

DesarrollApps

Una propuesta para el desarrollo de Guatemala



Salud



Sistema de Salud de Guatemala:

Fortaleciendo el Ministerio de Salud

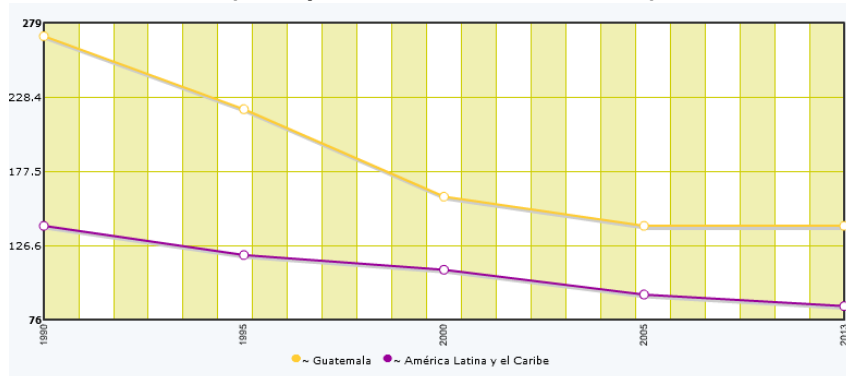
Introducción

El contexto actual en que el Ministerio de Salud decidió terminar con la modalidad del Programa de Extensión de Cobertura a través de la contratación de organizaciones no gubernamentales brinda la oportunidad de formular una nueva propuesta. Este informe tiene el propósito de presentar a grandes rasgos las condiciones de salud de la población junto con una breve descripción de los desafíos del sistema de salud, y posteriormente formula un conjunto de recomendaciones estratégicas que pueden servir como punto de partida para el desarrollo de planes operativos de la próxima administración.

Diagnóstico: Nuestro sistema de salud no logra responder a las necesidades de la población.

En las últimas décadas los principales indicadores demográficos y de salud de la población guatemalteca han mostrado mejoras. Por ejemplo, según cifras de la CEPAL del quinquenio 1990-1995 al 2010-2015 la esperanza de vida al nacer se incrementó de 63.5 a 71.3 años. Según los resultados de la Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil, la mortalidad infantil se redujo de 79 por cada mil nacidos vivos en 1987 a 34 en 2008/2009, y la prevalencia de la desnutrición crónica infantil pasó de 62.2%¹ (76.0% en indígenas y 52.5% en no indígenas) a 49.8%² (65.9% en indígenas y 36.2% en no indígenas) en el mismo período. Sin embargo, a pesar de los avances, el país presenta rezagos en estos indicadores en relación al promedio regional de América Latina y el Caribe (ver Gráfica 1).

**Gráfica 1. Razón de mortalidad materna
(Tasa por 100,000 nacidos vivos)**



Fuente: elaboración propia en CEPALSTAT.

Las mejoras en los indicadores de salud se llevan a cabo en un contexto de transición demográfica, epidemiológica y nutricional. Según Palmieri (2013), se ha producido un descenso en la tasa de fecundidad de 5.6 hijos promedio por mujer en edad fértil (4.1 en área urbana, 6.5 en área rural, 6.8 indígenas y 5.0 no indígenas) a 3.6 (2.9 en área urbana, 4.2 en área rural, 4.5 indígenas y 3.1 no indígenas), en los tres años anteriores a las encuestas de 1987 y 2008/2009.

En los últimos 25 años, la situación demográfica del país ha evolucionado según los siguientes patrones: 1) reducción de la tasa de crecimiento poblacional: la tasa de crecimiento natural disminuyó en 19% durante el período; 2) aumento consistente

¹ En la ENSMI de 1987 sólo se incluyeron niños de 0 a 36 meses de edad por lo que se subestima la prevalencia de desnutrición crónica.

² Corresponde a niños de 3 a 59 meses de edad.

de la proporción de población residente en áreas urbanas de casi 27 puntos porcentuales; 3) no variación de la proporción de población indígena en la población total; 4) disminución de la tasa global de fecundidad y de la tasa bruta de natalidad; 5) reducción de la tasa bruta de mortalidad y de la razón de mortalidad materna; 6) disminución en más de 50% de la tasa de mortalidad infantil; y 7) aumento de la esperanza de vida al nacer en ambos sexos.

