

Serie de documentos de análisis

¡CONTAMOS!

Boletín No. 6

El remedio de nuestros males

Un análisis sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para mejorar el sistema de salud pública en Guatemala, 2012-2021



Ediciones anteriores



Boletín No. 1

Sobre la ejecución del presupuesto público de Guatemala orientado a la niñez y adolescencia, al mes de agosto 2010

El estudio adecuado de las políticas encaminadas a disminuir la vulnerabilidad en que se encuentran la niñez y adolescencia guatemalteca es de vital importancia. La construcción de una sociedad con un mayor nivel de desarrollo implica, necesariamente, el respeto a los derechos humanos, de tal forma que todos los niños, niñas y adolescentes sean protagonistas de un proceso incluyente que conlleve a un aumento de su bienestar.



Boletín No 2,

Análisis del presupuesto 2011 enfocado a la niñez y la adolescencia

De los 14.4 millones de habitantes registrados en 2010 en Guatemala, 6.95 millones son niños, niñas y adolescentes. De esa cantidad, el 37%, es decir 2.58 millones, son menores de 5 años. Este documento recoge una serie de análisis sobre el presupuesto de 2011 y sus implicaciones para la niñez y adolescencia guatemalteca y permite hacer una reflexión sobre cómo debería de abordarse el tratamiento a este tema.



Boletín No. 3

¿Cuánto hemos invertido en la niñez y adolescencia guatemalteca?

La apuesta de desarrollo que permite a una nación el cumplimiento universal de los derechos humanos y la creación de espacios y oportunidades para que todos los individuos, sin distinción alguna, puedan participar en la vida política, social y económica, es una responsabilidad social en donde la política fiscal constituye uno de los ingredientes más importantes para su logro. A quién se cobran los impuestos, en qué bienes y servicios públicos se traducen y cómo estos satisfacen las necesidades de toda la ciudadanía, son preguntas necesarias en la construcción de una sociedad democrática.



Boletín No. 4

Análisis del costo para erradicar el hambre en Guatemala 2012-2021 "Protegiendo la nueva cosecha".

Guatemala es uno de los países más desiguales del mundo, un ejemplo de ello es el porcentaje de niñas y niños entre 0 y 5 años de edad que padecen desnutrición es la mitad de esta población, que es alrededor de 1 millón 300 mil seres humanos. Es el país de América Latina y el Caribe con mayor desnutrición y el sexto a nivel mundial. Pero el promedio nacional de desnutrición crónica (49.8%) oculta aún mayores desigualdades, por ejemplo, el porcentaje de niñas y niños indígenas desnutridos (65.9%) es mayor a la del país con mayor desnutrición del mundo (Afganistán, 59%), pero la situación de la niñez indígena no es mucho mejor (36.2%), ya que están incluso por encima de la media mundial (34%) y que más del doble que el promedio latinoamericano (14%).



Boletín No. 5

¿En dónde están los ausentes?

Un análisis sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para eliminar la exclusión educativa en Guatemala, 2012-2021.

Los derechos humanos fueron constituidos para garantizar que las personas, sin importar su sexo, raza, religión, opinión política, origen o posición económica, alcancen un nivel de bienestar digno. La efectiva implementación del derecho a la educación es un requisito previo para la democratización y para la total participación de los ciudadanos en todas las esferas de la vida.

El remedio de nuestros males

Un análisis sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para mejorar el sistema de salud pública en Guatemala, 2012-2021

Créditos

Coordinación

Jonathan Menkos Zeissig – economista *senior*, Icefi

Investigación y redacción

Alejandra Contreras de Álvarez – economista investigadora, Icefi

Gustavo Estrada – experto en salud y nutrición, Icefi

Mark Peñate – asistente de investigación, Icefi

Colaboraron también

Enrique Maldonado – economista investigador, Icefi

José Rodrigo Monzón – asistente de investigación, Icefi

Sergio Martínez – asistente de investigación, Icefi

Aridane Hernández – consultor en monitoreo y evaluación, Unicef

Ramiro Quezada – especialista en salud y nutrición, Unicef

Velía Oliva – experta en salud

Supervisión

Iván Yerovi – representante adjunto en Guatemala, Unicef

Julián Duarte – especialista en monitoreo y evaluación, Unicef

Producción

Adelma Bercián – coordinadora de comunicación, Icefi

Francis Urbina – asistente de comunicación, Icefi

Lilian Lima – asistente de comunicación, Icefi

Christa Bollmann – cuidado editorial de este número.

Fotografía de portada

Anthony Asael

Diseño y diagramación

Comunicación Ilimitada

Edición

Isabel Aguilar Umaña

Administración

Cristina Dubón – coordinadora administrativa y financiera, Icefi

Guatemala, noviembre de 2011



Se permite la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se cite la fuente. Cualquier comentario es bienvenido a las direcciones electrónicas comunicación@icefi.org, info@icefi.org. Puede descargar la versión electrónica en <http://www.unicef.org/guatemala/spanish/> y en www.icefi.org.



©UNICEF/Claudio Versiani

ÍNDICE

Presentación	7
Introducción	9
I. La salud, un derecho de todas y todos	12
1.1 Universalidad: salud para todos y todas	15
1.2 Gratuidad de los servicios: un sistema basado en impuestos	16
1.3 Responsabilidad institucional: qué le toca hacer a cada quien	18
1.4 Asignaciones territoriales, organización de los servicios y desempeño del gasto	20
1.5 Destinos y contenidos específicos del gasto	21
1.5.1 Salud reproductiva	
1.5.2 Niñez y adolescencia	
1.5.3 Seguridad alimentaria y nutricional	
1.5.4 Atención a grupos vulnerables	
1.6 La visita del Relator del Derecho a la Salud de la Organización de las Naciones Unidas	27
II. ¿Qué cambios o reformas se avizoran en el ámbito legal para encontrar el remedio de nuestros males?: la Iniciativa de Ley sobre Cobertura universal y financiamiento para la atención integral de la salud a las guatemaltecas y guatemaltecos en todo el país	32
2.1 ¿Cuál es el contenido de la Iniciativa?	33
2.1.1 Considerandos	
2.1.2 Naturaleza, objeto y principios	
2.1.3 Garantías para el ejercicio del acceso universal a la salud	
2.1.4 Sistema Nacional Coordinado de Salud	
2.1.5 Funcionamiento del sistema coordinado de salud	
2.1.6 Gestión de los establecimientos de la red de servicios públicos del MSPAS	
2.1.7 Financiamiento del acceso universal	
2.2 El Modelo de Atención Integral de Salud (Mais)	38
2.3 Posibles implicaciones de la Iniciativa de Ley y el Mais	40
III. Nuestros males y sus remedios: dimensiones de un mismo problema	42
IV. Los efectos de nuestros males: el daño a la salud	46
4.1 ¿Cuáles son nuestras enfermedades?	47
4.2 Las muertes	51

4.3 La discapacidad	58
4.4 La carga de enfermedad	61
V. Los remedios como parte de los males	68
5.1 La organización de los servicios	69
5.2 La distribución de los servicios y sus coberturas	71
5.3 El Programa de Extensión de Cobertura (PEC): una respuesta temporal, un analgésico más	73
5.4 Los recursos humanos	76
5.5 El modelo de atención en el primer y segundo nivel	78
5.6 La gestión	79
5.7 El financiamiento	80
VI. El remedio: de las recetas a la cirugía mayor	88
6.1 Las recetas	90
6.2 La cirugía mayor	93
VII. ¿Cuánto cuesta nivelarnos?	98
7.1 Finalmente, ¿cuánto nos cuesta el remedio a nuestros males?	113
7.2 ¿Qué cambia en Guatemala con la propuesta realizada?	114
7.3 ¿Cómo financiar los costos de las intervenciones?	117
7.4 Mientras avanzamos en lo estratégico, ¿qué debemos hacer en el primer año de gobierno?	121
Conclusiones	123
Recomendaciones	126
Siglas y acrónimos	127
Bibliografía	129
Anexos	132

PRESENTACIÓN

“Tener salud es estar bien, estar sin problemas y sin enfermedades, tener un doctor si uno se siente mal y que haya agua limpia para tomar y para bañar a los patojos...”

Fabiola Aguilar, joven indígena k'akchiquel residente en Tecpán, Chimaltenango

Hablar de salud en Guatemala implica abordar una realidad por demás compleja. Esta realidad implica que durante los últimos años el país asiste a un proceso en el que se observa un patrón de enfermedad y muerte en el que se suman, al predominio de problemas infecciosos y carenciales, el incremento de problemas crónicos y degenerativos.

Nuestros niños y niñas tienen un gran riesgo de muerte prematura debido, por una parte, a problemas transmisibles, como la diarrea y las infecciones respiratorias, y por la otra, a problemas no transmisibles, como la desnutrición crónica y aguda, los problemas perinatales en recién nacidos y el incremento de casos de cáncer, mientras nuestros adolescentes y jóvenes encuentran un grave riesgo de muerte debido a las agresiones y la violencia que impactan el medio en que se desenvuelven.

De cara a esta realidad, el Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (Icefi) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) han querido ahondar en el análisis de esta situación con la finalidad de abordar las alternativas o cursos de acción que en el campo de la salud pública pueden seguirse, para que en los próximos diez años el derecho a la salud muestre avances claros en su realización y puedan ser proporcionados servicios con la cobertura, calidad, inclusión y pertinencia cultural que los y las guatemaltecos requieren.

En la búsqueda del remedio que cure nuestros males, este documento aborda de manera clara y cuantificable en el tiempo, las medidas integrales de corto, mediano y largo plazo, que coordinadas a nivel nacional y municipal, y evaluadas periódica y objetivamente, permitirán mejorar los servicios del primer nivel de atención entre 2012 y 2021, poniendo especial énfasis en los 125 municipios con los mayores indicadores de vulnerabilidad.

Para que la salud sea un derecho, la cobertura de los servicios públicos de salud debe ser integral, lo que significa que todos los miembros del hogar deben recibir la atención pertinente con un enfoque de ciclo de vida, es decir, que al cuidar a los padres, madres y abuelos y velar porque su salud sea atendida, nuestra niñez y adolescencia tendrá una mayor garantía de que el hogar en que viven es el entorno propicio para brindarles la oportunidad de crecer y desarrollar sus aptitudes y sueños.

Como parte de los objetivos y de las recomendaciones planteadas en este documento, se busca evitar los gastos relacionados con la enfermedad que constituyen tanto una prohibición para el logro de la salud, como el empobrecimiento de muchos hogares que deben sacrificar el pan y el libro, por la compra de medicinas y la atención médica.

Para la sociedad guatemalteca, el momento histórico que el país atraviesa y que se enmarca en el inicio de un nuevo gobierno, debe avizorarse como una excelente oportunidad para discutir los grandes retos que se afrontan, en donde el combate a la desnutrición y la mejora en la prestación de servicios de salud pública son pilares fundamentales para que las condiciones de vida de nuestra población reciban una mejora significativa. Guatemala, por ende, no puede permanecer inerte y ajena al complicado panorama de salud que aqueja a la mayoría de sus habitantes.

No cabe duda de que un enorme desafío para la sociedad guatemalteca consiste en proveer al sistema de salud pública de suficientes recursos que permitan superar las magras asignaciones que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha recibido en las últimas décadas, y que además de generar presiones financieras innecesarias ralentizan los esfuerzos de mejoras en la cobertura y calidad.

Por esta razón, las conclusiones de este documento son una contundente invitación para que todos y cada uno de los políticos, empresarios, trabajadores y demás ciudadanos, encontremos prontamente los acuerdos que permitan a Guatemala avanzar en una reforma fiscal integral que incremente los recursos del Estado para garantizar la lucha contra la desnutrición y la mejora de los servicios de salud pública, que mejore la transparencia de los ingresos y del gasto, que persiga al delincuente tributario y que sienta las bases para la evaluación permanente de la efectividad de las políticas públicas.

***El acceso a servicios de salud pública
es un derecho en el que todos y todas ¡CONTAMOS!***

Adriano González-Regueral
Representante de Unicef en Guatemala

Hugo Noé Pino
Director Ejecutivo Icefi

INTRODUCCIÓN

La salud —o más bien, la mala salud— constituye uno de los problemas sociales más relevantes en el país. Junto con la pobreza de marcado rostro rural, infantil e indígena, las brechas en cobertura y calidad educativa, la desnutrición crónica y aguda, la falta de vivienda, los bajos salarios y el desempleo, los problemas de salud vinculados con la falta de prevención y atención oportuna y con calidad de las enfermedades que sufren los y las guatemaltecos son algunas de las deudas más grandes que la sociedad y el Estado tienen con los ciudadanos.

Basta indicar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que Guatemala en 2009 presentó el gasto público *per cápita* en salud más bajo de la región centroamericana, con 124 dólares PPP, en comparación con el promedio regional de 369 dólares PPP. Ello en parte es reflejo del magro presupuesto del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS), al cual ha sido asignado durante la última década entre 0.9 y 1.1% del PIB, lo que dificulta la prestación de servicios generando presiones financieras y haciendo que los hogares deban recurrir con más frecuencia a hacer gastos de su bolsillo para afrontar sus problemas de salud.

En consecuencia, hablar de salud resulta complejo porque ésta tiene una naturaleza profundamente vinculada con el derecho humano a la vida. La salud, a diferencia de la educación formal, por ejemplo, no es un proceso finito, estable y con objetivos claramente definidos y compartidos socialmente. La salud es un proceso que incluye a la enfermedad y que se inicia desde la concepción hasta la muerte. Si bien, al igual que la educación, es un derecho humano reconocido, los mecanismos para su ejercicio y garantía son menos precisos.

En este contexto, la niñez y adolescencia presentan un riesgo especial de vulnerabilidad debido a que se requiere de cuidados y protección especial, por parte del hogar y la comunidad en que residen, para que su crecimiento y desarrollo sea óptimo y les permita convertirse en ciudadanos con proyectos de vida sin limitaciones. De ello puede colegirse que al abordar la salud es necesario reflexionar que el acceso a servicios, con calidad y una buena cobertura, debe entenderse como una oportunidad para el hogar, de forma integral, pues es fundamental para la protección de nuestros niños y niñas que sus padres, madres y abuelos tengan la garantía que su salud estará igualmente cuidada y atendida.

Es por ello que para conocer nuestros males y encontrar sus remedios en este documento se analiza el proceso salud-enfermedad en tres dimensiones importantes; en primer lugar, se muestran datos y se analizan las causas del daño a la salud representado en las enfermedades, muertes y discapacidad; luego se analiza el papel de los servicios en la prevención y curación de



©UNICEF/Anthony Asael

estos problemas, pero también como generadores de problemas de salud ya sea por omisión o acción y, finalmente, se muestran las estrategias que han tenido éxito en la solución de los problemas de salud y su desempeño en el país. Desde el enfoque planteado se asume que la salud es un producto social y un derecho humano y, por lo tanto, sus garantías constituyen una responsabilidad de la acción estatal.

Del análisis realizado y dada la complejidad de los problemas de salud en Guatemala y las grandes brechas que se necesita reducir, se prevé que es necesario adoptar un plan realista de inversiones que debe incluir aquellas que resulten estratégicas para el sector. En esta propuesta de intervenciones, sin pretender ser exhaustivos en las soluciones a los problemas, se ha priorizado la recuperación del primer nivel de atención de forma gradual y progresiva, con servicios prestados de forma integral, incluyente y con pertinencia cultural de conformidad con la experiencia del proyecto piloto del Modelo Incluyente de Salud (MIS).

De tal forma se prevé un plan de inversiones en seis esferas, que se describen a continuación, para ejecutarse entre 2012 y 2021 en los 125 municipios priorizados con base en criterios de pobreza extrema y desnutrición, los cuales se prevé permitirían dar como resultado la mejora en estándares como el número de profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes de 3.0 en 2010 a 8.0 en 2021 y el estándar de cobertura de infraestructura, el cual luego de una cobertura en 2010 de 714,000 habitantes podría alcanzar una cobertura de 4,870,000 habitantes en 2021. Esto implica que, finalmente, la población en condiciones de mayor vulnerabilidad alcanzaría una cobertura que le permitiría tener acceso a servicios más cercanos a sus comunidades, de carácter fijo y no itinerante y con personal capacitado para su atención.

- 1. Esfera de recursos humanos:** se busca asegurar la contratación de profesionales de la salud con una adecuada remuneración, formación y capacitación que integrarían Equipos de Apoyo del Primer nivel de Atención en Salud (Eapas) y de Auxiliares de Enfermería Comunitaria (AEC). Este personal cubriría a un determinado número de sectores a su cargo y apoyaría el programa de salud individual, familiar y comunitario para el primer nivel de atención.
- 2. Esfera de funcionamiento:** se ha considerado el costo asociado con los gastos de funcionamiento del primer nivel de atención. Se incluye el costo de combustibles y lubricantes, mantenimiento preventivo de vehículos, repuestos, mantenimiento de la cadena de frío, papelería y útiles, uniformes, equipo de visita para el desarrollo del programa familiar y comunitario y algunos útiles menores, entre otros.
- 3. Esfera de infraestructura:** se prevé la construcción de Casas de Salud Comunitarias (CSC) así como el remozamiento de puestos de salud existentes en la red de servicios y su equipamiento.

1 | cefi-Unicef (2011). «Protegiendo la nueva cosecha. Un análisis del costo de erradicar el hambre en Guatemala, 2012-2021». ¡Contamos! número 4. Guatemala.

- 4. Esfera de medicamentos:** el gasto en medicamentos genera un gasto de bolsillo que para hogares en condiciones de pobreza y pobreza extrema representa una fuerte carga económica, la cual en muchas ocasiones es difícil de cubrir. En este aspecto, se prevé la dotación de medicamentos a la población atendida, esfuerzo que se encamina a atender situaciones que clínicamente pueden ser resueltas en este nivel de atención con base en las normas de atención del MSPAS.
- 5. Sistema de información:** se prevé la inversión y mejora en el Sistema Gerencial de Información de la Salud (Sigs) con el objetivo principal de llevar un registro individual de la población con cobertura de los servicios de salud.
- 6. Esfera de gestión:** se prioriza la inversión en un sistema de monitoreo y evaluación de indicadores de resultado, de proceso y de insumo, así como la mejora de procedimientos para la contratación del recurso humano y se hace énfasis en realizar los esfuerzos necesarios para generar una gestión de presupuesto por resultados.

Adicionalmente, como un eje complementario se retoma el esfuerzo realizado en la esfera de salud de la publicación *¡Contamos!* núm. 4, «Protegiendo la nueva cosecha»,¹ que incluye el costo de erradicar el hambre en Guatemala durante el período 2012-2021, el cual sigue una misma lógica de temporalidad, supuestos y técnica de costeo. Ello, con la finalidad de que el combate a la desnutrición sea una prioridad dentro de los servicios de salud del primer nivel, los cuales se espera sean prestados con un enfoque de integración horizontal que involucre a las familias como sujetos de las intervenciones.

Haciendo un resumen de las esferas esbozadas para la mejora del primer nivel de atención, puede concluirse que la inversión estimada asciende, en 2012, a Q 263.9 millones (0.07% del PIB). Finalmente, la implementación del plan en los 125 municipios priorizados implica que, para el año 2021, el país debe estar preparado con Q 2,355.82 millones (0.31% del PIB), cantidad que beneficiaría a un estimado de aproximadamente 6,672,518 personas.

El presente ejercicio revela muchas formas de movilizar recursos para el financiamiento de un sistema de salud integral e incluyente. Sin embargo, las estimaciones técnicas no son suficientes para generar cambios en materia política. Es urgente que las y los ciudadanos de Guatemala se comprometan con la impostergable necesidad de mejorar las condiciones de salud y combatir el hambre que padecen nuestra niñez y adolescencia. Para que el Estado actúe, la sociedad debe contar con una participación activa tanto ante el Organismo Ejecutivo como ante el Organismo Legislativo. El inicio de un nuevo período de gobierno es un buen momento para reflexionar, vislumbrar el horizonte y comprometerse con la ejecución real de acciones encaminadas a la plena realización de nuestros derechos, porque todos y todas las guatemaltecas ¡CONTAMOS!



© UNICEF/Anthony Asael

LA SALUD, UN DERECHO
DE TODAS Y TODOS

1

LA SALUD, UN DERECHO DE TODAS Y TODOS



©UNICEF/Donna DeCesare

La salud es un elemento central para el desarrollo de las sociedades. Vivir una vida larga y saludable constituye un requisito fundamental para que las oportunidades y libertades humanas tengan posibilidades de realizarse. La salud, en tanto un requisito para el desarrollo humano, es un ámbito de intervenciones que, junto con otras, permite a las personas el logro de sus aspiraciones de acuerdo con sus valores y necesidades particulares.

Se suele considerar que la salud de las personas es el proceso mediante el cual se atienden sus enfermedades, reduciéndola a la provisión de algunos servicios, como las vacunaciones. También se suele medir el éxito o fracaso de la salud mediante indicadores tales como la mortalidad infantil, la mortalidad materna, o el uso de algunos servicios específicos. Este enfoque concibe a la salud como el resultado de diversas fuerzas inherentes al individuo que, junto con otras externas, generan desequilibrios que resultan en enfermedades que deben ser atendidas por médicos y enfermeras. Es pues, un enfoque de salud individual de características biomédicas.

Si además de las consideraciones anteriores se analiza la salud desde una perspectiva más vinculada con el ámbito colectivo, habrá que considerar las relaciones sociales, económicas y políticas, la cultura y el papel que juegan las instituciones en la distribución de la salud, las enfermedades, la discapacidad y la muerte dentro de la población. En este sentido, la salud contempla un marco legal que la sociedad utiliza para atender la demanda de los servicios respectivos.

La legislación en salud vigente en Guatemala, tanto la general como la sectorial, proviene de cinco fuentes específicas: 1) la legislación internacional a la cual Guatemala se ha adherido y que ha moldeado algunos de los instrumentos legales domésticos; 2) la *Constitución Política* de la República, promulgada en 1985; 3) la *Ley del Organismo Ejecutivo*, la cual le asigna al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) sus funciones, en especial la rectoría como función indelegable y la prestación de servicios como función sustantiva; 4) los *Acuerdos de Paz*, que significaron compromisos sobre la inversión pública en salud; 5) el *Código de Salud*, promulgado en 1997; y, 5) una serie de leyes específicas para grupos poblacionales o estrategias de atención de los problemas de salud.

Los acuerdos internacionales que Guatemala ha suscrito y que tienen vinculación con la salud son: el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y su Protocolo Facultativo* (el cual fue firmado pero aún no ha sido ratificado); la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer*; la *Convención sobre los Derechos del Niño*; la *Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial*; la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*; la *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares*; y el *Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*.

Guatemala también ha asumido obligaciones regionales que incluyen el cumplimiento del derecho a la salud, tales como la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*; además, ha dado su ratificación y adhesión al *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, conocido como *Protocolo de San Salvador*, en cuyo artículo 10 se enuncia el derecho a la salud.

Al suscribir estos instrumentos internacionales, Guatemala asume el compromiso de considerar la salud como un derecho humano y, por lo tanto, es una responsabilidad del Estado. Esto implica atender la salud de manera integral y equitativa para todos y todas las ciudadanas, sin discriminación alguna; desarrollar políticas, planes y programas específicos para poblaciones vulnerables, tales como las mujeres, los niños, las personas con discapacidad, los migrantes y sus familias. Asimismo, la suscripción de estos instrumentos internacionales significa que el Estado de Guatemala debe robustecer sus acciones para lograr el mejoramiento de las condiciones económicas y sociales de los pueblos indígenas, incluyendo el derecho a la educación, el trabajo, la vivienda y la salud.

Conforme a la normativa nacional, los acuerdos internacionales surten efecto inmediato en el derecho interno y se reconoce y acepta la primacía de los tratados de derechos humanos ratificados por el Gobierno sobre el ordenamiento jurídico interno. Por lo tanto, el derecho a la salud y sus implicaciones tienen prioridad sobre las leyes nacionales de cualquier índole.

Por su parte, la *Constitución Política de la República* establece un marco general para la salud al consignarla como un derecho, en tanto que el *Código de Salud* desarrolla la normativa para el sector. Esta legislación ha evolucionado de manera progresiva y ha adquirido lógicas distintas según la etapa histórica de su promulgación. De esta manera, es posible analizar el espíritu de la *Constitución* de 1985, la cual fue promulgada cuando el país salía de un período largo de dictaduras militares y prevalecía el enfoque de derechos, lo cual condujo a declarar que la salud es un derecho humano.

El *Código de Salud*, en el marco de las reformas de ajuste estructural de los años noventa, durante el gobierno de Álvaro Arzú, promulgó una normativa focalizadora y subsidiaria para luego ser parcialmente cambiada durante el gobierno de Alfonso Portillo. Asimismo, al final de los noventa y en la primera década del siglo XXI, el avance en la organización y activismo de grupos sociales tradicionalmente marginados, tales como las mujeres y las poblaciones indígenas, ha logrado imprimirle a la legislación su impronta, especialmente en los temas de salud reproductiva e interculturalidad.

En cuanto a los *Acuerdos de Paz* firmados en diciembre de 1996, conviene destacar particularmente que el *Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria*, sección II, inciso B, estipuló la necesidad de impulsar una reforma del sector salud orientada al ejercicio del derecho garantizado por el Estado. Esta reforma debía partir de una concepción integral de la salud que promoviera la integración de un sistema nacional coordinado de salud, en el que debían participar, bajo la rectoría del MSPAS, todos los actores involucrados en la atención de la salud, especialmente el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Igss) y el sector privado de la salud, lucrativo y no lucrativo. Esta integración permitiría la búsqueda de la universalización del acceso a los servicios de salud, especialmente para aquella población de bajos recursos. Para alcanzar este objetivo, se acordó incrementar para el año 2000 el gasto público en salud en su relación con el PIB en un 50% respecto al ejecutado en 1995.

En estos *Acuerdos* se definieron como prioridades de atención la lucha contra la desnutrición, el saneamiento ambiental, la salud preventiva y la atención primaria, la cual debía hacer énfasis en la población materna e infantil. Para ello, se establecieron como metas la reducción de la mortalidad infantil y materna, antes del año 2000, a un 50% de la observada en 1995, y el mantenimiento de la certificación de erradicación de la poliomielitis. También se previó alcanzar la certificación del sarampión para el año 2000.

Otros aspectos considerados en estos *Acuerdos* son los relativos a la revisión

de las normas y prácticas de la compra y distribución de los equipos, insumos y medicamentos, en el sentido de favorecer mecanismos que garanticen la provisión y transparencia, incluyendo el uso de medicamentos genéricos.

Asimismo, los Acuerdos promueven la inclusión y valoración de la medicina maya, el fomento de la participación ciudadana y el impulso a los procesos de descentralización. En cuanto a la seguridad social, se reconoce su carácter autónomo pero se promueve su integración al sistema coordinado de salud, bajo la rectoría del MSPAS.

Como puede colegirse, la normativa de salud no ha tenido un desenvolvimiento armonioso, sino más bien coyuntural. En ese marco y dado que el objetivo de este documento es analizar cuáles son las implicaciones de la legislación sanitaria en materia del financiamiento de la salud, el énfasis se pone en aquellos aspectos legales que tienen un significado importante en materia de gasto público. Para intentar darle una mayor facilidad a la lectura se han seleccionado cinco ámbitos que agrupan temáticamente las normas y permiten analizar sus impactos en el gasto. Estos ámbitos son los relacionados con:

- a. Universalidad de la salud
- b. Gratuidad de los servicios
- c. Responsabilidades institucionales
- d. Asignaciones territoriales, organización de los servicios y desempeño en el gasto
- e. Destinos específicos del gasto

1.1 UNIVERSALIDAD: SALUD PARA TODOS Y TODAS

El primer elemento vinculado con la universalidad de la atención de la salud surge del contenido de los artículos 1 y 2 de la *Constitución Política de la República* de 1985, donde se declara que el Estado se conforma para la búsqueda del bien común y que es su responsabilidad la protección de la

vida, la paz, la justicia y el desarrollo integral de los habitantes de la República. Con esto se genera el marco de responsabilidades del Estado sin discriminación de tipo alguno.

Los artículos 93, 94 y 95 de la *Constitución* adoptan un enfoque de derechos al declarar que la salud es un derecho humano y que es responsabilidad del Estado velar por la salud de todos los habitantes de la República, desarrollando acciones de promoción de la salud y prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad.

Este articulado establece con claridad el espectro de atención de los servicios públicos y determina la universalidad de la atención en su sentido más general. Además, en el artículo 46 se declara que el derecho internacional tiene preeminencia sobre el derecho interno, lo que consolida el marco de derechos humanos por el hecho de que Guatemala fue una de las naciones que refrendaron la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948.

En el artículo 45 de la Constitución de Guatemala se establece como un delito el incumplimiento del derecho, lo cual abre la posibilidad de acciones contra quien lo viole o incumpla. Esto cobra mucha importancia por los recientes hechos ocurridos en Colombia, donde, invocando la norma constitucional, grupos de ciudadanos han encausado demandas al Estado por el incumplimiento del derecho a la salud (las denominadas tutelas), generando un incremento importante del gasto en salud y reconfigurando el esquema de prestación de servicios.² De acuerdo con la normativa nacional, aun cuando no se han dado casos similares, es posible hacerlo. Al igual que en Colombia, ello impactaría de manera directa el gasto en salud.

Aun cuando en la normativa constitucional se invoca la universalidad al decir «todos los habitantes de la República», en los artículos 47, 51, 52, 53, 55 y 56 se hacen específicos los grupos prioritarios: la familia en general, las mujeres y los niños (nótese que no se refiere a condiciones específicas, sino a etapas

² Vélez, Alba Lucía (2005). *La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a los servicios de salud?* Colombia Médica, Vol. 36, núm. 3, 2005 (julio-septiembre).

del ciclo vital), personas discapacitadas, la maternidad, la alimentación y los trabajadores migrantes.

El hecho de que la norma enfatiza estas poblaciones y condiciones (maternidad, infancia) prioritarias no significa que deban dejarse de tomar acciones de protección para el resto de ciudadanos; especialmente por lo preceptuado en la sección séptima, referente a la salud, seguridad y asistencia social, donde se declara que la salud es un derecho de todos los habitantes y que constituye un bien público.

El hecho de que el mandato constitucional defina la salud como un derecho implica que todos y todas las guatemaltecas, en un marco de la universalidad del derecho, deben tener acceso al nivel más alto posible de salud. El dilema podría ser establecer ¿cuál es el nivel más alto posible dadas las condiciones de escasez de recursos? En este sentido, y como base para la discusión, la teoría de derechos de la salud lo define como el nivel de salud que el estrato más privilegiado logra obtener dentro del territorio; en otras palabras, lo que es posible para un grupo de ciudadanos dentro del territorio nacional establece el estándar de lo deseable y alcanzable para todos.³

Dadas las anteriores reflexiones y apegándose a la norma constitucional, el acceso universal a los servicios de salud, integrales y equitativos, da el marco general deseable para el gasto en salud. El acceso universal implica servicios de salud integrales con la racionalidad del ciclo de vida y se contraponen al enfoque de focalización excluyente. También supone servicios de salud para todos y todas las guatemaltecas (sin distinción de alguna estratificación), todos los días, en todo el territorio nacional, para todas las condiciones que afectan la salud y con todos los recursos disponibles.

Esta *radicalización* en la interpretación de la norma constitucional claramente impacta el gasto en salud pues estrategias como la focalización excluyente se convierten en violaciones al derecho de quienes son

excluidos. Si bien la focalización en los más vulnerables es necesaria como el inicio de las acciones, no debe suponer ser limitante de la atención a grupos calificados como menos vulnerables.

En Guatemala, para dar algunos ejemplos, la pobreza afecta a uno de cada dos ciudadanos; uno de cada dos niños tiene retardo en la talla; las muertes de madres y niños se repiten a tasas alarmantes a lo largo de todo el territorio nacional; los servicios públicos de salud tienen un retraso en infraestructura de más de 30 años y las estrategias focalizadoras (como el Programa de Extensión de Cobertura —PEC—) no han logrado dar un salto cuantitativo ni cualitativo de la atención en salud. El focalizar, como una estrategia en solitario, sin considerar la expansión de los servicios al resto de ciudadanos, no solo contraviene el derecho a la salud, sino profundiza las inequidades.

1.2 GRATUIDAD DE LOS SERVICIOS: UN SISTEMA BASADO EN IMPUESTOS

El tema de la gratuidad de los servicios tiene como instrumento fundamental el *Código de Salud* (Decreto 90-97 del Congreso de la República), instrumento que constituye el marco regulatorio actual de todo el sector salud. Fue promulgado en 1997 y derogó el de 1979, que a su vez había derogado el *Código de Sanidad* de 1936 y sus reformas de 1940, 1969, 1970 y 1972. Fue promulgado como una herramienta legal para las reformas iniciadas luego de los *Acuerdos de Paz* y en el marco de las políticas de ajuste estructural impulsadas en ese mismo período.

El *Código* inicia refrendando que la salud es un derecho humano y, por lo tanto, una responsabilidad del Estado. Al igual que la declaración constitucional, esto implica la universalidad de la atención de la salud. Además de la responsabilidad del Estado, enfatiza en la responsabilidad de los ciudadanos con su propia salud y la de sus colectividades, y asume que el MSPAS es

3 De Negri, Armando (2008). *El enfoque de los derechos humanos en la calidad de vida y la salud*. Health and Human Rights, Perspectiva, junio 24 de 2008.



©UNICEF/Rolando Chew

el representante del Estado y quien tiene la mayor responsabilidad en la protección de la salud de los habitantes de la República.

El *Código de Salud* desarrolla y amplía el marco conceptual de la salud al declarar que es un producto social que integra factores sociales, condiciones de vida y participación ciudadana; asimismo, declara como principios la equidad, la solidaridad y la subsidiariedad.

Este último principio, el de la subsidiariedad, ha generado controversia, pues el artículo 4 promulgado en 1997 declaraba que el Estado es el responsable de la salud de todos los guatemaltecos, siempre que no pudiesen resolver con sus propios recursos: «[...] el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados». Lo anterior permitió una serie de estrategias de financiamiento como el cobro por servicios y la creación de patronatos en los hospitales con el ánimo de la recuperación de costos.

Este artículo fue reformado en 2003 y quedó así: «[...] el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública y demás instituciones públicas, velará porque se garantice la prestación del servicio de salud a toda persona guatemalteca, en forma gratuita.»

La declaración de gratuidad de los servicios impacta de manera directa al gasto público de salud pues, por ley, es imposible establecer medidas de recuperación de costos o cobro de servicios, lo cual literalmente deja en manos del presupuesto regular del MSPAS el financiamiento de los servicios.

Otros instrumentos, como la *Ley de Maternidad Saludable* (Decreto 32-2010, en su artículo 1) y la *Ley de Protección a las Personas de la Tercera Edad* (Decreto 80-96, en su artículo 4), establecen que los servicios públicos relacionados con el embarazo, parto y puerperio, incluyendo medicamentos y transporte, serán gratuitos, así como los que se presten a las personas mayores.

Aun cuando se declara la gratuidad de los servicios, esta disposición no se equipara a nuevos mecanismos de financiamiento o modalidades distintas a las asignaciones presupuestarias regulares al MSPAS, provenientes, básicamente, de los exiguos ingresos por el pago de impuestos.

La gratuidad de los servicios —a juzgar por el efecto que ha tenido en la producción de servicios (incremento en el número de consultas)— pone una gran presión al gasto público en salud en al menos cinco ámbitos, que deben ser desarrollados y enfrentados con seriedad por las autoridades. Su postergación profundiza las inequidades al proveer servicios desfinanciados y despojados de contenido, sin capacidad de resolver los problemas. Estos ámbitos son:

- a. Dotación de insumos, tales como medicamentos y equipo.
- b. Adecuada contratación de recursos humanos, los cuales deben ser multiplicados y capacitados.
- c. Formación de recursos humanos para las actividades de provisión de servicios en los distintos niveles de atención
- d. Recuperación y construcción de nueva infraestructura de los servicios públicos

que, con 30 años de retraso, impone un necesario aceleramiento a su recuperación

- e. Coordinación entre niveles de atención para desarrollar un sistema efectivo de referencia y respuesta que, a la larga, ayuda a resolver integralmente los problemas de salud pero, previsiblemente, impacta desde los establecimientos de más baja resolución hasta los hospitales y centros de especialidades
- f. Incremento de las capacidades regulatorias de la autoridad sanitaria para asegurar la calidad de los servicios que se prestan

Estos seis ámbitos tienen claras implicaciones en el gasto público de la salud y deben atenderse en el corto plazo. No hacerlo, además de profundizar las inequidades, puede atentar contra la gobernabilidad democrática en el nivel local y nacional. Todas estas necesidades de financiamiento requieren como condición el aumento del presupuesto del MSPAS.

1.3 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL: QUÉ LE TOCA HACER A CADA QUIEN

El instrumento que desarrolla las funciones asignadas a las instituciones es el *Código de Salud*, especialmente en el artículo 9. El MSPAS se responsabiliza de la rectoría del sector, lo que implica las tareas de conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones en salud. Estas funciones no solo requieren de recursos humanos competentes, que intrínsecamente implican gasto, sino de recursos financieros específicos para poder ejecutarlas.

El MSPAS, para dar coherencia a sus funciones, se responsabiliza de la formulación de políticas, planes, programas y proyectos. Estas funciones generan el marco de la planificación del gasto en salud, el cual debe tener coherencia entre los grandes lineamientos de política, los planes y programas y la operativización de las acciones.

Desde la perspectiva de la división del trabajo, la distribución del gasto de la salud, si bien

depende de la rectoría del MSPAS, corresponde a distintas instituciones en términos de erogación, de acuerdo al tipo de actividad.

En sintonía con la normativa, al MSPAS, además de la rectoría, le corresponde el desarrollo de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, es decir, la prestación de servicios. Asimismo, debe promover la participación ciudadana y definir un modelo de atención integral de la salud.

El hecho de asumir múltiples funciones, tales como regular, prestar y evaluar los servicios, puede generar conflictos de interés y otros inconvenientes que podrían afectar la eficiencia y efectividad del gasto y las acciones en salud. Una reflexión acerca de estos aspectos es necesaria en el corto plazo, constituyendo parte integral de cualquier proceso de reforma o transformación del sistema de salud nacional.

El *Código de Salud* en los artículos 37 al 49, 52 al 123, 128 al 145, y del 147 al 212, norma las acciones que el MSPAS debe desarrollar, ya sea de forma directa como prestación de servicios o en coordinación con otras instituciones públicas y privadas. Éstas incluyen: vigilancia, prevención y atención de prácticamente todas las posibles condiciones patológicas: enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, enfermedades transmitidas por vectores, zoonosis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades emergentes y re emergentes, accidentes, además de la reducción de factores de riesgo ambiental, conductual y laboral, tales como la vigilancia del agua para consumo humano y la adecuada disposición de excretas y desechos sólidos, la vigilancia de la inocuidad de medicamentos y alimentos, manejo de material radiactivo, vigilancia en el uso de plaguicidas y la regulación de establecimientos de la salud, regular los recursos humanos, administrar los cementerios y vigilar los expendios de alimentos.

Esta amplitud está en consonancia con el enfoque de derechos y la universalización de la atención y se contraponen a la estrategia de focalización excluyente y, más importante aún, genera un marco amplio

de responsabilidades que, expresadas en servicios, impacta de manera directa el gasto público.

El MSPAS, junto con el Instituto Nacional de Estadística (INE), tiene como obligación el desarrollo de un sistema nacional de información en salud que se debe alimentar de datos provenientes de todo el sector (incluyendo el Igss y el sector privado). De esa manera se puedan generar informes sobre la situación de salud y sus tendencias, la productividad, cobertura y costos de los servicios de salud y la cuantificación y cualificación de los diferentes recursos humanos, tecnológicos y financieros de las instituciones que conforman el sector.

Esta obligación legal, de ser llevada a la práctica, se convertiría en la fuente de las decisiones en materia del gasto público de la salud, pues permitiría conocer la situación de salud para proceder a su monitoreo, con el objetivo de planificar acciones y fijar recursos. De cualquier manera, el pensar en implementar esta responsabilidad requeriría una estrategia para el financiamiento de la formación de competencias en el personal, para la actualización tecnológica y para el funcionamiento.

La acreditación de la calidad de los servicios de salud, públicos y privados, es una función establecida en el *Código* como una responsabilidad del MSPAS. Esto implicaría crear los estándares de calidad, generando cierta uniformidad positiva en la prestación de los servicios, lo que seguramente generaría nuevas vertientes de gasto y reforzaría otras.

Según esta normativa, el financiamiento de la salud debe provenir de las asignaciones del Estado y debe priorizarse su ejecución en acciones para mejorar la salud en las poblaciones más postergadas.

En el caso de las municipalidades, según el artículo 9 del *Código de Salud*, además de las funciones relacionadas con las acciones no personales de salud (como

la dotación de agua y saneamiento a las comunidades), deben coordinar y participar en la administración y provisión de servicios de salud de manera total o parcial en sus jurisdicciones. Estas funciones municipales son refrendadas por el *Código Municipal*, Decreto 12-2002, en sus artículos 36, 67 y 68.

Las fuentes del gasto municipal en salud provienen de los ingresos regulares del municipio (situado constitucional, ingresos propios, endeudamiento) y no se prevén aportes adicionales provenientes del presupuesto del MSPAS.

Por su parte, el Igss tiene la obligación de coordinar acciones en salud con el MSPAS y ambos deben desarrollar un programa de utilización compartida de recursos, el cual debe ceñirse a las reglamentaciones emanadas del MSPAS. Aun cuando la coordinación está normada por la ley, en la práctica no se da de manera efectiva.⁴

Según el artículo 9 del *Código de Salud*, las entidades privadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias y agencias de cooperación deben, de acuerdo con sus objetivos, participar en forma coordinada con las otras instituciones del sector en la solución de los problemas de salud, por medio de la ejecución de programas y la prestación de servicios, mejoras en el ambiente y desarrollo integral de las comunidades, en concordancia con las políticas, reglamentos y normas que para tal fin establezca el MSPAS. La incidencia del MSPAS en estos gastos se establece mediante la definición de las políticas y planes nacionales.

Por su parte, las universidades y otras instituciones formadoras de recursos humanos deben promover de manera coordinada con los organismos del Estado e instituciones del sector la investigación en materia de salud, la formación y capacitación de recursos humanos en los niveles profesional y técnico. Por su parte, los colegios profesionales relacionados deben regular el ejercicio profesional.

4 Existe el antecedente de acciones coordinadas y recursos compartidos en la prestación de servicios de primer nivel en el departamento de Escuintla. Este programa de trabajo conjunto inició en 1989 y se mantuvo hasta 1999 cuando se separaron las acciones. En el Igss se continuó el programa en solitario y fue cancelado en 2010.

A juzgar por los párrafos anteriores, según el *Código de Salud*, el gasto en salud debe ejecutarse en todos los ámbitos relacionados con la generación y mantenimiento de la salud y, en términos generales, proviene de fuentes públicas (aun cuando se asignan funciones de prestación de servicios a entidades privadas únicamente vinculadas mediante las políticas). No existe planteamiento alguno de mecanismos compartidos de financiamiento, con excepción del situado constitucional hacia las municipalidades, pero que de cualquier manera consiste en fondos públicos.

1.4 ASIGNACIONES TERRITORIALES, ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y DESEMPEÑO DEL GASTO

Según los artículos 11 y 16 del *Código de Salud*, las acciones que desarrolle el MSPAS —tales como la organización y administración de los programas y servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud— se harán de manera desconcentrada y descentralizada según las necesidades de la población y del proceso de modernización administrativa del sector. El artículo 16 también declara que las acciones deben realizarse con eficiencia, eficacia y efectividad.

En el reglamento interno del MSPAS, Decreto 115-99, artículo 12, se declaran como funciones del despacho ministerial velar por la adecuada descentralización y desconcentración de las funciones o procesos técnico-administrativos relacionados con el desarrollo de los programas y la prestación de los servicios de salud dirigidos a la población; además, gestionar la provisión de recursos financieros para optimizar el funcionamiento de los programas y servicios que el MSPAS presta. De igual manera, el artículo 17 del *Código de Salud* declara que es responsabilidad del MSPAS el monitorear y supervisar las acciones que de manera descentralizada realicen las unidades ejecutoras.

En este marco de desconcentración y descentralización administrativa y operativa, las acciones de salud se desarrollan bajo la dirección de unidades ejecutoras. Para cada uno de los departamentos del país existe al menos una Dirección de Área de Salud, excepto en los departamentos de Guatemala, Petén y Quiché, pues cada uno cuenta con tres. Todas estas unidades, junto con los hospitales y entidades como el laboratorio nacional, reciben una asignación de fondos que ejecutan de manera descentralizada, en concordancia con sus planes operativos.

El desempeño de estas unidades ejecutoras es normado por los siguientes departamentos regulatorios: a) Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas; b) Departamento de Regulación de los Programas de la Salud y Ambiente; c) Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud; d) Departamento de Regulación y Control de Alimentos; e) Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines. Estos departamentos ejercen la regulación mediante la emisión de normas las que, en teoría, se ven reflejadas en los planes operativos y se les asignan recursos.⁵

En las normas aprobadas y publicadas en 2010 se ampliaron las acciones al incluir a todas las personas con una lógica de etapa de vida; asimismo, se establecieron los estándares de atención integral, lo que sin duda genera mayores presiones en el esquema del gasto de las unidades ejecutoras.

En el artículo 19 del *Código de Salud* se establece que el MSPAS se debe organizar de acuerdo a los siguientes niveles: a) nivel central, responsable de la dirección y conducción de las acciones de salud, la formulación y evaluación de políticas, estrategias, planes y programas de salud y la normalización, vigilancia y control de la salud, así como la supervisión de la prestación de los servicios de salud; y b) nivel ejecutor, responsable de la prestación de servicios de salud sobre la base de niveles de atención y de acuerdo al grado de complejidad de los servicios y capacidad de resolución de los mismos.

5 Este tema será tratado con más profundidad en otra sección.



©UNICEF/Claudio Versiani

El nivel ejecutor se organiza, de acuerdo con el artículo 70 del *Reglamento Orgánico* del MSPAS, de la manera siguiente:

- a. **Nivel de atención I:** constituye el primer contacto de la población con la red de servicios de salud a través de los establecimientos y acciones comunitarias contempladas en el conjunto de servicios básicos de salud. Los establecimientos típicos que prestan servicios básicos de salud en este nivel de atención son el centro comunitario de salud y el puesto de salud. Los servicios se prestan en los establecimientos arriba indicados, en otros establecimientos públicos, en ambientes seleccionados por la propia comunidad y en las viviendas de las familias que están en el área de influencia. Además, pueden ser prestados también por grupos organizados de la comunidad u organismos no gubernamentales, para lo cual se requerirá de la suscripción de convenios específicos con el MSPAS, en los cuales se exprese la naturaleza, ámbito y responsabilidades de cada una de ellas.
- b. **Nivel de atención II:** se desarrolla, con relación a la población y el ambiente, un conjunto de servicios ampliados de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas por el primer nivel de atención o aquellas que por demanda espontánea y urgencias acudan a los establecimientos típicos de este nivel. Los establecimientos típicos de este nivel son los centros de salud, centros de atención materno-infantil, hospitales generales y aquellos otros que se creen para ese efecto.
- c. **Nivel de atención III:** desarrolla, con relación a la población y el ambiente, servicios de

salud de alta complejidad dirigidos a la solución de los problemas de las personas que son referidas por los establecimientos de los niveles de atención I y II, según normas de referencia y contra referencia, o que acudan a los establecimientos de este nivel en forma espontánea o por razones de urgencia. Los establecimientos típicos que brindan atención en este nivel son los hospitales regionales, hospitales nacionales y hospitales especializados de referencia nacional.

Cada uno de estos niveles, dado su creciente grado de complejidad, genera un impacto distinto en las asignaciones de gasto de acuerdo con su extensión territorial y la población cubierta. Toda esta normativa supone que se planifican acciones de manera descentralizada y desconcentrada, según las particularidades de la población y a partir del nivel local (distritos de salud), para lo cual se programan los recursos necesarios. La realidad es distinta a la normativa, como se verá en los siguientes apartados de la investigación.

1.5 DESTINOS Y CONTENIDOS ESPECÍFICOS DEL GASTO

Aun cuando en la normativa constitucional se invoca la universalidad de la salud, el desarrollo y evolución del sistema de salud de Guatemala ha ido agregando distintas lógicas a las acciones, unas veces bajo la influencia de las coyunturas políticas, otras, por la influencia de los temas impulsados por la cooperación internacional, y otras más, por la situación socio epidemiológica del

país. De esta manera, es posible afirmar, sin el ánimo de ser exhaustivos, que el énfasis de la legislación sanitaria guatemalteca, hasta el momento, ha focalizado los esfuerzos en cuatro temas fundamentales:

- a. La salud reproductiva**, lo que implica atención de madres con problemas relacionados al embarazo, parto y puerperio, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual (incluyendo VIH/sida), prevención de cáncer cérvico-uterino y de mama.
- b. Problemas de la niñez y la adolescencia**, especialmente en lo referente a enfermedades inmuno-transmisibles; atención de las consecuencias de la enfermedad diarrea y las infecciones respiratorias superiores; lactancia materna; muertes neonatales y control del crecimiento y el desarrollo para los niños y niñas, y para los adolescentes los problemas relativos a la salud reproductiva, especialmente embarazos y enfermedades de transmisión sexual.
- c. Seguridad alimentaria y nutricional**, incluyendo la creación del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, el Consejo de Seguridad Alimentaria y Nutricional y la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia. Estas instancias trabajan de manera intersectorial para garantizar el derecho de toda persona a tener acceso físico, económico y social, oportuna y permanentemente, a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, con pertinencia cultural, de preferencia de origen nacional, así como a su adecuado aprovechamiento biológico, para mantener una vida saludable y activa.
- d. Atención específica a grupos vulnerables**, especialmente las mujeres, los adultos mayores y las niñas y niños.

