

4

¿Así...funcionamos?

Walter Flores



EL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA
¿hacia dónde vamos?



4

¿Así...funcionamos?

Walter Flores

EL SISTEMA DE SALUD
EN GUATEMALA
¿hacia dónde vamos?

362

F6

Flores, Walter
El Sistema de Salud en Guatemala, 4: ¿Así... funcionamos?.
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.

104 p. ; (El Sistema de Salud en Guatemala;4).

ISBN 978-99939-908-0-2.

1. Salud – Guatemala. 2. Salud pública - Guatemala.
3. Indicadores de salud. 4. Política de salud. I. Título.

Las ideas y opiniones expresadas en este documento son de los autores; no representan necesariamente, la posición oficial de las instituciones que apoyaron esta iniciativa.

Este es un esfuerzo interinstitucional apoyado por el INDH-PNUD.

El producto ha sido registrado bajo la responsabilidad editorial del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 5^a. avenida 5-55 zona 14, edificio Europlaza, torre 4, nivel 10, Guatemala

Teléfono (502) 2384-3100

www.undp.org.gt

Descargas del documento en PDF:

www.desarrollohumano.org.gt



ISBN 978-99939-908-0-2

Edición y diagramación:

Amanuense Editorial - Grupo Amanuense

www.grupo-amamuense.com

Tel.: (502) 2367-5039

Diseño de portada: Héctor Morales Delgado y Melissa Elizondo

Impresión de 3,000 ejemplares Serviprensa, S.A.

Tel.: (502) 2232-0237

Guatemala agosto de 2008.

Se permite la reproducción de este documento, total o parcial, con autorización del responsable editorial y sin alterar contenidos ni créditos de autoría ni edición. El ente interesado en reproducciones puede agregar sus logotipos como créditos por la reimpresión con autorización del responsable editorial.

Agradecimientos

El autor desea agradecer la asistencia de la Licda. Ana Lorena Ruano y el Dr. Ismael Gómez en la recolección y análisis de datos. También la asistencia de la empresa consultora PROCONDE en la recolección de datos de producción hospitalaria y formación de recurso humano.

Las discusiones, comentarios y retroalimentación de la Dra. Lucrecia Hernández Mack y el Dr. Gustavo Estrada fueron de suma utilidad para guiar el estudio. Se les agradece sus contribuciones.

El autor también agradece la participación de los asistentes al taller donde se presentó la versión preliminar del reporte. La discusión y comentarios vertidos durante dicho taller fueron de utilidad para preparar la versión final.

Finalmente, se agradece a todas las personas e instituciones que brindaron información para el presente estudio.



Índice



Reconocimientos	13
Presentación	19
Prólogo	23
Introducción	27
Capítulo I: Caracterización general del sistema de salud en Guatemala	29
 <i>Concepto de sistema de salud</i>	29
- Caracterización general del sistema de salud en Guatemala	29
- Fuentes de financiamiento del sistema de salud	30
- Captación de los fondos por cada una de las fuentes	30
- Agentes financieros que ejecutan el gasto en salud	31
- El gasto en medicamentos	32
- Aseguramiento de salud en la población	32
- Protección social en salud	33
 <i>La segmentación del sistema y sus efectos en los beneficios y servicios que recibe la población</i>	34
- Las características de fragmentación en el sistema	34
- Disparidades en la distribución de los recursos del sistema de salud	35
- Patrones de utilización de establecimientos de salud de la población	35
 <i>Perfil epidemiológico, modelos de atención y demanda de servicios en los establecimientos de salud</i>	35
 <i>Densidad, formación y asignación del recurso humano para la prestación de servicios</i>	37
- Densidad del recurso humano	37
- Formación del recurso humano	37
- Recurso humano para la prestación de servicios	38
- La relevancia de la brigada de médicos cubanos para el MSPAS	39
 <i>Desarrollo de infraestructura para la prestación de servicios</i>	39
<i>Sistema de información</i>	40
<i>Rectoría del sistema de salud</i>	41
<i>La medicina tradicional y la medicina maya en el sistema de salud</i>	42
 Capítulo II: Análisis de los procesos económicos, políticos y sociales que han influido en la configuración del sistema de salud en las últimas dos décadas	45



<i>La situación histórica de pobreza y desigualdad en el país</i>	45
<i>El conflicto armado interno</i>	46
<i>La crisis económica de los años ochenta y la transformación del modelo económico</i>	47
<i>Una base impositiva fiscal insuficiente para financiar la inversión social</i>	47
<i>Los Acuerdos de Paz y la inversión en el sistema de salud</i>	48
<i>El rol de la cooperación internacional en el sistema de salud</i>	48
<i>El efecto de las remesas</i>	49
 Capítulo III:	
Reforma del sector salud: avances y limitaciones	51
<i>Avances y limitaciones de la reforma</i>	52
- Niveles del gasto público en salud	52
- Mejora en la eficiencia	54
- Mejora en la equidad	55
▪ Equidad en la asignación de recursos	55
▪ Equidad en la entrega de servicios de salud	55
- Descentralización financiera del MSPAS	57
- Reformas a nivel hospitalario	58
<i>Resumen acerca de la reforma</i>	58
 Capítulo IV:	
Situación actual del sistema de salud: análisis del desempeño	59
<i>Desempeño del sistema y resultados en la salud de la población</i>	59
<i>Niveles de equidad en la situación de salud de la población materno infantil</i>	60
- Mortalidad infantil	60
- Inequidades en el acceso a servicios de salud infantil	61
▪ Búsqueda de atención durante episodios de infección respiratoria aguda	61
- Inequidades en la salud materna	61
 Capítulo V:	
Retos actuales del sistema de salud y una indagación hacia el futuro	63
<i>La búsqueda de la equidad en el acceso al sistema de salud</i>	63
- Hacia un sistema de salud plural e incluyente	64
<i>Revertir la tendencia de una caída en el gasto público y un aumento en el gasto privado de bolsillo</i>	65
<i>Protección de la población contra riesgos financieros causados por situaciones de enfermedad</i>	65
<i>Desarrollo del recurso humano en salud</i>	66
<i>Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información</i>	66
<i>La transición demográfica y epidemiológica</i>	67
<i>Mayor participación de los gobiernos municipales en la prestación de servicios de salud</i>	67
<i>El debate social alrededor del sistema de salud que requiere el país</i>	68
- Fortalecer la gobernabilidad del sistema de salud	69
- Fortalecer la ciudadanía en salud	69
<i>Análisis y discusión de las propuestas actuales para reformar/fortalecer el sistema de salud</i>	70
- El plan visión de país para salud y nutrición	70
- La mesa de salud y nutrición	70
- La agenda nacional de salud 2020	71
 Anexos	73



Índice de gráficas y cuadros



Bibliografía	99
Índice de gráficas y cuadros en documento	

Cuadro No. 1:

Gasto público en salud 1997-2003	53
----------------------------------	----

Gráfica No.1

Presupuesto MSPAS como porcentaje del gasto total del Gobierno	53
--	----

Índice de gráficas y cuadros de anexos

Financiamiento y gasto en salud

Cuadro No. 1:

Gasto en salud realizado por el MSPAS en millones de quetzales 1995-2003	73
--	----

Cuadro No. 2:

Gasto total en salud y gasto del MSPAS en valores nominales y reales en millones de quetzales. Período 1995-2003	73
--	----

Cuadro No. 3:

Gasto en salud del MSPAS en relación con el presupuesto ejecutado por el Gobierno	74
---	----

Cuadro No. 4:

Gasto en salud realizado por el IGSS en millones de quetzales 1995-2003	74
---	----

Cuadro No. 5:

Cuentas por cobrar, IGSS	75
--------------------------	----

Gráfica No. 1:

Fuentes de financiamiento en salud período 1999-2003	75
--	----

Gráfica No. 2:

Nivel de gasto por programa, 2003. MSPAS	76
--	----

Gráfica No. 3:

Direccionalidad del gasto de los hogares para el 2003	77
---	----

Gráfica No. 4:

Comportamiento del gasto en salud por área, 2003	77
--	----

Gráfica No. 5:



Distribución per cápita del gasto en salud	78
Gráfica No. 6:	
Gasto en medicamentos de 1999 al 2003	78
Infraestructura física para la entrega de servicios de salud	
Cuadro No. 6:	
Red de servicio del MSPAS 1975-2005	79
Cuadro No. 7:	
Registro de clínicas privadas en los departamentos del país. Período 1996 al 2006	79
Cuadro No. 8:	
Registro anual de nuevas clínicas privadas en todo el país durante el período 1996-2006	80
Gráfica No. 7:	
Registro anual de nuevos hospitales privados. Período 1995-2004	80
Recurso humano en salud	
Cuadro No. 9:	
Recurso humano del MSPAS, por departamento -2005	81
Cuadro No. 10:	
Personal hospitalario por departamento, MSPAS -2005	82
Cuadro No. 11:	
Personal hospitalario, número de hospitales y de camas, MSPAS	83
Cuadro No. 12:	
Formación de enfermeras escuelas del MSPAS	83
Cuadro No. 13:	
Formación de especialización de enfermería, MSPAS	82
Gráfica No. 8:	
Personal técnico de apoyo formado en el INDAPS durante el período 1994 al 2007	84
Gráfica No. 9:	
Cantidad de graduandos anuales en facultad de Medicina USAC. Período 1986-2004	84
Cuadro No. 14:	
Distribución del recurso humano del IGSS por departamento -2005	85
Cuadro No. 15:	
Distribución de establecimientos del IGSS por departamentos -2005	86
Cuadro No. 16:	
Distribución del recurso humano en el IGSS del Departamento de Guatemala versus otros departamentos -2005	86
Cuadro No. 17:	
Cantidad y porcentaje de médicos por universidad de origen	87
Producción de servicios	
Cuadro No. 18:	
Consultas y referencias del MSPAS 2004-2005	87
Cuadro No. 19:	
Morbilidad general: 10 primeras causas en centros y puestos de salud del	



MSPAS -2000, 2002 y 2005	88
Cuadro No. 20:	
Primeras diez causas de consulta externa y de atención interna (hospitalaria) en establecimientos privados	89
Cuadro No. 21:	
Ocupación hospitalaria del MSPAS por unidad médica	90
Cuadro No. 22:	
Producción hospitalaria MSPAS 1999-2003	91
Cuadro No. 23:	
Primeras 10 causas de atención hospitalaria en servicios del MSPAS. Período 2000-2005	91
Gráfico No. 10:	
Principales 10 causas de consulta externa en establecimientos privados. Año 2003	92
Gráfica No. 11:	
Principales 10 causas de consultas hospitalización en establecimientos privados. Año 2003	92
Acceso y utilización de servicios de salud	
Cuadro No. 24:	
Uso de establecimientos de salud por población asegurada (porcentaje de visitas)	93
Cuadro No. 25:	
Búsqueda de atención durante un episodio de enfermedad, desagregado por quintil de consumo, etnicidad y área geográfica de residencia	93
Cuadro No. 26:	
Población que visitó establecimientos de salud ante un problema un mes previo a la entrevista (en porcentajes)	94
Cuadro No. 27:	
Razones para no buscar atención durante un período de enfermedad, desagregado por área geográfica de residencia	94
Gráfica No. 12:	
Búsqueda de atención por regiones durante episodios de IRA 1987-2002	95
Cuadro No. 28:	
Población afiliada al IGSS en relación a la PEA 1995-2005	95
Desempeño y equidad del sistema de salud	
Cuadro No. 29:	
Patrones de utilización de establecimientos de salud, desagregado por quintiles de consumo y la proporción de visitas realizadas a cada establecimiento	96
Gráfica No. 13:	
Brecha de inequidad en mortalidad infantil por regiones	96
Gráfica No. 14:	
Diferencia en la razón de mortalidad materna por departamentos período 1989-2000	97



Reconocimientos



La construcción social del futuro de la Salud en Guatemala
Colección de Textos
El sistema de salud en Guatemala: ¿hacia dónde vamos?

Coordinadora general
Karin Slowing Umaña

Investigadores principales
Gustavo Estrada Galindo
Lucrecia Hernández Mack

Gestión administrativa y financiera
Delmi Garrido Hernández

Asistencia técnica
Patricia Cortez Bendfeldt

Producción editorial
Héctor Morales Delgado

Grupo Promotor (2005 – 2007)

Universidad Rafael Landívar
Carmen Arriaga de Vásquez,
Directora Departamento Post Grado, Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad del Valle de Guatemala
Edgar Hidalgo,
Investigador Asociado

Universidad de San Carlos de Guatemala
Ángel Sánchez Viesca,
Asesor Planificador de la Coordinadora General de Planificación



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Jorge Monterroso,
Director de la Unidad de Planificación Estratégica

Ada de Aldana,
Encargada de Cooperación Internacional

Juan Luis Orantes,
Consultor de Planificación Estratégica

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Vidal Herrera Herrera,
Jefe del Departamento de Planificación

Juan Roberto Morales,
Jefe del Departamento de Servicios Centrales

Edgar Herrera,
Consejero Técnico

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
América de Fernández,
Consultora Recursos Humanos de Salud

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
Informe Nacional de Desarrollo Humano y Objetivos de Desarrollo del Milenio
Karin Slowing Umaña,
Coordinadora INDH

Aracely Lazo,
Asistente técnica del INDH

Aportes institucionales (2003-2008)

Universidad Rafael Landívar
Julia Guillermmina Herrera Peña,
Rectora

Claudio Ramírez,
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mario Aguilar Campollo,
Vice-decano, Facultad de Ciencias de la Salud

Miguel Garcés,
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud 1998-2004

Universidad de San Carlos de Guatemala
Carlos Estuardo Gálvez Barrios,
Rector

Luis Alfonso Leal Monterroso,
Rector 2002-2006



Universidad del Valle de Guatemala

Roberto Moreno Godoy,
Rector

Robert Klein,
Director CDC-CAP 1990-2006

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Eusebio del Cid Peralta,
Ministro de Salud

Alfredo Privado,
Ministro de Salud, 1 febrero 2007 al 14 enero 2008

Marco Tulio Sosa
Ministro de Salud, 14 de enero 2004 al 11 de septiembre 2006

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Joaquín Molina Leza,
Representante OPS/OMS en Guatemala

Federico Hernández,
Asesor de Servicios y Sistemas de Salud

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Beat Rohr,
Coordinador Residente, Sistema de Naciones Unidas en Guatemala
Representante Residente, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Xavier Michon,
Director de País, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Chisa Mikami,
Directora de País Adjunta, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Bárbara Pesce-Monteiro,
Representante Residente Adjunta,
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Informe Nacional de Desarrollo Humano

Juan Alberto Fuentes,
Coordinador INDH 1998 - 2005

Tatiana Paz,
Asistente técnica del Programa universitario de investigación y desarrollo humano
– PIUDH - 2004-2005

Pamela Escobar,
Asesoría estadística

Pamela Rodas,
Asistente administrativa y financiera

Héctor Morales,
Oficial de comunicación



Grupo de Reflexión Inicial

Alfredo Moreno	Jorge Astorga	Oscar Cordón
Baudilio López	Jorge Lavarreda	Patricia Palma
Carlos Alberto Alvarado Dumas	Juan Alberto Fuentes	Pedro Luis Castellanos
Carlos Gelhert Matta	Juan José Hurtado	Ramiro Quezada
Cizel Zea	Julio Cesar Lone Vásquez	Raúl Arévalo
Denis Pigot	Karin Slowing Umaña	Ricardo Valladares
Edgar Hidalgo	Lidia Morales	Roberto Klein
Enrique Duarte	Lorena de Ávila	Roberto Marenco
Enrique Rodríguez	Luis Octavio Ángel	Rubén González
Federico Hernández	Mario Roberto Gudiel Lemus	Tito Rivera
Hilda Leal	Mary Ann Anderson	Velia Oliva
Isabel Enríquez	Miguel Ángel Pacajó	Verónica Spross
Ivan Mendoza	Miguel Garcés	
Joan Sabater	Nohora Alvarado	

Investigadores Asociados

Francisco Jiménez	Juan Carlos Mazariegos
Edgar Gutiérrez	Alejandro Cerón
Julio Penados del Barrio	Gustavo Estrada Galindo
Walter Flores	Ana Lucia Garcés
Edgar Hidalgo	Isabel Garcés
Roberto Molina	Virginia Moscoso
Clara Aurora García	Carlos Flores
Percy Rojas	

Auxiliares de Investigación

Ana Lorena Ruano
Anabella Aragón
Elizabeth Avalos
Ismael Gómez

Equipo Inter-universitario de apoyo a estudio Mapeo

Universidad Rafael Landívar
Alejandro Marco Sagastume Pérez
Ángel Lara
Pamela de la Roca

Universidad de San Carlos de Guatemala
Cindy Mariela García
Cristopher Pérez Soto
Wendy Melina Rodríguez Alvarado



Participación en proceso de análisis

Alfonso Morales	Félix Alvarado	Mario Rodolfo Salazar Morales
Alfredo Moreno	Francisco Mendoza	Mario Sosa
Ana Isabel Garita	Gustavo Palma	Marta Lidia Ajú
Annette M. de Fortín	Héctor Espinoza Vega	Miguel Garcés
Ariel Rivera	Hedi Deman	Miguel Von Hoegen
Belinda Ramos	Hilda Leal de Molina	Nadine Gasman
Carlos Arriola	Iván Mendoza	Nely Herrera
Carlos Barreda	Jorge López	Roberto Molina Cruz
Carlos Daniel Zea	José Miranda	Rodolfo Lambour
Carlos Flores	José Pedro Mata	Ronaldo Luna
Carlos Vassaux	Juan Carlos Verdugo	Santiago Bastos
Claudia Suárez	Julio Díaz Caseros	Scarleth Gomar
Conchita Reyes	Julio García Colindres	Sergio Mendizábal
Coralia Herrera	Karen Ponciano	Sergio Mendoza
Cristina Chávez	Lidia Morales	Sergio Tumax
Cristina Gómez	Ligia C. Vargas Nisthal	Sonia Morales
Denis Pigot	Ligia Peláez	Tito Rivera
Edelberto Torres-Rivas	Lilian Ramírez	Tomás Rosada
Edgar Herrera	Lucía Verdugo	Velia Oliva
Edna Calderón Chávez	Lucilla María Bruni	Verónica Spross
Elena Díez	Luis Fernando Mack	Víctor Hugo Toledo
Enrique Chávez	Luis Octavio Ángel Ancheita	Víctor Manuel González
Federico Alfaro	Marco Antonio Barahona	
Felipe Girón	María José Schaeffer	

Reconocimiento especial

Al Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar y al personal por su incondicional apoyo a la coordinación del proyecto.

Al señor Ricardo Valladares por su asesoría en la ejecución de esta iniciativa.

Sistematización del Proceso

Alejandra Hernández Sánchez
Julia Herrera Cevallos
Liliana González Jiménez
Marianela Miranda
Paula León Savedra

Apoyo financiero

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo financiero del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Ottawa, Canadá.

Andrés Rius
Roberto Bazzani
Bárbara Miles
Adriana Bordabehere



Presentación



A Guatemala le urge repensar su sistema de salud. Hace 18 años fue la última vez que se hizo un análisis exhaustivo y de carácter integral sobre la salud y el sector salud guatemalteco. Coordinado y realizado por un selecto grupo de especialistas nacionales, el *"Estudio básico del Sector Salud"* involucró a una gama de instituciones bajo los auspicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS–, el Banco Interamericano de Desarrollo –BID– y la Oficina Panamericana de la Salud –OPS–. Su primera finalidad fue asegurar que el país contara con un mínimo de información acerca de los variados retos que habría de enfrentar una reforma sectorial cuyo advenimiento, en ese entonces, apenas si se avizoraba en el horizonte.

A la rica serie de informes finales de investigación sólo tuvieron acceso unas pocas personas; la OPS publicó un breve resumen del *"Estudio básico"*, en un tiraje limitado. En ese tiempo, todavía no era posible *"colgar"* en una página web un material tan abundante

como el que esta iniciativa generó, medio que hubiera permitido subsanar en alguna medida la falta de acceso más generalizado a los diversos estudios.

Desde entonces, mucha agua ha corrido bajo el puente. En el año 1996, dio inicio la *"Reforma Sectorial de Salud"*, cuyos procesos más visibles son la descentralización financiera y el arranque del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS– con su vástago, el Programa de Extensión de Cobertura –PEC–, dirigido a poblaciones con carencia crónica de cobertura institucional en salud.

A la fecha, todavía no se ha realizado una evaluación externa, independiente y pública sobre los procesos desatados y los impactos que ha tenido en la salud de la población la aplicación de las políticas vinculadas a la reforma sectorial. Sin ella resulta complicado establecer sus alcances y limitaciones, así como determinar objetivamente en qué medida dicha *"Reforma"* ha contribuido a consolidar





una mejor institucionalidad pública, capaz de enfrentar los desafíos en salud de los próximos años con mayor grado de éxito.

De igual manera, más allá de la retórica “políticamente correcta” acerca de la importancia de la salud para el desarrollo, el debate sobre la salud y el sistema de salud ha estado, por varios años, prácticamente fuera de la agenda pública.¹ Por otra parte, es notorio el escaso involucramiento que ha tenido la sociedad civil en la definición de la política de salud, así como en el monitoreo de sus resultados. Su papel más destacado ha estado en la implementación de las acciones operativas impulsadas en el marco del PEC, que son definidas desde las unidades gestoras a cargo de este programa en el MSPAS.

Este conjunto de circunstancias e inquietudes son las que sirvieron de motivación al Programa de los Informes Nacionales de Desarrollo Humano del PNUD Guatemala, para impulsar una dinámica que desatara la reflexión y el debate ciudadano acerca de cuál es el sistema de salud que necesita la sociedad guatemalteca. Un sistema que debe comenzarse a construir hoy, para así poder enfrentar, en el mediano plazo, los retos de salud-enfermedad de una población expuesta a un sinnúmero de carencias, riesgos y vulnerabilidades, que afectan negativamente sus posibilidades de vivir una vida prolongada y saludable.

La iniciativa fue recibida muy positivamente y derivó en la formación de un consorcio integrado por las Universidades Rafael Landívar, del Valle de Guatemala y San Carlos

¹ Muy recientemente (2005 para acá) ha habido algunas iniciativas: destacan la “Agenda Nacional de Salud” elaborada por el MSPAS y el proyecto “Visión de País”, que ha generado una propuesta de “ley marco de salud”, la cual hasta hace pocos meses, comenzó a ser discutida por parte del gremio médico y por la Comisión de Acompañamiento de los Acuerdos de Paz, así como por algunas organizaciones de la sociedad civil.

de Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, la Oficina Panamericana de la Salud y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, por intermedio del Programa de los Informes Nacionales de Desarrollo Humano. En todo el proceso se contó siempre con el apoyo financiero del International Development Research Centre –IDRC– por medio de su programa “Equidad, gobernabilidad y salud”.

La primera etapa de trabajo, realizada entre los años 2005 y 2007, consistió en la generación de información y conocimiento concebido explícitamente desde el inicio como un insumo para alcanzar tres finalidades: *“Fomentar y generar procesos democráticos de discusión política, científica y técnica en salud, con amplia participación de los actores políticos y sociales”* y a partir de estos, *“contribuir a la formulación de políticas, planes y acciones de salud en Guatemala, de manera que éstas logren mejorar la gobernabilidad y la equidad en el sector.”* Igualmente, en un proceso conjunto entre sociedad civil y Estado, se espera contribuir a *“visualizar colectivamente las alternativas futuras, posibles y deseables del desarrollo de la salud y de los servicios de salud para los próximos 15 años”*.

Los resultados de esta primera etapa se materializan en una colección de 9 textos (una síntesis y ocho publicaciones especializadas), que analizan el sistema de salud guatemalteco y sus desafíos desde tres distintas perspectivas: a) investigaciones que analizan el contexto social, económico, político, demográfico y epidemiológico donde se desarrolla el sistema de salud y al que éste responde; b) investigaciones relacionadas con las dinámicas de la estructura, funcionamiento y desempeño del sistema de salud; y c) investigaciones que indagan en las valoraciones, visiones e

imaginarios sociales que subyacen en el sistema de salud de Guatemala.

El estudio que se presenta en esta ocasión corresponde al segundo grupo. Con el título “*¿Así...funcionamos?*” Walter Flores, el autor, realiza en primer lugar, una caracterización del sistema de salud guatemalteco, definiéndolo como uno de carácter fragmentado, dada la gama de organizaciones públicas y privadas que lo conforman. Sin embargo, el estudio deja entrever que, lo que a simple vista parece ser un mosaico de fragmentos e instancias carentes de coordinación, en realidad constituye una forma disfuncional de actuar en conjunto, donde las instituciones dedicadas a la salud en Guatemala han aprendido, a lo largo de los años, a operar en este entorno y han contribuido con su actuar a “naturalizar” esta disfuncionalidad estructural del sistema.

Entre otras cosas, el estudio de Flores aborda también uno de los circuitos vitales del funcionamiento del sistema de salud: el financiamiento. Explora las fuentes y caracteriza la naturaleza del gasto público y privado en salud, evidenciando con ello, cómo en el lapso de 12 años, el sistema ha transitado de un esquema de financiamiento predominantemente público (impuestos) a uno casi totalmente privado, basado en el pago directo de bolsillo al momento que se presenta el evento de salud-enfermedad. De igual manera, Flores documenta la decreciente contribución que hacen las empresas y la cooperación internacional al financiamiento de la salud en Guatemala.

Nuevamente, las reflexiones que emanan de este análisis son de profunda importancia para repensar el sistema de salud a futuro: ¿cuánto está dispuesta la sociedad guatemalteca a pagar por un sistema de salud?; ¿cuáles son los

mecanismos más efectivos y apropiados para financiar el sistema de salud guatemalteco y que contribuyan a garantizar el derecho humano a la salud que tienen todos los y las ciudadanas del país?

Son estos temas, un ejemplo de la gama de reflexiones que desata Walter Flores con su trabajo, por lo que el mismo puede resultar extremadamente relevante para un público genuinamente interesado en aportar a una reflexión colectiva acerca del futuro del sistema de salud. Ello sin olvidar, como Flores plantea, que muchas de estas inequidades son el resultado de la exclusión social, la privación y la pobreza, asuntos cuya resolución no está necesariamente bajo el control del sistema de salud.

Este estudio, al igual que los otros que comprenden la colección “*El sistema de salud de Guatemala: ¿hacia dónde vamos?*”, constituye un valioso instrumento para el debate y la reflexión, para la necesaria discusión social que debiera darse previo a la toma de decisiones que, por su carácter y envergadura, puedan nuevamente comprometer la salud y el bienestar de las generaciones presentes y futuras del país.

De sabios es equivocarse, pues de errores y éxitos es que aprendemos. Pero, repetir los errores sólo por no tomarnos el tiempo de reflexionar y dialogar es un lujo que, como sociedad, ya no podemos darnos. Éticamente, es imperdonable; técnicamente es absurdo, tomando en cuenta el caudal de conocimiento y experiencia nacional y mundial existente; y financieramente, es insostenible. Ciertamente, el conocimiento jamás deberá sustituir a la política, pero si van de la mano pueden producir mejores alternativas de desarrollo para la sociedad.



A todas las instituciones que conformaron esta iniciativa, nuestro más profundo agradecimiento por su interés y confianza en la realización de un esfuerzo que resultó más arduo y complejo que lo originalmente

imaginado. Confiamos que sea la chispa que prende la llama de la creatividad y el compromiso con el cambio a favor de “*más y mejor vida para todos*” en el ámbito de la política de salud guatemalteca.



Beat Rohr

Coordinador Residente

Sistema de Naciones Unidas en Guatemala

Representante Residente

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo



Prólogo



El sistema de salud de Guatemala se caracteriza por estar segmentado en varios subsistemas (público, seguridad social y privado), que brindan atención a diferentes grupos poblacionales. El sistema también se caracteriza por una fragmentación al interior de los subsistemas con prestadores múltiples, bajo esquemas diversos, lo cual resulta en duplicidad de funciones y serias ineficiencias.

El sistema de salud es financiado principalmente por el gasto privado (hogares y empresas), el cual representa tres cuartas partes del total del gasto en salud. Dentro del gasto privado, el 86% proviene de gastos de bolsillo. El 73% de todo el gasto de bolsillo lo constituyen la compra de medicamentos, exámenes y consultas. Se estima que en el año 2003 se gastaron más de 3 mil millones de quetzales en medicamentos. La cifra anterior indica que la factura anual de medicamentos representa alrededor del 30% del gasto en salud. Un 70% del gasto en medicamentos es realizado por los hogares, mientras que el IGSS lo hace en un 21%, el MSPAS 5% y las ONG's 4%.

Guatemala se encuentra en las primeras etapas de una transición demográfica y epidemiológica caracterizada por la convivencia de enfermedades transmisibles e infecciosas y una emergente situación de enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas. A pesar de lo anterior, el subsistema público aún no posee intervenciones decisivas dirigidas a atender el perfil epidemiológico cambiante y continúa concentrado en la atención de enfermedades infecciosas transmisibles y en grupos etarios específicos. La población acude a los prestadores privados en búsqueda de servicios preventivos y de atención a la enfermedad crónica (principalmente hipertensión y diabetes), lo cual indica que la patología de enfermedades propias de los adultos es absorbida por el sector privado.

La cobertura de aseguramiento es extremadamente baja en Guatemala. Únicamente 11% de la población tiene acceso a ella, ya sea a través del IGSS o por medio de servicios privados. La mayoría de quienes poseen aseguramiento se encuentra en los



dos quintiles de mayor riqueza y pertenecen predominantemente al sector urbano. Ante un sistema que se financia principalmente con gasto de bolsillo y un aseguramiento muy bajo, la población depende de la disponibilidad financiera individual o del hogar para atender sus problemas de salud.

Los tres principales subsistemas (MSPAS, IGSS y aseguradores privados), concentran sus recursos (humanos e infraestructura), en el Departamento de Guatemala. Esto a pesar de que en éste habita únicamente el 23% de la población.

En relación a las reformas del sector salud, en un período de 12 años no se ha logrado alcanzar la mayoría de las metas que se han propuesto. El gasto público en salud muestra una tendencia hacia el descenso. A excepción del logro (con sus limitaciones) en el contrato abierto de medicamentos, no existe evidencia de mejoras significativas en la eficiencia del sector.