Los cambios demográficos vienen acompañados de una complejización del perfil epidemiológico. Según Becerril y López (2011), Guatemala ha entrado en las primeras etapas de la transición epidemiológica caracterizada por la coexistencia de padecimientos propios del subdesarrollo con enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas. Según Palmieri (2013), entre 1990 y 2010 destaca la importancia que van adquiriendo las causas externas y las no transmisibles. Cabe destacar que Moscoso y Flores (2008) señalan que la distribución geográfica de la carga de mortalidad presenta una diferenciación en las clases de enfermedades que afectan los distintos departamentos del país según su estrato socioeconómico.

Recuadro 1: Perfil de la Carga de Morbilidad de Guatemala

En términos de años de vida perdidos por muerte prematura, las principales causas en 2010 fueron: infecciones de las vías respiratorias bajas, violencia interpersonal, y enfermedades diarreicas. Sin embargo, de las 25 causas más importantes de carga, medida por Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (AVAD), las enfermedades diarreicas mostraron la mayor reducción, cayendo en 67% entre 1990 y 2010. Por otro lado, los tres principales factores de riesgo en Guatemala son el consumo de alcohol, la contaminación del aire de los hogares a partir de combustibles sólidos, y los infantes con bajo peso.

Entre 1990 y 2010, las mayores reducciones en todas las causas de mortalidad fueron experimentadas por mujeres de entre 5-9 años (75%); mientras que los varones de 15 a 19 años vieron el mayor aumento en la tasa de mortalidad (22%). Las causas que se encontraban entre las 10 principales causas de AVAD en 2010 y que no aparecían en las principales de 1990 fueron: la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus y la cirrosis del hígado. Entre 1990 y 2000 se observa que, en general, las enfermedades no transmisibles y las lesiones fueron en aumento, mientras que las causas transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales de los AVAD fueron en declive.

Fuente: IHME (2013).

Finalmente respecto a la transición nutricional, Palmieri (2013) concluye que *“los cambios ocurridos en la alimentación del guatemalteco, así como en el patrón de actividad física en todas las edades, son responsables de un incremento significativo en la tasa de sobrepeso y obesidad en niños y adultos, mientras, al mismo tiempo, se*

mantienen tasas elevadas de desnutrición infantil, en especial la crónica. Asimismo, se evidencia una tendencia creciente en la proporción de familias en las que coexisten madres con sobrepeso y obesidad con hijos con desnutrición crónica”.

Por su parte Martorell (2012) destaca que *“es alarmante que el sobrepeso y la obesidad en las mujeres estén aumentando rápidamente, un tanto más entre las mujeres indígenas. De 1995 a 2008/2009 —es decir, en 13 o 14 años— el porcentaje de sobrepeso y obesidad aumentó de 28% a 47% en las mujeres indígenas y de 38% a 53% en las no indígenas ... En Guatemala no se ha reconocido la magnitud del problema de la doble carga nutricional³. La solución de los problemas de ayer, la desnutrición crónica y las deficiencias por micronutrientes está aún muy lejana. Además, existen los problemas de las sociedades en transición nutricional, la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta y los estilos de vida ... Uno de los mitos en el tema del hambre en Guatemala es que se necesita comer más. No se trata de comer más de lo mismo, sino de comer mejor”.*