En esta agrupación queda por fuera el esfuerzo que desde la legislación se ha realizado en la lucha anti tabaco. En este ámbito se han tenido notables triunfos; sirva de ejemplo el impacto que tiene esta legislación sobre el gasto público de la salud, pues si bien es importante en términos de necesidades

de supervisión, genera sus propios fondos (Decreto 74-2008, artículo 7). A continuación se desarrollan las orientaciones del gasto en salud a partir de los destinos específicos estipulados en la legislación.

1.5.1 Salud reproductiva

El artículo 26 de la *Ley de Desarrollo Social*, Decreto 42-2001, mandata la creación del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), el cual declara como su propósito reducir la mortalidad materna e infantil. Para el efecto, la Ley establece las intervenciones que deben realizarse y que impactan el gasto de la salud al definir acciones específicas.

El PNSR, a cargo del MSPAS, tiene la tarea de implementar de manera coordinada en el sector los servicios de planificación familiar; la atención pre natal, del parto y el puerperio; acciones para la prevención del cáncer cérvico uterino y el de próstata; atención de la menopausia y la infertilidad; atención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH-sida; atención diferenciada de los adolescentes; fomento de la maternidad saludable y capacitación en asuntos de salud reproductiva.

Estas tareas impactan el gasto en salud al desarrollar acciones específicas que, por estar contenidas en una normativa legal, deben implementarse independientemente de la existencia de programas paralelos. En la práctica, estas tareas las ha asumido el MSPAS y el financiamiento de las actividades derivadas de la *Ley de Desarrollo Social*, a cargo del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), provienen del presupuesto regular del Ministerio. Sin embargo, la Ley, en su artículo 25, se refiere a un programa operativo o de entrega de servicios, por lo que es inexacto pensar o afirmar que las acciones correspondientes están a cargo del PNSR, como sucede en la práctica.

Al presupuesto de salud reproductiva se agrega lo preceptuado en la *Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar*, Decreto 87-2005, la cual tiene como objeto asegurar el acceso de la

población a servicios de planificación familiar que conlleven información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva y provisión de métodos de planificación familiar. Además, dicha *Ley* establece mecanismos dirigidos a la consecución de nuevas fuentes de financiamiento local, reduciendo la dependencia histórica de los servicios de planificación familiar de donantes internacionales.

En el tema de financiamiento, esta *Ley* declara (artículo 25) que los fondos para el acceso universal a la planificación familiar provendrán de una partida específica del presupuesto general del MSPAS. A este presupuesto se debe agregar lo declarado en el artículo 25 del Decreto 21-04, el cual grava las bebidas alcohólicas y destina el 15% de los recursos recaudados con este gravamen a la salud reproductiva, la planificación familiar y la prevención del alcoholismo.

Además de la *Ley de Desarrollo Social y la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar*, la normativa contenida en el Decreto 32-2010, *Ley de Maternidad Saludable*, brinda un marco más específico del gasto público en aspectos relacionados con la salud reproductiva.

En cuanto al objeto de esta *Ley* se declara el interés en mejorar la salud y la calidad de vida de las mujeres y los recién nacidos, además de promover el desarrollo humano a través del aseguramiento de la maternidad saludable mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información y servicios de calidad para la erradicación progresiva de la mortalidad materna y neonatal.

El hecho de consolidar la gratuidad de los servicios refrenda lo contenido en el *Código de Salud*; sin embargo, lo focaliza de manera particular en lo referente a la maternidad, generando un marco específico del gasto en salud.

Otro tema relevante en cuanto a los fines declarados en la *Ley* es el interés de generar un sistema de monitoreo y evaluación y un sistema único de vigilancia que permitan medir los avances e impactos de la *Ley* y de la estrategia de reducción de la muerte materna. Estas acciones, sin duda, pasan por fortalecer

el Sistema de Información Gerencial (Sigsa) y el Centro Nacional de Epidemiología (CNE), lo que implica un esfuerzo financiero adicional al de prestación de los servicios y, por ende, la modificación de los objetos del gasto.

En los artículos 8, 9 y 10 se establecen las garantías explícitas referidas a la atención obligatoria del embarazo, parto y puerperio de todas las ciudadanas guatemaltecas y se declara nuevamente como responsables al MSPAS, Igss y las ONG que forman parte del PEC salvando los problemas de rectoría, coordinación intersectorial y enfoque centralizado que tiene tal declaración, el hecho de expresar explícitamente una serie de factores esenciales de la provisión de servicios hace que este articulado cobre una gran relevancia.

Como parte de estas garantías y su proceso de implementación, se menciona la necesidad de establecer estándares de calidad en la atención, los cuales deben ser de observancia general. Para la definición de los estándares será necesario generar procesos de análisis y discusión de evidencia que finalmente desembocarán en el fortalecimiento de las capacidades institucionales y proveerán un sustrato importantísimo para la regulación y la vigilancia.

Un efecto secundario —pero no menos importante al definir los estándares de calidad— es la modificación del mercado de trabajo de la salud. Al definir estándares, implícitamente se dice qué tipo de competencias requiere el recurso humano responsable de brindar la atención. Estos estándares son para la atención del embarazo, parto y post parto. Resulta indispensable que todas estas consideraciones se traduzcan en necesidades de recursos que, consecuentemente, impactarán el gasto público de la salud.

La *Ley* obliga a desarrollar un sistema de referencia como elemento fundamental de las acciones y plantea la implementación de mecanismos funcionales en los que, a diferencia de lo que se hace actualmente, se crean mecanismos efectivos de «órdenes de traslado», más que de referencia. Además, se establece la necesidad de impulsar

mecanismos de transporte entre el nivel 2 y el 3. Aún queda pendiente resolver el problema del traslado primario (del hogar al servicio) y del nivel 1 al 2. Si bien esto será considerado en el reglamento respectivo (aún pendiente), este elemento puede impactar de manera importante el gasto de la salud.

Otra de las garantías relevantes es la relativa a la disponibilidad de medicamentos, insumos y equipos (incluyendo la sangre segura) para la atención del embarazo, parto y post parto. Si bien esto representa una presión importante para los servicios, también se convierte en un elemento justiciable y un argumento muy convincente a la hora de la negociación del presupuesto con diputados, ministros, gerentes, etc., pues no asignar recursos para estos elementos, gracias a esta *Ley*, se convierte en un delito.

La atención diferenciada a las niñas y adolescentes embarazadas, la consejería en planificación familiar, así como las consideraciones relacionadas con la interculturalidad, también se convierten, mediante esta *Ley*, en garantías explícitas y, por lo tanto, son justiciables y ponen presión en la planificación del gasto público.

La *Ley* establece de manera oficial la visita al recién nacido en las primeras 24 horas después del nacimiento, así como la inclusión de los Centros de Atención Materno Infantil (Caimi), los Centros de Atención Permanente (CAP) y las casas maternas con pertinencia intercultural. Este hecho genera un nuevo esquema de gasto, pues implica reconvertir servicios de menor complejidad hacia otros con un alto grado de gasto derivado del nuevo equipamiento y dotación del recurso humano.

En cuanto al financiamiento, la *Ley* establece que el MSPAS y el Igss asignarán los recursos financieros necesarios y que priorizarán las acciones en las regiones del país con mayores problemas de muertes maternas. La inversión se priorizará para la construcción y expansión de los servicios, el equipamiento y la dotación de insumos, la capacitación permanente, la sensibilización de los aspectos interculturales y la contratación de personal.

Esta *Ley* reforma el Decreto 21-2004, estableciendo que de los recursos recaudados

por el impuesto a las bebidas alcohólicas se destinará el 15% para programas de salud reproductiva. Asimismo, indica que de este 15%, un 30% se utilizará para la compra de insumos anticonceptivos. Además, declara que el Ministerio de Finanzas Públicas (Minfin) creará dentro del presupuesto del MSPAS una partida presupuestaria para la compra de anticonceptivos. Este artículo parece tener la intención de subsanar una falencia en la *Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar*.

El hecho de agregar más candados a un destino específico que ya los tenía produce implicaciones importantes en el manejo presupuestario, pues reduce, aún más, la limitada capacidad de maniobra que actualmente tiene el MSPAS en el manejo de sus recursos. Además de lo anterior, no resuelve el predecible incremento de la demanda de recursos financieros que genera esta *Ley*.

Esta normativa legal crea un gasto específico que utiliza dos fuentes de financiamiento: lo preceptuado en el artículo 21-04, modificado en la *Ley de Maternidad Saludable* y el cual se refiere a los ingresos provenientes de la venta de bebidas alcohólicas, y una partida del presupuesto regular del MSPAS y del Igss.

1.5.2 Niñez y adolescencia

Tanto en la *Constitución Política de la República* como en el *Código de Salud y la Ley de Desarrollo Social* se declara que las niñas y los niños son prioritarios para las acciones en materia de salud desarrolladas por el Estado bajo la responsabilidad del MSPAS y del Igss. Asimismo, la *Ley de Maternidad Saludable* y la *Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar* enfatizan en la población neonatal, infantil y de adolescentes.

El instrumento legal más específico es el *Código de la Niñez y Juventud*, Decreto 78-96. En esta normativa se refrenda el enfoque de derechos humanos y se reconoce la preeminencia, primacía, precedencia y preferencia del interés de la



©UNICEF/Anthony Asael

infancia y la juventud en la política social. Se establece la obligatoriedad del Estado, bajo la responsabilidad del sistema de salud, de la atención universal de los niños, niñas y adolescentes.

Los contenidos de la atención que se presume impactan el gasto público en salud incluyen la vacunación, los cuidados dentales, la protección contra el maltrato, la atención a la discapacidad, los trastornos congénitos y el control del crecimiento y el desarrollo.

La normativa legal en torno a este grupo poblacional es amplia pues incluye desde las condiciones de vida de la familia, pasando por la disponibilidad y el acceso a servicios, hasta los comportamientos de los padres y maestros. Las implicaciones en el gasto han sido consideradas en las secciones anteriores dado que son parte de lo atinente a la universalidad y la gratuidad (ya que las acciones implicadas están focalizadas en los problemas de este grupo).

1.5.3 Seguridad alimentaria y nutricional

Los problemas nutricionales en el país son de larga data y se han comportado con una tendencia ascendente y hacia un mayor nivel de complejidad. A la ya secular desnutrición crónica y aguda se agregan problemas de sobrepeso y obesidad en un contexto en el que la disponibilidad de alimentos se retrae, el acceso a los mismos se hace más difícil para la población y los patrones de consumo y utilización se modifican no siempre en la mejor vía.

Los abordajes nacionales del problema que tradicionalmente se seguían en el país, más

allá de la investigación y el diagnóstico, han visto en la primera década del siglo XXI un despegue desde el abordaje de política pública. Como resultado de la comprensión intersectorial del problema de inseguridad alimentaria y nutricional, se promulgó la *Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional*, Decreto 32-2005.

Esta *Ley* avanza en la creación del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, en el cual se logra integrar a las instituciones del Estado, al sector privado y a la sociedad civil que tienen injerencia en los cuatro ámbitos básicos de la seguridad alimentaria y nutricional: la disponibilidad, acceso y consumo de alimentos, así como su utilización biológica.

Como órgano rector se conforma el Consejo de la Seguridad Alimentaria y Nutricional y como órgano coordinador se crea la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia. Entre las responsabilidades institucionales, al MSPAS se le asignan básicamente vigilar la inocuidad de los alimentos (tarea que ya se encuentra normada en el *Código de Salud*) y el diagnóstico, tratamiento y recuperación de las personas afectadas por la desnutrición.

El financiamiento de estas tareas queda a cargo del presupuesto regular del MSPAS y, como una posibilidad, los aportes que eventualmente puede recibir del Sistema de Seguridad Alimentaria y Nutricional provenientes del 0.5% del presupuesto nacional, monto asignado por esta *Ley* para las acciones de seguridad alimentaria y nutricional y bajo la discrecionalidad del sistema y sus órganos rectores.

Si el MSPAS asume la tarea de tratar a las personas con desnutrición, prácticamente se necesita proveer servicios de este tipo a la mitad de la población menor de 5 años y en edad escolar: una clara implicación en el gasto público.

1.5.4 Atención a grupos vulnerables

La *Ley de Desarrollo Social*, Decreto 42-2001, logra avanzar en la inclusión de grupos poblacionales postergados en la agenda política y estipula un marco de intervenciones poblacionales. De esa cuenta, se dice que es la ley de población de Guatemala.

Esta *Ley*, en lo que respecta a la salud, logra incorporar la variable poblacional en la agenda de las políticas sociales. Esta variable, además de su dimensión demográfica, incluye la definición de las poblaciones vulnerables bajo tutela de esta normativa, las cuales, según el artículo 16, son las siguientes:

- a. **Indígenas:** dentro de la Política de Desarrollo Social y Población se incluirán medidas y acciones que promuevan la plena participación de la población indígena en el desarrollo nacional y social, con pleno respeto y apoyo a su identidad y cultura.
- b. **Mujeres:** la Política de Desarrollo Social y Población incluirá medidas y acciones destinadas a atender las necesidades y demandas de las mujeres en todo su ciclo de vida, y para lograr su desarrollo integral promoverá condiciones de equidad respecto al hombre, así como para erradicar y sancionar todo tipo de violencia, abuso y discriminación individual y colectiva contra las mujeres, observando los convenios y tratados internacionales ratificados por Guatemala.
- c. **Áreas precarias:** los Planes y Programas de Desarrollo Social y Población destinarán acciones y medidas específicas para atender las áreas precarias. Para su ejecución, el Estado asignará los recursos humanos técnicos y financieros necesarios para lograr el desarrollo de las personas y las familias que forman parte de estas áreas.
- d. **Niñez y adolescencia en situación de vulnerabilidad:** dentro de la Política de Desarrollo Social y Población se considerarán disposiciones y previsiones para crear y fomentar la prestación de servicios públicos y privados para dar atención adecuada y oportuna a la niñez y adolescencia en situación de vulnerabilidad y, de esta forma, promover su acceso al desarrollo social.
- e. **Personas adultas mayores:** la Política de Desarrollo Social y Población considerará medidas especiales para incorporar al desarrollo y promover la salud y bienestar integral de los adultos mayores, protegiendo a la vejez.
- f. **Discapacitados:** la Política de Desarrollo Social y Población considerará medidas especiales para incorporar al desarrollo y promover la salud y bienestar integral que proteja a estos grupos.
- g. **Población migrante:** la Política de Desarrollo Social y Población contemplará lineamientos en el tema de población migrante.
- h. **Otros grupos:** el Organismo Ejecutivo, en su Política de Desarrollo Social y Población, brindará atención especial a otros grupos que lo requieran según la dinámica demográfica, económica y social de Guatemala y aquellos que indiquen otras leyes.

Las implicaciones de esta *Ley*, si bien matizan la universalización de las acciones en salud, implican un despliegue importante de recursos públicos.

La *Ley de Maternidad Saludable* también hace explícitas las acciones hacia dos grupos considerados vulnerables: las madres y los recién nacidos. Esta *Ley* es el resultado de un largo recorrido que inició con el reconocimiento de que la salud materna y neonatal es un elemento esencial y prerequisite para el desarrollo de los países. El interés nacional por enfrentar el problema ha visto cómo, a pesar de esfuerzos importantes, el problema de las muertes maternas y neonatales no logra reducirse al ritmo e intensidad deseados.

Según la línea basal de mortalidad materna, en el año 2000 ocurrían 153 muertes por cada 100,000 nacimientos; en 2007, según el Estudio Nacional de la Mortalidad Materna, la cifra era de 139.7 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos. Eso quiere decir que en siete años únicamente se redujo en 14 el número de decesos, dato a todas luces alarmante. *La Ley de Maternidad Saludable* es un esfuerzo que, por la vía de la legislación, intenta revertir este problema.

Otra normativa que define un grupo vulnerable es la *Ley de Protección a Personas de la Tercera Edad*, Decreto 80-96. Esta *Ley* establece acciones diferenciadas y especiales para este grupo poblacional, refrendando, entre otros, la atención gratuita de la salud bajo responsabilidad del MSPAS. Los contenidos de esta atención incluyen la atención de sus enfermedades, la educación nutricional, la salud bucal y la salud mental. Como podrá colegirse, todas estas acciones generan un marco de gasto específico que impacta el gasto público.

La *Ley General de Combate al VIH-sida y la Promoción y Protección de los Derechos Humanos ante el VIH-sida*, Decreto 27-2000, desarrolla una serie de acciones que implican la creación de instancias coordinadoras, la implementación de programas educativos, la dotación de medicamentos anti retrovirales a precios accesibles (sin definir a qué le llaman «accesible») y la protección de los derechos de quienes padecen la enfermedad. Todo lo anterior, con el presupuesto regular del MSPAS.

1.6 LA VISITA DEL RELATOR DEL DERECHO A LA SALUD DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

Del 12 al 18 de mayo de 2010, Guatemala recibió la visita oficial del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, quien se dirigió a varias regiones del país y se entrevistó con diversos funcionarios y líderes con el

propósito de indagar sobre la situación del derecho a la salud.

La misión enfatizó sobre el derecho a la salud de los pueblos indígenas y las mujeres, especialmente en lo relativo a la salud reproductiva y el acceso a medicamentos. Los resultados de la misión fueron presentados en el 17.º período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, el 16 de marzo de 2011.

La razón de incluir las acciones del Relator en este apartado es porque las mismas constituyen parte de la evaluación a la que se ven sujetos los países por ser signatarios de los tratados y convenios relativos al derecho a la salud, y porque muestran de manera resumida y con objetividad la situación de inequidades y discriminación hacia las personas indígenas y las mujeres.

En el informe se reconoce que Guatemala, a pesar de ser catalogado como un país de ingresos medios, no ha traducido esta situación en un desarrollo sostenible e igualitario. Identifica que la riqueza generada no se distribuye de manera equitativa en la población y que existen rasgos profundos de colonialismo y discriminación que afectan a los pueblos indígenas mayoritarios. Asimismo, menciona que el MSPAS es el principal proveedor de bienes y servicios de atención en salud en Guatemala y que aporta alrededor del 70% de la atención sanitaria prestada. Esto no significa, sin embargo, que todos reciban la misma clase o el mismo nivel de servicios; la mayor parte de los beneficiarios sólo recibe un conjunto básico de servicios a través de organizaciones no gubernamentales subcontratadas, que visitan las comunidades una vez por mes. En la mayoría de las zonas rurales no existen servicios permanentes. Los gastos público, privado y de seguridad social en salud representan aproximadamente el 7.3% del PIB, una proporción parecida a la de otros países de América Latina. Sin embargo, en comparación, los indicadores sanitarios de Guatemala figuran entre los más bajos de la región. El MSPAS únicamente recibe el 1% del PIB como presupuesto. Además de esa carencia de recursos, la mayoría de servicios

está concentrada en las zonas urbanas, dejando las zonas rurales sin servicios de salud. Esta situación ha propiciado, entre otros, el incremento del gasto de bolsillo de los hogares.

En el informe se señalan como rasgos más relevantes de la situación del derecho a la salud en Guatemala, los siguientes:

- a.** La situación del acceso a los establecimientos, bienes y servicios básicos de salud es sumamente injusta para los más vulnerables y marginados. Ello repercute en la salud de las personas y con frecuencia impone una enorme carga al sistema de asistencia sanitaria.
- b.** Entre las carencias más agudas se encuentran la falta de acceso a un suministro suficiente de alimentos nutritivos y la inseguridad alimentaria general.
- c.** Las deficiencias en el acceso al agua potable y a instalaciones de saneamiento adecuadas también revelan profundas disparidades geográficas y étnicas.
- d.** La falta de acceso a la atención en salud y otros servicios básicos saca a la luz las disparidades entre las comunidades urbanas y rurales y entre los criollos y los indígenas; las comunidades rurales e indígenas a menudo no pueden satisfacer sus necesidades vitales más básicas.
- e.** Debido a la confluencia de factores como la represión y los prejuicios históricos y la guerra civil, los pueblos indígenas han tropezado con grandes obstáculos para hacer realidad su derecho a la salud.
- f.** Las persistentes repercusiones de la guerra civil y la marcada discriminación y desigualdad estructural y de facto han generado un agudo contraste entre los resultados sanitarios de las comunidades indígenas y los de las comunidades criollas.
- g.** Entre 1987 y 2002 se registró una reducción insignificante de la malnutrición entre la población indígena, del 71.7 al 69.5%, frente a una reducción del 8% en la población general.
- h.** Aunque a nivel nacional se han registrado aumentos alentadores de los indicadores relacionados con la salud reproductiva (el 41% de los partos son atendidos por personal sanitario cualificado y la tasa de uso de anticonceptivos es del 43.3%), estos avances no parecen tener efectos sustanciales en las comunidades indígenas.
- i.** La ausencia de una política o un plan integral para la atención sanitaria de los pueblos indígenas, en particular en las zonas rurales y remotas.
- j.** Existen disparidades importantes entre la prestación de servicios de salud en las zonas urbanas y en las zonas rurales que afectan de manera desproporcionada a los indígenas.
- k.** El Programa «Mi Familia Progresa» ha tenido un impacto notable al suministrar fondos a algunas de las comunidades indígenas más empobrecidas. Eso es digno de encomio, pero este programa de transferencias monetarias condicionadas simplemente no puede resolver las cuestiones fundamentales relacionadas con el acceso equitativo a la atención sanitaria.
- l.** Guatemala ha estado a la zaga de los demás países de la región, y del mundo, en lo que respecta a la salud de la mujer. Se mantiene una tasa de uso de anticonceptivos del 43%, y la tasa de fecundidad en adolescentes es de 92 por 1,000 mujeres de 15 a 19 años de edad.
- m.** Un importante desafío es la falta de servicios de planificación de la familia suficientes y al alcance de todos. En la actualidad, el 27.6% de las mujeres en edad reproductiva y sexualmente activas no utilizan ningún tipo de anticonceptivo, aunque expresan el deseo de demorar o evitar el nacimiento de un hijo.
- n.** En 2010, la tasa de mortalidad materna había descendido a 136 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos, en comparación con 153, en 2000; sin embargo, estas cifras ocultan la falta de progreso en ciertos grupos de la población.



©UNICEF/Anthony Asael

En 2006 se registraron tasas superiores a la media nacional en 8 departamentos de Guatemala donde la mayoría de la población es de origen indígena y posee un bajo nivel de instrucción.

- o.** Existe una incidencia extremadamente alta del femicidio y la violencia contra la mujer en toda Guatemala. Este problema es endémico y difícil de combatir en una sociedad donde la violencia parece ser la norma.
- p.** Dos importantes políticas aplicadas por el Gobierno —la adquisición de medicamentos y las disposiciones sobre la propiedad intelectual del Tratado de Libre Comercio entre la República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos— han redundado en una grave reducción del acceso a los medicamentos.
- q.** El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala es responsable del suministro de medicamentos y otros servicios de salud a la población. Sin embargo, debido a limitaciones presupuestarias, a menudo no dispone de recursos suficientes para cumplir su mandato y garantizar el acceso.

Por consiguiente, es frecuente que las familias obtengan esos bienes y servicios con sus propios recursos.

- r.** La incorporación de Guatemala en el Tratado de Libre Comercio entre la República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos exigió que el país implantara políticas de propiedad intelectual que limitan el acceso a los medicamentos. Una mayor protección de la propiedad intelectual, como la exclusividad de datos que impide a los medicamentos genéricos llegar cuanto antes a los mercados públicos, permite a las empresas farmacéuticas de marca conservar los monopolios sobre los medicamentos, situación que ha redundado en un incremento muy importante en las dificultades de acceso a medicamentos.

A partir de la situación encontrada, el Relator hace las siguientes recomendaciones relativas a la salud de los pueblos indígenas:

- a.** Adoptar una estrategia de salud integral para la promoción de los derechos de los pueblos indígenas que se centre en

la no discriminación, y aumentar las inversiones con cargo al presupuesto nacional para mejorar el acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud en las comunidades rurales y elevar la calidad de los servicios y de la información.

- b.** Incorporar a miembros de las comunidades indígenas, y velar para que sean consultados y participen en el desarrollo de políticas y programas relacionados con el suministro de servicios y bienes de salud a sus comunidades.
- c.** Aumentar el número de centros de atención primaria en salud y de profesionales sanitarios en las zonas rurales, y mejorar el acceso a esos servicios. En los casos en que el Gobierno no pueda proporcionar esos centros de salud de inmediato, debería facilitarse la ampliación de los servicios prestados por entidades no gubernamentales.
- d.** Asegurar que todas las instituciones de servicios de salud dispongan de un apoyo lingüístico adecuado para los miembros de las comunidades indígenas. Velar para que durante un período de tiempo el personal médico que presta servicios en zonas rurales aprenda los idiomas indígenas. Establecer de inmediato un sistema de interpretación por vía telefónica, u otro método equivalente, si no se dispone de intérpretes en todos los centros de atención en salud.
- e.** Analizar la eficacia de las transferencias monetarias condicionadas para mejorar los indicadores sanitarios y otros indicadores sociales. Si procede, ampliar y perfeccionar los programas de transferencias monetarias condicionadas, a fin de incluir a más municipalidades y crear mayores incentivos para que las familias indígenas empobrecidas gasten su dinero en la educación y la salud de sus hijos.
- f.** Implantar un sistema de cupones para el transporte hasta los servicios de salud, a fin de mejorar los resultados sanitarios de los indígenas de las zonas rurales, especialmente de las mujeres.

Relativas a la salud de la mujer, concentrándose particularmente en su derecho a la salud sexual y reproductiva, el Relator efectuó las siguientes recomendaciones:

- a.** Fortalecer la capacidad de las comadronas tradicionales y los profesionales de la salud mediante cursos de formación en derechos humanos y otros temas pertinentes, y ofrecer oficialmente oportunidades para el intercambio de información entre las comadronas y otros profesionales de la salud, actividad que puede ser facilitada por el Gobierno. Permitir que las comadronas tradicionales ejerzan su labor sin injerencias indebidas ni discriminación.
- b.** Ofrecer cursos de sensibilización al personal sanitario, a fin de que reconozca la importancia de las comadronas en la cultura maya. Ello, como parte de un programa más amplio encaminado a sensibilizar de manera más general a ese personal en relación con los pueblos indígenas y sus tradiciones.
- c.** Desarrollar programas de capacitación y sensibilización del personal sanitario, a fin de ayudarlo a reconocer y ofrecer tratamiento apropiado a las víctimas de la violencia doméstica. Complementar esos programas con planes de educación y sensibilización de la comunidad, específica y culturalmente adecuados, con el objeto de luchar contra la violencia doméstica.
- d.** Mejorar los servicios de información y asesoramiento del sistema de salud pública sobre el uso de anticonceptivos, incluida la promoción de todas las formas de planificación de la familia y métodos anticonceptivos modernos, y velar para que éstos sean culturalmente apropiados. Aumentar la accesibilidad y asequibilidad de todos los métodos anticonceptivos mediante el suministro de anticonceptivos a los grupos subatendidos.
- e.** Garantizar que las mujeres ejerzan el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, incluido el acceso a servicios de aborto seguros, aceptables y



©UNICEF/Anthony Asael

asequibles (al menos en casos de urgencia médica o agresión sexual) y revisar las leyes que contienen medidas punitivas contra las mujeres que han recurrido al aborto ilegal.

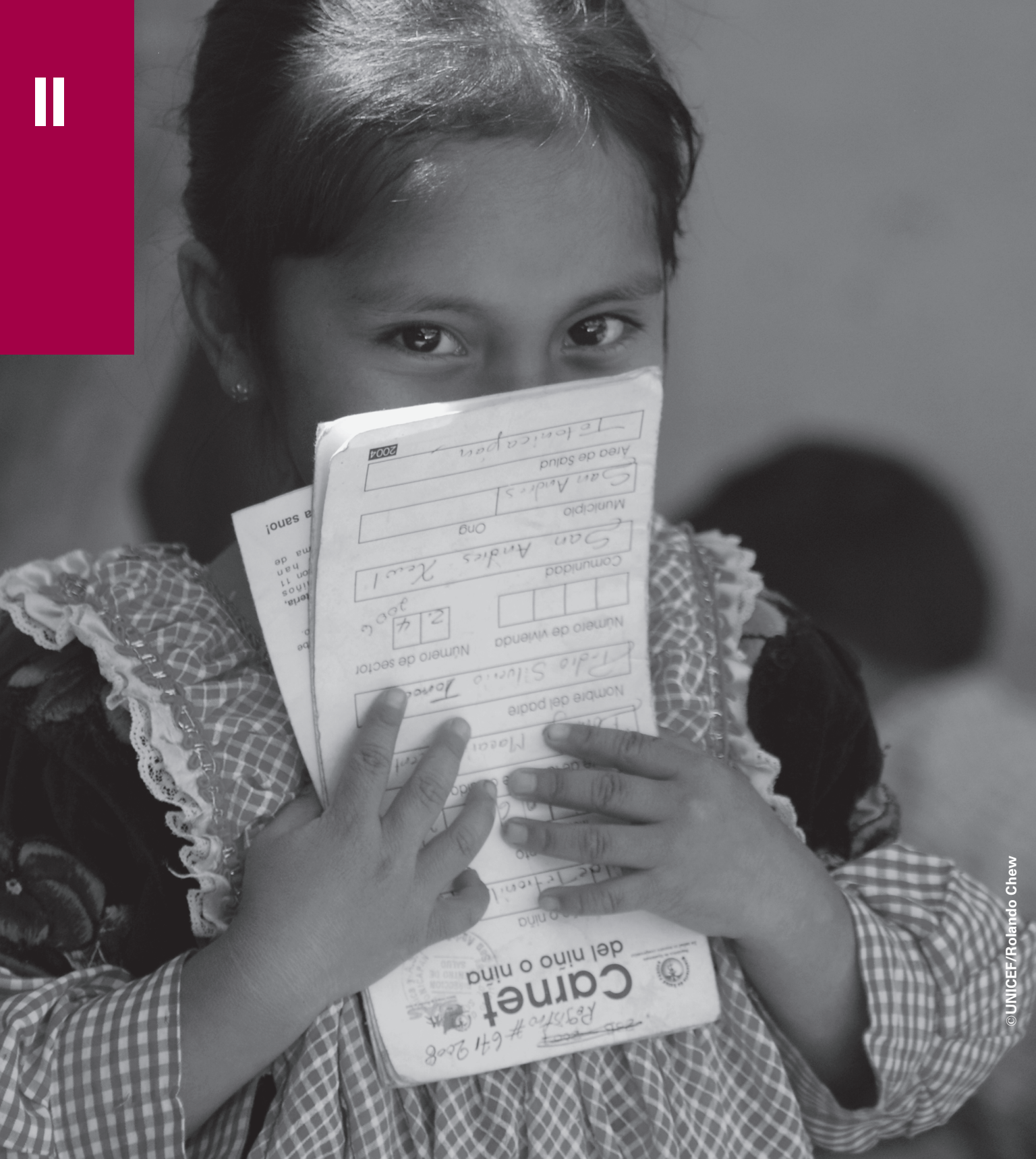
- f.** Asegurar que las mujeres que hayan sido objeto de violencia puedan acceder a la justicia por canales judiciales, administrativos o de otra índole.

Relativas al acceso a los medicamentos y el sistema existente para su adquisición, las recomendaciones son las que siguen:

- a.** Simplificar el sistema de adquisición de medicamentos y eliminar los obstáculos regulatorios que discriminan la compra de medicamentos genéricos. Aumentar la transparencia y la independencia de los participantes en el proceso de adquisición de medicamentos. Lo ideal sería un sistema de licitación abierta modificado,

en el que se concediera el mismo crédito a todos los licitadores.

- b.** Aumentar la adquisición de medicamentos por medio de programas regionales de compra de fármacos, como los de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a fin de tener acceso a más mecanismos de bajo costo y alta calidad.
- c.** Aprovechar todas las flexibilidades previstas en el *Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio* (ADPIC), como las licencias obligatorias, con vistas a aumentar la competencia y de ese modo reducir los precios de los medicamentos.
- d.** Oponerse a ingresar en nuevos acuerdos de libre comercio o asociaciones económicas en que se requiera un nivel *Adpic-plus* de protección de la propiedad intelectual.



¿QUÉ CAMBIOS O REFORMAS SE AVISORAN EN EL ÁMBITO LEGAL?

2

¿QUÉ CAMBIOS O REFORMAS SE AVISORAN EN EL ÁMBITO LEGAL?



©UNICEF/Claudio Versiani

Si bien en la agenda política y legislativa de las últimas décadas se ha incluido una serie de discusiones que han culminado en la promulgación de leyes relacionadas con el desarrollo, descentralización y atención a poblaciones vulnerables que, en un sentido general, tienen impacto en la manera como el país enfrenta los problemas de salud, las discusiones sobre reformas específicas de la política de salud, y que han fructificado con la promulgación de una ley, inician con el *Código de Salud*, en 1997. A partir de esa fecha, ha habido algunas iniciativas de política que se han convertido en decretos legislativos, tales como la *Ley de Acceso Universal a la Planificación Familiar*, la *Ley de Maternidad Saludable*, la *Ley de Combate a la Epidemia de VIH-sida*, la *Ley de Ambientes Libres de Humo de Tabaco*, la *Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional* y la *Ley de Acceso a Medicamentos*.

Todos estos instrumentos legales invocan a la *Constitución* como la base para su promulgación, especialmente los artículos relacionados con la salud como un bien público y como un derecho humano, por lo tanto universal e integral. Si bien los argumentos son ceñidos a la ley, ha existido una percepción de que la legislación en materia de salud es dispersa y no logra impulsar las reformas necesarias para que la situación de salud y el sistema de salud mejoren.

En tal sentido, surge la *Iniciativa de Ley sobre Cobertura universal y financiamiento para la atención integral de la salud a las guatemaltecas y guatemaltecos en todo el país*, cuya característica distintiva es que el MSPAS, mediante la actuación de funcionarios del más alto nivel, (el vice

Todos estos instrumentos legales invocan a la Constitución como la base para su promulgación, especialmente los artículos relacionados con la salud como un bien público y como un derecho humano, por lo tanto universal e integral.

ministro técnico y el director de la Unidad de Planificación) en estrecha coordinación con la Comisión de Salud del Congreso, realizaron una cantidad importante de eventos de consulta y discusión con los principales actores sobre el contenido de la *Iniciativa*.

La *Iniciativa* ingresó al Congreso con el número 4216 y, en septiembre de 2010, fue conocida por el pleno y remitida a la Comisión de Salud para su dictamen. El 29 de noviembre, la Comisión hizo llegar al pleno el documento con dictamen favorable. En 2011 la iniciativa fue aprobada en primera lectura encontrándose actualmente en período de enmiendas.

2.1 ¿CUÁL ES EL CONTENIDO DE LA INICIATIVA?

2.1.1 Considerandos

Al igual que las leyes referidas en el apartado respectivo, esta *Iniciativa* comienza invocando el artículo 1 de la *Constitución*, en el cual se establece la razón de la organización del Estado y se instituyen los derechos políticos, económicos, sociales y culturales

de la población. Además, se consideran los artículos 93 al 96 y el 100, en los cuales se establecen los derechos a la salud y la seguridad social y se define la salud como un bien público bajo la responsabilidad del Estado. Como marco político, se establecen los *Acuerdos de Paz* y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) como la base del argumento acerca de la necesidad de establecer un sistema nacional coordinado de salud que garantice el acceso universal a los bienes y servicios de la salud.

También se argumenta sobre la necesidad de definir políticas públicas que aseguren la continuidad, entre períodos de gobierno, de los planes y programas en favor de la salud; y sobre la necesidad de optimizar e incrementar las actuales fuentes de financiamiento y la creación de nuevas, vinculadas a un sistema integral de políticas de salud.

Se refrenda la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios públicos de salud, integrales, universales, gratuitos, equitativos, solidarios, complementarios, sostenibles, con calidad, interculturales y que promuevan un trato digno y el derecho a la información.

Hasta este punto del desarrollo de la Iniciativa, ésta no se aparta de lo que ya contienen los otros instrumentos legales pertinentes, pero abre la expectativa sobre cómo se espera que se logren estos propósitos.

2.1.2 Naturaleza, objeto y principios

En el artículo 1 se declara que es una ley de carácter público, nacional, tutelar, de observancia y cumplimiento general y que afecta a todas las instituciones que conforman el sector salud, tal como las define el artículo 8 del *Código de Salud*, es decir, el conjunto de organismos e instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipalidades, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias cuya competencia u objeto es la administración de acciones de salud, incluyendo a las entidades que se dediquen a la investigación, la educación, la formación y la capacitación del recurso humano en materia de salud y la educación en salud en las comunidades.

El hecho de que se haga explícito que tanto el sector privado como el público son sujetos de esta ley abre una expectativa favorable para el proceso de universalización.

En el artículo 2 se declaran como objetivos los siguientes:

- a. Legal: establecer el marco jurídico para institucionalizar las políticas de salud, introduciendo el concepto de «protección social de la salud».
- b. Financiero: asegurar y garantizar los recursos económicos para la salud pública.
- c. Organizacional: conformar el sistema nacional coordinado de salud.
- d. Político: fortalecer la rectoría del MSPAS.
- e. Operativo: definir las garantías explícitas para hacer efectivo el derecho a la salud.

Estos mismos objetivos son declarados en casi todas las leyes sanitarias, con excepción del quinto. Sin embargo, el hecho de declarar explícitamente los compromisos del Estado en materia de provisión de servicios de salud le imprime un nuevo rumbo a la legislación. Como se ha comentado, aun cuando se dice en la normativa constitucional que la salud es un derecho, y por lo tanto es válido para todos y todas las guatemaltecas, dicho contenido no deja de ser disperso, pues en el momento de concretar qué significa ese derecho en cuanto a los servicios que se puede esperar y demandar de las autoridades, no existe declaración alguna al respecto (con excepción de la recién aprobada *Ley de Maternidad Saludable*, la cual solo está dedicada al grupo de mujeres en situación de embarazo).

La legislación vigente define algunas intervenciones pero con dedicatoria a una población específica o con alguna condición en particular (por ejemplo, VIH-sida, planificación familiar, embarazo, parto y puerperio) que, si bien son necesarias, no tienen carácter universal e integral.

También resulta interesante la introducción del concepto de «protección social de la salud», pues se abre la puerta a intervenciones

más integrales y, especialmente, de carácter intersectorial. En el artículo 3 sobre definiciones y principios, se inicia definiendo la salud como un derecho, refrendando la responsabilidad del Estado en su garantía. En cuanto a los principios rectores de la *Iniciativa* se definen los siguientes: protección social, universalidad, integralidad, unicidad, gratuidad, participación social, equidad, solidaridad, sostenibilidad, calidad, respeto a la persona, pertinencia cultural, trato digno, derecho a la información y ética.

Estos principios implican un conjunto de medidas públicas encaminadas a contrarrestar el estrés social y la pérdida económica ocasionados por la enfermedad, lo que podría interpretarse como el interés por la protección financiera ante los gastos empobrecedores de la atención de la salud; además de proveer una atención pública integral, equitativa, permanente, de calidad y en todo el territorio nacional, basada en las necesidades, sin discriminación de tipo alguno. Este conjunto de medidas debería ocurrir en un esquema organizacional donde las instituciones del sector hacen esfuerzos por la coordinación y coherencia entre las políticas, los planes y los programas. Además, que los servicios que proveen incluyan la promoción, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación de forma gratuita; es decir, financiados por el Estado para aquellas garantías que se han hecho explícitas, y en procesos donde las personas participan activa y solidariamente, reciben un trato digno y son informadas de manera adecuada.

2.1.3 Garantías para el ejercicio del acceso universal a la salud

El artículo 4 define los ámbitos de lo que el Estado garantizará en materia de provisión de servicios de salud, estos incluyen garantía en:

- a.** Acceso a servicios de urgencias y no urgencias
- b.** Tiempos máximos de espera
- c.** Calidad en la provisión de servicios

d. Acceso a medicamentos

e. Continuidad de tratamientos entre niveles de complejidad

f. Integración intercultural

Estos ámbitos de garantías conllevan profundas transformaciones de lo que actualmente se hace dentro de la provisión pública de servicios; más adelante se desarrolla un apartado sobre las posibles implicaciones de este conjunto de garantías explícitas.

Todos los ámbitos de garantías expuestos arriba giran en torno a lo que será el conjunto de prestaciones a las que el Estado se comprometerá de manera explícita. En el artículo 5 se declara que este conjunto tendrá diversas lógicas, todas coherentes y complementarias. El primer aspecto es que se desarrollarán para todas las personas, sin importar su edad, se aleja de la tradicional prestación de servicios focalizada en madres y niños, para pasar a la atención durante todas las etapas de la vida.

La atención, según declara, será diferenciada de acuerdo con el tipo de problema y la complejidad de su manejo, es decir, se hará en distintos niveles de complejidad; las prestaciones incluirán promoción, prevención, curación y rehabilitación, serán de carácter ambulatorio y hospitalario, según lo requiera el caso. Se considerarán como sujetos de las intervenciones a los individuos, las familias y las comunidades; asimismo, se atenderán las características de pluriculturalidad, interculturalidad, perfil epidemiológico y pertinencia de género. Este conjunto de prestaciones será definido por el MSPAS en un proceso de 6 meses que se inician con la aprobación de la ley.

La gran pregunta que surge es si el MSPAS está en la capacidad de liderar, conducir y desarrollar este proceso complejo de definir las garantías explícitas, ejecutarlas y mantenerlas en el tiempo con una mejora continua. Ante esta interrogante, el artículo 6 declara que el sector público de la salud debe sufrir un proceso de reorganización con el propósito de desarrollar y fortalecer su capacidad de gestión y respuesta institucional.

La atención, según declara, será diferenciada de acuerdo con el tipo de problema y la complejidad de su manejo, es decir, se hará en distintos niveles de complejidad; las prestaciones incluirán promoción, prevención, curación y rehabilitación, serán de carácter ambulatorio y hospitalario, según lo requiera el caso.

De acuerdo con el artículo 7, los servicios públicos y los privados que han sido delegados para este cometido por la autoridad pública tienen la obligatoriedad de asegurar el cumplimiento de las garantías y se deben establecer mecanismos de control ciudadano para su vigilancia. Asimismo, según el artículo 8, los estándares de calidad en la provisión de los servicios serán de observancia para proveedores públicos y privados.

Esta última declaración tiene importantes implicaciones en la vigilancia y regulación de la salud, pues sin importar quién preste el servicio, el ciudadano debe recibir igual trato para igual condición. Esto podría convertirse en el primer paso en la integración del sistema pues, de alguna manera, desvanece en su punto más operativo el perverso esquema de segmentación en la provisión de los servicios, en donde se accede por la capacidad de pago y no por la condición de ciudadanía.

Este conjunto de prestaciones será actualizado cada dos años de acuerdo con los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico, así como en concordancia con los avances tecnológicos.

2.1.4 Sistema Nacional Coordinado de Salud

Los artículos 10 y 11 de la *Iniciativa de Ley* crean el Sistema Nacional Coordinado de Salud (SNCS), el cual establece relaciones de carácter jurídico, político, administrativo, financiero y operativo entre las instituciones que lo conforman.

El artículo 12 declara que las finalidades del SNCS son coordinar esfuerzos entre las instituciones que lo conforman para lograr el acceso universal; promover un proceso permanente de vigilancia y respuesta oportuna ante los riesgos de la salud; impulsar la participación ciudadana; fortalecer la rectoría del MSPAS y coordinar actividades intra y extra sectoriales con las municipalidades para promover las políticas públicas de salud.

Los niveles en los que se organiza el SNCS inician con la dirección y decisión política que queda en manos del Consejo Nacional de Salud (figura existente en el *Código de Salud*). Los niveles intermedio y local se asimilan dentro de la estructura departamental de desarrollo urbano y rural, la cual asume como el nivel de coordinación departamental, mientras que la Comisión Municipal de Salud asume la ejecución local.

En cuanto a la conformación del SNCS, se definen los siguientes integrantes:

- a.** MSPAS
- b.** Igss
- c.** Ministerio de Finanzas (Minfin)
- d.** Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sesan)
- e.** Universidades con facultades de ciencias de la salud
- f.** Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplan)
- g.** Institución del Procurador de los Derechos Humanos (IPDH)
- h.** Consejo de Pueblos Indígenas
- i.** Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala
- l.** Sindicato General de Salud
- k.** Otra institución que el Consejo decida

Estas entidades tienen relevancia para la salud, sin embargo, entendido el Consejo como una arena de relaciones políticas, negociación y coordinación, parecen poco representados

el nivel local, la sociedad civil y el sector privado. En este sentido, constituye un reto definir qué sector de la sociedad civil debe estar representado, qué instancia del poder local y qué organización del sector privado deben pertenecer al Consejo; no obstante, es deseable ser lo más incluyente posible, especialmente por lo declarado en el artículo 16 referente a las funciones del Consejo. En él se establece que el Consejo Nacional de Salud define los mecanismos de coordinación entre las instituciones que lo conforman, brinda asesoría al MSPAS en la formulación y evaluación de políticas y estrategias, vigila el cumplimiento de las políticas, moviliza recursos, promueve la participación ciudadana y desarrolla la coordinación sectorial e intersectorial. Para facilitar las operaciones del Consejo, se crea por medio del artículo 17 la Secretaría Técnica adscrita al Consejo Nacional de Salud, con funciones de apoyar el seguimiento y monitoreo de las resoluciones del Consejo y sus comisiones de trabajo, dar apoyo administrativo y técnico y desarrollar el reglamento.

2.1.5 Funcionamiento del sistema coordinado de salud

El artículo 19 establece que el MSPAS, conjuntamente con las instituciones que conforman el Consejo Nacional de Salud, formularán las políticas públicas de salud y éstas serán consideradas como políticas de Estado. Asimismo, deberá formular los planes territoriales y el plan sectorial de salud en un tiempo definido al ser aprobada la ley. Estas políticas, de acuerdo con el artículo 20, deberán tener una expresión nacional, departamental y municipal.

Las políticas, según el artículo 21, al ser de Estado, son de observancia general y vinculante para todos los integrantes del sector salud. El artículo 22 define los ámbitos de la política que se considerarán de Estado:

- a.** Acceso universal a la salud
- b.** Vigilancia integral de la salud
- c.** Promoción de la salud
- d.** Educación y comunicación social en salud

- e.** Inversión, asignación, modernización del sistema e incremento del financiamiento público
- f.** Vigilancia y control de riesgos ambientales
- g.** Formación y capacitación del recurso humano de la salud
- h.** Creación y desarrollo de la carrera sanitaria
- i.** Desarrollo de la investigación e información estratégica integrada

De acuerdo con el artículo 23, de estas políticas se derivarán planes y programas coherentes, que desarrollarán metas claras cuyo cumplimiento debe ser divulgado a la ciudadanía. Para hacer posible esto, según los artículos 24 y 25, se requiere desarrollar el sistema nacional de información en salud y vigilar el acceso universal a la salud.

El artículo 26 declara que el MSPAS, en coordinación con las instituciones del SNCS, debe formular el Plan de Inversión Pública en Salud para garantizar el acceso universal; todas las instituciones del sector deben sujetarse a dicho Plan. Esto constituye todo un reto de coordinación, financiamiento e incidencia política.

2.1.6 Gestión de los establecimientos de la red de servicios públicos del MSPAS

El artículo 27 refrenda lo contenido en la *Constitución y el Código de Salud* al declarar que el MSPAS debe asegurar y garantizar el acceso universal y equitativo a servicios gratuitos, utilizando la red pública de servicios de salud. De acuerdo con el artículo 28, la implementación del acceso universal será progresiva en un plazo de 10 años, iniciando con el 50% de los departamentos en los primeros 5 años, para completar el resto en los siguientes 5 años. Es preciso iniciar en los departamentos con mayores problemas de postergación. El contenido del acceso universal es el conjunto de prestaciones, el cual debe ser actualizado cada 2 años siguiendo criterios técnicos y de costo / efectividad.



©UNICEF/Anthony Arael

Según los artículos 30 y 31, los servicios de salud se organizarán de tal manera que todo el territorio nacional esté cubierto por servicios públicos; además, se establecerá un sistema de adscripción de ciudadanos a los servicios presentes en su territorio y esta adscripción será la base para la asignación de recursos mediante capacitación. Los afiliados al Igss quedan fuera de este sistema.

El artículo 32 declara que si bien los servicios públicos de salud serán proveídos por instituciones del Estado, en casos de necesidad, se podrán celebrar contratos con proveedores privados.

