trabajadores tienen acceso a la foto y al carnet de vacunación para su afiliación.
5. Los trabajadores son inscritos en las planillas de pre-afiliación.
6. Las planillas de afiliación son enviadas a Guatemala para la elaboración de tarjetas.
7. Las tarjetas son emplastificadas.
8. Las tarjetas son entregadas a los trabajadores en un plazo de 15 días después de haber sido afiliado.

Durante 1998 al 2001, período en que se desarrolla la afiliación de los trabajadores agrícolas migrantes, en los diferentes departamentos en que ésta se promovió, se enfrentaron diversas limitantes para lograr que la población estuviera interesada en afiliarse, dentro de las que destacan las siguientes:

- Rechazo a la institución (IGSS) por desconocimiento y/o mal servicio.
- Consecuencias que conlleva para las instituciones locales involucradas en la promoción de la afiliación (iglesia, municipalidades, etc), al no tener respuesta del IGSS al momento de llegar el trabajador para su inscripción y no tenga foto, o sea menor de edad.
- Insatisfacción del usuario afiliado ante el IGSS y del no afiliado ante el Ministerio de Salud.

- Totalidad de Programas del IGSS para la atención de los trabajadores agrícolas migrantes con limitada cobertura geográfica.
- Topografía quebrada de las áreas de trabajo y comunidades inaccesibles.
- Falta de personal para cubrir todas las comunidades por lo extenso de la cobertura y grandes distancias de recorrido.
- Por la situación política en el país, hay desconfianza de las personas para la afiliación.
- Falta de unificación del IGSS-MSPAS con respecto a lo que se entiende por migrante y enfoque diferente sobre la forma de recabar la información.

Las fases de trabajo propuestas dentro del Programa de Afiliación, a desarrollar en cada lugar de implementación, conllevó la siguientes acciones:

Primera fase:

En esta primera fase se efectuaron los contactos y coordinación con autoridades e instituciones departamentales y municipales de los municipios priorizados, que conllevó entre otras actividades:

- a) Informar sobre el Programa de Afiliación y de Atención a Trabajadores Agrícolas Migrantes;
- b) trasladar instrucciones a los Jefes del Área de Salud Departamental y municipal para el apoyo al trabajo según calendarización;
- c) Reuniones y compromisos adquiridos con Alcaldes Municipales y Alcaldes Auxiliares;
- d) Emisión de cuñas radiales y;
- e) Obtención de datos geográficos y demográficos por municipio.

Segunda fase:

En esta fase se desarrollaron las acciones de promoción para la afiliación de los trabajadores agrícolas migrantes, que fueron impulsadas en las cabeceras municipales y comunidades rurales de los municipios priorizados, con el apoyo de los Promotores de Salud del IGSS:

- a) Capacitación al personal operativo de apoyo de las Regionales del IGSS;
- b) Reuniones con facilitadores institucionales y comunitarios del Ministerio de Salud Pública;
- c) Reconocimiento del área geográfica y lingüística a trabajar;
- d) Entrevistas con autoridades municipales, instituciones locales y líderes comunitarios;
- e) Perifoneo en las plazas y áreas urbanas;
- f) Reuniones con Alcaldes Auxiliares y Comités Pro-mejoramiento;
- g) Distribución de volantes;
- h) Ubicación estratégica de puestos de afiliación para promocionarlos;
- i) Difusión de mensajes en idioma local;
- j) Calendarización para el trabajo de los puestos de afiliación en comunidades rurales y áreas urbanas.

Tercera fase

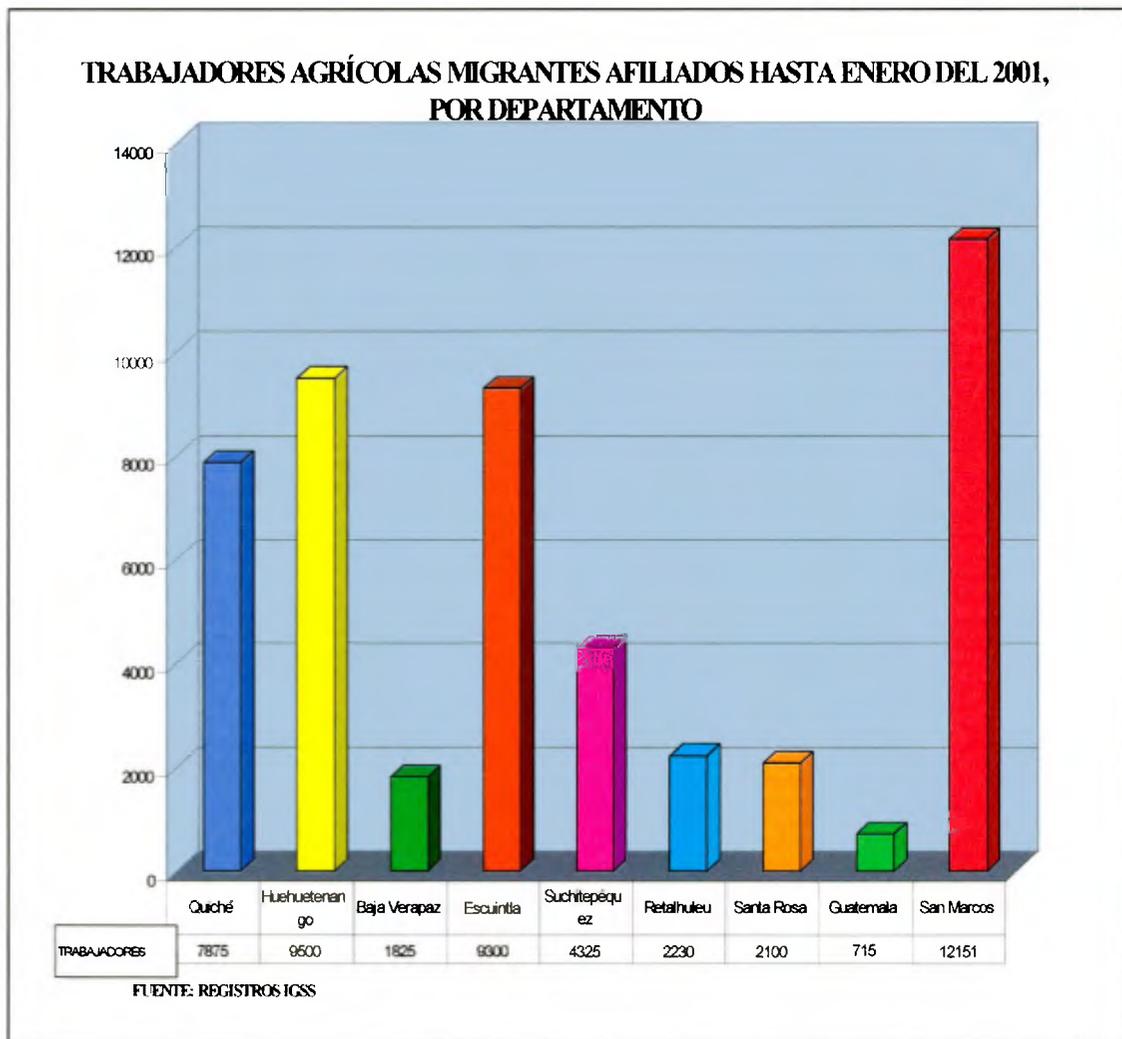
En esta fase se desarrolló la afiliación de los trabajadores agrícolas migrantes, para lo que se propusieron las siguientes actividades:

- a) Capacitación al personal de apoyo sobre el llenado de los formularios de pre-afiliación y afiliación de los trabajadores, así como sobre los lineamientos del trabajo a realizar, según guía elaborada para el efecto;

- b) Calendarización de la afiliación en centros de acopio y durante los días de plaza y mercado en las cabeceras municipales;
- c) Promoción radiofónica para la afiliación;
- d) Desarrollo de la afiliación de acuerdo a la calendarización.

Dentro del Programa de Afiliación del IGSS, entre el año 1997 y el 2001, se logró afiliar a un total de 50,021 trabajadores agrícolas migrantes, en los Departamentos de:

- Quiché
- Huehuetenango
- Baja Verapaz
- Escuintla
- Suchitepequez
- Retalhuleu
- Santa Rosa
- Guatemala
- San Marcos



Actualmente, la afiliación como tal no ha representado un avance significativo para la atención de esta población, ya que el IGSS en los lugares de destino solamente ofrece generalmente atención para accidentes, ello debido a la falta de asignación de recursos institucionales, por lo que es el Ministerio de Salud Pública a través de los hospitales y centros de salud que, proporciona esta atención a la población en general y no así, específicamente a la población migrante¹⁴.

Adicionalmente a las limitaciones en cuanto a atención, a lo interno del IGSS se ha enfrentado el cambio continuo de autoridades gerenciales, lo que ha obstaculizado un seguimiento adecuado a las estrategias impulsadas, debido a

¹⁴ Entrevista con el Dr. Eduardo Samayoa, Asistente de Gerencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-.

que en la mayoría de las veces, las altas autoridades no tienen interés en atender esta problemática y han visto estas iniciativas, más bien como proyectos impulsados desde OPS/OMS, y no como una política institucional.

G. Reforma del Sector Salud (1995-2001)

Desde la experiencia desarrollada en Escuintla, de un sistema unificado de atención en salud para enfrentar la epidemia del cólera, como una iniciativa de funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en coordinación con la OPS/OMS desde 1995, se continuó un esfuerzo de cabildeo con las altas autoridades de ambas instituciones, para impulsar una reforma a la política del sector salud, que permitiera la integración de los servicios como política de gobierno y la extensión de cobertura que incluyera la atención a la población migrante, como población vulnerable.

El sistema de prestación de servicios se caracteriza por cierta verticalidad en su organización. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- es, a la vez, rector, regulador, agente financiero y prestador directo de servicios. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- es prestador directo, pero también colecta fondos y los administra, aunque restringe su proyección hacia afiliados y derecho-habientes. Sólo muy recientemente el IGSS principia a contratar externamente la prestación de algunos servicios de salud, en un papel de agente financiero que se yuxtapone a los otros.