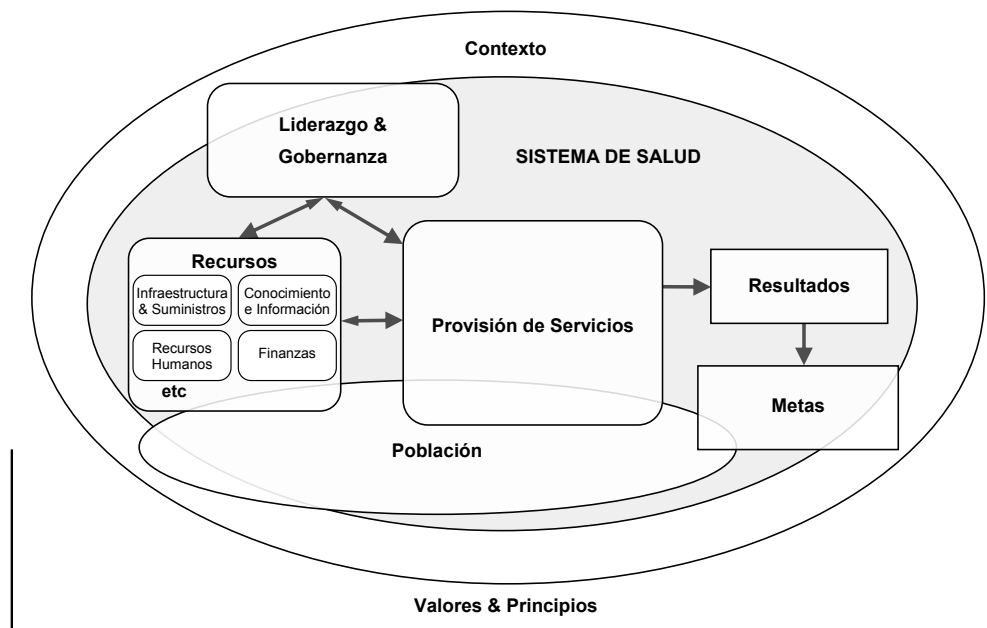
El sistema de salud de Guatemala

Se decidió utilizar el marco conceptual de van Olmen et al. (2010) que enfatiza que el sistema de salud debe estar orientado a resultados y metas pero añade que deben ser sobre la base de decisiones explícitas de valores y principios. Además, el marco considera que algunos elementos son más importantes que otros. Particularmente los autores afirman que la organización y la provisión de servicios son el núcleo del eje central que incluye el liderazgo y la gobernanza, así como la interacción con la población y otros actores; es decir, un eje central que une gobernanza, recursos humanos, prestación de servicios y población (ver Gráfica 2).

Los sistemas de salud son en esencia sistemas sociales, compuestos de muchos actores y organizaciones que interactúan entre sí. Dado el papel central de los actores y sus interrelaciones, los procesos de comunicación, coordinación y regulación a menudo resultan en respuestas que son no lineales y, por lo tanto, difícil de predecir. Finalmente, los sistemas complejos adaptativos son dependientes de la trayectoria: un análisis histórico puede ayudar a dilucidar cómo las decisiones estratégicas se toman cuando un sistema de salud debe responder a oportunidades y limitaciones.

³ Según Ramirez-Zea et al. (2014), estudios que utilizaron datos del año 2000 encontraron que los hogares guatemaltecos tenían la mayor prevalencia de la doble carga de malnutrición en el mundo (prevalencia de 16-18% de niños desnutridos y madres con sobrepeso). En 2008 la doble carga de malnutrición se encontró en el 20% de los hogares.

Gráfica 2. Marco conceptual dinámico de un sistema de salud



Fuente: tomado de van Olmen et al. (2010).

En cuanto a liderazgo y gobernanza el Ministerio de Salud no ejerce en la práctica su rectoría formal del sistema; y la toma de decisiones en el sistema de salud está influenciada por actores regulados y no regulados.

Al analizar la provisión de servicios se encuentra que el número de establecimientos no ha evolucionado de acuerdo con el crecimiento de la población dando como resultado un rezago en la red pública en los tres niveles de atención. Además, se encuentran establecimientos que: se abastecen de agua de lluvia o la acarrean; la disposición de excretas se realiza en fosas sépticas, y letrinas; y se abastecen de energía eléctrica por medio de panel solar y motores de combustible.

El recurso humano de salud es insuficiente y no está distribuido territorialmente de una manera adecuada. Además, hay desafíos en cuanto a su formación.

El sistema logístico de abastecimiento de medicamentos y suministros ha presentado deficiencias que se repercuten en establecimientos inadecuadamente abastecidos para responder de manera oportuna a la demanda de la población.

Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, en 2013, el gasto en salud de Guatemala como porcentaje del PIB ascendió a 6.5% (cerca del promedio de los países de la región de las Américas). El grueso del gasto era privado (62.6%).

El 81.2% del gasto privado era gasto de bolsillo. La carga excesiva del financiamiento del sistema sobre los hogares expone a la población al riesgo de gastos catastróficos como resultado de enfermedades agudas, crónicas o accidentes.

Finalmente, a pesar que el Ministerio de Salud es el ente rector de la salud en el país, su sistema de información rutinaria –SIGSA- únicamente abarca los servicios y acciones al interior del ministerio, sin conexión o relación con la información producida por el IGSS y las instituciones en el sub sistema privado. La información recolectada se hace en forma limitada y existe poca utilización de la información para la toma de decisiones.