2.1.7 Financiamiento del acceso universal

El artículo 33 declara que es obligación del Estado el financiamiento de la cobertura universal, en correspondencia con la cantidad, calidad y cobertura del conjunto de prestaciones definidas en la ley. En el artículo 34 se establece que la asignación presupuestaria que el Gobierno asigne debe financiar el cumplimiento de las garantías explícitas y no debe ser sujeto de transferencias o recortes presupuestarios.

De acuerdo con los artículos 35 y 36, le corresponde al MSPAS el cálculo de los costos del conjunto de prestaciones. Tras establecerlo, se estimará el *costo per cápita* por año, monto que deberá ser ajustado en función de variables de gestión por resultados, complejidad de los servicios, acceso a los mismos, perfil epidemiológico local, inflación e indicadores de producción, rendimiento, recursos y costos. Esta

capitación será la base para la asignación del acceso universal.

En los artículos 37 y 38 se establece que el financiamiento de la atención hospitalaria especializada se hará mediante asignaciones específicas, no dependientes del cálculo *per cápita* descrito en el artículo 36; asimismo, el financiamiento del mantenimiento y funcionamiento de la infraestructura física, equipamiento y tecnología no provendrá de esta fuente. En cuanto al financiamiento del nivel central del MSPAS, provendrá de un programa financiero específico distinto al del conjunto de prestaciones de la atención hospitalaria y de la infraestructura y equipamiento.

Según el artículo 40, la asignación de recursos a las áreas de salud será coherente con la planificación territorial, incluyendo de manera explícita el cumplimiento de las garantías universales de atención en salud.

En cuanto a la progresividad del financiamiento del conjunto de prestaciones, el artículo 41 establece que se asignará un porcentaje de 0.25% del PIB a partir del año siguiente a la vigencia de la ley, incrementándose en la misma proporción hasta que se haya cubierto al 100% de la población.

2.2 EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (MAIS)

A partir del mandato constitucional, el *Código de Salud*, los acuerdos internacionales suscritos por Guatemala en materia de salud, y en cumplimiento de la política de salud, el MSPAS desarrolló un proceso de discusión,

consulta, análisis y elaboración de propuestas que culminó con la definición de un Modelo de Atención Integral de la Salud. Este Modelo tiene como propósito contribuir al acceso universal de la población a los servicios de salud en el ejercicio del derecho humano a la salud; ello, mediante la implementación de mecanismos para orientar el ordenamiento territorial de los recursos de la salud, la reorganización y desarrollo de la red de servicios, el fortalecimiento del recurso humano y el mejoramiento de la gestión y el financiamiento institucional.

El Modelo de Atención Integral en Salud (Mais) se define como el conjunto de lineamientos, fundamentados en principios, que orienta la forma en que el MSPAS se organiza, en concordancia con la población, para implementar acciones de vigilancia del medio ambiente, promocionar la salud, prevenir las enfermedades, vigilar y controlar el daño y brindar una atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad. Ello, mediante el ejercicio del papel rector del MSPAS, la gestión transparente de los recursos y la participación social en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad de su red de servicios.

Como principios rectores del Modelo se asumen los siguientes: a) primacía de la persona; b) pertinencia cultural; c) participación social y ciudadanía; d) equidad; e) solidaridad; f) dignidad; h) universalidad; i) integralidad; k) transparencia; l) calidad; y, m) igualdad de género. El Modelo implica acciones y una reestructuración en tres ámbitos particulares: la rectoría, la gestión de la salud y la prestación de los servicios.

En el ámbito de la rectoría, se proponen acciones para el mejoramiento de la direccionalidad y el incremento de las capacidades de las autoridades locales para la toma de decisiones relacionadas con la salud. En el ámbito de la gestión, se propone una visión sistémica que incluye un sistema de gestión orientado a resultados; ello, en un marco de planificación territorial, funcionamiento estandarizado, con operaciones y procedimientos documentados y con una estructura organizativa horizontal,

eficiente y completa, que permita a las direcciones de área de salud dirigir las acciones de rectoría, provisión y gestión. También se propone un sistema único de información que integre y articule los ámbitos del Modelo, así como un plan de desarrollo de los recursos humanos que incluya instrumentos normativos, de gerencia, de información y un manual de organización y funciones que permita garantizar la ejecución de las funciones y componentes del referido Modelo.

En el ámbito de la prestación de servicios, se propone una nueva manera de organizar los servicios de acuerdo con una nueva tipología de niveles y establecimientos más acorde con lo que se hace en la actualidad en cuanto al desarrollo que han tenido los servicios. Se propone una organización en cuatro niveles, así como la oficialización de servicios tales como los Centros de Atención Permanente (CAP) o los Centros de Atención Integral a la Población Materno Infantil (Caimi).

Además de los cambios en la organización de los niveles y las categorías de los establecimientos públicos destinados a la atención en salud, el Modelo propone un reordenamiento del territorio y, con ello, una distribución coherente de la red de servicios de salud. Mediante tal distribución se espera disminuir las brechas de accesibilidad hasta ahora existentes. Implica una reestructuración que parte desde los lugares más cercanos a las propias comunidades hasta un plano mucho más amplio a nivel nacional, en el que se definen los siguientes ámbitos territoriales: sectores, territorios, microrregiones, regiones municipales, municipio, microrregión departamental, departamento, región y territorio nacional.

Al reorganizar la red de servicios se posibilita atender más certeramente los problemas locales de salud. Para la operativización del modelo se amplían las funciones de atención, desarrollando un plan para los individuos, otro para la familia y otro para la comunidad. Esta separación entre programas permite atender de manera integral los problemas del daño y recuperación de la salud; desarrollar medidas preventivas en el ámbito individual pero también el familiar y comunitario; y, promover acciones de salud pública.

2.3 POSIBLES IMPLICACIONES DE LA INICIATIVA DE LEY EL MAIS

A pesar de que muchas de las declaraciones contenidas en la *Iniciativa de Ley* se han enunciado en otros instrumentos legales, quizás el aspecto más novedoso de esta propuesta es que utiliza la figura de las garantías explícitas en salud (GES) como el recurso movilizador de la transformación del sistema de salud.

Respecto a las GES se ha argumentado que se contradicen con los esfuerzos para la universalización de la salud, pues siempre dejan por fuera problemas y condiciones que terminan excluyendo a quien las padece. También se dice que se necesitan sistemas de salud en un contexto de Estados fuertes para poder implementarlas, y que necesitan desarrollarse en un contexto social y político donde se haya reconocido el papel de la salud en el desarrollo.

Independientemente de que en Guatemala asistimos a un contexto distinto, con instituciones públicas débiles y desfinanciadas, con un imaginario social adverso a los entes públicos y sin haber reconocido a la salud como elemento del desarrollo (a juzgar por la poca movilización social a favor de ella), es importante considerar que el hecho de aprobar lo propuesto en la *Iniciativa* puede reconfigurar de manera profunda la organización y arquitectura financiera del sector salud.

Al ser declarados de manera explícita los servicios a los que los ciudadanos tienen derecho se pueden generar movimientos para demandarlos. Esto, sin duda, genera presiones en la inversión y el gasto público y puede movilizar más recursos que los actuales. Es decir, los cambios y transformaciones del sistema de salud pueden ser generados desde la demanda. A continuación se presentan algunas reflexiones sobre las posibles implicaciones que podría tener el conjunto de garantías explícitamente propuestas por esta *Iniciativa de Ley*.

Tabla 1

Garantías explícitas en la *Iniciativa de Ley* sobre cobertura universal y financiamiento para la atención integral de la salud y sus implicaciones

Ámbito de la garantía explícita	Implicaciones
Acceso a servicios de urgencia y no urgencia	El acceso va mucho más allá de la disponibilidad de los servicios; sin embargo, solo para asegurar esta disponibilidad el MSPAS debe hacer esfuerzos serios para abatir la brecha de 30 años de retraso en la disponibilidad de infraestructura de servicios públicos de salud. A la disponibilidad es necesario sumar elementos como personal competente, que hable el idioma y entienda la cultura, un sistema de transporte primario (del hogar al servicio) y secundario (entre servicios), equipamiento y dotación de insumos. El cumplimiento de esta garantía, también requiere el mejoramiento de los procesos administrativos y gerenciales del MSPAS, mecanismos de coordinación efectivos entre instituciones y considerar las barreras económicas y culturales al acceso.
Tiempos máximos de espera	El proceso para definir los tiempos de espera implica como primera tarea la definición del conjunto de prestaciones que serán otorgadas por los servicios, para luego definir los estándares de atención y sus implicaciones en la organización y la logística. A partir de esta etapa diagnóstica, se deben formular nuevos procesos y llevarlos a la práctica para reevaluar su efectividad y la factibilidad de su implantación definitiva.

Ámbito de la garantía explícita	Implicaciones
Calidad en la provisión de los servicios	<p>Al definir el conjunto de prestaciones que se proveerán en los servicios, es necesario pasar a la definición de los estándares de atención.</p> <p>Más allá de la promulgación de las normas de atención (que por cierto fueron publicadas en 2010), se necesita definir cómo se hará el proceso de provisión, quién lo hará, con qué recursos, con qué resultados esperados y cómo se evaluará el desempeño para alimentar el proceso permanente del aseguramiento de la calidad.</p> <p>A la dimensión física de la calidad se debe agregar la efectividad, es decir, asegurar que se logra el objetivo de la intervención, que se hace con la metodología y tecnología que han demostrado ser efectivas y que se hace centrándose en la persona.</p> <p>Todo lo anterior implica un trabajo de largo plazo pero altamente deseable.</p>
Acceso a medicamentos	<p>El acceso a los medicamentos está profundamente vinculado con tres aspectos: el financiero, el logístico y el científico —por llamarlo de alguna manera. El primero tiene que ver con los procesos de asignación de recursos, eficiencia en el uso de los mismos y los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas; el segundo con los procesos de almacenamiento y distribución, y el tercero con las decisiones sobre qué medicamentos son los más efectivos de acuerdo con las necesidades del perfil epidemiológico que presenta el país y que se adecuan al conjunto de prestaciones.</p> <p>En estos tres aspectos se necesita un profundo conocimiento de la situación actual, una planificación estratégica y táctica efectiva, así como planes operativos coherentes.</p>
Continuidad del tratamiento entre niveles	<p>Los problemas de salud pueden resolverse o complejizarse y el sistema de provisión de servicios debe ser capaz de responder a los posibles cursos que éstos toman. En Guatemala existe un esquema de atención que va desde la prestada en establecimientos de la más baja complejidad, hasta centros sofisticados con sub especialistas y una alta capacidad de resolución. La teoría dice que cuando una persona necesita atención puede acudir al establecimiento disponible y, si allí no se puede resolver su problema, será referida a donde esto sí se pueda lograr. En la realidad, este sistema no funciona, por diversas razones. Entre ellas se cuentan la descoordinación entre los servicios, la carencia de transporte, la crónica escasez de insumos y equipos, la falta de protocolos de seguimiento, la falta de expedientes únicos o portables entre establecimientos, etc.</p> <p>Por lo anterior, uno de los retos más inmediatos es el desarrollo del expediente único, lo que ya de por sí constituye una tarea compleja que requiere significativos recursos económicos y tecnológicos.</p> <p>A lo anterior, entre otras cosas, se le suma el establecimiento de un sistema eficaz y efectivo de traslado de casos (no de referencia).</p>
Integración intercultural	<p>Tal como lo declara la Iniciativa, se pretende garantizar la integración de los valores, principios, conocimientos y prácticas eficaces de las etnias nacionales.</p> <p>De esa cuenta, la primera tarea es investigar cuáles son estas prácticas y valores, sistematizarlos y estudiar las mejores maneras de procurar coordinación para el manejo de casos.</p> <p>Esto plantea varias dificultades; en primer lugar, ¿es legítimo pretender «integrar» los valores y saberes a un sistema hegemónico que los descalifica sistemáticamente?</p> <p>Por otro lado, «integrar» no evoca relaciones horizontales, sino de subordinación. De tal suerte, esta garantía necesita ser desarrollada y reflexionada con más detenimiento.</p>

Fuente: Icefi-Unicef.



©UNICEF/ Sandra Sebastian

NUESTROS MALES Y SUS REMEDIOS: DIMENSIONES DE UN MISMO PROBLEMA

3

NUESTROS MALES Y SUS REMEDIOS: DIMENSIONES DE UN MISMO PROBLEMA



©UNICEF/Anthony Asael

Tal como fue comentado anteriormente, la salud es un derecho humano y, por lo tanto, toda persona tiene el derecho a gozar el más alto grado de salud posible. Se ha reconocido internacionalmente como parte de los derechos económicos, sociales y culturales, los cuales, para su cumplimiento y garantía, necesitan ser abordados de forma integral, complementaria e indivisible. No obstante, el derecho a la salud exige un enfoque particular en el que, sin dejar de ser parte de los otros derechos consagrados en los distintos acuerdos internacionales, se pueda visibilizar con precisión el camino de su garantía.

Por ello, desde el enfoque planteado en este documento se asume la salud como un producto social y como un derecho humano y, por lo tanto, sus garantías constituyen una responsabilidad de la acción estatal. En este enfoque no se establecen dicotomías entre la salud individual y colectiva, biomédica y social; más bien se coloca el foco de atención en la garantía del derecho, que incluye no solo la atención individual de los problemas de salud (es decir la curación de las enfermedades), sino también la garantía de los elementos que previenen las enfermedades y generan salud.

El derecho a la salud

En Guatemala, el derecho a la salud es reconocido en la *Constitución Política de la República* y se ha refrendado mediante su adhesión a los distintos instrumentos internacionales de la materia. El derecho a la salud implica la necesidad de asegurar que haya establecimientos, bienes y servicios de salud disponibles, accesibles y aceptables para todos y que sean de buena calidad. Para asegurar la disponibilidad se requieren un sistema de salud pública eficaz y un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud en el Estado. La accesibilidad tiene cuatro dimensiones, que en parte coinciden: a) la no discriminación, que exige que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles, de hecho y de derecho, para todos, especialmente para los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos; b) la accesibilidad física, por la cual los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar físicamente al alcance de todos los sectores de la población, con inclusión de las mujeres, los niños, los pueblos indígenas, las personas de edad y las personas con discapacidad; c) la asequibilidad económica, que exige que

los establecimientos, bienes y servicios de salud estén económicamente al alcance de todos; y d) el acceso a la información, que comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. La aceptabilidad requiere que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean aceptables desde el punto de vista médico y cultural. Por último, además de ser culturalmente aceptables, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, y de buena calidad. El derecho a la salud es un derecho incluyente, que abarca no sólo una atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso a agua limpia y potable y a un saneamiento apropiado, a alimentos inocuos y una nutrición adecuada, a una vivienda adecuada y a condiciones salubres en el trabajo y el medio ambiente, entre otras cosas. Los determinantes básicos de la salud van más allá de los derechos meramente materiales y comprenden factores sociales tales como la desigualdad.

Informe sobre Guatemala de Anand Grover, Relator Especial del Derecho a la Salud de la Organización de las Naciones Unidas



©UNICEF/Rolando Chew

La salud es un proceso que genera distintos estados y percepciones en las personas; consiste en un proceso iterativo y multidimensional. No obstante, solamente se hace visible o consciente en los individuos y colectividades cuando se deteriora o se pierde. En una investigación sobre imaginarios sociales de la salud se mostró con claridad que para la sociedad guatemalteca la salud es «escapar de la enfermedad».⁶

En este documento, aun cuando se reconoce que la salud es el resultado de complejos procesos sociales, culturales, económicos,

Definiciones importantes

Por morbilidad se entiende la ocurrencia de enfermedades y por mortalidad se entiende la ocurrencia de muertes; ambas son aplicadas a un grupo específico de población, en un período determinado de tiempo. Generalmente se presentan en forma de número de casos o tasas. A la consolidación de los datos sobre la ocurrencia de enfermedades y muertes en una población se le denomina perfil epidemiológico.

6 Mazariegos, Juan Carlos (2008). «Unos vivimos porque otros mueren», Libro 8, Los imaginarios sociales de la salud en Guatemala. Guatemala: PNUD-INDH, El Sistema de Salud en Guatemala, ¿hacia dónde vamos?

políticos, institucionales y biológicos, se enfatiza en la atención de la salud, es decir, en los servicios de salud. Ello, con el objeto de visibilizar los elementos más conspicuos y que pueden ser objeto de intervenciones sectoriales, identificando las mismas y estableciendo sus costos.

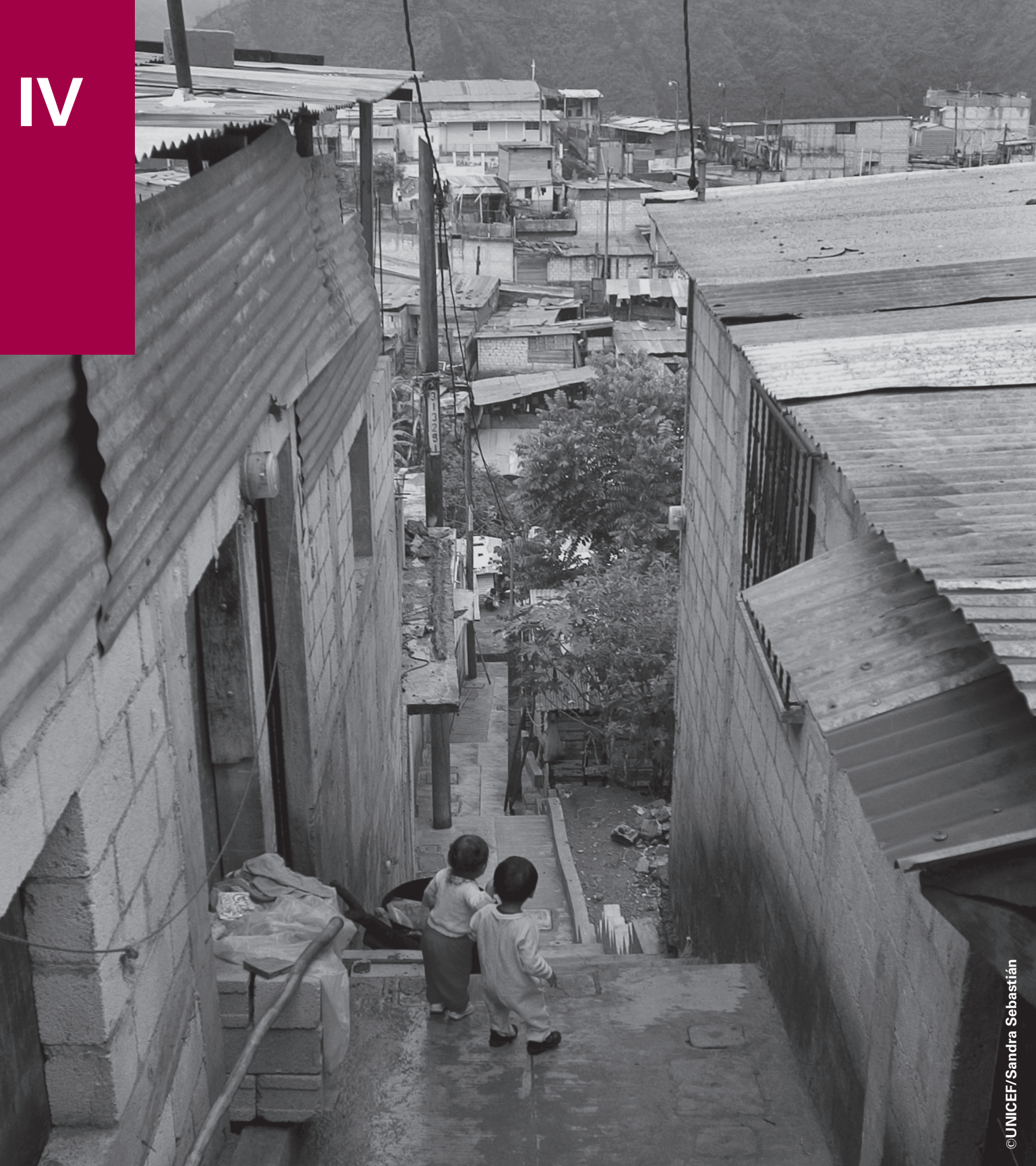
Es común encontrar que la salud se mide y conoce mediante la comprobación de las enfermedades, las muertes y la discapacidad, y su distribución entre los individuos y los colectivos sociales. Esto, lo de medir la salud mediante la enfermedad, si bien no deja de ser una contradicción, tiene ventajas para la parte operativa porque permite medir el avance y resultados de intervenciones que buscan limitar o prevenir el daño o generar salud.

Para conocer nuestros males y sus remedios, en este documento se analiza el proceso sa-

lud-enfermedad en tres dimensiones importantes; en primer lugar, se muestran datos y se analizan las causas del daño a la salud representado en las enfermedades, muertes y discapacidad; luego se analiza el papel de los servicios en la prevención y curación de estos problemas, pero también como generadores de problemas de salud ya sea por omisión o acción y, finalmente, se muestran las estrategias que han tenido éxito en la solución de los problemas de salud y su desempeño en el país.

Con esta información se presenta una serie de intervenciones, sus costos y mecanismos de financiamiento. El objetivo es iniciar el debate sobre lo que debe hacerse y financiarse si se pretende enfrentar con seriedad los problemas de salud de Guatemala que afectan a todos, pero especialmente a los niños, niñas y adolescentes.





LOS EFECTOS DE NUESTROS MALES: EL DAÑO A LA SALUD

4

LOS EFECTOS DE NUESTROS MALES: EL DAÑO A LA SALUD



©UNICEF/Donna DeCesare

4.1 ¿CUÁLES SON NUESTRAS ENFERMEDADES?

Para conocer qué enfermedades agobian a las y los guatemaltecos se utilizan los registros de morbilidad; sin embargo, éstos tienen algunos inconvenientes. En primer lugar, solo están registrados aquellos eventos que son objeto de atención según la planificación anual de los servicios y que, por lo tanto, han sido captados por el MSPAS. Así, se deja fuera aquellos eventos que fueron atendidos y registrados por los servicios privados, lucrativos y no lucrativos, por el Igss y por los servicios de atención médica adscritos a otras entidades públicas. Por otro lado, no todas las enfermedades que ocurren a las personas son atendidas en los servicios; un porcentaje importante de padecimientos se atiende en casa, en farmacias o con terapeutas tradicionales, lo cual queda fuera de los registros.

A este subregistro, que alcanza importantes dimensiones nacionales,⁷ se le agrega que los casos de enfermedad atendidos en los servicios públicos, en una gran mayoría de veces, ocurren en los puestos de salud, donde laboran auxiliares de enfermería como personal de planta. El entrenamiento de esta clase de personal no incluye el desarrollo de competencias diagnósticas y, aunque tienen la opción de registrar casos distintos a los de notificación obligatoria, sus competencias limitan dichos registros. Por este motivo, se enfatiza en las enfermedades de notificación obligatoria.⁸

A estas limitaciones se añaden los problemas propios del sistema de captación y procesamiento de los datos, donde, además de atrasos en los reportes, no existen filtros que de manera sistemática evalúen la calidad de los mismos. Finalmente, éstos son presentados en grandes agregados que ocultan diferencias importantes entre grupos y poblaciones. Esto refleja una falencia de quienes deberían analizar la información (CNE, programas y Dirección del Sias), dado que el sistema tiene la capacidad de emitir reportes con diferentes grados de desagregación.

Durante 2010 se inició el desarrollo de un Departamento de Vigilancia de la Calidad de los Datos dentro del Sistema de Información Gerencial de Salud (Sigsa) del MSPAS, en donde se están implementando las medidas para tal cometido. No obstante, esta es una tarea continua y dinámica cuyos resultados aún están en proceso.

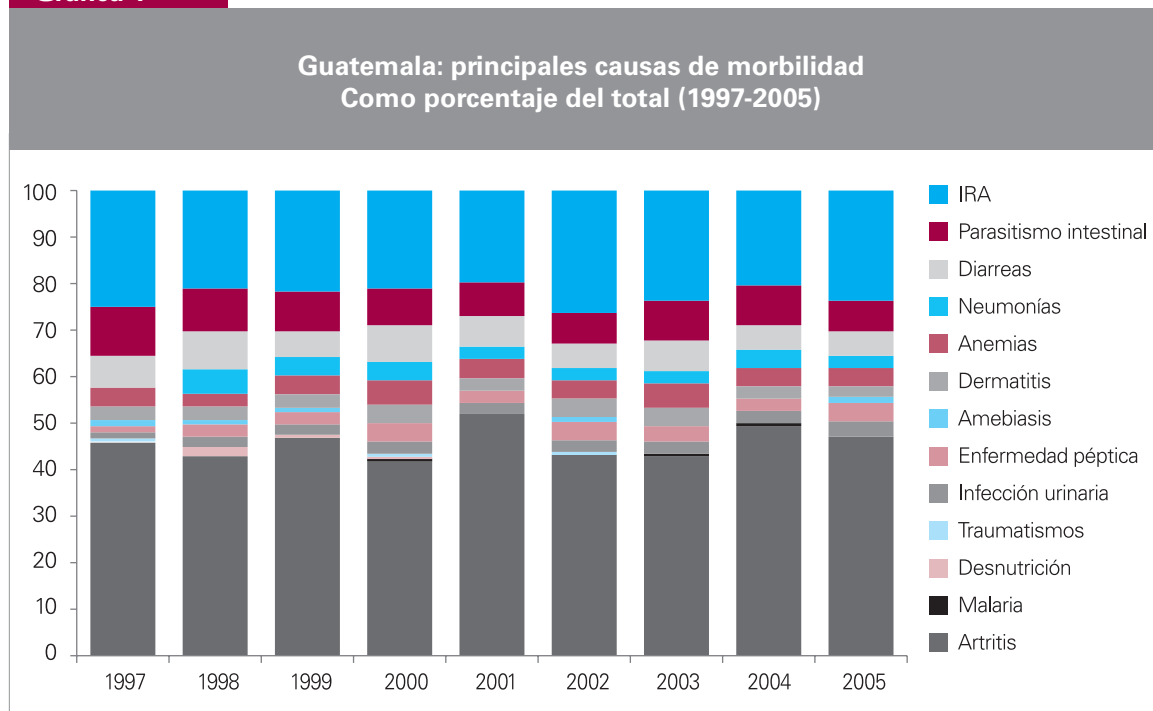
Los reportes consolidados de país no se generan y publican de manera sistemática y, generalmente, se obtienen de estudios específicos. Aun con estas limitaciones, los datos permiten obtener información sobre las tendencias de la enfermedad y los riesgos.

En términos generales y a partir de lo que se reporta en el sistema de vigilancia epidemiológica del MSPAS, de lo que más enferma la población guatemalteca es de infecciones, parasitismo y problemas nutricionales. Las causas que resaltan

7 Para dar un ejemplo, en las mediciones de mortalidad materna realizadas por el INE en el año 2000, se estimó que el subregistro era de 40%. Dado que no se han desarrollado modificaciones sustantivas en la última década en cuanto a la recolección, procesamiento y presentación de los datos del INE, se asume que el subregistro continúa.

8 Conjunto de enfermedades infecciosas con potencial epidémico.

Gráfica 1



Fuente: CNE/MSPAS. *Memorias de vigilancia epidemiológica.*

son las infecciones respiratorias agudas, las neumonías, la diarrea, el parasitismo intestinal, la amebiasis y la anemia, enfermedades muy relacionadas con la niñez. En estos registros, los traumatismos ocupan un discreto espacio, así como la malaria y los problemas articulares. Al parecer, la tendencia que se dio entre 1997 y 2005 no se ha modificado; sin embargo, conviene recordar que otro tipo de problemas puede que no se haya vigilado y, por lo tanto ni se ha registrado, ni se ha dimensionado (vease gráfica 1).

Los datos consolidados a nivel nacional, si bien revelan la tendencia global en el tiempo, ocultan diferencias entre territorios y poblaciones. Para ilustrar esta afirmación se puede utilizar como ejemplo el caso de los problemas diarreicos, los cuales representan el 54% de toda la consulta pediátrica en los servicios del MSPAS y son la segunda causa de morbilidad general después de las infecciones respiratorias agudas.⁹ En este caso, encontramos que si bien la prevalencia general se ha mantenido

más o menos estable en los últimos años, la prevalencia en los menores de 5 años se ha incrementado progresivamente de 16.7%, en 1987, a 22.5% en 2008-2009.¹⁰ No está claro si en el aumento de la prevalencia pueda jugar un papel importante una mayor captación de casos al incrementarse las consultas de manera progresiva.

En el territorio nacional, las áreas de mayor prevalencia de diarrea son los departamentos del noroccidente del país, las cuales concentran la mayor proporción de población rural e indígena en condiciones de pobreza. Las causas de esta distribución están profundamente ligadas con las condiciones sanitarias de los hogares, especialmente el acceso a agua potable y a redes de drenajes y disposición de desechos.

La ocurrencia de diarrea también tiene un ciclo estacional en donde los casos se incrementan durante la época de lluvias y decrecen en la época seca. La edad es otro elemento importante. Para el año 2006 la tasa de incidencia de diarrea por 100,000

9 MSPAS-CNE (2007). *Situación de Salud en Guatemala.*

10 *Ensmi 2008-2009.*

Tabla 2

Prevalencia de enfermedad diarreica en menores de 5 años

Enfermedades y tratamientos	1987	1995	1998-1999	2002	2008-2009
Niños(as) con diarrea	16.7%	20.9%	20.9%	22.2%	22.5%
Niños(as) con diarrea tratados con sobres de rehidratación oral	13.2%	21.5%	30.4%	33.8%	37.1%
Niños(as) con diarrea que recibieron sales de rehidratación oral o solución casera	16.4%	22.1%	33.5%	40.6%	44%

Fuente: Icefi-Unicef con datos de la *Encuesta nacional de salud materno infantil de 2008-2009 (Ensmi 2008-2009)*.

habitantes fue de 20,000 en los menores de un año, reduciéndose a 10,000 para quienes tienen entre 1 y 4 años y decreciendo a menos de 2,000 a partir de los 5 años de edad (vease tabla 2).

De acuerdo con la información disponible, la diarrea es una enfermedad en extremo importante en la población infantil y, al igual que otras afecciones como la desnutrición, tiene un rostro rural, pobre e indígena.¹¹

Las y los infantes son especialmente vulnerables a causa de su prolongado período de maduración física y mental, lo cual los hace dependientes de la protección y cuidados que puedan proveerles en el hogar y en el contexto social. Desde esta perspectiva, el acceso a servicios de salud que permitan resolver las contingencias es crucial para asegurar el adecuado crecimiento, desarrollo y sobrevivencia de los niños y niñas.

Si se considera que el hogar es la primera línea de protección de los infantes, entonces las enfermedades y problemas del resto de miembros del hogar cobran una gran importancia en el contexto general de protección mutua.

La protección de los niños y niñas, por lo tanto, no solo depende de si existen servicios diferenciados y eficientes para este grupo poblacional, sino de si sus protectores naturales, es decir sus padres y abuelos,

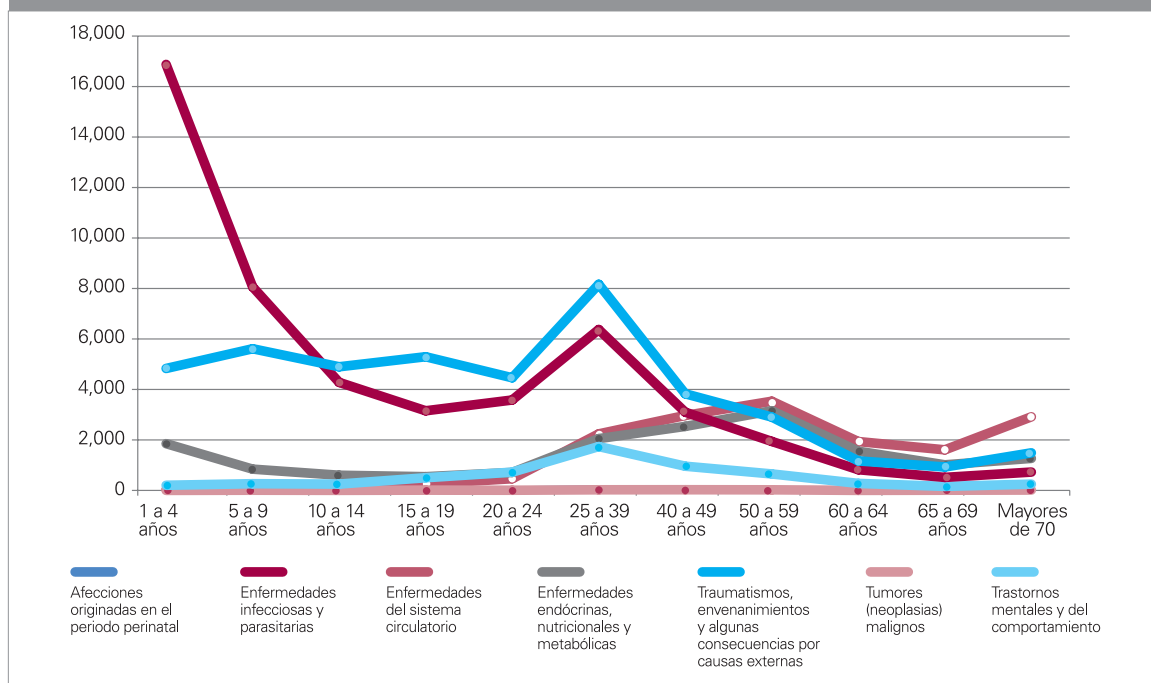
están en condiciones para atenderlos. Es así como la vivienda digna, el empleo decente, los salarios y las redes de protección social son indispensables para que el cuidado de niños y niñas sea efectivo.

Ante este escenario, la situación de salud de todos los miembros del hogar cobra una gran trascendencia. Los mecanismos por los cuales es roto el equilibrio protector del hogar son múltiples y seguramente varían de contexto en contexto. Sin embargo, existen dos que son comunes; uno es el gasto de bolsillo al que las familias recurren cuando enferma alguno de sus miembros. El otro es la utilización de tiempo laboral o escolar para el cuidado de quien enferma.

En el primero, sin importar quién enferma, se dedican recursos económicos para su atención. Dada la precariedad económica de los hogares, muchas veces estos recursos se convierten en gastos empobrecedores, abonando al círculo perverso de más pobreza, más enfermedad. En el segundo mecanismo, cuando un miembro de la familia enferma, se necesita dedicar tiempo a su atención y, generalmente, lo hacen las madres. Indistintamente si son los niños o los padres quienes enferman, las consecuencias implican la reducción del tiempo laboral con las afectaciones salariales correspondientes. De nuevo, ello genera menores ingresos, más pobreza y más enfermedad.

¹¹ Icefi-Unicef (2011). *Protegiendo la nueva cosecha*.

Número de casos de distintos grupos de enfermedades por grupos de edad para 2009



Fuente: Icefi-Unicef, con datos del MSPAS-Sigsa.

Para aproximarse al conocimiento de las condiciones de salud de todos los miembros de los hogares es necesario conocer de qué están enfermado los y las niñas mayores de un año, los adolescentes y jóvenes, los adultos y adultas y las personas mayores (ver gráfica 2).

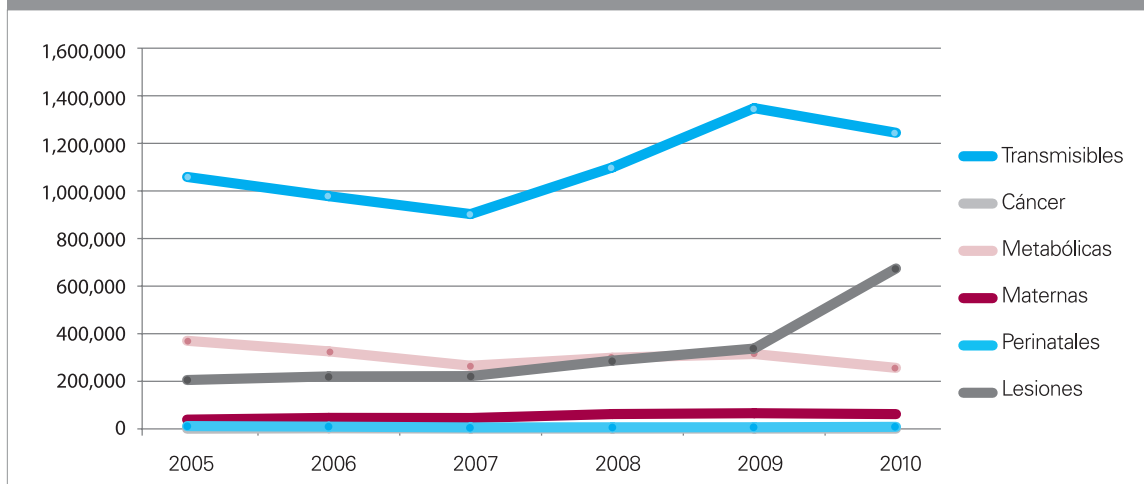
En la gráfica precedente se muestra el comportamiento de algunas condiciones seleccionadas como trazadoras: las enfermedades infecciosas y parasitarias, las cuales están vinculadas con las condiciones higiénicas y de pobreza; las enfermedades del sistema circulatorio como trazadoras de problemas crónicos relacionados con comportamientos riesgosos como el tabaquismo, la vida sedentaria y la obesidad; las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, especialmente la diabetes, como muestra de problemas crónicos que resultan de la suma de condiciones de carencias en la niñez y mala alimentación en la vida adulta; los traumatismos como muestra de lesiones violentas; los tumores como otro problema

crónico en aumento; y los trastornos mentales, en general ignorados p. forman solo una parte de la morbilidad real de esta condición, asistimos a una epidemia silenciosa que, de seguir la tendencia actual, se convertirá en la principal causa de morbilidad de la población joven y adulta.

Como se ha observado, el comportamiento de distintas condiciones según grupos de edad permite dimensionar el nivel de afectación para distintos momentos del ciclo vital. Sin embargo, es necesario darle una mirada a la tendencia en el tiempo para establecer escenarios de lo que se tendrá que enfrentar en el futuro en cuanto a la provisión de servicios y su contenido. Para seguir con la misma línea argumentativa, se agruparon las causas de morbilidad. Las mujeres en edad reproductiva son el grupo de riesgo para las afecciones vinculadas con el embarazo, parto y post parto y, junto con los y las adolescentes y jóvenes, son el grupo de riesgo para las enfermedades de transmisión sexual.

Gráfica 3

Evolución de la morbilidad según grupos de enfermedades Cifras en número de casos



Fuente: Icefi-Unicef, con datos de MSPAS-Sigsa.

Aun cuando los datos se presentan en número de casos y no en tasas, es posible observar un incremento en la ocurrencia de las lesiones vinculadas con la violencia, así como el ascenso continuo de los problemas transmisibles. A este fenómeno se le conoce como transición epidemiológica en la que un patrón de enfermedad y muerte con predominio de problemas infecciosos y carenciales es progresivamente sustituido por otro en el que predominan los problemas crónicos y degenerativos (ver gráfica 3).

En Guatemala, por el contrario, más que asistir a un proceso de transición se vive uno de creciente complejidad epidemiológica en el que continúa aumentando la prevalencia de problemas infecciosos y carenciales. A ello debe sumarse el crecimiento de problemas crónicos y degenerativos.¹²

La situación presentada hasta el momento luce compleja, pues consiste en un panorama al que cabe agregar cambios poblacionales como la creciente urbanización, el incremento porcentual de personas mayores de 60 años, la reducción de la fecundidad, las migraciones y el incremento del número de pobres. En un

contexto de carencias en los servicios básicos, resulta imprescindible que los servicios de salud se preparen para enfrentar nuevos desafíos.

4.2 LAS MUERTES

Como ya se señaló, de qué enferman las personas depende de múltiples factores sociales, económicos, culturales, institucionales y biológicos. Ello confiere a la prevención de las enfermedades un carácter multisectorial y complejo.

Las enfermedades pueden tener distintos resultados en los individuos; uno de ellos y quizás el más temido es la muerte, pero también pueden terminar en discapacidad o, en el mejor de los casos, en curación. Los elementos que inciden en los resultados de la enfermedad pasan por el tipo de padecimiento, su gravedad, las condiciones físicas de quienes las padecen y, de manera importante, por cómo son atendidas. En este último ámbito cobran relevancia los servicios de salud.

Las responsabilidades de los servicios de salud incluyen una parte de la prevención

¹² Cepal-Icefi (2009). *El financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales*. División de Desarrollo Social. Santiago de Chile.

primaria de las enfermedades —es decir, antes de que ocurran— mediante la identificación y modificación de los riesgos, pero también incluye la prevención de la discapacidad mediante la atención adecuada de los enfermos. La prevención y atención de las enfermedades es la parte central de la acción que desarrollan los servicios de salud, mientras que la promoción de la salud, entendida como la generación de condiciones saludables, es responsabilidad de las distintas instancias que velan por mejorar las condiciones de vida de las personas.

Analizar de qué mueren las personas tiene dos sentidos; por un lado, permite conocer el desafío que enfrentan los servicios de salud en términos de qué problemas son los más importantes y necesitan atención dada su magnitud y trascendencia; pero, por otro lado, se logra evaluar la eficiencia y efectividad de los servicios, especialmente si las condiciones que provocan las muertes son prevenibles y curables. A continuación, en este apartado, se examinan las características y tendencias de las muertes y su distribución en la población.

A diferencia del registro de las enfermedades, los registros de las muertes son más confiables en términos de representatividad, pues son recogidos sistemáticamente y con alcance nacional. Aun cuando se admite que existe subregistro —quizás exacerbado en los últimos 2 años por la entrada en vigencia del Registro Nacional de la Personas (Renap), el cual sustituye los registros municipales y aún está en proceso de consolidación—,¹³ los datos pueden mostrar con un grado aceptable de precisión las tendencias de la mortalidad (*vease gráfica 4*).

En términos generales, la mayor proporción de muertes durante el período comprendido entre 1986 y 2004 fue para las enfermedades transmisibles, las cuales mostraban una tendencia a la disminución. Aún con el incremento que mostraban estos problemas como causa de morbilidad, la reducción progresiva como causa de muerte puede

significar un mejor abordaje por parte de los servicios de salud. La segunda causa en importancia, según su magnitud, son los problemas cardiovasculares; la tercera son las lesiones externas. Ambas muestran incrementos durante el período de análisis. Los tumores también tienden al aumento, mientras que los problemas perinatales parecen disminuir.

En cuanto a la distribución territorial de las causas de muerte, los departamentos de Alta Verapaz, Baja Verapaz, Quiché, Huehuetenango y San Marcos presentan las mayores tasas de enfermedades transmisibles, mientras que los departamentos de Guatemala, Escuintla, Izabal y Petén han tenido un incremento en la proporción de muertes por causas externas. Los departamentos del oriente del país, Jalapa, Jutiapa, Zacapa y Chiquimula, presentan un perfil con predominio de enfermedades cardiovasculares. Los tumores predominan en los departamentos de Guatemala y El Progreso y en el resto de departamentos del oriente del país.¹⁴

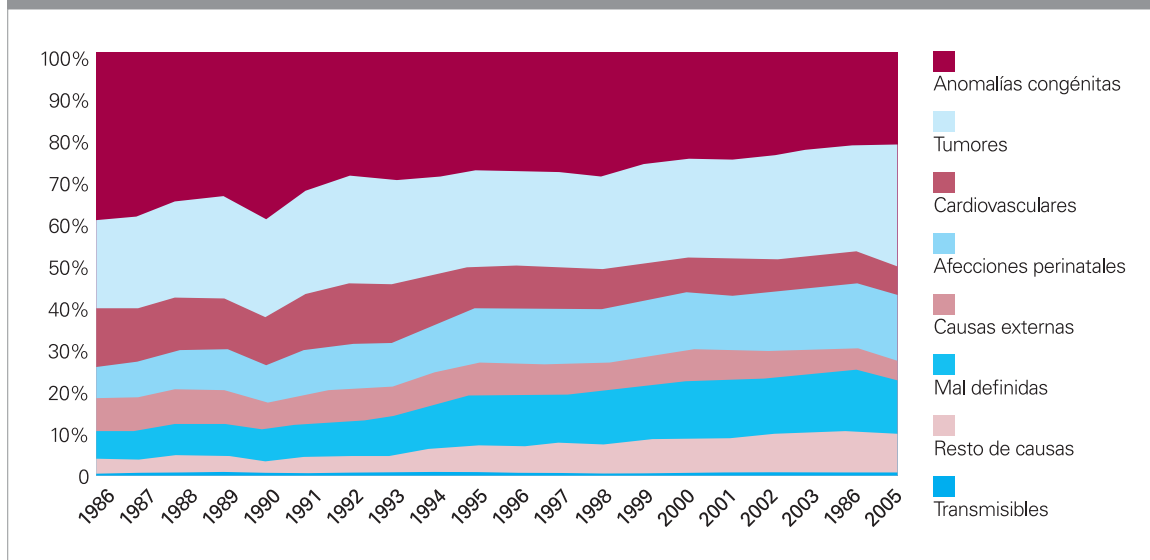
En cuanto a la distribución por grupo de edad, la mortalidad muestra diferencias importantes. Las causas de muerte relacionadas con los problemas transmisibles inician su ascenso en el grupo de los mayores de un mes y se mantienen en un nivel similar a lo largo del ciclo de vida. Por otro lado, las lesiones externas tienen un alza importante en la adolescencia y edad adulta, decreciendo en el grupo de los mayores de 55 años.

Las causas relativas a los problemas metabólicos y los tumores tienen un alza a partir de la adolescencia y sufren un descenso en el grupo de personas de 55 años; el caso de los tumores se incrementa nuevamente en los mayores de 60 años.

Al igual que con la morbilidad, las muertes revelan una gran heterogeneidad en los problemas de salud de la población guatemalteca, pues a la visión tradicional de que los principales problemas son las infecciones y las carencias nutricionales,

13 No ha completado su personal operativo y persisten los señalamientos de ineficiencia en la entrega de datos a las y los usuarios.

14 Moscoso, V. y Flores, C. (2008).

Gráfica 4**Mortalidad proporcional, por causa
(Guatemala, 1986-2004)**

Fuente: Moscoso, V. y Flores, C. (2008).

se le agrega un complejo panorama de padecimientos crónicos, violencia y cáncer (vease gráfica 5).

Respecto a la tendencia en el tiempo, los datos más consistentes y sistemáticos se han recopilado para la medición de las muertes infantiles. Es importante aclarar que la mortalidad infantil es un indicador de desarrollo. Las sociedades no deben permitir que mueran sus miembros más vulnerables, especialmente si estos decesos ocurren por problemas prevenibles como la diarrea o las infecciones respiratorias agudas. Aun cuando el indicador de la mortalidad infantil cuenta niñas y niños fallecidos antes del año de vida, también estima fracasos de los servicios de salud en atenderlos de manera oportuna, del sistema de salud en proveer las condiciones de acceso y disponibilidad, y de la sociedad en general en facilitar condiciones de vida adecuadas para los niños y el resto de miembros del hogar.

Las muertes en los menores de un año han tenido una evolución favorable al reducir de forma significativa las tasas respecto a los años anteriores (véase tabla 3).

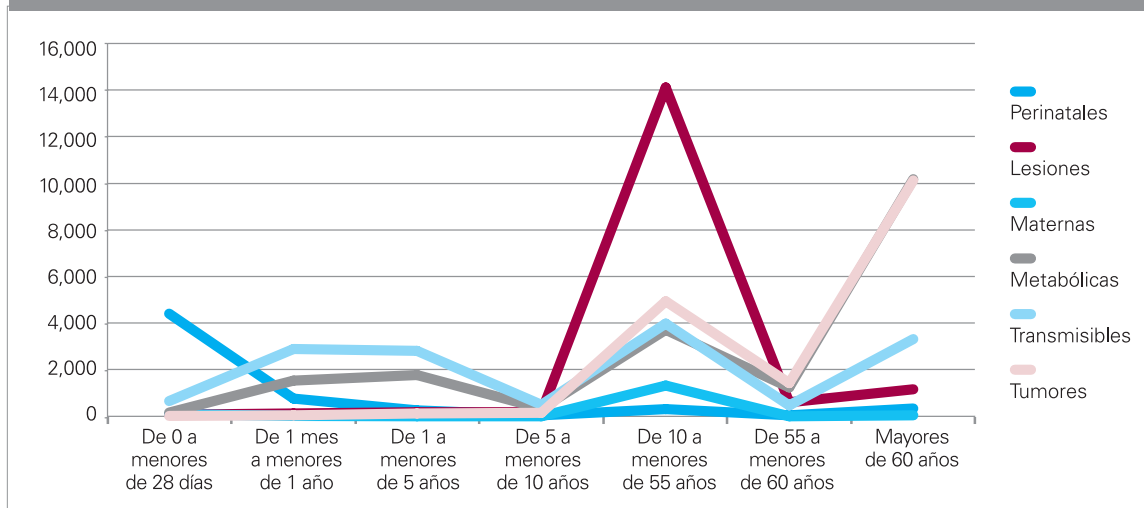
La mortalidad infantil ha mostrado un importante descenso en los últimos 20 años, lo cual es valioso para la población indígena y no indígena, urbana y rural. Sin embargo, las desigualdades se mantienen. Entre la población indígena y no indígena persiste una diferencia de 10 puntos porcentuales que no se modifica en el tiempo. Asimismo, las diferencias entre urbanos y rurales son de proporciones similares (véase tabla 4).