En cuanto a mejoras en la equidad, la asignación de recursos hacia las diferentes áreas geográficas continúa la tendencia inequitativa que se ha observado en los últimos 20 años. Tal vez el programa más visible y el logro más publicitado de la reforma se traduce en la extensión de servicios básicos de salud hacia población rural y pobre. Aun cuando no existen evaluaciones sobre el impacto del programa, estudios individuales dan cuenta de algunos efectos positivos hacia mejorar la cobertura de servicios básicos tales como inmunizaciones y control prenatal. Estudios individuales también dan cuenta de una creciente preocupación sobre los niveles de calidad en la entrega de servicios.

Las principales características negativas del sistema de salud, tales como la segmentación, el limitado acceso físico para la población

rural y la dependencia del gasto de bolsillo, están generando inequidades y exacerbán aquellas que han sido históricas. El programa de extensión de cobertura, aún cuando en la mayoría de casos llega a población con mayores grados de exclusión, es poco probable que logre revertir dichas inequidades, debido a que únicamente ofrece un paquete de servicios básicos y no ataca el problema principal de las disparidades en el acceso regular a servicios integrales de salud.

Como fenómeno reciente, se observa un rol creciente de las remesas familiares en el gasto en salud. La cantidad gastada en el año 2006 representa más de 283 millones de dólares por año, lo cual es superior al total del gasto en salud ejecutado por el MSPAS en el mismo año.

En Guatemala, los niveles de inequidad en el acceso es el resultado de la exclusión social, de privaciones y de pobreza. A pesar de que existen algunas razones para las inequidades observadas en el acceso que están más allá del control del sistema de salud, la mayoría de las razones que se observan para que ellas ocurran son el resultado de decisiones políticas que han concentrado recursos y servicios en grupos poblacionales específicos (aquellos que tienen mayores ventajas sociales), y en regiones geográficas específicas (urbanas en lugar de rurales).

En adición a lo anterior, el sistema posee retos actuales que continuarán siendo relevantes en el corto y mediano plazo. Estos son: revertir la tendencia de la caída en el gasto público, proteger a la población contra riesgos financieros causados por situaciones de enfermedad, desarrollar el recurso humano en salud, fortalecer los sistemas de información y atender las demandas de servicios al sistema, generadas por la transición demográfica y epidemiológica.



Finalmente, se debe abrir un debate sobre el sistema de salud que necesita el país, favoreciendo modelos de análisis sistémicos e integrales; ello para superar la percepción pública de que el sistema de salud se reduce a la atención hospitalaria y principalmente al análisis de las recurrentes crisis de los hospitales metropolitanos. A la par se deben implementar procesos que favorezcan el diálogo y el consenso, tales como el fortalecimiento de la gobernabilidad del sistema de salud y de la ciudadanía en salud.

Actualmente existen varias propuestas de reforma y/o fortalecimiento del sistema de salud. Dos de ellas –el “Plan visión de país para salud y nutrición” y “La mesa de salud y nutrición”– no abordan los problemas estructurales y continúan concentrándose en programas y enfermedades específicas

(nutrición, salud reproductiva y salud materno infantil).

La tercera iniciativa, denominada “Agenda Nacional de Salud 2020”, presenta propuestas dirigidas a los aspectos estructurales del sistema de salud tales como: establecer un sistema nacional de salud articulado y un financiamiento que tenga como eje la protección social de las familias y la equidad en el uso de los recursos. También se plantea el desarrollo de programas orientados al acceso universal a la seguridad social como uno de los ejes de la agenda transformativa. Esta propuesta se encuentra, sin embargo, en una fase inicial de *idea-objetivo*. La documentación disponible sobre la agenda no aborda aspectos concretos sobre cómo se organizará el sistema de salud y los requerimientos financieros que tendrá, así como de las diferentes fases de desarrollo del nuevo sistema.

La Coordinación



Introducción



El presente análisis se enmarca dentro del proyecto “La construcción social del futuro de la salud en Guatemala”, implementado por el Programa de Investigaciones Universitarias en Desarrollo Humano (PIUDH), el cual forma parte del proyecto del Informe Nacional de Desarrollo Humano (INDH) del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Los objetivos definidos para el presente reporte fueron los siguientes:

- Caracterizar y analizar las unidades/componentes del sistema de salud guatemalteco y las relaciones que guardan entre sí, su evolución histórica de 1985 a la actualidad, sus tendencias hacia el futuro y las influencias del entorno nacional e internacional.
- Examinar el rol de mediación colectiva del Estado mediante el análisis de su modelo de gestión, en particular la función rectora del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como autoridad sanitaria nacional del sistema de salud de Guatemala.
- Examinar los modelos de financiamiento y atención del sistema de salud guatemalteco, con énfasis en los cambios generados en el marco del proceso de reforma de salud, su desempeño, evolución histórica y tendencias hacia el futuro.

- Analizar la situación y condición de los recursos humanos, la generación de información y conocimiento, tecnología e infraestructura del sistema de salud de Guatemala, su evolución histórica y tendencias hacia el futuro.
- Identificar los elementos fundamentales del sistema de salud sobre los cuales debe incidirse, que le permitan tener un mejor desempeño e impacto sobre las condiciones de salud de la población.

Para alcanzar los objetivos arriba mencionados, se identificó bibliografía relevante a través de diferentes bases de datos electrónicas que incluyen reportes técnicos, documentos de política, reportes de consultoría y publicaciones científicas. En adición, se identificó información relevante a través de entrevistas a informantes claves y visitas a dependencias públicas y privadas.

Es importante anotar que hubo limitantes importantes en cuanto a la disponibilidad de información, hecho que tuvo un efecto en la posibilidad de cumplir todos los objetivos definidos para el presente estudio. Además, la información existente no permite un análisis de la situación durante el período 1985 a la actualidad. En la mayoría de los casos, los datos disponibles parten a partir de 1995/96 y en otros, del año 2000.



Un borrador de este reporte fue enviado a un grupo de expertos (identificados por el equipo promotor del proyecto), quienes recibieron una guía específica para brindar retroalimentación. El mismo grupo participó en un taller en donde el autor presentó los resultados principales del estudio. Dos expertos seleccionados por el

equipo promotor expusieron sus comentarios y observaciones. Luego tuvo lugar una discusión entre los participantes, alrededor de las áreas y temas que necesitaban ser reforzados en el borrador presentado. Con todos estos insumos recibidos, el autor procedió a elaborar la versión final del reporte.



Capítulo I



Caracterización general del sistema de salud en Guatemala

Concepto de sistema de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al sistema de salud como aquel que “*incluye todas las actividades cuyo propósito principal es promover, restaurar o mantener la salud*”². Roberts y colaboradores³ hacen explícito los distintos elementos o componentes incluidos en un sistema de salud los cuales son:

- Todos aquellos individuos que prestan servicios de salud, sean públicos o privados, que utilizan medicina occidental o tradicional, con licencia o sin licencia (médicos, enfermeras, hospitales clínicas, farmacias, promotores de salud y curanderos)
- Los mecanismos que hacen que fluya el dinero para financiar el sistema, ya sean oficiales o no, a través de intermediarios o pagos de bolsillo de los pacientes
- Las actividades de aquellos que prestan insumos especializados al sistema de salud, tales como las escuelas de medicina y enfermería y los productores de medicamentos, insumos y equipos médicos
- Los profesionales cuya labor es planificar, regular y ser los intermediarios financieros

y cuyo propósito es controlar, financiar e influir a los prestadores de servicios de salud. Estos profesionales pertenecen a los ministerios de salud, finanzas, planeación, instituciones aseguradoras de tipo social y privado e instituciones reguladoras

- Las actividades de las organizaciones que prestan servicios de salud preventiva (como las de vacunación, planificación familiar, control de enfermedades infecciosas y educación en salud.). Estas organizaciones pueden ser públicas, privadas, locales, nacionales o internacionales.

- Caracterización general del sistema de salud en Guatemala

El sistema de salud de Guatemala se caracteriza por estar segmentado en varios subsistemas (público, seguridad social y privado), que brindan atención a diferentes grupos poblacionales. El sistema también se caracteriza por una fragmentación al interior de los subsistemas, con prestadores múltiples, bajo esquemas diversos, lo cual resulta en duplicidad de funciones y serias ineficiencias. Existen tres subsistemas principales: el público (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-MSPAS), la seguridad social (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social-IGSS) y el privado. Cada uno de estos sistemas

² OMS (2000).

³ Roberts y cols. (2004).





realiza funciones de captación, financiación y asignación de recursos, así como entrega directa de servicios. También poseen centros de formación de recurso humano para prestación de servicios de salud (en forma directa o en asociación con universidades privadas). Las características específicas se analizan en las siguientes páginas.

- Fuentes de financiamiento del sistema de salud

El estudio más completo y actualizado de cuentas nacionales de salud para el período 1999-2003⁴, indica que durante ese tiempo las fuentes de financiamiento y su porcentaje de contribución al gasto total en salud fueron así: Gobierno (19%), hogares (65%), empresas (10%), cooperación internacional (2.9%) y otros (2.5%).

Las cifras anteriores indican que el sistema de salud es financiando principalmente por el gasto privado (hogares y empresas), el cual representa tres cuartas partes del total del gasto en salud. Dentro del gasto privado, el 86% proviene de gastos de bolsillo. Durante el período 1999-2003, el financiamiento al sistema de salud que provino de los hogares creció a un ritmo anual promedio de 13.8%; el financiamiento a través de los empleadores (contribuciones como patronos al seguro social), creció en un promedio de 6.4% anual. Por otro lado, el financiamiento externo a través de donaciones⁵ es bajo en Guatemala; durante el período 1999-2003, éste no superó el 3.5% del gasto total en salud en ninguno de los años. Las cifras anteriores no sufrieron mayores cambios y se observa la misma tendencia en el estudio de cuentas nacionales 2004-2005 que será publicado próximamente. Si se comparan los estudios multianuales de

⁴ MSPAS (2005).

⁵ En la metodología de cuentas nacionales, la cooperación internacional únicamente incluye donaciones, mientras que los préstamos son registrados como gastos de Gobierno.

cuentas nacionales de salud, período 1995-1997 y período 1999-2003, es posible identificar que los hogares son la única fuente que aumentó su peso porcentual (de 43% a 65%), mientras que cada una de las otras fuentes decrecieron así: Gobierno (de 30% a 19%), empresa privada (de 20% a 10%) y cooperación internacional (de 6% a 3%). Como resultado del proceso anterior, en 9 años el sistema de salud ha pasado de ser un sistema financiado principalmente por el gasto público (57% público y 43% privado), a ser un sistema que se financia principalmente a través de los gastos de bolsillo de la población (64% privado y 36% público).

- Captación de los fondos por cada una de las fuentes

Los fondos que provienen de fuentes públicas son captados a través de impuestos. Este financiamiento es sin embargo problemático, pues recae principalmente en impuestos directos que son regresivos.⁶ Una vez captados por el Ministerio de Finanzas Públicas, los recursos son trasladados en forma anual a las diferentes instituciones públicas que prestan servicios de salud (MSPAS, Hospital Policía Militar y Sanidad Militar), con base en presupuestos históricos.

El IGSS capta sus recursos directamente de las contribuciones obligatorias de patronos y trabajadores asalariados. La contribución es proporcional al salario y se realiza en forma mensual. Es importante notar que la totalidad de servicios prestados por el IGSS no está disponible en todo el territorio nacional. Debido a ello, las tasas contributivas varían entre los diferentes departamentos del país. En adición, como patrono, el Estado debe aportar un subsidio al IGSS. Sin embargo, el aporte se ha incumplido desde hace más de 50 años, acumulándose una deuda de más de 3 mil millones de quetzales.⁷

⁶ OPS (2001).

⁷ OPS (2001).

La captación de los fondos que provienen de los hogares se hace directamente del bolsillo, durante el uso de los servicios y pago por primas de aseguramiento. Es importante notar que los establecimientos públicos también captan recursos de bolsillo de la población, aun cuando legalmente no es autorizado. Esto lo hacen a través de la figura de los patronatos en los hospitales. No existen estimaciones recientes de la cantidad de recursos que el MSPAS recolecta de los usuarios. Sin embargo, un estudio realizado en el año 1997 estimó que los recursos pagados por los usuarios por la entrega de servicios representó menos de un 2% del total de presupuesto del MSPAS para dicho año.⁸

- Agentes financieros que ejecutan el gasto en salud

Durante el período 1995-2003, el gasto total en salud creció más de cinco veces (de 1.901 millones a 10.645 millones). Dicho gasto es ejecutado a través de diferentes agentes financieros que pueden ser públicos o privados. El detalle de la ejecución del gasto se describe a continuación.

- Agentes públicos

Durante el período 1999-2003, 40% de todo el gasto en salud fue ejecutado por instituciones públicas (MSPAS, Ministerio de Defensa, Hospital de la Policía, Municipalidad, fondos sociales e IGSS). De estas instituciones, las gubernamentales administraron un 46% y el IGSS 54%. Entre las instituciones gubernamentales, el MSPAS ejecutó 94% de todo el gasto, lo cual implica que el rol del Ministerio de Defensa, Hospital de la Policía, municipalidades y fondos sociales es limitado en relación a la ejecución del gasto en salud.

La asignación de recursos a las unidades ejecutoras del MSPAS se realiza a través de las

necesidades de financiamiento identificadas en el “Plan Operativo Anual”. Sin embargo, la realización de dicho plan se hace tomando en cuenta aspectos históricos de producción de servicios. La información es trasladada a las oficinas financieras centrales, donde se hacen los ajustes al presupuesto en función a la disponibilidad de recursos asignados por el Ministerio de Finanzas. En resumen, no se tiene definida una fórmula para la asignación de recursos (que tome en cuenta necesidades y demandas de la población a ser atendida, con ajustes por pobreza y/o ruralidad), sino que ésta es realizada por técnicos de presupuesto, en función de datos históricos.

La adjudicación de recursos para los servicios contratados, como es el caso del IGSS, se realiza a través de estudios de mercado donde se establecen aranceles de los precios y se asigna a las unidades ejecutoras de acuerdo a unidades de producción, determinando un costo *per cápita* por cada caso.

El MSPAS, a través de una extensión de cobertura, realiza cierta asignación de recursos a diferentes ONG's. Para ello, identifica grupos poblacionales sin cobertura (siendo esto de 10.000 personas), y asigna el monto al grupo poblacional, no así a las intervenciones realizadas a cada una de las personas.

- Agentes privados

El 60% de todo el gasto en salud fue ejecutado por agentes privados durante el período 1999-2003.⁹ Los hogares ejecutaron 90% del total, mientras que las ONG's¹⁰ lo hicieron en un 6% y los seguros privados en un 4%.

El 73% de todo el gasto de bolsillo lo constituye la compra de medicamentos, exámenes y consultas. Sin embargo, si se analiza en forma

⁹ MSPAS (2005).

¹⁰ No incluye recursos transferidos por el MSPAS a ONG's que participan en extensión de cobertura.

⁸ MSPAS (1998).



diferencial el gasto de bolsillo urbano y rural, en el área urbana se distribuye en forma proporcional entre consultas, exámenes, medicamentos y hospitalización, mientras que el área rural utiliza más del 73% de todos los recursos para medicamentos, 11% para consultas, 8% exámenes y 3% para hospitalizaciones.

- El gasto en medicamentos

Se estima que en el año 2003, se gastaron más de 3 mil millones de quetzales en medicamentos.¹¹ La cifra anterior indica que la factura anual de medicamentos representa alrededor del 30% de todo el gasto en salud. Un 70% de todo el gasto en medicamentos es realizado por los hogares, mientras que el IGSS lo hace en un 21%, el MSPAS en un 5% y las ONG's en un 4%.

Durante el período 1999-2003, el gasto en medicamentos por los hogares se incrementó anualmente en un 9.5%, siendo el único que lo hizo en forma constante. El gasto por los demás compradores (IGSS, MSPAS y ONG's) tuvo fluctuaciones durante dicho período.

Es importante tomar en cuenta que un aumento en el gasto en medicamentos no significa necesariamente que se está comprando en mayor cantidad o que un público mayor está accediendo a los mismos. Un estudio reciente revela que durante el período 1995-2002, el valor del mercado farmacéutico privado tuvo una tendencia al alza, mientras que las unidades de medicamentos dispensadas tuvieron una tendencia hacia la baja.¹² Lo anterior sugiere que el aumento constante en la factura de medicamentos responde a un aumento en el precio y no a un mayor acceso de la población hacia los mismos.

El MSPAS creó en el año 1997, el Programa de Accesibilidad a los Medicamentos (PROAM),

¹¹ MSPAS(2005).

¹² Barillas (2005).

el cual funciona a través de una red de ventas sociales de medicamentos y botiquines comunitarios, los cuales se benefician de los precios ofrecidos al MSPAS y el IGSS en el contrato abierto. Las ventas sociales venden a la población a partir de un listado de medicamentos esenciales, el cual incluye aquellos de mayor uso, pero deja por fuera algunos importantes (como los requeridos en enfermedades crónicas como la hipertensión). La diferencia en el precio de los medicamentos en estos establecimientos puede llegar a ser hasta 6 veces menor del precio en una farmacia privada. Para el año 2000 habían registradas 377 ventas sociales y 549 botiquines distribuidos en diferentes municipios del país (incluyendo urbanos y rurales). A pesar de que no existen estudios evaluativos sobre el impacto del PROAM, indicadores indirectos estiman que la red de ventas sociales y botiquines han mejorado el acceso de la población a medicamentos de bajo costo.¹³ Si se toma en cuenta que la venta a través de la red afiliada al PROAM no supera los 30 millones de quetzales por año, es posible concluir que el impacto sobre la factura global de medicamentos es nulo, ya que dicha cantidad no representa ni el 1% de la factura total pagada por los hogares (más de 2 mil millones de quetzales por año).

- Aseguramiento de salud en la población

La cobertura de aseguramiento es extremadamente baja en Guatemala. La Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) del año 2000 estimó en un 11% la población que tiene cobertura de aseguramiento, ya sea a través del IGSS o privado¹⁴, mientras que el IGSS estima en un 17% la población cubierta por el seguro social en el año 2006 (Memoria de labores IGSS). La mayoría que posee aseguramiento se encuentra en los dos quintiles de mayor riqueza y es predominantemente urbana.

¹³ Barillas (2005).

¹⁴ Gragnolati & Marini (2003).



Entre el 40% más pobre de la población (Q1 y Q2), únicamente 5% cuenta con algún tipo de aseguramiento.¹⁵

Aún cuando la afiliación al IGSS de la población económicamente activa (PEA), ha ido en aumento en los últimos 10 años, no ha sido proporcional con el crecimiento global de dicha población. De hecho, el porcentaje de afiliados, según estimaciones nominales del IGSS, ha decaído en forma constante (de 33% a 25%). Esta reducción sucede principalmente debido al alto porcentaje de la población ubicada en el sector informal de la economía (75%), la cual no es sujeto de afiliación al IGSS.

Es importante notar que aún y cuando el marco legal define al IGSS como universal y obligatorio, existen barreras de ingreso al subsistema. Por ejemplo, pequeñas empresas –con menos de 5 trabajadores– no pueden afiliarse; tampoco trabajadores por cuenta propia ni aquellos que residen en departamentos donde existen servicios limitados del IGSS¹⁶. Lo anterior es relevante si se toma en cuenta que la población trabajadora no cubierta puede llegar a realizar gastos de bolsillo por servicios de salud en una cantidad similar o mayor a la cuota anual que pagan los trabajadores afiliados al IGSS.¹⁷

Un bajo aseguramiento también ocasiona inefficiencias importantes a todo el sistema de salud. Esto porque entre mayor sea el tamaño de la población cubierta por un seguro, mayor es la probabilidad de distribuir el riesgo entre la población.¹⁸

- Protección social en salud

Se ha definido la protección social en salud (PSS) como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo puedan

obtener servicios de salud de una manera adecuada, a través de alguno o algunos de los subsistemas de salud en el país. Sin una adecuada PSS, se generan gastos exagerados e inefficientes para las personas que no gozan de un acceso regular a los servicios de salud.¹⁹

En el caso de Guatemala, ante un sistema que se financia principalmente con gasto de bolsillo y un aseguramiento muy bajo, la población depende de la disponibilidad financiera individual o del hogar para atender sus problemas de salud. La encuesta nacional de condiciones de vida (ENCOVI) del año 2000, identificó que ante una necesidad de salud, 60% de la población de los estratos más pobres utiliza la automedicación, consulta a un familiar o no hace nada por resolver el problema. En contraposición, el estrato económico más alto buscó la atención de personal con entrenamiento médico (doctor o enfermera), en 60% de todos los episodios de enfermedad.²⁰

La necesidad de disponibilidad financiera para la búsqueda de atención se aplica aún en establecimientos de salud públicos, que en teoría no acarrean costos directos a los usuarios. Ello debido a que en la mayoría de los casos, los usuarios deben comprar los medicamentos y pagar por pruebas diagnósticas, además de otros costos indirectos como transporte y tiempo de espera. Los datos anteriores están apoyados en evidencia arrojada por la ENCOVI 2000. De toda la población que reportó estar enferma y que no buscó atención (tanto en el área urbana como rural), más de la cuarta parte citó la falta de dinero como la principal razón. En adición a lo anterior, la mayoría de la población se encuentra desprotegida de los efectos causados por enfermedades catastróficas y accidentes.

¹⁵ Gragnolati & Marini (2003).

¹⁶ OPS (2001).

¹⁷ Barillas y cols. (2000).

¹⁸ Rosenberg & Andersson (2000).

¹⁹ Rosenberg & Andersson (2000).

²⁰ Gragnolati & Marini (2003).



La segmentación del sistema de salud y sus efectos en los beneficios y servicios que recibe la población

Los datos oficiales del MSPAS indican que 76% de la población es cubierta entre el IGSS y los servicios del MSPAS y un 12% por el sector privado, lo que deja únicamente un 12% de la población sin cobertura de servicios (MSPAS 2002).

La forma anterior de presentar la cobertura de atención no especifica que la población está distribuida en distintos segmentos que presentan diferentes niveles de acceso y reciben diferentes beneficios del sistema de salud. Por ejemplo, el MSPAS agrega dentro de su población atendida, aquellos individuos que están en extensión de cobertura - quienes reciben un paquete básico de servicios que no es equivalente a tener acceso regular al segundo y tercer nivel de atención.

En realidad, la segmentación de la población dentro del sistema indica que únicamente el 11% de la población en el país tiene acceso regular a servicios de salud cuando lo necesita (ENCOVI 2000). Esta situación sucede en la población con afiliación al IGSS o a un seguro privado que le asegura la atención médica. Alrededor de un 30% de la población tiene acceso y utiliza la red pública de servicios, sean el primer, segundo o tercer nivel de atención.

Por otra parte, un 35% de la población tiene acceso únicamente a un paquete básico de servicios que presta el MSPAS. El resto de la población, lo cual lo constituye un 25% del total, acude a los servicios del MSPAS o privados, pero aquí el acceso y la atención está en función de su capacidad de pago.

Es importante notar que no existe una clara división entre los porcentajes arriba mencionados. En su lugar, existe una transferencia e intercambio de población entre segmentos y prestadores, lo cual caracteriza la fragmentación de los subsistemas de salud.

- Las características de fragmentación en el sistema

En Guatemala existe una serie de transferencias de costos y duplicación de subsidios entre esquemas de aseguramiento y prestadores de servicios que ocasionan ineficiencias importantes. Es relevante el hecho que la población afiliada al IGSS utiliza hospitales privados en una misma proporción que los hospitales propios del IGSS. Asimismo, más de dos terceras partes de las visitas que se realizaron a este instituto durante el año 2000, fueron de afiliados que también poseen un seguro privado.²¹ Lo anterior puede ser explicado por el deducible que existe en las modalidades de aseguramiento privado, el cual puede ser relativamente alto y desalentar la utilización del seguro privado. Para el año 2001, se estimaba que el deducible promedio en los seguros privados de salud y hospitalización estaba alrededor de los US\$78.²²

Es de relevancia que incluso la población del área rural asiste en una proporción importante a una clínica u hospital privado. Para la población rural y la población indígena, las farmacias es el principal establecimiento de búsqueda de atención, luego la clínica u hospital privado y por último el centro o puesto de salud público.²³

Los niveles de referencia y contra referencia dentro de la red de servicios también dan cuenta de serias ineficiencias. A pesar de los esfuerzos realizados por implementar un sistema funcional dentro de la red del MSPAS, esto no se ha logrado aún. Por ejemplo, la referencia documentada de un establecimiento del primer o segundo nivel hacia un centro hospitalario es poco frecuente. Asimismo, los pacientes atendidos en un hospital, en su mayoría no son referidos a un servicio de menor complejidad que permita brindar seguimiento

²¹ Gragnolati & Marini (2003).

²² OPS (2001).

²³ Gragnolati & Marini (2003).



y monitoreo al caso tratado. Los elementos anteriores son reflejados en el bajo porcentaje de referencias. Para el año 2004, únicamente un 2% de las consultas atendidas fueron por referencias y este porcentaje disminuyó a 1% para el año 2005.²⁴

-Disparidades en la distribución de los recursos del sistema de salud

Los 3 principales subsistemas (MSPAS, IGSS y privado), concentran sus recursos –humanos e infraestructura– en el Departamento de Guatemala, en el que sólo vive el 23% de la población. El ejemplo más claro de la concentración es el hecho que el 73% de todos los médicos registrados y colegiados se encuentran en dicho Departamento. Lo anterior hace que la relación médico por población sea de 1 por cada 348 habitantes. Al otro extremo se encuentra el departamento de Quiché, en donde existe un médico por cada 11,489 habitantes.²⁵ En el caso del MSPAS, la distribución geográfica de recurso humano e infraestructura de servicios es inequitativa, principalmente hacia los departamentos y municipios de mayor pobreza y más rurales.²⁶ Esta diferencia sería aún más pronunciada si no fuera por el apoyo que brindan las brigadas de médicos cubanos, quienes representan más de la mitad de todos los médicos del MSPAS asignados a brindar atención en el primer y segundo nivel de la red de servicios.²⁷

- Patrones de utilización de establecimientos de salud de la población

La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida –ENCOVI, año 2000– identificó que 40% de las visitas realizadas a un establecimiento de salud fue a un hospital o clínica privada, mientras que 12% se realizó a un hospital público y 15% a un centro de salud. Aún en el quintil más pobre

²⁴ Memorias de labores MSPAS (2004-05).

²⁵ Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala (2005).

²⁶ MSPAS (2003).

²⁷ El Periódico (2006a)

(Q1) se observa que 11% de las visitas que se realizan son a un establecimiento privado. En el siguiente quintil (Q2), ese porcentaje aumenta a un 24%. En general, se puede resumir que hay una tendencia de la población, aún en los estratos más pobres, a asistir a un prestador privado si se cuenta con los recursos. La baja calidad de los servicios públicos es una de las principales razones para no asistir a un prestador público.²⁸

Perfil epidemiológico, modelos de atención y demanda de servicios en los establecimientos de salud

Guatemala se encuentra en las primeras etapas de una transición demográfica y epidemiológica, caracterizada por la convivencia de enfermedades transmisibles e infecciosas y una emergente situación de enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas. A pesar de lo anterior, el subsistema público aún no posee intervenciones decisivas dirigidas a atender el perfil epidemiológico cambiante y continúa concentrado en la atención de enfermedades infecciosas transmisibles y en grupos etarios específicos: mujeres en edad reproductiva y niños menores de 5 años.

El análisis de la morbilidad atendida en los diferentes subsistemas permite identificar que la población acude a los prestadores privados para servicios preventivos y atención de enfermedad crónica (principalmente hipertensión y diabetes), lo cual indica que la patología de enfermedades propias de los adultos es absorbida por el sector privado. Es importante notar que el subsistema privado también es utilizado por la población para la atención de parto y enfermedades que requieren atención quirúrgica.²⁹ En cuanto al sector público, el análisis de los datos de producción de servicios en puestos y centros de salud para el período

²⁸ Gragnolati & Marini (2003).

²⁹ INE (2002-3)



2001 al 2004, revela que más de la quinta parte de las consultas fueron por episodios de infecciones respiratorias agudas.³⁰ En otras palabras, el personal del MSPAS pasa la quinta parte de su tiempo atendiendo resfriados (el rubro “neumonías” está aparte en la clasificación).

Segundo lugar en atención lo ocupan las enfermedades transmitidas por agua y alimentos –como las diarreas o parasitismo intestinal– las cuales, se sabe, pueden contribuir a provocar las anemias que aparecen en cuarto lugar.³¹ Es importante mencionar que las patologías anteriores son relativamente fáciles de ser prevenidas con acciones intersectoriales e integrales.

La principal morbilidad atendida en los hospitales públicos no presenta una tendencia clara, pues combina enfermedades que pueden resolverse en un nivel inferior (enfermedad diarreica, infección respiratoria), con enfermedades y problemas complejos que conllevan un alto costo de atención (abortos, traumatismos y emergencias de medicina interna). Es de relevancia el hecho que a partir del 2004 empieza a reportarse morbilidades del grupo psiquiátrico entre las primeras causas de atención, siendo en el 2005 cuando se reportan cantidades elevadas de este tipo de casos; tres de estos problemas (esquizofrenia, ansiedad y depresión), aparecen dentro de las diez primeras causas de muerte. No se sabe si lo anterior obedece a un aumento de la prevalencia del problema en la población o a otros factores no relacionados tales como la mejora en la calidad de los registros o a la aparición de unidades de psiquiatría en los hospitales.