Recomendaciones estratégicas de corto plazo

El punto de partida de estas recomendaciones es la necesidad de hacer reformas sistémicas en lugar del abordaje tradicional de atender elementos del sistema de salud de manera aislada.

Cualquier propuesta de reforma del sistema de salud no logrará los resultados esperados si no se modifican de manera simultánea los cuellos de botella de los elementos centrales del sistema de salud. Además, en estas recomendaciones se considera que es muy importante poner una atención especial a la implementación de las reformas propuestas en lugar de simplemente centrarnos en su diseño.

A continuación se presentan las recomendaciones estratégicas de corto plazo, para mejorar el desempeño del sistema de salud de Guatemala, que necesariamente deben ser sometidas a un proceso de discusión en el que inevitablemente pueden ser objeto de debate.

1) Fortalecer la gestión del Ministerio de Salud:

Antes que dotar de más recursos financieros al Ministerio de Salud es fundamental tomar control sobre los procesos de la logística de abastecimiento de medicamentos y suministros, la administración del recurso humano, los procesos de compras y contrataciones, los sistemas de información, y la supervisión. Concretamente se debe integrar e incorporar un equipo de personas especialistas en estos procesos críticos tanto a nivel central como en unidades ejecutoras claves del Ministerio de Salud para que desarrollen planes de acción que puedan monitorearse a través de un mando de control.

2) Potenciar la capacidad rectora del Ministerio de Salud:

La experiencia internacional muestra que la función de liderazgo y gobernanza es fundamental para contribuir al logro de los resultados del sistema de salud al proveer visión y dirección a los otros actores mediante la formulación de la estrategia del sector, regulando, levantando y utilizando información mientras que las partes interesadas rinden cuentas por los recursos que se les asignan (Duran et al., 2014).

Concretamente en el contexto actual se sugiere potenciar su capacidad rectora especialmente en los ámbitos de planificación en salud, coordinación con el resto de entidades, desarrollo de políticas, definición explícita del modelo de atención y modelo de calidad del primer nivel, y el blindaje financiero de un nuevo pacto colectivo.

3) Desarrollar una propuesta de la red de servicios del Ministerio de Salud:

La propuesta debe describir de manera detallada los siguientes elementos del modelo de atención: funciones, servicios, actividades, ámbito territorial y poblacional, organización de los servicios, escenarios de los costos asociados a la prestación de los servicios, sistema de referencia y contrarreferencia, infraestructura y equipamiento, accesibilidad y horarios, y coordinación.

Además, deberá incluir una descripción de los elementos transversales en la red: la coordinación de las funciones de dirección y apoyo de la red, gestión de los recursos humanos (incluyendo estrategias de capacitación y mecanismos de motivación e incentivos), financiamiento y procesos de compras y contrataciones, el sistema de logística para abastecimiento de medicamentos y suministros, el sistema de información, y los mecanismos de monitoreo y evaluación de la red. La propuesta debe incluir también la identificación de los cambios operativos y organizacionales necesarios.

4) Iniciar un proceso de reclutamiento, capacitación y asignación del recurso humano que presta los servicios de salud:

El punto de partida de la mejora en la prestación de los servicios de salud corresponde al logro de la meta de contar con la suficiente fuerza laboral pero con los conocimientos, las competencias y la motivación adecuados. Seguramente para ser exitosos en esta tarea será necesario implementar incentivos (monetarios y no monetarios) para motivar que el recurso humano se traslade a los lugares más remotos.

5) Implementar las acciones más costo-efectivas para atender la morbilidad del país:

Al alinear la prestación de los servicios de salud con la carga de enfermedades se estará mejorando la calidad del gasto público en salud; es decir, se estará priorizando el uso de los recursos en la parte preventiva y de promoción de la salud y al mismo tiempo se iniciará un cambio en la demanda de los servicios de mayor complejidad y costo.

6) Invertir en agua y saneamiento ambiental en las zonas rurales del país:

Una de las prioridades del lado de la demanda para que el sistema de salud logre los resultados esperados es que la población cubra sus necesidades básicas de agua y eliminación de excretas. Concretamente se sugiere abordar de una manera mucho más proactiva a las comunidades más aisladas del área rural a fin de lograr su involucramiento para dar sostenibilidad al proceso de lograr una mayor salubridad.

#DesarrollAppsGt
www.desarrollapps.gt.org