El patrón de distribución de las muertes en los menores de 1 año persiste en la composición de las muertes en menores de 5 años. En los menores de 1 año, es decir la mortalidad infantil, hay una importante cantidad de muertes que ocurren en los primeros 30 días de vida, probablemente relacionadas con la atención del parto y las condiciones de vida de las madres. En las muertes de los menores de 5 años, el peso mayor está en el primer año de vida, donde ocurre el 80% de las muertes. Los datos también muestran las persistentes desigualdades entre urbanos y rurales y entre indígenas y no indígenas.

Según los datos del Renap y el INE procesados por el Sigsa, en 2008 las muertes en los

Gráfica 5

Causas de mortalidad según grupos de edad y grupos de enfermedades para el período de 2005 a 2010 (En número de casos)



Fuente: Icfef-Unicef, con datos de MSPAS-Sigsa.

Tabla 3

Mortalidad infantil por mil nacidos vivos, para diferentes períodos, por área y etnia

	1987	1995	1998-1999	2002	2008-2009
Mortalidad infantil	79	57	49	44	34
Grupo étnico					
Indígena	76	64	56	49	40
No-indígena	85	53	44	40	30
Área					
Urbana	65	45	49	35	27
Rural	84	63	49	48	38

Fuente: Icfef-Unicef con datos de la *Ensmi 2008-2009*.

menores de 1 año se debieron a problemas diarreicos, neumonías y enfermedades inmunoprevenibles. Todas estas causas pueden evitarse del todo si se emplean medidas de salud pública tales como dotación de agua potable, adecuada disposición de excretas, mejoramiento de las condiciones de la vivienda e inmunizaciones. Según un estudio que valoró estas intervenciones, las medidas más efectivas para reducir las muertes infantiles son la provisión de agua y la educación de las madres. La presencia de médicos es el factor de menor importancia.¹⁵

Si se compara la situación de Guatemala

con el resto de los países de la región centroamericana, se observa que las muertes en los menores de 1 año y en los menores de 5 años son las más altas, mientras que la esperanza de vida es la más baja (*ver tabla 5*).

Además de las muertes infantiles como indicador del éxito o el fracaso de la sociedad en proteger a sus miembros más vulnerables, las muertes ocurridas a causa de problemas relacionados con el embarazo, parto y post parto —es decir, la mortalidad materna—, nos muestra con más crudeza la realidad de la respuesta social por la vía de los servicios de salud. El embarazo no

Tabla 4

Mortalidad en los menores de 5 años (2009)					
	Neonatal	Posneonatal	Infantil	1-4 años	Menores de 5 años
Total	18	16	34	11	45
Área					
Urbana	17	11	27	7	34
Rural	19	19	38	14	51
Grupo étnico					
Indígena	21	18	40	16	55
No indígena	16	14	30	7	36

Fuente: PNUD (2010). Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala.

Tabla 5

Indicadores seleccionados para los países de Centroamérica (2009-2010)			
País	Mortalidad infantil (tasa por mil n.v.)	Mortalidad en menores de 5 años (tasa por mil n.v.)	Esperanza de vida al nacer (años)
Belice	14.8	18.0	76.1
Costa Rica	8.5	10.1	78.8
El Salvador	n.d	26.6	71.1
Guatemala	34.0	45.0	70.2
Honduras	23.6	35.3	72.1
Nicaragua	18.5	22.7	72.9
Panamá	15.0	20.5	75.6

Fuente: PNUD (2010). Informe de Desarrollo Humano para Centroamérica, 2009-2010.

es una enfermedad, no obstante, se admite que pueden existir complicaciones para las cuales la respuesta social debe generar las condiciones de protección adecuadas que permitan evitar las muertes de las madres y sus recién nacidos.

La razón de la mortalidad materna (RMM) representa las muertes ocurridas atribuibles al embarazo, parto y post parto; constituye un indicador de desarrollo social y de las capacidades de los servicios de salud. El promedio de América Latina y el Caribe es de 85 muertes por 100,000 nacidos vivos, cifra que no muestra las importantes diferencias regionales. Por ejemplo, en Haití, la RMM fue de 523 (2007), mientras que en Costa Rica fue de 30.5. En 2007, Guatemala tiene una RMM de 139.7.

Tabla 6

Razón de mortalidad materna para países seleccionados (2007)	
Guatemala	139.7
El Salvador	173.0
Honduras	108.0
Nicaragua	82.0
Costa Rica	30.5
México	60
Cuba	39
Haití	523
Promedio de América Latina	85

Fuente: Icfi-Unicef con datos de Cepal (2009). *Informe de la reunión de expertos sobre determinantes de la mortalidad materna en Centroamérica y México y Segeplan (2011) Estudio de Mortalidad Materna 2007.*

15 Silva, Luis Carlos (1990).



©UNICEF/Rolando Chew

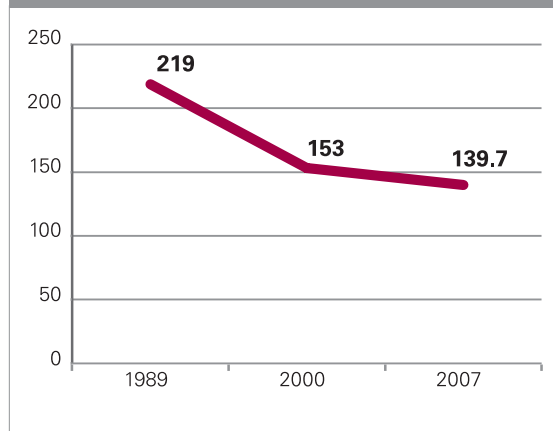
La mortalidad materna en Suecia, el Reino Unido y Estados Unidos de Norteamérica, en 1945, fue de 150 por 100,000 nacidos vivos; las causas de los decesos fueron hemorragias e infecciones. En 1950, la cifra había descendido a menos de 100 muertes por 100,000 nacidos vivos y, en la actualidad, el promedio es de 14. Los cambios se atribuyen a una mejor atención del parto y al uso de antibióticos y medidas preventivas para reducir las infecciones. (Segeplan, 2011).

prevención de aquellas condiciones que pueden evitarse.¹⁶

En el año 1989 la RMM era de 219 muertes por cada 100,000 nacidos vivos; en el año 2000 la razón se redujo a 153 y, para el año 2007, se situó en 139.7. Si bien existe una importante reducción, de acuerdo con resultados del Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007, departamentos como Izabal, Totonicapán y Huehuetenango superan las 200 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos, con lo que superan el promedio de América Latina y el Caribe.

Gráfica 6

Guatemala: razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos para los años 1989, 2000 y 2007



Fuente: Segeplan (2011) Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007.

Únicamente 8 departamentos muestran cifras inferiores al promedio de América Latina y el Caribe (85 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos). Estos son: El Progreso, Escuintla, Santa Rosa, Guatemala, Jalapa y Zacapa. El resto de departamentos muestra RMM de hasta más del doble del promedio latinoamericano.

En Guatemala, aun cuando se han visto reducciones en la RMM, las causas de muertes maternas son la hemorragia y las infecciones, lo que revela importantes falencias del sistema que no permiten una adecuada atención del parto, ni la

En el nivel municipal, los 10 municipios donde más muertes maternas se observaron son: Guatemala (18), Momostenango (17), San Pedro Carchá (14) Morales (14), Santa Cruz Barillas (12), Senahú (12), Santo Tomás Chichicastenango (10), Cobán (10), Tecpán (9) y Chiquimula (8). Esta distribución es correspondiente con la RMM donde Izabal supera las 300 muertes, cuadruplicando el promedio de América Latina, duplicando la RMM nacional y también duplicando la que Suecia tenía en 1945. Casos similares ocurren con Izabal, Totonicapán, Huehuetenango, Alta Verapaz, Quiché, Baja Verapaz y Petén. Departamentos como El Progreso, Escuintla, Santa Rosa, Guatemala, Jalapa y

¹⁶ OPS (2007) Mortalidad materna y neonatal en América Latina y el Caribe, estrategias de reducción.



©UNICEF/Anthony Asael

Tabla 7

Razón de mortalidad materna para países seleccionados (2007)	
Departamento	Razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos
Total nacional	139.7
Izabal	301.8
Totonicapán	275.3
Huehuetenango	226.2
Alta Verapaz	207.0
Quiché	196.0
Baja Verapaz	195.4
Petén	186.1
Chiquimula	159.8
Chimaltenango	157.5
Sololá	113.4
Sacatepéquez	109.9
San Marcos	106.1
Suchitepéquez	103.5
Jutiapa	96.5
Quetzaltenango	95.5
Retalhuleu	88.5
El Progreso	75.6
Escuintla	74.9
Santa Rosa	66.7
Guatemala	65.9
Jalapa	53.4
Zacapa	34.3

Fuente: Segeplan (2011) Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007.

Zacapa tienen RMM por debajo de la media latinoamericana. Destaca el caso particular de Zacapa, cuya RMM es menor que la de México y Cuba (ver tabla 7).

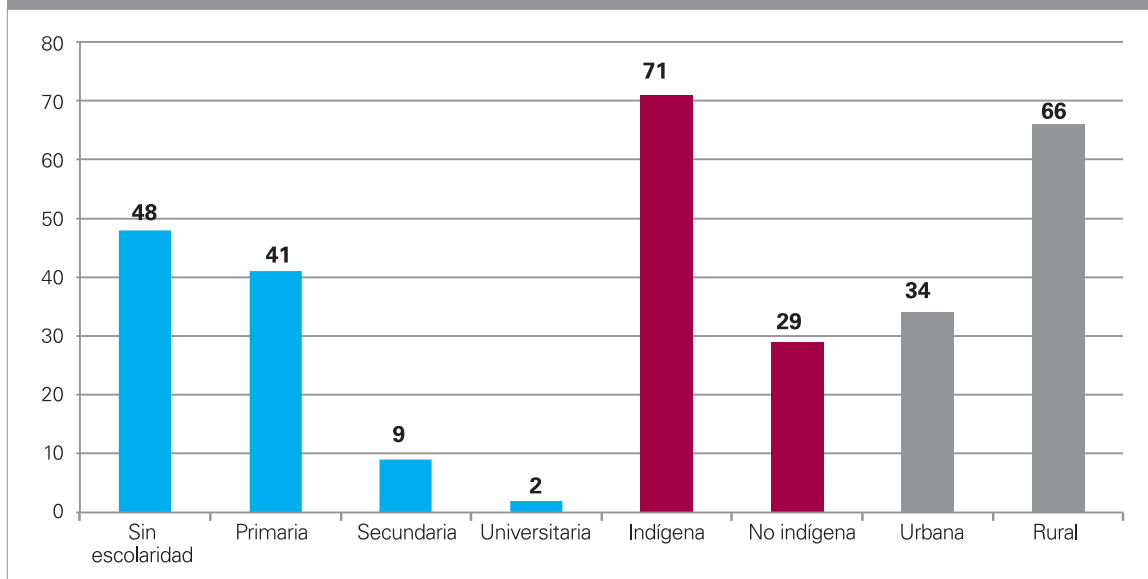
Esta desigual distribución territorial de las muertes maternas empata con las condiciones de pobreza y marginación de la población rural e indígena (ver gráfica 7).

Del total de muertes maternas, cerca del 90% ocurre en mujeres sin escolaridad o con escolaridad primaria, mientras que las que cursaron la educación secundaria contabilizan menos del 10%. Sin duda, los esfuerzos por proveer educación secundaria y superior a las mujeres constituyen un factor determinante en la reducción de las muertes maternas.

Las muertes maternas ponen en evidencia nuevamente las inequidades étnicas, territoriales y por condición. Las mujeres indígenas tienen un riesgo de más del 100% que las no indígenas de fallecer por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio. Un caso similar ocurre con la condición de ruralidad.

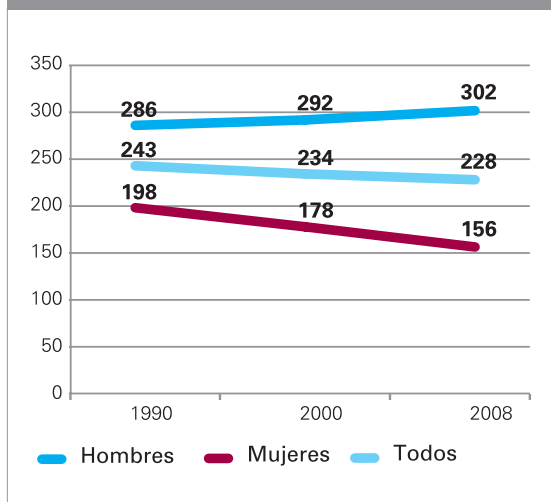
Cuando se analiza el panorama de las muertes en la población adulta surgen patrones distintos. De acuerdo con los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹⁷ las tasas de mortalidad de adultos (probabilidad de morir en la población de entre 15 y 60 años por cada 1,000 habitantes) han mostrado un sostenido descenso entre 1990 y 2010. Sin embargo, la desagregación por sexo muestra que la tasa en los hombres ha aumentado, mientras que

17 OMS (2010). *Estadísticas sanitarias mundiales*.

Gráfica 7**Porcentaje de muertes maternas según educación, categoría étnica y área geográfica (2007)**

Fuente: Icefi-Unicef con datos de Segeplan (2011) *Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007*

en las mujeres se ha reducido. El significado de esto puede estar en la mayor propensión de muertes violentas entre los hombres que entre las mujeres (*ver gráfica 8*).

Gráfica 8**Tasa de mortalidad de adultos por 1,000 habitantes para diferentes años**

Fuente: Icefi-Unicef con datos de la OMS (2010). Estadísticas sanitarias mundiales.

4.3 LA DISCAPACIDAD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que un 10% del total de la población mundial padece algún tipo de discapacidad. En Guatemala, de acuerdo al IX censo de población y VI de habitación realizado en el año 2002, de 2,000,608 hogares identificados, 135,428 (6.2%) reportaron contar entre sus miembros con al menos una persona con discapacidad. De éstos, el 53.8% pertenecen al área rural.

En el año 2005 se realizó la *Encuesta nacional de discapacidad (Endis 2005)*, en la cual se avanzó en la ubicación geográfica y por grupos de edad. Según este estudio, existían 401,000 personas con discapacidad a nivel nacional; las discapacidades con mayor prevalencia son: visual, auditiva y músculo esqueléticas. Los rangos de edad de las personas con discapacidad son los siguientes: 22.5% en edades de 6 a 17 años (edad escolar);¹⁸ 42.3% de 18 a 59 años; 35% de 60 años y más. En cuanto al sexo, no existió

18 No se contabilizó a los menores de 6 años.

diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres con discapacidad. Con relación a la escolaridad, del total de personas con discapacidad 14% asistía a la escuela en el momento de la *Encuesta*, 20% había cursado hasta tercero primaria y 52% no tenía ningún grado de escolaridad.

La *Endis* 2005 reportó la existencia de 24,850 niños y niñas en total. De éstos, el 59% está conformado por niños y el 41% por niñas. De esta población, el 46.7% era indígena y el 53.3% no indígena. La tasa total de prevalencia de los niños y niñas con discapacidad fue de 13.2%; la de niños fue de 15.5 y la de mujeres del 10.8%.¹⁹

De acuerdo con los datos de la *Endis 2005*, el 78% de las personas con discapacidad no recibía ningún tipo de apoyo y sobrellevaba su problema gracias a recursos familiares y personales. En cuanto a niños y niñas con discapacidad, el dato recogido fue sobre la asistencia e inasistencia a la escuela. El 60% de los niños y niñas en edad escolar con discapacidad no asiste a la escuela. La causa principal es la sobre edad y no su condición de discapacidad; sin embargo, la oferta de escuelas especiales es limitada. Únicamente el 6% de los encargados de los niños o niñas con discapacidad conoce de un servicio o escuela de educación especial.

Los servicios a los que más acceden las personas con discapacidad son los de rehabilitación física en hospitales públicos. La mayor concentración de servicios para niños y niñas discapacitados se encuentra en la ciudad capital y son, en su mayoría, servicios de educación especial.

La población que recibe servicios de educación especial procede del área urbana y, en su mayoría (96%), es ladina. Este hecho se relaciona con la ubicación geográfica de los servicios. El 89% de edificios escolares presenta barreras arquitectónicas para la población con discapacidad. Los programas educativos implementados para atender a la población con necesidades educativas especiales son: aprestamiento, estimulación temprana, educación especial, integración

Situación extrema de la niñez guatemalteca

Cada día nacen en Guatemala cerca de 1,200 niños y niñas; de éstos, muere 1 cada 30 minutos por causas que son, en su mayoría, prevenibles mediante medidas sencillas y básicas como contar con agua potable, vivienda digna, carreteras adecuadas y servicios de salud disponibles y accesibles. De los niños y niñas que lamentablemente han muerto mientras usted lee este documento, la mayoría son indígenas, viven en el área rural y en condiciones de pobreza.

Sus madres también mueren: cada 2 días han muerto 3 mujeres dando a luz o después de hacerlo, generalmente por hemorragias e infecciones que son prevenibles mediante una atención adecuada del parto, de nuevo, si se cuenta con servicios de salud disponibles y accesibles.

Esta realidad implica que, cada 2 días, 3 familias quedan sin madre, en tanto que mueren 86 niños de manera injusta. A la alarmante situación cabe añadir que estos datos esconden las grandes desigualdades existentes en el país.

escolar y programas de aulas recurso e integrada.

La necesidad educativa especial más atendida en ambos sectores (público y privado) es los problemas de aprendizaje, seguida por los problemas de lenguaje, la discapacidad intelectual y las discapacidades múltiples. El 66% del personal docente que atiende educación especial en el sector público laboraba con una plaza presupuestada y el 34% lo hacía por contrato anual. Con relación a la formación académica de las y los docentes, el 40% cuenta con nivel técnico en educación especial o carrera afín y un 26% tenía formación a nivel de licenciatura.

El sector privado atiende al 54% de la población con acceso a servicios de educación especial y el sector público al 46%. La mayoría de las instituciones utiliza las guías

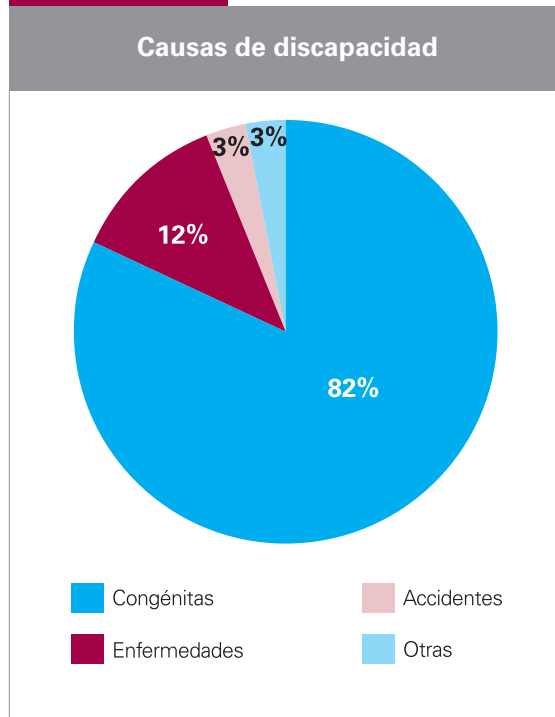
19 Odhag (2011). *Situación de la niñez y adolescencia en Guatemala*.



©UNICEF/Anthony Asael

curriculares del Ministerio de Educación para impartir la educación especial en los niveles preprimaria y primaria.

Gráfica 9



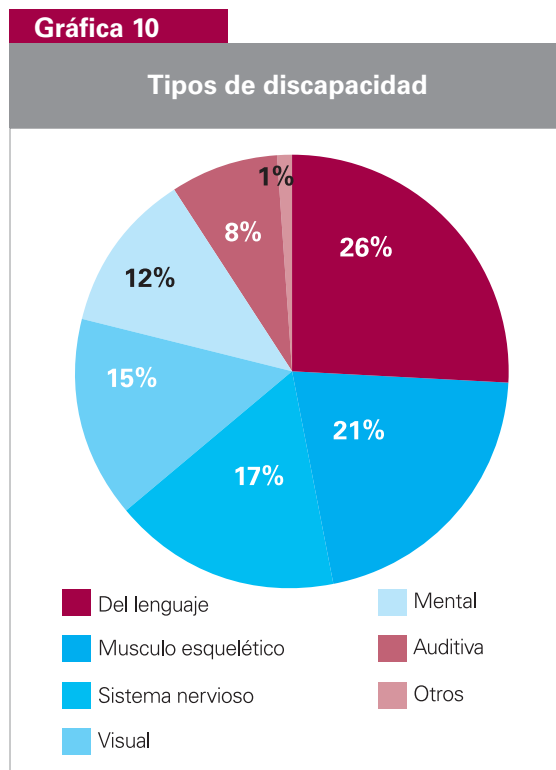
Fuente: Icefi-Unicef con datos de la *Endis* 2005.

Las causas más comunes de discapacidad son las congénitas, con un 82%, seguidas por enfermedades y accidentes, en un menor porcentaje. Los tipos de discapacidad son, en su mayoría, los problemas del lenguaje, con 26%, seguidos por los problemas del sistema

Organización Mundial de la Salud

En 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), que distingue claramente entre deficiencia, discapacidad y desventaja. La deficiencia se refiere a toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica; la discapacidad se define como toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano; la desventaja se define como la situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales). La desventaja representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad y refleja las consecuencias —culturales, sociales, económicas y ambientales— que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y la discapacidad. Los servicios de salud proveen acciones para la prevención de deficiencias, por ejemplo la provisión de ácido fólico en embarazadas que previene las deficiencias del tubo neural; los servicios también atienden las discapacidades proveyendo acciones de rehabilitación. En cuanto a las desventajas, son provistas por la sociedad en su conjunto mediante políticas que resuelvan los problemas de movilización, empleo y educación, entre otros.

músculo esquelético, con 21%, y luego los problemas visuales, mentales y auditivos.



Fuente: Icefi-Unicef con datos de la *Endis 2005*.

Las causas congénitas de la discapacidad agrupan una gran cantidad de condiciones, entre las que se cuentan problemas infecciosos como la rubeola, toxoplasmosis, citomegalovirus, sífilis, VIH-sida, entre otros. Asimismo, los problemas carenciales como la deficiencia de micronutrientes, tales como el yodo, el ácido fólico, hierro, magnesio y zinc, también se han visto relacionados con afecciones congénitas.

Sin importar de qué causa se trate, es claro que, en su mayoría, todas ellas son prevenibles mediante controles prenatales y algunas acciones profilácticas como el uso de micronutrientes durante el embarazo, la detección temprana de infecciones en la madre y el uso de profilácticos para evitar la transmisión vertical de infecciones.

Dada esta situación, se puede afirmar que una de las principales causas de la discapacidad vinculada a problemas congénitos en niños y niñas es la falta de acceso a servicios de salud oportunos y de calidad. Otra dimensión que no debe olvidarse es aquella relacionada con

Los años de vida potenciales perdidos (AVPP) constituyen un indicador que mide la proporción de años que se pierden a causa de muertes prematuras. Se calcula restándole a la esperanza de vida la edad a la que ocurre la muerte. Por ejemplo, si un niño muere a los 4 años y su esperanza de vida era de 70, se han perdido 66 años; y así para cada muerte. Estos años se pueden agrupar por país, departamento o municipio. El indicador provee, además, datos acerca de cuántos años se han perdido por causas específicas en grupos particulares de edad. Este indicador también se interpreta como la carga de enfermedad según causas específicas.

las lesiones y la violencia como causas de discapacidad en adolescentes. Al igual que los problemas congénitos, estas lesiones son prevenibles mediante acciones de salud pública.

4.4 LA CARGA DE ENFERMEDAD

De manera tradicional, en Guatemala se ha medido el daño a la salud mediante las tasas de mortalidad materna e infantil; ocasionalmente se utilizan tasas específicas de mortalidad y morbilidad, pero por lo general están vinculadas con programas específicos como el de combate a la tuberculosis, malaria o VIH-sida, por ejemplo. Si bien estas mediciones son útiles, tienen la limitación de que no brindan un panorama más amplio sobre los problemas de salud de toda la población.

Para subsanar la dificultad arriba mencionada, en este documento se presentan datos sobre la carga de enfermedad, eligiendo grandes grupos para representarla. De la misma

manera como se hizo con la morbilidad y mortalidad, los grupos seleccionados se distribuyen en problemas transmisibles y nutricionales, las lesiones, los problemas no transmisibles y las afecciones maternas y perinatales. Para evaluar su distribución en la población se utilizan grandes grupos de edad, según la siguiente tabla:

Tabla 8

Distribución de la carga de enfermedad por grupo etario	
Grupo	Rango de edad
Infancia	0 a 5 años
Edad escolar	6 a 12 años
Adolescentes	13 a 18 años
Joven	19 a 25 años
Adulto	26 a 59 años
Adulto mayor temprano	60 a 70 años
Adulto mayor tardío	Mayor de 70

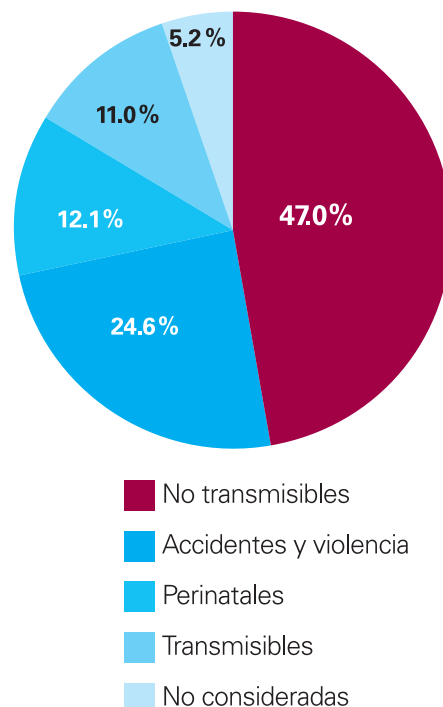
Fuente: Icefi-Unicef.

La metodología empleada para obtener la carga de enfermedad es la obtención de los años de vida potenciales perdidos (AVPP), los cuales miden las muertes prematuras a partir de la esperanza de vida. Para este ejercicio se utilizan los datos del año 2009 y se calculan para una esperanza de vida de 70 años, promedio para ese año en Guatemala (ver gráfica 11).

De acuerdo con los datos de morbilidad y mortalidad, los problemas transmisibles y nutricionales son los más relevantes en cuanto a prevalencia; sin embargo, los datos de AVPP muestran que los problemas no transmisibles son los que contabilizan el mayor porcentaje de muertes prematuras y carga de enfermedad en el país. Los problemas transmisibles y nutricionales ocupan el segundo lugar en magnitud y las lesiones el tercer lugar. Las afecciones perinatales y maternas, con un 12.1% de la carga de enfermedad, ocupan el cuarto lugar.

Gráfica 11

Porcentaje de carga de enfermedad según grupos de enfermedad y grupos de edad para el año 2009



Fuente: Icefi-Unicef.

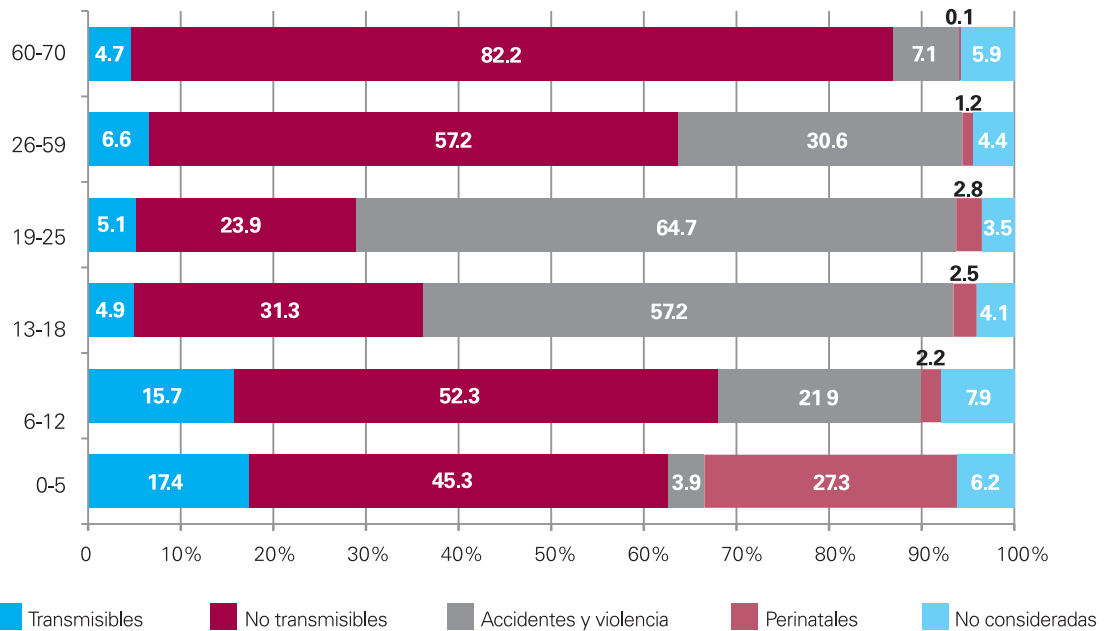
La relevancia de estos datos tiene dos vertientes; en primer lugar, ayuda a constatar que si bien aún tenemos importantes problemas infecciosos y nutricionales, los problemas no transmisibles y las lesiones son tan importantes como los primeros y deben atenderse sin demora.

El otro aspecto relevante es que el sistema de salud ha enfatizado por décadas la atención a la población materna e infantil y, por decirlo de algún modo, ha descuidado la atención de otros grupos poblacionales que están sufriendo problemas no atendidos por los servicios. Ello tiene consecuencias sociales que afectan a la población materna e infantil, generando un círculo vicioso en el que a menor atención a los grupos distintos al materno infantil, mayor afectación de la población materna infantil.

La carga de enfermedad no es heterogénea en los distintos grupos de edad y en el territorio nacional. De acuerdo con el grupo de edad, las proporciones de los distintos problemas cambian (véase gráfica 12).

Gráfica 12

Carga de enfermedad de acuerdo con los grupos de problemas y grupos de edad para el año 2009



Fuente: Icefi-Unicef.

En la infancia no existe una predominancia de los problemas no transmisibles como causa de muertes prematuras, seguida por los problemas transmisibles tales como la diarrea y las infecciones respiratorias. Los problemas perinatales explican un porcentaje importante de las muertes prematuras. Aun cuando el problema es de menores dimensiones, el 4% de las muertes ocurre por lesiones, incluyendo la violencia y los accidentes.

En la edad escolar si bien la importancia de los problemas transmisibles se mantiene, se produce un importante crecimiento de los problemas no transmisibles, al punto de que ocupan el primer lugar, con 52%. Los problemas transmisibles ocupan el 15%; las lesiones se incrementan de 4 a 22%, representando el tercer lugar en la generación de las muertes prematuras en este grupo poblacional.

En los jóvenes, los problemas transmisibles sufren un drástico descenso, ocupando la

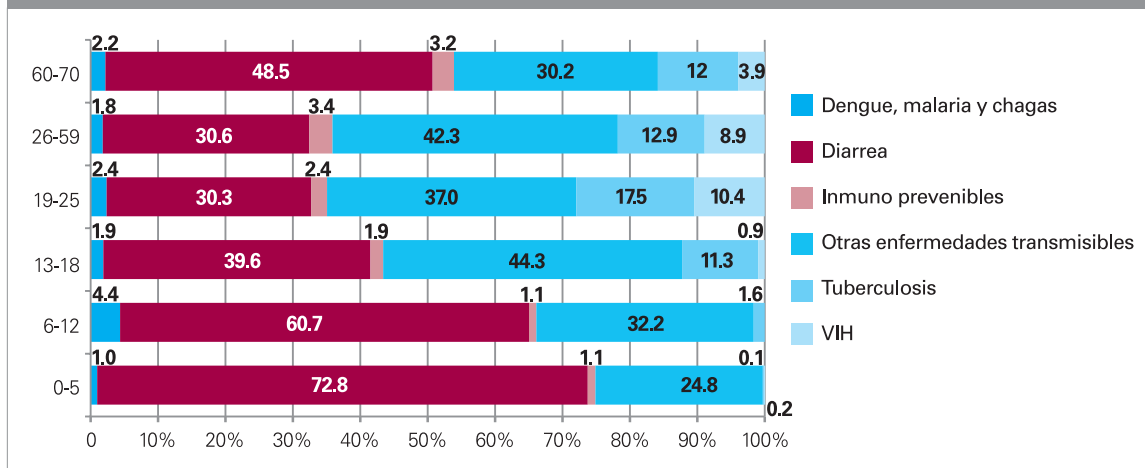
Grupos de enfermedad

Las enfermedades transmisibles agrupan todas aquellas que son capaces de transmitirse de persona a persona mediante el contacto físico, por medio de vectores o por infestaciones parasitarias (éstas incluyen a la mayoría de infecciones). Las enfermedades no transmisibles agrupan aquellas condiciones que resultan de la alteración de la función de órganos y tejidos corporales y que no se transmiten de persona a persona; en esta categoría se incluyen condiciones tales como el cáncer, la diabetes, la enfermedad coronaria, la cirrosis, entre otras. Las lesiones agrupan los accidentes y las agresiones, mientras que los problemas perinatales son los que resultan del embarazo, el parto y el post parto y afectan a las madres y los recién nacidos.

tercera causa de muertes prematuras, con 5%; sin embargo, las lesiones se incrementan hasta el 64% como causa de muerte y los problemas no transmisibles descienden

Gráfica 13

Proporción de diversas condiciones en la carga de enfermedad por problemas infecciosos



Fuente: Icefi-Unicef.

al 24%. Es importante notar que, en este grupo, los problemas maternos y perinatales explican únicamente el 2.8% de las muertes.

En los adultos jóvenes se mantiene la predominancia de las lesiones como causa de muerte, se incrementan nuevamente los problemas transmisibles y, de manera importante, también aumentan los problemas no transmisibles. Al igual que en los jóvenes, las afecciones maternas explican solamente el 1.2% de las muertes.

Entre los adultos y los adultos mayores las causas de muerte que predominan son los problemas no transmisibles y, en menor medida, los problemas infecciosos y las lesiones.

Los datos muestran con claridad que las enfermedades son diversas en cuanto a su naturaleza, causas y efectos; asimismo, afectan de manera desigual a los distintos grupos de edad. Se necesitan intervenciones más integrales y horizontales que tengan como sujeto de intervención a la familia en su conjunto y no solo a algunos de sus miembros.

Las enfermedades infecciosas son diversas y para su comprensión se ha hecho una agrupación con las condiciones más relevantes y que son objeto de vigilancia (ver gráfica 13).

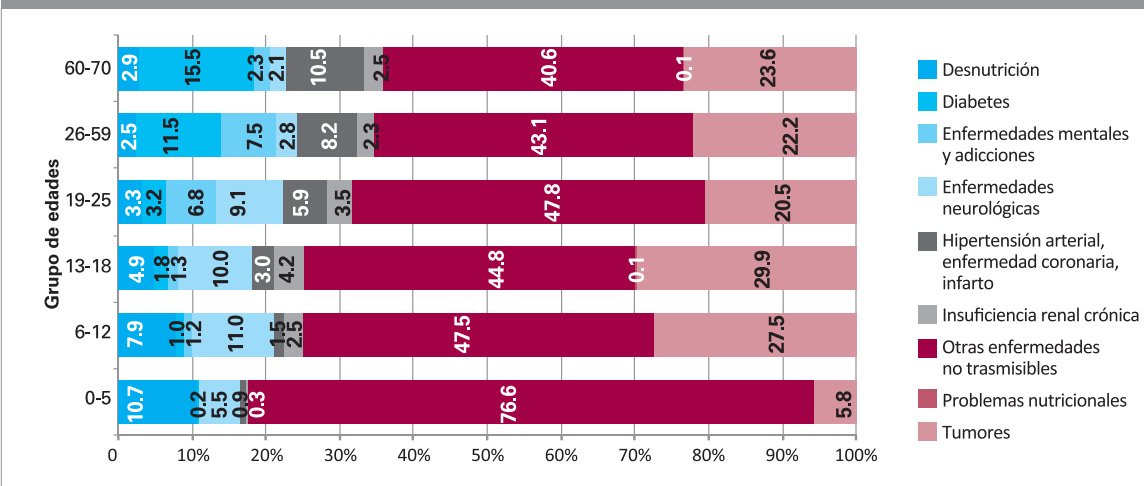
Dada su frecuencia, la condición más relevante es la enfermedad diarreica, la cual explica la mayoría de muertes prematuras en cada grupo de edad que pueden ser atribuibles a problemas infecciosos; la tuberculosis también tiene un papel relevante, mientras que en los grupos de edad entre 19 y 70 años el VIH aparece como una importante causa de muerte (ver gráfica 14).

Los problemas no transmisibles muestran un interesante patrón. En los grupos más jóvenes de edad, la desnutrición es una de las principales causas de muerte prematura, mientras que, al avanzar en edad, la diabetes y la hipertensión arterial explican un importante porcentaje de la carga de enfermedad por problemas no transmisibles. Un hallazgo importante es la magnitud de los tumores en la carga de enfermedad, con un incremento importante en los escolares, manteniéndose en los adolescentes y persistiendo en todos los grupos de edad. Por otro lado, los problemas mentales y adicciones aumentan de manera importante en la juventud y en la vida adulta (ver gráfica 15).

En cuanto a las lesiones externas, los accidentes explican la mayor carga de enfermedad por este tipo de causas, especialmente en los niños, escolares y adultos mayores; sin embargo, en los adolescentes,

Gráfica 14

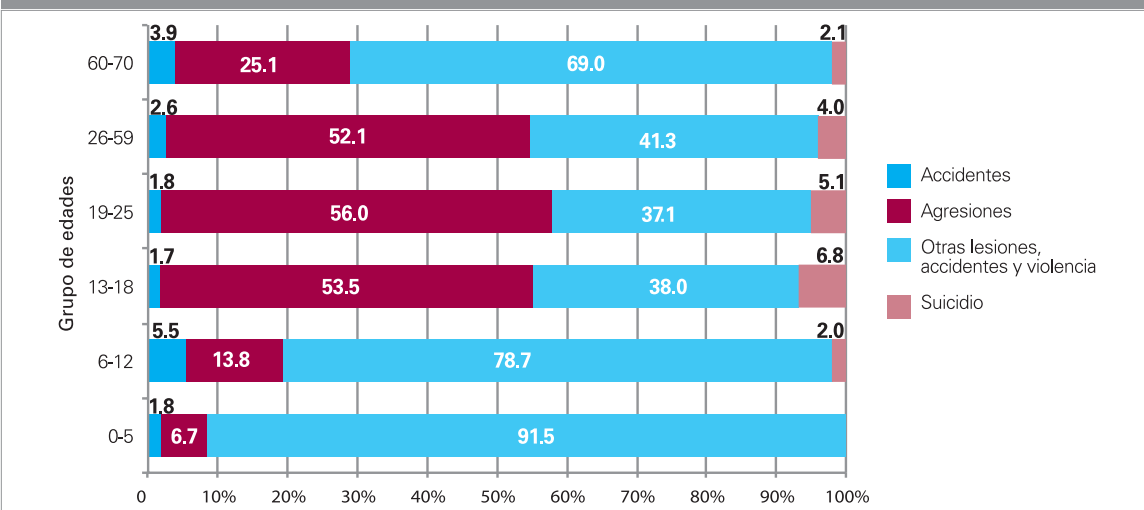
Proporción de distintas condiciones en la carga de enfermedad por problemas no transmisibles



Fuente: Icefi-Unicef.

Gráfica 15

Proporción de distintas condiciones en la carga de enfermedad por lesiones externas y violencia



Fuente: Icefi-Unicef.

jóvenes y adultos, son las agresiones las que ocupan el mayor porcentaje. El suicidio, aunque con un bajo porcentaje, se inicia en los escolares y prácticamente se triplica en los adolescentes, quienes detentan el mayor porcentaje de este problema. A partir de esa edad, la carga de muertes prematuras por suicidio se reduce en los grupos de edad mayores.

En cuanto a la distribución territorial de la carga de enfermedad, es necesario desarrollar un índice de años de vida potenciales perdidos (AVPP) para poder hacer comparaciones. Cuando los AVPP estimados son el doble que los esperados, se dice que existe alto riesgo; cuando son menos del doble pero mayores que lo esperado existe riesgo moderado; cuando son iguales

o menores que lo esperado existe bajo riesgo. A continuación se presentan los 125 municipios priorizados para este ejercicio de acuerdo con distintas condiciones según su riesgo (ver mapa 1).

El panorama presentado sobre la carga de enfermedad de acuerdo con las muertes prematuras por distintas condiciones y grupos de edad trae a la discusión la pregunta sobre si las estrategias de focalización en los problemas maternos neonatales, las cuales han ocupado el centro de las preocupaciones

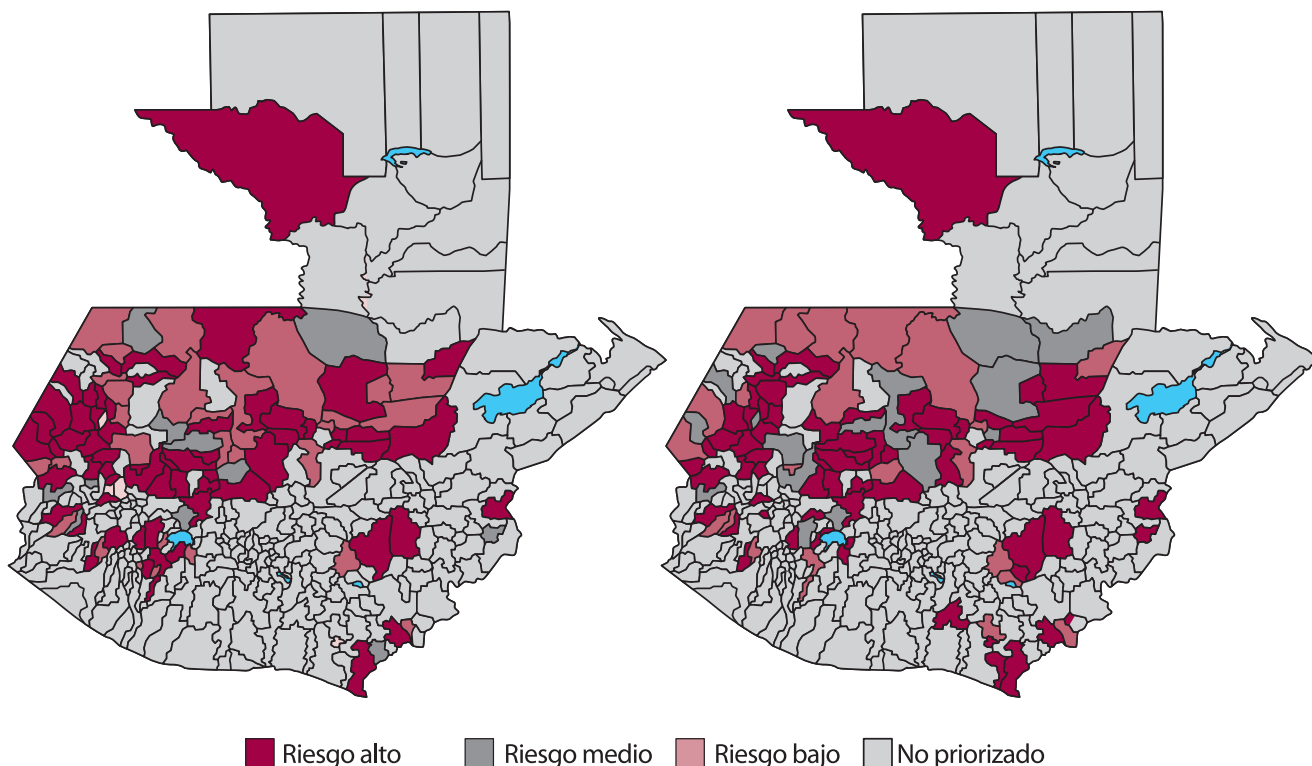
de los planificadores durante las últimas décadas, son aún vigentes. Los datos muestran que el perfil epidemiológico es complejo y muy distinto en cada lugar del país y en cada grupo de edad. El desarrollo de los servicios para un problema de tal complejidad y magnitud debe considerar la implementación de programas horizontales que permitan atender a todos y todas para lograr un desarrollo incluyente, y no programas verticales y temáticos que no hacen más que fragmentar la atención y tener pobres resultados.

Mapa 1a

Riesgo de muerte en los 125 municipios priorizados, de conformidad con el índice de años de vida potenciales perdidos (AVPP) por condición trazadora

Enfermedades transmisibles

Enfermedades no transmisibles



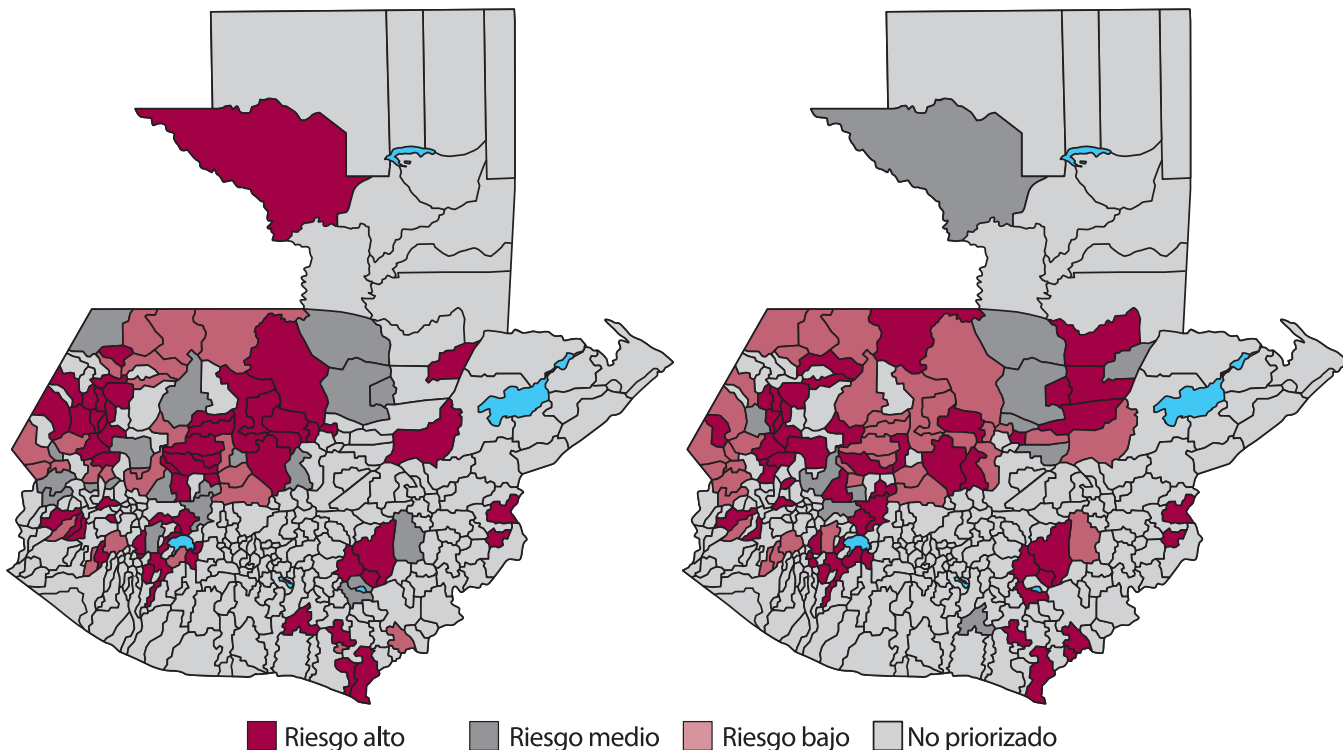
Fuente: Icefi-Unicef.

Mapa 1b

Riesgo de muerte en los 125 municipios priorizados, de conformidad con el índice de años de vida potenciales perdidos (AVPP) por condición trazadora

Lesiones, accidentes y violencia

Enfermedades perinatales y congénitas



Fuente: Icefi-Unicef.

V



LOS REMEDIOS COMO PARTE DE LOS MALES

5

LOS REMEDIOS COMO PARTE DE LOS MALES



©UNICEF/Anthony Asael

En esta sección no se intenta describir la estructura y funcionamiento de las instituciones de salud, sino señalar los rasgos y características que hacen que la solución de los problemas de salud se vean retrasadas o ralentizadas por la acción o inacción de los mismos servicios. Para esta sección se han seleccionado como objeto de análisis la manera como se organizan los servicios, cómo se distribuyen en el territorio nacional y cuáles son sus capacidades para la provisión de servicios.

6.1 LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

El rasgo más relevante que se reconoce como un problema de la organización de los servicios de salud es su fragmentación en múltiples proveedores de servicios, tanto públicos como privados. Estos proveedores no se comunican entre sí y segmentan a la población que atienden de acuerdo con su capacidad de pago y no con relación a su condición de ciudadanos.