El sector privado puede dividirse en lucrativo y no lucrativo. El sector privado no lucrativo, compuesto por ONG principalmente, convierte los fondos de donantes nacionales o internacionales en servicios para la población. El sector privado lucrativo capta sus recursos del gasto directo del bolsillo de los usuarios¹⁵.

A partir de esta condición, como parte de la modernización del Estado que conlleva acciones de descentralización y privatización de los servicios, surge la propuesta de extensión de cobertura con financiamiento público y prestación o administración de servicios a través de entidades no gubernamentales.

¹⁵ Protección Social en Salud. Guatemala, enero de 2002. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo –ASDI-.

En 1996 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social impulsa la extensión de cobertura de servicios básicos y para el 2000, se formula la tercera Política Sectorial 2000-2004, integrada en el Plan Nacional de Salud 2000-2004; que en su marco Constitucional y Legal define la actuación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, enmarcado dentro de la Constitución Política de la República, el Código de Salud, los Acuerdos de Paz, el Plan de Gobierno 2000-2004, la Matriz de Política Social 2000-2004, el Reglamento del Organismo Ejecutivo y el Reglamento Orgánico Interno vigente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social¹⁶, e incluye la atención en salud a la población agrícola migrante.

G.1. El Sistema Integrado de Atención en Salud –SIAS-: estrategia para la extensión de cobertura de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1996)

Como seguimiento a la reforma del sector salud que plantea la extensión de cobertura y de coordinación interinstitucional del sector, para ampliar y eficientar la atención en salud a la población en general a nivel nacional, en 1996 se propone el impulso del Sistema Integrado de Atención en Salud –SIAS-, como una estrategia para la operativización de las normativas y protocolos de los programas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para afrontar en el corto plazo, las bajas coberturas de provisión de servicios de salud en el país¹⁷.

El propósito de esta iniciativa, ha sido brindar atención básica al 100% de la población que actualmente no tiene acceso a los servicios de salud, utilizando para ello los recursos locales existentes y dentro de un contexto que genere y produzca cambios en la situación de salud; a través de extender la cobertura en el nivel uno de atención en salud a nivel nacional. Este sistema se refiere a la atención de la población guatemalteca en general, en la que la población agrícola migrante estaría incluida.

El SIAS se basa en la prestación de servicios de salud suministrados por el personal voluntario, con el apoyo y bajo la supervisión de personal

¹⁶ República de Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Salud 2000-2004. Noviembre, 2001.

¹⁷ Entrevista con el Dr. Jorge Lorenzana, Coordinador Nacional del Programa de Migrantes del MSPAS.

institucional. Para la atención a las personas se identificaron los servicios básicos de salud de cobertura nacional que incluyen:

- Atención a la mujer embarazada
- Atención infantil
- Atención a la demanda por emergencia y morbilidad

Los servicios ampliados de salud, están dirigidos a la población ya cubierta por los servicios de salud, y son prestado por personal institucional que además de prestar los servicios básicos, brinda los siguientes:

- Atención a la mujer en edad fértil, detección precoz del cáncer y planificación familiar
- Atención infantil y preescolar de menores de 5 años
- Atención de emergencias y morbilidad
- Atención del medio ambiente, normas sanitarias y el desarrollo y gestión de proyectos

El SIAS cuenta con empresas prestadoras y administradoras de salud -ONG's-, para el manejo administrativo de salarios; con quienes se establecen convenios que quedan en dependencia del Ministerio de Salud Pública.

Para 1996, siendo el Departamento de Escuintla una de las zonas más fuertes en cobertura del Ministerio de Salud Pública y del IGSS y, contando con experiencia de intervención coordinada; con el impulso del SIAS, se decidió establecer convenios institucionales para una atención combinada con el IGSS, en los Departamentos de Escuintla, Quiché, Santa Rosa y Huehuetenango, como parte de lograr la reforma del sector, y que a la fecha solo se ha logrado impulsar en Escuintla.

En el caso de Escuintla, al momento de plantearse dar continuidad a la coordinación interinstitucional como parte de la política institucional del sector salud para la extensión de cobertura, se enfrentaron ciertas dificultades a raíz de la duplicidad que se generaba en la atención a casos y en la delegación de responsabilidades para la atención, - ninguna de las dos instituciones- en ese

entonces quería asumir la responsabilidad de la atención específica de la población agrícola migrante bajo esta nueva modalidad¹⁸.

Lo anterior planteó el reto de encontrar una solución viable, que permitiera resolver la duplicidad de esfuerzos, para lo que se propuso la conformación de 44 equipos comunitarios, para la atención en los 13 municipios que conforman el Departamento de Escuintla, asignándose la atención de 10,000 habitantes por cada equipo comunitario. Cada equipo estaba conformado por un médico, promotores y auxiliares tanto del IGSS como del Ministerio de Salud Pública.

"...Escuintla se dividió en 44 pedacitos.."

Entrevista con el Dr. Eduardo Samayoa, del IGSS

Esto generó conflictos de tipo administrativo, ya que cada institución quería imponer sus criterios para la atención y derivación de suministros, por lo que no se lograba llegar a acuerdos, lo que no impidió el desarrollo de la actividad operativa para la atención en salud y su cobertura.

Finalmente, en función de dar solución a los problemas de coordinación interinstitucional, se llegó al acuerdo entre ambas instituciones, de distribuirse la población total de Escuintla, con un 50% que atendería el IGSS y un 50% el Ministerio de Salud Pública, quedando establecido que el IGSS atendería 4 municipios y Salud Pública 9 municipios, por lo que el IGSS atiende Escuintla (cabecera), Santa Lucía, La Democracia y Tiquisate con 22 equipos de salud; dicho convenio continúa aún vigente¹⁹.

"... cada institución quería imponer sus leyes. El IGSS alegaba haber llevado primero la atención a esta población en Escuintla, mientras de parte del Ministerio, como los rectores de la salud, mandaban... y tampoco querían ceder..."

Entrevista con el Dr. Eduardo Samayoa, del IGSS.

¹⁸ Entrevista con la Dra. Velia Oliva, Dirección del Área de Salud de Escuintla, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

¹⁹ Entrevista con el Equipo Médico y Administrativo de la Dirección Departamental de Escuintla, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-.

En el caso de Escuintla como lugar de destino de la población migrante, se han ido superando las dificultades de carácter administrativo para que se logre brindar una atención específica a esta población, dentro del marco de un convenio de compartir la responsabilidad de la atención, no así administrativamente en lo referente a financiamiento. A la fecha se tiene cubierto el 100% de la atención primaria en salud, a través de los esfuerzos combinados, siendo el nivel uno que se atiende desde el IGSS en los 4 municipios acordados, el que se tiene totalmente cubierto, por contar con los equipos suficientes para esta atención. Dicha atención por parte del IGSS, es financiada con los fondos propios del IGSS y no como parte de fondos administrativos del SIAS; éstos últimos, enmarcados dentro los fondos propios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Si bien, la coordinación y unificación de acciones de dos instituciones de cobertura nacional es un proceso complejo, el impacto que se logra con la unificación de la atención es significativo, ya que a raíz de la misma, el Departamento de Escuintla reporta que el índice de mortalidad infantil que antes de la extensión de cobertura unificada llegaba 118 muertes por mil, en la actualidad debido a dicho proceso se ha logrado reducir a 50 y hasta 39 por mil.

Con la llegada del Huracán Mitch en noviembre de 1999, justo en la época en que se inició la alarma por su acercamiento, se hizo ver a las autoridades de salud los riesgos que implicaba la movilidad de los trabajadores agrícolas migrantes, la cual era coincidente no solo por las fechas de zafra, sino porque los lugares de paso y destino son zonas catalogadas como de alto riesgo para desastres naturales y de accidentes.

A raíz del Huracán Mitch se plantea nuevamente la articulación del sector salud, para el seguimiento y control

epidemiológico de la población agrícola migrante, desde su lugar de origen, lo que plantea un seguimiento sistemático sobre las condiciones de salud en que se movilizaban, incluyendo las siguientes características:

- a) identificación de mujeres embarazadas;
- b) identificación de niños vacunados e;
- c) identificación de personas con tratamientos de enfermedades crónicas.

El impulso previo al Huracán Mitch del SIAS, fue importante en cuanto a la facilitación de la coordinación interinstitucional para la atención del nivel uno en salud, por lo que durante el Mitch se hace nuevamente énfasis en involucrar a los promotores itinerantes y/o comadronas que se movilizan con los trabajadores agrícolas migrantes, como informantes clave. La información recavada sirvió para proveer determinada atención y para el cálculo de insumos requeridos.

Con el impulso del SIAS, el Ministerio de Salud Pública al contar con infraestructura y servicios en todo el país -puestos de salud, centros de salud y hospitales-, favorece a la población agrícola migrante desde sus lugares de origen de manera general.

"...la población migrante está cubierta por el SIAS donde no existe el IGSS, entonces el compromiso con esta población es ahora como sector y no solamente como institución..."

Dicho sistema involucra acciones de coordinación, que se han venido desarrollando por parte del IGSS en Escuintla, a través de las reuniones inter-Áreas que involucra a personal de salud de las comunidades de origen y destino de la población agrícola migrante, para la atención primaria en salud.

En el caso específico de las dependencias del Ministerio de Salud Pública, en la actualidad se ha venido trabajando en 7 Departamentos para promover la extensión de cobertura: Escuintla, El Quiché, San Marcos, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Santa Rosa y Baja Verapaz, que son los Departamentos con mayor concentración de población migrante, tanto lugares de origen como de destino.

La operatividad de este Sistema no se ha logrado del todo aún, ya que ha sido necesario impulsar una reorganización institucional interna a nivel central del Ministerio de Salud Pública, para que sus programas sean retomados por las diferentes instancias institucionales en función de apoyar el proceso de operatividad²⁰.

Con el planteamiento del Programa Migrantes que establece la política sectorial 200-2004, se plantea de manera formal la atención de esta población respetando su condición de migrantes, siendo el SIAS el canal operativo que debe garantizar su atención.

²⁰ Entrevista con la Dra. Velia Oliva, Dirección del Área de Salud de Escuintla, MSPAS.