Con respecto a las enfermedades crónicas, a partir del año 2004 se observa la aparición

de la *diabetes mellitus* dentro de las primeras diez causas de atención de morbilidad en los hospitales.³²

La población también acude a los hospitales públicos para los problemas de salud que tienen una mayor complejidad y conllevan el mayor costo de atención. La ENCOVI 2000 identificó que aún los quintiles más ricos de la población asisten a un hospital público. Sin embargo, es importante notar que la población en el estrato de mayor pobreza no acude a los hospitales públicos con la frecuencia en que acuden los estratos económicos superiores. Lo anterior ocasiona que el subsidio neto del gasto público³³ en la red de hospitales del MSPAS se destine en un 29% para el 40% de la población más pobre, mientras que un 40% beneficia al 40% del estrato más rico.³⁴

En relación a la demanda de atención en los establecimientos del IGSS, no es posible comparar la información que de allí se genera con la recabada por el subsistema privado y el MSPAS debido a que el IGSS no produce estadísticas por motivos de atención o causas, sino que únicamente bajo el encabezado de sus principales programas: accidentes, maternidad, enfermedad común y clínicas especializadas. La situación anterior indica que no existe un sistema de información común (o compatible) a los tres subsistemas para reportar la prestación de los servicios y demanda de atención de la población. Esto tiene implicaciones directas para poder ejercer una rectoría efectiva del sistema.

En relación a los servicios globales prestados por los subsistemas de salud para el período 1999-2003, el 53% de la atención ambulatoria

³² Memoria Anual MSPAS.

³³ El subsidio neto del gasto público en salud se calcula como el valor monetario asociado a la visita de una persona a establecimientos públicos de salud. Para ello se estima el costo de brindar atención en cada uno de los establecimientos y a esta cantidad se descuenta los pagos (usualmente de bolsillo) que la persona realizó para recibir dicha atención.

³⁴ Gragnolati & Marini (2003).



³⁰ Memoria Anual MSPAS.

³¹ Episodios frecuentes de diarreas y parasitismo intestinal provocan la pérdida de nutrientes en la población afectada.

fue contratada a prestadores privados, 19% lo proporcionó el MSPAS en el segundo nivel de atención y 15% el IGSS por medio de consultorios y puestos de salud. El IGSS ejecutó el 40% de todos los gastos correspondientes a hospitales y los hogares contrataron servicios en hospitales privados por un 25% del total de gastos hospitalarios.³⁵

Debido a la situación de transición epidemiológica y demográfica, se esperaría que una buena parte de la inversión del sistema de salud fuera dirigida a la atención primaria y preventiva. Sin embargo, ello ocurre en menos de un 30%.³⁶

Un análisis del gasto del MSPAS por programas de atención a enfermedades específicas y grupos poblacionales identifica que 63% del presupuesto del MSPAS se utiliza para programas que atienden enfermedades infecciosas y transmisibles. Las enfermedades crónicas y degenerativas tienen únicamente un 1% del gasto, la salud laboral 3%, el adulto mayor y personas con discapacidad 2% y la seguridad alimentaria y nutricional 3%.³⁷

Densidad, formación y asignación del recurso humano para la prestación de servicios

- Densidad del recurso humano

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la densidad de los recursos humanos en salud es una medida que permite identificar el déficit o superávit de un país en cuanto a la entrega de servicios a la población. Se estima que para alcanzar la cobertura mínima de la población, el ratio de profesionales de la salud (médicos y enfermeras) por 10.000 habitantes debe ser 25.³⁸ En el caso de Guatemala, estimaciones para el año 2005 indicaban la existencia de alrededor de 10 médicos y 4

³⁵ MSPAS (2005).

³⁶ Gragnolati & Marini (2003).

³⁷ MSPAS (2005).

³⁸ OPS (2006).

enfermeras profesionales por cada 10.000 habitantes. Esto es un poco más de la mitad del ratio requerido, lo cual indica un déficit importante en el país. Lo anterior es un dato preocupante, puesto que estudios recientes han identificado mayores tasas de mortalidad materna e infantil y baja atención del parto por personal calificado en países que presentan déficit en la densidad del recurso humano.³⁹ En Guatemala, el problema del déficit de recurso humano es exacerbado por una distribución inequitativa, tema abordado en una sección anterior.

- Formación del recurso humano

Durante el período 1985-2005, se graduaron entre 350 y 400 médicos generales por año. Más del 80% de todos los médicos graduados lo hacen por la Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC-.⁴⁰ Sin embargo, es importante anotar que la cantidad de graduados por la USAC ha venido descendiendo en forma sostenida: de 452 en el año 1987 a 135 en el año 2003.⁴¹ A pesar de ello, la proporción de médicos por población se ha mantenido constante en los últimos 10 años debido a los profesionales egresados de las universidades privadas.

Para poder equipararse al resto de países de la región, las universidades deberían estar produciendo casi el doble de médicos. Por supuesto, un siguiente punto que debe analizarse es la capacidad que tiene el sistema para absorber a los médicos. El mayor empleador de médicos, el MSPAS, no ha estado empleando nuevos médicos de planta sino que contrata por servicios. Es sintomático de esta situación el hecho que tampoco los médicos de atención primaria, graduados en Cuba, han podido ser absorbidos por el sistema público.⁴² No se sabe tampoco si el subsistema privado estaría en la

³⁹ OPS (2006).

⁴⁰ Colegio de Médicos de Guatemala (2005).

⁴¹ Estadísticas USAC (2003).

⁴² El Periódico (2006b).



capacidad de absorber una mayor plantilla de médicos; debido a que la tendencia general de la población es a la automedicación antes de la consulta médica. Sin embargo, se desconoce si lo anterior es una estrategia de la población para reducir los costos de la atención (al evitar el pago de honorarios médicos), o el resultado de una baja proporción de médicos por población.

La formación de personal de enfermería ocurre principalmente en las escuelas del MSPAS. Dicha formación data desde el año 1956. A partir del año 2001, egresó la primera promoción de la Universidad Rafael Landívar y en el año 2004, la de la Universidad Mariano Gálvez. Para el año 2006, se habían formado un total de 5.802 enfermeras profesionales. A pesar de ello, la proporción de enfermeras por 10.000 habitantes prácticamente no ha cambiado en los últimos 20 años (de 3 por 10.000 en el año 1986 a 4 por 10.000 en el año 2005).

La formación de auxiliares de enfermería inició en el año 1965. Para el año 2006, se habían graduado un total de 23.580. La proporción de auxiliares por 10.000 habitantes se incrementó de 11 en el año 1986 a 18 en el año 2006.

Es importante anotar que el IGSS y algunos hospitales privados también forman enfermeras y auxiliares de enfermería. Sin embargo los porcentajes son mucho menores a los del MSPAS y se preparan principalmente para trabajar dentro de la propia red que los ha formado.

El MSPAS posee escuelas formadoras de personal técnico de apoyo. Entre ellas, la escuela INDAPS de Quiriguá, Izabal, forma Técnicos en Salud Rural (TSR) e Inspectores de Saneamiento Ambiental (ISA). Las estadísticas disponibles únicamente recogen los técnicos graduados a partir del año 1994. De esa fecha hasta el año 2005, se han graduado 470 TSR y 194 ISA.

- Recurso humano para la prestación de servicios

El MSPAS es el mayor empleador de recurso humano del sector salud, seguido por el IGSS. Para el año 2005, el MSPAS reporta 35.821 empleados en los diferentes renglones presupuestarios de la forma siguiente: renglón 011 (personal permanente) con un 80% y el restante 20% bajo los renglones 021, 029 y 031, los cuales son contratados en forma temporal.

Es importante anotar dos aspectos que caracterizan la situación del recurso humano. Primero, no existe una carrera administrativa dentro del MSPAS y segundo, la mayoría del personal que gestiona el subsistema y tiene poder de decisión, se encuentra bajo los renglones de contrato temporal y por lo regular cambia con cada administración de gobierno. Como es de anticiparse, la falta de carrera administrativa y la alta rotación de gestores y tomadores de decisión del sistema influyen tanto en el desarrollo del recurso humano como en la posibilidad de implementar políticas de salud en el mediano y largo plazo.

Para atender el 22% de la población localizada en el Departamento de Guatemala⁴³, se tiene destinado el 49% del recurso humano de los hospitales y el 57% del personal médico. Para la atención de más de 10 millones de habitantes que constituyen la población en el resto del país, se tiene únicamente el 43% del personal médico hospitalario. La disparidad en la distribución del recurso humano en salud es exacerbada si se toma en cuenta que el subsistema privado de servicios de salud y el IGSS también se encuentran concentrados en el Departamento de Guatemala. Esto implica que los niveles de acceso a los servicios de salud (sea MSPAS, IGSS o privado), difieren

⁴³ Estos datos son indicativos y se debe tomar en cuenta que los 2 mayores hospitales en el Departamento de Guatemala funcionan como referencia a nivel nacional. No se tiene datos del promedio de pacientes atendidos por los hospitales de referencia que vienen del resto de los 21 departamentos del país.



sustancialmente entre la población que reside en el Departamento de Guatemala y la población que reside en el resto del país.

Aproximadamente un 32% del total del personal del MSPAS participa directamente en la prestación de servicios de salud –médicos, enfermeras y enfermeras auxiliares– y de estos únicamente un 9% es personal médico.⁴⁴

El IGSS reporta un total de 11.089 personas prestando servicios en la institución para el año 2005. Aproximadamente 65% de todo este recurso se encuentra concentrado en el Departamento de Guatemala, que es donde se encuentra concentrado un porcentaje similar de afiliados.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) ha registrado que para el año 2004, se desempeñaban en la red privada de servicios el siguiente personal: 1.308 médicos, 211 enfermeras profesionales y 1.192 auxiliares de enfermería. No se sabe si el anterior personal labora exclusivamente en el subsistema privado o si también lo hace en alguno de los otros.

- La relevancia de la brigada de médicos cubanos para el MSPAS

No se puede hablar de la situación del recurso humano en el MSPAS sin tomar en cuenta el efecto que tienen las brigadas cubanas, que arribaron a Guatemala en la emergencia post Huracán Mitch del año 1998. Se estima que la brigada médica alcanzó 600 médicos en la época de emergencia. Pasada la etapa crítica, la cantidad de personal médico se ha mantenido alrededor de 400. Si se resta el personal médico asignado a hospitales, el Ministerio de Salud cuenta con un plantel de 740 médicos asignados al primer y segundo nivel de atención. Aproximadamente 400 médicos cubanos están prestando servicios en el primer y segundo nivel en todos los departamentos

del país (exceptuando los departamentos de Guatemala y Sacatepéquez). En consecuencia, la presencia del personal médico cubano permite al MSPAS aumentar en más de 50% el recurso humano que brinda atención. Esta situación ha sido bastante beneficiosa para el MSPAS, por lo tanto no es de extrañar que en tres diferentes gobiernos⁴⁵ se haya mantenido y aumentado la cooperación que se recibe a través de las brigadas cubanas. El costo de mantener este grupo de médicos es mucho menor que mantener médicos nacionales. Además, se reconoce que trabajan en áreas de extrema ruralidad en donde es difícil asignar a médicos nacionales.⁴⁶

Si se toma en cuenta la reversión en el gasto público en salud durante los últimos 10 años, es posible imaginar una catástrofe en el subsistema del MSPAS si no fuera por el apoyo que brinda la brigada de médicos cubanos. La pregunta obligada es: ¿qué hará el sistema de salud una vez no se cuente con esos médicos? El plan original era que los médicos cubanos serían relevados por médicos guatemaltecos preparados en la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba. Sin embargo el MSPAS no ha sido capaz de absorber dentro de su plantel a la primera generación de médicos que han vuelto al país.⁴⁷

Desarrollo de infraestructura para la prestación de servicios

La red de servicios del MSPAS tuvo un crecimiento sostenido durante el período 1975-2000 en cuanto a centros y puestos de salud. Es importante notar que la infraestructura hospitalaria ha estado prácticamente estancada durante dicho período, observándose una reducción en el número total de camas hospitalarias (de 8.329 camas en 1985 a 6.030 en el 2005). Las clínicas periféricas también

⁴⁵ Gobiernos de Álvaro Arzú Irigoyen, Alfonso Portillo Cabrera y Óscar Berger Perdomo.

⁴⁶ El Periódico (2006b); Prensa Libre (2002).

⁴⁷ El Periódico (2006b).

⁴⁴ Recursos Humanos MSPAS.



disminuyeron de un total de 15 para el año 2000 a 3 para el año 2005, según se indica en el Informe de Rendición de Cuentas 2005 y en la Memoria Epidemiológica 2000 y Red de Servicios MSPAS 1995.

La red de servicios del IGGS presenta un desarrollo similar al observado en el MSPAS. Durante el período 2000-2005, se observa un aumento en las unidades del primer y segundo nivel de atención y un estancamiento en los hospitales y reducción en el nivel de camas disponibles: de 2.295 en el año 2000, a 2.220 en el año 2005.⁴⁸

La infraestructura de la red privada de servicios ha experimentado un crecimiento considerable en un período de 10 años. Durante el período 1995-2004 se registraron 292 nuevos hospitales, mientras que un total de 2.614 nuevas clínicas privadas fueron registradas entre los años 1995 y 2006. La red de nuevos laboratorios clínicos privados creció en 714 unidades durante el período 1996-2006. Aún cuando la expansión de la red privada de establecimientos se extendió en los 22 departamentos del país, el mayor crecimiento se dio en el Departamento de Guatemala. Por ejemplo, el 58% de todas las nuevas clínicas privadas (período 1995-2006) se abrieron en dicho departamento (Dirección de Regulación de Establecimientos y Afines -MSPAS).

Es importante anotar que las bases de datos de establecimientos privados del MSPAS no indican los registros de establecimientos anteriores al año 1995, por lo tanto no se sabe el total de establecimientos privados que se encuentran funcionando. Sin embargo, los registros que se tienen para el período 1995-2006 indican un crecimiento acelerado de la red del sector privado. En cuanto a la disponibilidad de camas hospitalarias, los registros del INE establecen que para el año 2004 existía una oferta de 2.802 camas en la red privada de servicios.

⁴⁸ Memorias de Labores (IGSS).

Sistema de información

La noción de un sistema de información hace referencia a procesos organizados e interconectados. En la práctica, la mayoría de sistemas de salud, particularmente aquellos que son fragmentados, no poseen cohesión ni tampoco integración en sus sistemas de información. En la mayoría de casos, dichos sistemas reflejan más lineamientos administrativos y las áreas o temas en los cuales existe interés por parte de los donantes, por ejemplo el servicio materno infantil.⁴⁹

La descripción arriba mencionada refleja en forma clara la situación de los sistemas de información en Guatemala. A pesar que el MSPAS es el ente rector en el país, su sistema de información rutinaria, denominado SIGSA, únicamente abarca los servicios y acciones al interior del MSPAS, sin conexión o relación con la información producida por el IGSS y las instituciones en el subsistema privado. De hecho, existen diferentes sistemas aún dentro del MSPAS, pues el programa de extensión de cobertura posee su propio sistema de información rutinaria que tiene poca relación e intercambio con el SIGSA.

Una evaluación del SIGSA⁵⁰ realizada en el año 2004, encontró que el análisis de la información recolectada se hace en forma limitada y se la utiliza poco para la toma de decisiones. En esencia, el sistema funciona como centro de acopio de información. Adicional a ello, la información sigue la lógica de los diferentes programas del MSPAS (estructurado en forma segmentada por programas de atención). Tampoco existen procesos ni personal cuya labor sea el análisis coherente de la información en su conjunto. Otra debilidad identificada describe que el movimiento de la información es de una vía: de la periferia al centro; sin devolución de información del centro a la

⁴⁹ AbouZahr & Boerma (2005).

⁵⁰ Briggs (2004).



periferia. Estos elementos imponen limitantes para que el sistema apoye la toma de decisiones. También se encontró que el sistema no tiene un referente informativo de base comunitaria y la automatización está limitada por falta de un manual del usuario y la imposibilidad en hacer cruce de variables.

El SIGSA también refleja claramente aquellos temas en los cuales existe apoyo e interés por los donantes de información. Por ejemplo, los formularios y procesos mejor desarrollados del sistema se refieren a las coberturas del esquema de vacunación y la gestión de métodos modernos de planificación familiar. Otro componente de desarrollo reciente es la gestión de medicamentos. Un análisis integral de la información se encuentra por lo tanto, ausente.

El sistema de información en salud es parte de un sistema ampliado de información social y económica. De esta cuenta, otros sectores también producen y recogen información relevante para el sistema de salud. Por ejemplo, el INE realiza encuestas poblacionales (ENCOVI, ENIGFAM) que contienen módulos o preguntas específicas de relevancia para el análisis de la situación de salud. El INE también recoge información de producción de servicios de los establecimientos privados de salud. El Colegio de Médicos recoge y analiza información de producción de personal médico y el Banco de Guatemala recoge y analiza información relacionada al mercado de medicamentos en el país (producción local e importación). A pesar que toda la información arriba mencionada es de relevancia para el sistema de salud, no existe integración y análisis de los datos, lo cual debería ser una labor del MSPAS como ente rector del sistema de salud. La desconexión en los procesos de información arriba mencionados es, al mismo tiempo, una causa y un efecto de la pobre rectoría que ejerce el MSPAS dentro del sistema de salud del país.

Rectoría del sistema de salud

Los ministerios de salud de las regiones de Norte, Centro, Sur y Caribe del continente americano han definido como una prioridad el fortalecimiento de la función rectora.⁵¹ A través de la rectoría, se espera que el sector salud asuma funciones para coordinar los recursos nacionales y multisectoriales con el objetivo de mejorar la equidad y el bienestar social.⁵² Fortalecer el papel rector del MSPAS en Guatemala es la política nacional número uno.⁵³ Sin embargo existen limitantes importantes para poder realizar una rectoría efectiva dentro de sistemas de salud que son segmentados y fragmentados.

En Guatemala existe un marco legal que identifica claramente las funciones de rectoría sobre todo el sistema de salud que posee el MSPAS. Sin embargo, en la práctica, la rectoría se circumscribe únicamente al propio MSPAS y no llega a otras entidades públicas (Sanidad Militar y Hospital de la Policía), mucho menos hacia el IGSS o al subsistema privado. Estas limitantes en la posibilidad de ejercer rectoría son comunes a todos los sistemas de salud segmentados y fragmentados.

A lo anterior hay que agregar que el propio MSPAS ha implementado políticas e intervenciones que afectan su capacidad de rectoría al interior de sí mismo. Por ejemplo, el programa de extensión de cobertura, al introducir los médicos ambulantes subcontratados a través de organismos no gubernamentales, ha aumentado aún más la fragmentación del subsistema al agregar un tipo de proveedor de servicios, sin integrarlo efectivamente con la red de servicios existente.

También existen elementos de transparencia que dificultan que el MSPAS pueda realizar

⁵¹ OPS (2002a).

⁵² Marín (2000).

⁵³ MSPAS (2004).



una rectoría del sistema, principalmente si se relaciona al IGSS. Por ejemplo, el Estado es el principal deudor del IGSS. Su deuda ascendía a más de 11 mil millones de quetzales para el año 2006.⁵⁴ Por otra parte el Estado, a través del Poder Ejecutivo, nombra tanto a las autoridades del MSPAS como a las autoridades que rigen el consejo administrativo del IGSS. Lo anterior crea conflictos de intereses que afectan la posibilidad de obtener relaciones transparentes y, de acuerdo al marco legal vigente, dentro del MSPAS como ente rector.

En una sección anterior se describió la desarticulación que existe en el sistema de información en salud. Es difícil pensar en una rectoría efectiva cuando no existe información adecuada o la misma es incompleta. En resumen, las posibilidades de ejercer una rectoría efectiva por parte del MSPAS son limitadas por los aspectos enunciados arriba.

La medicina tradicional y la medicina maya en el sistema de salud

Por lo general, la medicina tradicional se asocia con el uso de plantas medicinales y otros procedimientos alternativos, mientras que la medicina maya se refiere al modelo de concebir el proceso de salud-enfermedad que es inherente a los grupos étnicos del país y que difiere con el modelo biomédico occidental.⁵⁵ Aún cuando la medicina maya utiliza plantas medicinales y otras acciones alternativas, su accionar va más allá e incluye procesos de interacción social y cultural.

Es importante notar que el marco legal existente busca promover un sistema de salud multicultural, pero bajo la perspectiva de la medicina tradicional (plantas medicinales y tratamientos alternativos) y no explícitamente como la coexistencia y coordinación de dos modelos de salud igualmente válidos y

vigentes (maya y biomédico occidental). En otras palabras, las acciones implementadas por el MSPAS reflejan la noción de que el modelo biomédico occidental es el hegemónico y que debe integrar las prácticas de la medicina tradicional que pueden serle de utilidad. Esta situación se describe a continuación.

El marco legal en apoyo a la medicina tradicional, incluye en los Acuerdos de Paz los temas sobre identidad de los pueblos indígenas y sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria. Ambos temas hacen énfasis en valorar la importancia de la medicina indígena y tradicional y promueven el estudio y rescate de sus concepciones, métodos y prácticas.

El Código de Salud, en su artículo 161, define que el Estado, a través del sector salud, incorporará, regulará y fortalecerá los sistemas alternativos como la homeopatía, la medicina natural, la medicina tradicional, medidas terapéuticas y otras para la atención de la salud; estableciendo mecanismos para su autorización, evaluación y control. En sus artículos 163, 164 y 165, el código define a los productos fitoterapéuticos y zooterapéuticos, estableciendo un sistema de vigilancia y control sobre la acción de los mismos.

El Plan Nacional de Salud para el período 2000-2004 incluyó dos políticas específicas que hacían mención y establecían líneas de acción. Dicho plan contemplaba como actividades relevantes: a) la articulación de los servicios tradicionales de salud con los servicios institucionales, b) la incorporación de un vademécum para su uso en los servicios de salud y c) la definición de un listado básico de plantas medicinales para su uso en las normas de atención. Por otra parte, el Plan Nacional de Salud 2004-2008 no menciona directamente aspectos de la medicina tradicional. Indirectamente lo hace en la política número 2, la cual busca "la satisfacción de las necesidades de salud de la

⁵⁴ Informe Anual del IGSS (2006).

⁵⁵ INS (2002).



población guatemalteca mediante la entrega de servicios de salud con calidad, calidez, equidad y con enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención". A pesar de lo anterior, no se incluyen estrategias específicas que identifiquen la medicina tradicional como parte de un enfoque intercultural a la entrega de servicios.

El MSPAS cuenta con un programa nacional de medicina tradicional, el cual sólo posee un coordinador de programa, sin ningún otro recurso humano adicional. Dicho programa no posee un presupuesto específico asignado; en su lugar, se financian actividades específicas tales como la impresión de folletos, talleres de capacitación, etc. El plan operativo del programa tiene como objetivos los siguientes:

- Objetivo general: crear condiciones de un sistema de salud incluyente que reconoce, respeta, valora y practica la medicina tradicional en los diferentes niveles de atención, con calidad, calidez y cobertura.
- Objetivo específico: promover la prestación de servicios culturalmente accesibles y aceptados con un enfoque de atención primaria de salud en los diferentes niveles de atención.

Es posible apreciar la dificultad en hacer operativos los objetivos anteriores cuando el Plan Nacional de Salud 2004-2008 no incluye políticas o estrategias específicas que brinden dirección y se toma en cuenta la falta de recursos específicos (presupuesto y personal técnico a nivel de prestación de servicios), por parte del MSPAS como ente rector.

Existen ONG's que trabajan en medicina tradicional. Entre las más conocidas se puede mencionar los siguientes:

- Médicos Descalzos: que tienen laboratorios artesanales en el área de Quiché y elaboraron la guía para Centros de Salud.
- ASECSA: que cuenta con un laboratorio industrial de fitosanitarios cuyos productos son vendidos en farmacias de su sistema.
- FundaMaya: capacita comadronas a través de las municipalidades.
- FARMAYA: envasa productos naturales como materia prima.
- CCAM: trabaja en capacitación.
- Quinfica: envasa productos naturales como materia prima y elabora productos fitosanitarios.
- Laboratorios Vida: elabora productos y tienen una clínica de medicina natural.
- Asociación de Médicos Mayas de Occidente.

Existe también una participación en el tema por parte de algunas universidades del país. Por ejemplo, la Universidad Rafael Landívar cuenta con un módulo de medicina tradicional en el pensum de la carrera de medicina y la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala organiza una maestría en plantas medicinales. Además, la Organización Panamericana de la Salud ha elaborado una guía de uso de plantas medicinales para servicios de salud, así como un compendio de plantas medicinales de uso en Centroamérica.

Finalmente, existen en el país clínicas privadas que prestan servicios de medicina tradicional/natural.

En resumen, a pesar de que existe un marco legal en apoyo a la integración de la medicina tradicional al sistema de salud, no existe aún evidencia concreta que dicho proceso esté ocurriendo en la práctica.



Capítulo II



Análisis de los procesos económicos, políticos y sociales que han influido en la configuración del sistema de salud en las últimas dos décadas

El sistema de salud no es independiente del sistema político, económico y social del país. Más bien es un reflejo del mismo. En la última década se ha escrito y se ha evidenciado el carácter excluyente del sistema social guatemalteco, particularmente referente al derecho a la educación y a la salud.⁵⁶ Uno de los resultados históricos de dicha exclusión es una deuda social acumulada que tiene implicaciones importantes para el sistema de salud. A pesar de tener la carga más baja de servicio a la deuda externa y el PIB más grande de la región, Guatemala es el país centroamericano con los niveles más bajos de inversión en el sector social.⁵⁷ Aunado a lo anterior, el conflicto armado interno, la crisis económica de la década de los 80 y las políticas económicas y fiscales de ajuste estructural, ocasionaron efectos directos en los programas sociales y en la situación de pobreza de la población. Los anteriores elementos son brevemente revisados a continuación.

La situación histórica de pobreza y desigualdad en el país

El problema de la pobreza en Guatemala es profundo y generalizado. En el año 2000, más de la mitad de los guatemaltecos (6.4 millones

de personas) se encontraban viviendo en condiciones de pobreza (con un ingreso diario que se situaba entre 1USD y 2USD por persona). Además, alrededor de 16% vivía debajo de la línea de extrema pobreza (ingreso diario menor de 1USD por persona por día). En cuanto a la población infantil, de acuerdo con la ENCOVI (2000), el 68% de todos los niños menores de 6 años (alrededor de 1.7 millones de niños) y el 63% de todos los menores de edad (aproximadamente 3.8 millones de niños y jóvenes menores de 18 años), vivían debajo de la línea de la pobreza.

La evidencia sugiere que los niveles de pobreza en Guatemala son más elevados que los de otros países centroamericanos. Esto a pesar de que el producto interno bruto (PIB) del país ha sido clasificado como de mediano rango. Si bien se estima que la pobreza disminuyó del 62% en 1989 al 56% en el 2000, esta tendencia se rompe para el siguiente año con un incremento en los índices de pobreza entre el 2001 y el 2002, debido a una serie de “shocks” económicos⁵⁸ y a un cambio negativo en el crecimiento económico. Entre los años de 1990 y el 2001 el PIB había crecido anualmente un promedio de 4.1%.

⁵⁶ Banco Mundial (2003); PNUD (2002; 2003).

⁵⁷ SIECA (2004); BADEINSO (2004).

⁵⁸ Banco Mundial (2003).





La pobreza está distribuida desigualmente. Más del 80% de la población catalogada como pobre y el 93% de la población de los llamados extremadamente pobres viven en áreas rurales. La pobreza se encuentra concentrada en la población indígena, que habita en su mayoría en áreas rurales. Mientras el 76% de la población indígena es pobre, únicamente el 41% de la población no-indígena presenta esta misma característica.⁵⁹ Existen también disparidades en la distribución de la pobreza entre las regiones geográficas del país. Por ejemplo, en la región metropolitana habita casi un cuarto del total de la población nacional y tiene menos de una quinta parte de población indígena. Esta región tiene los niveles más bajos de pobreza y extrema pobreza del país. Esto contrasta con la región Norte, que posee la concentración más grande de población indígena y en donde tres cuartos de su población vive en condiciones de pobreza y más de un tercio en la extrema pobreza. El Sur Occidente del país tiene una población similar a la región metropolitana en cuanto a cantidad, pero con una mayoría de población indígena. Esta región es una de las más pobres del país.⁶⁰

Las disparidades de ingreso y consumo que existen en Guatemala la hacen uno de los países más desiguales del mundo. En la distribución poblacional del ingreso, el quintil superior de ingreso es el que consume más de la mitad de todos los bienes.⁶¹ Además, esta desigualdad también es similar cuando se cruza la información por etnidad. A pesar de que la población indígena representa más del 40% de la población total, el ingreso y el consumo de esta población representan menos del 25% de los totales del país.⁶² En cuanto a distribución de tierra, las estadísticas de 1979 indican que menos del 2% de la población era propietaria de por lo menos 65% de la tierra, lo cual representa una tenencia de las

⁵⁹ Banco Mundial (2003).

⁶⁰ INE (2003); INE (2001).

⁶¹ PNUD (2002).

⁶² Banco Mundial (2003).

más desiguales y sesgadas entre los países en desarrollo.⁶³

Con lo arriba descrito, no es difícil entender porqué el sistema de salud es segmentado y coloca a la población pobre, rural e indígena en la mayor vulnerabilidad ante las necesidades de salud.

El conflicto armado interno

Guatemala también ha sufrido una larga historia de autoritarismo, de gobiernos militares y de inestabilidad política. Entre los años de 1900 y 1996 el país tuvo seis golpes de estado, cinco constituciones y 35 gobiernos distintos, de los cuales 15 eran juntas militares.⁶⁴ En 1960 el país comenzó una etapa de conflicto armado que hizo que las fuerzas del gobierno llegaran a su punto más fuerte en contra de la guerrilla izquierdista. La oposición al gobierno y a los militares comenzó con algunos oficiales no indígenas e intelectuales civiles que se encontraban alineados con el movimiento marxista. En las décadas entre 1970 y 1990, la guerra involucró población indígena tanto en la facción militar como de la guerrilla.

El cenit del conflicto fue al comienzo de la década de 1980, cuando el movimiento de la guerrilla contaba con de 6.000 a 8.000 hombres armados y de 250.000 a 500.000 colaboradores activos. En respuesta a esto, el ejército lanzó un movimiento de contra insurgencia que alcanzó proporciones de genocidio: ejecuciones bajo estrategias de “tierra arrasada”, patrullas de autodefensa civil obligatorias así como la militarización de todo el aparato administrativo del Estado. En total, más de 200.000 personas (es decir, más del 2% de la población total) fueron asesinadas o desaparecidas, y otro millón (10% de la población) fue desplazada. En total, más de 600 pueblos fueron completamente destruidos.