Estas características en la provisión de servicios de salud producen importantes exclusiones para distintos grupos de población, pues aún dentro de los servicios públicos que presta el MSPAS, por ejemplo, se han desarrollado distintas categorías de atención, diferenciando el conjunto de atenciones que se proveen de acuerdo con el lugar de residencia de las personas.

Quienes viven en áreas urbanas cuentan con acceso a servicios permanentes y hospitales, mientras que aquellos que habitan las

Definiciones de segmentación y fragmentación de los sistemas de salud

La segmentación es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada uno de ellos «especializado» en diferentes segmentos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social. Este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso a la atención de salud entre los diferentes grupos de población. En términos organizativos, coexisten una o varias entidades públicas (dependiendo del grado de descentralización o desconcentración), la seguridad social (representada por una o varias entidades) y diversos financiadores/aseguradores y proveedores privados de servicios (dependiendo del grado de introducción de mecanismos de mercado y de gestión empresarial durante las reformas sectoriales de las décadas de 1980 y 1990).

La fragmentación del sistema de provisión de servicios de salud es la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial. La presencia de numerosos agentes de salud que operan en forma desintegrada no permite la adecuada normalización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención. Asimismo, conduce a la formación de redes de provisión de servicios que no funcionan de manera coordinada, coherente o sinérgica, sino que tienden a ignorarse o competir entre sí, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo.

Salud en las Américas (2007). Volumen I –regional; capítulo 4: «Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud».

regiones rurales y remotas acceden a servicios itinerantes, basados en paquetes mínimos de atención focalizados en mujeres en edad reproductiva y niños y niñas menores de 5 años.²⁰

20 PNUD (2008). *El sistema de salud de Guatemala*.



©UNICEF/Anthony Asael

Los dos grandes proveedores de servicios, el Igss y el MSPAS, no coordinan sus acciones, no comparten información de manera sistemática y no desarrollan esfuerzos conjuntos ante problemas compartidos. El sector privado de la salud desarrolla sus actividades sin coordinar con los servicios públicos en cuanto a información y no existen estándares de calidad en la atención que deban cumplir los proveedores de servicios, ni instituciones que ejerzan vigilancia sobre la calidad de la atención pública y privada.

En el ámbito interno del MSPAS, los problemas relevantes en cuanto a la organización son su asimetría y descoordinación interna. El Ministerio cumple funciones simultáneas de provisión de servicios, financiamiento, regulación, conducción y generación de recursos humanos.

En todas estas funciones no existe balance ni coordinación interna. Por un lado, la provisión de servicios muestra una importante fractura entre la provista por la red hospitalaria y la del primero y segundo niveles de atención. La provisión hospitalaria se maneja de manera autónoma y cuenta con un Viceministerio para su conducción, mientras que la atención en los niveles primario y secundario se realiza mediante una Dirección General. Una fuente adicional de fragmentación es la ocasionada, en el primero y segundo niveles, por la generación de múltiples tipologías de establecimientos (CAP, Caimi, Cenapa, o bien puesto de salud reforzado, puesto de salud con atención en fin de semana o con ampliación de horarios) que, sin haber sido definidos claramente en cuanto a su rol dentro de una

red articulada de servicios, se han echado a andar.

A esto se agrega la presencia de los servicios prestados por el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) cuya conducción, si bien se realiza desde el MSPAS, no ha logrado su integración a la red de servicios públicos. Adicionalmente, a partir de los recientes problemas de desfinanciamiento del Programa existe incertidumbre sobre la continuidad de los servicios que se prestan en muchas comunidades.²¹

El mecanismo de coordinación operativa entre los distintos servicios del MSPAS se expresa en el sistema de referencia y contra referencia de casos, el cual no ha logrado funcionar de manera adecuada y fluida. En esto influye la ausencia de mecanismos precisos, la falta de comunicación y el funcionamiento insuficiente de unidades de transporte para pacientes entre servicios.

En cuanto al financiamiento, se han hecho avances importantes en la descentralización del gasto hacia unidades ejecutoras departamentales, es decir las Direcciones de Área de Salud (DAS); sin embargo, no existen mecanismos equitativos para la distribución de tales recursos, lo que genera importantes asimetrías de financiamiento que se evidencian en el hecho de que algunas áreas con mayor cantidad de población (en números y en proporción de vulnerables) reciben menos que otras con mejores condiciones.

La regulación a lo externo del MSPAS es débil, desfinanciada y con poco personal.

²¹ *Op. cit.*



©UNICEF/Claudio Versiani

La supervisión interna desarrollada por la Unidad de Monitoreo y Evaluación de los servicios no tiene una suerte diferente. La generación de recursos humanos descansa básicamente en la formación de enfermeras profesionales y de técnicos en salud rural. Sin embargo, el número de profesionales que gradúan es insuficiente para atender las demandas nacionales.

5.2 LA DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS Y SUS COBERTURAS

No existe consenso sobre los datos de cobertura por servicio de salud en el país. De acuerdo con el Centro Nacional de Epidemiología del MSPAS, para el año 2007 el Ministerio proveía cobertura de servicios al 82% de la población, el Igss lo hacía al 8%; las entidades privadas al 4% y solamente el 6% de la población no tenía acceso a servicios de salud. Estos datos contrastan con lo declarado por el Igss, entidad que afirma que en la actualidad atiende a cerca del 18% de la población.

Ante las diferencias en los datos de cobertura y dado que ésta se ve finalmente reflejada en los servicios provistos, parece conveniente analizarla por esta vía. Para la OMS, los indicadores de cobertura, más allá de los porcentajes de la población que teóricamente cubren, son los siguientes: la atención prenatal, la atención del parto por personal calificado, las coberturas de vacunación de sarampión, la prevalencia del uso de anticonceptivos, el acceso a anti retrovirales y la tasa de detección de casos

Servicios de Salud

Los servicios de salud se organizan en una red donde se definen niveles de acuerdo con su capacidad de resolución. El primer nivel es el más cercano a la comunidad; está integrado por puestos de salud y centros de convergencia que generalmente son atendidos por auxiliares de enfermería y realizan tareas esencialmente preventivas. El segundo nivel tiene mayor capacidad de resolución y está conformado por centros de salud y sus variantes (centros de atención permanente, centros tipo B, centros tipo A, centros de atención integral materno infantil, entre otros); si bien realizan acciones de prevención, constituyen los servicios adonde refieren los puestos de salud para acciones de atención de las enfermedades. El tercer nivel está integrado por los hospitales distritales, departamentales, regionales y nacionales que brindan servicios especializados de atención.

de tuberculosis bacilífera. Se asume que si estas coberturas son adecuadas, existen servicios disponibles, accesibles y efectivos (ver tabla 9).

De acuerdo con la información presentada en la tabla anterior, con excepción de las coberturas de inmunizaciones, los servicios de salud aún no muestran datos halagüeños en cuanto a su disponibilidad y acceso. Si a esto le sumamos la lenta evolución de los indicadores de salud citados en los apartados de morbilidad y mortalidad, se evidencia lo complejo de nuestros problemas de salud: alta carga de enfermedad con debilidad en la prestación de servicios.

Aun cuando no existe consenso en las coberturas, el lento progreso de las intervenciones, en general, produce un saldo positivo. Es cierto que el ritmo e intensidad

Tabla 9**Indicadores de cobertura por intervenciones trazadoras para Guatemala, distintos períodos**

Indicador	Período	Dato
Atención prenatal de al menos una visita	2000-2009	84%
Atención prenatal de al menos 4 visitas	2000-2009	66%
Atención del parto por personal calificado	1990-1999	35%
	2000-2008	41%
Coberturas de vacunación contra el sarampión	1990	68%
	2000	86%
	2008	96%
Protección contra el tétanos neonatal	1990	44%
	2000	67%
Protección contra el tétanos neonatal	2008	71%
	Prevalencia de uso de anticonceptivos	2000-2008
Acceso a anti retrovirales en población con VIH-sida avanzada	2007	37%
Tasa de detección de casos bacilíferos de tuberculosis	2000	48%
	2008	43%

Fuente: Icfef-Unicef con datos de OMS (2010). *Estadísticas sanitarias mundiales*.

Tabla 10**Número de servicios por tipo y cobertura teórica según estándares internacionales**

Servicios	Número	Estándar internacional de cobertura	Población cubierta según estándar
Puestos de salud	1023	Uno por cada 2,000 habitantes	2,046,000 habitantes
Centros de salud B	296	Uno por cada 10,000 habitantes	960,000 habitantes
Centros de salud A	20	Uno por cada 20,000 habitantes	400,000 habitantes
TOTAL	1339		5,406,000 habitantes

Fuente: Icfef-Unicef con datos del MSPAS, *Pre censo de infraestructura pública de salud*.

de la mejora de los indicadores no son los deseados, pero se observan progresos. Entonces, la pregunta que cabe plantearse es, ¿si se están desarrollando las intervenciones adecuadas y se logran mejoras, qué situaciones no permiten un mayor avance?

Una de las razones está relacionada con las coberturas efectivas de los servicios públicos, especialmente en la dimensión de

disponibilidad. De acuerdo con lo revelado por el pre-censo de infraestructura de servicios públicos de salud en 2009, el Ministerio contaba con la siguiente nómina de servicios del primero y segundo niveles (*ver tabla 10*)

Tomando en cuenta los estándares internacionales, con los puestos de salud disponibles se cubre a cerca del 15% de

la población actual, es decir unos 2.1 millones de personas (lo que corresponde a la población que Guatemala tenía en 1950). Si a esto le sumamos la población que es cubierta por los centros de salud tipo A y B, la cobertura teórica es de 5.5 millones de habitantes, es decir la población de Guatemala en 1970. Estas coberturas teóricas no son necesariamente aditivas, pues en muchos casos las mismas personas acuden a las tres modalidades de servicios. De cualquier manera, se puede afirmar que en el país existe un retraso de al menos 40 años en la dotación de infraestructura fija de servicios de salud del primero y del segundo nivel de atención.

En cuanto a la evolución de la infraestructura de los servicios públicos de salud — indistintamente de su adecuación según los estándares comentados en los párrafos anteriores—, y de acuerdo con su relación con la población que se atiende, se ha generado una reducción de las coberturas. En 1990 se contaba con 8.8 puestos de salud por cada 100,00 habitantes, mientras que en el año 2006 el número se redujo a 7.29. Lo mismo ha ocurrido con los hospitales, los cuales tenían en 1990 una relación de 0.39 por cada 100,000 habitantes y en 2006 redujeron esta relación a 0.33. En los centros de salud se

ha visto un leve incremento de la relación durante el mismo período, quizás atribuible a las recientes re-funcionalizaciones de servicios y a la inauguración de Caimi y CAP (ver gráfica 16).

Esta situación representa un rezago muy importante si se piensa en números absolutos, pues la población en el mismo período se ha incrementado y al parecer la oferta de servicios ha decrecido.

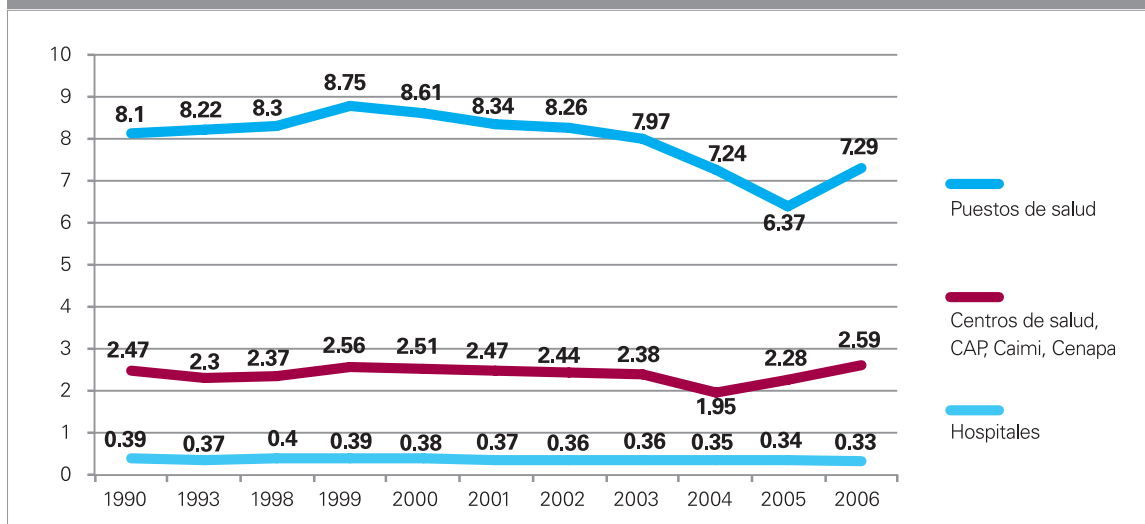
5.3 EL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA: UNA RESPUESTA TEMPORAL, UN ANALGÉSICO MÁS

En 1997 surgió el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) con la intención de cerrar la brecha de cobertura de servicios públicos. La modalidad seleccionada fue ampliar la cobertura mediante proveedores privados en la figura de organizaciones no gubernamentales (ONG) prestadoras de servicios de salud, con financiamiento público.

El PEC se expandió mediante convenios

Gráfica 16

Número de establecimientos del MSPAS por cada 100,000 habitantes (1990-2006)

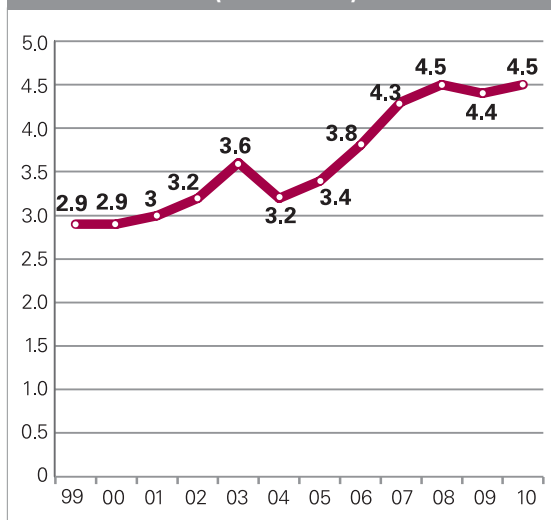


Fuente: Icefi- Unicef con datos del MSPAS (2006).

entre el MSPAS y las ONG en los que, por cada jurisdicción de 10,000 habitantes, se establecía un pago basado en un estándar, a cambio de proveer un paquete básico de servicios. El estándar con el que inició el Programa se situó en Q 29.00, lo que equivale a Q 290,000 por cada jurisdicción. Actualmente, el estándar ronda los Q 55.00. Los servicios, en esencia de tipo preventivo, son provistos por un médico o enfermero(a) ambulatorio que visita las comunidades una vez por mes y por voluntarios de la comunidad. Este equipo de atención está constituido por un trabajador contratado por cada 9 personas voluntarias; entre sus funciones está monitorear las enfermedades y el cumplimiento de algunas intervenciones.

Gráfica 17

Número de establecimientos del MSPAS por cada 100,000 habitantes (1990-2006)



Fuente: MSPAS, PEC.

La cobertura del PEC creció, de 2.9 millones de personas cubiertas en 1999, a 4.5 millones en 2010. Sin embargo, esta cobertura se refiere al número de personas que suman las jurisdicciones bajo convenio, pero de ninguna manera representa una cobertura real pues los servicios provistos mediante el paquete básico se dedican únicamente a niños menores de 5 años y mujeres en edad reproductiva embarazadas. El resto de población de esas jurisdicciones que no reúne estas condiciones no es cubierto por

servicios del PEC²² (ver figura 1)

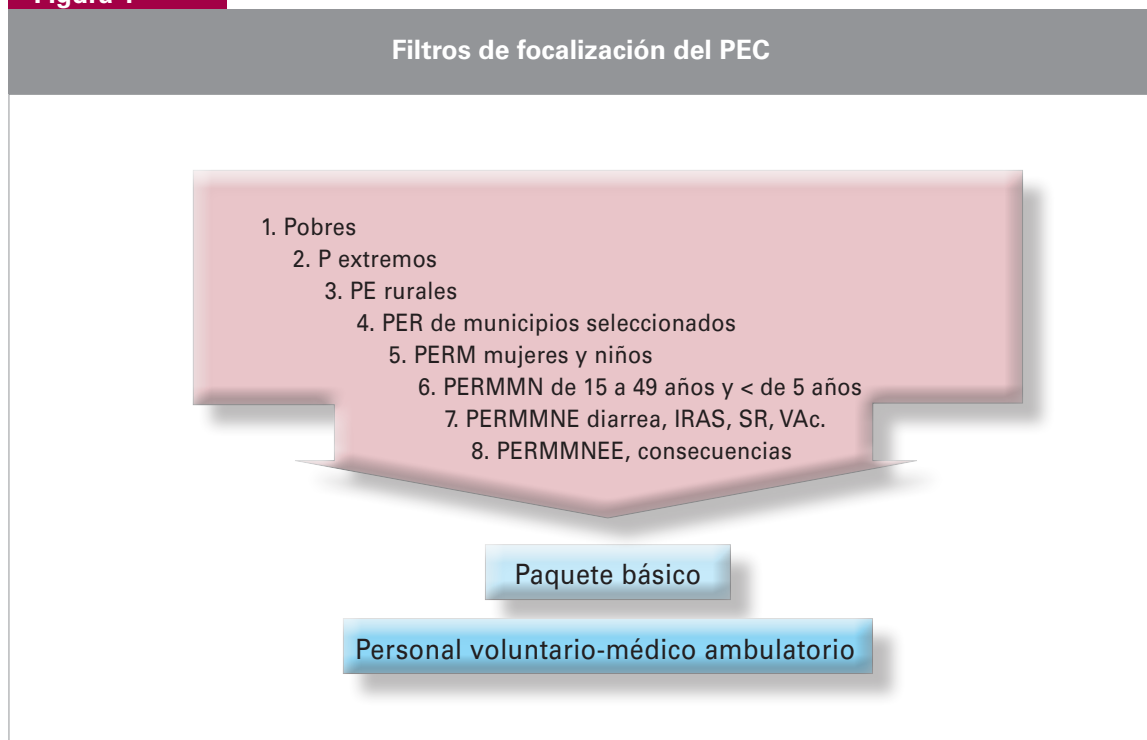
Una consideración necesaria para comprender la cobertura del PEC es la extrema focalización que hace de sus usuarios. En este sentido, se desarrolló una serie de filtros para definirla: primero los pobres, pero no todos, sólo los que están en pobreza extrema, pero no todos, sólo los que habitan en el área rural, pero no todos, sólo los de algunos municipios seleccionados, pero no todos, sólo las mujeres y los niños(as), pero no todos, sólo las mujeres en edad reproductiva y los niños(as) menores de 5 años, pero no todos, sólo las mujeres embarazadas y los niños que padecen de problemas diarreicos y enfermedades respiratorias agudas, pero no todos, sino aquellos con riesgo de morir pues las intervenciones son para evitar las consecuencias. Todo esto previsto por un equipo que visita una vez por mes. Es importante señalar que esto evolucionó con el tiempo pues el programa de inmunizaciones creció y se hizo efectivo con mucha rapidez de la mano con el PEC, pero el resto de condiciones quedó sin atenderse. Aun cuando se focaliza en niños menores de 5 años y en mujeres en edad reproductiva, el tipo de servicios o intervenciones que se ofrecen focaliza aún más entre los focalizados; por ejemplo, una mujer con algún problema no reproductivo (podría ser neumonía, o diabetes, o una migraña) no es atendida por el Programa. Resulta, pues, un tanto sobredimensionado asegurar que el PEC cubre a los 4.5 millones de población que oficialmente declara.

Para 2010, según las proyecciones del INE, la cantidad de mujeres entre 12 y 49 años y de niños y niñas menores de 5 años representa el 46% de la población, es decir que una aproximación a la población atendida sería de 2 millones 70 mil habitantes.

La situación de coberturas deficientes o ausentes ha propiciado importantes problemas de inequidad horizontal y vertical. Para las mismas condiciones se han generado servicios diferentes, no solo en sus capacidades de resolución sino en la calidad de la entrega de los mismos. Asimismo, para atender a aquellos que están en situación de postergación no

22 PNUD (2008). Síntesis, libro 9. *Op. cit.*

Figura 1



Fuente: PNUD (2008). *Sistema de salud de Guatemala, ¿hacia dónde vamos?* Síntesis, libro 9.

se han desarrollado completamente los mecanismos que aseguren su inclusión de manera diferenciada. Esto crea lo que se ha llamado eufemísticamente «ciudadanías diferenciadas», pues se proveen servicios de mala calidad para unos y de mejor calidad para otros, o se atiende con más intensidad y recursos a quienes lo necesitan menos.

El PEC ha sido el programa insignia para el incremento de las coberturas de servicios. A pesar de que su implementación dio inicio en 1997, tuvo como primera evaluación un estudio de línea basal²³ que se focalizó en determinar las capacidades técnicas de los prestadores de servicios. En este marco, mediante una muestra de hogares con representación nacional se pudo definir el conjunto de indicadores que servirían para medir el desempeño de las ONG prestadoras de servicios. Es importante medir el desempeño pues permite evaluar a las ONG prestadoras de servicios y mejorar sus procesos administrativos; sin embargo,

las evaluaciones de resultados o impacto no se han realizado. En 2009, se llevó a cabo una evaluación del diseño e implementación del PEC,²⁴ de nuevo focalizando en el cumplimiento del desempeño, pero no en el impacto en las condiciones de salud que busca mejorar el Programa.

Estas evaluaciones han mostrado distintos niveles de desempeño, que van de uno muy bueno en atención post parto y entrega de micronutrientes, a uno muy malo en la entrega de métodos de planificación familiar. Mediante el empleo de métodos novedosos sobre información secundaria,²⁵ la evaluación más reciente ha mostrado que si bien se ha mejorado sustancialmente la composición de los controles prenatales (en número y en cuanto a la provisión por personal calificado) y las inmunizaciones, no se ha avanzado en la provisión de métodos anticonceptivos en las comunidades cubiertas por el PEC. Por otro lado, no se ha logrado la reducción de la mortalidad infantil, pese a que es su población

23 Cerezo, C., Rodríguez, E. and Matute, J. (2004). «Evaluación de la provisión de servicios básicos de salud mediante indicadores trazadores en una muestra de hogares con representatividad nacional». Report.

24 Segeplan (2009). *Evaluación del diseño e implementación del Programa de Extensión de Cobertura*.

25 Cristia, J., Evans, W., Kim, B. (2009). *Does Contracting Out Primary Care Services Improve Child Health? The Case of Rural Guatemala*. INFCONS1.

objetivo. Sin duda, la cobertura de servicios de salud aún es una asignatura pendiente, tanto en lo que respecta a la disponibilidad, como en el acceso y la calidad.

Luego de 14 años de implementación del PEC la situación de salud se ha complejizado, las coberturas reales han decrecido, la población ha aumentado y la estructura de edad ha cambiado; se ha incrementado la población urbana, la pobreza se ha profundizado y los desafíos para los servicios de salud se han hecho enormes. Ante esta situación, el PEC resulta claramente insuficiente y la prestación de servicios mediante proveedores privados no lucrativos (ONG) no ha mostrado ninguna superioridad frente a la prestación de servicios por parte de proveedores públicos.

Los problemas más evidentes son que durante el tiempo que se ha implementado el PEC se ha dejado de construir y equipar servicios públicos fijos y que el personal contratado por el MSPAS se ha contraído. En algún momento se perdió la esencia del PEC, pasando de ser un programa transitorio a ser asumido como un sustituto del primer nivel de atención o un modelo de atención per se. Por lo tanto, resolver el problema de la baja cobertura de los servicios públicos de salud implica iniciar un proceso de sustitución progresiva del PEC por otra modalidad que permita fortalecer la oferta pública de servicios permanentes y, con esto, la institucionalidad de la salud.

5.4 LOS RECURSOS HUMANOS

La dimensión de los recursos humanos como problema de la salud tiene tres ámbitos centrales: la generación de los recursos, la distribución y las condiciones de trabajo. Todos estos aspectos guardan una relación estrecha que finalmente se expresa en la densidad de médicos y enfermeras(os) por habitante (*ver tabla 11*).

De acuerdo con los estándares internacionales, se necesitan 25 médicos/enfermeras(os) profesionales por cada 10,000 habitantes y la relación entre estos debe ser de un médico(a)

por una enfermera(o). Bajo este estándar, las densidades por departamento distan de alcanzar el estándar; aún el departamento de Guatemala, que concentra a la mayoría de médicos y enfermeras, no logra ni la mitad de lo requerido para proveer servicios públicos de salud. Bajo esta perspectiva se necesitarían más de 16,000 médicos trabajando en el sector público, lo que revela que en realidad existe un problema de producción y reclutamiento de profesionales de la salud. A esto habrá que agregar que los contenidos de la formación profesional no necesariamente están en consonancia con las necesidades de salud de las comunidades dado que el énfasis en la formación es esencialmente hospitalario.

El problema, entonces, no radica solo en la cantidad de profesionales que se producen por las escuelas formadoras, sino también en su distribución en el territorio. Como se puede apreciar en la tabla precedente, los departamentos con las ciudades más grandes (como Guatemala y Quetzaltenango) concentran a la mayoría de médicos(as) y enfermeras(os).

La distribución de los recursos humanos de la salud, queda claro, no sigue una lógica que los coloca donde hay más necesidades de servicios, sino donde hay mayores probabilidades de obtener empleo remunerado, servicios para sus familias y mejores condiciones de vida en general. Un ejemplo más de esta situación es lo ocurrido con el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) en la contratación de su personal profesional; desde su inicio se creó la figura de médico ambulatorio, sin embargo, en los últimos 3 años, estas plazas, ante la falta de oferta, se han cambiado a enfermera ambulatoria y aún así persisten dificultades para llenar las vacantes.²⁶

El otro problema son las condiciones de contratación de los recursos humanos en el MSPAS y en el Igss. En la primera de estas instituciones únicamente el 35% de los médicos está contratado como personal con cargo fijo; el resto labora bajo distintas modalidades cuya característica es la

²⁶ Entrevista con funcionario del MSPAS.

Tabla 11

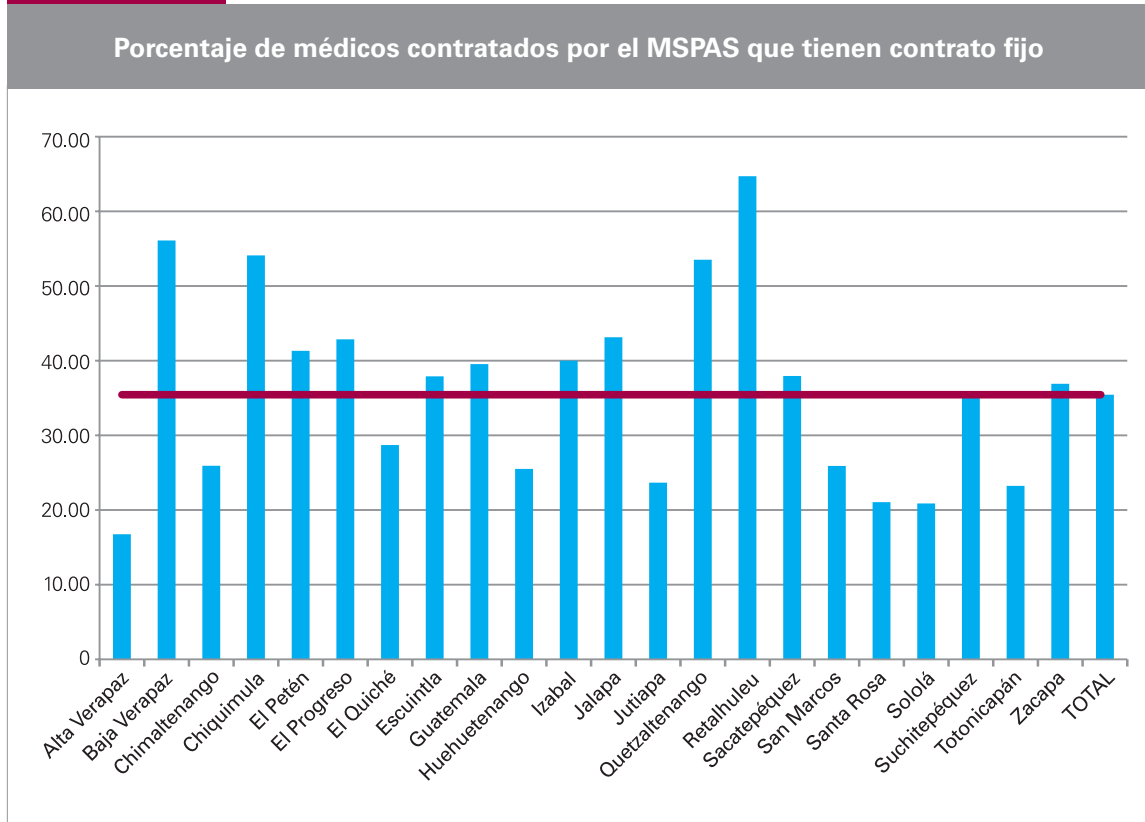
Densidad de médicos y enfermeras(os) contratados por el MSPAS según el estándar de 25 por cada 10,000 habitantes y relación 1:1 para el año 2010

Departamento	Núm. médicos contratados	Núm. de enfermeras(os) profesionales contratadas	Relación médico/enfermera(o)	Médicos más enfermeras(os) profesionales contratadas por el MSPAS	Densidad por 10,000 habitantes
Alta Verapaz	382	88	4.34	470	4.36
Baja Verapaz	41	30	1.37	71	2.69
Chimaltenango	81	35	2.31	116	1.95
Chiquimula	61	36	1.69	97	2.67
Petén	121	74	1.64	195	3.18
El Progreso	56	17	3.29	73	4.69
Quiché	216	99	2.18	315	3.42
Escuintla	248	92	2.70	340	4.96
Guatemala	1,884	647	2.91	2531	8.15
Huehuetenango	149	144	1.03	293	2.63
Izabal	110	48	2.29	158	3.92
Jalapa	51	30	1.70	81	2.61
Jutiapa	131	48	2.73	179	4.18
Quetzaltenango	213	156	1.37	369	4.78
Retalhuleu	68	47	1.45	115	3.87
Sacatepéquez	166	55	3.02	221	7.13
San Marcos	166	106	1.57	272	2.73
Santa Rosa	152	53	2.87	205	6.02
Sololá	91	50	1.82	141	3.32
Suchitepéquez	125	44	2.84	169	3.35
Totonicapán	99	52	1.90	151	3.27
Zacapa	84	39	2.15	123	5.63
Total	4,695	1,990	2.36	6,685	4.65

Fuente: Icefi-Unicef con datos del MSPAS (2010).

necesidad de recontractación anual. Algunos tienen prestaciones y otros no las tienen. En el Igss, para el año 2009, el 18% de trabajadores no tenía contrato fijo, lo que implica que tampoco tenía prestaciones del mismo Igss, pues estaban contratados bajo una modalidad sin las mismas. Esta situación, sumada a las condiciones salariales, genera un ambiente de inestabilidad laboral.

En el MSPAS, para 2009, el salario del trabajador profesional oscilaba entre Q 6,528.00 y Q 10,600.00, mientras que el del trabajador técnico se ubicaba entre Q 2,500.00 y Q 4,700.00. Estos montos no han tenido incremento desde esa fecha. Esto implica «Una razón de 2.3 veces más para un profesional que para un técnico», lo cual esconde un problema de inequidad, de manera particular con las profesionales de la



Fuente: Icefi-Unicef con datos del MSPAS (2010).

enfermería, pues sus salarios son calificados como trabajadoras técnicas, aun cuando muchas cuentan con licenciatura y maestría (ver gráfica 18).

La situación anterior produce diversos problemas; entre ellos, la inestabilidad laboral y problemas administrativos y de retención del personal que finalmente redundan en mala atención en los servicios de salud e ineficiencias en los procesos de provisión de servicios.

6.5 EL MODELO DE ATENCIÓN EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL

La manera como se atiende a las personas en los servicios así como los programas que se desarrollan para la prevención de enfermedades en las comunidades se han

ido superponiendo con el tiempo. De esa cuenta, en la actualidad convive una serie de enfoques e intervenciones que tienen objetivos específicos, a veces comunes con otros programas, a veces duplicados y a veces contradictorios.

En los últimos años, a raíz de la necesidad de evaluar y valorar las acciones desarrolladas por el PEC, se han impulsado distintas reflexiones sobre lo que se ha dado en llamar «el modelo de atención».

Durante el último año, el MSPAS ha promovido la implantación de una nueva iniciativa de atención llamada Modelo de Atención Integral de la Salud (Mais). Este Modelo resulta de una propuesta llamada Modelo Incluyente de Salud (MIS) cuya característica principal es que los 20 programas del MSPAS se funden en tres: el individual, el familiar y el comunitario. El Mais promueve un enfoque intercultural, con equidad de género y del derecho a la salud. En estudios piloto, esta propuesta ha mostrado un mejor desempeño

en la vigilancia de la salud, en la mejoría de los indicadores y en la satisfacción pública. Simultáneamente, el PEC se ha visto en problemas de financiamiento y se han cerrado varias jurisdicciones, en su mayoría por el citado problema financiero, pero en otras por la sustitución por el modelo Mais.

Las ONG proveedoras de servicios del PEC, agrupadas en la Coordinadora Nacional de Prestadoras de Servicios (Conec), han desarrollado una propuesta llamada Mosaico, la que básicamente consiste en la provisión de los servicios del PEC de manera permanente y con personal local capacitado en atención de problemas materno neonatales.

La dificultad, entonces, es la indefinición y la falta de un plan de transición. Coexistiendo con estos tres modelos, los servicios regulares del MSPAS continúan con su rutina. Esta situación ha generado incertidumbre en los proveedores de servicios del PEC, en las poblaciones y en los servidores públicos. El desafío consiste en el desarrollo de un plan de transición entre modelos que deje claro los tiempos, recursos y responsables.

5.6 LA GESTIÓN

Además de los problemas citados, otros de los más relevantes son los relacionados con la gestión de las instituciones de la salud.

La organización del MSPAS ha resultado obsoleta; no obstante, se ha realizado una serie de cambios en su estructura que, sin ser oficiales, le han dado, en algunos casos, mayor fluidez a las acciones administrativas y financieras. Este es el caso de las gerencias en las áreas de salud (aunque hay otros casos, como la creación del Viceministerio Hospitalario, que sólo han generado mayor fragmentación dentro de la operación del Ministerio).

En la actualidad existen propuestas para la reestructuración organizacional del MSPAS, las cuales necesitan ser evaluadas y puestas en marcha. En el marco de su aspecto organizacional, un elemento que debe evaluarse es la estructura de los 20

programas de atención a las personas (no tanto sobre si son los adecuados en cuanto a número, contenido y pertinencia, sino en relación con el problema que generan al fragmentar la atención en los servicios). Aun cuando los sujetos de la atención de la salud son los mismos, se convierten en objeto de diversas intervenciones que muchas veces se duplican, no comparten información y no logran atender de manera integral los problemas.

Algunos programas tienen fuentes de financiamiento definidas que provienen de la cooperación internacional. Ello les confiere preminencia sobre otros y, aun cuando su naturaleza es técnico-normativa, terminan influenciando decisiones operativas. Otro problema referente a la estructura de programas verticales es que focalizan a la población de manera temática, lo que les confiere características excluyentes al respecto de la atención que brindan.

Las acciones desarrolladas por el MSPAS, no importando el nivel en el que se realizan, adolecen de una falta, o más bien, una debilidad en los procesos de monitoreo y evaluación. La unidad encargada de esta tarea cuenta con poco personal, no tiene independencia y no realiza evaluaciones sistemáticas, sino supervisiones periódicas. Algunos programas, especialmente los que cuentan con financiamiento internacional (como los de VIH-sida y salud reproductiva), son objeto de evaluaciones externas por parte de los donantes como parte de los requisitos del financiamiento, lo que no hace más que socavar las funciones de evaluación inherentes al MSPAS y, de manera particular, afecta al Sistema Integrado de Atención en Salud (Sias), lo que suplanta y no genera competencias en las unidades.

La descentralización y/o desconcentración de las funciones ha sido una tarea pospuesta por las distintas administraciones del MSPAS. Durante la gestión actual, se intentó desarrollar planes territoriales; sin embargo, no se superó la fase de ejercicio académico. Aun cuando es en el nivel local donde se conocen con certeza los problemas de salud y la población en todas sus dimensiones, las decisiones se siguen tomando en el nivel

central o en las áreas de salud. Sin duda, aproximar las decisiones trascendentales de los servicios al nivel local es un gran desafío.

5.7 EL FINANCIAMIENTO

Hablar del financiamiento de la salud como parte de nuestros males tiene varias dimensiones. La primera se refiere a la arquitectura financiera del sistema de salud: ésta permite la coexistencia de tres modalidades para financiar los servicios. Por un lado están los servicios financiados por los impuestos generales y que utilizan los presupuestos de las entidades como el MSPAS, el Ministerio de Gobernación y el Ministerio de la Defensa Nacional; por otra parte están los servicios provistos por el Igss, que se basan en la contribución tripartita entre patronos, trabajadores formales y el Estado. Junto a estas modalidades coexiste el sistema privado que incluye clínicas, hospitales y centros de diagnóstico privados y las compañías de seguros.

Estas tres maneras de financiar la atención de la salud son ineficientes e inefectivas pues generan duplicidades, falta de certeza de los usuarios y profundizan las inequidades mediante mayor fragmentación y segmentación por condición de pago. Como ejemplo de duplicidades se puede citar lo que ocurre con las empresas que pagan impuestos, pagan el Igss, contratan médico de personal y pagan seguro médico a sus ejecutivos. Las y los ciudadanos, a su vez, también hacen uso de los distintos servicios sin lograr, finalmente, resolver sus problemas de salud.

Como se ha mencionado, la expresión de esta diversidad de modelos es el incremento del gasto de bolsillo. Este es tardío, ineficiente, empobrecedor e ineficaz. Es claro que no se conoce cuál es el modelo de financiamiento más apropiado; sin embargo, sí se conoce que lo que se tiene en este momento no resuelve los problemas más urgentes de la salud en Guatemala y que cualquier esfuerzo por reformar o transformar el sistema de salud incluye los cambios en este ámbito.

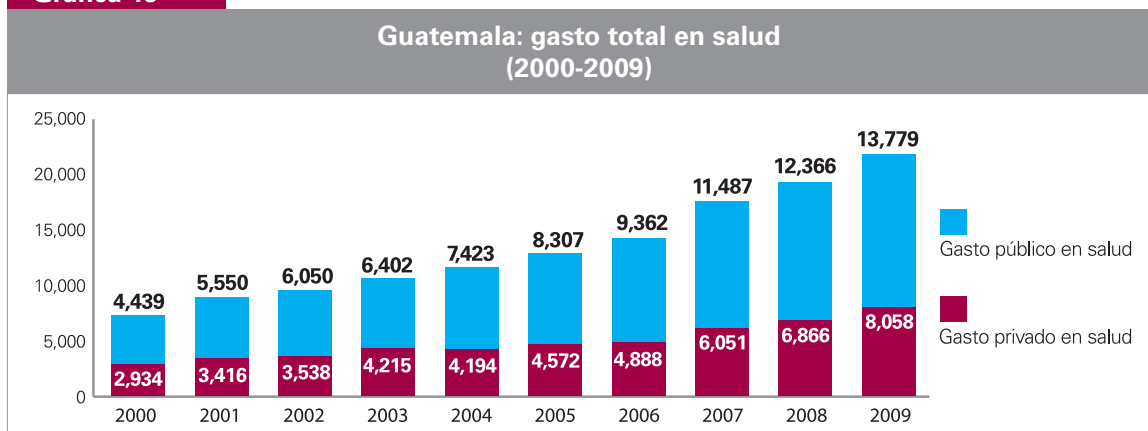
¿Qué es el gasto público en salud?

En el *Manual* de estadísticas de finanzas públicas 2001 del Fondo Monetario Internacional (FMI) se establece que los desembolsos del Estado en salud incluyen los gastos en servicios prestados a particulares y los gastos en servicios prestados a colectivos. En tal sentido, el gasto público en salud en Guatemala es llevado a cabo por diversas entidades dentro del gobierno central y además por los gobiernos locales, los cuales, en su mayoría, buscan apoyar el trabajo realizado por el MSPAS dentro de los municipios del país.

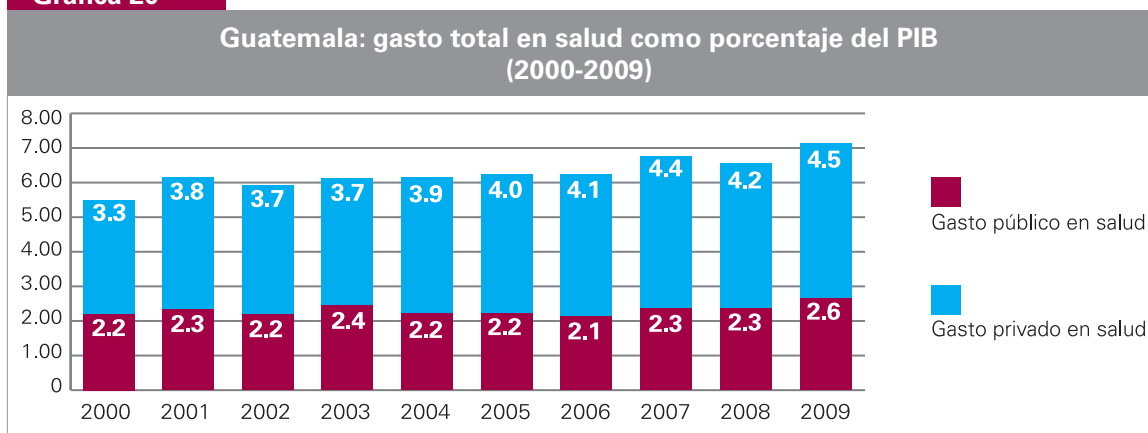
Además del MSPAS, entre otras entidades que ejecutan gasto en salud se encuentran: el Ministerio de la Defensa Nacional, Ministerio de Gobernación, Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación, Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda, Fonapaz y algunas secretarías del Ejecutivo.

Con base en información de la OMS se pueden analizar las cifras del gasto total en salud, el cual está integrado por la sumatoria del gasto público y privado en salud. El gasto público en salud abarca el gasto efectuado por el Igss y el gasto que realizan otras instituciones públicas (véase recuadro). Por su parte, el gasto privado en salud se integra por el gasto de bolsillo que realizan los hogares y otro gasto privado.

Los datos disponibles de 2000 a 2009 indican que el gasto público ha aumentado de Q 2,934.0 millones, en 2000, a Q 8,057.6 millones, en 2009. Por su parte, el gasto privado ha crecido de Q 4,439.0 millones, en 2010, a Q 13,779.0 millones en 2009; todo ello, en términos nominales. Cabe resaltar que el peso del gasto público en salud se ha visto reducido en el tiempo, pasando de 40%, en 2000, a 37%, en 2009, en contraste con el gasto privado en salud, el cual ha aumentado su participación en el gasto total, de 60 a 63%. El gasto de bolsillo, que representa aproximadamente el 90% del gasto privado en salud, ha tenido un crecimiento de 13.0% en la década, en tanto que el gasto público ha crecido en promedio 12.1% (ver gráfica 19).

Gráfica 19

Fuente: Icefi-Unicef con base en estadísticas de la OMS.

Gráfica 20

Fuente: Icefi-Unicef con base en estadísticas de la OMS.

Al hacer un análisis de las cifras en términos reales puede observarse un estancamiento en el gasto público en salud, el cual ha oscilado entre 2.1 y 2.3% durante la última década, no obstante lo dispuesto en el Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria, en el cual el Estado de Guatemala se comprometió a aumentar los recursos destinados a la salud.²⁷

En contraste, el gasto privado en salud ha mostrado una tendencia al alza con porcentajes que oscilan entre 3.3 y el 4.5%. De acuerdo con el PNUD (2010), el mayor gasto privado tiene relación directa con el incremento en las erogaciones por medicamentos que han realizado los hogares, especialmente en el período entre 1999 y 2003, cuando dicho

gasto tuvo un repunte de 9.5%. Ante una proporción tan alta del gasto de bolsillo, los hogares experimentan una alta carga económica que indica un sistema de salud inequitativo, lo cual afecta especialmente a la población en condiciones de mayor pobreza y vulnerabilidad²⁸ (ver gráfica 20).

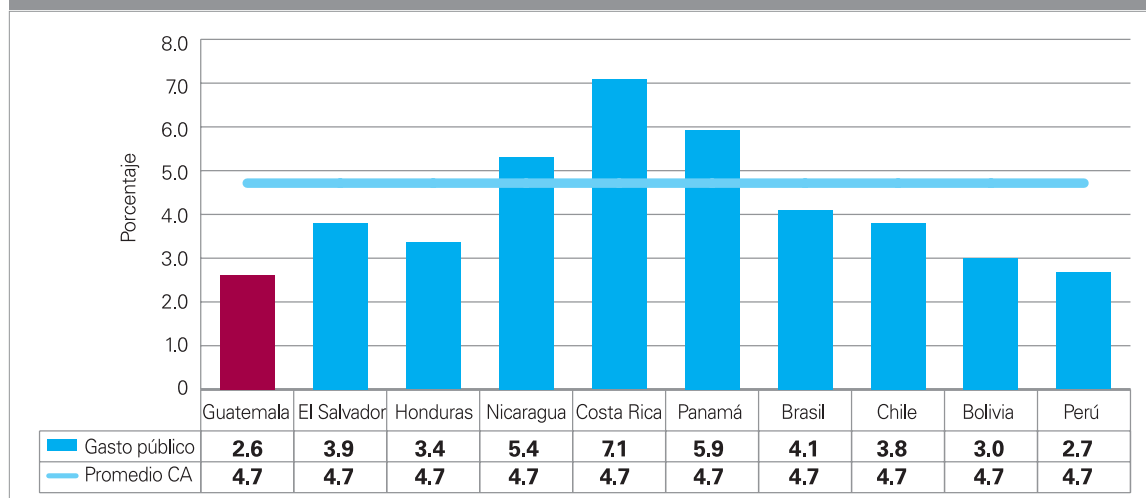
Al realizar comparaciones internacionales con base en cifras de 2009 puede establecerse que Guatemala muestra el gasto público en salud como porcentaje del PIB más bajo de Centroamérica y de la muestra de países seleccionados (Brasil, Chile, Perú y Bolivia). Cabe indicar que la media centroamericana registra 4.7%, en tanto que Guatemala tiene un gasto público en salud que alcanza el 2.6% del PIB (ver gráfica 21).

27 Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria, suscrito en 1996 por el Gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG).

28 PNUD (2010). *Guatemala: hacia un Estado para el desarrollo humano*. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009/2010.

Gráfica 21

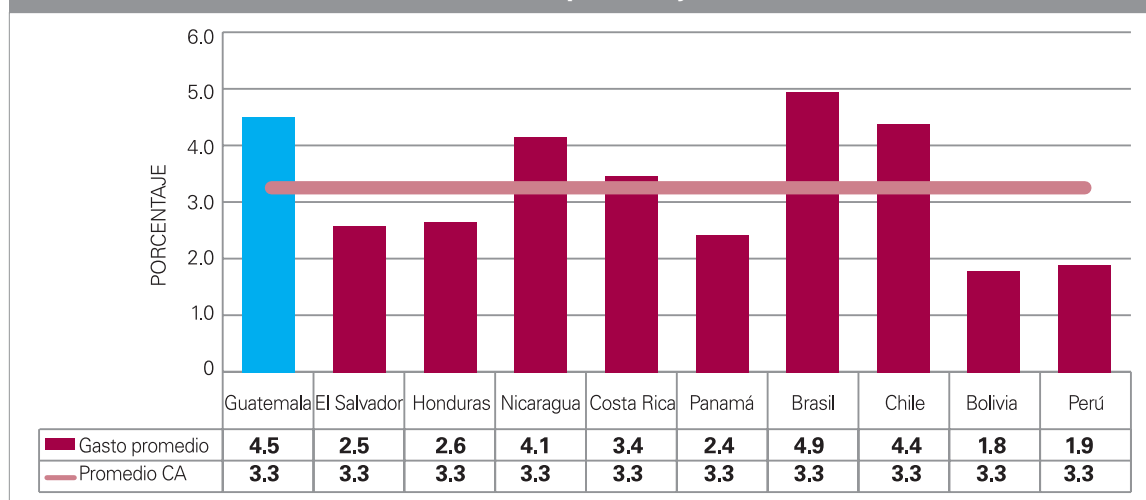
Gasto público en salud como porcentaje del PIB de países seleccionados (2009)
Cifras en porcentajes



Fuente: Icefi-Unicef con base en estadísticas de la OMS.

Gráfica 22

Gasto privado en salud como porcentaje del PIB de países seleccionados (2009)
Cifras en porcentajes



Fuente: Icefi-Unicef con base en estadísticas de la OMS.