Una dificultad que se enfrenta para medir la efectividad del Sistema, respecto a la atención brindada a población migrante, es que las boletas de registros no incluyen algún apartado que los identifique del resto de población atendida, que permita dar cuenta de esta atención. En la actualidad desde el Sistema de Información Gerencial de Salud –SIGSA- donde se procesa la información estadística, se ha venido trabajando para que se pueda diseñar un instrumento donde aparezca diferenciada esta población.

La atención brindada por parte del SIAS a los trabajadores agrícolas migrantes, radica en los programas de atención a la salud del Ministerio de Salud Pública para la prevención de intoxicaciones por fumigación en los frentes de trabajo, la atención en casos especiales como la Tuberculosis, en el que se le inicia el tratamiento en los lugares de destino cuando son detectados.

El SIAS, para el año 2000, extendió la cobertura de servicios con fondos públicos, multiplicándose por diez desde 1997, creciendo en proporción similar la cobertura a la población, con los convenios suscritos para su alcance.

Con estos fines para inicios del 2001, se suscribieron 144 convenios con entidades privadas (ONG en su mayoría) para la provisión de un paquete básico de servicios a 3.2 millones de habitantes que residen en comunidades de 19 de los 22 departamentos del país.²¹

Año	Población cubierta	Presupuesto asignado (quetzales de cada años)	Número de convenios
1997	459,171	10.272,330.00	14
1998	2.179,733	64.184,625.00	110
1999	2.515,557	82.504,989.00	119
2000	2.940,280	101.498,323.00	136
2001	3.186,213	111.287,836.62	144

Fuente: UPS1. Dirección General del SIAS, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En estos últimos tres años, se ha desacelerado el ritmo de incremento del proceso de extensión de cobertura, dado que el modelo de entrega de servicios orientado por el oferente, no creó las bases para una demanda organizada e

²¹ Protección Social en Salud. Guatemala, enero de 2002. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo –ASDI-.

informada que, sostuviera el modelo mientras la nueva administración de gobierno ajustaba sus cuadros técnicos.

Otro factor que incidió en ello, fue la dependencia de técnicos –nacionales y extranjeros- que no formaban parte de la estructura orgánica del Ministerio de Salud y que, por las mismas razones, no institucionalizaron el proceso.

Los mecanismos de control y evaluación laxos hacia las ONG's contratadas en el período 1995-1999, han provocado que evaluaciones más recientes, hayan determinado la interrupción de contratos con varios proveedores, y que en la actualidad, se haya establecido un sistema de control y acreditación para garantizar que los servicios convenidos sean recibidos por la población.

La disminución de recursos financieros del Estado para sostener el incremento de cobertura, ha provocado que hasta ahora la misma haya alcanzado a poblaciones rurales menos dispersas y no así, a la población más postergada y dispersa.

**TOTAL DE TRABAJADORES AGRÍCOLAS MIGRANTES REGISTRADOS EN
13 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
Período: octubre 2001 a marzo 2002**

	No. DE TAM POR MUNICIPIO	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	TOTAL
1	Escuintla	1304	1654	1654	1394	1394	0	7400
2	Guanagazapa	0	0	0	0	0	0	0
3	La Democracia	0	1745	1675	2113	2059	2059	9651
4	La Gomera	40	1650	1895	2230	2290	2430	10535
5	Masagua	0	1310	2076	2690	2710	1500	10286
6	Nueva Concepción	0	0	300	280	250	0	830
7	Palín	465	465	465	0	0	0	1395
8	Puerto Iztapa	0	0	0	0	0	0	0
9	Puerto de San José	0	0	120	390	390	406	1306
10	San Vicente Pacaya	340	340	180	70	45	45	1020
11	Santa Lucía Cotz.	3826	3650	3826	3318	3764	3859	22243
12	Siquinalá	0	300	300	300	330	310	1540
13	Tiquisate	696	2990	2130	2646	2894	2894	14250
	TOTAL	6671	14104	14621	15431	16126	13503	80456

Fuente: Informe de Seguridad e Higiene, Sección de Estadística -IGSS-/ Direc. Regional/mns/ach//sfsc

G.2. El Plan Nacional de Salud 2000-2004

Se define en el apartado VIII. Políticas de Salud:

1. Salud Integral de los grupos familiares
2. Salud de los pueblos mayas, garífuna y xinca, con énfasis en la mujer.
- 3. Salud de la población migrante.**
4. Desarrollo y fortalecimiento de la salud integral a otros grupos.
5. Ampliación de la cobertura de los servicios básicos y del ambiente.
6. Desarrollo del saneamiento básico y del ambiente.
7. Acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, y la medicina tradicional y alternativa.
8. Desarrollo estratégico del recurso humano.
9. Desarrollo, desconcentración y descentralización institucional.
10. Coordinación intra e interinstitucional.
11. Mejoramiento y optimización de la cooperación externa.
12. Desarrollo del financiamiento del sector salud.
13. Salud Reproductiva.
14. Seguridad Alimentaria Nutricional.

Asimismo, en el apartado IX. Líneas de Acción, establece en su punto 3:

Salud de la Población Migrante

- Fortalecer la integración de las mesas de migrantes, con los actores involucrados en el tema.
- Asegurar la atención en salud integral de calidad a estas poblaciones, tanto en las áreas de origen como destino de las mismas.
- Censo actualizado de este sector de población.
- Adecuación de las normas de los programas de atención de la población migrante y aseguramiento de su aplicación en los niveles respectivos.
- Prevención, vigilancia y control de las intoxicaciones por plaguicidas.

Finalmente, en el apartado X. Programas. Establece los siguientes programas específicos que se desarrollaran dentro del presente Plan Nacional de Salud para sustentar las políticas y enfrentar los problemas prioritarios de salud:

1. Nacional de inmunizaciones
2. Atención a niños, niñas y adolescentes.
3. Adulto mayor y personas con discapacidad.
4. Infecciones respiratorias agudas.
5. Enfermedades transmitidas por agua y alimentos.
6. Enfermedades transmitidas por vectores.
7. Rabia y otras zoonosis.
8. Tuberculosis.
9. Infecciones de transmisión sexual ITS y VIH/SIDA.
10. Salud mental, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y violencia intrafamiliar.
11. Seguridad alimentaria y nutricional.
12. Enfermedad bucodental.
13. Enfermedades crónicas y degenerativas.
14. Salud laboral.
15. **Población migrante.**
16. Medicina transfusional y bancos de sangre.
17. Medicina popular tradicional.
18. Salud reproductiva.

H. El Sistema de Información Gerencial en Salud –SIGSA–

Al inicio de la experiencia de atención a la salud de la población agrícola migrante, se encontró la dificultad que no existía a nivel estadístico una línea basal, ni registros que permitieran su control; por lo que se hizo necesario ir creando bases de datos que dieran cuenta de la cantidad de población migrante que llegaba a los lugares de destino, el registro de vacunaciones que se daba y de vigilancia epidemiológica prestada.

De esa cuenta, desde el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se propuso en el año 1999 ser más eficiente en los datos y registros estadísticos en salud, a través de la creación de un Sistema de Información Gerencial en Salud, que integrara un flujo de información generada a través de la atención prestada a esta población en su lugar de origen como de destino, por parte de

los centros de salud y hospitales del Ministerio de Salud Pública, a nivel nacional.

Para el año 2000, como uno de los objetivos propuestos para la atención integrada a la población migrante del país, se plantea la necesidad de mejorar el sistema de recolección de datos e información, a partir de que el Programa de Inmunizaciones había identificado a través de su diagnóstico situacional el fenómeno de datos de coberturas de vacunación arriba del 100% en algunas áreas de salud, así como, coberturas por debajo del rango útil establecido, a pesar de los esfuerzos que venía realizando el personal operativo en dichas áreas de salud; considerando que la principal causa del problema era el flujo migrante de las poblaciones durante períodos específicos del año, los que eran dedicados al trabajo agrícola.

En ese sentido, se consideró importante establecer un nuevo sistema de información que permitiera identificar, captar y proporcionar los servicios de atención en salud, independientemente de la localidad donde se ubicara la población migrante, con la finalidad de garantizar la calidad de la información registrada.

Dentro de los problemas identificados en el marco del diagnóstico situacional del Programa de Inmunizaciones, se encontraron los siguientes:

- Omisión de vacunación a la población migrante durante el período que migra para trabajar en otros departamentos.
- Probabilidad de vacunar 2 veces a la misma persona tanto en los lugares de origen, como en los de destino, con lo que se duplica el registro de administración de vacunas y por ende, alteración de cobertura.
- Falta de datos en el lugar de trabajo, atendido por las unidades del SIGSA.
- Datos de cobertura de vacunación poco confiables.
- Dificultad para identificar a la población no vacunada correspondiente al área que presenta altas coberturas arriba del 100%, a expensas de la

población que ha migrado a su lugar de origen y no le corresponde la vacunación.

- Datos de población (denominador para el cálculo de coberturas) afecta los resultados, ya que las áreas que tiene población migrante no cuentan con los datos de población real.

A raíz de la identificación de esta problemática y en función de eficientar el sistema de información y registro para la atención de la población migrante, se acordaron los siguientes compromisos:

- La importancia que el Sistema de Información Gerencial en Salud – SIGSA-, creara o adaptara un sistema de registro de la vacunación en población migrante, para garantizar la calidad del registro de información de la vacunación.
- Discutir técnicamente la problemática del registro de vacunación en la población migrante, con los Departamentos y Programas involucrados.
- Que el Ministerio de Salud Pública desarrollara un Programa específico que se encargara de la atención integrada en salud a la población migrante del país.
- Evaluar registros, flujos y tiempos de envío de la información.
- Establecer en el SIGSA las acciones a realizar, para el registro de vacunación de la población migrante del país.
- Involucrar a las autoridades de las diferentes Direcciones y Programas, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS- y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-, para garantizar la puesta en marcha de las medidas acordadas.

Este sistema en la actualidad, ha permitido el intercambio de información y registros dentro de las diferentes Áreas de Salud Departamentales, así como la generación de datos y registros, particularmente para el control y seguimiento de vacunaciones y tratamientos médicos, que esta población viene recibiendo en los lugares de origen y los de destino.