⁶³ PNUD (2003).

⁶⁴ Banco Mundial y CC (1997).

Paradójicamente, Guatemala tuvo una de las economías más estables de América Central durante todo el período del conflicto armado y su PIB continuó creciendo, aunque el crecimiento decayó durante la década del 80.⁶⁵ Se ha estimado que si el conflicto armado no hubiera ocurrido, el PIB per cápita en el 2000 hubiera sido 40% más alto y los niveles de pobreza hubieran sido 12% menor.⁶⁶ Durante el conflicto armado, las políticas y estrategias orientadas a disminuir la pobreza prácticamente no existieron. De hecho, el uso del término “pobreza” era considerado tabú en los círculos oficiales de esos años debido a su relación con el concepto de igualdad, los cuales estaban asociados con los insurgentes de izquierda.

Para el final de la década de 1980 el conflicto armado se había reducido y la guerra terminó formalmente en 1996 con la firma de los Acuerdos de Paz. Estos acuerdos abrieron las puertas a una nueva era de democratización, de abogar por la equidad, de derechos humanos y de derechos indígenas, así como para el fortalecimiento de la sociedad civil.⁶⁷

La crisis económica de los años ochenta y la transformación del modelo económico

Se ha dicho que la crisis económica de los 80 fue producto de la caída en los precios de las principales exportaciones, desequilibrios en las finanzas públicas y la intensificación del conflicto armado interno.⁶⁸ Durante la crisis, se abrió una brecha fiscal que incluyó el recorte del gasto público y principalmente los programas sociales. El gasto real per cápita en salud disminuyó en 55% en el período 1981-1985.⁶⁹ Dicha crisis tuvo impacto no sólo sobre el gasto público sino también en las condiciones generales de vida de la población.

⁶⁵ Banco Mundial (2003).

⁶⁶ Banco Mundial (2003).

⁶⁷ Banco Mundial y CC (1997).

⁶⁸ PNUD (2002).

⁶⁹ Gutiérrez y cols. (2006).

Se estima que durante el período 1981-1985, se redujo el consumo de maíz, arroz, hortalizas y carnes (entre otros productos). Lo anterior resultó en una reducción de 7% en la disponibilidad de calorías por personas. Las calorías provenientes del maíz se redujeron en un 15%, afectando principalmente a la población de menor ingreso cuya alimentación está basada en el maíz.⁷⁰

Uno de los resultados de la crisis económica y el ajuste estructural fue la emigración de más de 1 millón de guatemaltecos y guatemaltecas (principalmente a los Estados Unidos de América). Esto provocó que las remesas hayan crecido en los últimos 10 años al grado de representar un 66% de todo el ingreso por exportaciones y el 9.2 del PIB en el año 2005. Por lo tanto, se puede decir que el modelo económico vigente descansa en esencia sobre las remesas familiares y las exportaciones no tradicionales (textiles y agrícolas).⁷¹

Una base impositiva fiscal insuficiente para financiar la inversión social

Guatemala posee una de las cargas fiscales más bajas de toda América Latina y el Caribe. Aún cuando ha crecido paulatinamente en relación al PIB (de 7% en 1990 a 10.6% en 2002), dicho crecimiento ha sido insuficiente para alcanzar la meta de 12% planteada en los Acuerdos de Paz.⁷² Una baja carga impositiva tiene repercusiones directas para financiar el gasto social, incluyendo dentro de esto, el gasto público en el sistema de salud. Un problema agregado a la baja carga impositiva es la evasión tributaria. Se ha estimado que la evasión tributaria fue del 40% de la recaudación potencial en el período 1996-2001.⁷³ Las reformas tributarias realizadas en los años 2001 y 2002 no lograron un mayor impacto en la recaudación ya que el aumento fue únicamente

⁷⁰ Gutiérrez y cols. (2006).

⁷¹ Ídem (2006).

⁷² Cely y cols. (2003).

⁷³ Schenone y Torres (2003).



de 0.7 del PIB. Los factores anteriores hacen que la sostenibilidad tributaria, y por ende la sostenibilidad del gasto público, sean inciertos en Guatemala.⁷⁴

Los Acuerdos de Paz y la inversión en el sistema de salud

Los Acuerdos de Paz que culminaron 36 años de guerra civil en Guatemala, incluyen metas específicas y concretas para el sistema de salud (aumento del gasto público en salud), así como temas que deben ser centrales en las políticas de salud (tales como universalizar la cobertura de seguridad social en los trabajadores y equidad en el acceso al sistema). Constantemente se hace referencia a dichos acuerdos como el eje de la política social y económica en Guatemala.

Los acuerdos también establecen prioridades entre las cuales la salud ocupa un escaño alto. También hacen referencia a la necesidad de desconcentrar y descentralizar los servicios de salud en todos los niveles y de la necesidad de coordinar con el IGSS y otros prestadores públicos y privados de salud. Otra meta trazada es la reducción de la mortalidad materna, que debía haber disminuido un 50% de 1995 a 1999 con respecto a la información que se tenía en 1995.

Los análisis sobre los avances indican que ha habido algunos logros en el proceso o condiciones para implementar los acuerdos. Por ejemplo, la creación del SIAS, de la Comisión Interinstitucional de los Acuerdos de Paz y la aprobación de un conjunto de leyes orientadas a lograr el desarrollo del país a través de la descentralización, de otorgar más autonomía a las autoridades locales y que favorecen la participación comunitaria organizada.⁷⁵

Sin embargo, se percibe que después de 10 años los compromisos centrales y las metas no han

sido cumplidos y los pocos avances en el proceso no han resultado en un impacto sobre las condiciones de vida de la población. Por ejemplo, en los casos donde se evidencia una mejora en los índices globales (nutrición y salud materno-infantil), los mismos aparecen estancados o con mayor precariedad al desagregarlos por variables geográficas, de etnicidad y educación de la madre.⁷⁶ Tampoco se ha alcanzado la meta de recaudación fiscal, lo cual ha afectado la disponibilidad de recursos para la inversión social. En general, la población no percibe un cambio sustancial en sus condiciones de vida desde que se firmó la paz.⁷⁷

El rol de la cooperación internacional en el sistema de salud

Si se toma en cuenta que la contribución financiera a través de donaciones no llega al 3% del gasto total en salud, se podría pensar que el rol de la cooperación internacional no es relevante. Sin embargo, si se considera que durante el período 1996-2005, la cooperación internacional BID, KFW y JICA otorgó alrededor de 580 millones de quetzales en préstamos para el sector salud, en adición a asistencia técnica, la visión sobre el rol de la cooperación internacional es otra. La cantidad arriba mencionada representa alrededor de una tercera parte del presupuesto anual del MSPAS para los años de mayor asignación (2002 y 2003).

La asistencia técnica que acompaña regularmente a estos préstamos, se enfoca en asesorar sobre mecanismos de financiamiento, modelos de atención y las prioridades que se dictan en los programas del MSPAS. Existe también otro tipo de apoyo el cual va directamente a programas específicos. Como resultado, es posible identificar disparidades relevantes entre la infraestructura y recurso técnico que cuentan los programas del MSPAS (por

⁷⁴ PNUD (2003); Flores (2006).

⁷⁵ SEPAZ (2005); Pineda (2004); PNUD (2003).

⁷⁶ Pineda (2004); Global IDP (2004); Prera (2007); Mera (2007).



ejemplo: el programa de salud reproductiva versus el programa de enfermedades crónicas y degenerativas o el de medicina tradicional).

El efecto de las remesas

Con los bajos niveles de protección social en salud observados en Guatemala, es posible pensar que las crisis del sistema de salud en el país debería ser mucho peor de lo que han sido hasta ahora. Una de las razones por lo que no ha empeorado, es probablemente por el aumento del gasto de bolsillo que está asociado a las remesas familiares, las cuales han tenido un efecto significativo para paliar la reducción del gasto público en salud. La encuesta de remesas familiares para el año 2006, reveló que un 10% de todos los gastos que se hicieron a través de las remesas recibidas fue para gastos en salud. De estos, 98% fue para consumir servicios de salud (medicamentos, exámenes diagnósticos, honorarios médicos, hospitalizaciones) y únicamente 2% para pago de aseguramiento. En total, la cantidad gastada representa más de 283 millones de dólares por año, lo cual es superior al total del gasto en salud ejecutado por el MSPAS en el mismo año.⁷⁸

Es importante notar que esta cantidad no ha sido utilizada para crear un aseguramiento en la población que permita brindar protección social y distribuir el riesgo (*risk-pooling*) entre la población. La dependencia en las remesas es tal, que una caída de las mismas podría tener un impacto directo en la capacidad de la población para acceder a servicios de salud. Esto significa que el sistema de salud debe, en lo inmediato, buscar opciones que permita hacer un “*pooling*” de recursos. Las propuestas actuales, por vía del Acuerdo de Visión de País o la Mesa de Salud y Nutrición, no tocan estos temas sino que únicamente sugieren una inyección mayor de recursos para el sistema hospitalario. Debido a la naturaleza de la demanda de los servicios personales y de los cambios en el perfil epidemiológico del país, se anticipa que el aumento en el presupuesto no logrará resolver las crisis de los hospitales ni del sistema, sino que son paliativos temporales. En el mejor de los casos, únicamente brindarán atención a la población que tiene acceso a la red de hospitales públicos, particularmente los metropolitanos, pero no a la población que está por fuera.

⁷⁸ OIM (2006).



Capítulo III



Reforma del sector salud; avances y limitaciones

Es importante iniciar clarificando que lo que se han llamado reformas del sector salud en Guatemala, realmente ha sido un proceso de reforma del MSPAS. Esto porque no han tocado reformas a la seguridad social,⁷⁹ ni tampoco al subsistema privado, tal como lo han hecho otros procesos de reforma como los realizados en países como Costa Rica, Chile y Colombia, entre otros. Por lo tanto es importante tener en cuenta que no es un proceso de reforma de todo el sistema de salud, sino que va dirigido al subsistema del MSPAS. El análisis siguiente hace referencia al proceso que se ha suscitado al interior del MSPAS.

Los primeros documentos que hablan de reforma del sector datan de finales de la década del 80. Sin embargo, acciones concretas no aparecen sino hasta mediados de la década del 90. En 1995, con el apoyo técnico y financiero del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo, Guatemala comenzó un proceso con tres metas específicas:

- La primera se refería al aumento en el nivel del gasto público en salud. Dicha meta buscaba que para el año 2000, el Gobierno incrementaría el nivel del gasto en salud en relación con el PIB 50% a partir de 1995.⁸⁰

⁷⁹ Sánchez (2005).

⁸⁰ MINUGUA (2004).

- La segunda meta era mejorar la eficiencia del sistema de salud.
- La tercera era mejorar los niveles de equidad a través del gasto público, para facilitar el acceso a servicios de salud para la población rural con acceso limitado a la red de servicios.

En el documento el Gobierno también se comprometió a reducir los índices de mortalidad materno-infantil en un 50%.⁸¹

Para cumplir con estas metas, se generaron varios cambios institucionales. Estos incluyeron una política de descentralización financiera que comenzó a partir de 1996. A través de esta política, la distribución de los recursos recurrentes no salariales fue transferida del nivel central del MSPAS a las direcciones de área de salud. El manejo de los recursos humanos –que incluye los salarios– todavía se controla en el nivel central.

El proyecto de reforma en Guatemala se propuso: transformar el modelo de producción social de la salud, hacia un sistema de salud más eficiente y ecuánime. El programa se inició oficialmente con la implementación del mejoramiento de los servicios de salud, el cual obtuvo un préstamo del Banco Interamericano

⁸¹ MINUGUA (2004).



de Desarrollo –BID– que contó con un crédito sectorial de US\$25 millones y una cooperación técnica no reembolsable por US\$13.5 millones. La implementación del programa se ha venido haciendo a través de tres componentes: a) desarrollo institucional b) financiamiento del sector y c) la ampliación y mejoramiento de los servicios de salud. El componente de desarrollo institucional busca ampliar el marco jurídico y la capacidad rectora del Ministerio de Salud, promover la descentralización y la desconcentración administrativa, así como la implementación de compromisos de gestión.

El componente relacionado al financiamiento del sector, promueve el incentivo a la participación privada y no gubernamental en la prestación de servicios de salud, con el objetivo de aumentar la oferta de servicios de salud a la población. El propósito es reasignar el gasto público hacia la atención preventiva, así como priorizar la atención a la población postergada sin acceso a los servicios.⁸² La ampliación y mejoramiento de servicios se refiere a la entrega de una canasta básica de servicios a la población tradicionalmente sin acceso. Para la entrega de la misma, se promueve la participación de proveedores no gubernamentales.

Avances y limitaciones de la reforma

El proceso de reforma en Guatemala cumplió 12 años de implementación en el año 2006. El análisis de los avances y retrocesos, se hará siguiendo los procesos y políticas implementados alrededor de las 3 metas principales que se propuso el programa a) aumento del gasto público en salud b) mejora en la eficiencia y c) mejora de la equidad. Finalmente se analizarán algunos avances en los procedimientos de la reforma.

- Niveles del gasto público en salud

El nivel de gasto público social es una medida de la prioridad que los distintos gobiernos le asignan a las metas sociales. En Guatemala, existen metas específicas del gasto público en salud contenidas en los Acuerdos de Paz. Estas metas sirven de indicador sobre el nivel de cumplimiento de los gobiernos a las metas sociales. La reforma de salud toma dichos acuerdos y se propuso aumentar el gasto público en salud. La meta que se trazó para el financiamiento público de las reformas del sector salud fue incrementar el nivel del gasto público de un 0.88% del PIB de 1995 para 1.25% del PIB para el año 2000. Durante el año 1997, el gasto público en salud incrementó sustancialmente, haciendo pensar que era posible alcanzar la meta. Sin embargo, el gasto cayó en los años subsiguientes en términos reales (ver Cuadro No.1). Como resultado, durante el período de 1997 al 2003 el gasto público disminuyó en un 10%. Es también importante resaltar que excepto para el 2001, el gasto como porcentaje del PIB también ha disminuido (ver octava columna en Cuadro No.1). La más baja asignación de recursos ocurrió en el 2003, cuando el 0.9% asignado estaba significativamente por debajo de la meta de 1.25%.

Otra forma de identificar la prioridad que los gobiernos le han asignado a la salud es a través del análisis de la proporción del gasto público total que corresponde al MSPAS. La Gráfica No. 1 muestra que durante el mismo período (1997-2003), la asignación al MSPAS ha sufrido disminuciones importantes: de un 9% del total del gasto público en el año 1997, a 6.4% en el año 2003. Lo anterior ha ocurrido al mismo tiempo que el total del gasto gubernamental se ha incrementado (del 10.4% del PIB para 1996 al 13.4% para el 2000), por lo que es posible identificar que los gobiernos de turno no han priorizado la inversión en salud. Es todavía más importante recalcar que el creciente gasto público beneficia sectores no sociales, entre

⁸² PHR (1998).



Cuadro No. 1
Gasto público en salud 1997-2003

Año	Presupuesto según acuerdos de Paz	Presupuesto Asignado (Q millones)	Población (millones)*	Presupuesto asignado al MSPAS per cápita (Q. nominales)	Presupuesto asignado al MSPAS per cápita (Q. reales base 1997)**	PIB (Q. millones)	Presupuesto asignado como % del PIB
1997	1.687	1.221,4	10,5	116,3	116,3	107.873	1,13
1998	1.940	1.222,6	10,8	113,3	106,9	124.023	0,99
1999	2.166	1.236,6	11,0	112,2	99,9	135.287	0,91
2000	2.342	1.369,8	11,2	121,9	102,3	149.753	0,91
2001	2.577	1.657,6	11,5	144,5	114,5	164.795	1,01
2002	2.845	1.701,9	11,7	145,5	108,7	181.945	0,94
2003	3.062	1.753,2	11,9	146,9	103,5	195.786	0,90

Fuente: Adaptado de Bitrán y López (2003)* Crecimiento anual promedio población 2,02%

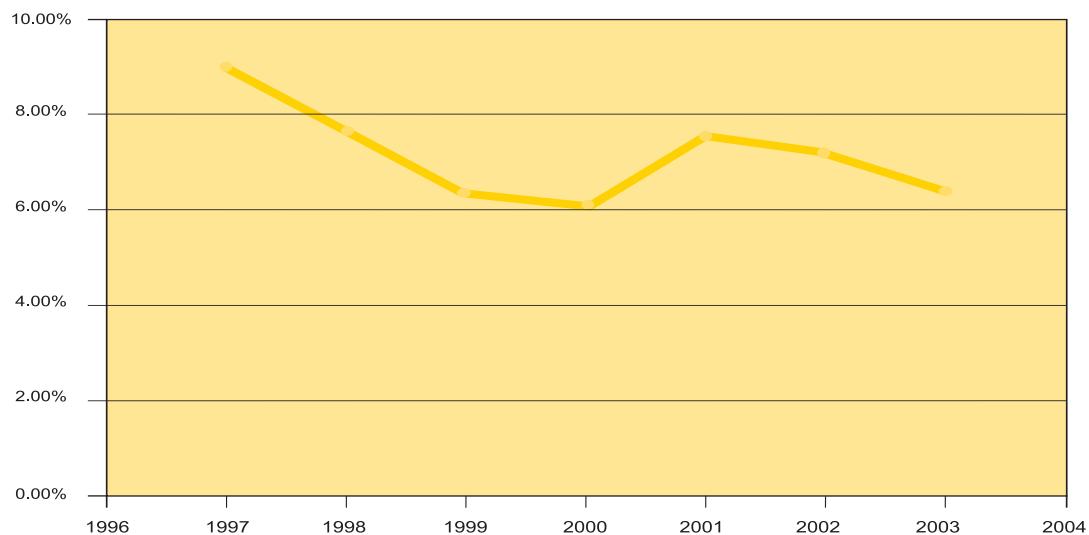
** Inflación anual promedio 6,00%

ellos el Ministerio de la Defensa. A pesar del compromiso de los Acuerdos de Paz de reducir los gastos de este ministerio, las asignaciones crecieron en más de un 100% entre los años 1990 y 2003.⁸³

Con los datos anteriores, es posible concluir que la reforma no ha avanzado en la meta de aumentar el gasto público en salud. Por lo contrario, se observa una tendencia a reducir el gasto público.

⁸³ El Periódico (2004).

Gráfica No. 1
Presupuesto MSPAS como porcentaje del gasto total del gobierno



Fuente: Bitrán y López (2003)



- Mejora en la eficiencia

Roberts y colaboradores (2004) sugieren que para el sector salud y sus reformas, dos ideas alrededor de la eficiencia son relevantes: ¿qué servicios son prestados? y ¿cómo son prestados dichos servicios?

Un sistema de salud es por lo tanto eficiente cuando presta los servicios que son adecuados (basado en las metas del sistema) y cuando dichos servicios son entregados a la población en una forma correcta. Lo anterior representa dos nociones de la eficiencia: eficiencia técnica y eficiencia en la asignación (*allocative efficiency*).

La eficiencia técnica se refiere a la producción o prestación de un servicio a un costo mínimo. También se formula como aquélla en donde se obtiene el máximo resultado por una cantidad determinada de dinero. El abordar la eficiencia técnica incluye el determinar si se cuenta con la mezcla adecuada de personal, equipo, insumos y establecimientos para la prestación de servicios de salud. Los paquetes básicos de servicios son estrategias dirigidas a mejorar la eficiencia técnica al basarse en intervenciones costo-efectivas.

La eficiencia en la asignación (*allocative efficiency*) se refiere a determinar si un sistema de salud está produciendo o prestando la combinación adecuada de servicios que le permita alcanzar las metas globales del sistema. Usualmente los economistas entienden la eficiencia en la asignación como el grupo de servicios que maximiza la satisfacción de los usuarios. Por ejemplo, los planificadores de la salud abordan la eficiencia en la asignación cuando investigan si un grupo determinado de servicios maximiza la ganancia en el estado de salud de la población, llamado en ocasiones efectividad.

salud un mejor desempeño con los recursos existentes. Es por ello que muchas reformas del sector salud giran alrededor de una mejora en la eficiencia. El abordar la eficiencia es, sin embargo, políticamente complejo y presenta resistencia por parte de diferentes actores (trabajadores del sistema de salud, población y clase política). Lo anterior porque la misma conlleva decisiones en cuanto a cambiar la cantidad y forma en que se utilizan los recursos e insumos (eficiencia técnica) o cambiar la cantidad y/o tipo de servicios que se prestan a la población (eficiencia en la asignación).⁸⁴

Aún cuando la mejora de la eficiencia es uno de los objetivos centrales de la reforma en Guatemala, no existe un monitoreo y evaluación sistemática que permita identificar si ha habido ganancias en este campo. Se ha hecho referencia a las mejoras realizadas a través de la distribución de recursos financieros hacia programas de atención primaria o prevención. En este campo, se puede decir que el nivel de inversión que se ha hecho a través del SIAS (extensión de cobertura) ha logrado aumentar el nivel del gasto hacia los servicios básicos. Es importante aclarar que el SIAS únicamente abarca la eficiencia técnica, a través de paquetes de intervenciones costo-efectivas y no la eficiencia en la asignación. Esto porque el paquete básico deja por fuera otras necesidades de salud de la población como: atención a enfermedades crónicas y degenerativas, salud laboral y del adulto, y salud de personas en la tercera edad, que están relacionadas con la mejora en el estado de salud de la población.

El contrato abierto para la compra de medicamentos y el Programa Ampliado de Medicamentos son dos ejemplos citados sobre mejoras en la eficiencia del MSPAS. Primero es necesario aclarar que ambos procesos no forman parte de las metas de reforma. Sin embargo, en vista que fueron liderados por los mismos actores del proceso de reforma, usualmente

⁸⁴ Roberts y cols. (2004)



se presentan como parte de las reformas del sector.⁸⁵ Existe evidencia que el contrato abierto logró importantes economías de escala, que se convirtió en ahorros importantes para el MSPAS y el IGSS (hasta un 65% y un 23% respectivamente para el año 1997). Parte de estos ahorros fueron utilizados para financiar el SIAS en sus inicios. Los ahorros han sido menores para los años subsiguientes.⁸⁶

Aparte de las experiencias arriba mencionadas, no existe evidencia de mejora en la eficiencia para gestionar los recursos relacionados a la entrega directa de servicios. Aún no se implementan medidas estandarizadas de productividad, por lo tanto la gestión de los recursos se realiza basada en prácticas y presupuestos históricos. Durante el período 1996-1999, se implementaron compromisos de gestión entre el nivel central del MSPAS y las jefaturas de área. Dichos compromisos no lograron un mayor impacto en la gestión de los recursos y su aplicación estuvo ausente durante el período 2000-2005.

- Mejora en la equidad

La equidad se puede evaluar a través de dos indicadores principales: a) equidad en la asignación de los recursos y b) equidad en la entrega de servicios de salud.

- Equidad en la asignación de recursos

La asignación de los recursos del MSPAS ha beneficiado históricamente a los centros urbanos, particularmente al área metropolitana. Este fenómeno ha creado inequidades importantes en la distribución de recursos. Por ejemplo, los centros urbanos tienen una mayor concentración de personal médico, establecimientos y presupuesto por población que las áreas rurales. Dentro de los centros urbanos, los recursos se han asignado en forma

concentrada hacia el área metropolitana. Se estima que a pesar de que únicamente el 25% de la población reside en el área metropolitana, el MSPAS consume más del 50% de sus recursos en la red de servicios presentes en dicha área.⁸⁷

Una mejora en la equidad se ve reflejada en una reasignación del presupuesto del MSPAS a cada una de las áreas de salud. Esta asignación debería de tomar en cuenta criterios de prioridad para intervenciones de salud (nivel de mortalidad y morbilidad materno-infantiles), así como niveles de pobreza. Después de casi 12 años de reforma, la entrega de los recursos hacia las diferentes áreas geográficas del país sigue mostrando un patrón de alta inequidad.⁸⁸ Los recursos del MSPAS se continúan asignado en mayor cantidad a los departamentos que poseen los índices más altos de desarrollo humano y menores niveles de pobreza (Guatemala y Sacatepéquez), mientras que al otro extremo, los departamentos con menores índices de desarrollo humano y mayores niveles de pobreza reciben la menor cantidad de recursos (San Marcos, Totonicapán, Huehuetenango).⁸⁹

- Equidad en la entrega de servicios de salud

La otra forma de poder analizar la equidad es a través de la entrega de servicios de salud. Una meta central de las reformas ha sido extender la entrega de servicios básicos hacia la población que ha tenido limitantes de acceso a la red del MSPAS. Esta meta se ha instrumentando a través del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), el cual sigue los lineamientos de los paquetes básicos, en donde se define un paquete de intervenciones costo-efectivas y se focaliza la población que recibe dicho paquete. La principal variante que se ha

⁸⁵ Barillas (2005).

⁸⁶ Barillas (2005).

⁸⁷ Valladares (2003)

⁸⁸ MSPAS (2005).

⁸⁹ INS (2003).



seguido en Guatemala es la de subcontratar a gran escala, la entrega de los paquetes de servicios a entidades no gubernamentales. Las experiencias al respecto se analizan a continuación.

El SIAS ha sido sin lugar a dudas el programa más visible y publicitado del proceso de reforma del sector salud.⁹⁰ La estrategia central del programa ha sido extender en forma acelerada la entrega del paquete básico de servicios hacia la población rural (en la mayoría de los casos). La entrega de servicios no descansa en la red del MSPAS sino en el contrato de prestadores no gubernamentales. La entrega del paquete por lo tanto, no involucra ni el desarrollo de infraestructura ni el aumento del recurso humano del MSPAS.

Los servicios son entregados a escala comunitaria a través de personal médico ambulatorio que hacen visitas periódicas (una vez al mes) a las comunidades. Estos equipos trabajan en colaboración con la presencia de personal comunitario voluntario permanente, así como con comadronas. Las comunidades están organizadas de acuerdo a unidades geográficas de 10.000 personas a las cuales se les llama "jurisdicciones". Cada jurisdicción tiene un facilitador institucional que ayuda supervisando aproximadamente a cinco facilitadores comunitarios, que son personas que viven dentro de las comunidades de la jurisdicción. Estos son responsables de la entrega de servicios preventivos y curativos básicos. Luego se encuentra al final de la red de extensión de coberturas, a los vigilantes de salud. El trabajo de estos es el de realizar diversas tareas de información y comunicación. Su área de cobertura es un vigilante por cada 20 hogares. Los facilitadores comunitarios reciben un pequeño salario por cada actividad realizada mientras que los vigilantes de salud son voluntarios, reciben estímulos en algunos casos durante la capacitación.

⁹⁰ Hecht y cols. (2004).

El financiamiento para el programa de extensión de coberturas se calcula en base de un sistema de capitación. Los contratados se estiman entre US\$8 y US\$15 por habitante por año, para que entregue el paquete básico de servicios de salud. Los pagos se hacen en forma trimestral y en teoría, los prestadores no reciben ningún pago hasta que se ha hecho un análisis de su desempeño. Sin embargo, dado que existe un número muy grande de contratos, estos son pagados sin ningún monitoreo o supervisión en la mayoría de los casos. Para el año de 1999, el SIAS tenía 116 convenios en 20 de los 22 departamentos del país y operaba con 78 organizaciones no gubernamentales. Se reportaba que la población beneficiada era principalmente rural, por lo que no tenía acceso a la red de servicios. En 2002 existían 161 contratos con 92 proveedores, que eran organizaciones sin ánimo de lucro.

Algunos grupos de la sociedad civil han manifestado su preocupación en cuanto a las marcadas diferencias en la calidad de servicios que reciben. En el sistema de extensión de coberturas existen tanto ONG's que hacen una labor encomendable como ONG's con pobre desempeño.⁹¹ Todavía no existe una evaluación completa de todos los proveedores, sin embargo, el MSPAS canceló varios contratos en el 2004, cuando encontró que algunos proveedores no ofrecían todos los servicios que declaraban en sus reportes trimestrales.

Es importante mencionar que, aunque el programa de extensión de coberturas fue fundado por el MSPAS, hasta el día de hoy todavía no está completamente integrado al resto de la red de servicios públicos. A pesar de que las áreas de salud reciben los recursos para pagar a los prestadores, la vía de comunicación y supervisión es casi exclusivamente entre el nivel central y los prestadores bajo contrato.

⁹¹ INS (2003).



En el año 2000 se estimaba que el programa de extensión de coberturas alcanzaba a 3.7 millones de personas, reduciendo considerablemente el número de personas sin acceso a servicios básicos de salud.⁹² Es importante aclarar que estas cifras deben de manejarse con cautela. El cálculo de la población que recibe los servicios se ha realizado basándose en los números de contratos suscritos. A pesar de la existencia del contrato, éste no indica que la población recibirá los servicios en una forma efectiva, particularmente cuando no hay un sistema integral de supervisión y monitoreo. Varias organizaciones de la sociedad civil han alertado que la población que recibe los servicios es menor a la estimación oficial del MSPAS.⁹³

Un estudio evaluativo del programa SIAS realizado en el año 2004,⁹⁴ muestra logros en el aumento de coberturas para algunos servicios como control de crecimiento en niños y atención prenatal, y también coberturas deficientes en otros como vacunación de mujeres embarazadas. Entre el año 2001 y 2003 el porcentaje de las madres que recibió los medicamentos requeridos disminuyó en forma significativa, afectando los niveles de satisfacción de los usuarios.

Algunas organizaciones de la sociedad civil se han opuesto al programa SIAS desde sus inicios. La principal crítica se relaciona a la estrategia de ofrecer los servicios a través de voluntarios en la comunidad, quienes a su vez no reciben una justa compensación. Esto se percibe como una continuación de prácticas de explotación por parte del MSPAS. Adicional a ello, se sostiene que el pago para la entrega de servicios (entre US\$8 y US\$15), es insuficiente para cubrir todo el paquete de servicios, lo cual lleva a las ONG's oferentes a subsidiar el paquete con recursos propios o a prestar menos servicios de lo estipulado.⁹⁵

⁹² MSPAS (2000).

⁹³ INS (2003).

⁹⁴ Cerezo y Cols.

⁹⁵ INS (2003); CAPUBPRIV (2006).