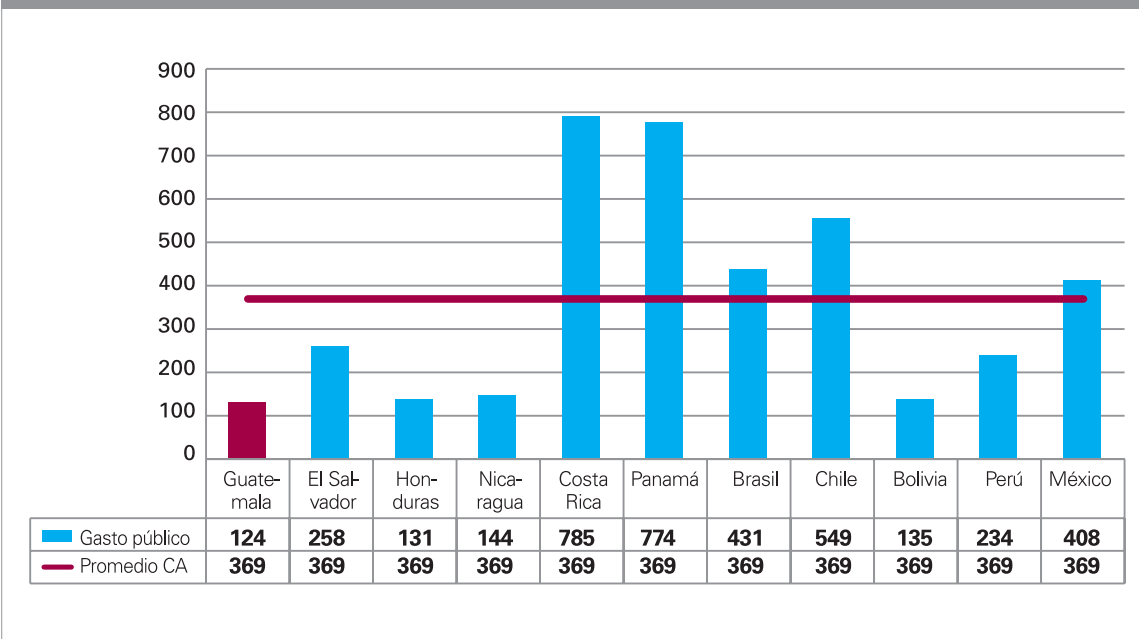
Por su parte, con respecto al gasto privado en salud, Guatemala muestra una cifra como porcentaje del PIB (4.5%) superior a la media centroamericana (3.3%) y solamente similar a la cifra de Brasil y Chile, países que registran 4.9 y 4.4%, respectivamente. En esta comparación, el gasto privado muestra un porcentaje muy superior al gasto que realizan los hogares en Perú y Bolivia. En el área centroamericana, la cifra nicaragüense es la más cercana al gasto privado guatemalteco, con 4.1% (ver gráfica 22).

Finalmente, en términos de comparaciones internacionales, Guatemala muestra el gasto público *per cápita* más pequeño expresado en PPP dólares internacionales. Basta indicar que, en 2009, el gasto público promedio centroamericano totalizó 369 PPP int \$, en tanto que Guatemala, con una inversión de 124 PPP int \$, muestra una amplia brecha con países como Costa Rica y Panamá, mostrando niveles similares a los observados en Honduras (131 PPP int \$) y Bolivia (135 PPP int \$).



Gráfica 23

Gasto público per cápita en salud de países seleccionados (2009)
Cifras en PPP int \$



Fuente: Icefi con base en OMS.

El bajo gasto público se ve reflejado en las importantes brechas de servicios y recursos humanos que se han descrito en este documento. La falta de institucionalidad pública de la salud implica para las familias el tener que solventar sus problemas de enfermedad mediante la oferta privada de servicios, con los consecuentes gastos de bolsillo.

Por definición, los gastos de bolsillo en salud son aquellos que realizan directamente las personas para acceder a servicios de salud, incluyendo el pago por consultas, laboratorios, rayos X, hospitalizaciones y medicamentos. En todos los países del mundo existen gastos de bolsillo por lo que la pregunta es ¿por qué en Guatemala es preocupante esta situación? Básicamente, porque estos gastos ocurren en un contexto en el que no se cuenta con mecanismos de protección social. Los gastos de bolsillo, al ser impredecibles, tardíos y poco efectivos, necesitan mecanismos sociales de protección para evitar que se conviertan en gastos catastróficos y, por lo tanto, empobrecedores.

En Guatemala, según las Cuentas Nacionales de Salud de 2005, el 53% del gasto total en

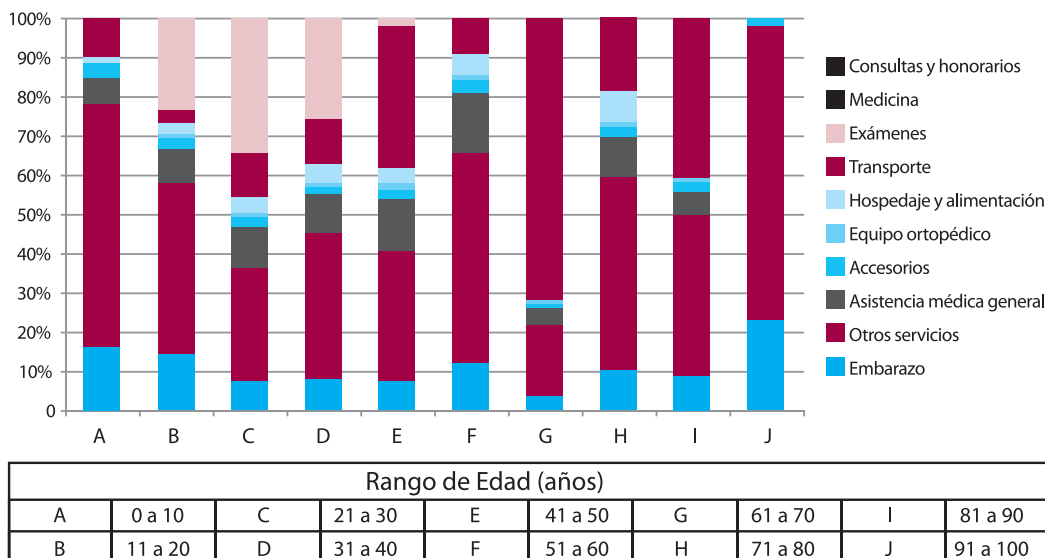
salud proviene del bolsillo de las personas. De acuerdo con datos de la *Encovi 2006*, la distribución del gasto de bolsillo no es homogénea, pues depende del nivel de pobreza de los hogares y de su lugar de residencia.

La ausencia de servicios en las áreas rurales genera una importante diferencia en el comportamiento del gasto de bolsillo de los hogares respecto a quienes habitan en las áreas urbanas. Los gastos generalmente cambian de acuerdo con la edad de los miembros del hogar, pero de manera general es la compra de medicamentos la que genera el mayor gasto.

De acuerdo con la *Encovi 2006*, sin importar la edad del miembro del hogar, la proporción de gastos en salud dedicada a la compra de medicamentos oscila, respecto al total del gasto en salud, entre el 60% en los niños y el 70% en las personas mayores. Sin duda, esta situación revela que, si se busca reducir el gasto de bolsillo, las intervenciones que provoquen un mejor y mayor acceso a los medicamentos pueden tener un impacto muy importante en la economía familiar (ver *gráfica 24*).

Gráfica 24

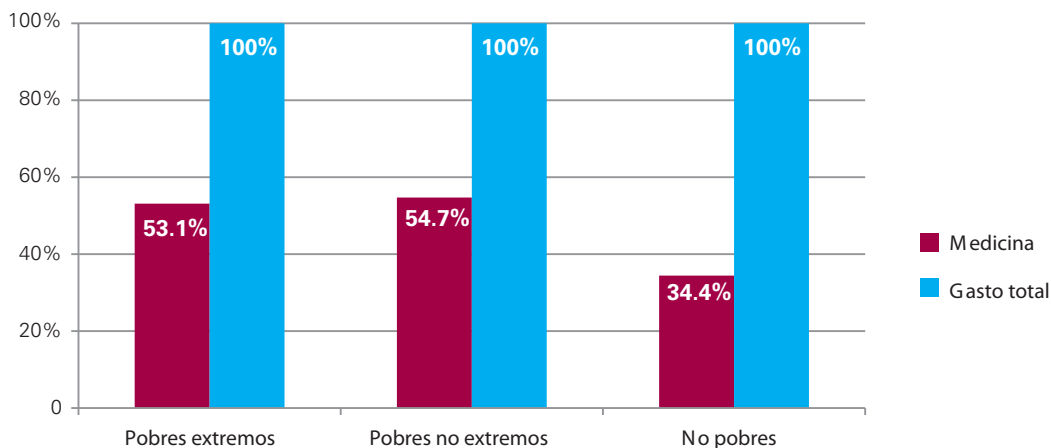
Estructura del gasto en salud por servicios y rangos de edad (2006)



Fuente: Icefi-Unicef.

Gráfica 25

Estructura del gasto anual per cápita en salud por niveles de pobreza (2006)



Fuente: Icefi-Unicef con datos de la *Encovi 2006*.

Dado que los medicamentos representan la principal fuente de gasto de bolsillo, es conveniente analizar su impacto en la economía familiar (ver gráfica 25).

La proporción del gasto en medicamentos respecto al gasto total en salud es mucho

más significativa según la condición de pobreza. En las personas en condiciones de pobreza extrema, el 53% de gastos en salud se destina a la compra de medicamentos, mientras que en los pobres no extremos el porcentaje se incrementa a 54.7. Por el contrario, en las personas en condición

de no pobreza, el porcentaje dedicado a la compra de medicamentos se reduce a 34.4. Las razones de esta situación no están muy claras e investigadas, pero puede argumentarse que la pobreza aleja a las personas de los activos para lograr una mejor salud, tales como la educación y las condiciones de vivienda y alimentación que resultan cruciales para preservarla. Aun cuando estos datos no pueden interpretarse linealmente para asumir que quienes utilizan menos medicamentos enferman menos o previenen mejor, sí puede asumirse que el uso de medicamentos es una acción para curar y no para prevenir y, por supuesto, mucho más cara y con efectos deletéreos para la economía familiar.

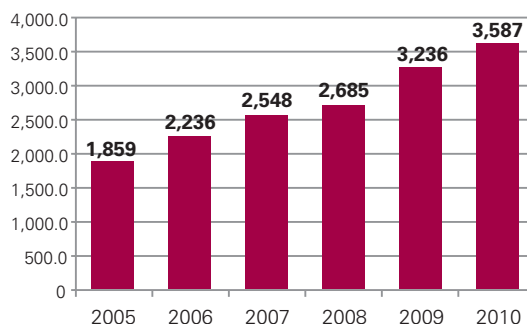
La segunda dimensión se refiere a la insuficiencia del presupuesto público asignado a la salud. Aun cuando el monto del gasto total en salud en Guatemala no es despreciable, la proporción del gasto público no solo es reducida, sino tiende a contraerse cada vez más. Las asignaciones a la salud pública son el reflejo de las condiciones precarias del financiamiento del Estado en su conjunto. Cualquier esfuerzo por incrementar las asignaciones a la salud necesariamente pasan por el incremento de los fondos del Estado por la vía de una reforma fiscal integral. En términos generales, el MSPAS, en su papel de rector del sector salud y operador político de la misma, no ha sido efectivo en lograr incrementos presupuestarios, ni en sumarse a las demandas por una mayor tributación como mecanismo para el financiamiento de la salud pública.

Al respecto, el gasto público ejecutado por el MSPAS en la década que corresponde de 2001 a 2010 ha registrado montos que van desde Q 1,523.0 millones hasta Q 3,587.0 millones, lo cual, en términos porcentuales con respecto al PIB, ha significado que el gasto ha oscilado en una banda con límites entre 0.9 y 1.1%. Esto es congruente con las consideraciones efectuadas que evidencian el estancamiento en el gasto público en salud, tomando en cuenta factores poblacionales, así como la restricción presupuestaria enfrentada debido

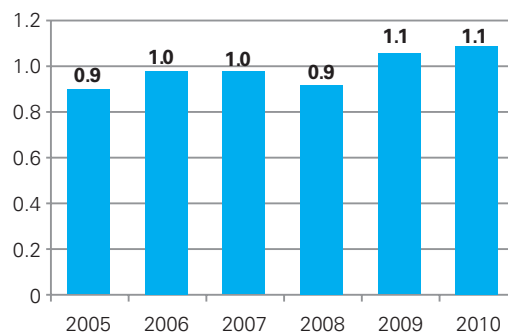
Gráfica 26

MSPAS: gasto público ejecutado y como porcentaje del PIB (2005-2010, cifras en millones de quetzales y porcentajes)

Gasto público ejecutado por el MSPAS en millones de quetzales



Gasto público ejecutado por el MSPAS como porcentaje del PIB



Fuente: Icefi-Unicef con base en Sicoin y Banco de Guatemala (Banguat).

a las condiciones de precariedad de las finanzas públicas nacionales.

La tercera dimensión se refiere a la distribución territorial del presupuesto. En la actualidad, los recursos se asignan con base en los presupuestos históricos que solo se adecuan a partir de la inflación. Estas modalidades de asignaciones según la oferta o la demanda no son equitativas y tienden a asignar mayores recursos donde hay más servicios, sin considerar otras variables. Según los datos presentados, las asignaciones son en extremo desiguales pues en los departamentos (áreas de salud)

29 Cifras preliminares a junio de 2011 correspondientes al presupuesto vigente.

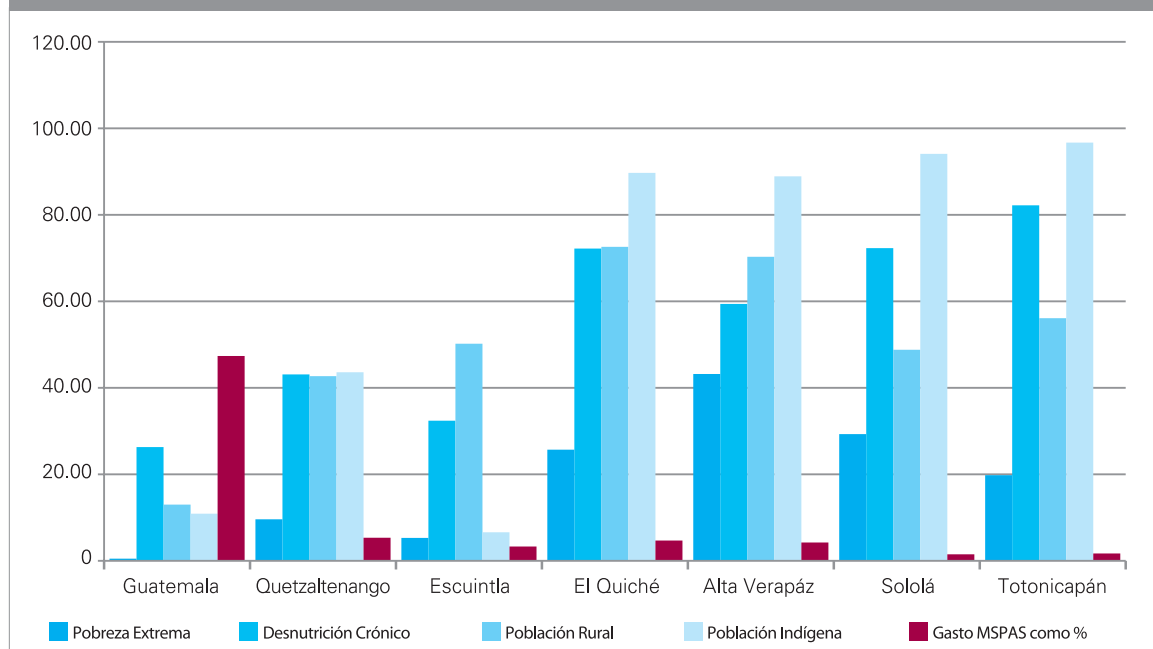
donde las necesidades son mayores a causa de mayor ruralidad, población vulnerable, desnutrición y pobreza, las asignaciones son menores.

Cabe indicar que, en promedio, de 2008 a 2011²⁹ el departamento de Guatemala abarca el 47.36% de los recursos presupuestarios, cifra que es congruente si se toma en consideración el gasto administrativo y

hospitalario que se ejecuta en la región metropolitana del país. Sin embargo, dadas las condiciones de precariedad de algunos departamentos, contrasta el gasto promedio de 1.70% ejecutado en Totonicapán, dados los indicadores de pobreza y desnutrición crónica que se exhiben ahí, con el presupuesto ejecutado en Quetzaltenango, el cual acumula el 5.34% de los recursos presupuestarios (*ver gráfica 27*).

Gráfica 27

Gasto público ejecutado por el MSPAS en departamentos seleccionados como porcentaje del gasto total del Ministerio, promedio 2008-2011
Cifras en porcentajes



Fuente: Icefi-Unicef con base en Sicoín e Informe Nacional de Desarrollo Humano 2007/2008.



EL REMEDIO: DE LAS RECETAS A LA CIRUGÍA MAYOR

6

EL REMEDIO: DE LAS RECETAS A LA CIRUGÍA MAYOR



©UNICEF/Rolando Chew

Los problemas de salud en Guatemala expuestos a lo largo de ese documento no solo son diversos, sino también resultan complejos y abrumadores. Las causas de estos problemas tienen distintos niveles; en el más general, las motivaciones más relevantes son las vinculadas con la exclusión social basada en condiciones de ruralidad, etnicidad, género y pobreza; en este mismo nivel se encuentran las capacidades del Estado para resolver los problemas, situación que trae a discusión las posibilidades de financiamiento de las acciones que han demostrado su efectividad para prevenir y limitar los problemas de salud, la infraestructura disponible para implementar dichas acciones y la dotación de personal competente para ejecutarlas. El incremento de la capacidad económica del Estado pasa por la reforma del sistema fiscal, de manera que sea posible financiar las mejoras.

Si bien esta es una situación deseable y constituye básicamente un requisito para pensar en cualquier mejora de la situación, su consecución depende de diversos factores políticos y económicos y está, en cierto modo, fuera del ámbito de influencia del sector salud. No obstante lo anterior, el hacer claras las intervenciones necesarias para mejorar la salud del país y aproximarse a su costo permite darle contenido a las demandas ciudadanas por una mayor intervención del Estado en la garantía del derecho a la salud.

En un nivel más sectorial, las intervenciones son de diversa índole y generalmente recaen en el MSPAS. Estas intervenciones, sin importar si son específicas para una condición, enfermedad o grupo vulnerable, comparten los elementos centrales: servicios, personal de salud, sistema de información,

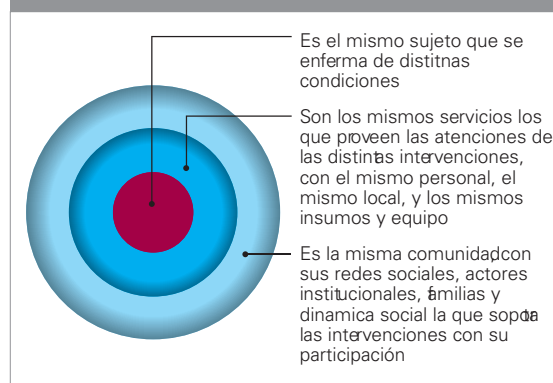
gestión y redes de relaciones entre servicios y el sustrato comunitario.

En la gráfica siguiente se ilustra dicha situación. A manera de ejemplo, si se considera que las intervenciones preventivas para la reducción del dengue se desarrollan en la misma comunidad y con los mismos sujetos con quienes se realiza la intervención educativa sobre VIH y planificación familiar, uno de esos mismos sujetos probablemente sea el padre o la madre a quien se le educa sobre los signos de peligro de la neumonía y a cuyos niños se les inmuniza.

Por otro lado, son los mismos servicios los que proveen todas estas intervenciones y son los mismos trabajadores de la salud quienes las desarrollan. Ante esta situación, es comprensible que si los servicios no están disponibles o el personal se encuentra ausente, las intervenciones no logren desarrollarse plenamente y muestren grados variables de fracaso al no modificar las condiciones para las que se han diseñado.

Gráfica 28

Relaciones entre usuarios y proveedores de servicios de salud



Fuente: Icfef-Unicef.

6.1 LAS RECETAS

Esta situación llama a la reflexión sobre lo crucial que resulta asegurar que las intervenciones que han demostrado efectividad cuenten con ciertos pre requisitos indispensables: en primer lugar, con la disponibilidad y acceso a servicios del primer nivel de atención; en segundo lugar, que en estos servicios exista el personal adecuado en número y competencias; en tercer lugar, que los servicios sean capaces de identificar con un aceptable grado de precisión qué personas bajo su área de influencia tienen determinados

riesgos y son sujetos de búsqueda activa y, en cuarto lugar, que se asegure la continuidad de los distintos tratamientos mediante una red funcional de servicios de complejidad creciente gestionados de manera eficiente.

Estas reflexiones necesitan conocer qué tipo de intervenciones se están realizando en el país, para luego profundizar en los elementos que las pueden hacer más eficientes y eficaces. Las mismas se presentan a continuación, tomando en cuenta el ámbito de intervención, el grupo de edad, los efectos esperados, los requisitos para su implementación y su desarrollo en Guatemala.

Tabla 12

Las recetas para curar nuestros males				
Intervenciones para mejorar la salud de acuerdo con los grupos de problemas, los ámbitos de intervención, grupos de edad, efectos esperados en la mejoría de la salud, requisitos para su implementación y desarrollo en Guatemala				
Intervención	Descripción	Efectos esperados	Requisitos para su implementación	Desarrollo en Guatemala
Intervenciones prenatales	Vacunación de mujeres embarazadas contra el tétanos	Reducción del tétanos postparto	Atención prenatal por personal calificado, al menos dos visitas Sistema de vacunaciones funcionando en la provisión del biológico y en la cadena de frío Registros regulares, de preferencia individuales	Implementación regular en servicios de salud
	Provisión de hierro y ácido fólico a mujeres embarazadas	Reducción de la anemia del embarazo, prevención del bajo peso en el recién nacido	Atención pre natal, al menos dos visitas Registros regulares, de preferencia individuales	Implementación regular en los servicios de salud del primer nivel
	Consejería en planificación familiar	Reducción de embarazos no deseados Incremento del período intergenésico Reducción de riesgo de muerte materna	Atención prenatal por personal calificado, al menos dos visitas	Implementación regular en los servicios de salud permanentes
	Tamizaje de hipertensión arterial en el embarazo	Detección temprana de casos de pre eclampsia y eclampsia Reducción del riesgo de muerte materna	Atención por personal calificado Equipo disponible y en buen funcionamiento en los servicios Sistema de registro de casos, de preferencia individuales	Parte de las normas de atención de los cuidados prenatales en los servicios
	Tamizaje de infecciones con potencial de transmisión vertical	Detección temprana de casos de sífilis, VIH-sida, herpes	Atención pre natal por personal calificado Recursos diagnósticos	Parte de las normas de atención No se realizan de manera regular en los servicios

Intervención	Descripción	Efectos esperados	Requisitos para su implementación	Desarrollo en Guatemala
Intervenciones pre e intra parto y post parto	Promoción de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (Procone) Procone comunitario	Promoción de acciones con las embarazadas, aumento de las acciones preventivas, reconocimiento de factores de riesgo, elaboración de planes de emergencia	Servicios con personal calificado en el acompañamiento comunitario Organizaciones comunitarias colaborativas Recursos de IEC	Implementándose en algunas áreas de salud como San Marcos (como un proyecto demostrativo)
	Procone básico	Reconocimiento oportuno de complicaciones Manejo inicial apropiado Referencia oportuna	Servicios regulares Horarios de atención de 24 horas Personal entrenado Recursos diagnósticos Unidades de transporte de pacientes	Implementándose en algunas áreas del país
	Procone complicaciones	Atención de las complicaciones y emergencias obstétricas y neonatales	Servicios regulares del segundo nivel Capacidades de servicios quirúrgicos Atención de 24 horas Personal calificado Servicios diagnósticos Servicio transfusional Medicamentos adecuados	Implementándose en los 4 Caimi disponibles
	Prevención y manejo de hemorragia post parto Uso del partograma y el manejo activo del tercer período del parto (Matep)	Reducción de los casos de hemorragia post parto y, con ello, reducción de las muertes maternas	Personal entrenado Servicios permanentes con horario de 24 horas Recursos diagnósticos Recursos medicamentosos Posibilidades de referir a un nivel de mayor complejidad	Implementándose en algunas áreas de salud
Intervenciones para los recién nacidos y niños menores de un año	Atención temprana del recién nacido	Visita del recién nacido en las primeras 72 horas de nacido	Personal entrenado Posibilidades de referencia a servicios de atención permanente con horario de 24 horas	Parte de las normas de atención del MSPAS
	Inmunizaciones	Prevenir enfermedades inmunoprevenibles	Personal entrenado Cadena de suministros y distribución apropiada Capacidad de almacenamiento Registros individuales de niños menores de un año, de uno a 2 años y de 4 años	Parte de las normas de atención del MSPAS, se realiza en todo el país

Intervención	Descripción	Efectos esperados	Requisitos para su implementación	Desarrollo en Guatemala
Intervenciones para los recién nacidos y niños menores de un año	Detección temprana de signos de alarma de neumonía	Reducir las muertes a causa de infecciones respiratorias	Personal entrenado Servicios de atención permanente con horario de 24 horas Posibilidades de referir a otro servicio de mayor complejidad Dotación adecuada de antibióticos Procesos de IEC de base comunitaria	Parte de las normas del MSPAS
	Provisión de sales de rehidratación oral (SRO)	Reducir las muertes a causa de deshidratación como consecuencia de diarrea	Dotación de SRO Personal calificado para dirigir procesos de IEC Posibilidades de referir a servicios con mayores grados de complejidad	Parte de las normas del MSPAS
	Provisión de zinc	Reducir la mortalidad secundaria a casos de diarrea	Personal calificado Procesos de IEC Dotación de zinc de forma regular	Parte de las normas del MSPAS
	Provisión de vitamina A	Reducción de la mortalidad por infecciones del tracto digestivo y respiratorio	Personal calificado Procesos de IEC Dotación de vitamina A de forma regular	Parte de las normas del MSPAS
	Lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida	Reducción de la morbilidad y mortalidad por problemas infecciosos Prevención de la desnutrición infantil Mejor desarrollo afectivo y psico-motor	Personal calificado para su promoción	Parte de las normas del MSPAS
Intervenciones en pre escolares y escolares	Inmunizaciones de refuerzo	Prevención de enfermedades inmunoprevenibles	Personal entrenado Cadena de suministros y distribución apropiada Capacidad de almacenamiento Registros individuales	Parte de las normas del MSPAS
	Controles del crecimiento y desarrollo	Prevención y detección temprana de casos de desnutrición aguda y crónica y problemas del desarrollo	Personal entrenado Posibilidades de referir a servicios de mayor complejidad	Desarrollada parcialmente (control de peso y edad, pero no de talla) Pobre implementación de los controles de desarrollo
	Suplementación alimentaria en la comunidad y como refacción escolar	Prevención y tratamiento de la desnutrición	Personal calificado para procesos de IEC Trabajo colaborativo entre el MSPAS y el Mineduc Organización local	Parcialmente desarrollada
	Consejería y educación en auto cuidado e higiene	Prevención general de enfermedades	Personal calificado en procesos educativos	Parcialmente desarrollada

Intervención	Descripción	Efectos esperados	Requisitos para su implementación	Desarrollo en Guatemala
Intervenciones con adolescentes y jóvenes	Consejería en salud reproductiva	Prevención de embarazos en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual (incluyendo VIH-sida)	Personal calificado en procesos educativos Materiales educativos Procesos de legitimación social	Parcialmente desarrolladas, parte de las normas de atención
	Consejería sobre conductas riesgosas	Prevención del alcoholismo, tabaquismo y demás adicciones	Personal calificado en procesos educativos Materiales educativos Procesos de legitimación social	No desarrolladas, parte de las normas de atención
	Prevención de accidentes de tránsito	Reducción de las muertes a causa de accidentes de tránsito	Personal calificado en procesos educativos Materiales educativos Procesos de legitimación social	No desarrolladas
Intervenciones con adultos jóvenes y adultos	Promoción de estilos de vida saludables	Prevención de enfermedades crónicas no transmisibles Reducción del tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de grasas en la dieta y la promoción de la actividad física	Personal calificado en procesos educativos Materiales educativos Procesos de legitimación social	Desarrollada parcialmente, parte de las normas de atención
Intervenciones con adultos mayores	Promoción del mantenimiento de la función, envejecimiento saludable	Prevención de la discapacidad y mantenimiento de la función, especialmente en las actividades de la vida diaria Retrasar o evitar la institucionalización	Personal calificado en procesos educativos Materiales educativos Procesos de legitimación social Políticas específicas Ambientes físicos amigables	No desarrollada, parte de las normas de atención

Fuente: Icfef, con base en Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Ciencia e Innovación. De la Cruz Saugar G., Sarría Santamera A., *Evaluación de intervenciones para la reducción de la mortalidad infantil y materna en países en desarrollo*. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, septiembre de 2008. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial OMS 2008. Estrategias para reducir la mortalidad infantil en Cuba, 1959-1999. Delgado HL. 2010. Bases para el Mejoramiento de la Situación de Desnutrición Crónica en Guatemala. *Informe Técnico*. Publicado por el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC) y R Black, L Allen, et al., Maternal and Child undernutrition: global and regional exposures and health consequences, *Lancet*, 371,: 243-60, 2008; Normas de atención integral de la salud, MSPAS 2010.

6.2 LA CIRUGÍA MAYOR

La mayoría de intervenciones descritas en la tabla anterior se dedica a atender los problemas en la población materna e infantil y, desde esa perspectiva, parecen abordar los principales problemas relacionados con los efectos del daño a la salud. Sin embargo, cabe cuestionarse que, a pesar de que en Guatemala se lleva a cabo la mayoría de las intervenciones costo-efectivas recomendadas

por la literatura internacional para reducir los problemas de salud en madres y niños, tal como se ha discutido a lo largo del documento, no se logra evidenciar el logro de reducciones significativas en las enfermedades que contribuyen con las muertes prematuras en estos grupos poblacionales. Otro elemento que resalta es que, a pesar de que se ha demostrado que los otros segmentos poblacionales están siendo afectados por muertes prematuras prevenibles, las acciones para reducir estos problemas son limitadas.

Ante esta situación, parece inferirse que el foco de análisis debe ubicarse en identificar cuáles son los elementos que contribuyen a minar los esfuerzos por mejorar la salud de la población, haciendo inefectivas las intervenciones realizadas, sin importar si se trata de niños o niñas, madres, adolescentes, adultos o adultos mayores.

Al analizar la tabla precedente, especialmente en la parte de los requisitos para la implementación de estas intervenciones, se establece que los elementos que limitan el desarrollo y la efectividad de las acciones emprendidas pueden reducirse a cuatro: problemas con la disponibilidad de y acceso a los servicios; problemas con el recurso humano, tanto en número como en competencias; problemas con el sistema de información que en este momento no permite un adecuado seguimiento de las acciones y, por último, la modalidad de gestión de la salud por parte del MSPAS. A continuación se analiza cada uno de estos factores.

- a. **Por favor, que diga: La disponibilidad y el acceso a los servicios de salud:** tal como fue abordado anteriormente, en Guatemala existe un considerable atraso en la cobertura efectiva de los servicios de salud. Si bien se incrementó la cobertura mediante la prestación de servicios por parte de ONG, luego de 14 años de implementación no existe evidencia sólida acerca de su efecto benéfico en la situación global de salud del país. La infraestructura pública, de acuerdo con los estándares internacionales, es insuficiente, pues permite cubrir únicamente al 30% de la población, y los indicadores, tales como la atención del parto por personal calificado, no logran los incrementos deseados.

De tal forma, parece que no es posible esperar que las acciones desarrolladas por las organizaciones de servicios de salud tengan un efecto importante o al menos cercano a lo esperado, si no existen servicios dónde llevarlas a cabo.

Al respecto, existe evidencia internacional sobre el hecho de que al incrementar la disponibilidad y el acceso a los servicios fijos se logran importantes reducciones de la mortalidad infantil y materna. En Brasil, en el año 1990 se estableció el programa de salud de la familia que implicó la creación de establecimientos públicos (municipales o estatales) dotados con personal de salud que daban atención permanente y realizaban visitas domiciliarias. Este programa, en el período de 1990 a 2002, con un incremento de la cobertura del 36%, logró el descenso de la mortalidad infantil de 49.7 a 28.9 por cada 1,000 nacidos vivos. En esta investigación, luego de controlar el efecto de otros factores (tales como el mejoramiento del medio ambiente), se estableció que un incremento del 10% de la cobertura efectiva con estas características puede lograr descensos en la tasa de mortalidad infantil en el orden de 4.5%.³⁰

Por su parte Adam, Lim y Mehta (2005)³¹ en un análisis de costo efectividad de las estrategias de salud materna y neonatal para países en desarrollo establecieron que intervenciones preventivas a nivel comunitario para recién nacidos y en los servicios de salud primarios para madres y neonatos son extremadamente costo efectivas; sin embargo, anticiparon que para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se requiere que la población tenga acceso universal a dichos servicios. En su estudio, estos autores determinaron que el acceso a servicios de salud del primer nivel por parte de mujeres en estado de gestación reduce el riesgo de muertes por infecciones severas y tétanos en 15 y 60%, respectivamente. Ello, derivado de la atención de personal calificado para partos naturales.

En tal sentido, es necesario reflexionar que además de la presencia de los servicios es necesario asegurar el acceso

30 James Macinko, Federico C. Guanais, Maria de Fátima Marinho de Souza. *Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002*. Epidemiol Community Health 2006.

31 *Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries*.

a los mismos. El problema del acceso por razones geográficas y económicas fue abordado por el Relator Especial del Derecho a la Salud, Anand Grover, quien visitó Guatemala en mayo de 2010. En su informe ante el Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, una de sus recomendaciones fue la implementación de un sistema de cupones para transporte, especialmente para las mujeres indígenas.

Al respecto, existen experiencias internacionales que han mostrado cómo el uso de estos cupones logra mejorar la atención calificada del parto y reduce las muertes maternas. En Camboya, mediante el uso de este mecanismo, se logró incrementar la atención calificada del parto de 16%, en 2006, a 44%, en 2008.³²

En Guatemala, se inició recientemente con la implantación del nuevo modelo de atención Mais, el cual promueve la expansión de los servicios públicos de salud con una estrategia de regionalización y territorialización que contempla datos demográficos, dispersión, disponibilidad

de establecimientos, acceso y variables socio culturales. El modelo Mais basa su desarrollo del primer nivel en el Modelo Incluyente de Salud (MIS), mismo que se ha probado en dos comunidades rurales durante 5 años y ha mostrado un importante crecimiento en la utilización de los servicios y en los resultados en la salud de las poblaciones que atiende.³³

b. **Los recursos humanos:** la expansión de los servicios públicos necesita acompañarse de la dotación de recursos humanos, tanto en número como en mejora de competencias. La situación en el país es preocupante pues la densidad de médicos y enfermeras no logra acercarse a los estándares mínimos para mejorar la situación de salud de las poblaciones (ver tabla 13).

De acuerdo con la tabla anterior, el estándar internacional de médicos(as) y enfermeras(os) debe ser mayor de 25 para iniciar el cambio en los indicadores de salud. Estudios realizados en países africanos han mostrado que una densidad de médicos y enfermeras de 2.5 por cada 1,000 habitantes se asocia con coberturas superiores al 80% en inmunizaciones

Tabla 13

Tasas de mortalidad y porcentaje de atención de parto por personal calificado de acuerdo con la densidad de personal de salud para las Américas (2004)

Médicos y enfermeras por 10,000 h.	Razón de mortalidad materna por 100,000 NV	Tasa de mortalidad infantil por 1,000 NB	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1,000 NV	Partos atendidos por personal calificado
< 25	148	31	43	74%
25 a 50	65	22	25	95%
> 50	9	7	8	99%

Fuente: OPS (2005). Indicadores básicos.

32 Ir et al. *Using targeted vouchers and health equity funds to improve access to skilled birth attendants for poor women: a case study in three rural health districts in Cambodia*. BMC Pregnancy and Childbirth 2010, 10:1 <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/1>

33 Fort MP, Grembowski DE., Verdugo JC., Morales LC., Arriaga CA., Mercer MA., Lim SS. (2011). «Implementation and progress of an inclusive primary health care model in Guatemala: coverage, quality, and utilization». *Revista Panameña de Salud Pública*. 30(3): 217-24.



©UNICEF/Anthony Asael

y en el parto atendido por personal calificado.³⁴ Un estudio que aplicó un modelo econométrico utilizando datos de 118 países mostró que un incremento del 10% de la densidad del personal de salud reduce de 2 a 5% la mortalidad materna, infantil y de menores de 5 años.³⁵

Lamentablemente, en Guatemala, a partir de datos del MSPAS de 2010, pudo establecerse que la densidad de médicos(as) y enfermeras(os) dentro de los servicios públicos del primer y segundo nivel es de 4.4 por cada 10,000 habitantes; es decir, 0.44 por cada 1,000 habitantes. No es posible desarrollar estrategia alguna sin promover una agresiva política de dotación de recursos humanos a los servicios de salud incluyendo medidas para la retención, formación y capacitación de dicho personal.

- c. **El sistema de información:** en la actualidad, este sistema no es capaz de proveer la información necesaria para implementar y dar seguimiento a las distintas iniciativas desarrolladas por los servicios. Uno de sus problemas más grandes es que la información es de tipo general y en grandes agregados. En los últimos dos años se ha venido desarrollando una nueva modalidad de captura y procesamiento de datos que logra recopilar los datos de manera nominal, por lo que es posible planificar y ejecutar las intervenciones utilizando búsquedas activas y monitoreando el desempeño de dichas intervenciones.

Esta herramienta, llamada Sigsa-web, es promisoría en cuanto a modernizar el sistema de información, por lo que su análisis y costeo en las intervenciones necesarias para desarrollar los servicios de primer nivel permitirá avanzar hacia mejores resultados del sistema de salud.

- d. **La planificación y gestión de los servicios:** actualmente, en el MSPAS el punto central de la planificación de acciones para mejorar la salud de la población se ve sujeto más a la disponibilidad de recursos económicos que a las necesidades en salud detectadas. En tal sentido, las asignaciones presupuestarias se convierten en la restricción de lo que se puede y no se puede hacer. Una vez establecido y asignado el presupuesto del MSPAS, la distribución de los recursos se hace mediante mecanismos de planificación que parten de lo solicitado por las unidades ejecutoras a partir del Plan Operativo Anual (POA), el que se constituye en la base para la planificación. Los POA mezclan dos modalidades para su construcción: por un lado, los servicios planifican a partir de los problemas que esperan enfrentar de acuerdo a sus registros históricos (número de partos, consultas, etc.) y, a partir de esto, solicitan cierta cantidad de recursos. Por otro lado, los servicios de salud planifican también a partir de los recursos con los que cuentan (infraestructura, personal, equipo) y de los techos de gasto impuestos. Esta planificación, que combina la demanda histórica estimada

34 Joint Learning Initiative (2004). *Human Resources for health, overcoming the crisis*.

35 Sudhir Anand, Till Bärnighausen; Lancet (2004). *Human resources and health outcomes: cross-country econometric study*. 364: 1603-09.

(y no la real investigada) con la oferta precaria de servicios, puede ser una de las causas por las que, a pesar de la planificación de intervenciones costo-efectivas y de eficacia probada, éstas no logran implementarse adecuadamente, lo cual redundará en la lenta y compleja mejoría de la situación de salud en Guatemala.

Además de los problemas de gestión y planificación, no existe, dentro del MSPAS, un monitoreo efectivo de las acciones, ni de su efecto en las condiciones de salud de la población. Los controles se limitan a los ejercidos por las entidades de rendición de cuentas pero únicamente desde la perspectiva económica. Esta situación conspira contra los buenos resultados y el buen uso de los recursos.

Cabe destacar que el monitoreo y la evaluación juegan un papel crítico en la administración de los recursos del sector salud, pues permiten establecer si la implementación de los programas existentes se desarrolla según el plan y los resultados propuestos. De 2001 a 2008, el MSPAS participó en la definición de un POA por productos y resultados, en un ejercicio con el Minfin y con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID); sin embargo, esta modalidad no logró institucionalizarse. En el último año, dentro del Minfin y otros ministerios, el MSPAS incluido, se promueve el uso de la gestión del presupuesto por resultados. Existe evidencia de que las mismas intervenciones dentro del contexto de esta modalidad logran mucho mejores resultados.

Un excelente ejemplo es Perú y su importantísima reducción de la

desnutrición crónica infantil de 22.9%, en 2005, a 17.9%, en 2010, especialmente considerando que en la década de 1996 a 2005 prácticamente no hubo modificaciones en las condiciones de nutrición de la población. La estrategia que dio lugar a esta reducción se denominó Crecer y consiste en una estrategia nacional de intervenciones articuladas de lucha contra la pobreza y la desnutrición infantil crónica. Crecer parte de la constatación de ineffectividad de una serie de acciones e intervenciones, entre ellas el programa de transferencias condicionadas en efectivo (Juntos) y otras intervenciones a nivel individual como la promoción de la lactancia materna exclusiva, la dotación de micronutrientes y el lavado de manos, entre otros. De esta cuenta, la estrategia Crecer logra articular todos los esfuerzos nacionales con un esquema de coordinación horizontal (acciones coordinadas y complementarias intersectoriales) y otro vertical (una fuerte y sólida coordinación desde el gobierno central, con base en un monitoreo efectivo y rendición de cuentas), donde las intervenciones tales como la atención integral de niños, niñas y mujeres en edad fértil, asistencia alimentaria, desarrollo infantil, alfabetización de mujeres, promoción de proyectos productivos, transferencias condicionadas en efectivo, agua y saneamiento y empleo temporal comparten el territorio, los sujetos de intervención y, sobre todo, el esquema de gestión del presupuesto por resultados.

Este modelo logra definir, para cada una de las intervenciones, su nivel de articulación con los demás esfuerzos sectoriales e intersectoriales, las metas, los productos de los que se hace responsable y los resultados que ayuda a generar.



¿CUÁNTO CUESTA NIVELARNOS?

7

¿CUÁNTO CUESTA NIVELARNOS?



©UNICEF/Anthony Asael

Dada la complejidad de los problemas de salud en Guatemala y las grandes brechas que se necesita reducir, se hace necesario adoptar un plan realista de inversiones que debe incluir aquellas que resulten estratégicas. En esta propuesta de intervenciones, sin pretender ser exhaustivos en las soluciones a los problemas, se ha priorizado la recuperación del primer nivel de atención de forma gradual y progresiva.

Sin duda surgen preguntas respecto a por qué no se desarrollan intervenciones para mejorar los servicios del segundo nivel y los hospitales. La respuesta es un tanto simple: parte de la crisis de los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención se genera por el desborde de la demanda de servicios que tienen que enfrentar debido a que las capacidades de atención del primer nivel no son funcionales.

Una importante cantidad de consultas atendidas en centros de salud y hospitales es generada por condiciones o enfermedades de fácil manejo en niveles de atención de menor nivel de complejidad como los puestos de salud. Al existir una carencia como la que se tiene en Guatemala de servicios del primer nivel, los casos no atendidos se derivan de manera natural hacia los servicios de mayor complejidad.

Esta situación no solo genera incremento de la demanda en los servicios del segundo nivel y los hospitales sino, por lo mismo, provoca desabastecimiento de insumos y medicamentos, así como saturación en las consultas externas, incrementando considerablemente los tiempos de atención.

Una consideración importante sobre las consecuencias de la virtual ausencia de servicios fijos y permanentes del primer nivel de atención de la salud es la sensación de abandono por parte del Estado que tienen esas comunidades esencialmente rurales, situación que conspira contra la gobernabilidad local.

A partir de estas reflexiones, se efectúa a continuación un ejercicio que permite conocer cuánto cuesta lograr un nivel aceptable de disponibilidad de servicios del primer nivel, recursos humanos y sistemas de información, como prerequisites para seguir avanzando en la implementación de intervenciones que han probado ser útiles, pero que en nuestro contexto no lo han sido.

Este ejercicio basa sus estimaciones en la expansión y mejora del primer nivel de atención que el MSPAS está desarrollando mediante la modalidad Mais y que, en el primer nivel, utiliza los instrumentos, organización y procesos propuestos por el modelo MIS. La razón de utilizar este modelo para las estimaciones se basa en que ha demostrado, en la práctica,³⁶ la mejora de los indicadores de salud, disminuyendo los gastos de bolsillo y reduciendo las inequidades tanto horizontales como verticales. Uno de los elementos más relevantes de este modelo es que logra integrar los 20 programas del MSPAS en solo tres: el individual, el familiar y el comunitario; y en 6 sub programas que atienden el ciclo de vida y consolidan las normas de atención integral de la salud promulgadas en 2010 por el MSPAS. Además, los instrumentos de información se vinculan y son compatibles con el Siga-web.

36 Fort MP (2011). *Op. Cit.*

Tabla 14

Programas y sub programas del primer nivel según el Mais			
Programas y subprogramas	Programa individual de salud	Programa familiar de salud	Programa comunitario de salud
Subprograma infantil	Curación/prevención	Prevención/promoción	Promoción/prevención
Subprograma preescolar y escolar	Atención continua a demanda en PS a todos los ciclos de vida	Visita familiar integral (diagnóstico familiar y vigilancia de riesgos)	Información y comunicación
Subprograma adolescentes	Atención preventiva intra y extra muros	Visitas familiares de seguimiento: familiares, individuales o puntuales	Saneamiento ambiental
Subprograma mujeres	Integralidad de la consulta mediante aplicación de hojas guía	Visitas para establecer planes de emergencia familiar	Trabajo con Consejos Comunitarios de Desarrollo (Cocode) y Copec
Subprograma hombres	Detección y seguimiento de casos especiales	Visitas para investigación de muertes por cualquier causa	Apoyo a gestión de proyectos
Subprograma personas adultas mayores	Referencia y contra referencia	Actividades educativas con grupos de familias	Trabajo con terapeutas maya-populares y comadronas
		Actividades educativas con jóvenes (género y MA)	
		Reuniones comunitarias en coordinación con PCOS	

Fuente: MSPAS (2011). *Modelo Mais* (formato ppt).

Las estimaciones de infraestructura se basan en el esquema que, bajo el modelo Mais, está utilizado el MSPAS para la reorganización del primer nivel de atención. Esto implica pasar de un esquema donde los distritos de salud se dividen en puestos de salud hacia otro, en el cual los distritos municipales de salud se dividen en territorios y cada territorio en sectores (ver figura 2).

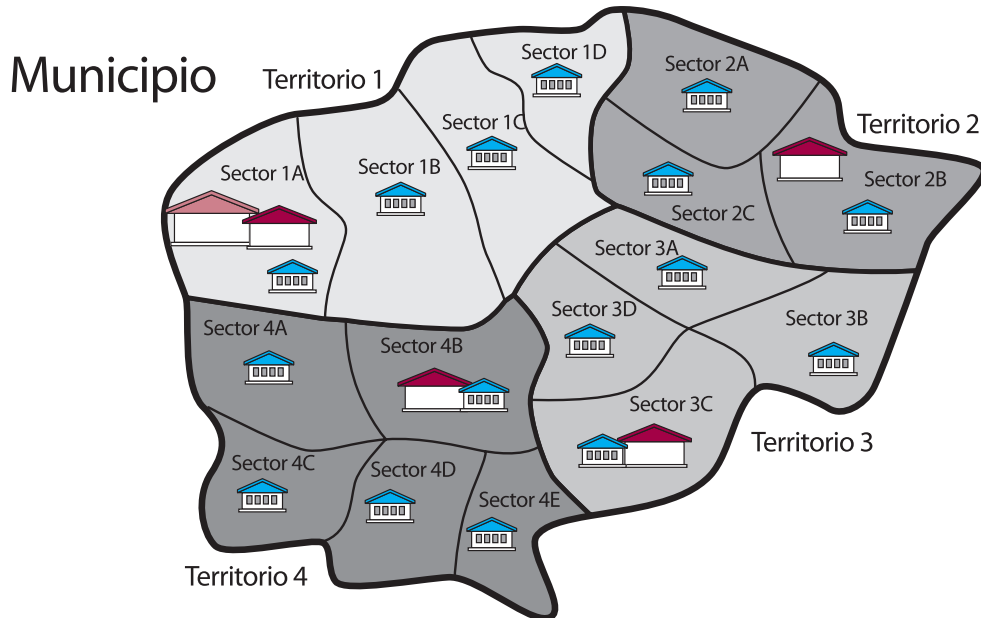
La nueva disposición de los servicios en los distritos implica definir los sectores según criterios de tamaño poblacional, dispersión, topografía, vías de comunicación, formas de transporte, entre otros. Cada sector debe contar con un puesto de salud donde

se ubique un equipo comunitario de salud integrado por al menos 2 enfermeras auxiliares contratadas por el MSPAS. Cada 3 a 5 sectores forman un territorio, en donde se instala un centro de salud que alberga al equipo de apoyo integrado por médicos y otro personal clave.