Dentro del flujo de información, se involucra al personal operativo que se encuentra realizando vacunación y vigilancia epidemiológica de esta población y que están a cargo del llenado de boletas de pacientes para su registro. Estas formas de registro, han ido incorporando nuevos datos, para que de manera desglosada puedan finalmente ser entregadas y reportadas por cada Área de Salud Departamental, para ser trasladada a la Dirección Central en Guatemala, quienes se encargan de integrar toda la información para luego ser devuelta mensualmente a los Distritos Departamentales.

Lo que continúa siendo difícil definir dentro de los registros de atención de los Centros de Salud y Hospitales de Salud Pública, es la diferenciación en las boletas de registro de pacientes atendidos, entre población general y población migrante, ya que solamente se registra la procedencia del paciente con lo que no se determina si es o no trabajador agrícola migrante. Actualmente, se ha venido impulsando que se integre una casilla que especifique si es migrante o no, lo que ha surgido de la necesidad de contar con registros adecuados para su atención.

I. Sistema Complementario de Atención en Salud: Clínicas de Empresa (1997)

En abril de 1997, con base en la coordinación que existía entre el Ministerio de Salud Pública y el IGSS para la atención de la población de Escuintla, incluyendo a la población migrante que llegaba a trabajos agrícolas en el área, se concretan reuniones con el sector agro industrial, en función de impulsar un Sistema Complementario de Atención en Salud²², en donde el IGSS era la

²² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto guatemalteco de Seguridad Social, AZASGUA. Apoyo Técnico OPS/OMS. MSPAS/IGSS/ASDI/OPS. Integración del Ministerio de Salud Pública, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Sector Privado para la Prestación de Servicios de Salud a la Población Abierta y Trabajador Migrante en el Departamento de Escuintla. Guatemala, junio de 1997.

institución impulsora y mediadora para esta propuesta, que se concreta en 1999, con el siguiente planteamiento²³:

- Creación del Sistema Complementario de Atención en Salud. Se establece el Sistema Complementario de Atención en Salud de aplicación nacional, para la prestación coordinada de servicios de salud a la población afiliada al Régimen de Seguridad Social entre el Instituto de Seguridad Social y patronos que cuenten con clínicas médicas al servicio de los trabajadores o que las instalen en el futuro, y cuyas empresas o centros de trabajo se encuentren ubicados en el territorio nacional, cubiertos por los Programas sobre Protección relativa a Enfermedad, Maternidad y Accidentes, o en aquellos a los que se extiendan dichos programas.
- Objetivo. Apoyar el desarrollo y funcionamiento del Sistema Complementario de Atención en Salud, que bajo la coordinación del Instituto permita fortalecer la capacidad de resolución en la atención a la salud, a efecto de otorgar a los trabajadores afiliados al Régimen de Seguridad Social en sus propios centros de trabajo los servicios médicos con eficiencia, eficacia y oportunidad, así como los beneficios que en materia de prevención de enfermedades y accidentes desarrolla el régimen.
- Cobertura: El sistema Complementario de Atención en Salud brinda atención exclusivamente a los trabajadores de las empresas con relación laboral vigente.
- Ingreso al Sistema. Es optativa la participación de los patronos e instituciones de los diferentes sectores afectos al Régimen de Seguridad Social, en el Sistema Complementario de Atención a la Salud. El patrono o institución que desee ingresar al mismo, deberá solicitarlo por escrito a la Dirección General de Prestaciones en Salud del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- La admisión del patrono estará sujeta a la comprobación de la existencia de las condiciones establecidas por el Instituto para su acreditación, y a

²³ Sistema Complementario de Atención en Salud. Subgerencia, Dirección General de Prestaciones en Salud, Sección de Seguridad e Higiene y prevención de Accidentes del Departamento de Medicina Preventiva. Guatemala, abril de 1999. Reglamento del Sistema Complementario de Atención en Salud. Acuerdo No.1062 de J.D. del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

la suscripción de un convenio que contendrá los derechos y obligaciones de los otorgantes.

- Naturaleza de los Servicios. Los servicios a prestar por el Sistema Complementario de Atención en Salud a los trabajadores afiliados al Régimen de Seguridad Social, son:
 - a) **ATENCIÓN MÉDICA:** Consulta de medicina general, atención de urgencias médicas, cirugía menor o hipodermia, referencia para atención en servicios de emergencia y en clínicas de especialidades, prescripción de medicamentos, referencia para estudios de laboratorio y diagnóstico radiológico.
 - b) **ATENCIÓN PREVENTIVA:** Educación para la salud, de las condiciones y medio ambiente de trabajo y Salud Ocupacional.
- Registro de las Clínicas Médicas. El Instituto llevará por medio de la entidad técnico administrativa específica, un registro de las clínicas adscritas al Sistema, que contendrá como mínimo los datos siguientes: Nombre o razón social del patrono, número patronal, dirección, apartado postal, número de teléfono y de fax si lo hubiere, nombre y número de colegiación de los profesionales y demás personal que presten sus servicios en la clínica de la empresa, horario y días de atención, número de trabajadores, así como cualquier otro dato que se indique en el convenio.
- Causas para la terminación del Convenio. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social podrá dar por terminado el convenio suscrito con el patrono, antes del vencimiento del plazo, en los siguientes casos:
 1. Cuando el patrono incurra en mora en el pago de las cuotas patronales o de trabajadores.
 2. Si se comprueba que el patrono o el Instituto incumplen con alguna de las condiciones convenidas para el funcionamiento del Sistema Complementario de Atención de Salud y/o en la calidad de la atención que se presta a los trabajadores afiliados.

En caso de terminación del convenio, el empleador deberá devolver al Instituto los medicamentos, papelería y cualquier otro bien que de éste hubiere recibido y que no haya utilizado en la forma prevista; además, deberá reintegrarle los faltantes o bien pagar el precio de los mismos.

- Instalaciones y Personal. Para participar en el Sistema Complementario de Atención en Salud, los patronos deben tener clínicas debidamente equipadas al servicios de sus trabajadores o que se establezcan después de la vigencia de ese Acuerdo, ubicadas en el local de la empresa o áreas vecinas, y contar con el personal médico, técnico y de servicio necesario para atenderlas. Los requisitos de equipamiento de las clínicas, funciones, procedimientos, forma y horario de atención, se establecen en el instructivo correspondiente.

En el caso que un empleador no tenga recursos para establecer una clínica en s propio centro de trabajo, lo puede hacer en asociación con otros patronos.

Para impulsar dichos convenios, se establecieron reuniones de discusión y negociación entre el sector salud con la Asociación de Azucareros de Guatemala – ASAZGUA- a nivel central en Guatemala, y con FUNDAZUCAR a nivel local en Escuintla.

Desde el sector agroindustrial azucarero, se venían impulsando ya clínicas médicas, específicamente dentro de los ingenios azucareros y no así en las fincas de corte de caña y de café. Esta iniciativa por parte de los Ingenios Azucareros, se extendió hacia los trabajadores agrícolas migrantes a partir de la epidemia del cólera y, en función de brindar la atención médica a sus trabajadores, para que los mismos no se ausentaran de los lugares de trabajo.

En febrero del 2000²⁴, luego de un largo período de reuniones y negociaciones, la agroindustria azucarera presentó una contrapropuesta, para ver la posibilidad de operativizarla y las autoridades del IGSS no aceptaron la misma, por no estar incluidas las clínicas empresariales bajo los términos establecidos, y que se venían desarrollando a nivel metropolitano en convenios con otras empresas como la PEPSI, el Crédito Hipotecario Nacional y las maquiladoras.

²⁴ Fundación del Azucar. Memorando Externo DS/2000*714.

La contrapropuesta presentada por la Agroindustria Azucarera, fue evaluada por las autoridades del IGSS, para quienes presentaba los siguientes inconvenientes:

- Conlleva una visión urbana y no rural
- Esta orientada al establecimiento de control y no a la mejora del servicio
- Fuera del contexto agroindustrial (en cuanto a volumen de atención que ofrece)
- Ofrece cobertura incompleta (prioriza al trabajador fijo vrs Migrante)
- No establece quién se responsabiliza de la atención de beneficiarios
- Dado el volumen de atención en los ingenios, los procesos administrativos no garantizan eficiencia y eficacia
- La completación de formularios específicos disminuye el tiempo efectivo de atención y aumenta los costos administrativos
- Establece una dualidad de dependencia en el personal de salud
- Crea un ente innecesario y burocrático (Comité de Salud) en función de mejorar el servicio

Estas negociaciones también se hicieron con la Industria Cafetalera en Cuilapa del Departamento de Santa Rosa, con la Asociación de Caficultores Organizados de Guatemala - ACOGUA-, y por medio de Fundación de Desarrollo Rural -FUNRURAL- a nivel local en Escuintla, y la Asociación Nacional del Café -ANACAFE- a nivel central, las cuales no se llegaron a concretar en Convenios, ya que las autoridades del IGSS no consideraron viables las propuestas que estos sectores presentaban.

Pese a ello, en la actualidad a nivel operativo y de manera informal, se continua coordinando la atención médica a trabajadores agrícolas temporeros, con sectores de la agro industria. En la actualidad, existen 13 clínicas

empresariales dentro de las fincas de los Ingenios Azucareros, particularmente en el Departamento de Escuintla²⁵.

Esta coordinación se mantiene entre el personal del IGSS, del Ministerio de Salud y con los médicos de las clínicas empresariales, por lo que a través de esta coordinación, por parte de los ingenios azucareros se colaboró con el IGSS durante el proceso de afiliación y, con el Ministerio de Salud dando atención y refiriendo desde los ingenios a los centros de salud, lo cual continua funcionando sin que exista una institucionalización o convenios establecidos formalmente por cada uno de los sectores involucrados.

4.2.2. ETAPA II: Transferencia del Modelo de vigilancia y atención a los niveles operativos

A. Reuniones Inter-Áreas (1995)

Las reuniones Inter-Áreas se inician en 1995, como parte del proceso de coordinación interinstitucional, dentro del marco de promoción de la reforma del sector salud y de impulso del Modelo de Vigilancia y Atención a los niveles operativos, con la participación de personal institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS-, de las áreas de salud correspondientes a los departamentos de origen y destino de la población agrícola migrante: Huehuetenango, Quiché, Escuintla, Suchitepequez y Retalhuleu.