- Descentralización financiera del MSPAS

Los documentos producidos al comienzo de esta reforma declaran que la descentralización financiera tenía dos metas: la mejora de la eficiencia y la mejora de la equidad.⁹⁶

En cuanto a la primera meta, la mejora de eficiencia ocurriría gracias a la firma de acuerdos administrativos por parte de las autoridades provinciales. En estos acuerdos, las autoridades se comprometen a cumplir con ciertas metas específicas en la entrega de servicios a cambio de poder decidir sobre la distribución de sus recursos financieros.

La equidad se mejoraría a través de la mejor repartición de los recursos entre los distritos de salud. La noción detrás de la mejora de los niveles de equidad era que las autoridades provinciales –y no las centrales– estaban mejor informadas de las distintas necesidades que existían en los distritos de salud. Una vez transferida esta autoridad, las autoridades locales ejercitarían una distribución de los recursos de una forma que favoreciera la equidad.⁹⁷ Es importante remarcar que los documentos de políticas no elaboraron mecanismos o incentivos que, al ser implementados, ayudaran a cumplir tanto con las metas de eficiencia como de equidad.

Para llevar a cabo la función de la distribución de recursos, cada autoridad provincial en el país fue fortalecida con la creación de la posición de Gerente Financiero. El Ministerio de Finanzas también organizó un sistema financiero y de información (SIAF), que las áreas de salud deben seguir al manejar los recursos. A cambio de este apoyo y como parte del nuevo papel de autoridad en el manejo de recursos, las autoridades provinciales firmaron un acuerdo gerencial entre el nivel central del Ministerio de Salud y del Ministerio de Finanzas. Este acuerdo incluyó metas de desempeño que se

⁹⁶ MSPAS (1997).

⁹⁷ MSPAS (1997); Finkelman y cols. (1996).



relacionan con la entrega de cuidado en salud y con el manejo cuidadoso de los recursos financieros. Este tipo de acuerdos existieron entre 1996 y el 2000 pero ya no se implementan. En lugar de eso, existe ahora un monitoreo por parte del Ministerio de Finanzas que supervisa el uso apropiado de los fondos de la tesorería.

- Reformas a nivel hospitalario

Los fondos hospitalarios siguen distintos procesos de distribución, completamente separados de los presupuestos para las áreas de salud. La distribución de recursos se incrementa sobre la base de la historia presupuestaria. Las autoridades hospitalarias no le rinden cuentas a las autoridades distritales o de área de salud, sino a una oficina de gerencia central que está bajo la dirección de un Viceministro que se encarga de los asuntos hospitalarios.

La reforma del sector salud también involucra políticas específicas que buscan crear más autonomía para los hospitales públicos a través de establecer patronatos. La implementación de patronatos se hizo acompañar de una política controversial aprobada en el 2000 que les permitía cobrar por la entrega de servicios en instalaciones públicas.

Parte de la lógica detrás de la reforma de los hospitales era el animar a la población a pagar una parte mayor de los costos de los servicios curativos, particularmente para los pacientes ambulatorios de los hospitales más grandes, mientras una mayor proporción de los fondos públicos serían re-distribuidos a la prestación de servicios preventivos y al programa de extensión de coberturas.

Las organizaciones de la sociedad civil percibieron el cobro por servicios como una violación de la constitución de Guatemala, que reconoce que la salud es derecho de los ciudadanos y que la entrega de los servicios de cuidado en salud es responsabilidad del

Estado. La demanda se llevó hasta la Corte Constitucional de Justicia que ordenó el alto a los cobros por servicios. A pesar de que muchos patronatos hospitalarios todavía existen, estos ya no pueden cobrar por la entrega de servicios en una forma directa o explícita. Los cobros aún existen pero se disfrazan como “contribuciones” las cuales en la mayoría de los casos son casi obligatorias.

Resumen acerca de la reforma

En un período de 12 años, la reforma de salud en Guatemala no ha logrado alcanzar la mayoría de las metas que se ha propuesto. El gasto público en salud muestra una tendencia hacia el descenso. A excepción del logro –con sus limitaciones– en el contrato abierto de medicamentos, no existe evidencia de mejoras significativas en la eficiencia del sector. En cuanto a mejoras en la equidad, la asignación de recursos hacia las diferentes áreas geográficas continúa la tendencia inequitativa que se ha observado en los últimos 20 años. Tal vez el programa más visible y el logro más publicitado de la reforma se traduce en la extensión de servicios básicos de salud hacia población rural y pobre. Aún cuando no existen evaluaciones sobre el impacto del programa, estudios individuales dan cuenta de algunos efectos positivos como la mejora en la cobertura de servicios básicos de salud tales como inmunizaciones y control prenatal. Estudios individuales también informan de una creciente preocupación sobre los niveles de calidad en la entrega de servicios. Así mismo, existe todavía oposición por algunos grupos de la sociedad civil sobre el modelo de implementación, el cual se basa en el trabajo voluntario de la comunidad. La preocupación se extiende hacia la capacidad del programa de mantenerse en el tiempo debido ya que se estima que el costo per cápita (entre US\$8-US\$15) no es realista, lo cual está llevando a una entrega incompleta de los servicios por parte de ONG's prestadoras.



Capítulo IV



Situación actual del sistema de salud: análisis del desempeño

Desempeño del sistema y resultados en la salud de la población

Es importante anotar que la prestación de servicios de salud es únicamente una de las muchas variables que influyen en el estado de salud de la población. Por lo tanto, la situación de salud de la población es únicamente un indicador aproximado del desempeño del sistema. Esto no significa que el estado de la salud de la población no sea relevante para el sistema. De hecho, se reconoce que la forma en que operan los sistemas de salud tiene un impacto significativo en la salud de los individuos. Es por ello que el mejorar el estado de salud de la población es la meta o propósito final de cualquier sistema de salud.⁹⁸ Existen otros indicadores o metas intermedias que permiten identificar con claridad la contribución del sistema a mejorar el estado de salud de la población. Entre ellas se incluye la eficiencia técnica y de asignación del sistema, la calidad de los servicios que presta y los niveles de acceso a los servicios que experimenta la población.⁹⁹

El capítulo anterior abordó el desempeño de las reformas del sector en relación a eficiencia y acceso. Por lo tanto, las secciones siguientes se concentrarán en el estado de salud de la población, incluyendo la distribución al interior de los diferentes grupos poblacionales.

Es importante anotar que la única información sistemática que existe relacionada con los niveles de salud de la población corresponde al grupo materno infantil. Por lo tanto, el análisis del desempeño del sistema se basa en este grupo etario, al mismo tiempo que se reconoce que la falta de información para otros grupos como adolescentes, adultos y adultos de la tercera edad es, desde ya, una limitante en el análisis del desempeño del sistema de salud.

En Guatemala no se han hecho análisis sistemáticos de las inequidades relacionadas al acceso a la salud y servicios de salud, sin embargo, dos estudios recientes de Walter Flores¹⁰⁰ dan cuenta de inequidades en la situación de la mortalidad infantil y la salud materna. Los principales resultados de dichos estudios se presentan a continuación.

⁹⁸ Murray (1995); Knowles y cols. (1997); Londoño y Frenk (2000); Roberts y cols.(2004).

⁹⁹ Roberts y cols. (2004).

¹⁰⁰ Flores(2005); Flores(2006)



Niveles de equidad en la situación de salud de la población materno infantil

- Mortalidad infantil

El indicador de Mortalidad Infantil (MI) ha experimentado a nivel nacional, una considerable reducción durante el período 1987-2002. La información de la encuesta nacional de salud materno infantil¹⁰¹ para esos años indica que la MI era de 75 por cada 1.000 nacidos vivos (NV) en 1987. Para el 2002 el índice había sido reducido a 39 por cada 1.000 NV. La mayor parte de la reducción sucedió en el período 1987 y 1995.

La reducción en los niveles de MI es el resultado de la implementación de programas exitosos de supervivencia infantil entre ellos: inmunización, control de enfermedades diarreicas y de infecciones respiratorias agudas.¹⁰²

Es importante remarcar que la implementación de intervenciones exitosas destinadas a reducir la mortalidad infantil fue un esfuerzo conjunto de varios actores: Gobierno, cooperación internacional, ONG's y ciudadanos. Un ejemplo del papel desempeñado por la cooperación internacional fue la iniciativa "salud, puente hacia la paz" apoyada por la Organización Panamericana de Salud –OPS– en todos los países centroamericanos desde 1983. Esta iniciativa le dio fuerza y momento a la lucha contra las enfermedades diarreicas, incluyendo la erradicación de la polio en Guatemala.¹⁰³ Otras organizaciones internacionales como USAID, UNICEF y la UE junto con otras organizaciones europeas, fueron instrumentales para el apoyo a las intervenciones para la supervivencia infantil.

Las ONG's nacionales e internacionales también han jugado un papel clave. Muchas de ellas se encargaron de dar servicios durante el conflicto armado interno¹⁰⁴. Éstas garantizaron la entrega de servicios preventivos y curativos así como la sanidad básica, entrenando a grandes sectores de la población con trabajadores en salud.¹⁰⁵ Los ciudadanos, particularmente de las áreas rurales, fueron los actores más importantes en este proceso.

Guatemala es el país centroamericano con la red más grande de voluntarios en salud pública. Este trabajo ha sido reconocido desde el comienzo de la década de 1970 y fue una de las experiencias alrededor del mundo que influenció el movimiento de la Atención Primaria en Salud.¹⁰⁶ Las intervenciones de supervivencia infantil fueron entregadas a través de esa red de voluntarios. Es difícil imaginarse un nivel similar de éxito sin la participación de todos estos ciudadanos.

A pesar de los logros en la reducción de la mortalidad infantil, estos no han llegado a todas las regiones del país en las mismas proporciones. A través de un análisis de razón de tasas, se identificó que la brecha inequitativa entre las regiones de menor y mayor MI tuvo un paso positivo al disminuir en el período 1987-1995. Sin embargo, la brecha ha ido en aumento desde entonces. Si comparamos de la peor situación a la mejor situación, en 1987 la MI en la región central fue dos veces y medio más que en la región Norte. Quince años después, la MI es 3 veces mayor en la región Suroriental que la MI en la región metropolitana.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Fue por esta presencia en lugares conflictivos durante el enfrentamiento armado interno que muchos trabajadores de ONG's nacionales e internacionales se vieron atrapados en él, siendo perseguidos y en algunos casos, asesinados. PNUD (2002)

¹⁰⁵ PNUD (2002).

¹⁰⁶ Newell (1975).

¹⁰⁷ Flores (2005).

¹⁰¹ ENSMI (2002)

¹⁰² CORE (2004).

¹⁰³ Ángel (1994).



- Inequidades en el acceso a servicios de salud infantil
 - Búsqueda de atención durante episodios de infección respiratoria aguda

La infección respiratoria aguda (IRA) es la principal causa de muerte en la población infantil en Guatemala, ocasionando una tercera parte de todas las muertes.¹⁰⁸ El reconocimiento de los signos de alarma y la búsqueda de atención son los primeros pasos claves en el proceso para evitar la muerte infantil causada por IRA¹⁰⁹. Durante el período 1987-2002, se incrementó en todas las regiones geográficas del país, el porcentaje de niños que fue llevado con un proveedor durante un episodio de IRA. Sin embargo, es importante notar que la región metropolitana tiene el mayor porcentaje de búsqueda de atención para cada año de medición. Esta disparidad llega a casi 20 puntos porcentuales para el año 2002, cuando se compara la región con menor mortalidad infantil (región metropolitana) y la región con la mayor mortalidad infantil (región Suroriental). Esta diferencia puede ser fundamental si se toma en cuenta que existe mayor probabilidad en que los prestadores del área metropolitana estén mejor capacitados y cuenten con antibióticos para tratar a un niño con IRA. Es posible especular que la disparidad entre los niños que reciben tratamiento adecuado para IRA, una vez buscan el proveedor, es mayor en la región metropolitana que en la región Suroriental. En conjunto, la búsqueda de atención y el acceso a un proveedor competente puede estar asociado a las inequidades en la mortalidad infantil.

¹⁰⁸ SIGSA (2005).

¹⁰⁹ Los siguientes pasos incluyen el asistir a un prestador capacitado y con los recursos necesarios, entre ellos antibióticos, para resolver el problema.

- Inequidades en la salud materna

La situación de la salud materna en Guatemala resume amplias inequidades. Por ejemplo, la medición más reciente, realizada en el año 2000, estimó una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 153/100.000 para todo el país. No obstante, esta cantidad es mucho mayor cuando la población se estratifica por edad, educación y lugar de residencia. Por ejemplo, la RMM es tres veces mayor en mujeres indígenas que mujeres no indígenas. A pesar que los nacimientos ocurrén en igual proporción entre mujeres indígenas y no indígenas, un 73% de todas las muertes ocurrén en mujeres indígenas. Así mismo, 94% de todas las muertes ocurrén en mujeres que no sobrepasan la educación primaria.¹¹⁰

Existen también disparidades importantes entre los diferentes departamentos del país que reflejan el acceso a la red de servicios y a un proveedor calificado durante una emergencia obstétrica. Durante el período 1989-2000, algunos departamentos redujeron la RMM de manera sorprendente (Sacatepéquez, Sololá, Zacapa, Alta Verapaz), mientras que otros presentan un claro estancamiento (Huehuetenango, Chiquimula, San Marcos, Totonicapán). Sin embargo, la situación de mayor disparidad ocurre en Izabal que es el único departamento que aumentó la RMM durante dicho período.

Las disparidades en la RMM entre departamentos pueden ser explicadas por las diferencias en el acceso a los servicios. Por ejemplo, el porcentaje de partos a través de cesáreas es un indicador de acceso a servicios obstétricos de emergencia y se recomienda se sitúe alrededor del 15% de todos los partos.¹¹¹ En Guatemala, únicamente un 5% de mujeres indígenas tienen un parto por cesárea mientras que este porcentaje fue de 16% en mujeres no indígenas.¹¹²

¹¹⁰ Flores (2006).

¹¹¹ OMS (1998).

¹¹² ENSMI (2002).



Los resultados de lo indicado anteriormente es que las brechas en el estado de salud entre los grupos poblacionales han aumentado. Es posible afirmar que las principales características negativas del sistema de salud son la segmentación, el limitado acceso físico para la población rural y la dependencia en el gasto de bolsillo, generando así inequidades y exacerbando aquéllas con antecedentes históricos.

El programa de extensión de cobertura, aún cuando llega a la población con mayores grados de exclusión, es poco probable que logre revertir estas inequidades, debido a que únicamente ofrece un paquete de servicios básicos y no ataca el problema principal de tener acceso regular a servicios integrales de salud cuando se necesitan.



Capítulo V



Retos actuales del sistema de salud y una indagación hacia el futuro

La búsqueda de la equidad en el acceso al sistema de salud

Los capítulos anteriores han descrito inequidades que experimenta la población para acceder al sistema de salud. En los siguientes párrafos se analizará la importancia de lograr un acceso equitativo a los servicios de salud como uno de los principales retos actuales del sistema de salud. Se inicia discutiendo 4 retos que requieren acciones inmediatas por parte del sistema de salud. Estos son:

- 1) Buscar la equidad en el acceso al sistema de salud
- 2) Abrir camino hacia un sistema de salud plural e incluyente
- 3) Revertir la tendencia de una caída en el gasto público y un aumento en el gasto privado de bolsillo
- 4) Proteger a la población de riesgos financieros causados por situaciones de enfermedad.

Cuando se habla de acceso se habla de la capacidad de uso que tiene la población hacia los servicios prestados por el sistema de salud. Existen varias características, ya sean sistémicas o individuales, que pueden facilitar o restringir el acceso al cuidado de salud que tienen los usuarios,¹¹³ pero es importante

¹¹³ Aday y Andersen (1974).

recordar que la falta de acceso a estos servicios podrían implicar una serie de consecuencias negativas en los resultados de salud.¹¹⁴

Varios estudios han demostrado que existen inequidades de acceso, incluso en países en donde se asume como universal el acceso al cuidado en salud.¹¹⁵ A partir de esto, se puede aseverar que el potencial para experimentar inequidades de acceso es más grande en aquellos países como Guatemala, que poseen un sistema de salud fragmentado y segmentado. De igual manera, todos los países a distintos niveles, experimentan una situación en donde los grupos poblacionales se sitúan en posiciones de ventaja o desventaja relativa en la escala social.¹¹⁶ La mayoría de las desventajas sociales se determinan por situación de poder y relaciones económicas que están fuera del control del sistema de salud. Sin embargo, el sistema de salud y otros sistemas sociales, pueden contribuir en la reducción de los efectos negativos de estas desventajas sociales y las implicaciones que éstas tienen en los individuos o grupos sociales. Esto puede hacerse a través de facilitar y asegurar igual oportunidad de acceso para iguales necesidades, es decir equidad horizontal, y a

¹¹⁴ Starfield (1998).

¹¹⁵ Van Doorslaer y cols. (2006); Goddard y Smith (2001) y Mendoza-Sassi y Beria (2001).

¹¹⁶ Braveman (2003).



través del trato diferenciado para aquellos que tienen distintas necesidades, mejor conocido como equidad vertical.

Mejorar la equidad en el acceso al sistema de salud es una tarea que está bajo el control de los sistemas de salud. Al lograrse el acceso, se reducen los efectos sociales negativos que causan desventajas geográficas o de ingresos, e incluso se podría tener algún efecto positivo en aspectos como educación y pobreza. Por lo contrario, si el sistema de salud impone barreras para el acceso (geográficas, financieras, culturales), entonces es muy probable que exista una exacerbación de las desventajas sociales. Este efecto está bien documentado como un círculo vicioso de mala salud y pobreza, en donde los individuos enfermos no pueden trabajar y los individuos que no tienen ingresos no pueden pagar los cuidados en salud.¹¹⁷ La interrelación descrita anteriormente implica que los sistemas de salud pueden reducir o exacerbar las variables de desventaja social. Alcanzar la equidad en el acceso es una tarea para los sistemas de salud, que a su vez contribuye al desarrollo humano de la población.

En Guatemala, los niveles de inequidad en el acceso es el resultado de la exclusión social, de privaciones y de pobreza. A pesar de que existen algunas razones para las inequidades observadas en el acceso que están más allá del control de los sistemas de salud, la mayoría de las razones que se observan para las inequidades de acceso son el resultado de decisiones políticas que han concentrado recursos y servicios en grupos poblacionales específicos –por ejemplo aquellos que tienen un mejor estatus económico– en regiones geográficas específicas, y que se enfoca en lo urbano en lugar de lo rural.

- Hacia un sistema de salud plural e incluyente

Se ha dicho que en Guatemala coexisten dos modelos explicativos y de intervención para el proceso salud-enfermedad: el modelo de la medicina tradicional y el modelo biomédico occidental. Ambos modelos reflejan relaciones de poder en donde el biomédico es el hegemónico y el tradicional es subalterno y marginado del espacio oficial.¹¹⁸

En una sección anterior se describió que aún cuando el marco legal hace referencia a promover un sistema de salud plural e incluyente, en la práctica lo único que se observa son acciones para integrar algunas terapias alternativas (plantas medicinales) entre los servicios que presta la red del MSPAS. Esto dista bastante de lo que se puede entender por un sistema de salud plural e incluyente. Probablemente una de las razones por el poco avance hacia la meta anterior es la complejidad subyacente en poder integrar ambos modelos. La complejidad no es únicamente en el plano conceptual sino también en el plano operativo.

Algunas de las preguntas relevantes hacia esa integración son las siguientes:

- ¿Cómo se integraría un sistema de información que recoja datos sobre diagnósticos y prestación de servicios en ambos modelos?
- ¿Si se respeta la preferencia de la población por ser atendida en uno u otro modelo, se asignarían fondos públicos para pagar prestadores de servicios de medicina tradicional?
- ¿Se asignarían fondos públicos para formar personal que preste servicios bajo el modelo de medicina maya o medicina tradicional?
- ¿Cuáles serían los criterios para asignar recursos públicos hacia ambos modelos?

¹¹⁷ Wagstaff (2002).

¹¹⁸ INS (2002).



- ¿Cómo se puede asegurar que la promoción e implementación de ambos modelos no resulte en una mayor fragmentación del sistema de salud de la que existe actualmente?

En adición a las preguntas anteriores, se debe considerar la forma en que la posible integración o aceptación de modelos afecta los resultados finales del sistema de salud, los cuales son el mejorar el nivel de salud de la población. En conclusión, el reto de alcanzar un sistema de salud plural e incluyente conlleva una complejidad que va más allá de utilizar un lenguaje políticamente correcto en el marco legal y documentos oficiales.

Revertir la tendencia de una caída en el gasto público y un aumento en el gasto privado de bolsillo

La tendencia se inclina hacia la disminución del gasto público y hacia el aumento del gasto privado. Pero la tendencia es un hecho que puede revertirse. Por ejemplo, en la región latinoamericana, a pesar de estar dentro de un marco de economía de mercado y con políticas estrictas de manejo macroeconómico, países como Brasil han aumentado el gasto público en salud. Esto ha requerido políticas decididas de apoyo en aumento al gasto social.

Es importante tomar en cuenta que cualquiera de los modelos, para extender la protección social, atraviesa por un aumento en el gasto público en salud. Son ejemplos: el seguro único de salud en Brasil, el cual incluye a prestadores públicos, privados y ONG's, y el seguro popular en México, el cual está dirigido a la población ubicada fuera del sistema de seguridad social de la población en empleo formal. En el caso de Guatemala, no se puede empezar a discutir posibilidades serias de opciones para el sistema de salud, si antes no se analiza en primera instancia el bajo gasto en salud que tiene el país y su ineficiente asignación.

Protección de la población contra riesgos financieros causados por situaciones de enfermedad

El proveer protección a los ciudadanos de los riesgos financieros causados por situaciones de enfermedad crónica o aguda, es una meta principal que tienen los sistemas de salud tanto en países desarrollados como en desarrollo. La posibilidad de brindar dicha protección está relacionada con la forma en que se financia el sistema de salud. El elemento central de la meta de proteger a la población del riesgo financiero, es ayudar a los ciudadanos a evitar los altos costos asociados a una enfermedad aguda o a veces crónica, que es impredecible. Esto implica distribuir el riesgo entre la población a través del aseguramiento en el cual los recursos aportados por los ciudadanos son incluidos en un mismo fondo para pagar la atención de aquellos individuos que sufren una enfermedad seria.

Es importante aclarar que la medición del riesgo financiero en la población es complejo, debido a que el nivel de riesgo que experimenta cada individuo o grupo poblacional dependerá del tamaño del riesgo mismo –la enfermedad que se sufre y sus consecuencias– y de la situación económica de los mismos (ingreso y propiedad de bienes). En otras palabras, un individuo o grupo de población pobre puede caer fácilmente en riesgo financiero al efectuar gastos que pueden no parecer significativos para una población no pobre. Adicionalmente, puede ser que la falta de protección en los riesgos financieros se manifieste no únicamente como una pérdida económica sino como un estado de salud desmejorado. Esto sucede en aquellos casos en donde un individuo enfermo no busca servicios de salud debido a la carga financiera que representa el recibir la atención necesaria.

El Capítulo I reveló el bajo porcentaje de aseguramiento y la alta dependencia del gasto de bolsillo para la atención en salud. Esto indica



que la mejora en los niveles de protección financiera de la población ante episodios de enfermedad es uno de los mayores retos del sistema de salud en Guatemala.

Desarrollo del recurso humano en salud

Estudios recientes han identificado que existe una crisis global en torno al recurso humano en salud. Dicha crisis afecta tanto a países desarrollados como a países en desarrollo. En la Asamblea Mundial de la Salud del año 2006, se acordó que el desarrollo del recurso humano en salud sea una de las prioridades para mejorar la salud a nivel global.¹¹⁹ En adición a ello, existe actualmente consenso en que el desarrollo del recurso humano en salud es una intervención dirigida a fortalecer los sistemas de salud. Si se desarrolla la infraestructura de servicios y el equipamiento, ello no tendría impacto si el recurso humano no está presente. De la misma forma, no se logrará mayor impacto si no se invierte en mejorar las habilidades del personal existente y de proveerles las herramientas adecuadas. Aún y si se logrará empatar un número adecuado de personal con infraestructura y equipamiento, esto no asegura tampoco impacto si los trabajadores de la salud no están motivados.¹²⁰ Como se pude observar, el desarrollo del recurso humano en salud es complejo y conlleva importantes retos.

En el caso de Guatemala, se observa un déficit importante del recurso humano que es exacerbado por una distribución inequitativa. Si se diera el caso hipotético de un aumento significativo del gasto público y una redistribución equitativa del recurso humano con el propósito de universalizar el acceso de la población a los servicios de salud, esa meta no se cumpliría debido a que no existe suficiente recurso humano en salud en el país, según la medida de densidad del

recurso humano presentada anteriormente. Es importante también notar que el personal auxiliar de enfermería y el personal técnico de apoyo (técnicos en salud rural e inspectores en saneamiento ambiental), han sido aliados importantes para la entrega de servicios básicos de salud. Sin embargo, es previsible que dicho personal no sea suficiente para cubrir la demanda por servicios integrales y de mayor complejidad técnica que requiere la población.

Uno de los mayores retos que se tiene es planificar el recurso humano tomando en cuenta la situación actual, que es de déficit y distribución inequitativa, y las necesidades hacia el futuro. Lo anterior incluye dos procesos principales: a) el definir el perfil del recurso humano que es adecuado para el contexto del país, lo que incluye personal clínico, gestores y especialistas en sistemas de información, y b) los incentivos que creará el sistema para que las instituciones formadoras, los empleadores –sea MSPAS, IGSS o privados– así como gremios sindicales, apoyen y participen de las estrategias para desarrollar el recurso humano en salud.

Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información

Los sistemas de información en salud son un reflejo del desarrollo social e histórico de los sistemas de salud de los países. Por ejemplo, no puede haber un sistema de salud definido como exitoso, con un pobre sistema de información o viceversa. En el caso de Guatemala, el sistema de información es un fiel reflejo de la fragmentación, poca inversión pública y falta de políticas integradoras. Desarrollar y fortalecer el sistema de información requiere acciones coordinadas con esfuerzos dirigidos a desarrollar el recurso humano en salud que recoge, analiza e interpreta la información. Pero principalmente requerirá una labor del MSPAS para que ejerza su función rectora de

¹¹⁹ OPS (2006).

¹²⁰ OPS (2006).



manera efectiva, la cual debe iniciar hacia el interior de la institución, en donde coexisten varios sistemas de información. Idealmente, debe considerarse el establecimiento de un sistema unificado de información en salud que se alimente de la información que producen los otros subsistemas y sectores.¹²¹

Es importante notar que cuando el establecimiento de sistemas de información conlleva un costo, no significa que únicamente los países con mayores recursos pueden lograrlo o sean efectivos. Existen ejemplos de países en desarrollo que poseen excelentes sistemas de información tales como Cuba, Costa Rica y Sri Lanka. El que los países sepan exactamente qué tipo y cantidad de información necesitan para la toma de decisiones es igualmente importante y un paso previo a los recursos que se asignan a los sistemas de información.¹²²

Lippeveld¹²³ identifica los principios que se deben seguir para mejorar la efectividad de los sistemas de información en salud:

- Adaptar las necesidades de información con funciones de gestión claramente definidas a todos los niveles del sistema de salud.
- Mejorar los procedimientos de recolección, transmisión, análisis y presentación de datos con el propósito de generar información oportuna y de calidad.
- Proveer de recurso humano y el equipamiento adecuado para la gestión del sistema de información.
- Crear una cultura que utiliza información para la toma de decisiones, incluyendo en ello procesos de consenso y participación de diferentes actores.

En resumen, el reto de fortalecer y unificar el sistema de información en salud es una tarea de relevancia para el sistema de salud.

¹²¹ Lippeveld (2001).

¹²² AbouZahr & Boerma (2005).

¹²³ Lippeveld (2001)

La transición demográfica y epidemiológica

En el Capítulo I se mencionó que Guatemala se encuentra en las primeras etapas de una transición demográfica y epidemiológica. La progresión dentro de dicha transición traerá consigo una mayor demanda de servicios para problemas de salud crónicos degenerativos. Así mismo, se incrementará la demanda por servicios de urgencia médica relacionados a violencia común y accidentes. Estos tipos de atención son las de mayor costo y son precisamente las que causan el mayor impacto negativo en el individuo y las familias (gastos catastróficos). Los gastos de bolsillo no pueden soportar los altos costos de atención de emergencias y enfermedades crónicas degenerativas. Hasta ahora no se ha percibido que el sistema haya tomado en serio este asunto o que inicie acciones para prevenir o reducir la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas. Aunado a lo anterior, se tendrá un porcentaje mayor de población de la tercera edad que requerirá seguridad social u otra forma de protección social. La crisis que se avecina ha empezado a ser manifiesta en el debate actual sobre la Ley del Adulto Mayor y la presión que ella ha puesto al sistema para proveer de una pensión mínima a los adultos mayores sin cobertura de seguridad social.

Mayor participación de los gobiernos municipales en la prestación de servicios de salud

Un porcentaje alto de gobiernos municipales ha estado apoyando acciones de salud en sus jurisdicciones. Este apoyo ha sido principalmente en mantenimiento de infraestructura de servicios del MSPAS (equipamiento, construcción etc.) o en el financiamiento de personal que apoya la prestación directa de servicios (salario de enfermeras, promotores, facilitadores comunitarios). Las acciones anteriores no han implicado, sin embargo, que los gobiernos municipales tengan una responsabilidad directa o toma de decisión



en relación a la prestación de servicios, la cual ha permanecido en las autoridades locales del MSPAS (jefes de distrito de salud y jefes de área).

Las propuestas actuales de transformación del sistema de salud (visión de país y la agenda nacional de salud) tienen como eje principal la municipalización (o descentralización) de servicios preventivos (1er y 2do nivel). Lo anterior es una función y un rol muy diferente dentro del sistema de salud, del que las municipalidades han hecho hasta ahora. Por lo tanto es importante analizar los pros y contras de dicha propuesta.