De acuerdo con la experiencia desarrollada por el MSPAS en algunos distritos de Zacapa, San Marcos y Huehuetenango, la transición hacia esta nueva distribución implica, en ciertos casos, construir nuevas instalaciones y contratar personal y, en otros, solamente redistribuir personal y utilizar las instalaciones ya existentes.

Figura 2

Ejemplo hipotético de la distribución de territorios y sectores con base en el Mais



Fuente: MSPAS (2011). *Modelo Mais* (formato ppt).

Las estimaciones se basan, entonces, en la implementación de este modelo con sus instalaciones y su personal. De cualquier manera, aunque la puesta en marcha del modelo propuesto por las actuales autoridades del MSPAS aún debe pasar por la discusión con las nuevas autoridades, estas estimaciones permiten dimensionar de manera objetiva la tarea que enfrenta cualquier iniciativa que pretenda mejorar las condiciones de salud de la población guatemalteca.

En ese marco, se procedió a realizar un ejercicio de costeo que abarca el período 2012-2021, para el cual se recopiló, en diferentes fuentes e instituciones, información que permitiera determinar coberturas iniciales, costos aproximados y su grado de implementación. Sobresale la información financiera para la creación de nuevos territorios utilizada en el ejercicio piloto del MIS, así como las proyecciones de población provistas por el INE (a las cuales se aplicó la estructura móvil de la población observada durante la última década, de manera que la pirámide poblacional

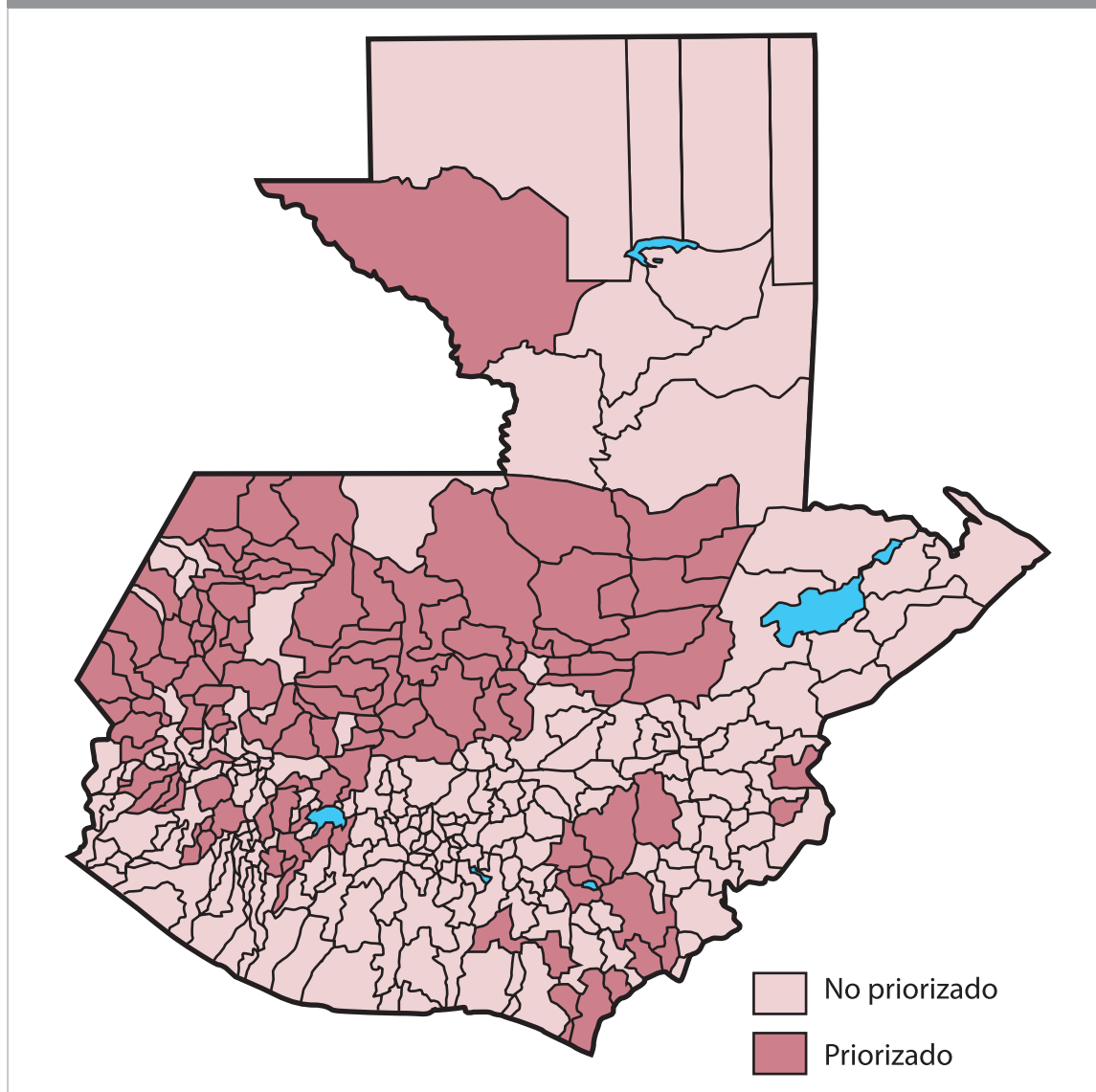
registre el desenvolvimiento apropiado en el tiempo). Estos datos permitieron tener un aproximado cuantitativo de acuerdo al detalle de intervenciones requeridas por el Mais para su implementación.

Asimismo, se procedió a establecer el probable escenario de crecimiento económico durante la década y el proceso inflacionario asociado con el mismo, lo cual constituyó un importante insumo para realizar los supuestos que fundamentan las proyecciones realizadas. Conviene indicar que este escenario plantea que durante el horizonte de tiempo descrito se completará la cobertura de los 125 municipios del país con un mayor nivel de pobreza extrema y desnutrición, con base en el Índice de pobreza extrema publicado por Segeplan con información de la *Encovi 2006* y la información de desnutrición crónica de la *Encuesta de salud materno infantil 2008-2009* (*Ensmi 2008-2009*).

Dado que el ejercicio supone una nueva disposición territorial (la cual fue realizada en el ejercicio piloto del MIS mediante la creación de un croquis con información censal de

Figura 3

Guatemala: municipios priorizados con base en el índice de pobreza extrema y la prevalencia de desnutrición crónica



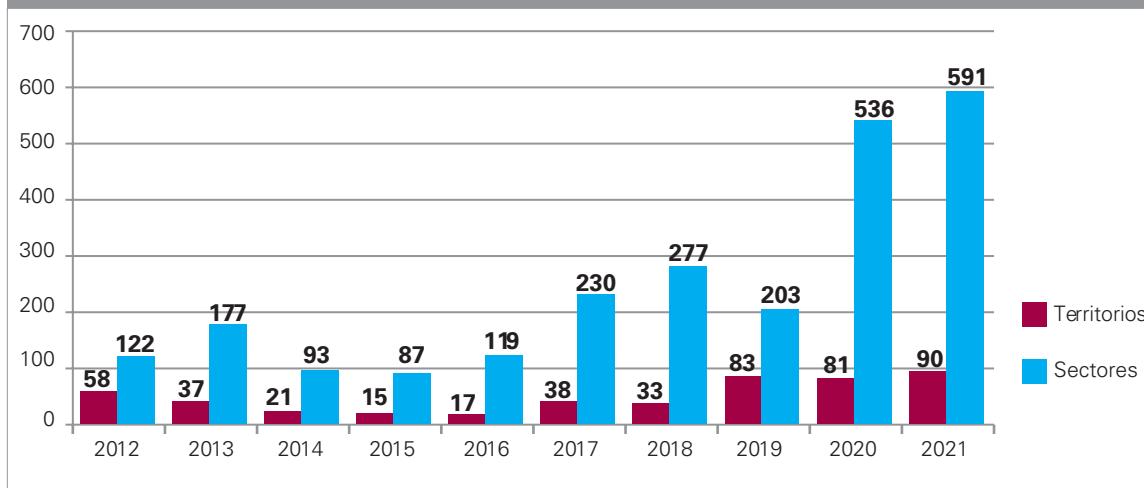
Fuente: Icefi-Unicef.

las comunidades atendidas), se procedió a consultar los Planes de Desarrollo Municipal formulados por Segeplan y presentados en 2011 para obtener la información de base que permitiera determinar la división geográfica de los municipios en territorios y sectores y, con base en ello, proceder a realizar cálculos de demanda de los servicios de salud del primer nivel. Esta información fue de mucha utilidad, pues permite conocer las microrregiones que integran cada municipio priorizado, lo cual permite, a su vez, cruzar información con variables de población,

densidad, división territorial e indicadores del proyecto piloto del MIS para obtener una propuesta de división territorial para los municipios en estudio. Si bien esta propuesta está sujeta en la práctica a su validación con base en los censos que será necesario implementar, permite una aproximación a los requerimientos que enfrentarán las autoridades para la expansión del Mais. A continuación se presenta un mapa con la distribución geográfica de los municipios a cubrir en el escenario planteado para el período 2012-2021.

Gráfica 29

Propuesta de expansión del Mais en los 125 municipios priorizados (2012-2021)
Cifras en valores absolutos



Fuente: Icefi con base en información de Segeplan, proyecto piloto MIS, MSPAS y Sicoin.

Para determinar la velocidad de expansión del modelo se realizaron entrevistas con funcionarios del proyecto piloto del MIS, con miras a conocer su experiencia en la factibilidad de la implementación del Mais. Se consideró, además, la información presupuestaria destinada al Programa de Extensión de Cobertura (PEC) en las áreas de salud donde se encuentran los municipios priorizados, así como estimaciones propias de la posible cooperación internacional que podría recibirse para este fin en las regiones geográficas propuestas. Este proceso dio como resultado la siguiente propuesta de implementación, la cual, entre 2012 y 2021, hace un total de 473 territorios y 2,435 sectores.

Por su parte, con la finalidad de aprovechar economías de escala y favorecer la disminución de costos en varias esferas, la propuesta incluye iniciar en los primeros años la implementación del Mais en los departamentos de Huehuetenango, Quiché y Alta Verapaz, procediendo a un incremento gradual que abarcaría Totonicapán, Sololá, Baja Verapaz y Quetzaltenango, para luego iniciar en 2019 la expansión del Mais hacia departamentos como Santa Rosa, Jalapa, Jutiapa y Petén. Un factor clave en esta expansión será el apropiamiento del modelo por parte de las comunidades beneficiarias,

pues el involucramiento del gobierno local, los Consejos Comunitarios de Desarrollo (Cocode), los Consejos Municipales de Desarrollo (Comude) y la sociedad civil en general, será un valioso insumo que facilitará su implementación, así como el desarrollo de los programas propuestos. Cabe mencionar que se asumió que la implementación del Mais en los primeros cinco años permitiría madurar los procesos de gestión de recursos humanos, construcción de infraestructura, financiamiento y apropiamiento comunitario para que durante los dos últimos años en estudio pueda llevarse a cabo un proceso intensivo de expansión, el cual respondería a la experiencia acumulada en años previos (ver gráfica 29).

La información geográfica básica de los municipios priorizados permitió hacer el cálculo de la demanda de recursos humanos, infraestructura, medicamentos, insumos y el sistema de información, lo cual se detalla a continuación.

Esfera de recursos humanos:

Para la implementación del Mais, se asume que cada territorio contará con un equipo de apoyo de primer nivel de atención (Eapas), el cual cubrirá un determinado número de sectores a su cargo y apoyará el programa de salud individual, familiar y comunitario. Para

finés del presente ejercicio se consideró que cada Eapas tendrá la siguiente integración y que su remuneración se efectuará con base en la siguiente escala de salarios correspondiente al renglón 011 del MSPAS (ver tabla 15).

Por su parte, la integración del equipo comunitario de salud (Ecos) requerirá la contratación de auxiliares de enfermería comunitarias (AEC), a quienes se asignó la siguiente escala salarial (ver tabla 16).

Cabe indicar que se considera de crucial importancia que la contratación de este personal se realice por conducto del renglón 011, con la finalidad de fortalecer la institucionalidad del MSPAS al dotarlo del recurso humano necesario para el primer nivel de atención, en un marco que asegure su estabilidad y permanencia en el tiempo. Esto es muy relevante porque el funcionamiento del Mais se ve beneficiado gracias a la especialización que vaya logrando su equipo de trabajo. Por este motivo, sería deseable evitar una constante

rotación de personal con el objeto de que las intervenciones de salud propuestas puedan tener la robustez esperada en su consecución e implementación. En este sentido, cobra una relevancia importante la gestión que realicen la Oficina Nacional del Servicio Civil (Onsec) y la división administrativa y de gestión de recurso humano del MSPAS, pues se requerirá de sus buenos oficios para agilizar los procesos que permitan la creación de las plazas mencionadas.

De esa cuenta, con base en los registros geográficos mencionados y los parámetros del ejercicio piloto, pudo establecerse que será necesario la habilitación de un Eapas por territorio, en tanto que cada sector necesitará, en promedio, 2.5 AEC (indicador que varía en algunos sectores derivado de los factores de densidad poblacional considerados). Según estos parámetros, la demanda de recurso humano se detalla en la gráfica siguiente, en la cual destaca que, para la implementación del Mais en los 125 municipios priorizados en el ejercicio, se requerirán hacia 2021 un aproximado de 473

Tabla 15

Integración y remuneración del personal de Eapas					
Eapas	Puesto	Renglón	Salario	Bonificaciones	Total
1 Médicos	Profesional II	011	Q 3,525.00	Q 5,826.25	Q 9,351.25
1 Enfermera graduada	Paramédico IV	011	Q 1,682.00	Q 2,716.10	Q 4,398.10
1 Animador comunitario	Paramédico IV	011	Q 1,682.00	Q 2,716.10	Q 4,398.10
1 Animador familiar	Paramédico IV	011	Q 1,682.00	Q 2,716.10	Q 4,398.10
1 Piloto	Trabajador operativo I	011	Q 956.00	Q 1,528.80	Q 2,484.80
1 Conserje	Trabajador operativo I	011	Q 956.00	Q 1,528.80	Q 2,484.80

Fuente: Icefi con base en escala de salarios del renglón 011 del MSPAS y proyecto piloto del MIS.

Tabla 16

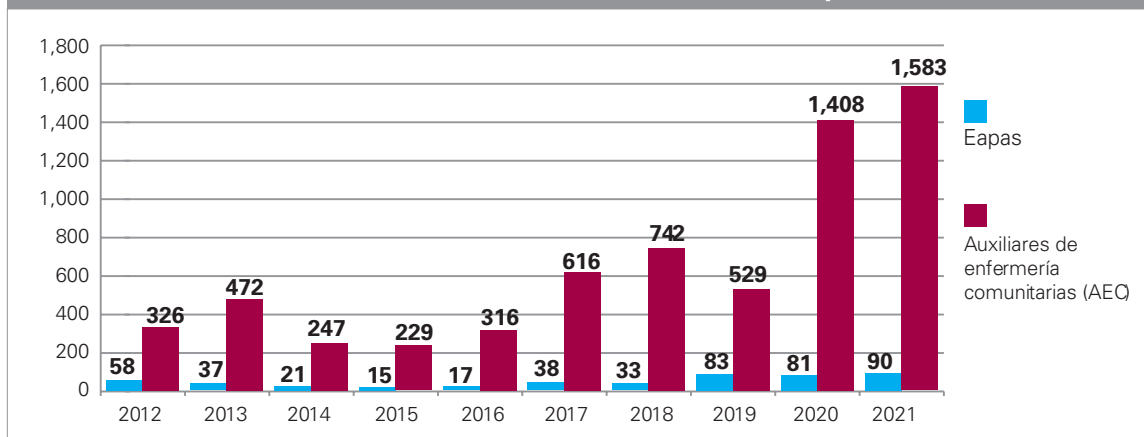
Integración y remuneración del personal de AEC					
Ecos	Puesto	Renglón	Salario	Bonificaciones	Total
Auxiliar de enfermería comunitaria	Paramédico I	011	Q 1,302.00	Q 2,017.10	Q 3,319.10

Fuente: Icefi con base en escala de salarios del renglón 011 del MSPAS y proyecto piloto del MIS.

Gráfica 30

**Propuesta de expansión del Mais en los 125 municipios priorizados
Recurso humano a contratar
(2012-2021)**

Cifras en valores absolutos indican número de puestos



Fuente: Icefi con base en información de Segeplan, proyecto piloto MIS y MSPAS.

Eapas y 6,465 AEC (ver gráfica 30).

Otro aspecto clave considerado en el ejercicio de costeo incluye la formación y capacitación del recurso humano, ya que este factor es esencial para que los programas cubiertos por el Mais alcancen los objetivos propuestos. Para el costeo de estas acciones se consideraron los estándares del proyecto piloto del MIS, estimando, además, una beca de Q 250.00 para la formación de AEC que requieren movilizarse de comunidades distantes a los centros de salud, o las instalaciones físicas en que se lleve a cabo la capacitación. Un factor importante para reducir costos en este aspecto será generar economías de escala a través de la integración de varios sectores para llevar a cabo capacitaciones simultáneas en varios territorios. El Mais tiene como premisa fundamental la capacitación constante de su personal, en la cual se hace, además, una interlocución con las comunidades para fortalecer la gestión de los servicios de salud. Por estos motivos, los costos esbozados han sido considerados estableciéndose un umbral de costeo para la formación inicial del personal y un umbral de costeo separado para la capacitación posterior tanto de los Eapas como de las AEC.

Con base en la demanda de recurso humano planteada, se procedió a establecer un costo

monetario, haciendo la salvedad de que para el caso de las AEC las cifras incluidas en la matriz de intervenciones corresponden únicamente al esfuerzo adicional o brecha que debería considerar el MSPAS para la implementación del Mais (pues se estimó, con base en información del MSPAS, que hay recursos existentes en las áreas de salud que pueden utilizarse). Para los restantes recursos, es decir los Eapas y el costo de formación y capacitación, no se ha considerado una brecha, pues se asume que estos gastos son nuevos para el MSPAS y que, por ende, deben constituir nuevos recursos a financiar. De tal forma, se prevé que se requieren aproximadamente Q 29.8 millones en 2012, para finalizar en 2021 con una inversión en recurso humano en torno a los Q 595.7 millones.

Esfera de funcionamiento:

Como una esfera independiente, se ha considerado el costo asociado con los gastos de funcionamiento de la implementación del Mais en el primer nivel de atención. Entre dichos costos se incluye el costo de combustibles y lubricantes, mantenimiento preventivo de vehículos, repuestos, mantenimiento de la cadena de frío, papelería y útiles, uniformes, equipo de visita para el

desarrollo del programa familiar y comunitario y algunos útiles menores, entre otros.

Dichos costos tienen como fuente los estándares del proyecto piloto del MIS y significan una inversión inicial de aproximadamente Q 15.9 millones en 2012, hasta totalizar, en 2021, aproximadamente Q 205.9 millones.

Esfera de infraestructura:

Para la cuantificación de la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios de salud del primer nivel se tuvo como punto de partida la propuesta de implementación de territorios y sectores con base en los supuestos geográficos realizados. De tal cuenta, se procedió a recopilar información sobre la infraestructura existente en los municipios priorizados, obteniéndose registros del *Pre censo de infraestructura* del MSPAS que contiene información para 2009. Con base en dichos registros se procedió a tabular las instalaciones de puestos de salud disponibles, a los cuales se les calculó un

costo de remozamiento para que cumplan con los requerimientos de una estructura prestadora de servicios de salud.

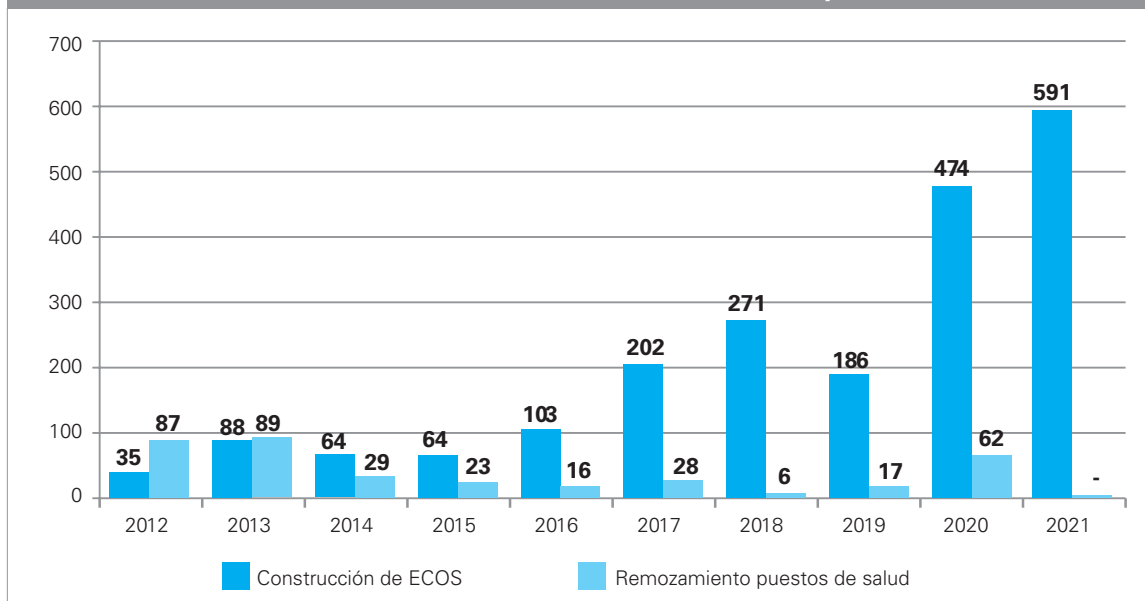
Por su parte, al déficit de instalaciones cuantificado se le aplicó un costo de construcción, el cual fue estimado por un experto en el área con base en las especificaciones establecidas por el MSPAS, las cuales fueron validadas con las adjudicaciones publicadas en Guatecompras durante 2010 y 2011. Dicho costo incluyó costos directos e indirectos, costo de campamento y la estimación de costos adicionales por el traslado de materiales de construcción a lugares alejados del área metropolitana del país. Al respecto, pudo establecerse que se requiere la construcción de un total de 2,078 Casas de Salud Comunitarias (CSC), que es la estructura física en donde se ubica el Equipo Comunitario de Salud (Ecos) y en donde se realizan diferentes acciones de atención³⁷ y el remozamiento de 357 puestos de salud.

Como puede observarse en la siguiente gráfica, se asumió que durante los primeros años los esfuerzos se enfocarían en remozar las instalaciones existentes para avanzar

Gráfica 31

**Propuesta de expansión del Mais en los 125 municipios priorizados
Infraestructura a construir y remodelar
(2012-2021)**

Cifras en valores absolutos indican número de puestos



Fuente: Icefi con base en información de Segeplan, proyecto piloto MIS y MSPAS.

37 Médicos Mundi Navarra, Guatemala (2008). «Del dicho al hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente».

en la construcción de la infraestructura necesaria.

Adicionalmente, se estimó el costo de equipamiento tanto para Ecos como para Eapas, con base en la información del proyecto piloto del MIS, el cual incluye vehículos de transporte y mobiliario y equipo. Cabe indicar que se hizo una estimación extra en una construcción por territorio, equivalente a un ambiente de 30 m² para la instalación de la oficina del Eapas.

Finalmente, se efectuó una estimación del costo de depreciación del equipo para calcular la reposición del mismo en el tiempo, de manera que se garantice que las instalaciones estarán en las condiciones apropiadas para una atención de calidad a la población guatemalteca. Cabe mencionar que también se hizo un cálculo del incremento que han tenido los materiales de construcción, con miras a realizar las proyecciones correspondientes. De esta forma, los cálculos indican que se requerirá una inversión inicial, en 2012, de aproximadamente Q 50.5 millones y que la misma totalizará aproximadamente Q 778.8 millones en 2021.

Esfera de medicamentos:

Tal como fue abordado en secciones anteriores, el gasto en medicamentos genera un gasto de bolsillo que para hogares en condiciones de pobreza y pobreza extrema representa una fuerte carga económica, la cual en muchas ocasiones es difícil de cubrir. Como podrá colegirse, ello complica las condiciones de salud de los y las guatemaltecas. En este aspecto, el Mais prevé la dotación de medicamentos a la población atendida, esfuerzo que se encamina a atender situaciones que clínicamente pueden ser resueltas en este nivel de atención.

Al respecto, derivado de algunas limitaciones en información básica para hacer cálculos de demanda en los servicios de salud del primer nivel en el ámbito municipal, en el presente ejercicio se procedió a estimar el gasto en medicamentos con base en la información del ejercicio piloto del MIS,

construyendo para el efecto un indicador que evidencia que, en promedio, el gasto en medicamentos ascendió a un total de Q 31.00 quetzales *per cápita* durante 2011. Este indicador fue aplicado a las proyecciones de población realizadas para obtener el valor de la demanda de medicamentos durante el período en estudio.

De tal forma, las estimaciones indican que se prevé un gasto de Q 20.9 millones en 2012, totalizando en 2021 un aproximado de Q 336.9 millones. Es conveniente indicar que los medicamentos previstos están en concordancia con lo establecido en las *Normas de atención en salud integral* estipuladas por el MSPAS, destacando la provisión de analgésicos, antibióticos, material quirúrgico menor, medicamentos para el tratamiento de infecciones del tracto urinario y materiales de atención ginecológicos y obstétricos, entre otros.

En esta esfera, una asignatura pendiente y que aportaría en el ámbito de la gestión y la transparencia es un análisis profundo de la *Ley de Compras y Contrataciones del Estado*, con las reformas que el caso amerite. Ello, con el propósito de dotar al MSPAS de un instrumento que agilice la compra de medicamentos en un marco de eficiencia y transparencia, que asegure además costos competitivos en la compra de medicamentos y que colabore en la logística de distribución hacia las áreas priorizadas, especialmente porque las mismas se encuentran mayoritariamente en el área rural del país.

Esfera del sistema de información:

Con el objetivo de mejorar la calidad y cobertura de la atención de los servicios de salud en el primer nivel, la implementación del Mais necesita como un requisito indispensable saber quiénes son los niños, niñas, padres, madres y abuelos a quienes irán dirigidos los esfuerzos. Ello implica conocer sus características individuales, sus condiciones de vida y el lugar donde viven, con la finalidad de desarrollar acciones específicas y, a la vez, dar seguimiento a las acciones que permitan evaluar los progresos realizados.

El sistema de información actual del MSPAS ha iniciado una transición desde un modelo que no registra individuos sino agregados y promedios, con pobre análisis, hacia otro con registros individuales, con muchas posibilidades de realizar análisis más precisos y coherentes con la realidad de salud nacional y local. En el proceso de implementación del Mais se contempla la consolidación de un registro individual que incluye información sobre los problemas de salud, ubicación geográfica y característica familiares, de manera que sea posible realizar el proceso de seguimiento y evaluación de cualquier estrategia. Afortunadamente, este sistema de información ya está disponible en cuanto a *software*, siendo compatible con la plataforma del Sigsa.

En ese marco y tomando como punto de partida la información financiera del ejercicio piloto del MIS, se procedió a realizar el costeo del sistema de información, el cual incluye equipo de cómputo, recurso humano y su capacitación y costos de mantenimiento asociados, con base en los supuestos de implementación del Mais discutidos ampliamente en el presente ejercicio. Ello indica que se requiere un esfuerzo de Q 5.0 millones en 2012, hasta totalizar aproximadamente Q 45.9 millones en 2021.

Es importante recalcar que la apropiada implementación del sistema de información forma parte de la columna vertebral del Mais, pues los indicadores y el seguimiento de casos constituyen un insumo básico para que la atención tenga la calidad requerida por un servicio de salud que garantice pertinencia cultural y sea incluyente.

Esfera de gestión:

Una buena parte del éxito de las medidas propuestas tiene relación directa con una mejora en la gestión de las políticas públicas. En este aspecto, la gestión del MSPAS, Minfin, Onsec y Segeplan juega un papel fundamental para la consecución de los objetivos propuestos, pues por una parte

se requiere una mejora en la gestión del recurso humano y, por la otra, es de suma importancia introducir un sistema de gestión, evaluación y seguimiento que permita agilizar el financiamiento hacia el sector y la canalización de los recursos necesarios.

Al respecto, se considera oportuno enfatizar que existe una necesidad muy sentida de contar con un programa de formación continua que permita a los funcionarios de la salud adquirir las competencias gerenciales que orienten su actividades hacia una visión estratégica del sector, lo cual incluye una planificación de corto, mediano y largo plazos bajo una visión y objetivos claros. Sin duda, este proceso requerirá recursos, a la vez que pone de manifiesto otras necesidades para asegurar el éxito de las intervenciones propuestas; tal es el caso de la generación de un ciclo de monitoreo continuo que, además, introduzca prácticas sanas como evaluaciones de impacto y el seguimiento de indicadores para medir la gestión realizada. Derivado de estas consideraciones, se propone provisionar recursos para hacer frente a estas necesidades con montos que oscilan aproximadamente entre Q 3.0 millones en 2012 y Q 48.9 en 2021.

Esfera de nutrición:

La publicación *¡Contamos!* núm. 4, «Protegiendo la nueva cosecha»,³⁸ incluye un análisis del costo de erradicar el hambre en Guatemala durante el período 2012-2021. Un eje central de las intervenciones allí contenidas es el relativo a la implementación de un sistema de salud que garantice la nutrición. En dicha publicación, una de las premisas fundamentales para la conducción de las intervenciones propuestas es la implementación del Mais en los 125 municipios priorizados en el presente documento. Es decir, que ambas publicaciones (la presente y el referido boletín) siguen una misma lógica de temporalidad, supuestos y técnica de costeo, razón por la cual se consideró de vital importancia hacer un apartado especial donde se detallen, en concordancia con

38 Icfef-Unicef (2011). «Protegiendo la nueva cosecha. Un análisis del costo de erradicar el hambre en Guatemala, 2012-2021». *¡Contamos!* número 4. Guatemala.



©UNICEF/Rolando Chew

la publicación referida, las intervenciones indispensables. Ello, con la finalidad de que el combate a la desnutrición sea una prioridad dentro de los servicios de salud del primer nivel, los cuales se espera sean prestados con un enfoque de integración horizontal que involucre a las familias como sujetos de las intervenciones.

De esa cuenta, a continuación se ofrece una descripción de los principales programas que son encaminados hacia el combate de este terrible flagelo que afecta a alrededor de un 1,300,000 niños y niñas en Guatemala. Cabe recordar que, según las cifras de la *Ensmi 2008-2009*, el promedio nacional de desnutrición crónica (49.8%) oculta aún mayores desigualdades; por ejemplo, el porcentaje de niñas y niños indígenas desnutridos (65.9%) es superior a lo observado en el país con mayor desnutrición del mundo (Afganistán, 59%).

Mifapro+

La experiencia internacional evidencia que los programas de transferencias condicionadas —tal el caso de «Mi Familia Progresas», Mifapro— logran importantes impactos que revierten la desnutrición crónica. Valga citar el caso de Colombia, país que a través de su programa Familias en Acción, instituido en 2001, ha logrado reducir en 9 puntos porcentuales la tasa de desnutrición crónica. Por su parte, dentro del Plan Hambre Cero de Brasil se encuentra el programa Bolsa Familia, el cual provee una transferencia a aquellas familias en situación de pobreza, es decir, con ingresos *per cápita* de hasta

US\$ 120.00 mensuales. Esto ha tenido como impacto que sus beneficiarios estén gastando alrededor del 76% de la transferencia en compra de alimentos, además de que los hijos de las familias beneficiarias que tienen entre 6 y 11 meses tengan un 62% menos de probabilidades de sufrir desnutrición crónica que los hijos de las familias no beneficiarias (Mimdes, 2007).

De tal manera, es razonable concluir que la institucionalización de Mifapro es un aporte importante para que el impacto de los programas de transferencias condicionadas continúe para las poblaciones objetivo en un horizonte de largo plazo. Derivado de los análisis realizados, la presente propuesta, además de considerar indispensable la vigencia de Mifapro, propone mejorar la calidad de la condicionalidad solicitada a sus beneficiarios.

En tal sentido, se propone que a Mifapro sea incorporada como condicionalidad la realización de controles en el sistema de salud que evidencien el crecimiento de los niños y niñas, tanto en peso como en talla. Por este motivo, se renombra el programa como Mifapro+. Ello significa que la asistencia al centro de salud no es suficiente para mantener la transferencia: se requiere que los niños y niñas demuestren un claro progreso en su crecimiento, para lo cual la implementación del Mais permite crear las alertas correspondientes que generen una intervención oportuna, en el caso de que las condiciones de nutrición de un niño o una niña ameriten su tratamiento ambulatorio en la comunidad, o la dotación de alimento complementario. En consecuencia, el presente ejercicio no prevé ningún costo

monetario asociado con la intervención, pues no se busca modificar el monto de la transferencia, sino la condicionalidad a la cual se encuentra sujeta.

Provisión universal de micronutrientes a niños de entre 0 y 3 años y mujeres en estado de gestación

Las deficiencias de micronutrientes, tales como vitamina A, hierro, yodo, ácido fólico y zinc, producen una diversidad de problemas que son prevenibles mediante su provisión. La deficiencia de hierro se asocia con déficits del crecimiento, el desarrollo cognitivo y la función inmunológica en preescolares. La deficiencia de zinc provoca complicaciones en el embarazo, bajo peso al nacer, mayor morbilidad infantil y retardo en el crecimiento. La deficiencia de vitamina A genera un mayor riesgo de retardo en el crecimiento, deterioro del desarrollo y alteración del sistema inmunológico. La deficiencia de ácido fólico se vincula con problemas del tubo neural y bajo peso al nacer; la deficiencia de yodo durante la gestación produce retardo severo del desarrollo psicomotor y del crecimiento en el niño.^{39,40,41}

Dada su importancia, la propuesta de este ejercicio consiste en universalizar la provisión de micronutrientes, anclándola con el programa de inmunizaciones. De acuerdo con la experiencia internacional y los actuales esfuerzos por parte del MSPAS, se ha seleccionado el costeo de Micronutrientes Múltiples en Polvo, conocidos mejor como «Chispitas Nutricionales», que consiste en un sobre que contiene un polvo seco y sin sabor el cual provee una combinación de micronutrientes tales como hierro, zinc, vitamina A, vitamina C y ácido fólico. Estos sobres pueden ser administrados a niños y niñas desde los 6 meses hasta los 2 años.

La dosis consiste en un sobre diario durante 60 días continuos, el cual se puede mezclar con la comida al momento de su ingesta (Nutrinet, 2011). De acuerdo con Sinclair (2008), en un estudio piloto realizado en Alta Verapaz para evaluar la factibilidad de introducir Chispitas Nutricionales en Guatemala, pudo concluirse que las mismas eran una intervención apropiada para la población en estudio, recomendándose que su distribución se realizara a nivel nacional pero manteniendo una apropiada focalización en la población situada en áreas rurales de bajos ingresos. Dicho estudio concluyó que el 84.4% de los casos logró una apropiada administración de los micronutrientes suministrados.

Según *Micronutrient Initiative* (MI, por sus siglas en inglés), organización que trabaja para eliminar las deficiencias de vitaminas y minerales en la población más vulnerable a nivel mundial, existe evidencia que en Bangladesh la dotación de Chispitas Nutricionales permitió reducir la prevalencia de la anemia de 72 al 30%, en niños de entre 6 y 24 meses. Por su parte, de acuerdo con el Consenso de Copenhague de 2008 (reunión en la cual se examinaron las soluciones económicas a los diez mayores retos de la humanidad), se estableció que la provisión de micronutrientes permite tener un beneficio de US\$ 17.00 por cada US\$ 1.00 invertido.⁴²

Considerando la importancia de la suplementación con estos micronutrientes, la propuesta es universalizar la provisión, vinculándola con el programa de inmunizaciones, dando la primera dotación para 60 días al recibir la tercera dosis de polio y la segunda dotación con la dosis de SPR. De esta manera se asegurará que todos los niños y niñas reciban la dotación de micronutrientes en los momentos correctos (a partir del sexto mes de vida) y se podrá monitorear el cumplimiento mediante un seguimiento individual.

39 Delgado HL. (2010). «Bases para el mejoramiento de la situación de desnutrición crónica en Guatemala». Informe técnico publicado por el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud, Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

40 R. Black, L. Allen, et al. (2008). *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences*, The Lancet, 371: 243-60.

41 Atalah E., Pizarro V., (2008). *Análisis de las mejoras prácticas recientes en América Latina en políticas de nutrición para cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio*. Cepal, pp. 19.

42 Horton, Alderman y Rivera (2008). *Sumario ejecutivo Consenso de Copenhague, malnutrición y hambre*.

Adicionalmente, en esta intervención se prevé la dotación de vitamina A y medicamento para desparasitación, de conformidad con las normas de atención de salud integral del primer y segundo nivel de atención establecidos por el MSPAS en su edición de 2010. Asimismo, se incluye la provisión del ácido fólico, hierro y vitaminas prenatales con flúor para las mujeres en estado de gestación, las cuales serán facilitadas en las consultas prenatales ofrecidas por los servicios de salud.

Para fines del ejercicio de costeo, se procedió a solicitar al MSPAS la información consolidada a nivel nacional referente a la suplementación con vitamina A y micronutrientes por edad. A partir de estos datos, se determinó la cobertura inicial de micronutrientes para niños de entre 0 y 3 años, lo cual se utilizó como supuesto en la presente intervención. Asimismo, con base en la *Ensmi 2008-2009* se determinó la cobertura inicial de micronutrientes de mujeres en condiciones de gestación.

De tal forma, planteándose una cobertura inicial de alrededor del 45% de micronutrientes en niños y del 35% en mujeres embarazadas, se consideró oportuno incluir como intervención la dotación de Chispitas Nutricionales, vitamina A y de medicamento desparasitante para niños, así como de ácido fólico, sulfato ferroso y vitaminas prenatales para el caso de las mujeres.

Los precios de los medicamentos se basan en tres fuentes: a) costos provistos por el modelo MIS correspondientes a las cifras actuales que maneja el MSPAS; b) proveedores privados de Chispitas Nutricionales (a los cuales se adicionó un costo de distribución aproximado del 20%) y, c) precios reportados en el portal de Guatecompras, para el caso de los micronutrientes destinados a madres embarazadas.

Los resultados indican que es previsible el requerimiento de aproximadamente Q 25.9 millones en 2012 de inversión inicial, para finalizar en 2021 con una cobertura universal que necesitaría una cifra estimada de Q 76.6 millones. Estas cifras están sujetas no solamente a la disponibilidad de los fondos necesarios para la compra de insumos, sino

también al fortalecimiento de la capacidad institucional del MSPAS para llevar a cabo las intervenciones, especialmente porque se considera fundamental la implementación progresiva del Mais para su consecución.

Dotación de alimentación complementaria

De conformidad con Horton, *et al.* (2010), dentro de un programa de intervenciones que han demostrado efectividad para reducir la desnutrición se encuentran aquellas relacionadas con la provisión de alimentos complementarios, los cuales además pueden ser fortificados con micronutrientes. Esta clase de programa ha demostrado efectividad para ayudar a prevenir y tratar los casos de desnutrición aguda moderada en niños de entre 6 y 23 meses, así como para tratar ambulatoriamente en la comunidad los casos de desnutrición aguda severa de niños y niñas menores de cinco años.

En esta temática conviene destacar el caso chileno, país que, por medio del Programa Nacional de Alimentación Complementaria, establecido en 1952, busca la distribución gratuita de alimentos para la población infantil y para mujeres en estado de gestación. Dicho programa entrega alimentos diferenciados según las necesidades nutricionales de cada grupo, abarcando dos coberturas: a) niños o niñas en condiciones de salud normales, en cuyo caso se otorga un programa básico; b) niños o niñas en riesgo de desnutrición o en condiciones de desnutrición, a quienes se atiende mediante un programa especial. Dentro de los alimentos provistos se encuentran la leche entera reforzada con minerales esenciales, fórmula láctea y vegetal reforzada con minerales y el producto Mi Sopita, el cual es destinado a niños en riesgo de desnutrición y desnutridos. Chile ha logrado, entre 1960 y 2000, erradicar la desnutrición infantil al pasar de un 37.0 a un 2.9% de incidencia en niños y niñas entre 0 y 6 años.

De tal forma, la presente propuesta busca proveer selectivamente alimentos complementarios, con un carácter netamente preventivo y no curativo, que busca focalizar la intervención en las



©UNICEF/Rolando Chew

mujeres embarazadas, las madres lactantes y los niños y niñas menores de 3 años. Al igual que el programa de micronutrientes, no debe verse como un programa aislado, pues sus efectos serían nulos. Se necesita que sea sujeto de un eficiente monitoreo para evaluar si está surtiendo los efectos deseados, por lo cual se propone anclarlo al programa de salud individual y familiar dentro del Mais, en donde mediante los registros individuales se puede detectar de manera precoz cuando un niño no está creciendo adecuadamente o cuando una mujer embarazada no alcanza el peso ideal con las medidas de educación nutricional y consejería. De ocurrir una alerta temprana, se destina a esas familias una provisión regular de alimento complementario durante al menos un año, en niños y niñas, y durante el embarazo y período de lactancia en las mujeres embarazadas. Este programa puede enfrentar problemas de focalización si se permite el ingreso a no elegibles o los elegibles quedan fuera, por lo cual un eficiente sistema de información (como el propuesto dentro del esquema del Mais) puede ser la respuesta a esta amenaza, aunado al fortalecimiento gradual de las competencias del MSPAS dentro del marco de implementación del referido Modelo.

De tal forma, al analizar factores de aceptación, pertinencia cultural y logística, se considera apropiado para el ejercicio de costeo la entrega del producto Incaparina como alimento suplementario, para el cual se asume una dotación de cuatro libras mensuales por cada niño de entre 6 y 24 meses que se encuentre en condiciones de desnutrición crónica o con riesgo de padecer de la misma, de conformidad con los criterios de monitoreo del programa familiar y comunitario del Mais.

Como cobertura inicial se utilizó la misma del programa de micronutrientes, es decir un 45%, pues es posible suponer que la entrega de alimento complementario coincide —en cuanto a condiciones de entrega— con las Chispitas Nutricionales, siendo un aspecto muy importante de esta intervención que se cuente con el apoyo logístico de la empresa distribuidora del producto para asegurar su disponibilidad y entrega a nivel nacional.

Con estos supuestos, la inversión inicial se aproximaría a Q 108.0 millones en 2012, llegándose a una inversión de Q 198.5 millones en 2021. Nótese que un supuesto de este cálculo es que durante la serie en estudio habrá una disminución de la desnutrición congruente con la *Enred*, aunada al crecimiento poblacional y los supuestos inflacionarios. Conviene destacar que para la implementación de esta intervención también es muy importante la revisión de la *Ley de Compras y Contrataciones*, para permitir que el proceso de adquisición del alimento complementario sea ágil y se cuente con la disponibilidad requerida en las áreas priorizadas.

Inmunizaciones

Tomando como base la información provista por el MSPAS relativa al consolidado de vacunación municipal de 2010 y de acuerdo con las estimaciones de población del INE para dicho año, pudo establecerse que la cobertura promedio del programa de inmunizaciones oscilaba entre el 50 y el 75%, dependiendo del tipo de vacuna y la edad de los niños, niñas y madres en estado de gestación que son sujetos del esquema de inmunizaciones. Dadas estas condiciones, se plantea el incremento de las

coberturas mediante un esfuerzo activo basado en los programas familiar y comunitario que podría permitir, en el horizonte de 10 años, lograr una cobertura universal en el programa de inmunizaciones.

En tal sentido, conviene aclarar que en el presente ejercicio solamente se costea la brecha de recursos que el MSPAS debería invertir para aumentar la cobertura, asumiendo que dicho Ministerio continuará, como hasta ahora, haciendo los esfuerzos correspondientes para mejorar la cobertura del programa. De esta forma, se estima que para 2012 se requeriría un esfuerzo adicional de Q 4.8 millones, llegando dicha cifra a totalizar, en 2021, alrededor de Q 68.6 millones.

a Q 125.18 millones (0.03% del PIB). Con esta inversión se persigue iniciar la expansión de los servicios, beneficiando aproximadamente a 643,495 habitantes. Con la velocidad de expansión prevista, se estima que para 2017 dicho monto ascienda a Q 578.72 millones (0.10% del PIB), con una población beneficiaria de alrededor de 2,286,745 habitantes. Finalmente, la implementación del Mais en los 125 municipios priorizados implica que, para el año 2021, el país debe estar preparado con Q 2,012.12 millones, cantidad que beneficiaría a un estimado de aproximadamente 6,672,518 personas.

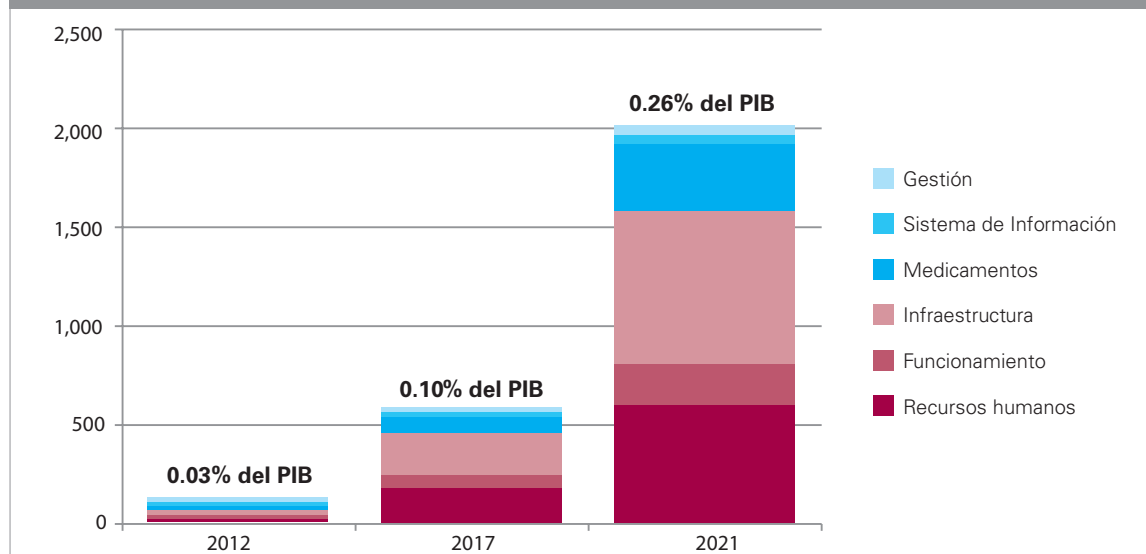
Al observar la evolución del ejercicio de costeo en el horizonte de tiempo previsto puede observarse que la inversión en infraestructura resulta ser un rubro importante, representando aproximadamente el 38% de los recursos necesarios. Por su parte, la inversión en recurso humano, en promedio, representa el 28%; le sigue el costo en medicamentos, el cual representa el 17% de los recursos necesarios para dotar a la población guatemalteca de servicios de salud en el primer nivel de atención que sean integrales, incluyentes y pertinentes culturalmente.

7.1 FINALMENTE, ¿CUÁNTO NOS CUESTA EL REMEDIO A NUESTROS MALES?

Haciendo un resumen de las esferas esbozadas para la implementación del Mais en el primer nivel de atención, puede concluirse que la inversión estimada asciende, en 2012,

Gráfica 32

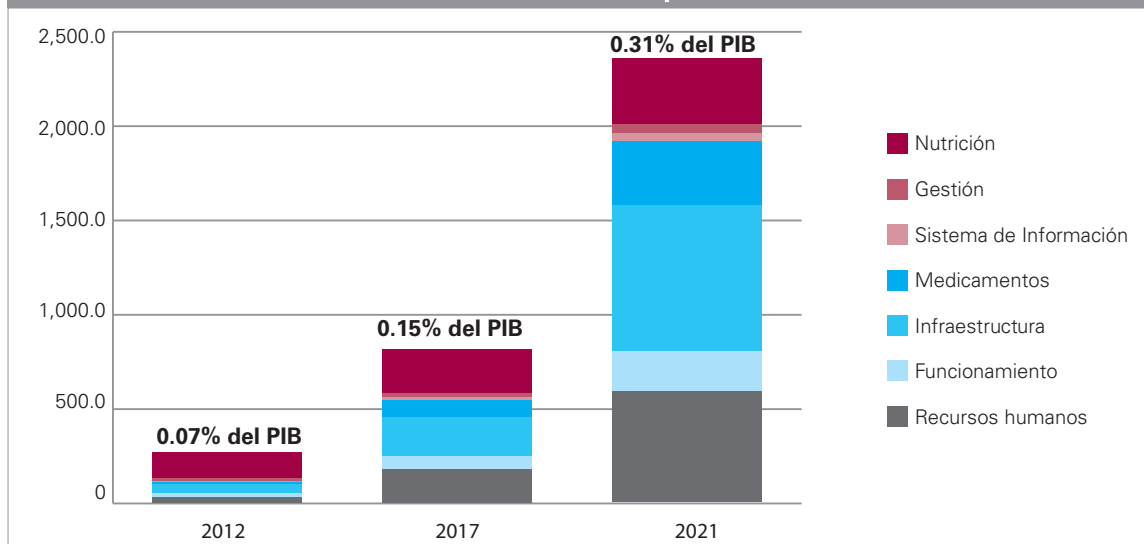
Costos de las esferas necesarias para la implementación del Mais en el primer nivel de atención (2012-2021)
Cifras en millones de quetzales



Fuente: Icefi-Unicef según estimaciones propias, con base en información del proyecto piloto del MIS, Segeplan, MSPAS e INE, entre otros.

Gráfica 33

Costos de las esferas necesarias para la implementación del Mais en el primer nivel de atención, más componente de nutrición (2012-2021) Cifras en millones de quetzales



Fuente: Icefi-Unicef según estimaciones propias, con base en información del proyecto piloto del MIS, Segeplan, MSPAS e INE, entre otros.

Al incluir los costos relacionados con el componente de nutrición puede verificarse que se requiere una inversión de Q 263.9 millones en 2012, hasta concluir en 2021 con un total de Q 2,355.8 millones, cantidad que representa el 0.31% del PIB (vease gráfica 33).

7.2 ¿QUÉ CAMBIA EN GUATEMALA CON LA PROPUESTA REALIZADA?

La implementación del Mais en el primer nivel de atención permite reflexionar sobre los cambios en varios indicadores que han sido discutidos a lo largo del documento, tal es el caso de la tasa de mortalidad materna e infantil. Lamentablemente, Guatemala padece la carencia de información estadística y de estudios de línea basal o de evaluaciones de impacto de calidad que permitan medir con precisión el efecto de las intervenciones propuestas. Esta situación hace más necesario considerar que en la esfera de gestión se

enfrenta la importante tarea de generar información que afiance la medición y la evaluación del desempeño de los recursos invertidos.

Existe evidencia (tal es el caso de los estudios en Brasil y el estudio de 2005 sobre el análisis de costo efectividad en países en desarrollo acerca de estrategias de salud maternal y neonatal)⁴³ que señala que las intervenciones preventivas a nivel comunitario son altamente costo efectivas. Sirva de ejemplo que el grupo de países en que se encuentra Guatemala indica que la promoción de la lactancia materna, que cuenta con un 80% de cobertura en los servicios de salud del primer nivel, puede lograr una disminución del 18% de muertes infantiles en su segundo año de intervención. Cabe destacar que el Mais, por conducto de su programa familiar y comunitario, tiene un componente muy importante de acompañamiento y educación en esta materia, a la vez que brinda educación en salud sexual y reproductiva, prácticas de higiene y seguimiento nutricional en el hogar.

Por lo tanto, con el objetivo de reflexionar sobre el posible impacto que una mejora en

43 Fort, MP. (2011). *Op. Cit.*

los servicios del primer nivel representa para Guatemala, se ha procedido a utilizar los principales resultados del ejercicio de costeo para medir el cambio en los indicadores de densidad de médicos y enfermeras contratados por el MSPAS, así como la cobertura de infraestructura en los servicios de salud. Se espera, de esta manera, delinear el posible escenario que enfrentarán los servicios de salud al priorizar estas inversiones.

De conformidad con la OMS,⁴⁴ formar al recurso humano necesario para avanzar hacia el cumplimiento de los objetivos del sistema de salud de un país es uno de los mayores retos que enfrentan las autoridades a cargo. La OMS expresa que, metodológicamente, no existe un estándar de oro que exprese la suficiencia de la fuerza de trabajo requerida en el sector de la salud para atender a la población objetivo. No obstante, según su *Reporte mundial* de 2006, esta institución estima que aquellos países que cuentan con menos de 23 profesionales de la salud (médicos, enfermeras y comadronas especializadas, entre otros) por cada 10,000 habitantes, generalmente fallan en lograr una adecuada cobertura en las intervenciones del primer nivel de salud priorizadas en los ODM.

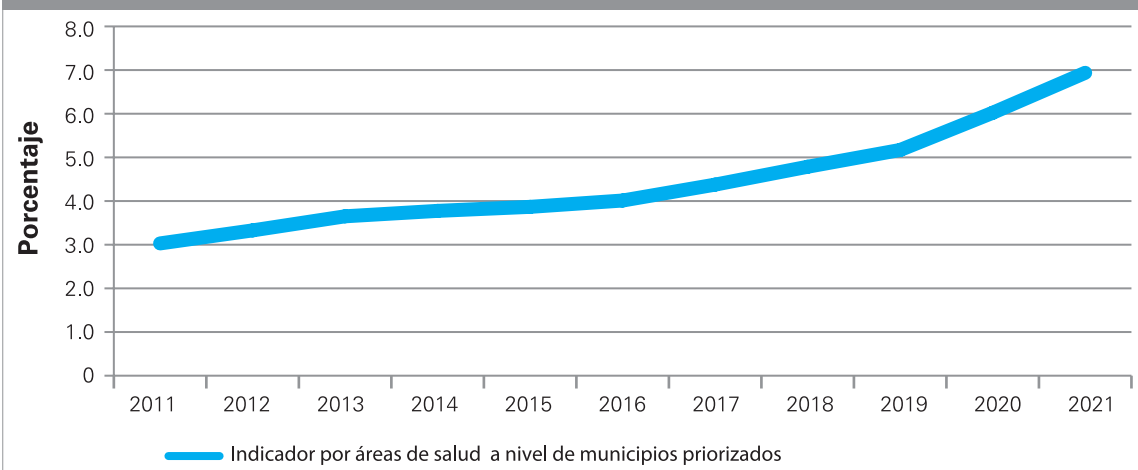
Tal como fue comentado anteriormente, Guatemala cuenta con indicadores muy

por debajo de este estándar. Al respecto, partiendo de información del MSPAS sobre las áreas de salud en los municipios priorizados, pudo establecerse que el estándar alrededor del año 2010 se ubicaba en 3.0 profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes. Sin embargo, tomando en consideración la velocidad de implementación de la propuesta descrita, podría esperarse que para 2017 este indicador se ubique en 4.4 y que llegue a totalizar 6.9 en 2021.

Tal como lo expresó la OMS, no existe un estándar de oro, lo cual resulta una consideración importante, especialmente si se toma en cuenta que la realidad guatemalteca es por demás heterogénea. No obstante, cabe subrayar que, de no priorizar las intervenciones propuestas, dado el crecimiento poblacional esperado para el país, habrá una fuerte presión para los servicios de salud, por lo cual una mejoría en la cobertura con atención de calidad y tratando de disminuir el costo de bolsillo en que incurren los hogares, redundará en una mejora en las condiciones de salud de los y las guatemaltecos en las áreas priorizadas a partir de criterios de mayor vulnerabilidad. Como es obvio, esto abona los esfuerzos por mejorar la equidad en la cobertura.

Gráfica 34

Densidad de médicos y enfermeras contratados por el MSPAS según el estándar de 25 por cada 10,000 habitantes y relación 1:1 en los municipios priorizados del país



Fuente: Icefi-Unicef según estimaciones propias, con base en información del proyecto piloto del MIS, Segeplan, MSPAS e INE, entre otros.

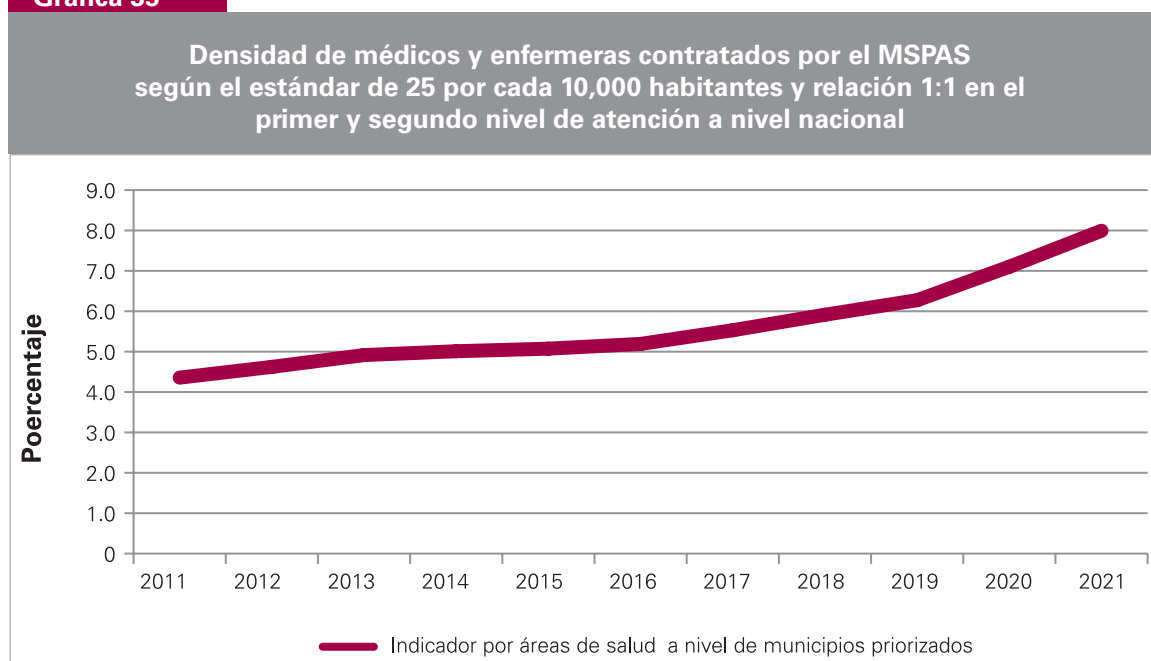
44 Organización Mundial de la Salud, World Health Statistics 2011, Indicator compendium

Adicionalmente, si se considera la situación del indicador en mención a nivel nacional, puede observarse que de un umbral de 4.4 profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes, en 2012, podría totalizarse 8.0 profesionales de la salud en 2021. Es importante aclarar que estos indicadores corresponden únicamente a la información de las áreas de salud del primer y segundo nivel de atención, es decir que los datos excluyen el personal que labora en el sistema hospitalario del país (ver gráfica 35).

Finalmente, si se considera el estándar internacional de cobertura de infraestructura

y la situación de oferta en los municipios priorizados (observada con base en el ya referido *Pre censo de infraestructura* del MSPAS), se tiene que luego de una cobertura en 2010 de 714,000 habitantes, podría alcanzarse una cobertura de 4,870,000 habitantes en 2021. Esto implica que, finalmente, la población en condiciones de mayor vulnerabilidad alcanzaría una cobertura que le permitiría tener acceso a servicios más cercanos a sus comunidades, de carácter fijo y no itinerante y con personal capacitado para su atención (veer tabla 16).

Gráfica 35



Fuente: Icefi-Unicef, con base en información del ejercicio de costeo realizado y MSPAS.

Tabla 16

Número de servicios por tipo y cobertura teórica según estándares internacionales

Año	Número	Estándar internacional de cobertura	Población cubierta según estándar
2010	357	Uno por cada 2,000 habitantes	714,000 habitantes
2012	392		784,000 habitantes
2017	913		1,826,000 habitantes
2021	2,435		4,870,000 habitantes

Fuente: Icefi-Unicef, con datos del ejercicio de costeo y MSPAS, *Pre censo de infraestructura pública de salud*.

7.3 ¿CÓMO FINANCIAR LOS COSTOS DE LAS INTERVENCIONES?

Existe una serie de condicionamientos para la movilización de recursos destinados a la mejora de los servicios de salud del primer nivel de atención. Entre éstos, destacan el bajo nivel de ingresos tributarios del Estado guatemalteco, las rigideces presupuestarias y los compromisos de gasto, así como el marco de compromisos asumidos como parte del Pacto Fiscal.

En cuanto a los ingresos tributarios, las proyecciones del Ministerio de Finanzas Públicas (Minfin) sitúan en los próximos años una carga tributaria en torno al 11% como proporción del PIB. A pesar de los esfuerzos de los últimos 4 años encaminados al incremento de los ingresos, las proyecciones futuras de ingresos no contemplan nada más que la aprobación de la *Ley Antievasión II*, la cual podría incrementar los recursos del Estado en aproximadamente Q 1,000 millones.

Además de esta ausencia de planes para aumentar los ingresos tributarios, éstos muestran rigideces importantes como resultado de las persistentes exoneraciones y exenciones tributarias; así también, como efecto de la tradicional oposición política que han enfrentado diferentes intentos de reforma tributaria.

Las rigideces presupuestarias constituyen otro elemento importante para analizar, pues limitan la posibilidad de reasignar gastos para dedicarle una proporción mayor a los programas contra la desnutrición. Por un lado, existen Obligaciones del Estado a cargo del Tesoro que suman las asignaciones que tienen como propósito registrar los recursos financieros transferidos a los organismos y entidades del Estado y que no son imputados a ningún ministerio específico, por ser resultado de un mandato constitucional, leyes específicas y tratados internacionales.

Además, existen otras disposiciones legales que establecen un destino a los ingresos

ordinarios, los cuales deben utilizarse para financiar el funcionamiento de los organismos Legislativo, Ejecutivo y Judicial; el funcionamiento de la administración tributaria; el gasto para el desarrollo urbano y rural; el aporte patronal al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Igss) y la contribución a la educación superior. Lo anterior revela que, ante un aumento general de la disponibilidad de recursos, éstos no podrán destinarse exclusivamente a un solo fin, a menos que se adopten las medidas legales especiales para asegurar que así sea.

En los últimos años, las rigideces y los compromisos de gasto del gobierno central han superado en 0.08 centavos a cada quetzal que se registra como ingreso ordinario, lo que ha obligado al Estado a endeudarse para hacer frente a las necesidades más básicas de su quehacer.

Los compromisos establecidos en el Pacto Fiscal y en las directrices que han surgido de éste condicionan también la forma de movilizar recursos para el Estado. Por un lado, el Pacto afirma que es preciso contar con un sistema tributario globalmente progresivo. Es decir, la carga tributaria promedio que debe soportar cada ciudadano debe ir en aumento en la medida en que sus ingresos aumenten. La progresividad de la tributación también significa que, cuando aumente el ingreso de cada país, tenderá a aumentar más la tributación.

Por otro lado, el Pacto afirma que la estabilidad y la certeza en materia tributaria son fundamentales para reducir los riesgos de cambios imprevistos o arbitrarios, permitiendo que los contribuyentes puedan prever el monto de sus obligaciones tributarias además de avanzar hacia la simplificación de la legislación tributaria. Finalmente, deberá favorecerse la descentralización fiscal, que consiste en la transferencia de recursos y capacidades entre entes autónomos de nivel jerárquico distinto, con el objeto de mejorar la provisión y calidad de los servicios públicos y ampliar el acceso, gestión, mantenimiento, control ciudadano, sostenibilidad y transparencia de los mismos.

En este contexto, se exponen a continuación algunas alternativas que permitirían movilizar recursos para lograr la implementación del Mais en los 125 municipios priorizados:

Reorientación del presupuesto del MSPAS

Derivado de la necesidad de movilizar fondos que permitan cubrir las intervenciones propuestas, una alternativa consiste en hacer un análisis de la asignación de fondos que presenta el MSPAS, con miras a encontrar una propuesta viable que permita reasignar fondos que actualmente se encuentran asignados al Programa de Extensión de Cobertura (PEC) en las áreas de salud donde se encuentran los municipios priorizados. La idea es que con dichos fondos pueda procederse a la implementación del Mais.

De acuerdo con las cifras que brinda el Sistema de Contabilidad Integrado (Sicoín), el presupuesto vigente del MSPAS para 2011 indica que la asignación en las áreas de salud de interés muestra un presupuesto de Q 154.2 millones destinados al PEC, financiados en un 83.5% mediante ingresos corrientes.

Para iniciar la implementación, sería importante añadir a esta asignación los esfuerzos que provengan de la cooperación internacional de países amigos y agencias de cooperación, los cuales podrían sumarse mediante proyectos de apoyo presupuestario destinados a las tareas que fueron descritas en el presente documento. Un ejemplo de esta cooperación es el convenio entre el Gobierno de Guatemala y el Reino de Suecia, el cual provee apoyo en los siguientes lugares, considerados áreas de salud: Ixil, Ixcán, Quiché, Huehuetenango y Alta Verapaz, por un monto de US\$ 11.2 millones en el período 2011-2013 (ver tabla 17).

Estas acciones podrían considerarse uno de los primeros pasos para movilizar recursos, a lo cual pueden agregarse las siguientes acciones en materia fiscal, tal como se detalla a continuación:

Reducción de exenciones

La renuncia tributaria o gasto tributario constituye una importante fuente de

Tabla 17

Asignación presupuestaria del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) por área de salud Cifras en millones de quetzales				
Código	Área de salud	Monto vigente al 09 de diciembre de 2011	Fuente de financiamiento	
			11 ingresos corrientes	52 préstamos externos
0210	Sololá	12.26	9.93	2.33
0211	Totonicapán	9.29	7.10	2.19
0211	Quetzaltenango	9.60	8.48	1.12
0215	San Marcos	19.80	18.41	1.39
0216	Huehuetenango	30.78	28.46	2.32
0217	Quiché	22.14	15.74	6.40
0218	Ixcán	3.50	1.86	1.64
0219	Baja Verapaz	8.92	7.74	1.17
0220	Alta Verapaz	31.24	27.48	3.75
0283	Área ixil	6.64	3.48	3.16
Total		154.17	128.69	25.48

Fuente: Icefi, con base en el Sicoín.



©UNICEF/Claudio Versiani

fragilidad fiscal. Es el resultado de la utilización de incentivos tributarios que se traducen en tratamientos preferenciales para sectores privilegiados por medio de la concesión de exoneraciones y exenciones de impuestos. Según los cálculos del Minfin, el gasto tributario ha representado en los últimos años cerca del 7% del PIB, es decir, el 70% de la recaudación total.

Según estudios realizados, al estimar el incremento en la recaudación que se produciría por la eliminación de las exoneraciones y exenciones, la proporción del PIB que se podría percibir estaría en torno al 3.2%. Si se realizan dos ajustes adicionales —como la no eliminación del mínimo vital exento de Q 36,000 y un ajuste por algunas subestimaciones del gasto tributario— se estima que el Estado podría recibir entre 0.8 y 1% del PIB.⁴⁵

Existe dificultad en reducir estos incentivos debido a la existencia de «derechos adquiridos» por algunas empresas. Afortunadamente, los convenios internacionales en materia de comercio han acordado eliminar cualquier tipo de privilegio fiscal para las empresas a partir de 2015, lo que podría dar pie a hacer los cambios necesarios en esta materia.

Aumento en el impuesto sobre la renta (ISR)

Esta medida permitiría avanzar en la ejecución de una política tributaria globalmente progresiva. Un incremento gradual del ISR aplicable a la renta bruta —que actualmente

se calcula como el 5% del ingreso bruto de personas y empresas— podría significar para el Estado un aumento en el mediano plazo de entre 0.2 y 0.6% del PIB.

En todo caso, una mayor movilidad de ingresos por la vía del ISR también podría lograrse por medio de la reducción de exenciones y exoneraciones de este impuesto.

Aumento del impuesto al valor agregado (IVA)

El IVA no aporta mucho a la construcción de una carga tributaria globalmente progresiva, más bien es un impuesto de carácter regresivo (paga más quien tiene menos). Sin embargo, es un impuesto de fácil recaudación y sus incrementos pueden convertirse en ingresos pre-asignados para el combate a la desnutrición (de la misma forma que el IVA-paz), ya que esto permitiría que el aumento de la carga tributaria fuese utilizado íntegramente para este fin.

El empleo de esta medida requeriría continuar avanzando en otras reformas que permitan mejorar su fiscalización y los controles contra la evasión y elusión. En el ejercicio actual, se proyecta un aumento gradual en la tasa del IVA de un 2%, que inicia en 2013 con un incremento de 0.5% y que sube en la medida en que aumenten las necesidades de financiamiento de las intervenciones desarrolladas en este documento. Con esta gradualidad, el IVA podría aumentar los ingresos del Estado entre 0.16 y 0.63% del PIB en el período estudiado.

45 Icfefi (2007). *Más y mejor educación en Guatemala (2008-2021). ¿Cuánto nos cuesta?* Preparado para el Proyecto Diálogo para la Inversión Social en Guatemala. Guatemala.

Fortalecimiento administrativo

La movilización de recursos para financiar las metas de combate a la desnutrición debe complementarse con programas antievasión, acompañados de un mejoramiento permanente de la efectividad de la administración tributaria. La persecución y el combate de los delitos tributarios aumentan la responsabilidad ciudadana. La aprobación de la *Ley Antievasión II* y la continua mejora de los mecanismos de eficiencia, eficacia y fiscalización fiscal podrían suponer un incremento de los ingresos tributarios de entre 0.06 y 0.2% del PIB en los próximos años.

Endeudamiento público y cooperación internacional

El endeudamiento público puede constituir una fuente inicial de financiamiento, mientras se ajusta la política fiscal y, en

particular, la política tributaria. Por otro lado, la comunidad internacional podría plegar todos sus esfuerzos o la mayor parte de estos a la lucha contra el hambre en Guatemala.

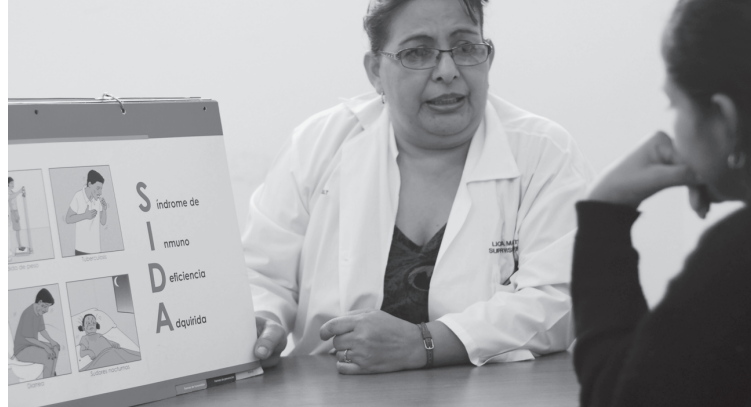
El presente ejercicio revela muchas formas de movilizar recursos para el financiamiento de la lucha contra la desnutrición. Sin embargo, las estimaciones técnicas no son suficientes para generar cambios en materia política. Es urgente que las y los ciudadanos de Guatemala se comprometan con la impostergable necesidad de enfrentar el hambre que padece la población, especialmente la niñez entre 0 y 5 años. Para que el Estado actúe, la sociedad debe demandar con la fuerza de su voto, aún más en período electoral, que el próximo presidente de la República de Guatemala haga de la lucha contra la desnutrición la bandera de un país menos desigual. Para lo mismo, la sociedad debe continuar con su demanda durante toda la legislatura.

Tabla 18

Posibles mecanismos para la movilización de recursos, como porcentaje del PIB de cada año

Concepto	2012	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021
Brecha a financiar	0.31	0.32	0.62	1.25	1.54	1.7
Reducción de exenciones	0	0.4	0.5	0.6	0.8	0.8
Aumento del ISR (7-9%)	0	0.2	0.2	0.3	0.6	0.6
Aumento del IVA (13-14%)	0	0.16	0.31	0.32	0.47	0.63
Fortalecimiento administrativo (antievasión y contrabando)	0.06	0.06	0.1	0.1	0.1	0.2
Endeudamiento público y cooperación internacional	0.25	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15

Fuente: Icefi-Unicef, según estimaciones propias.



©UNICEF/Anthony Asael

7.4 MIENTRAS AVANZAMOS EN LO ESTRATÉGICO, ¿QUÉ DEBEMOS HACER EN EL PRIMER AÑO DE GOBIERNO?

Ante la amplitud y dimensiones de los problemas del sistema de salud guatemalteco, resulta complejo elegir un grupo de intervenciones que podrían —o más bien, *deberían*— hacerse en el corto plazo, de manera que sienten las bases para la solución de problemas más complejos. A continuación se intenta sistematizar algunas de estas ideas, sin el ánimo de ser exhaustivos.

- a. **Ámbito de la gestión:** uno de los problemas que se suscitan al iniciar la nueva gestión del MSPAS es la ausencia de un plan general de salud que haga explícitos los objetivos y metas para los siguientes cuatro años de gestión ministerial. Si bien existen varios planes estratégicos que de alguna manera permitirían darle continuidad a los procesos previos, no hay claridad sobre lo que se quiere lograr, cuándo, con qué recursos y quiénes son los responsables. Se cuenta con algunos documentos que indican qué se ha hecho y por dónde podría seguirse; generalmente, el equipo que asume la conducción del MSPAS tiene un plan de gobierno que rara vez logra empatar con la realidad institucional, por lo que la ausencia de metas nacionales en salud no permite orientar las acciones. Una de las primeras acciones sería un proceso rápido de reflexión estratégica que defina con claridad el plan de los 4 años siguientes. En esta reflexión debiera tomarse en cuenta los procesos en marcha, las brechas y la realidad institucional.
- b. **Ámbito de la prestación de servicios:** los problemas de cobertura, dotación de equipo y recursos humanos son de tal complejidad que necesitan años para resolverse. Sin embargo, uno de los principales y más visibles problemas de este ámbito es la falta de medicamentos en los servicios. Por lo general, los medicamentos faltan en los servicios al inicio y al final del año debido a la falta de previsión y a problemas presupuestarios. La ronda de provisión generalmente se inicia priorizando los hospitales, situación que pone en desventaja a los servicios del primero y segundo nivel, con el consecuente incremento del riesgo en las poblaciones rurales más vulnerables y el aumento del descontento social. Esto afecta la gobernabilidad local e incrementa el gasto de bolsillo, contribuyendo al perverso ciclo de más enfermedad —más pobreza— más enfermedad. Una acción necesaria es redoblar los esfuerzos desde el principio del año para asegurar la dotación de medicamentos en todos los niveles de atención, enfatizando la transparencia y la rendición de cuentas.
- c. **Ámbito del financiamiento de los servicios:** a juzgar por lo expuesto en este documento, las modificaciones presupuestarias requieren al menos dos años para ser introducidas y utilizadas. Dado que estas recomendaciones se centran en el primer año de gobierno, la capacidad de maniobra debe enfatizar la distribución de los recursos en el territorio. Un elemento que se ha hecho muy evidente es que a partir de la política de gratuidad y el programa de transferencias condicionadas en



©UNICEF/Claudio Versiani

efectivo la demanda de servicios se ha incrementado de manera importante. No obstante, el presupuesto asignado a los servicios que deben responder a estas demandas incrementadas sigue sin variaciones. El incremento y dotación de recursos adecuados a estos servicios constituye una prioridad dentro de las acciones del primer año de gobierno.

- d. **Ámbito de la organización del MSPAS:** en la actualidad existe un importante desfase entre la estructura legal y funcional del MSPAS. En el reglamento interno vigente no se consideran tres viceministerios, ni otra serie de puestos (como los gerentes de las áreas de salud que, en la práctica, sí funcionan). Generalmente, en las distintas administraciones del MSPAS se reordena la estructura organizacional sin preocuparse por darle sustento legal a tal reordenamiento. Esto propicia presiones innecesarias en el presupuesto; asimismo, los administradores eventualmente generan problemas con la Contraloría General de Cuentas, lo que, a su vez, no abona al buen funcionamiento del Ministerio. Regularizar la estructura organizacional de acuerdo con las nuevas necesidades de gestión y los desafíos actuales es impostergable para la nueva administración en el primer año de gobierno.
- e. **Ámbito del sistema de información:** aun cuando la transición entre un sistema que capta y reporta la información de la salud en grandes agregados hacia otro con captura y reportes a nivel individual ya está en marcha, es necesario tomar la decisión política de continuar su implementación y dotarlo de recursos tanto económicos como políticos. Además, el hecho de que se esté a las puertas del nuevo censo nacional compele a que las autoridades del MSPAS logren ponerse de acuerdo con las autoridades del INE y el Renap al respecto de la utilización de las mismas poblaciones para la construcción de indicadores y al respecto de la taxonomía geográfica nacional, de manera que se pueda usar la misma información, indistintamente de la fuente.
- f. **Ámbito de la incidencia:** una tarea que generalmente postergan todas las administraciones que asumen la conducción del MSPAS es la convocatoria e integración del Consejo Nacional de Salud, instancia que está definida en el *Código de Salud* pero que nunca ha sido integrada. Si bien puede pensarse que una instancia de este tipo puede ser un contrapeso importante para la discrecionalidad con la que pueden moverse los Ministros, y por lo tanto no muy apetecida por éstos, también es una arena de negociación política que puede facilitar las tareas vinculadas con la rectoría que por mandato ejerce el MSPAS en el sector. Convocar e integrar el Consejo Nacional de Salud es, por consiguiente, una necesidad para el nuevo equipo en el primer año de gobierno.

CONCLUSIONES

- Guatemala reconoce la salud como un derecho humano y, por lo tanto, el Estado se hace responsable de su garantía. Existe en el país una serie de instrumentos legales que respaldan las acciones de universalidad, gratuidad e integralidad de los cuidados de la salud.
- En una evaluación sobre el derecho a la salud realizada por el Relator Especial del Derecho a la Salud de la Organización de las Naciones Unidas, Sr. Anand Grover, se enfatiza que en el país existen muchas desigualdades e inequidades que afectan la salud de poblaciones vulnerables, especialmente las mujeres y los pueblos indígenas.
- Los problemas de salud de Guatemala son complejos y diversos; por un lado, el perfil de enfermedad, muerte y discapacidad muestra que, en lugar de asistir a un proceso de transición epidemiológica en el que el predominio de los problemas infecciosos, parasitarios y carenciales es sustituido progresivamente por el de los problemas crónicos y degenerativos, asistimos a un proceso de mayor complejidad epidemiológica. Esta complejidad se caracteriza porque no se han resuelto los problemas transmisibles y se asiste a un traslape entre éstos y una creciente carga de problemas crónicos y degenerativos.
- Los datos muestran que no se puede hablar de un perfil epidemiológico homogéneo para el país sino más bien uno complejo, en donde para cada segmento de edad se tienen problemas distintos. Por ejemplo, en los niños y escolares existe un predominio de problemas infecciosos y nutricionales, pero también una importante proporción de problemas no transmisibles. Por otro lado, en el grupo de adolescentes y adultos las lesiones relacionadas con la violencia son las predominantes. En los adultos y adultos mayores los problemas crónicos y degenerativos prevalecen.
- Ante este panorama donde existe tal diversidad de problemas de salud resalta que, en las últimas décadas, el país se ha empeñado en desarrollar estrategias y servicios focalizados en la atención de mujeres con problemas reproductivos y niños con problemas infecciosos y nutricionales. Esta focalización es necesaria pero, en términos generales, ha rendido pocos frutos, al menos en la intensidad y velocidad de mejora deseada.
- Este énfasis en mujeres con problemas reproductivos y niños con problemas infecciosos y nutricionales ha dejado por fuera la atención de las mujeres con problemas no reproductivos, a los niños con problemas no infecciosos, a los adolescentes, a los jóvenes, los hombres y los adultos mayores. Esta falta de inclusión no solo agrava las desigualdades sociales, sino afecta la salud de las poblaciones más vulnerables por la vía del incremento

de los gastos en salud de los miembros del hogar no atendidos en los servicios públicos de salud, perpetuando el ciclo de más pobreza y más enfermedad.

- Ante una situación tan compleja y de tan grandes dimensiones, las capacidades del sistema de salud para enfrentar estos problemas son limitadas debido a varios factores: en primer lugar, el sistema es fragmentado en diversos proveedores que no logran coordinarse para hacer sinergias y segmentan a la población para atender los problemas de salud de acuerdo con su capacidad de pago y no por su condición de ciudadano. Esta falta de coordinación y extrema segmentación se desarrolla en un contexto sin regulaciones ni estándares de calidad. En segundo lugar, la institucionalidad pública de la salud, representada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), no cuenta con los recursos necesarios para atender las necesidades de salud de la población.
- La estructura actual del MSPAS tiene un importante desfase entre lo legal y lo funcional. Algunas figuras como el Viceministerio de Hospitales, por ejemplo, no están en el organigrama oficial, lo que indica que es necesaria una revisión y reestructura organizacional de la cartera de salud.
- En cuanto al modelo de gestión del MSPAS, predomina la gestión y proceso de formulación presupuestaria basada en las planificaciones históricas y en los escasos recursos con que se cuenta. Esto deja poco lugar para la planificación según las necesidades de salud de la población.
- La manera de programar dentro del MSPAS se realiza mediante programas verticales que no hacen sino fragmentar aún más la atención de la salud.
- Dentro del MSPAS, la evaluación y el monitoreo de las acciones e intervenciones realizadas es extremadamente débil y virtualmente inexistente a la hora de alimentar las decisiones financieras, administrativas y operativas.
- La vigilancia de las condiciones de salud de la población no sólo es incompleta y poco sistemática, sino que sus resultados no alimentan los procesos de toma de decisiones.
- Además de estos problemas organizacionales y de planificación, el MSPAS cuenta con un presupuesto insuficiente que ronda el 1% del PIB, situación que difiere mucho de otros países como Costa Rica o Belice, en donde los presupuestos de las autoridades sanitarias nacionales superan el 4% y el gasto público en salud es cercano al 6% del PIB.
- Además de las carencias presupuestarias, existe un importante atraso en la infraestructura pública de la salud, al extremo que los servicios actuales son suficientes para la población que Guatemala tenía en 1970.
- A la brecha de infraestructura se le agrega la falta de recursos humanos, la mala distribución de los mismos en el territorio nacional y las deplorables condiciones de trabajo de los y las trabajadoras de la salud. En el país se cuenta con una densidad de 0.4 médicos/enfermeras públicas por cada 1,000 habitantes, mientras que el estándar internacional es de 2.5 por cada 1,000 habitantes. Además, solamente uno de cada tres trabajadores de la salud cuenta con contrato fijo de trabajo; el resto es contratado en renglones no fijos, generalmente sin prestaciones laborales y con la necesidad de renovaciones anuales.
- Un elemento fundamental en el desarrollo adecuado del trabajo del MSPAS es la consolidación de un sistema de información basado en el registro individual de las personas y la inclusión de los procesos administrativos, logísticos, financieros y de recursos humanos al Sistema de Información Gerencial en Salud (Sigsa). Importantes avances se han generado en este sentido y se necesita continuarlos.
- Además de esta situación adversa, el modelo mediante el cual se atiende a la población

en los servicios tiene dos modalidades: una desarrollada por el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) que, luego de 13 años de existencia, no ha demostrado una verdadera ampliación de la atención de la salud de la población, sino la perpetuación y reproducción de las exclusiones, al ofrecer servicios basados en algunas intervenciones preventivas brindadas en su mayoría por personal voluntario y por equipos itinerantes que visitan las comunidades una vez por mes. El otro modelo es el desarrollado en los servicios permanentes del primero y segundo nivel, en los cuales se desarrollan las intervenciones que resultan de las normas de los programas, los que no necesariamente se coordinan y complementan.

- No extraña que, a pesar de que en los servicios de salud se implementan estrategias costo-efectivas de atención que han sido exitosas en otros contextos, en Guatemala los resultados son débiles, lentos y poco efectivos.
- En los últimos 2 años, el Ministerio inició la implementación del Modelo de Atención Integral de la Salud (Mais), en el que se integran los 20 programas verticales en 3 horizontales (individual, familiar y comunitario); se hace énfasis en la equidad de género y en la interculturalidad como rasgo central de la atención; y se basa en personal local capacitado e integrado a la estructura del MSPAS.
- La implementación de este Modelo no solo es deseable, sino viable desde el punto de vista financiero como se muestra en la matriz de costeo de intervenciones que se incluye en este documento.
- Se ha desarrollado un costeo incluyendo la construcción de infraestructura necesaria, el remozamiento de la actual, la contratación de trabajadores de la salud en renglones regulares, las capacitaciones del personal, el equipamiento, los medicamentos y el mantenimiento. Todos estos elementos permiten aproximarse al costo de implementación progresiva del modelo Mais.

RECOMENDACIONES

- Para hacer efectivo el derecho a la salud en Guatemala se requiere dotar al MSPAS de las herramientas adecuadas para este cometido.
- Una primera acción es dotarlo de los recursos financieros suficientes; obviamente esto implica dotar al Estado de dichos fondos mediante la promoción y aprobación de una reforma fiscal integral. También se necesita agilizar los procesos de asignación y utilización presupuestaria.
- Los recursos económicos con los que cuenta actualmente el MSPAS necesitan ser utilizados con mayor eficiencia, lo que implica una reestructuración de la organización y los procesos de gestión, desde la situación actual hacia otra donde se privilegie la gestión por desempeño.
- La estructura organizacional y programática del MSPAS necesita encontrar mecanismos de horizontalización para evitar mayor fragmentación en la atención. También se requiere, y la regularización, cuando sea pertinente, de las nuevas estructuras que han surgido de la necesidad, así como la creación de otras que faciliten las tareas vinculadas con los nuevos retos que enfrenta el Ministerio.
- Es necesario darle continuidad al esfuerzo realizado en el Sistema de Información Gerencial en Salud (Sigsa), especialmente en la integración de nuevos sub sistemas, en el desarrollo del registro individual y en el uso de la plataforma *web*.
- Es indispensable fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación de las acciones e intervenciones del Ministerio; asimismo, se necesita modernizar y consolidar los procesos de vigilancia de la salud de manera que logren alimentar las decisiones trascendentales dentro del MSPAS.
- Cualquier esfuerzo por mejorar la salud de la población pasa por mejorar las condiciones de trabajo de los servidores públicos de la salud, especialmente en lo que respecta a la regularización de sus contratos y la dignificación salarial.
- Es necesario recuperar la red pública de servicios, lo que implica reducir la contratación de ONG y la construcción de infraestructura pública fija en lugares estratégicos, iniciando por los municipios de mayor vulnerabilidad.
- Es indispensable desarrollar los mecanismos que aseguren el abastecimiento regular de medicamentos en todos los establecimientos públicos de la salud.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

Sigla	Nombre
ADPIC	Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio sobre los Aspectos de los Derechos de propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
AEC	Auxiliare de Enfermería Comunitaria
AVPP	Años de vida potenciales perdidos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
Caimi	Centro de Atención Integral Materno Infantil
CAP	Centro de Atención Permanente
CIDDM	Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
Cocode	Consejo Comunitario de Desarrollo
Comude	Consejo Municipal de Desarrollo
Cone	Coordinadora Nacional de Prestadoras de Servicios
CSC	Casa de Salud Comunitaria
DAS	Dirección de Área de Salud
Eapas	Equipo de Apoyo del Primer nivel de Atención en Salud
Endis 2005	<i>Encuesta nacional de discapacidad</i>
FMI	Fondo Monetario Internacional
GES	Garantía explícita en Salud
Icefi	Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales
Igss	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística

IPDH	Institución del Procurador de los Derechos Humanos
Mais	Modelo de Atención Integral en Salud
Minfin	Ministerio de Finanzas Públicas
MIS	Modelo Incluyente de Salud
MSPAS	Ministerio de Salud y Asistencia Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
Onsec	Oficina Nacional del Servicio Civil
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PIB	Producto Interno Bruto
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POA	Plan Operativo Anual
Renap	Registro Nacional de la Personas
RMM	Razón de la mortalidad materna
Sesan	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
Segeplan	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
Sias	Sistema Integrado de Atención en Salud
Sicoin	Sistema de Contabilidad Integrado
Sigsa	Sistema Gerencial de Información de la Salud
SNCS	Sistema Nacional Coordinado de Salud
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

BIBLIOGRAFÍA

Anand, Sudhir and Bärnighausen, Till (2004). «Human resources and health outcomes: cross-country econometric study». *Lancet*, Volume 364, Issue 9445, Pages: 1603-1609.

Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. París, diciembre.

_____ (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.

_____ (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.

Asamblea Nacional Constituyente (1986). *Constitución Política de la República de Guatemala*. Guatemala.

Cabezas Cruz, Evelio (2006). «Evolución de la mortalidad materna en Cuba». *Revista Cubana de Salud Pública*.

Cepal/Icefi (2009). «El financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales». División de Desarrollo Social. Santiago de Chile.

Cerezo, C., Rodríguez E., y 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.

Congreso de la República de Guatemala (1996). *Ley de Protección de las Personas de la Tercera Edad*. Decreto 80-96.

_____ (1996). *Código de la Niñez y Juventud*. Decreto 79-96.

_____ (1997). *Código de Salud*. Decreto 90-97.

_____ (1999). *Reglamento Interno del MSPAS*. Decreto 115-99.

_____ (2001). *Ley de Desarrollo Social*. Decreto 42-2001.

_____ (2005). *Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar*. Decreto 87-2005.

_____ (2005). *Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Decreto 32-2005.

—————● (2010). *Ley de Maternidad Saludable*. Decreto 32-2010.

—————● (2010). *Iniciativa de Ley Cobertura Universal y Financiamiento para la Atención Integral de la salud a las guatemaltecas y guatemaltecos de todo el país*. Dictamen favorable con cambios de la Comisión de Salud y Asistencia Social.

Cristia J., Evans W., et al. (2009). «Does Contracting Out Primary Care Services Improve Child Health? The Case of Guatemala». Submission for Population Association of America.

De Negri, Armando (2008). «El enfoque de los derechos humanos en la calidad de vida y la salud». *Health and Human Rights Perspective*, June 24.

Fort P. Meredith, Verdugo Juan C., et al. (2011). «Implementation and progress of an inclusive primary health care model in Guatemala: coverage, quality, and utilization. *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 30, núm. 3.

Gobierno de Guatemala y Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (1996). *Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria*. México, D. F.

Hogan C. Margaret, Foreman Kyle J., et al. (2010). «Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5». *Lancet*. Pages 1609-1623.

Horemans Dirk, et al. (2010). *Using targeted vouchers and health equity funds to improve access to skilled birth attendants for poor women: a case study in three rural health districts in Cambodia*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10:1.

Horton, Alderman y Rivera (2008). *Sumario ejecutivo Consenso de Copenhage, malnutrición y hambre*.

Icefi (2007). *Más y mejor educación en Guatemala (2008-2021). ¿Cuánto nos cuesta?* Preparado para el Proyecto Diálogo para la Inversión Social en Guatemala. Guatemala.

—————● (2011). «Protegiendo la nueva cosecha. Un análisis del costo de erradicar el hambre en Guatemala, 2012-2021». *¡Contamos!* número 4. Guatemala.

—————● (2011). «¿Cuánto hemos invertido en la niñez y adolescencia guatemalteca? Análisis del presupuesto del Gobierno Central, 2009-2011». *¡Contamos!* número 3. Guatemala.

Joint Learning Initiative (2004). «Human Resources for health, overcoming the crisis».

Macinko James, Guanais Frederico, et al., (2006). «Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002».

Mazariegos, Juan Carlos (2008). «¿Unos vivimos porque otros mueren?». *El Sistema de Salud en Guatemala*, Libro 8. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Médicos Mundi Navarra, Guatemala (2008). «Del dicho al hecho Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente».

—————● (2008). *Planes financieros del modelo incluyente en salud*. Guatemala.

Ministerio de Finanzas Públicas (2011). Sistema de Contabilidad Integrada, portal web: <https://sicoin.minfin.gob.gt/sicoinweb/login/frmlogin.htm>

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2010). *V Encuesta nacional de salud materno infantil 2008/2009*. Guatemala.
- Moscoso, Virginia y Flores, Moscoso (2008). «Retratos de muertes evitables». *El Sistema de Salud en Guatemala*, Libro 3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- MSPAS/CNE (2007). «Situación de la salud en Guatemala». Guatemala.
- Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala (2011). «Informe: situación de la niñez y adolescencia en Guatemala 2009-2010». Guatemala.
- Oficina Nacional del Servicio Civil (2010). «Manual de especificaciones de clases de puestos». Gobierno de Guatemala. Tercera edición, Guatemala.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Ginebra, Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). «Mortalidad materna y neonatal en América Latina y el Caribe, estrategias de reducción». Santiago de Chile.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2008). «Hacia dónde vamos, el sistema de salud de Guatemala». Síntesis, Libro 9.
- _____ (2010). *Guatemala: hacia un Estado para el desarrollo humano*. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009/2010.
- _____ (2010). *Informe de Desarrollo Humano para Centroamérica, 2009-2010*.
- Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (2009). «Evaluación del diseño e implementación del programa de extensión de cobertura». Gobierno de Guatemala.
- _____ (2008). «Vulnerabilidad de los municipios y calidad de vida de sus habitantes». Gobierno de Guatemala.
- _____ (2011). Planes de Desarrollo Municipales.
- Segeplan/MSPAS (2011). «Estudio nacional de mortalidad materna 2007». Guatemala, Serviprensa.
- Silva, Luis Carlos, Duran M., et al. (1990). «Mortalidad infantil y condiciones higiénico-sociales en las Américas. Un estudio de correlación». *Rev. Saúde públ.*, Sao Paulo.
- Taghreed, Adam, Stephen S. Lim, et al. (2005). «Achieving the millennium development goals for health, Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries». *British Medical Journal*, vol. 331, issue: 7525, pages: 1107-1110.
- The National Road Map Strategic Plan to Accelerate Reduction of Maternal, Newborn and Child Deaths in Tanzania 2008-2015* (2008).
- Vélez, Alba Lucía (2005). «La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alterno para acceder a los servicios de salud?». *Colombia Médica*, vol. 36, número 003, julio-septiembre. Cali, Colombia.
- World Health Organization (2011). *World health statistics 2011. Indicator compendium*.

ANEXOS

1. Análisis sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para mejorar el sistema de salud pública en Guatemala

(Matriz de análisis de determinantes y definición de indicadores propuesta para “El Remedio de Nuestros Males”)

Dimensión	Determinantes	Indicadores específicos para la mejora del sistema de salud pública en Guatemala
Habilitación para el medio ambiente	Normas sociales que conduzcan a la mejora del sistema de salud pública	Factores de influencia a nivel nacional y local que ayudan a comprender / entender que para la atención de salud se requieren servicios con calidad que se encuentren disponibles, sean incluyentes, integrales y con pertinencia cultural y cuya cobertura sea dirigida a la familia en forma sistémica
	Legislación / Institucionalidad / Políticas en apoyo para la mejora del sistema de salud pública	Leyes y políticas existentes que facilitan las intervenciones destinadas a la mejora de los servicios. Normas nacionales y políticas que se adaptan a estándares internacionales para acelerar la mejora en el sistema de salud pública Aprobación de iniciativas de ley relacionadas con la universalización de la salud
	Presupuesto / Gasto para la mejora del sistema de salud pública	Matriz con ejes prioritarios de inversión para la mejora del primer nivel de atención es costeadada. Monitoreo periódico de la asignación del presupuesto del MSPAS con respecto del PIB
	Gestión / Coordinación en apoyo a los mecanismos para la mejora del sistema de salud pública	(a) Existencia de mandatos claros y rendición de cuentas para la compra de insumos, medicamentos, construcción de infraestructura y contratación del recurso humano para el primer nivel de atención de la salud. (b) Evaluación periódica de la ejecución presupuestaria para verificar el desempeño de los ejes prioritarios para la mejora del primer nivel de atención. (c) Evaluación y monitoreo del Sistema Gerencial de Información de la Salud (Sigs), así como de la utilización de la información para la toma de decisiones.

Dimensión	Determinantes	Indicadores específicos para la mejora del sistema de salud pública en Guatemala
Suministros/ Oferta	Disponibilidad de productos esenciales / insumos para los servicios relacionados para la mejora del sistema de salud pública	% o número de programas en el presupuesto del MSPAS ligados a la mejora del primer nivel de atención de la salud que tienen mecanismos explícitos de seguimiento en los presupuestos y planes operativos anuales del Ministerio, sobre la adquisición, distribución y utilización de productos y servicios, en función de la mejora de la calidad y cobertura en el área geográfica determinada.
	Acceso a servicios públicos con personal, instalaciones e información adecuados del primer nivel de atención de la salud	Distancia media / promedio (en km) de la población marginada a los centros y puestos de salud para atención Seguimiento, a través del registro individual, de las personas atendidas en el primer nivel de la salud Densidad de médicos por 10,000 habitantes Densidad de infraestructura del primer nivel de salud por 2,000 habitantes
Demanda	Acceso financiero de la población a servicios del primer nivel de atención de la salud	% de la población atendida con gratuidad en los servicios Gasto de bolsillo de los hogares
	Prácticas sociales y culturales y creencias que ayudan a mejorar la salud	% de población priorizada que ha tenido acceso a educación para la nutrición y la salud % de servicios de salud del primer nivel que han desarrollado huertos con medicina tradicional curativa % de comadronas capacitadas en las comunidades priorizadas
	Continuidad de los servicios de salud para atender a los grupos en mayor desventaja	% de población atendida en los servicios de salud Reportes de producción de servicios Estadísticas de morbilidad de la población Estadísticas de mortalidad de la población Indicadores de mortalidad infantil Indicadores de mortalidad materna Indicadores de carga de enfermedad
Calidad	Aseguramiento de los mecanismos de seguimiento y control de la efectividad de las intervenciones para la mejora del sistema de salud pública	Registros de beneficiarios de los servicios de salud con base en el Sistema Gerencial de Información de la Salud (Sigsa) Informes de avance (ejecución y evaluación) sobre cada eje prioritario
	Integralidad de las políticas públicas para la mejora del sistema de salud pública	Cobertura integral de las intervenciones presupuestadas para la mejora de los servicios de salud del primer nivel

Impresión
Serviprensa