En estas reuniones, han venido participando desde un inicio por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las Jefaturas de Área y de Distritos de Salud, así como Directores de Hospitales y, por parte del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-, los Inspectores de Seguridad e Higiene, Epidemiólogos, Encargados de Estadísticas; Técnicos de ambas instituciones y representantes de OPS/OMS.

Las primeras acciones de coordinación durante los años 1995 y 1996, fue la realización de 3 talleres Inter-Áreas²⁶, en los cuales se capacitó al personal de

²⁵ Entrevista con el Dr. Jorge Lorenzana, Coordinador del Programa de Migrantes, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

²⁶ Organización Panamericana de la Salud. OPS. Organización Mundial de la Salud. OMS. Sistematización de la Atención en salud a la población trabajadora agrícola migrante en

las diferentes áreas de salud, en el abordaje del fenómeno migratorio de trabajadores agrícolas migrantes y su relación con la salud, así como la presentación de la estrategia de atención en salud al trabajador agrícola migrante y su familia, en su lugar de origen y retorno.

En estos talleres, los equipos de trabajo de cada una de las áreas de salud, definieron y analizaron los criterios sobre tipo de indicadores a utilizar y el diseño de la ficha familiar, el tipo, la pertinencia y utilización de la información recabada, así como analizaron los contenidos de la capacitación a promotores itinerantes y la metodología educativa a seguir.

Concluyendo el tercer taller en 1996, con la presentación de las experiencias obtenidas en cada departamento, del trabajo de atención realizado con la población agrícola migrante, así como la definición de planes de trabajo coordinados y la programación de reuniones Inter-Áreas, para su seguimiento.

Posteriormente, las reuniones Inter-Áreas se establecieron trimestralmente, aunque a través de la práctica, se fue definiendo su realización semestralmente. La idea es que estas reuniones se realicen antes de que empiece la cosecha de los diferentes cultivos (en noviembre) y después de que esta termina (abril-mayo), para el seguimiento de la Vigilancia Epidemiológica, seguimiento de enfermedades por vectores, tuberculosis y el seguimiento de inmunizaciones de la población materno infantil y trabajadora en los lugares de origen y destino²⁷.

En estas reuniones participan las diferentes áreas de salud del IGSS y del Ministerio de Salud Pública de los departamentos de origen y destino de los trabajadores agrícolas: Huehuetenango, Quiché, Escuintla, Santa Rosa, Zacapa, Quetzaltenango, Salamá, Cobán y Petén.

Estas reuniones continúan desarrollándose, con la participación de Médicos y enfermeras del Ministerio de Salud Pública, los Inspectores de Seguridad e Higiene y de salud y Epidemiólogos del IGSS y Promotores de Salud, en

Huehuetenango. Elaborado por: Francisco Aroldo Tello López, P.E.M. en Ciencias Sociales. Huehuetenango, enero de 1,998.

²⁷ Entrevista con el Equipo Médico y Administrativo de la Dirección Departamental de Escuintla, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-.

función de dar continuidad al proceso de atención coordinada, y dar lineamientos y orientaciones sobre los siguientes aspectos²⁸:

- a. seguimiento al control del movimiento migratorio a través de realizar diagnósticos mensuales, los que son realizados por los inspectores de seguridad e higiene del IGSS y los promotores de salud del Ministerio;
- b. control de la situación de salud de los trabajadores agrícolas migrantes en los lugares de origen y destino;
- c. seguimiento a tratamientos e inmunizaciones;
- d. control de condiciones de higiene: agua segura, cloración, hervirla, recipientes adecuados, manipulación de alimentos, control de escretas (letrinas), control de basura y;
- e. control de las instalaciones en las fincas de recepción, para la vivienda adecuada.

B. Formación de Promotores Itinerantes: Huehuetenango (1995)

En 1995, analizando los resultados de las investigaciones realizadas, la problemática de salud de los migrantes y básicamente, los indicadores de salud de los municipios con mayor movimiento migratorio del Departamento de Huehuetenango, se elaboraron los contenidos para dar inicio a la capacitación de Promotores Itinerantes en Salud, retomando la idea original del IGSS de 1989.

Dichos contenidos se dividieron en cuatro unidades inicialmente²⁹:

²⁸ Minuta de reunión Inter-área, Escuintla-Quiché, recuperación de la información de inmunización en familia de los trabajadores Agrícolas Migrantes. Marzo del 2000. Minuta de Reunión Inter-área para coordinación en el abordaje de la atención en salud a los trabajadores agrícolas migrantes y sus familias en origen (Huehuetenango) y destino (Santa Rosa). Junio del 2000.

²⁹ Organización Panamericana de la Salud. OPS. Organización Mundial de la Salud. OMS Sistematización de la Atención en salud a la población trabajadora agrícola migrante en Huehuetenango. Elaborado por: Francisco Aroldo Tello López, P.E.M. en Ciencias Sociales. Huehuetenango, enero de 1,998.

1) infecciones respiratorias agudas -IRA-:

- Definición de infecciones respiratorias agudas
- Causas de IRA
- Clasificación de IRA
- Evaluación de niños con IRA
- Signos de peligro
- Tratamiento
- Alimentación del niño con IRA
- Referencia y seguimiento de casos
- Vigilancia epidemiológica de IRA
- Prevención

2) control de diarreas y cólera:

- Definición de diarrea
- Causas
- Consecuencias
- Deshidratación
- Tratamiento
- Prevención
- Disposición de excretas
- Uso del agua
- Alimentos
- Vigilancia epidemiológica

3) Inmunizaciones:

- Definición de inmunizaciones
- Enfermedades prevenibles por vacunación
- Tipos de vacunas y su aplicación
- Estrategias para vacunación
- Manejo de ficha familiar
- Vigilancia Epidemiológica
- Educación para la salud
- Medios y técnicas de educación

4) Condiciones y medio ambiente en el trabajo:

- Definición
- Saneamiento básico en fincas
- Riesgos laborales

- Organización del Sistema de Seguridad e Higiene
- Salud ocupacional
- Prevención de accidentes
- Primeros auxilios en caso de accidentes

Entre los años de 1995 y 1996, en el Departamento de Huehuetenango, como lugar de origen de mayoría de trabajadores agrícolas migrantes, se capacitó a un grupo de 78 Promotores Itinerantes de manera conjunta IGSS y Ministerio de Salud Pública, para garantizar la atención en salud de esta población de los lugares de origen en los Departamentos de San Marcos, Quetzaltenango, Retalhuleu, Suchitepequez y Santa Rosa.

Dentro de estas capacitaciones para finales de 1996, se integró a la capacitación a Comadronas Itinerantes, y los contenidos correspondientes a medidas de atención materna y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH-SIDA.

Como parte del proceso de capacitación, se elaboró el material didáctico y de consulta correspondiente a los contenidos desarrollados, para que tanto los promotores como las comadronas capacitadas contaran con material de apoyo durante el proceso migratorio.

Los Promotores y Comadronas Itinerantes fueron seleccionados por la comunidad, contratistas, Alcaldes Auxiliares, Personal voluntario de Salud y Personal Institucional en forma conjunta, como una alternativa para mejorar las coberturas de los programas de salud y para contrarrestar las altas tasas de movilidad y mortalidad, principalmente en el grupo materno infantil.

Estas personas son voluntarias y a la vez, son trabajadores agrícolas migrantes, por lo que viajan con el grupo y durante el viaje de ida y vuelta y dentro de las fincas durante su estancia, prestan la atención en salud a los demás trabajadores.

El sector de salud se trato de negociar con los empleadores que estos Promotores y Comadronas fueran remunerados por el servicio prestado en salud y de control epidemiológico, lo cual nunca se concretó.

Además de la prestación del servicio en salud, los Promotores y Comadronas realizan diagnósticos en sus comunidades de origen, para identificar la red social de los prestadores de diferentes servicios de salud a nivel institucional como a nivel de personas de la comunidad, lo que incluye la identificación de tradiciones y costumbres, con el fin de conocer aún más la idiosincrasia de la población y aprovechar los recursos de salud de la comunidad.

A través de la atención que estos promotores y comadronas realizan, se ha logrado mayor vigilancia epidemiológica, baja de epidemias y control de las enfermedades producidas por Vectores (Dengue, paludismo, oncosercosis, leptospirosis, entre otras), así como ampliar la cobertura a nivel nacional para el control de biológicos (sarampión, tuberculosis, rubéola, entre otras).

De igual forma, se ha logrado a través de esta modalidad evitar más casos de cólera y dengue en la población agrícola migrante, garantizando que exista un control y atención desde sus comunidades de origen, por lo que Guatemala actualmente, se ha logrado avanzar en un control del problema epidemiológico, en la medida que a fortalecido esta vigilancia.

La formación de nuevos promotores no continúa a raíz de haberse suspendido el Programa de Trabajadores Agrícolas Migrantes del IGSS, por parte de las autoridades en el año 2001, la atención la continúan dando los mismos promotores formados anteriormente³⁰.

C. Fortalecimiento de la red de actores (1999)

A partir de 1999 se empieza a fortalecer la red de actores para el control de las migraciones, con el apoyo del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, la Procuraduría de Derechos Humanos, el Ministerio de Educación y la Pastoral de la Movilidad Humana para la relación con contratistas que llevan a trabajadores agrícolas migrantes al área de México, por lo que es a partir del año 2000 a la fecha que los esfuerzos y avances se han centrado alrededor de incidir en las políticas públicas y el fortalecimiento de esta red de actores para la

³⁰ Entrevista con el Equipo Médico y Administrativo de la Dirección Departamental de Escuintla, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS–.

institucionalización del tema de atención a los trabajadores agrícolas migrantes.

A la fecha, se ha continuado con los esfuerzos de coordinación interinstitucional entre el Seguro Social, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Trabajo para la atención de esta población transfronteriza, en función de que las autoridades contraparte mexicanas, proporcionen condiciones de garantía y seguridad laboral como de salud.

D. La suma de esfuerzos con otras redes: la Sociedad Civil (1999)

A partir de 1999 desde el programa de trabajadores agrícolas migrantes del IGSS, con el acompañamiento de OPS/OMS, se comienza a participar como sector salud en la Mesa Nacional para las Migraciones en Guatemala – MENAMIG-, la cual es una instancia que aglutina alrededor de 20 organizaciones e instituciones de la sociedad civil que a través del esfuerzo colectivo, trabajan por la defensa de los derechos humanos de la población migrante y sus familias, así como para la incidencia en la formulación de políticas públicas en materia migratoria.