Primero, es importante recordar las amplias diferencias que existen entre los municipios en relación a la capacidad de gestión y disponibilidad de recursos. Por ejemplo, gobiernos locales de municipios pobres y excluidos también presentan insuficiencia de personal técnico y personal operativo. También tienen poca posibilidad de generar sus propios recursos (impuestos locales), por lo tanto dependen de las transferencias del gobierno central. En un contexto de amplias disparidades entre municipios, se necesitan diferentes estrategias que respondan a situaciones particulares. Las metas y expectativas deberán ser realistas al contexto y se debe tomar en cuenta el acompañamiento y apoyo en el desarrollo de las capacidades de gestión. La descentralización de los servicios de salud hacia los municipios puede ser un medio para mejorar la equidad y reducir las brechas entre municipios. Si no se fortalecen las capacidades de los municipios de menor capacidad gestora, las brechas se ampliarán aún más.

Recientemente se está dando a conocer la experiencia de la municipalidad de la Esperanza, Quetzaltenango. Aquí el Gobierno Local ha financiando infraestructura y personal para la prestación directa de servicios de salud, los

cuales funcionan como un prestador privado. Este tipo de experiencias, aún cuando pueden ser interesantes, contribuyen aún más a la segmentación de los servicios de salud. En adición, es también preocupante el efecto que puede tener sobre el gasto público el pensar que el gasto en salud del Gobierno Central puede suplirse en parte con el gasto que realicen los gobiernos municipales.

El debate social alrededor del sistema de salud que requiere el país

Es importante anotar que las discusiones alrededor del sistema de salud en Guatemala giran alrededor únicamente de los grandes hospitales nacionales de referencia. Las crisis hospitalarias y su correspondiente situación de financiamiento son las que permean en la opinión pública. No se hace una mayor referencia al hecho de analizar el sistema en su conjunto, ni tampoco en medidas de corto y largo plazo.¹²⁴

A diferencia de otros países de la región en que actualmente se debate la protección social, sistemas de aseguramiento en salud y universalidad de los servicios,¹²⁵ este debate no sucede en Guatemala. La reciente huelga de hospitales públicos ocasionó que el tema tuviera cobertura mediática. Un análisis del manejo de los medios sobre la crisis durante el período del 5 de julio al 14 de octubre de 2006, identificó que en 3 de los principales diarios del país, se generaron 29 columnas de opinión y 49 notas periodísticas relacionadas a la situación de la huelga de los hospitales y

¹²⁴ Como ejemplo de este proceso, el Presidente de la República Óscar Berger, ofreció que el sistema de salud se iba a mejorar a través de traer expertos clínicos hospitalarios. Por ejemplo, como resultado de la crisis reciente, se formó un consejo asesor que tendrá como tarea reformar el sector salud, pero únicamente incluye a reconocidos médicos clínicos sin que el equipo incluya economistas, gestores y expertos en salud pública. El Periódico (2006).

¹²⁵ CEPAL (2006); OPS (2003); Rosenberg & Andersson (2000).



el sistema de salud¹²⁶. Sin embargo, de todas las columnas y notas periodísticas, menos de una quinta parte sugiere que la discusión de crisis del sistema de salud debería ir más allá de los hospitales metropolitanos; ninguno de los columnistas y de las notas periodísticas menciona la necesidad de revisar lo que sucede en el 1er y 2do nivel de atención. En total, únicamente una quinta parte de toda la producción periodística durante ese período se refiere a la crisis de los hospitales como una oportunidad para revisar todo el sistema de salud.

Esta falta de debate y visión amplia del sistema de salud también se refleja a nivel de los partidos políticos. Recientemente se ha firmado una serie de acuerdos entre los partidos políticos que se espera que rijan el desarrollo socioeconómico en los próximos 20 años, el Plan Visión de País. Para el tema de salud, se ha pactado aumentar en más del 100% el gasto en salud. Este gasto, sin embargo, no es en función de crear un sistema de cobertura universal, sino que el eje principal es el aumento en el financiamiento de los hospitales metropolitanos. Esto significa que en el futuro, el debate del sistema de salud guatemalteco persiste en no salir del tema hospitalario. Por lo tanto, existe una tarea importante para posicionar un debate que logre abordar los temas que son relevantes para la construcción del sistema de salud en Guatemala. Estos temas pasan por la protección social en salud y la discusión sobre la focalización versus la universalización de los servicios de salud.

- Fortalecer la gobernabilidad del sistema de salud

Implica adherirse a métodos para identificar, definir, implementar y evaluar la política pública alrededor de los intereses sociales presentes y futuros en la sociedad. Se materializa en la existencia de un espacio público en el cual

¹²⁶ Estos son: El Periódico, Prensa Libre y La Hora.

expertos y ciudadanos participan directamente en la definición de los intereses públicos, la implementación, evaluación y monitoreo de políticas públicas.¹²⁷ La OMS¹²⁸ sugiere que los temas centrales en la discusión de la gobernabilidad de los sistemas de salud incluye la gestión, el desarrollo del recurso humano, la participación social, rendición de cuentas y la relación entre sector público y privado. Varios de los retos para el sistema de salud de Guatemala mencionados anteriormente, están relacionados a la posibilidad de fortalecer la gobernabilidad del sistema de salud. Por lo tanto, muchas de las acciones o políticas que se puedan implementar ante esos retos, están interrelacionadas y dependen entre sí.

- Fortalecer la ciudadanía en salud

A la luz de la evidencia actual y de las tendencias globales en desarrollo, el fortalecimiento de la sociedad civil debe de hacerse dirigido hacia ejercicios de ciudadanía. Por ejemplo, más que administrar los servicios, la sociedad civil debe velar por el cumplimiento de los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud. A nivel internacional se promueve que la sociedad civil debe elevar y promocionar los derechos, como los valores de las comunidades pobres, para que sus servicios sean equitativos. Es incidir con más fuerza para que se escuche la voz de las personas más pobres en un contexto político y buscar una agenda que redefina los derechos universales en cuanto a cobertura de salud.¹²⁹

A lo anterior, el aumento de la demanda debe entenderse desde un enfoque de derechos y de ejercicio de ciudadanía, no como consumidores de servicios de salud. Un enfoque de derechos y ciudadanía promueve el diálogo y la deliberación entre la sociedad civil y el Estado en relación a las políticas de salud,

¹²⁷ Potucek (2004).

¹²⁸ OMS (1998)

¹²⁹ Loewenson (2002).



incluyendo sus reformas. La falta de diálogo entre la sociedad y el Estado ha sido uno de los mayores vacíos de la reforma en Guatemala y en el resto de Latinoamérica.¹³⁰

Análisis y discusión de las propuestas actuales para reformar y fortalecer el sistema de salud

- El plan visión de país para salud y nutrición

Como se mencionó anteriormente, el debate internacional sobre la transformación de los sistemas de salud gira en torno a la protección social, el aseguramiento y el derecho a la salud. El Plan Visión de País¹³¹, aún cuando resalta el derecho a la salud que reconoce la Constitución Política de la República de Guatemala, no traslada dicho espíritu a la implementación, por lo contrario, coloca como ejes los programas y paquetes de servicios de salud. En adición, sitúa como metas globales del sistema los Objetivos y Metas del Milenio¹³², las que se encuentran en medio del debate a nivel internacional por su poca capacidad para reducir brechas inequitativas. El énfasis en programas o intervenciones específicas (nutrición, salud materna infantil, salud reproductiva) no evitará la segmentación y fragmentación del sistema. Es decir, empleados del sector formal continuarán teniendo acceso a servicios amplios mientras que el resto de la población dependerá de gastos de bolsillo en el sector privado y de paquetes de servicios mínimos o básicos prestados por el MSPAS. Por lo tanto, el eje central, que es el derecho a la salud, sigue sin ser abordado por este plan.

Estrategias de cobertura de servicios basados en paquetes de servicios segmentan a la población, resultando en ciudadanos y ciudadanas de 1^a, 2^a y 3^a categoría, lo cual es anticonstitucional.

Los paquetes básicos sólo pueden ser estrategias intermedias o de emergencia hacia políticas e intervenciones que brinden acceso universal a servicios integrales (más allá de paquetes básicos) en forma regular e independiente de formalidad en el empleo o capacidad de pago. A la par de lo anterior, se debe fortalecer todo un sistema de atención primaria con equipos multidisciplinarios y acciones sectoriales. El paquete básico de atención es insuficiente como estrategia de atención primaria. Mientras no se discuta la situación del acceso universal (el cual puede ser por vía de expandir la red pública de servicios, del aseguramiento público u otros mecanismos) no se podrá resolver los problemas estructurales del sistema de salud de Guatemala.

- La mesa de salud y nutrición

Los acuerdos obtenidos en la mesa, toman los mismos temas ejes que el plan de visión de país y no profundizan en el análisis de la problemática estructural del sistema de salud. La propuesta de la mesa aborda la problemática del MSPAS y los datos que se presentan para el análisis son los mismos que ha priorizado el ministerio tales como las metas del milenio, la salud reproductiva (énfasis en salud materno infantil y en la reducción de la mortalidad materna) y las infecciones de transmisión sexual (énfasis en VIH).

Se propone un aumento de un mil millones de quetzales al presupuesto del MSPAS pero no se especifica de qué forma se asignará y como se utilizará. Esta falta de detalle y análisis podría asumir que el MSPAS es eficiente en la asignación de sus recursos y en la utilización de los mismos. Se recomienda también que los consejos de desarrollo y los gobiernos municipales asignen un 15% de presupuesto, pero no se especifica cuáles son los incentivos para que gobiernos municipales autónomos brinden estos fondos. Tampoco se toma en cuenta que en los consejos de desarrollo y



¹³⁰ OPS (2002).

¹³¹ <http://www.congreso.gob.gt/gt/anteproyectosplan-vision.asp>

¹³² <http://www.undp.org/spanish/mdg/docs/declaracion.pdf?Open&DS=A/RES/55/2&Lang=S>

en las municipalidades, las necesidades de salud compiten con necesidades en educación, infraestructura, seguridad y otras. Por lo tanto los argumentos para lograr la asignación de dichos fondos a intervenciones y/o servicios de salud deben ser persuasivos.

Entre los acuerdos a corto plazo, se identifican estudios de diagnóstico del recurso humano que pueden ser útiles como insumos para la agenda nacional de salud (ejemplo, necesidades y diagnóstico del recurso humano en el 1er y 2do nivel, incluyendo extensión de cobertura). En resumen, la mesa de salud y nutrición no propone enfoques diferentes o intervenciones dirigidas a influir en la situación estructural del MSPAS, mucho menos del sistema de salud en su conjunto.

- La agenda nacional de salud 2020

La agenda nacional presenta propuestas dirigidas a los aspectos estructurales del sistema de salud, tales como el establecer un sistema nacional de salud articulado y un financiamiento del sistema que tenga como eje la protección social de las familias y equidad en

el uso de los recursos. También se plantea el desarrollo de programas orientados al acceso universal a la seguridad social como uno de los ejes de la agenda transformativa. Es de relevancia el hecho que la agenda propone un ente responsable de llevar la integración del financiamiento de la salud (público y privado). Este es un primer paso de importancia para poder hacer una distribución del riesgo (*risk-pooling*) entre la población del país. Es importante resaltar que la agenda, a diferencia del plan visión de país y la mesa de salud y nutrición, no habla de “programas específicos o enfermedades específicas” que se espera resolver. En la agenda se hace referencia a un modelo que busca la protección y promoción de la salud. Sin embargo, la agenda continúa haciendo referencia a paquetes de servicios, llamados aquí “conjuntos básicos, intermedios y especializados de servicios”. En resumen, ella parece tocar los temas centrales que debe afrontar el sistema de salud en Guatemala. En estos momentos se encuentra en una fase de idea-objetivo, pues la documentación disponible sobre la agenda no aborda aspectos concretos sobre cómo se organizará el sistema de salud y los requerimientos financieros que tendrá el mismo, así como las diferentes fases de desarrollo del nuevo sistema.



Anexos



Cuadro No. 1

Gasto en salud realizado por el MSPAS en millones de quetzales 1995-2002

Año	Gasto Total	Gasto Ministerio de Salud	% Participación
1995	1.901,10	542,3	28,5
1996	2.045,83	543	26,5
1997	2.431,30	719,3	29,5
1998	5.245,50	949,4	18,1
1999	6401,2	1205	18,8
2000	8291,6	1345,1	16,2
2001	8966,2	1554,3	17,3
2002	9529,8	1588	16,6

Fuente: Informe de Cuentas Nacionales en Salud MSPAS

Cuadro No. 2

Gasto total en salud y gasto del MSPAS en valores nominales y reales en millones de quetzales. Período 1995-2003

Año	Gasto total (nominal)	Tasa inflación	Gasto total (valor real)	Gasto MSPAS nominal	Gasto MSPAS real
1995	1901.1	0		497.1	497.1
1996	2045.83	11.06	1819.58	511.8	455.2
1997	2431.3	9.28	2205.78	621.4	563.76
1998	5245.5	6.72	4893.13	921.8	859.88
1999	6401.2	5.21	6067.54	1106.3	1048.63
2000	8291.6	6.01	7793.69	1228.1	1154.35
2001	8966.2	7.28	8313.77	1396.9	1295.25
2002	9529.8	8.16	8752.41	1450.8	1332.45
2003	10645.5	5.61	10048.73	1618.9	1528.15

Fuente: Cálculos propios en base a datos de cuentas nacionales de salud periodo 1999-2003 del MSPAS.



Cuadro No. 3

Gasto en salud del MSPAS en relación con el presupuesto ejecutado por el gobierno

Año	Presupuesto ejecutado Gobierno	Presupuesto ejecutado	Presupuesto MSPAS como % de presupuesto Gob. Central
1999	17,968	1,422	8
2000	18,275	1,515	8
2001	21,310	1,702	8
2002	22,411	1,706	7
2003	26,333	1,913	7
Total	106,427	8,820	7

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud, MSPAS

Cuadro No. 4

Gasto en salud realizado por el IGSS en millones de quetzales 1995-2003

Año	Total	IGSS	% participación
1995	1.901,10	528.9	27,82
1996	2.045,83	618,3	30,22
1997	2.431,30	742	30,52
1998	5.245,50	1416,1	27,00
1999	6401,2	1694,2	26,47
2000	8291,6	1724,7	20,80
2001	8966,2	1742,2	19,43
2002	9529,8	1829	19,19
2003	10,645,5	2130,4	20,01

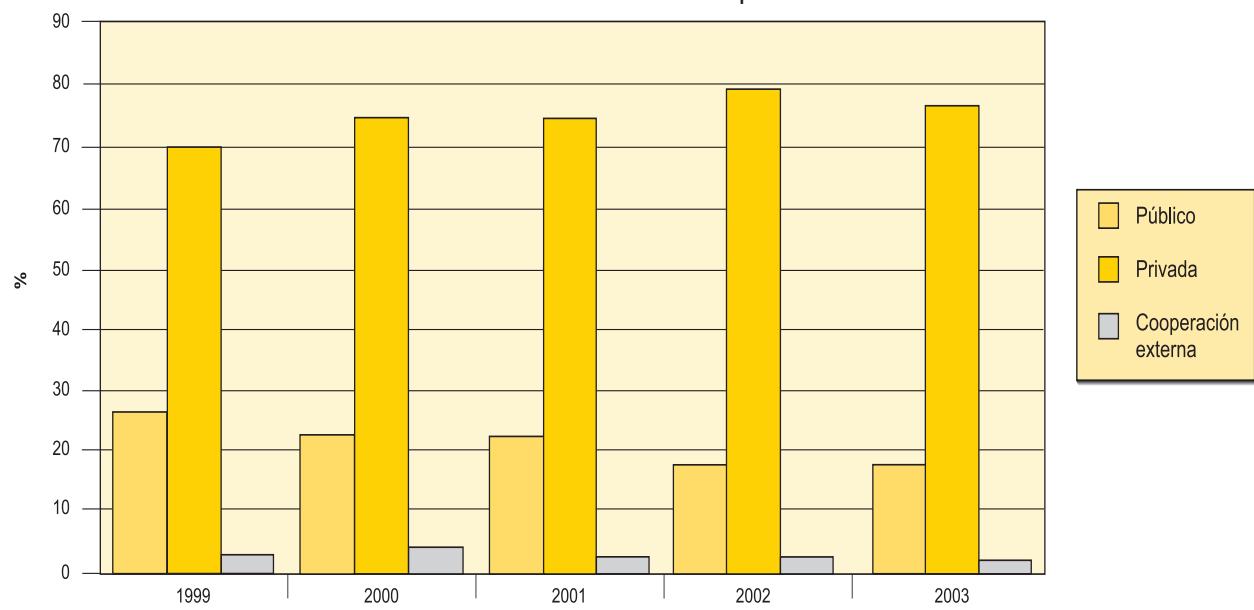


Cuadro No. 5
Cuentas por cobrar, IGSS

Patrón	Año	
	2005	Septiembre 2006
TOTAL	11.042.558.979	12.115.099.474
Estado	10.259.684.296	11.274.925.193
Sector Privado	778.751.491	836.051.089
Municipalidades	4.024.366	4.024.366
Ministerio de Salud Pública	98.826	98.826

Fuente. Informe anual del IGSS (2006)

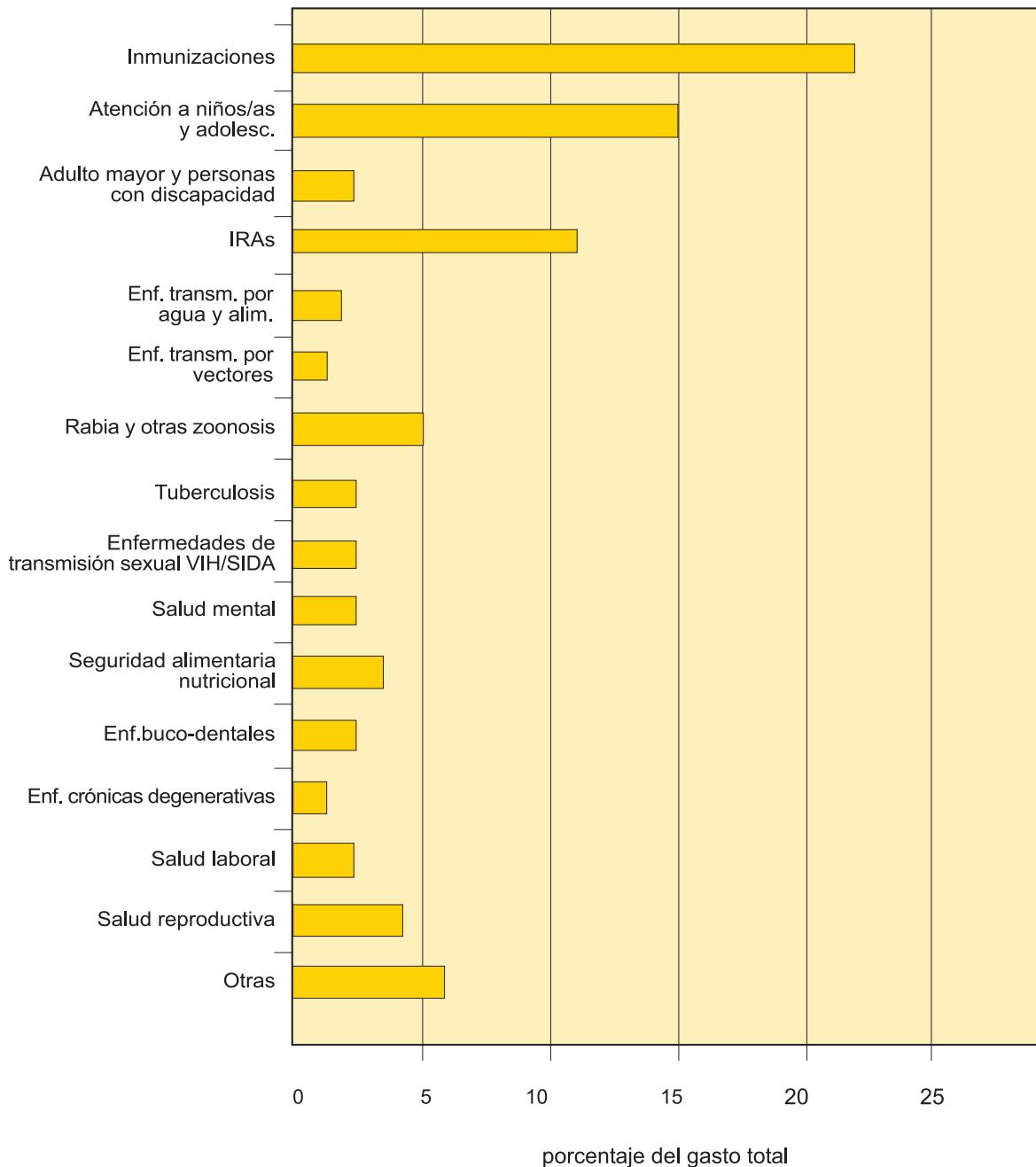
Gráfica No. 1
Fuentes de financiamiento en salud período 1999-2003



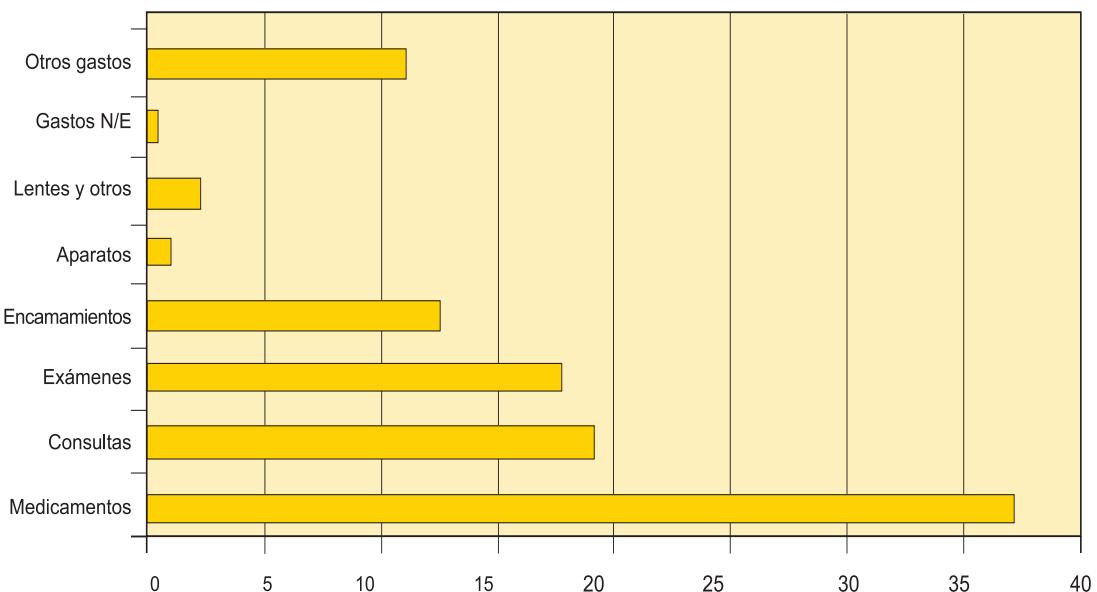
Fuente: Estudio de cuentas nacionales 1999-2003



Gráfica No. 2
Nivel de gasto por programa, 2003, MSPAS

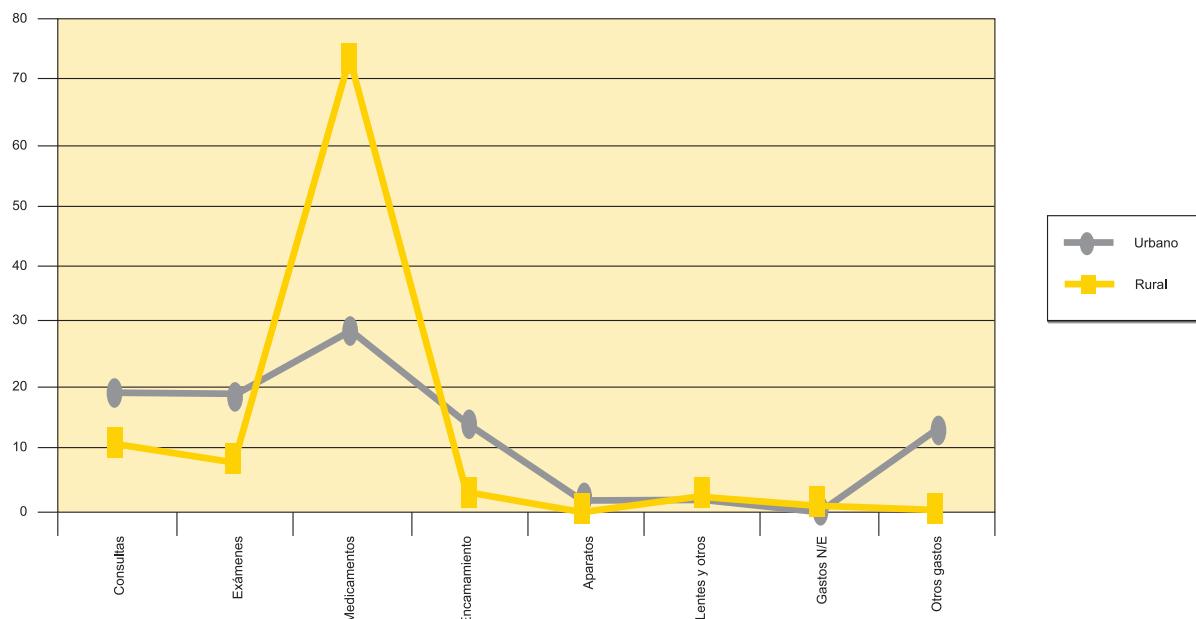


Gráfica No. 3
Direccionalidad del gasto de los hogares para el 2003



Fuente: Cuentas nacionales de salud 1999-2003. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

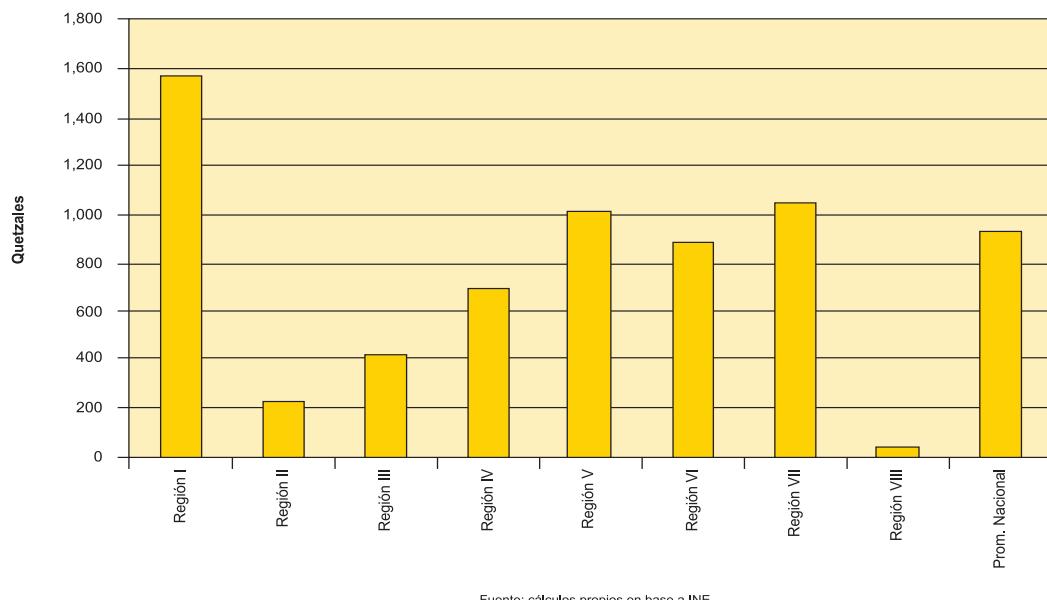
Gráfica No. 4
Comportamiento del gasto en salud urbano y rural 2003



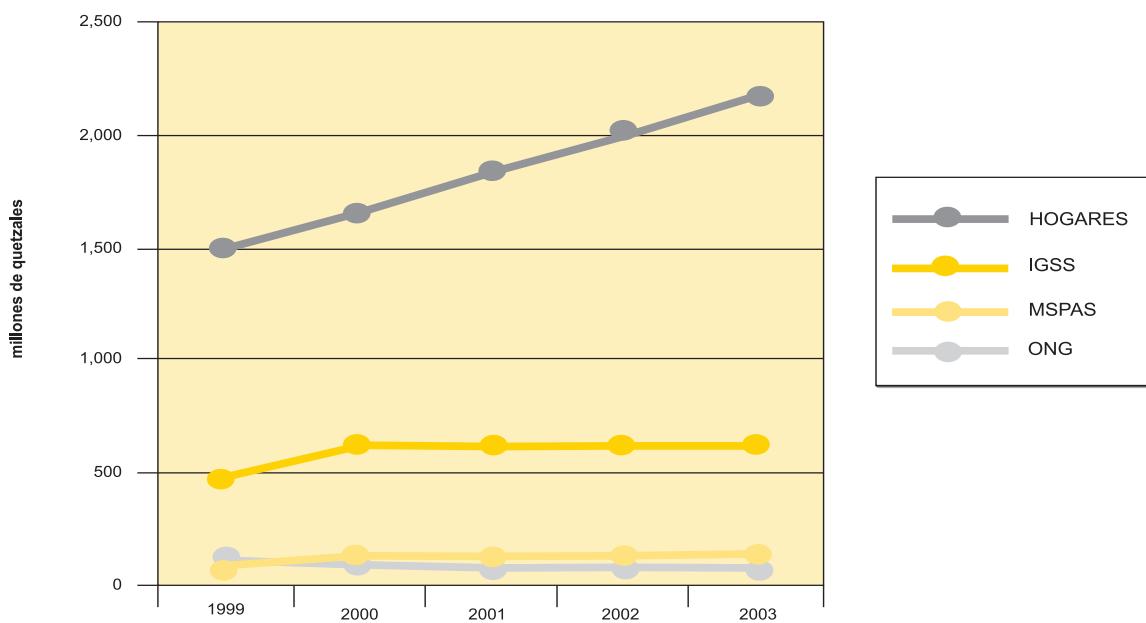
Fuente: Cuentas nacionales de salud 1999-2003. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social