Desde las acciones de incidencia para la formulación de la Ley y la Política de Desarrollo Social y Población desarrolladas por MENAMIG, el sector salud tuvo un involucramiento directo, lográndose incluir en la propuesta presentada por la Mesa, varios aspectos relativos a la atención en salud para la población migrante, lo cual representa un logro importante en cuanto a la definición de políticas públicas en materia migratoria.

La participación del sector salud en este espacio, ha contribuido a que dentro y desde la Mesa Nacional para las Migraciones -MENAMIG- exista una apropiación en el tema del trabajador agrícola migrante y la problemática de la migración interna, permitiendo a la vez que como sector salud se logren establecer vínculos y coordinaciones interinstitucionales tanto con las instituciones miembro de MENAMIG, como con otras instancias

gubernamentales con quienes MENAMIG sostiene cabildeo, en función de que se garantice la protección de los derechos humanos a la población migrante.

Otro aspecto importante que se ha logrado impulsar y desarrollar como línea de acción dentro de la MENAMIG, es la incorporación del trabajo departamental con las Mesas del Migrante, particularmente en los Departamentos del Quiché y Petén, trabajo que se continúa atendiendo como parte de la coordinación interinstitucional de la Mesa.

Esta participación ha facilitado al Sector de Salud establecer negociaciones con otras instancias gubernamentales, para la atención de los trabajadores agrícolas transfronterizos, y el vínculo con espacios regionales como lo es la Conferencia Regional sobre Migraciones -CRM- y el Grupo Adhoc Binacional Guatemala - México, en donde se ha logrado abordar e incluir en las agendas de gobierno, el tema de atención a la salud de esta población y de atención a la migración.

E. Mesas Departamentales del Migrante (2000)

Para el año 2000, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con el apoyo de las Oficinas Departamentales de la OPS/OMS, en los Departamentos de Peten y el Quiché en coordinación con la Defensoría de Población Desarraigada y Migrante de la Procuraduría de Derechos Humanos y la Mesa Nacional para las Migraciones en Guatemala -MENAMIG-, se propusieron impulsar la conformación de Mesas Departamentales del Migrante en los Departamentos de Peten, Quiché, Huehuetenango y San Marcos, como principales departamentos de origen de la población agrícola migrante.

El propósito de trabajo de las Mesas Departamentales del Migrante, ha sido desde sus inicios, contribuir con un trabajo coordinado y articulado a mejorar la situación , condición y necesidades de la población migrante y su familia, protegiendo su dignidad y derechos.

Dentro de este esfuerzo de coordinación interinstitucional, para el año 2001 con el apoyo de la OPS/OMS, se tenía conformada la Mesa del Migrante en el Departamento del Quiché -MEDEMIQ-, por diversas instancias

gubernamentales y no gubernamentales: Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Trabajo, representante del IGSS, el Foro de la Mujer, EDUCASA-CARE, Caritas de Guatemala, la Auxiliatura Departamental de la Procuraduría de Derechos Humanos, representación del Centro de Salud de Chichicastenango, MINUGUA-Quiché, entre otras. Actualmente, esta Mesa continúa accionando y articulando esfuerzos de atención a la población migrante y sus familias.

En el caso del Peten, también se logró la conformación de la Mesa Departamental del Migrante a través del trabajo coordinado con la Auxiliatura de la Procuraduría de Derechos Humanos y la Pastoral Social de la Diócesis de Peten, en la que además se fueron incorporando distintas instituciones gubernamentales y no gubernamentales, para la atención del fenómeno migratorio en la región. Actualmente, esta Mesa se ha debilitado en cuanto a la participación, pero desde el esfuerzo coordinado de MENAMIG y la Procuraduría de los Derechos Humanos, se mantiene un acompañamiento para potenciar su accionar.

En los Departamentos de Huehuetenango y San Marcos, pese a que se realizaron diversos esfuerzos por parte de la Procuraduría de los Derechos Humanos y su Auxiliatura Departamental en coordinación con MENAMIG, y se mantuvieron reuniones con diversas organizaciones locales para la conformación de esta mesa departamental; debido a las distancias y ubicación geográfica y a que la mayoría de instituciones y organizaciones locales no tenían incorporado el tema migratorio en sus agendas institucionales, dichas mesas no pudieron tener continuidad, aunque los esfuerzos desde MENAMIG se continúan, por ser estos Departamentos fronterizos de alta movilidad humana.

5.LA PROYECCIÓN DE OPS/OMS EN EL TEMA MIGRATORIO

En la actualidad, uno de los avances más importantes a lo largo de este proceso, es que aunque la OPS/OMS pueda o no tener el tema de migración incorporado en su agenda institucional, este es un tema dentro del sector de salud en Guatemala que ha trascendido a nivel nacional como internacional.

Si bien, OPS/OMS ha venido trabajando paralelamente al tema de la migración interna, el tema de la migración internacional o transfronteriza, aún continúa siendo un trabajo con muy bajo perfil, ya que el problema central en cuanto a salud, continúa siendo la condición del trabajador agrícola migrante interno, su impacto social y económico para el país y, las condiciones inhumanas en las que esta población se encuentran y que aún prevalecen.

"...en un informe reciente se reportaba que en ningún país de las Américas se han visto las condiciones de explotación que aún persisten en Guatemala... ni las condiciones de los mineros de Bolivia se parecen a las de los trabajadores agrícolas migrantes internos en Guatemala..."

Entrevista con la Dra. Hilda Leal,
OPS/OMS

Hay que tomar en cuenta que no se puede construir la paz en Guatemala, si no hay una transformación en este grupo de población en extrema pobreza. Hay que tener claridad sobre lo trascendente del tema migratorio en Guatemala, no solo como prioridad institucional, sino a nivel regional de gobiernos.

Es un hecho que ya existen convenios entre Guatemala y México, con El Salvador y más recientemente con Costa Rica para el abordaje de las migraciones transfronterizas que tratan de esta

población trabajadora migrantes, pero estos son esfuerzos aún insuficientes para dar respuesta a una problemática tan compleja, que tiene su mayor expresión en la migración interna y sus raíces en los problemas estructurales del país.

Para la OPS/OMS, es importante que en Guatemala se retome el planteamiento de los Acuerdos de Paz, en los aspectos vinculados a la seguridad social que corresponde al IGSS implementar:

- Ampliación de cobertura y mejora de sus prestaciones
- Ampliar sus servicios con calidad y eficiencia
- Coordinar con las instituciones de salud
- Proporcionar prestaciones en servicio y dinero en EMA e IVS, enfermedades profesionales a empleados y familiares
- Crear condiciones que faciliten la incorporación plena de todos los trabajadores a la seguridad social

De igual forma, en cuanto a la vinculación del IGSS con la Política de Desarrollo Social, se plantea:

- Protección a la salud: acciones coordinadas del IGSS con el MSPAS para la promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la población a través de prestación de servicios integrados y con respeto a la medicina tradicional e indígena.
- Respecto a la Migración laboral y estacional: recepción de prestaciones y derechos de ley por el trabajo realizado.

El Código de Salud por su parte plantea:

- En el artículo 4º establece como obligación del Estado, velar por la salud de los habitantes con principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad para procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social;
- En el artículo 18º establece como función del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la definición de un modelo de atención en salud con participación de las demás instituciones sectoriales y de la comunidad

organizada, tomando en cuenta el contexto nacional, multiétnico, pluricultural y multilingüe;

- En el artículo 44^o establece que el Estado, a través del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el Ministerio de Trabajo y Previsión Social y demás instituciones del Sector, dentro del ámbito de su competencia, con la colaboración de las empresas públicas y privadas, desarrollaran acciones tendientes a conseguir ambientes saludables y seguros en el trabajo para la prevención de enfermedades ocupacionales, atención de las necesidades específicas de los trabajadores y accidentes en el trabajo.

La OPS/OMS bajo este marco institucional y jurídico, ha continuado derivando todos los esfuerzos para operativizar estos principios y acuerdos emanados de los diferentes acuerdos y compromisos de Estado, que garanticen el acceso y la atención a la salud de la población guatemalteca.

6. ACIERTOS Y DESACIERTOS DE LA EXPERIENCIA (1989-2003)

Como parte de los aciertos y desaciertos identificados, a partir la experiencia desarrollada durante 13 años de esfuerzo y trabajo del Sector Salud, en la ampliación de cobertura para la atención y vigilancia en salud a los trabajadores agrícolas migrantes y sus familias, se presentan los siguientes aspectos.

6.1. Aciertos

- La atención al trabajador agrícola migrante se logró abordar dentro de la estructura del Sector Salud y se ha convertido en política gubernamental. En la actualidad existe por parte del Sector de Salud, el reconocimiento que esta población amerita, por lo que se está tratando de hacer un abordaje integral del fenómeno, no solo desde el Sector Salud, sino en relación con otros sectores, de trabajo y educación en aspectos laborales y educativos que también deben ser atendidos en el caso de esta población.
- El lograr la unificación e integración de trabajo del Sector de Salud en el primer nivel de atención, ha permitido alcanzar una cobertura del 100% en este nivel.
- La experiencia ha demostrado, que se puede trabajar conjuntamente como sector salud, lo que viene a facilitar cualquier proceso que se impulse. Para ello se hace necesario que exista una instancia mediadora que sirva de apoyo externo, que para el caso de esta experiencia fue el papel que jugó la OPS/OMS al unir dos instituciones con sus propias políticas, es un proceso difícil.
- Haber involucrado a la parte patronal y empresarial para la mejora de las condiciones de salud, sobre todo en lo referente a la higiene y medio ambiente.

- Haber incidido en el caso de los Ingenios Azucareros, para que en su mayoría mejoraran sus condiciones para la recepción de trabajadores agrícolas migrantes.
- Cualquier proceso social y de salud que no sea visualizado como un tema político, tendrá pocas perspectivas de desarrollarse y sostenerse, ya que deben entenderse los orígenes y vínculos estructurales que pueden limitar su proyección.
- El impulsar la medicina preventiva en Escuintla, en lo que se refiere a morbilidad y vigilancia epidemiológica en todos sus aspectos, incluyendo las inmunizaciones, ha generado que en los últimos 4 años en ese Departamento no se hayan tenido problemas de epidemias como sucedía con anterioridad.
- El trabajo de coordinación Inter-Áreas ha generado muy buena comunicación entre los diferentes Departamentos de origen y destino de la población agrícola migrante, lo que facilita en gran medida una atención y vigilancia más efectiva.
- Incluir el concepto de Promotores y Comadronas Itinerantes, para la ampliación de cobertura de la atención en salud, y lo estratégico de su trabajo para garantizar la atención a esta población durante el trayecto y estancia en los lugares de destino.
- La visualización de este sector de la población guatemalteca, que sostiene la economía del país históricamente y que debe ser atendido.
- El empoderamiento en el tema por parte de diversas instituciones y recursos humanos, que debe ser aprovechado y trabajar en conjunto para su institucionalización, indistintamente del gobierno que este de turno.
- El que los trabajadores agrícolas migrantes vayan conociendo sus derechos.
- La persistencia en el abordaje del problema por parte de la OPS/OMS, ha generado de una u otra forma cambios en las estructuras del Sector Salud.

- Que el Ministerio de Salud Pública, continúa sus visitas de inspección a las fincas durante la época de zafra.
- Ha habido una reducción significativa de la mortalidad materno infantil.
- Dar cobertura a esta población, independientemente de su lugar de origen sin discriminación alguna.

6.2. Desaciertos

- La institucionalización de la atención a los trabajadores agrícolas migrantes y su familia, ha conllevado a la burocratización de la intervención en Salud Pública.
- La falta de inversión de recursos por parte del IGSS y del Ministerio de Salud Pública, tanto humanos como materiales, inviabilizan con frecuencia la operativización de los programas de atención.
- A nivel central del Ministerio de Salud Pública y del IGSS la recepción de las propuestas siempre se ha dificultado, debido a esquemas institucionales rígidos, como en el caso del seguro social que han estado más en la perspectiva de otros intereses que representen menor inversión para la institución.
- El no contar con una base de datos e instrumentos que puedan proporcionar eficientemente la información específica de la población atendida, ha sido una limitante durante el desarrollo de todo el proceso.
- A pesar de que se estableció como Política de Gobierno la atención al trabajador agrícola migrante, no hay desde el Sector Salud, insumos ni materiales, para brindarles una atención específica.
- El constante cambio de políticas debido al cambio funcionarios de gobierno constante, conlleva a que al impulsar procesos, algunas veces estas políticas vienen a eliminarlos.

- Falta de voluntad política de los funcionarios involucrados en el impulso de las políticas, sobre todo en los mandos medios que en su momento muchas veces obstaculizan los procesos. No existe formalidad o el aval de los mandos superiores para que todos caminen en la misma línea.
- En el caso del IGSS a nivel central, han dejado de lado el acuerdo para la atención de trabajadores agrícolas migrantes, debido a la falta de interés de las autoridades de cumplir con la política institucional.
- La falta de una visión integrada para la atención de los trabajadores agrícolas migrantes y sus familias, por parte de los altos funcionarios del IGSS y del Ministerio de Salud Pública, genera que por ser trabajadores temporales no se les preste mayor atención.
- Un desacierto institucional por parte del IGSS fue pretender otorgarles un carnet de afiliación al trabajador agrícola migrante y volverlo planillero del IGSS, sin que en el Reglamento interno se establecieran las distintas modalidades de contratación, que asegurara el acceso a todo tipo de servicios.
- No existen condiciones políticas que den sostenibilidad y sustentabilidad a estos programas de atención, ya que existen muchos intereses de por medio por parte de los mandos altos e intermedios de las instituciones involucradas.
- Como sector salud se tiene una sobrecarga laboral, por lo que el involucramiento en las fincas de recepción de los trabajadores agrícolas migrantes, se quedó básicamente en mantener las mismas condiciones sanitarias que se lograron en los tiempos del cólera.
- En el caso del Ministerio de Salud Pública, con la visión de ver el Programa de Migrantes como un componente aislado, bajo el principio básico de ser población guatemalteca en general, no ha generado una intervención específica desde los Hospitales y Centros de Salud, ya que como guatemalteco debe ser tratado de igual manera en cualquier Centro de salud, y las mismas actividades que se hacen con ellos se hacen con la población en general.

- Falta de continuidad en el proceso de formación y capacitación de Promotores y Comadronas Itinerantes, por no existir una estrategia de atención que incluyera este aspecto de forma permanente.
- Falta de indicadores al trabajo de las Áreas de Salud con relación a la población agrícola migrante, ya que se desarrollan las reuniones Inter-Áreas en donde se establecen compromisos, pero sin que existan mecanismos de monitoreo y evaluación.
- Por la concepción machista que impera en el país, de que el hombre no se puede enfermar, aunado a que económicamente se ven afectados si dejan de trabajar, los trabajadores agrícolas muy rara vez acceden a los servicios de salud, por lo que en su mayoría, la atención que se brinda a esta población es materno-infantil.
- Faltó documentar constantemente este proceso, basado en una línea basal que se debería de haber impulsado desde sus inicios.

7. CONCLUSIONES FINALES

7.1. Variaciones que se observan en los lugares de destino de la Población Agrícola Migrante

A raíz de la epidemia del cólera y del trabajo sostenido por el Sector Salud hasta 1994 para su contención, se dan las primeras variaciones en cuanto a las condiciones de vivienda e higiene en los lugares de recepción de la población agrícola migrante, sobre todo en las fincas cañeras con las que se trabajó muy fuertemente para el mejoramiento de las condiciones de agua y saneamiento dentro de las fincas. Dentro de los ingenios azucareros se pusieron letrinas y se mejoraron los lugares de vivienda, construyendo galeras de blocks y cocinas industriales con menús de alimentación adecuados, no así en las fincas cafetaleras y de corte de caña.

A través del trabajo desarrollado por parte del Seguro Social -IGSS- y el Ministerio de Salud Pública para la cloración del agua, el impulso de la vivienda adecuada y las charlas que se desarrollaron en el área, sobre la manipulación de alimentos, bajo la incidencia del cólera hasta llegar a su control.

El IGSS por su parte, se dedicó a la atención en las comunidades de la costa para la prevención de enfermedades como: dengue, malaria, diarrea incluyendo el cólera, enfermedades de transmisión sexual e infecciones respiratorias, así como atención sobre aspectos laborales tales como enseñar el adecuado uso del machete, con lo cual bajo la accidentalidad por el mal uso del mismo.

Una variación importante que surgió a raíz del cólera, es que los finqueros de la caña y otros cultivos ya no permiten en la actualidad la llegada de las familias, solamente se permite la entrada a las fincas de los hombres contratados y no así la de sus familiares. Ello ha conllevado la creación de cinturones periféricos alrededor de las fincas o en las afueras de las zonas urbanas, donde se ubican estas familias.

Esto significa un cambio importante en las condiciones migratorias, porque si bien las condiciones laborales de algunos trabajadores mejoraron, no así la de sus familias, aumentando el maltrato familiar y los abusos sexuales,

especialmente la prostitución de niñas y mujeres del altiplano en las zonas urbanas en donde se asientan durante la época de migración.

Lo anterior también ha representado un cambio en la dinámica familiar, ya que esto impide que toda la familia nuclear que anteriormente migraba completa, ahora dejen algunos de los miembros en su lugar de origen, que generalmente son los abuelos, quienes habitualmente les acompañaban para apoyar al cuidado de los niños o para ser cuidados ellos mismos.

Otra variación significativa relativa a la contratación, es que los períodos de contratación se reducen al utilizar la modalidad de rotación de estos trabajadores entre diferentes fincas de la región, por ejemplo un trabajador puede estar trabajando 20 días en una finca y luego a los 15 días siguientes ser trasladado a otra finca, por la razón que si se pasa de 20 días, este trabajador debe inscribirse en la planilla del Seguro Social, para lo cual el contratista se asegura de que no suceda.

Se ha podido observar que dentro del proceso de paz, el retorno de población refugiada a tenido que ver con que las familias que migran, decidan dejar a familiares en sus lugares de origen, debido al temor de que los terrenos sean invadidos por retornados y a su regreso, la familia vaya a ser trasladada a otro lugar; situación que ha provocado para el familiar que se queda, el riesgo a no sobrevivir por no ser una época de cosecha en su lugar de origen.

Las circunstancias coyunturales del cólera y el Huracán Mitch, aunque adversas por su impacto negativo desde todo punto de vista, favorecieron el proceso para la atención de la población agrícola migrante, aún cuando inicialmente no estaba dirigido a la protección de esta población sino que a controlar la epidemia.

A través de estas medidas los ingenios azucareros iniciaron las mejoras, no obstante los avances en el mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico y la instalación de las clínicas, el fenómeno migratorio solamente quedo evidenciado desde el punto de vista epidemiológico "como un factor condicionante de futuras epidemias" relacionadas principalmente con las enfermedades diarreicas.

7.2. Relación actual con los empresarios

Algunos avances sobre estudios factoriales, de exhibición de los servicios que han podido realizarse en las Fincas de Escuintla, han nacido precisamente por la participación del Ministerio de Salud Pública, IGSS y el Sector Privado.

Es a partir de la relación establecida a lo largo del proceso, que el Sector Privado empieza a tener un posicionamiento muy importante, respecto de lo que ellos pueden o no hacerse cargo para la atención en salud de la población agrícola migrante; lo que a la vez permite al sector salud convenir con el sector privado acuerdos de formas y modelos de contratación de servicios para esta atención.

7.3. Fenómenos coyunturales que han impulsado y/o fortalecido el Modelo de Vigilancia y Atención a la Salud del Trabajador Agrícola Migrante y su Familia³¹

a) El Cólera:

- Evidenció la situación de exclusión de la población agrícola migrante y su consideración como grupo prioritario de atención.
- Proporcionó información básica mediante la implementación de proyectos específicos: investigación de la situación de saneamiento básico en las fincas; la caracterización del fenómeno migratorio a nivel nacional; el estudio de caracterización en Huehuetenango y El Quiché.
- Permitió la ejecución del proyecto de formación de promotores itinerantes en Huehuetenango.
- Desarrollar una propuesta de atención integral con participación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social , con la

³¹ Entrevista con la Dra. Isabel Enríquez, Consultora de OPS/OMS.

Agroindustria algodonera y azucarera, en la que como primer logro fue el mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico en los ingenios azucareros, que incluyó la construcción de cocinas industriales y complejos habitacionales y el fortalecimiento de clínicas de atención médica, lo que en el caso del sector cafetalero no se logró.

b) Acuerdos de Paz:

- El fortalecimiento del proceso de extensión de cobertura de atención y afiliación en salud, con énfasis en la atención de trabajadores agrícolas migrantes en los principales lugares de origen y destino: Escuintla, Quiché, Huehuetenango y Baja Verapaz.

c) Huracán Mich:

- Permitió el desarrollo del componente epidemiológico, articulando situaciones de desastres versus movilidad humana, así como la propuesta de un perfil epidemiológico versus movilidad humana.
- Seguimiento y articulación de vigilancia epidemiológica en lugares de origen de población migrante.

8. RECOMENDACIONES

- Se debe de dar continuidad a los Programas y acciones ya iniciados, para lograr una atención adecuada a los Trabajadores Agrícolas Migrantes y sus familias, en función de capitalizar la experiencia y los recursos invertidos.
- Fortalecer la prevención y promoción de la salud y la curación, sea una parte de la atención primaria como rehabilitación, para no continuar dedicando esfuerzos solamente en el área de curación.
- Involucrar a los diversos actores del Sector Salud, para el trabajo en conjunto desde una visión integral a la salud, por lo que se debe de integrar al Sistema de Salud componentes como educación y derechos laborales.
- Dotar al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con recurso humano y material, que permita la misma cobertura que tiene el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- en la parte técnica.
- Contar con la documentación del proceso e ir superando los vacíos que actualmente se tienen en este sentido.
- Respecto al Sistema de Información Gerencial de Salud –SIGSA-, se requiere que se implemente un instrumento en donde pueda registrarse a la población agrícola migrante como tal y la creación de una línea basal que mida y registre el proceso del Sistema de Salud, que contenga las condiciones de saneamiento que presentan las fincas, el número de letrinas por persona, la calidad de agua, luego el manejo de saneamiento, educación, análisis psico-social, entre otros.
- Continuar impulsando el establecimiento de convenios con el Sector Agro Empresarial, particularmente con el sector cafetalero, para lograr condiciones más adecuadas y mayor cobertura de la atención propuesta.
- Impulsar el Modelo de Atención y Vigilancia a la Salud del Trabajador Agrícola Migrante y su Familia, como política Estatal y no bajo intereses partidarios.

- Impulsar mediante la Mesa Nacional para las Migraciones en Guatemala -MENAMIG-, acciones de incidencia para que las instituciones de gobierno aborden realmente la problemática del trabajador agrícola migrante y su familia.
- Que el personal de las instituciones involucradas sea capacitado profesionalmente para esta atención, y no se proporcionen puestos y/o Cargos por compadrazgo.
- Ampliar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, invirtiendo en la inclusión del recurso humano necesario para que las intervenciones sean efectivas.
- El tema del trabajador agrícola migrante y su familia, por su complejidad debe ser abordado multidisciplinariamente y no solamente desde el tema de la salud, siendo el problema de la migración interna un problema estructural, por lo que su abordaje debe de ser integral.
- El tema de salud en cuanto a cobertura se refiere, debe de incorporar los esfuerzos de iglesias, comités comunitarios y el sector educativo, entre otros.
- Dentro del Sector Salud se deben retomar estudios de importancia ya realizados sobre la realidad y condiciones de los trabajadores agrícolas migrantes y temporeros, que además de proporcionar una visión de la realidad de esta población, plantean algunas recomendaciones para su abordaje y consecutivo bienestar.
- Impulsar la articulación entre el IGSS, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo, en función de dar cumplimiento a la normativa en materia laboral y salud.
- Empoderar, capacitar y sensibilizar a la población en general, particularmente a la población agrícola migrante en el tema de la vigilancia epidemiológica y enfocarla como un riesgo potencial para todo el país

- Es indispensable un abordaje integral sobre la Salud Pública, como un eje articulador de una serie de acciones preventivas, curativas, promocionales, que incluyan a otros sectores, como el empleador, el sector trabajador, el sector económico, el sector religioso, entre otros.
- Impulsar una estrategia de Formación y Capacitación Permanente de Promotores y Comadronas Itinerantes, que permita la planificación de la atención dentro del grupo laboral con quien se moviliza y se pueda contar con relevos permanentes.
- Diseño e impulso de campañas conjuntas con el sector empleador, para la atención en salud de esta población.
- Difundir y Sensibilizar a la población en general y a Funcionarios Públicos, sobre la realidad y condiciones de la población Agrícola Migrante y su familia, a través de la coordinación y articulación de esfuerzos con la Mesa Nacional para las Migraciones en Guatemala – MENAMIG- y las Mesas Departamentales del Migrante.

9. GLOSARIO

ACOGUA	Asociación de Caficultores Organizados de Guatemala
ANACAFE	Asociación Nacional del Café
APS	Atención Primaria en Salud
ASDI	Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AZASGUA	Asociación de Azucareros de Guatemala
CAMPAS	Campamentos Móviles para la Atención en Salud
CRM	Conferencia Regional sobre Migración
CYMAT	Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
FUNDAZUCAR	Fundación del Azúcar
FUNRURAL	Fundación de Desarrollo Rural
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Seguro Social)
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MEDEMIQ	Mesa departamental del Migrante del Quiché
MENAMIG	Mesa Nacional para las Migraciones en Guatemala
MINUGUA	Misión Internacional de Naciones Unidas para Guatemala
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
SIAS	Sistema Integrado de Atención en Salud
SIDA	Síndrome de Insuficiencia Inmunológica
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

10. BIBLIOGRAFÍA

- Documento de análisis sobre la situación de seguridad social y migrantes. Lic. Edgar Flores, de la Sub-Comisión Multidisciplinaria del IGSS. 1991.
- "Proyecto del Promotores Itinerantes" Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. 1989.
- Documento: Fase I, Investigación sobre el proyecto de cobertura a trabajadores migrantes. Investigadora: Patricia Calderón. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- y Oficina Panamericana de la Salud. Guatemala, IGSS, MSPAS marzo 1991.
- Proyecto "Atención Primaria en Salud para la Población Migrante y su Grupo Familiar". Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, Oficina Panamericana de la Salud OPS. Guatemala, marzo de 1991.
- Informe del trabajo realizado, Proyecto de Atención en Salud al Trabajador Migrante y su Familia (1991-1994). Preparado por: Ing. Annabella Morán Erazo. Noviembre, 1994..
- Organización Panamericana de la Salud. OPS. Organización Mundial de la Salud. OMS Sistematización de la Atención en salud a la población trabajadora agrícola migrante en Huehuetenango. Elaborado por: Francisco Aroldo Tello López, P.E.M. en Ciencias Sociales. Huehuetenango, enero de 1,998.
- Minutas de reunión Inter-área, Escuintla-Quiché, recuperación de la información de inmunización en familia de los trabajadores Agrícolas Migrantes. Marzo del 2000. Minutas de Reunión Inter-área para coordinación en el abordaje de la atención en salud a los trabajadores agrícolas migrantes y sus familias en origen (Huehuetenango) y destino (Santa Rosa). Junio del 2000.
- Programa de Afiliación de los Trabajadores Migrantes al Régimen de Seguridad Social Guatemalteco. Programa de Seguridad Social para el Trabajador Migratorio. Modelo de Protección Social del Trabajador Migrante y su Familia mediante su afiliación al régimen de Enfermedad, Maternidad y Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Una contribución de los sectores público y privado a la consolidación del proceso de paz, la reducción de la pobreza, y al desarrollo guatemalteco. Guatemala, diciembre de 1997.

- Protección Social en Salud. Guatemala, enero de 2002. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo –ASDI-.
- República de Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Salud 2000-2004. Noviembre, 2001.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto guatemalteco de Seguridad Social, AZASGUA. Apoyo Técnico OPS/OMS. MSPAS / IGSS / ASDI / OPS. Integración del Ministerio de Salud Pública, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Sector Privado para la Prestación de Servicios de Salud a la Población Abierta y Trabajador Migrante en el Departamento de Escuintla. Guatemala, junio de 1997.
- Sistema Complementario de Atención en Salud. Subgerencia, Dirección General de Prestaciones en Salud, Sección de Seguridad e Higiene y prevención de Accidentes del Departamento de Medicina Preventiva. Guatemala, abril de 1999. Reglamento del Sistema Complementario de Atención en Salud. Acuerdo No.1062 de J.D. del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Fundación del Azúcar. Memorando Externo DS/2000*714.

▪ **ANEXO: Listado de personas clave entrevistadas**

No.	NOMBRE	INSTITUCIÓN
1.	Dr. Fredy Ruano	Supervisión de Seguridad e Higiene, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, ciudad Guatemala.
2.	Licda. Patricia Calderón	Departamento de Recursos Humanos, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, Ciudad Guatemala.
3.	Dra. Edna de Amado	Dirección Departamental de Escuintla, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
4.	Dr. Arnulfo Chávez	Supervisión de Seguridad e Higiene, Dirección Departamental de Escuintla, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
5.	Srita. Maritza Navas	Departamento de Estadística Departamental de Escuintla, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social - IGSS-
6.	Sra. Sara de Mon	Supervisión de Enfermería, Dirección Departamental de Escuintla, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social - IGSS-
7.	Manuel López Morales	Asistente Administrativo de la Dirección Departamental de Migración de Escuintla, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
8.	Dra. Velia Oliva	Dirección del Área de Salud de Escuintla, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
9.	Dr. Eduardo Samayoa	Asistente de Gerencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social - IGSS-, Ciudad Guatemala
10.	Dra. Hilda Leal	Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, Ciudad Guatemala.
11.	Dra. Isabel Enríquez	Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, Ciudad Guatemala.
12.	Dr. Jorge Lorenzana	Coordinación Nacional del Programa de Migrantes, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.