Gráfica No. 5
Distribución per cápita del gasto en salud



Gráfica No. 6
Gasto en medicamentos de 1999 al 2003



Cuadro No. 6
Red de servicio del MSPAS 1975-2005

No.	Tipo de establecimiento	Años					
		1975	1985	1990	1994	2000	2005
1	Puestos de salud	435	780	803	857	861	926
2	Centros de salud	89	216	220	254	256	281
3	Maternidades	0	0	0	0	22	16
4	Clínicas periféricas	0	0	0	0	15	3
5	Hospitales	38	35	35	36	43	43
6	Número de camas	0	8329	7466	6582	nd	6030

Fuente: Informe de rendición de cuentas 2005, memoria epidemiológica 2000 y red de servicios MSPAS 1995

Cuadro No. 7
Registro de clínicas privadas en los departamentos del país. Período 1996 al 2006

No.	Departamento	Clinicas registradas	%
1	Guatemala	1530	58.53
2	Quetzaltenango	152	5.81
3	Chiquimula	108	4.13
4	Chimaltenango	69	2.64
5	Escuintla	62	2.37
6	San Marcos	59	2.26
7	Suchitepéquez	58	2.22
8	Sacatepéquez	54	2.07
9	Alta Verapaz	53	2.03
10	Santa Rosa	51	1.95
11	Huehuetenango	49	1.87
12	Totonicapán	46	1.76
13	Retalhuleu	46	1.76
14	Zacapa	46	1.76
15	Jutiapa	45	1.72
16	Jalapa	36	1.38
17	Petén	34	1.30
18	Sololá	28	1.07
19	Izabal	27	1.03
20	Quiché	23	0.88
21	El Progreso	20	0.77
22	Baja Verapaz	18	0.69
	TOTAL	2614	

Fuente: Dirección de regulación de establecimientos y afines-DRACES- MSPAS



Cuadro No. 8

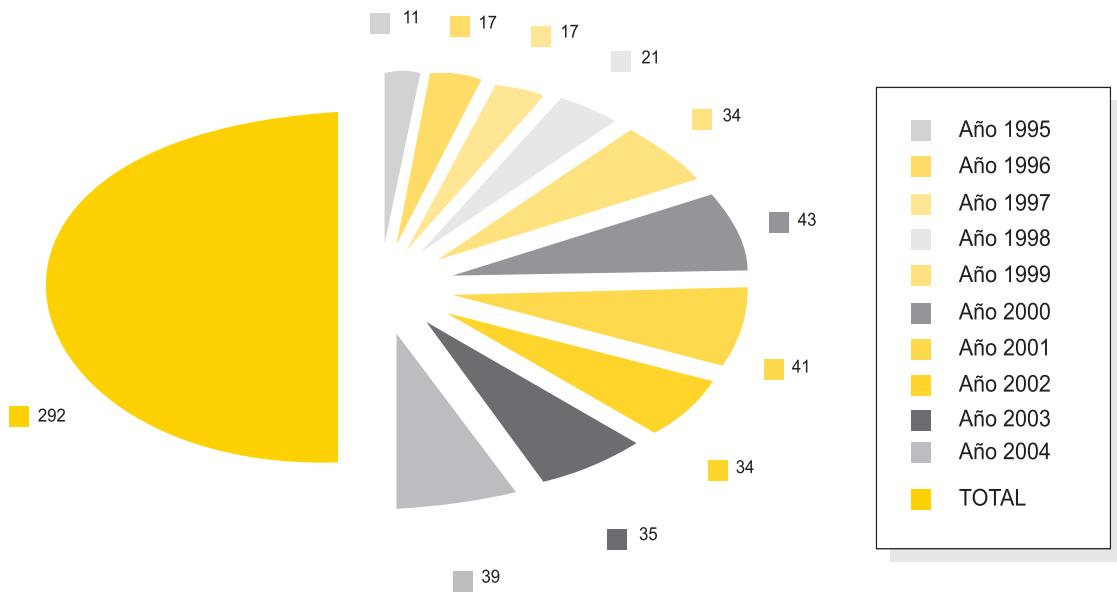
Registro anual de nuevas clínicas privadas en todo el país durante el período 1996-2006

Año	Número de clínicas
1996	31
1997	55
1998	61
1999	348
2000	439
2001	491
2002	210
2003	291
2004	309
2005	304
2006	75
TOTAL	2614

Fuente: Dirección de regulación de establecimientos y afines-DRACES- MSPAS

Gráfica No. 7

Hospitales privados registrados desde el año 1995 al 2004



Cuadro No. 9
Recurso humano del MSPAS, por departamento -2005-

No.	DEPARTAMENTO	PROFESIÓN						%
		Médico	Enfermera	Auxiliares enfermería	Técnicos/ Adm.	Operativos	total	
1	Guatemala	1684	455	2254	4033	2104	10530	29
2	Alta Verapaz	88	105	264	5586	323	6366	18
3	Baja Verapaz	31	27	119	678	74	929	3
4	Zacapa	54	25	159	148	112	498	1
5	Chiquimula	58	35	133	176	126	528	1
6	Izabal	45	37	225	225	231	763	2
7	El Progreso	29	14	101	113	80	337	1
8	Jutiapa	75	35	196	164	177	647	2
9	Jalapa	34	21	131	114	89	389	1
10	Santa Rosa	117	21	219	240	147	744	2
11	Sacatepéquez	92	45	178	199	200	714	2
12	Chimaltenango	68	27	154	193	112	554	2
13	Escuintla	126	54	303	765	278	1526	4
14	Quetzaltenango	286	122	474	345	353	1580	4
15	Totonicapán	55	25	128	125	74	407	1
16	San Marcos	99	78	348	225	165	915	3
17	Sololá	36	23	90	117	76	342	1
18	Retalhuleu	51	36	166	658	109	1020	3
19	Suchitepéquez	90	37	190	147	139	603	2
20	Quiché	90	61	359	3925	245	4680	13
21	Huehuetenango	91	82	273	248	176	870	2
22	Petén	55	35	232	306	251	879	2
	TOTAL	3354	1400	6696	18730	5641	35821	100

Fuente: Recursos Humanos MSPAS



Cuadro No. 10
 Personal hospitalario por departamento, MSPAS -2005-

No.	DEPARTAMENTO	Médico	Enfermera Graduada	Enfermera Auxiliary	Técnico admitivo	Operativo	Total
1	Guatemala	1504	457	224 4	1838	1989	8032
2	Alta Verapaz	47	40	173	145	151	556
3	Baja Verapaz	19	14	52	34	41	160
4	Zacapa	39	14	82	82	64	281
5	Chiquimula	30	14	60	60	75	239
6	Izabal	30	26	145	81	116	398
7	El Progreso	19	6	42	42	50	159
8	Jutiapa	41	13	86	54	97	291
9	Jalapa	23	10	70	48	54	205

Fuente: Recursos Humanos, MSPAS

Cuadro No. 13
 Formación de especialización de enfermería, MSPAS

No.	ENFERMERAS PROFESIONALES ESPECIALIZADAS	CANTIDAD
1	Gerencia de la Salud	91
2	Materno Infantil	186
3	Investigación	8
4	Cuidados Intensivos Adultos	18
5	Cuidados Intensivos Pediátricos	18
6	Cuidados Intensivos	20
7	Educación para Enfermería	105
8	Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental	33
9	Epidemiología	24
	Total	503



Cuadro No. 11
Personal hospitalario, número de hospitales y de camas, MSPAS

No	DEPARTAMENTO	PROFESIÓN						NÚMERO DE HOSPITALES	NÚMERO DE CAMAS
		Médico	Enfermeras	Enfermeras auxiliares	Técnico/ adm.	Operativos	total		
1	Guatemala	1,504	457	2,244	1,838	1,989	8,032	7	2,409
2	Alta Verapaz	47	40	173	145	151	556	3	258
3	Baja Verapaz	19	14	52	34	41	160	1	75
4	Zacapa	39	14	82	82	64	281	1	140
5	Chiquimula	30	14	60	60	75	239	1	108
6	Izabal	30	26	145	81	116	398	2	165
7	El Progreso	19	6	42	42	50	159	1	45
8	Jutiapa	41	13	86	54	97	291	1	120
9	Jalapa	23	10	70	48	54	205	1	80
10	Santa Rosa	90	8	109	89	79	375	1	170
11	Sacatepequez	71	41	136	135	179	562	1	135
12	Chimaltenango	36	10	50	51	89	236	2	252
13	Escuintla	91	41	194	125	165	616	2	274
14	Quetzaltenango	253	101	376	189	297	1,216	3	662
15	Totonicapán	28	13	69	48	53	211	1	90
16	San Marcos	50	31	152	86	102	421	2	218
17	Sololá	13	8	36	23	60	140	1	68
18	Retalhuleu	39	27	117	71	71	325	1	140
19	Suchitepequez	58	18	103	55	80	314	1	127
20	Quiché	45	41	171	179	155	591	4	211
21	Huehuetenango	46	24	108	81	103	362	2	180
22	Petén	42	22	139	150	144	497	4	192
	TOTAL	2,614	979	4,714	3,666	4,214	16,187	43	6,119

Fuente: Recursos Humanos MSPAS

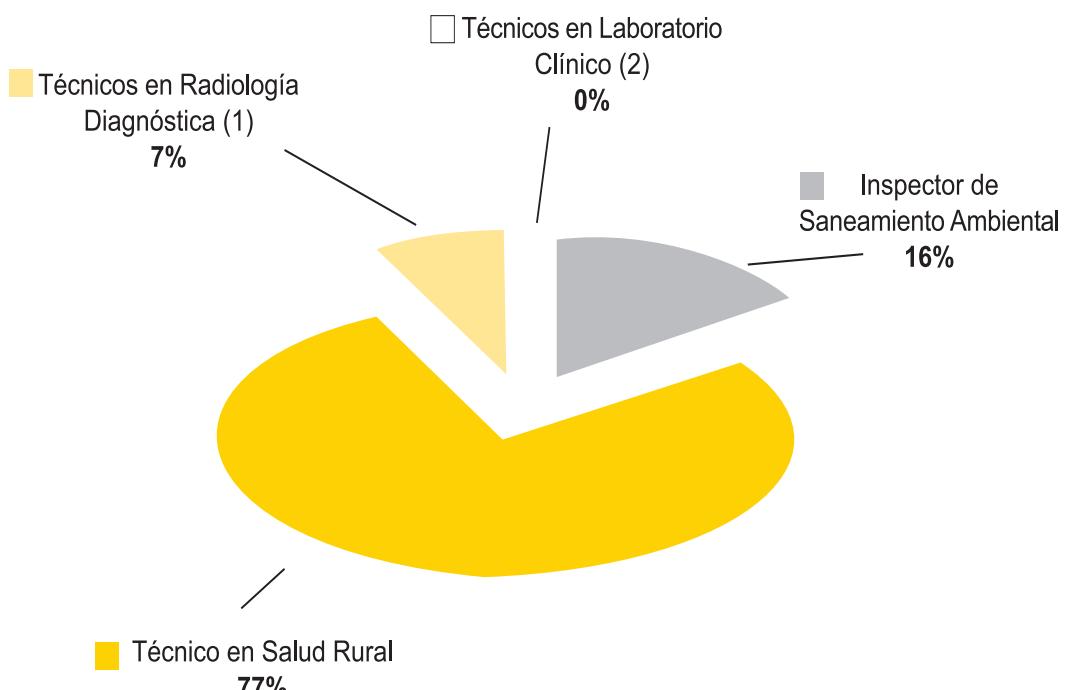
Cuadro No. 12
Formación de enfermeras en escuelas del MSPAS

Categoría	Periodo 1956 - 2005
Enfermeras Profesionales, Graduadas	5.242
Auxiliares de Enfermería	22.275

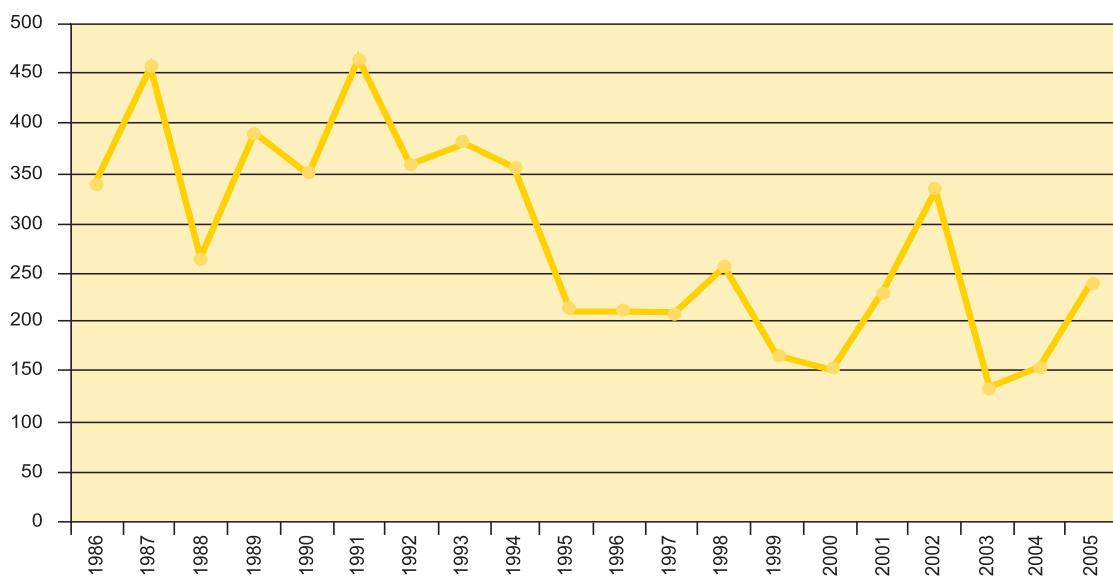
Fuente: Departamento de formación MSPAS Guatemala



Gráfica No. 8
 Personal técnico de apoyo formado en el INDAPS
 durante el período 1994 al 2007



Gráfica No. 9
 Cantidad de graduados anuales en la facultad
 de Medicina USAC. Período 1986-2005



Cuadro No. 14
Distribución del recurso humano del IGSS por departamento -2005-

Departamento	Administrativo	Servicios varios	Médico	Paramédico	TOTAL	% personal departamento	Beneficiario
Total	3167	2155	1447	4320	11089	100	2,296,533
Guatemala	2092	1411	1007	2913	7423	66,94	1,411,190
Otros Departamentos	1075	744	440	1407	3666	33,06	885,343
El Progreso	8	4	1	4	17	0,15	8,003
Sacatepéquez	25	6	18	23	72	0,65	52,202
Chimaltenango	51	45	6	20	122	1,10	35,358
Escuintla	258	157	159	475	1049	9,46	236,551
Santa Rosa	16	5	3	10	34	0,31	13,976
Sololá	15	9	9	19	52	0,47	16,683
Totonicapán	9	5	6	9	29	0,26	9,189
Quetzaltenango	90	44	25	82	241	2,17	85,190
Suchitepéquez	136	128	75	386	725	6,54	62,947
Retalhuleu	55	47	17	47	166	1,50	44,063
San Marcos	73	70	18	76	237	2,14	58,820
Huehuetenango	44	36	8	49	137	1,24	33,724
Quiché	12	7	8	18	45	0,41	20,317
Baja Verapaz	25	14	8	20	67	0,60	13,764
Alta Verapaz	70	55	14	38	177	1,60	39,433
Petén	7	2	1	3	13	0,12	12,955
Izabal	71	41	17	41	170	1,53	57,004
Zacapa	44	25	22	39	130	1,17	34,736
Chiquimula	17	9	15	16	57	0,51	21,272
Jalapa	14	10	7	14	45	0,41	11,529
Jutiapa	35	25	3	18	81	0,73	17,627

Fuente: Informe del IGSS 200



Cuadro No. 15
 Distribución de establecimientos del IGSS por departamento -2005-

No.	DEPARTAMENTO	NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS	CAMAS
1	Guatemala	6	1.476
2	Chimaltenango	1	10
3	Escuintla	4	205
4	Santa Rosa	1	8
5	Sololá	2	25
6	Totonicapán	1	6
7	Quetzaltenango	3	79
8	Suchitepéquez	3	151
9	Retalhuleu	1	37
10	San Marcos	2	33
11	Huehuetenango	1	6
12	Quiché	1	17
13	Baja Verapaz	1	22
14	Alta Verapaz	1	8
15	Petén	2	2
16	Izabal	1	40
17	Zacapa	1	35
18	Chiquimula	1	31
19	Jalapa	1	22
20	Jutiapa	1	7
	Total	35	2.220

Fuente: Memoria de Labores 2006, IGSS

Cuadro No. 16
 Distribución del recurso humano en el IGSS del departamento
 de Guatemala vrs. otros departamentos -2005-

Departamento	Afiliados	Administrativo	Servicios varios	Médico	Paramédico	TOTAL	% RRHH
Guatemala	1411190 (61%)	2092	1411	1007	2913	7423	67%
Otros departamentos	885343 (39%)	1075	744	440	1407	3666	33%
TOTAL		3167	2155	1447	4320	11089	100

Fuente: informe IGSS 2006



Cuadro No. 17
Cantidad y porcentaje de médicos por universidad de origen

AÑO	MÉDICOS			UNIVERSIDAD DE ORIGEN			% DE GRADUADOS			
	Generales	Especialistas	Total	USAC	UFM	Extranjera	USAC	UFM	Extranjera	Total
1986	456	0	456	426	30	0	93.421	6.579	0.000	100
1987	463	0	463	420	43	0	90.713	9.287	0.000	100
1988	388	0	388	372	16	0	95.876	4.124	0.000	100
1989	398	0	398	387	11	0	97.236	2.764	0.000	100
1990	400	0	400	380	20	0	95.000	5.000	0.000	100
1991	521	0	521	491	30	0	94.242	5.758	0.000	100
1992	471	29	500	465	35	0	93.000	7.000	0.000	100
1993	284	150	434	408	26	0	94.009	5.991	0.000	100
1994	309	144	453	423	30	0	93.377	6.623	0.000	100
1995	138	138	276	245	31	0	88.768	11.232	0.000	100
1996	170	135	305	290	15	0	95.082	4.918	0.000	100
1997	62	163	225	219	5	1	97.333	2.222	0.444	100
1998	96	236	332	294	31	7	88.554	9.337	2.108	100
1999	106	167	273	253	18	2	92.674	6.593	0.733	100
2000	137	108	245	228	15	2	93.061	6.122	0.816	100
2001	158	137	295	264	28	3	89.492	9.492	1.017	100
2002	279	123	402	384	14	4	95.522	3.483	0.995	100
2003	112	167	279	252	21	6	90.323	7.527	2.151	100
2004	99	169	268	229	27	12	85.448	10.075	4.478	100
2005	256	159	415	381	17	17	91.807	4.096	4.096	100

Fuente: Colegio de médicos

Cuadro No. 18
Consultas y referencias del MSPAS 2004-2005

PRODUCCIÓN	2004			2005		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Consultas	3.686.928	6.031.783	9.718.711	4.003.734	724.643	4.728.377
Referencia	42.061	88.692	130.753	19.27	33.216	52.486
Porcentaje referencia	1,14	1,47	1,35	0,48	4,58	1,11

Fuente: Memoria epidemiológica 2004-2005



Cuadro No. 19
Morbilidad general: 10 primeras causas en centros y puestos de salud del MSPAS -2000, 2002 y 2005-

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD	AÑO					
	2000		2002		2005	
	N	%	N	%	N	%
Infecciones respiratorias agudas	1,351,629	21.52%	1,779,878	21.52%	1,676,311	22.90%
Enfermedad Diarreica Aguda	513,919	8.18%	510,024	7.48%	404,145	5.52%
Parasitismo Intestinal	506,335	8.06%	413,743	6.07%	529,760	7.24%
Anemia	331,612	5.28%	325,606	4.78%	329,691	4.50%
Neumonías	245,417	3.91%	198,574	2.91%	210,005	2.87%
Enfermedad péptica	240,948	3.84%	252,760	3.71%	295,201	4.03%
Enfermedad de la piel	221,434	3.52%	248,470	3.64%	277,275	3.79%
Infecciones del tracto urinario	181,278	2.89%	179,878	2.64%	252,608	3.45%
Malaria	37,363	0.59%				
Artritis	36,202	0.58%				
Amebiasis			105,962	1.55%	152,705	2.09%
Traumatismos			53,822	0.79%		
Cefalea de origen a determinar					113,489	1.55%
Resto de causas	2,616,082		2,748,835		3,078,917	
Total de casos	6,282,219		6,817,572		7,320,107	

Fuente: Memoria epidemiológica años 2000, 2002, y 2005



Cuadro No. 20
Primeras diez causas de consulta externa y de atención interna (hospitalaria) en establecimientos privados

CONSULTA EXTERNA			
Problema	No. casos	Problema	No. casos
Insuficiencia respiratoria superior	15,096	Insuficiencia respiratoria superior	15,741
Niño sano	11,440	Niño sano	13,329
Hipertensión arterial	10,390	Hipertensión arterial	12,359
Diarrea	9,679	Diarrea	10,594
Papanicolau	9,569	Amigdalitis aguda	9,851
Trastornos de uretra y aparato urinario	9,042	Trastornos de uretra y aparato urinario	9,763
Bronquitis	7,903	Bronquitis no especificada	9,264
Amigdalitis aguda	7,742	Diabetes mellitus	7,604
Enfermedad péptica	7,170	Enfermedades de los tejidos dentarios duros	7,504
Estado de embarazo incidental	7,151	Persona adulta sana	7,288

10 PRIMERAS CAUSAS DE ATENCIÓN INTERNA HOSPITALARIA (ingresos hospitalarios)			
Post operatorio	3,282	Recién Nacido	9,958
Apendicitis aguda	3,108	Parto Distóxico Simple	5,408
Colecistitis crónica calculosa	2,973	Parto Eutóxico Simple	4,790
Diarrea	2,500	Post Operatorio	3,591
Gastro enterocolitis	1,849	Fibromatosis Uterino	3,444
Dolor Abdominal	1,685	Apendicitis Aguda	3,217
Catarata	1,593	Colecistitis Crónica Calculosa	3,058
Aborto no especificado	1,282	Diarrea	2,099
Bronconeumonía	1,273	Dolor Abdominal	1,968
Diabetes mellitus	1,229	Gastroenterocolitis	1,947

Fuente: Producción de establecimientos privados de salud. Instituto Nacional de Estadística.



Cuadro No. 21
Ocupación hospitalaria del MSPAS por unidad médica

No.	HOSPITAL	CAMAS					% DE OCUPACIÓN
		Número de camas	Egreso	Día de cama disponible	Día cama ocupado	Giro de cama	
1	San Juan de Dios	708	32,160	258,420	194,876	0.75	75.41
2	Roosevelt	822	37,805	300,030	225,716	0.75	75.23
3	San Vicente	175	767	63,875	37,893	4.38	59.32
4	Ortopedia y Rehab	138	1,018	50,370	39,332	7.38	78.09
5	Salud Mental	336	996	122,640	88,406	2.96	72.09
6	Infectología	60	1,782	21,900	14,281	29.7	65.21
7	Rodolfo Robles	146	919	53,290	36,791	6.29	69.04
8	Eliza Martínez	50	3,576	18,250	12,369	71.52	67.78
9	Zacapa	140	12,854	51,100	194,876	3.81	381.36
10	Escuintla	174	12,854	63,510	39,458	0.62	62.13
11	Cobán	175	14,968	63,875	51,834	0.81	81.15
12	Cuilapa	170	12,485	62,050	45,919	0.74	74
13	Regional de occidente	330	19,327	120,450	82,690	0.69	68.65
14	Amatitlán	170	10,915	62,050	40,800	0.66	65.75
15	San Benito	90	8,430	32,850	27,708	0.84	84.35
16	Coatepeque	186	17,568	67,890	46,796	0.69	68.93
17	Hermano Pedro Antigua	177	5,067	64,605	47,811	0.74	74.01
18	Progreso	45	4,729	16,425	13,276	0.81	80.83
19	Salamá	75	6,157	27,375	24,801	0.91	90.6
20	Chimaltenango	75	9,500	27,375	28,829	1.05	105.31
21	Sololá	68	5,971	24,820	18,660	0.75	75.2
22	Jalapa	80	8,919	29,200	21,875	0.75	74.91
23	Jutiapa	120	10,202	43,800	30,479	0.7	69.59
24	Totonicapán	90	6,527	32,850	24,706	0.75	75.21
25	Amistad Puerto Barrios	115	9,931	41,975	30,529	0.73	72.73
26	Quiché	113	7,815	41,245	24,529	0.59	59.47
27	San Marcos	143	10,239	52,195	31,406	0.6	60.17
28	Mazatenango	127	12,324	46,355	35,661	0.77	76.93
29	Retalhuleu	140	9,495	51,100	33,358	0.65	65.28
30	Huehuetenango	146	13,668	53,290	48,156	0.9	90.37
31	Chiquimula	108	10,373	39,420	34,135	0.87	86.59
32	Poptún	30	1,825	11,680	8,098	0.69	69.33
33	Melchor de Mencos	37	2,810	13,505	9,193	0.68	68.07
34	Sayaxché	35	2,810	12,775	9,193	0.72	71.96
35	San Pedro Necta	34	2,930	12,410	7,072	0.57	56.99
36	Malacatán	75	7,689	27,375	22,756	0.83	83.13
37	Fray Bartolomé de las Casas	40	4,736	14,600	15,574	1.07	106.67
38	La Tinta	43	2,520	15,695	9,943	0.63	63.35
39	Nebaj	36	2,249	13,140	9,182	0.7	69.88
40	Uspantán	30	1,453	10,950	5,817	0.53	53.12
41	Tiquisate	100	8,165	36,500	21,389	0.586	58.6
42	Joyabaj	32	1,825	11,680	8,098	0.69332	69.3322
43	Fray de la Cruz Antigua	135	30	49,275	49,195	0.22222	99.8376



Cuadro No. 22
Producción hospitalaria MSPAS 1999-2003

Concepto	Años					Total
	1999	2000	2001	2002	2003	
Egresos	3335,342	346,228	361,471	376,745	361,476	1,781,262
Consultas	1,491,959	1,859,369	1,864,090	1,879,016	1,813,204	8,907,638
Emergencias	661,731	946,979	1,013,393	1,070,104	1,085,460	4,777,667
Recetas	3,075,169	4,557,488	6,069,821	6,560,575	8,762,197	29,025,250
Intervenciones	115,096	109,281	104,111	110,463	109,533	548,484
Partos	86,448	84,698	97,839	97,836	94,024	460,845
Cesáreas	34,516	21,370	23,104	25,892	25,839	130,721
Examen Lab.	2,753,705	4,411,982	5,411,357	5,413,322	5,612,674	23,603,040
Raciones	3,467,537	2,850,197	2,316,744	2,739,731	2,231,776	13,605,985
Lib Ropa Lavada	S/D	10,779,001	12,427,907	14,475,668	14,325,877	52,008,453

Fuente: Reporte Winsig MSPAS.

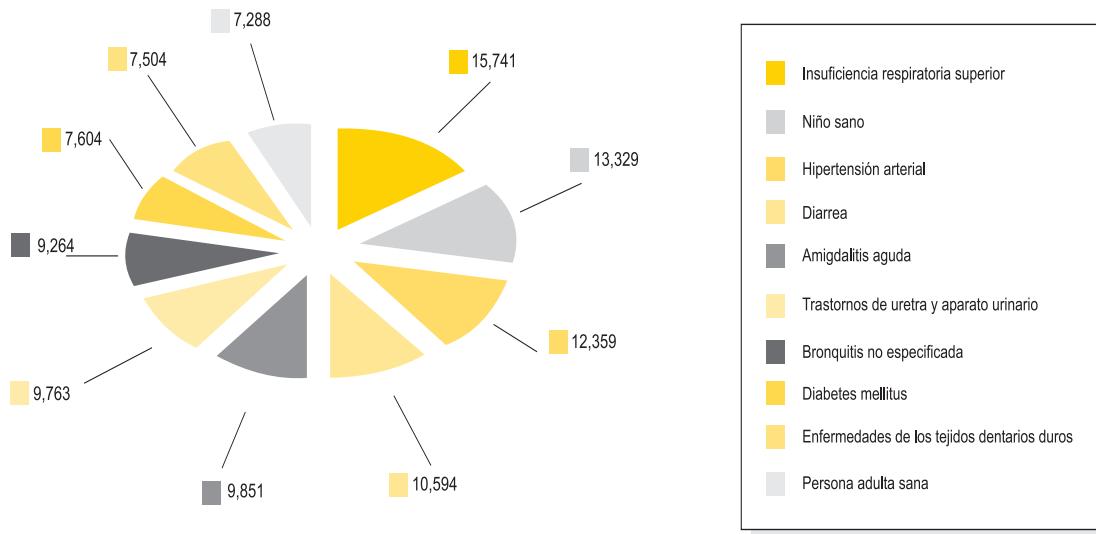
Cuadro No. 23
Primeras 10 causas de atención hospitalaria
en servicios del MSPAS. Período 2000-2005

2000	2001	2002	2003	2004	2005
Parto Eutósico Simple	Parto Eutósico Simple	Infección Respiratoria Aguda	n/d	Enfermedad Diarreica Aguda	Enfermedad Diarreica Aguda
Abortos	Neumonías	Diarrea		Neumonías y Bronconeumonias	Neumonía
Enfermedad Diarreica Aguda	Síndrome Diarreico Agudo	Neumonías		Aborto Incompleto	Aborto
Fracturas	Cesárea	Fracturas		Infecciones Respiratorias Agudas	Esquizofrenia
Partos Distóxicos	Abortos	Abortos		Apendicitis Aguda	Fracturas
Neumonías	Fracturas	Atención del Parto		Infecciones del Tracto Urinario	Trastornos de Ansiedad
Heridas	Infección Respiratoria Superior	Politraumatismo		Fracturas	Enfermedad Respiratoria
Infección del Tracto Urinario	Apendicitis	Infección del Tracto Urinario		Parasitismo Intestinal	Apendicitis Aguda
Apendicitis Aguda	Infección Urinaria	Apendicitis Aguda		Trauma Cráneo Encefálico	Diabetes Mellitus
Hernias	Hernia Inguinal	Parasitismo Intestinal		Diabetes Mellitus	Depresión

Fuente: memorias epidemiológicas del MSPAS

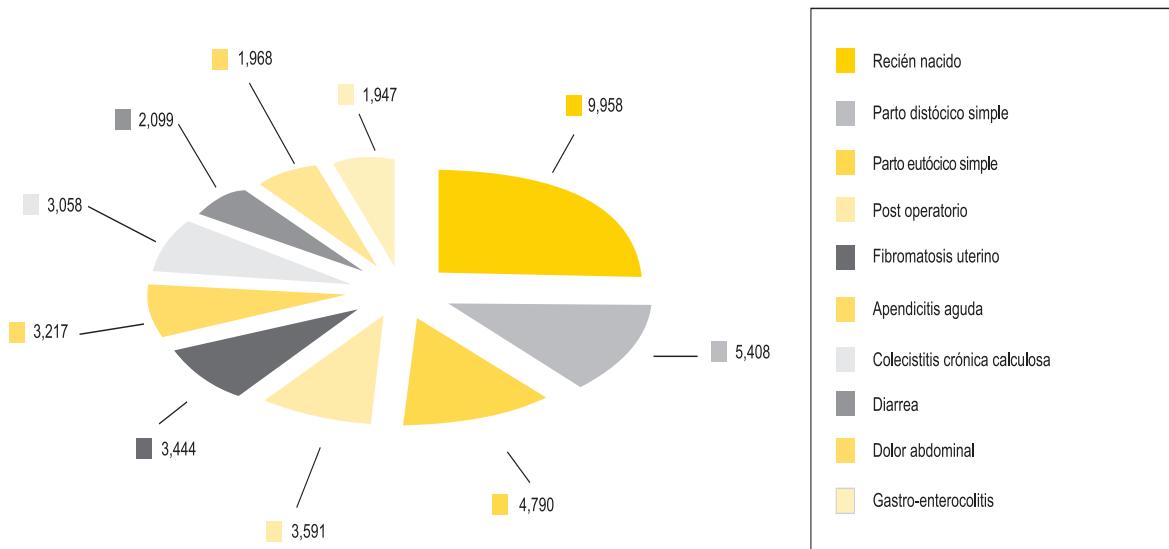


Gráfica No. 10
Principales 10 causas de consultas externa en establecimientos privados. Año 2003



Fuente: Estadística de Centros Privados INE

Gráfica No. 11
Principales 10 causas de hospitalización en establecimientos privados. Año 2003



Fuente: Estadística de Centros Privados INE



Acceso y utilización de servicios de salud

Cuadro No. 24

Uso de establecimientos de salud por población asegurada (porcentaje de visitas)

Tipo de Aseguramiento	Tipo de Establecimiento de Salud							
	Hospital Público	Hospital	Hospital IGSS	Centro/Puesto de Salud	Centro comunitario	Farmacia	Hogar	Otros
Privado	5.3	17	53	7.7	0.3	6.1	8.3	2.3
IGSS	6	38.6	37.1	4.6	1.2	6.9	3	2.7
IGSS y privado	1.2	17.5	67.7	----	----	1	10.8	1.8
Otros	3.7	----	65	----	----	2.2	----	29.1
Sin seguro	10.1	1.3	39.5	26.9	2.2	8.3	5.8	6.1

Fuente: Gragnolati & Marini 2003 (con datos ENCOVI 2000)

Cuadro No. 25

Búsqueda de atención durante un episodio de enfermedad desagregado por quintil de consumo, etnicidad y área geográfica de residencia

QUINTIL DE CONSUMO	ACCIÓN TOMADA					
	Personal sin entrenamiento médico	Enfermera o promotor	Médico	Familiar o miembro del hogar	Auto medicación	No hizo nada
TOTAL	4.8	9.5	36.1	19.2	19.5	10.9
Q1	4.5	16.5	13.6	29.8	17.2	18.4
Q2	4.9	13.9	22.6	23	25	10.7
Q3	6.6	11.8	32.6	21	18.3	9.7
Q4	5.4	7.8	39	17.2	21.5	9.1
Q5	3.3	2.3	58.1	11	16.8	8.6
Etnicidad						
Indígena	5.9	13.7	24	22.8	20.7	12.9
No indígena	4.1	6.6	44.4	16.8	18.8	9.4
Área geográfica						
Urbano	3.6	3.6	51.8	14.7	17.8	8.6
Rural	5.7	13.7	25	22.5	20.8	12.5

Fuente: Adaptado de Granolati & Marini 2003.



Cuadro No. 26

Población que visitó establecimientos de salud ante un problema un mes previo a la entrevista (en porcentajes).

Población	Hospital Público	Hospital IGSS	Hospital/ clínica privada	Centro/ puesto de salud	Centro comunitario	Farmacia	Hogar	Otro
TOTAL	9.3	6.8	40	22.8	2	8	5.5	5.7
Etnicidad								
Indígena	8.1	3.7	30.2	29.6	3.2	11.5	6.5	7.3
No indígena	9.9	8.4	45.4	19.1	1.3	6	4.9	4.8
Área Geográfica								
Urbano	8.8	10.5	51.5	13.8	0.8	5.6	5.2	3.9
Rural	9.7	3.2	29.3	31.4	3.1	10.2	5.7	7.5

Fuente: Adaptado de Granolati & Marini 2003

Cuadro No. 27

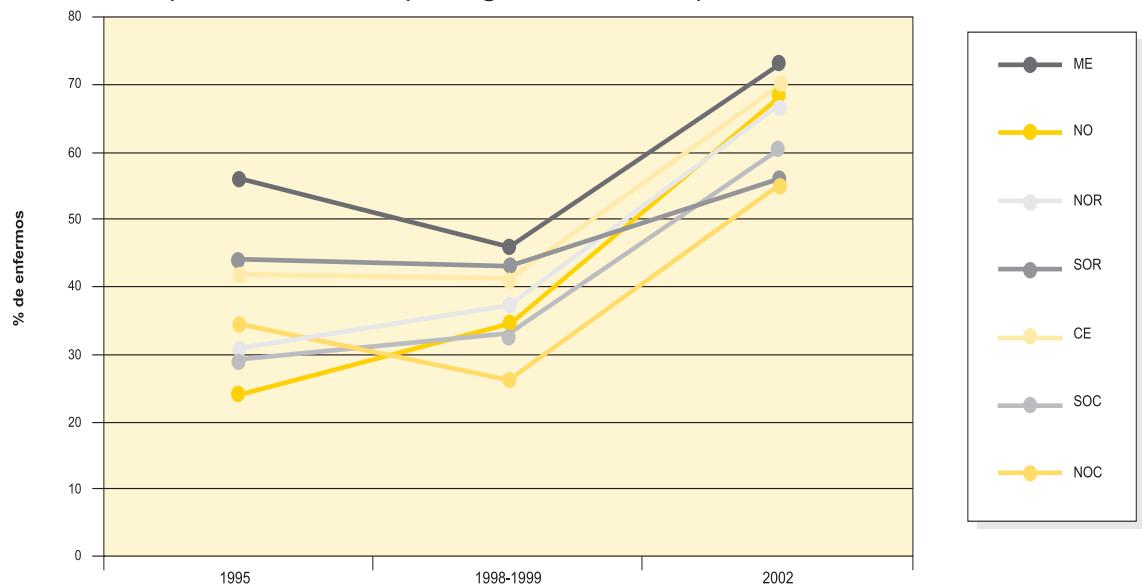
Razones para no buscar atención durante un período de enfermedad desagregado por área geográfica de residencia

Porcentaje de entrevistados que estuvieron enfermos pero no buscaron atención	TOTAL	Área urbana	Área rural
No era importante	51.1	64.4	44.4
No tuvo suficiente dinero para la atención	26.4	19.5	30
El establecimiento de salud está muy lejano	6.2	0.4	9.2
No tuvo tiempo	3.6	4.3	3.2
No tuvo dinero suficiente para transporte	2.8	1.5	3.4
El servicio era demasiado caro	2.8	2.4	3.1
Falta de doctores/enfermeras en el establecimiento	1.6	0.4	2.2
No confía en los prestadores	1.1	1.3	0.9
El tiempo de espera es muy largo	0.7	0.4	0.8
Los prestadores no hablan mi idioma	0.5	0.2	0.7
Falta de transporte	0.4	0	0.6
Otras razones	2.8	5.2	1.5

Fuente: Adaptado de Granolati & Marini 2003



Gráfica No. 12
Búsqueda de atención por regiones durante episodios de IRA 1995-2002



Fuente: Flores 2005

Cuadro No. 28
Población afiliada al IGSS en relación a la PEA 1995-2005

AÑO	PEA	AFILIADOS	% COBERTURA PEA
1995	2584684	855596	33,10
1996	2696831	852243	31,60
1997	2813845	851292	30,25
1998	2935935	887228	30,22
1999	3063324	893126	29,16
2000	3196239	908122	28,41
2001	3334921	927768	27,82
2002	3479621	953052	27,39
2003	3630599	957921	26,38
2004	3788128	988892	26,11
2005	3882463	1002356	25,82

Fuente: Boletín de afiliación 2005 IGSS



Desempeño y equidad del sistema de salud

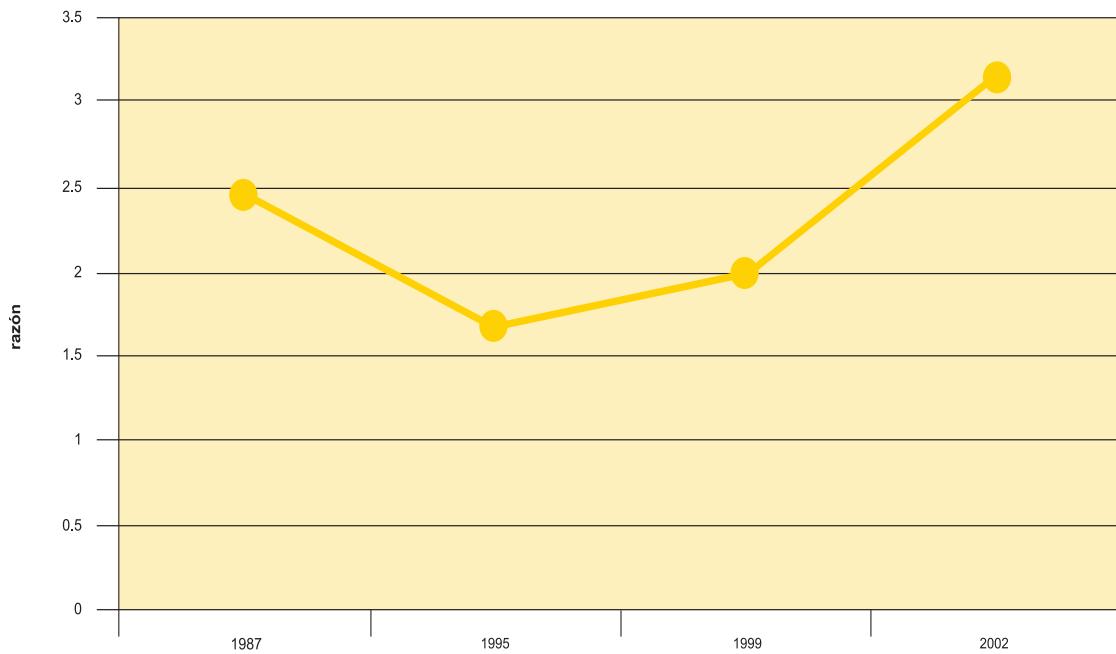
Cuadro No. 29

Patrones de utilización de establecimientos de salud, desagregado por quintiles de consumo y la proporción de visitas realizadas a cada establecimiento

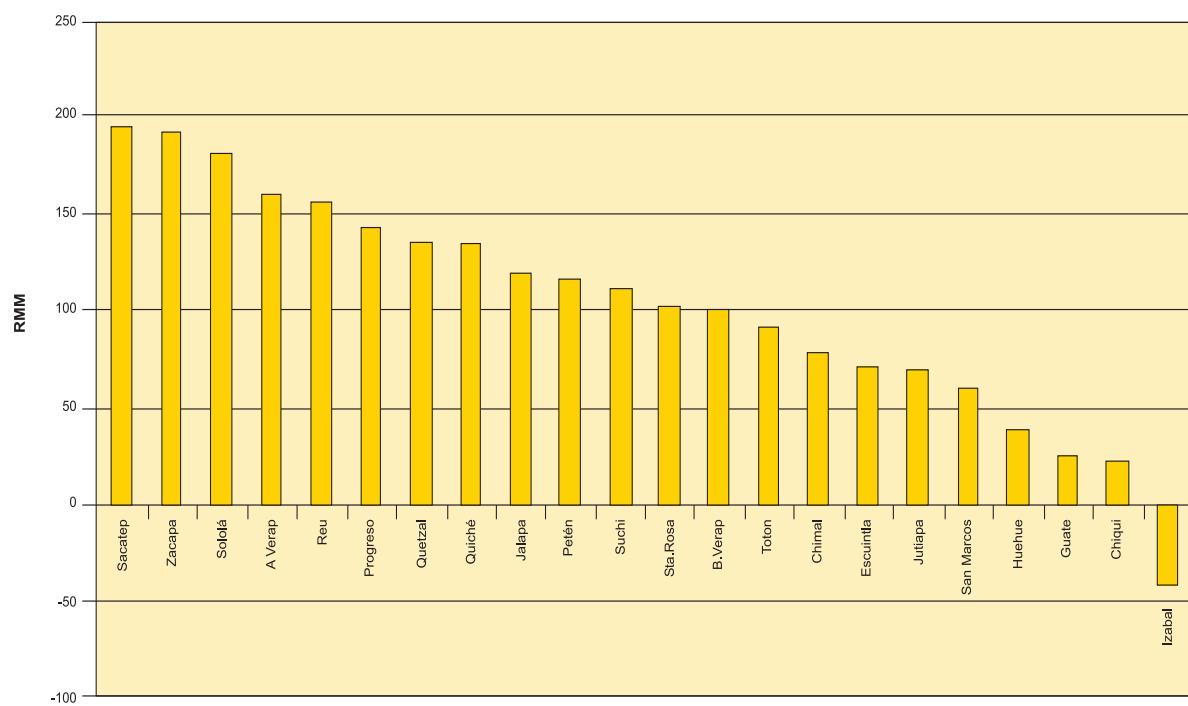
Establecimiento de salud	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Total
Hospital	11	12	13	15	9	12
Centro de Salud	23	22	19	16	6	15
Puesto de Salud	17	14	13	5	1	8
Centro comunitario	4	3	2	2	1	2
Hospital privado y clínica	11	24	28	40	62	40
Otros (IGSS, farmacia, etc)	34	25	25	22	21	23
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Adaptado de Gragnolati & Marini (2003)

Gráfica No. 13
Brecha de inequidad en mortalidad infantil por regiones



Gráfica No. 14
 Diferencia en la razón de mortalidad materna por departamentos.
 Períodos 1989-2000



Fuente: Flores 2005



Bibliografía



AbouZahr C & Boerma T (2005). Health information systems: the foundations of public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (8) 578-583.

Aday LA & Andersen R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*; 9(3):208-220.

Angel L (1994) Evaluación de la iniciativa de salud Centroamérica y Panamá. OPS/OMS.

BADEINSO (2004) Base de estadísticas e indicadores sociales. Área temática Económica. <http://www.eclac.cl/badeinso/Consulta.asp>. ingresado el 5 de octubre del 2003

Barillas E (2005) Efectos de la Reforma del Sector Salud en el Suministro de Medicamentos de Guatemala. Presentado a la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos-USAID por Racional Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Barillas E, Valle O, Valladares R (2000) Propuesta marco para la extensión de las prestaciones de la seguridad social a la población campesina y otros grupos

de trabajadores informales. Informe de Consultoría para CONGCOOP.

Bitrán R & López A (2003) Asignación presupuestaria al MSPAS de Guatemala. Proyecto PHRplus Guatemala. Presentación powerpoint.

Braveman P (2003) "Monitoring Equity in Health and Healthcare: A conceptual framework" *Journal of Health and Popular Nutrition* 21(3): 181-192

Briggs J (2004) Fortalecimiento del Sistema de Información para la Gestión de los Servicios de Salud y Medicamentos en el Primer Nivel de Atención. Informe de consultoría presentado al proyecto PRRAC-Salud, Unión Europea. Guatemala.

CAPUBPRIV (2006) La contratación de servicios de salud privados en el primer nivel de atención en América Central: ¿Una opción para asegurar una atención eficiente, equitativa y sostenible? Coordinación Proyecto CAPUBPRIV, Bruselas Bélgica.

Cely N, Mostajo R, Gregory P (2003) Guatemala: Hacia un gasto más eficiente, equitativo y transparente. Retos y Recomendaciones. Reporte final de consultoría.



CEPAL (2006) La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CEPAL (2002) Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago, Chile.

Cerezo C, Rodríguez E, Matute J (2004) Evaluación de la Provisión de Servicios Básicos de Salud mediante Indicadores Trazadores en una Muestra de Hogares con Representatividad Nacional. Ministerio de Salud Pública. Guatemala, Diciembre.

Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala (2005). Plan estratégico 2005-2025.

CORE (2004) Intervenciones Innovadoras para Mejorar la Salud del Recién Nacido en la Región de Latinoamérica y el Caribe. The CORE group.

El Periódico (2004). El gasto del Ministerio de defensa aumenta en tiempos de paz. Septiembre 21, Sección nacionales.

El Periódico (2006a) Médicos Cubanos continúan su labor. Lunes 19 de junio del 2006, sección nacionales.

El Periódico (2006b) Médicos comunitarios con prohibición de trabajar. Miércoles 25 de octubre del 2006, sección actualidad: vitrina.

ENCOVI (2000) Encuesta nacional de condiciones de vida. Instituto Nacional de Estadística.

Finkelman J, Barillas E, Rivera T, Victoria D (1996) El Proceso de Transformación de la Salud en Guatemala. Organización Panamericana de la Salud, Representación Guatemala.

Flores W. (2005) Inequidades geográficas en la mortalidad infantil en Guatemala: Magnitud y factores asociados. Proyecto PRRAC-Salud/UE, Guatemala.

Flores W. (2006) Inequidades en la mortalidad materna en Guatemala durante el período 1989-2000: implicaciones para las metas del milenio. Reporte elaborado para el proyecto PRRAC-Salud, documento mimeo.

Global IDP. 2004. Guatemala: falta de avances en la implementación de los acuerdos de paz deja a los desplazados internos en el olvido. Tomado de http://www.internal-displacement.org/?ReadForm&Country=Guatemala&p=SU_rvcod ingresado el 9 de enero del 2007.

Goddard M & Smith P (2001) Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. Social Science and Medicine 53: 1149-1162

Gragnolati M & Marini A (2003) Health and Poverty in Guatemala. World Bank Policy Research Working Paper 2966.

Gutiérrez E, Avalos A, Penados J, Verduga C. (2006) Guatemala 1985-2015. Análisis de tendencias y prospectivas. Borrador para discusión. Documentos de insumo sobre los contextos socioeconómicos y políticos para el proyecto "La construcción social del futuro de la salud y la seguridad social en Guatemala".

Hecht R, Bastón A, Brenzel L (2004) Making Health Care Accountable. Finance & Development, March, pp 16-19.



- INE (2001) Mapas de pobreza en Guatemala: un auxiliar para entender el flagelo de la pobreza en el país. INE. Guatemala.
- INE (2002 y 2003) Causas de consulta para atención externa y atención interna (hospitalización) en establecimientos privados de salud. Instituto Nacional de Estadística.
- INE (2003) Características de la población y de los locales censados 2002. INE. Guatemala.
- INS (2002) Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente –bases y lineamientos-. Instancia Nacional de Salud. Guatemala.
- INS (2003) Monitoreo del Derecho a la Salud en el Marco de la Reforma del Sector Salud. Guatemala. Instancia Nacional de Salud.
- Knowles J, Leighton C & Stinson W (1997) Medición de Resultados de la Reforma del Sector Salud en cuanto al Desempeño del Sistema: Guía de Indicadores. Partnership for Health Reform. Maryland, USA.
- Lippeveld T (2001) Routine health information systems: the glue of a unified health system. Keynote address at the workshop on issues and innovations in Routine Health Information in Developing Countries, Potomac, March 14-16. Washington DC: JSI.
- Loewenson R. (2002). Participation and accountability in health systems: the missing factor in equity? Equinet discussion paper UNAIDS. Disponible en www.equinetabrida.org ingreso el 9 de junio del 2004.
- Londoño J & Frenk J (2000) Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health Systems Reform in Latin America. Chapter 2 in: Health Care Reform & Poverty in Latin America. Peter Lloyd-Sherlock (Editor). Institute of Latin American Studies, University of London, UK.
- Marín J (2000) Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector salud. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 8 (1/2).
- Mendoza - Sassi Raul, Umberto Beria Jorge. (2001). Utilización de los Servicios de Salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cuad Saude Pública;17 (4): 819-832.
- Mera A. (sin año). Guatemala, la paz pendiente. Fundación Ideas para la Paz. Universidad de los Andes. Tomado de http://www.ideaspaz.org/proyecto01/download/guatemala_fip.pdf ingresado el 9 de enero del 2007.
- MINUGUA (2004) Los acuerdos de Paz.http://www.minugua.guate.net/ACUERDOS_DEPAZ/ACUERDOSESPA%D1OL/AC%20SOCIOECONOMICO.htm Ingresado el 17 de mayo del 2004
- MSPAS (1997) Lineamientos políticos, estratégicos y programáticos para la reforma del sector salud en Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala.
- MSPAS (1998) Cuentas de Salud 1998. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- MSPAS (2002) Extensión de cobertura con servicios básicos en el primer nivel de atención a través de organizaciones prestadoras y administradoras de servicios de salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala.
- MSPAS (2003) Línea Basal de Mortalidad Materna 2000. Informe final.



- MSPAS (2005) Situación de la salud y su financiamiento. Período 1999-2003. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- OIM (2006) Encuesta sobre remesas 2006 Inversión en Salud y Educación. Cuadernos de trabajo sobre migración 23. Organización Internacional para las Migraciones.
- OPS (2001) Protección Social en Salud: Guatemala. Organización Panamericana de la Salud. Oficina de Representación en Guatemala. Noviembre.
- _____(2002) La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC.
- _____(2002a) Análisis de las reformas del sector salud en la subregión de Centroamérica y la República Dominicana (2^a. Edición). Organización Panamericana de la Salud.
- _____(2003) Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Serie No. 1. Extensión de la Protección Social en Salud. Organización Panamericana de la Salud.
- _____(2006) OPS expresa preocupación por déficit de trabajadores de la Salud en las Américas. Comunicado de Prensa. Washington D.C., 9 de Noviembre.
<http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps061109.htm> ingresado 12 de Marzo del 2007.
- PAHO (2002) Health of indigenous people: a challenge for public health. Press Information. Washington DC, August 15.
<http://www.paho.org/English/DPI/100/100feature32.htm> ingresado 13 de Marzo del 2007.
- _____(2002b) A Marriage of Medicines. Perspectives in Health Magazine. Volume 7, Number 3. http://www.paho.org/English/DPI/Number15_article5_6.htm ingresado 13 de Marzo del 2007.
- PAHO (2006) WHA Sets New Priorities for Global Health. PAHO Today Newsletter. August.
http://www.paho.org/English/DD/PIN/ptoday05_aug06.htm ingresado 12 de Marzo del 2007.
- Pineda. D. (2004). Resumen ejecutivo del informe nacional: ¿dónde estamos y para dónde vamos? Memoria del Foro Regional de Match. Tomado de <http://www.unisdr.org/eng/mdgs-drr/national-reports/Guatemala-input.pdf> ingresado el 9 de enero del 2007
- PHR (1998) Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala. Partnership for Health Reform.
- PNUD. (Sin año). Metas del mileno: informe del avance en Guatemala. Tomado de <http://www.undp.org/rblac/targets/guatemala.pdf> ingresado el 9 de enero 2007
- _____(2002) Desarrollo humano, mujeres y salud. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Guatemala. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala
- _____(2003) Los contrastes del desarrollo humano. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Guatemala. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala.
- Potucek M. 2004. The capacities to govern in Central and Eastern Europe. Capítulo 4 del libro Understanding Governance: theory, measurement and practice. UK FSV CESES. Prague.



Prensa Libre (2003) MSF inicia campaña a favor de genéricos. Edición 29 Agosto. <http://www.prensalibre.com>

Prensa Libre (2002) Mujeres indígenas sin acceso a salud primaria. Médicos cubanos son los únicos que llegan a comunidades. Edición 26 de Mayo, sección nacionales.

Prera, I. (sin año). Guatemala: una paz inconclusa. Fundación internacional para la cultura de la paz. Tomado de <http://www.fride.org/Publications/Publication.aspx?Item=457> ingresado el 9 de enero del 2007.

Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M (2004) Getting health reform right: A guide to improving performance and equity. Oxford University Press, New York, USA.

Rosenberg H & Anderson B (2000) Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 8(1/2).

Sánchez A (2005) La inconclusa y tutelada Reforma del Sector Salud de Guatemala en el Marco del Cumplimiento de los Acuerdos de Paz. Guatemala. Centro de Estudios Urbanos y Regionales, Universidad de San Carlos de Guatemala.

Schenone O & De la Torre C (2003). Guatemala: fortalecimiento de la estructura tributaria. Citado en: Cely N, Mostajo R, Gregory P (2003) Guatemala: Hacia un gasto más eficiente, equitativo y transparente. Retos y Recomendaciones.

Secretaría de la Paz -SEPAZ. (2005). Avances en los compromisos adquiridos en los

Acuerdos de Paz: 1996 a febrero del 2003. Guatemala.

Secretaría de Integración Económica de Centro América -SIECA (2004) Centroamérica: Deuda interna y externa, 1995-2002. www.sieca.org.gt/Publico/CA_en_cifras/Series32/Finanzas_Publicas/CA_Deduda_int-ext.htm. Accessed 06/05/04 ingresado el 6 de mayo del 2004.

Starfield B (1998) Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. 1998, Oxford University Press.

Valladares R (2002) Los desafíos en el financiamiento de la salud en Guatemala: tendencias, necesidades e implicaciones. GSD Consultores Asociados, POLICY.

Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ 174(2) 177:183.

WB & CC (1997) From civil war to civil society: The transition from war to peace in Guatemala and Liberia. The World Bank and the Carter Center.

World Bank (Banco Mundial). (2003) Poverty in Guatemala. Report No. 24221-GU

World Health Organization-WHO (OMS). 1998. Good governance for health. WHO/CHS/HSS98.2. Ginebra. Pp. 3

World Health Organization-WHO (OMS). (2000) World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva, Switzerland.



Siglas utilizadas

AID	Agencia Internacional para el Desarrollo
ASECSA	Asociación de Servicios Comunitarios de Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere.
COGUANOR	Comisión Guatemalteca de Normas
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
ENIGFAM	Encuesta Nacional de Ingresos Familiares, 1998
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
FDA	Food and Drug Administración. Administración de Drogas y Alimentos
íDH	Índice de Desarrollo Humano
IDH	Informe de Desarrollo Humano
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
MECOVI	Programa para el Mejoramiento de las Encuestas y Medición de las Condiciones de vida
MINUGUA	Misión de Verificación de las Naciones Unidas en Guatemala
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
VIH – sida	Vírus de Inmuno Deficiêcia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
PIB	Producto Interno Bruto
PNC	Policía Nacional Civil
PEA	Población Económicamente Activa
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
RPS	Red Pública de Servicios. Primer nivel: extensión de cobertura y puestos de salud. Segundo nivel: centros de salud y hospital departamental/regional. Tercer nivel: hospitales nacionales de referencia.
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SIAS-EC	Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional





Esta publicación fue impresa en los talleres
gráficos de Serviprensa, S. A. en el mes de
agosto de 2008. La edición consta de 3,000
ejemplares en papel bond 80 gramos.



Walter Giovanni Flores Marroquín

El Dr. Walter Giovanni Flores Marroquín, tiene una experiencia profesional de más de 15 años, en los cuales se ha desempeñado como investigador, consultor internacional, profesor de postgrados y gerente de proyectos en las áreas de sistemas de salud, monitoreo y evaluación de inequidades y reformas del sector salud. Su labor profesional ha sido llevada a cabo en más de 18 países de América Latina, África, Oriente Medio, Asia y Europa. Posee un B.A. en Psicología Social por la Universidad Estatal de California, Estados Unidos, Maestría en Salud Comunitaria por la Escuela de Medicina Tropical en Liverpool, Inglaterra, y un doctorado (PhD) en Desarrollo y Evaluación de Sistemas de Salud por la misma Universidad. Actualmente se desempeña como investigador principal del proyecto Gobernanza y Equidad en los Sistemas de Salud de América Latina, y es catedrático-investigador en Salud Global, en la Escuela Internacional de Salud Pública de la Universidad de Umeå, Suecia.

El Dr. Flores ha publicado trabajos de investigación en revistas científicas internacionales. También ha contribuido con sus escritos, en diferentes libros publicados a nivel nacional e internacional. Actualmente es presidente de la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud (ISEqH). También participa activamente en el 'Movimiento Ciudadano por la Salud de Guatemala', el cual es un colectivo de ciudadanos y ciudadanas preocupados por contribuir en la reducción de los altos niveles de exclusión social e inequidades presentes en el sistema de salud guatemalteco.

¿Así...funcionamos?, forma parte de la colección *El sistema de salud en Guatemala ¿hacia dónde vamos?*, que consta de 9 publicaciones y otros documentos editados en versión electrónica.

Este estudio se basa en el análisis del sistema de salud en Guatemala, visto desde una perspectiva más amplia que la tradicional, que permite visualizar el sistema de manera integral.

La colección, fruto de un esfuerzo multidisciplinario e interinstitucional, pretende ser un instrumento para la reflexión y el debate. *El futuro lo construimos todos juntos.*



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala



República de Guatemala



Organización
Panamericana
de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud



Guatemala
www.desarrollohumano.org.gt



Informe Nacional
de Desarrollo Humano



International Development
Research Centre

Centre de recherches pour le
développement international

La investigación presentada en esta publicación es el resultado de un proyecto apoyado por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo.