



¡Marcando el rumbo!

Agenda de Desarrollo: Salud y Nutrición

Documento final

Guatemala, abril de 2019

Este documento forma parte de una serie de investigaciones en distintos campos en el marco del Proyecto Ruta para el Desarrollo de Guatemala 2020-2024. Investigador responsable: Jorge Lavarreda. Se agradece el apoyo financiero del Centro para la Empresa Privada Internacional -CIPE- y de la Fundación ATLAS.

Tabla de contenido

| | |
|--|-----------|
| 1. Resumen Ejecutivo | 3 |
| 1.1. Desafíos a superar | 4 |
| 1.2. Prioridades | 5 |
| 2. Introducción..... | 7 |
| 3. Diagnóstico | 8 |
| 3.1. Contexto..... | 12 |
| 3.2. Resultados y Metas..... | 15 |
| 3.3. Población..... | 16 |
| 3.4. Liderazgo y Gobernanza..... | 23 |
| 3.5. Provisión de Servicios..... | 27 |
| 3.6. Recursos Humanos..... | 33 |
| 3.7. Finanzas | 38 |
| 3.8. Infraestructura y Suministros | 46 |
| 3.9. Conocimiento e Información..... | 54 |
| 4. Recomendaciones Estratégicas | 56 |
| ANEXOS | 65 |
| Gráficas | 65 |
| Glosario | 67 |
| BIBLIOGRAFÍA | 68 |
| Legislación y otros documentos legales | 71 |

1. Resumen Ejecutivo

En las últimas décadas los principales indicadores demográficos y de salud de la población guatemalteca han mostrado mejoras. Por ejemplo, de 1960 a 2016 la esperanza de vida al nacer se incrementó de 46.1 a 70.2 años. Sin embargo, a pesar de los avances, el país presenta rezagos en estos indicadores en relación a otros países. Por ejemplo, la tasa de mortalidad materna en Guatemala es la más alta en la región de América Latina y el Caribe y posiciona al país entre los cinco países de la región con la mayor tasa. Las desigualdades en los resultados de salud y en acceso a los servicios de salud también son persistentes. Las mujeres indígenas representan 73% de todas las muertes maternas en Guatemala, y tienen el doble de probabilidad de dar a luz a un bebé sin la ayuda de un doctor que las mujeres no indígenas.

Cabe destacar que Guatemala es un caso atípico en el mundo en términos de retardo en talla de menores de cinco años de edad. La información más reciente muestra que casi la mitad (46.5%) de todos los niños menores de cinco años presentaban en 2014 retraso en su crecimiento. Esta prevalencia sitúa a Guatemala entre los seis países con mayor porcentaje de niños menores de cinco años con retardo en talla en el mundo y en el primer lugar en América Latina y el Caribe. El promedio estimado para 2016 a nivel mundial era 22.9% y para la región de América Latina y el Caribe era de 11.0%.

Por otro lado, entre 1966 y 2014 pasamos de una prevalencia de niños con baja talla en relación a su edad a nivel nacional, de 63.5% a 46.5%; es decir, en dicho período se redujo, en promedio, 0.35 puntos porcentuales al año. Sin embargo, el ritmo promedio anual de reducción en el mundo, entre 1990 y 2016, fue 0.64 puntos porcentuales. Además, el promedio nacional esconde diferencias significativas según características seleccionadas (área de residencia, grupo étnico, departamento, etc.). Por ejemplo, en 2014 la prevalencia del retardo en talla de menores de cinco años en el departamento de Totonicapán era 2.8 veces mayor que en el departamento de Guatemala (70.0% vrs. 25.3%, respectivamente).

Entre 1990 y 2017 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 Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (AVAD) fueron en declive. Cada grupo de edad tiene su propio perfil epidemiológico y por lo tanto distintas necesidades de servicios. En general son las enfermedades crónicas no transmisibles las que más prevalencia tienen en la población a partir de los 30 años de edad. Las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y de la nutrición predominan hasta los nueve años de edad. Las lesiones son más relevantes entre los 15 y 29 años de edad.

Todo lo expuesto anteriormente implica que el sistema de salud de Guatemala debe afrontar los desafíos de las transiciones demográficas, epidemiológicas y nutricionales en un contexto de mayores expectativas ciudadanas y restricciones presupuestarias junto con choques

externos de origen económico (ej.: crisis financieras), ambiental (ej.: desastres naturales), socio-cultural, político, etc.

Sin embargo, el sistema de salud de Guatemala se caracteriza por estar segmentado en varios subsistemas (público, seguridad social y privado), que brindan atención a diferentes grupos poblacionales según sus características económicas y sociales (particularmente categorizado por su capacidad de pago). La infraestructura para prestar los servicios de salud no ha crecido al ritmo demandado por la población.

1.1. Desafíos a superar

El sistema de salud de Guatemala afronta el desafío central de mejorar los resultados de salud de su población, particularmente de la más vulnerable y que reside en los lugares más remotos del área rural. Específicamente, el reto principal es hacer la transición desde un sistema centrado en la enfermedad hacia uno centrado en la salud. También debe atender los problemas no resueltos de una agenda inconclusa en cuanto a mortalidad por enfermedades infecciosas y materno-infantiles, y no digamos el enorme desafío de los problemas asociados a la malnutrición de la población. En síntesis, el sistema de salud debe ser capaz de subsanar (curar y rehabilitar) una amplia gama de enfermedades cada vez más costosas de atender (que en algunos casos implica una multimorbilidad), pero además, promover la salud y prevenir las enfermedades.

Aunque existe un marco legal que identifica claramente las funciones de rectoría sobre todo el sistema de salud que posee el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en la práctica no cumple con su papel de rectoría de la salud del país. El alto índice de rotación de personal de alto nivel frecuentemente viene acompañado de nuevas prioridades institucionales y de un rechazo a las prioridades y planes implementados por la administración anterior.

Uno de los principales cuellos de botella es que la plataforma de entrega de servicios de salud del sistema de salud no cumple ni siquiera con características clave como la accesibilidad y la cobertura. La entrega de servicios está segmentada y fragmentada. Un alto porcentaje de población que acude a los servicios de salud ancestrales (comadronas y curanderos) lo hace debido al acceso de la población a estos servicios de salud; en contraste a los servicios del MSPAS, pues en ocasiones deben recorrer amplias distancias para acceder al servicio y no se encuentran en las condiciones adecuadas.

No se cuenta con la cantidad y calidad de recurso humano necesarios para afrontar los desafíos asociados a la población que deben atender, y se tienen grandes desafíos en todo su ciclo de vida laboral. La distribución de los recursos humanos del MSPAS por departamento se encuentra que es inequitativa y se concentra en el departamento de Guatemala y departamentos con facilidades de formación como Quetzaltenango y Sacatepéquez.

El sistema de salud guatemalteco está fundamentalmente respaldado por el gasto de bolsillo. Los hogares financian con sus propios recursos y de forma directa el 52.2% del gasto en salud. Guatemala destaca por la falta de protección financiera (seguros médicos, públicos o privados) que lleva a muchos hogares a gastar una proporción catastrófica de su ingreso en salud, llevándolos o manteniéndolos en pobreza. Guatemala tiene el potencial de lograr mejores resultados con el presupuesto de salud actual; es decir, hay un desafío de ineficiencias en el sistema de salud.

La gestión de la cadena de abastecimiento de medicamentos y suministros ha sido ineficiente e ineficaz dando como resultado desabastecimientos recurrentes. La información de salud a nivel nacional en Guatemala se percibe, en términos generales, como de baja calidad. No existe un marco formal de aseguramiento de la calidad de los datos.

1.2. Prioridades

Corto Plazo:

1. Fortalecer y ampliar progresivamente la atención primaria en salud con un enfoque integral de ciclo de vida. Iniciar brindando, con carácter de urgencia, los servicios de salud a la población más vulnerable del área rural que se encuentra desatendida. Se deben incluir acciones que reduzcan las barreras a la demanda como arreglos de transporte, visitas ambulatorias, etc. Se sugiere evaluar y utilizar formas innovadoras de proveer la atención a esta población.
2. Desarrollar la orientación estratégica del sistema de salud bajo el liderazgo del MSPAS. Potenciar la capacidad rectora del MSPAS 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 nuevos pactos colectivos.
3. Fortalecer la gestión del MSPAS. 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.

Mediano Plazo:

1. Implementar un nuevo modelo de atención en el primer nivel de atención con mayor capacidad resolutoria. Introducir incentivos que promuevan la productividad en el MSPAS (ej.: mediante pagos por desempeño); medir si logra mayor acceso y utilización por parte de la población; establecer explícitamente los servicios a que tendrán derecho la población; contar con un sistema de referencias y contra referencias; y la flexibilidad necesaria para adaptarse a las demandas cambiantes.

2. Desarrollar e implementar una estrategia nacional del recurso humano sanitario. Esta recomendación necesariamente debe estar alineada en una reforma del servicio civil del país. Específicamente se debe incluir en la estrategia lo relacionado a la formación del recurso humano que supere las brechas en cuanto a su calidad y pertinencia.
3. Introducir un sistema de rendición de cuentas del uso de los recursos públicos. Aunque el sistema de salud de Guatemala seguramente necesitará más dinero, el lograr mayores asignaciones financieras no resulta en lograr un mejor desempeño. Por lo tanto, se sugiere la adopción de mecanismos de rendición de cuentas para identificar y superar las ineficiencias.

Largo Plazo:

1. Implementar el nuevo sistema de salud con redes integradas de servicios de salud. El sistema debe brindar acceso universal a la población pero con énfasis en aquellos más vulnerables. Se recomienda que estas redes cumplan con los 13 atributos sugeridos por la Organización Panamericana de la Salud.
2. Implementar la carrera del personal sanitario. Dado que los servicios de salud son intensivos en mano de obra, se requiere garantizar una fuerza laboral suficiente y con las competencias y la actitud que demandará el nuevo sistema de salud. El sistema de salud debe atraer a la formación sanitaria a aquellas personas que tengan el mayor potencial, y luego brindarle un ambiente laboral que promueva el buen desempeño.
3. Propiciar la viabilidad financiera de largo plazo del sistema de salud. La sostenibilidad del nuevo sistema de salud dependerá en buena medida del arreglo de financiamiento que finalmente se adopte.

2. Introducción

A mediados de los años noventa se llevó a cabo en Guatemala la denominada “Reforma del Sector Salud” con el apoyo técnico y financiero del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Uno de los principales hitos de este proceso fue el lanzamiento en 1997 del Programa de Extensión de Cobertura (PEC). Específicamente el MSPAS firmaba convenios con organizaciones no gubernamentales para que ofrecieran, mediante equipos médicos móviles, un paquete básico de servicios a comunidades rurales aisladas que no tenían acceso a los servicios tradicionales del MSPAS. Sin embargo, el PEC fue muy dependiente de las prioridades de cada administración, el contexto político y económico imperante, particularmente en términos de cómo la subcontratación de servicios a organizaciones no gubernamentales (ONGs) era vista. Mientras que algunas administraciones consideraban al PEC como la clave para lograr el acceso universal a los servicios básicos de salud y nutrición, otras administraciones no lo han considerado una prioridad (Lao Pena, 2013). En octubre de 2012, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) presentó el documento con su estrategia para fortalecer el primer nivel de atención a través del fortalecimiento del PEC (MSPAS, 2012). Sin embargo, una creciente insatisfacción con lo que se percibió como un nivel inferior de servicio prestado a comunidades indígenas a través del PEC, así como acusaciones de ineficiencia y falta de transparencia en la adjudicación de contratos a favor de las ONG por parte del PEC dio lugar a legislación aprobada en 2013¹ prohibiendo la subcontratación de las ONG para la provisión de servicios de atención de salud, y la cancelación de mayoría de los contratos que el MSPAS había realizado con las ONG a finales de 2014. Como consecuencia de estas cancelaciones se suspendieron los servicios públicos de atención a la salud prestados a través del PEC a la mayoría de la población rural de Guatemala. Al momento de la cancelación, no se había comunicado ningún plan alternativo de cómo sustituir este programa y los servicios a brindar (Ávila et al, 2015). El cierre del PEC significó una reducción del 66% a nivel nacional de los servicios del primer nivel de atención (USAID/Nutri-Salud, BID, Alianza por la Nutrición, 2016). Mediante el Acuerdo Ministerial 105-2015, publicado en mayo de 2015, se aprobó la Estrategia de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional del Primer Nivel de Atención que pretendía su implementación en forma progresiva y mediante ocho etapas. Sin embargo, a la fecha de este informe el MSPAS no ha logrado brindar a la población los servicios que anteriormente prestaba a través del PEC.

Este informe tiene el propósito de presentar a grandes rasgos las condiciones de salud de la población junto con una descripción del sistema de salud; y se concluye formulando recomendaciones estratégicas de corto, mediano y largo plazo.

¹ Específicamente en las reformas a la Ley Orgánica del Presupuesto (Decreto 13-2013 publicado el 12 de noviembre de 2013) se prohíbe al MSPAS la ejecución del PEC a través de ONGs a partir del ejercicio fiscal 2017 (segundo párrafo del artículo 33 Bis y primer párrafo del artículo 76 de la Ley Orgánica del Presupuesto).

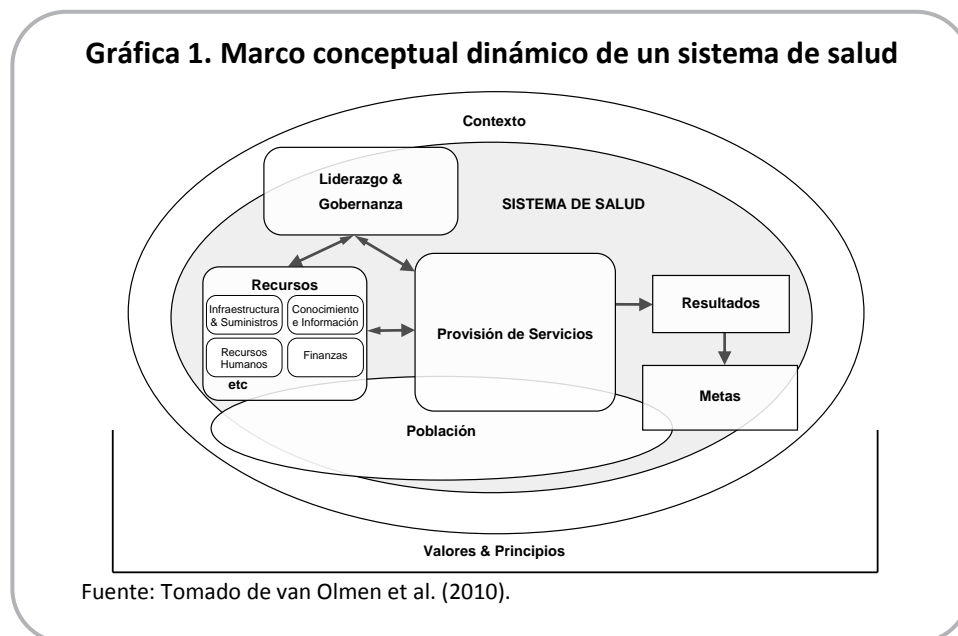
3. Diagnóstico

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud (WHO, 2010) o según Julio Frenk “un sistema de salud es la respuesta social organizada a los problemas de salud de una población”. Sus objetivos son mejorar la salud y la equidad sanitaria de una manera que sea receptiva y financieramente equitativa, y haciendo un uso óptimo, o lo más eficaz posible, de los recursos disponibles. Fortalecer el sistema de salud significa abordar las limitaciones principales relacionadas con la dotación de personal y la infraestructura sanitaria, los productos de salud (como equipo y medicamentos), y la logística, el seguimiento de los progresos y la financiación eficaz del sector.

Se han publicado varios marcos conceptuales sobre los sistemas de salud en las últimas décadas. Por ejemplo, el Marco de acción de la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de salud identifica los siguientes seis elementos básicos de los sistemas de salud: 1) liderazgo y gobernanza (ha de permitir contar con marcos normativos estratégicos, además de facilitar una supervisión efectiva, el establecimiento de alianzas, la rendición de cuentas, las reglamentaciones y los incentivos, así como prestar atención al diseño del sistema); 2) financiación de la salud (ha de permitir obtener fondos suficientes para la salud a fin de que las personas puedan utilizar los servicios que necesitan y estén protegidas contra las catástrofes financieras o el empobrecimiento a que podría conducir las la obligación de pagar por esos servicios); 3) tecnologías médicas (comprende productos médicos, vacunas y otras tecnologías de comprobada calidad, seguridad, efectividad y costo-eficacia, y su utilización científicamente racional y costo-eficaz); 4) personal sanitario (ha de ser receptivo, equitativo y eficiente en función de las circunstancias y los recursos existentes, y disponible en número suficiente); 5) prestación de servicios (comprende intervenciones, personales o no, eficaces, seguras y de calidad, destinadas a quienes las necesitan, cuando y donde se necesitan - incluida la infraestructura-, realizadas con un mínimo desperdicio de recursos); y 6) información sanitaria (ha de posibilitar la producción, el análisis, la difusión y el uso de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, el desempeño de los sistemas de salud y la situación sanitaria). Sin embargo, los elementos constitutivos solos no conforman un sistema. Son las múltiples relaciones e interacciones entre los elementos – la manera en que uno afecta e influye en los demás, y a su vez es afectado por ellos– lo que convierte esos elementos en un sistema.

Por lo tanto, nos parece que van Olmen et al. (2010) han desarrollado un marco conceptual más completo al incorporar otros elementos al marco de la OMS que implican diez bloques y sus respectivas interacciones dinámicas: 1) resultados y metas; 2) valores y principios; 3) provisión de servicios; 4) la población; 5) el contexto; 6) liderazgo y gobernanza; 7-10) la organización de los recursos (ver Gráfica 1). Este marco 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. Un aspecto relevante que destaca este marco conceptual es que reconoce que el sistema de salud tiene una influencia parcial en los resultados de salud

de la población². Factores sociales, culturales, económicos, políticos, ambientales, etc. determinan la salud de las personas. Además, muchos de estos factores tienen una influencia directa en el funcionamiento del sistema de salud. Por otro lado, 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.



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 no son lineales y, por lo tanto, son difíciles 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.

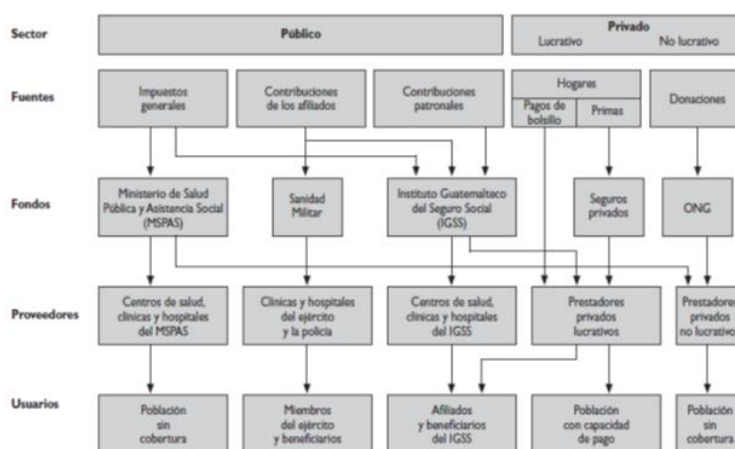
Según Becerril-Montekio y López-Dávila (2011), el sistema de salud de Guatemala está compuesto por dos sectores: público y privado (ver Gráfica 2). El primero comprende al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que ofrece atención a toda la población pero que ha cubierto alrededor del 70% de la población³, y al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que atiende a sus afiliados y sus familias y ofrece cobertura a alrededor del 18% de la población. Sanidad Militar del Ministerio de Defensa y

² Esta premisa es el postulado del enfoque de determinantes de salud desarrollado desde la década del 70 por el informe de Marc Lalonde.

³ Según Banco Mundial (2016), las tasas de cobertura estimadas varían -dependiendo de la fuente- de aproximadamente 50% a 82%.

Gobernación ofrecen servicios de salud a los miembros de las fuerzas armadas y de la policía, respectivamente. El sector privado incluye organizaciones de la sociedad civil y/o religiosas que operan sin fines de lucro, además de prestadores diversos con fines lucrativos. Según la Encuesta Nacional del Condiciones de Vida, en 2014 el 26% de la población acudió a clínicas y hospitales privados. El MSPAS se financia con recursos provenientes de ingresos fiscales del Estado, de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y, de manera poco significativa, de cuotas recibidas por los servicios prestados. El IGSS obtiene sus recursos de las cotizaciones que pagan los afiliados, los patrones o empleadores y el Estado. Alrededor de 92% del sector privado funciona con base en pagos de bolsillo, mientras que sólo la población perteneciente a los dos quintiles más ricos y predominantemente urbanos tiene acceso a planes privados de salud. La subsistencia de la medicina comunitaria tradicional indígena dentro del sector privado no debe ser soslayada. Es utilizada por más de un tercio de la población y aunque opera en el marco de estructuras comunitarias también funciona con base en pagos de bolsillo. El MSPAS y el IGSS brindan atención en sus hospitales, centros de salud y puestos de salud, sin que exista coordinación entre las unidades de una institución y la otra. La Sanidad Militar cuenta también con sus propios hospitales y enfermerías para dar atención a sus beneficiarios. De igual manera, el sector privado provee servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.

Gráfica 2. Estructura del sistema de salud de Guatemala



ONG: Organizaciones no gubernamentales

Fuente: Tomado de Becerril y López (2011).

Flores (2008) concluye que el sistema de salud de Guatemala se caracteriza por estar segmentado en varios subsistemas (público, seguridad social y privado), que brindan atención a diferentes grupos poblacionales según sus características económicas y sociales (particularmente su capacidad de pago). El sistema también se caracteriza por una fragmentación al interior de los subsistemas, con prestadores múltiples, bajo esquemas diversos, lo cual resulta en duplicidad de funciones y serias ineficiencias. Por su parte Ávila et al. (2015) señalan que el sistema de salud de Guatemala se caracteriza por altos niveles de fragmentación entre diversas instituciones públicas, así como por un sector privado que, a pesar de interactuar con el sistema público de la salud en diversos niveles, opera bastante



independientemente bajo una mínima regulación. Además de prestar servicios, el MSPAS es la principal dependencia regulatoria, responsable de la gobernanza del sector salud. Sin embargo, en la práctica, el MSPAS tiene poca influencia sobre el IGSS o el sector privado. Tan solo 25% de los guatemaltecos cuentan con algún tipo de seguro de salud.

3.1. Contexto

Esta sección se basa en (Lao Pena, 2013). Según información del Banco Mundial Guatemala es un país de ingreso mediano alto que tenía un ingreso nacional bruto per cápita de US\$.4,060 en 2017 y una población estimada en 16.9 millones de habitantes en 2017. El último censo nacional de población publicado corresponde al año 2002 aunque en 2018 se levantó un nuevo censo poblacional. El país está dividido en 22 departamentos y 340 municipios. Es un país multiétnico, multicultural y en el cual se hablan 23 idiomas originarios de la cultura maya más el xinca y el garífuna, cuya población indígena representaba un 41% del total según el último censo nacional de población. El PIB per cápita de Guatemala creció 1.1% en promedio entre 2000 y 2015. Su estabilidad económica relativa se debe principalmente a las políticas macroeconómicas prudentes que mantienen la inflación y la deuda en niveles manejables.

Sanchez, Scott, López (2016) encuentran que las tasas de pobreza en Guatemala figuran entre las más altas de América Latina y el Caribe y, en años recientes, se han incrementado al pasar de 51.0% en 2006 a 59.3% en 2014 (la pobreza extrema pasó de 15.2% a 23.4% en el mismo período). La clase media es pequeña y está contrayéndose al pasar de 13% en 2000 a 9% en 2014. Las tasas de pobreza son sustancialmente más altas en áreas rurales que en las urbanas (76% vrs. 42% en 2014) pero más de la mitad de los pobres vivían en áreas urbanas (pasando de un 28% en 2006 a un 57% en 2014). Además, las tasas de pobreza y pobreza extrema entre los grupos indígenas son significativamente más altas que el promedio. La población indígena representa el 52% del total de pobres y el 66% de pobres extremos pero conforman el 42% de la población del país.

La Constitución Política establece que el acceso a los servicios de salud es un derecho básico de todos los guatemaltecos. Además, en 2003 se reformó el artículo 4 de Código de Salud que inicialmente decía: "... 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" y ahora establece que: "... 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". Sin embargo, en la práctica, ha sido un reto para el gobierno de Guatemala garantizar estos derechos a los ciudadanos, haciendo uso de centros sanitarios públicos.

En 1997 el MSPAS lanzó el Programa de Extensión de Cobertura, motivado por la necesidad de mostrar resultados rápidamente para poder cumplir las metas relativas a la prestación de servicios de salud establecidas en los Acuerdos de Paz. Como varias ONG ya prestaban servicios en el país, el gobierno decidió firmar convenios formales con estas entidades para ofrecer un paquete básico de servicios de salud y nutrición dirigido principalmente a los niños más pequeños y a las mujeres de las zonas rurales que no tienen acceso a los servicios del Ministerio de Salud.

Durante su primera etapa (de 1997 a 1999), el programa recibió un fuerte respaldo del gobierno porque se consideraba esencial para el logro de las metas definidas en los Acuerdos de Paz. Esto contribuyó a su rápida expansión. Entre 2000 y 2004, el nuevo gobierno no lo consideró prioritario, por lo cual sufrió recortes presupuestarios; sólo hizo avances moderados en términos de cobertura y terminó por mostrar una reducción de la población cubierta en 2004. En 2005, el nuevo gobierno le ofreció mucho respaldo, por lo cual ocupó un lugar prioritario en su estrategia de salud destinada a ampliar la cobertura de los servicios de salud y nutrición a una cantidad mayor de guatemaltecos. Entre 2005 y 2007 se le asignaron más fondos al PEC. Estos se utilizaron para fortalecer la supervisión. Durante el este período también se le hicieron cambios a su paquete básico, y se aumentó considerablemente la cobertura del PEC. Sin embargo, el gobierno que tomó posesión en 2008 recortó el presupuesto del programa. Entre 2008 y 2011 los montos desembolsados para el programa fueron inferiores a lo presupuestado y también se desembolsaron más tarde de lo previsto, con lo cual disminuyó el número de convenios firmados con ONG. En el 2012 el MSPAS presentó una estrategia para fortalecer el primer nivel de atención mediante el fortalecimiento del PEC. Sin embargo, en 2013 y 2014 no se logró completar los pagos inicialmente convenidos con las ONG y en 2015 se decidió no continuar utilizando esta modalidad de prestación de servicios de salud.

Según datos de las ENCOVI, la cantidad de personas en condiciones de pobreza extrema que acudieron a un centro comunitario u otro centro de salud administrado por una organización no gubernamental en busca de atención sanitaria aumentó de 11% en 2006 a 27% en 2011. Por otro lado, los resultados de un estudio realizado en 2005 (Danel, La Forgia, 2005), que se basó en encuestas de hogares y proveedores realizadas por el Banco Mundial en 2001, revelaron que la cobertura de los servicios de salud para las mujeres y los niños en las zonas de captación de las organizaciones no gubernamentales con las que se firmaron convenios fue similar a la del modelo tradicional del Ministerio de Salud, que usaba establecimientos sanitarios fijos. Teniendo en cuenta que el PEC cubre zonas rurales que tienden a tener poblaciones bastante dispersas y ubicadas en lugares remotos, ha demostrado alcanzar niveles de cobertura de los servicios de salud orientados a mujeres y niños similares a los logrados por los establecimientos sanitarios fijos, que tienden a funcionar en áreas más accesibles. Estas encuestas también revelaron que los usuarios expresaron estar más satisfechos con los modelos de las organizaciones no gubernamentales (proveedoras y administradoras de servicios de salud). Los resultados de la encuesta también revelaron que estas organizaciones en general son más productivas⁴ que los proveedores tradicionales pero también más costosas, en parte debido a que tienen que llegar a zonas remotas, lo cual acarrea costos de operación más altos.

En otro estudio en que se utilizaron datos de fuentes secundarias basadas en las Encuestas Nacionales sobre Condiciones de Vida se compararon los cambios en algunos indicadores en áreas en las que el PEC prestaba servicios. Los resultados muestran un incremento

⁴ Aquí se define la productividad como el volumen promedio de servicios que presta mensualmente el proveedor por cada trabajador de la salud que preste atención.

significativo en las tasas de cobertura de las inmunizaciones y los controles prenatales y en el uso de médicos y enfermeras (en vez de comadronas), aunque ha tenido muy poco o ningún efecto significativo desde el punto de vista estadístico en la provisión y uso de métodos de planificación familiar (Cristia, Evans, Kim, 2015).

Según una Nota Técnica del Proyecto Nutri-Salud, la conclusión de un sistema de monitoreo implementado entre junio de 2013 y junio de 2014 (se efectuaron cinco mediciones) tanto en los puestos de salud como en los centros de convergencia en los 30 municipios priorizados por la cooperación de USAID es que la mejora en algunos indicadores fue mayor en las áreas bajo la cobertura de los centros de convergencia que de los puestos de salud.

Aparte de aumentar la cobertura de los servicios de salud y nutrición en las zonas rurales, al PEC se le atribuye el mérito de haber fortalecido el sistema de atención primaria de diferentes maneras, entre ellas mediante: 1) la introducción de instrumentos de planificación y control; 2) la mayor eficiencia administrativa, especialmente en el caso de ONG que se contrataron para que administraran los servicios prestados por equipo médicos móviles; y 3) el uso de personal alternativo para abordar las limitaciones de personal, es decir, el uso de auxiliares de enfermería para no depender de los médicos.

Sin embargo, según (ISIS, 2018), el PEC y medidas para el retiro voluntario y el impulso de procesos de contratación temporal impactaron negativamente en el imaginario de alcanzar una salud pública integral basada en una institucionalidad fuerte del MSPAS.

3.2. Resultados y Metas

En la literatura no hay un consenso sobre cuáles deben ser los resultados que un sistema de salud debe lograr aunque distintos autores han planteado una serie de propuestas y el consenso es que los sistemas de salud deben buscar objetivos múltiples a partir de los valores de cada sociedad en particular. Por ejemplo, Murray y Frenk (2000) proponen tres metas principales del sistema de salud: 1) mejorar la salud de la población, 2) acrecentar la capacidad de respuesta a las expectativas legítimas de la población (a. Respeto a las personas -respeto a la dignidad, respeto a la autonomía personal, y respeto a la confidencialidad- y b. Orientación al usuario –atención pronta de las necesidades en materia de salud, comodidades básicas, acceso a redes de apoyo social durante la asistencia, y elección de la persona e institución que dispensan la atención-), y 3) equidad de la contribución financiera (los hogares no deben empobrecerse para obtener la atención sanitaria requerida y se requiere un grado importante de mancomunación de los riesgos financieros). Por su parte, ACCESA (2015) coinciden en buena medida con las metas planteadas por Murray y Frenk al señalar que *“todos los sistemas de salud del mundo tienen tres grandes objetivos: 1) Mejorar las condiciones de salud de toda la población, 2) Generar satisfacción pública, y 3) Proteger a la población de los gastos empobrecedores de la enfermedad ... El derecho a la salud implica que todas las personas puedan tener el más alto grado posible de salud”*. En WHO (2007) se agrega que los resultados deben lograrse utilizando de la mejor forma posible los recursos disponibles; es decir, de manera eficiente.

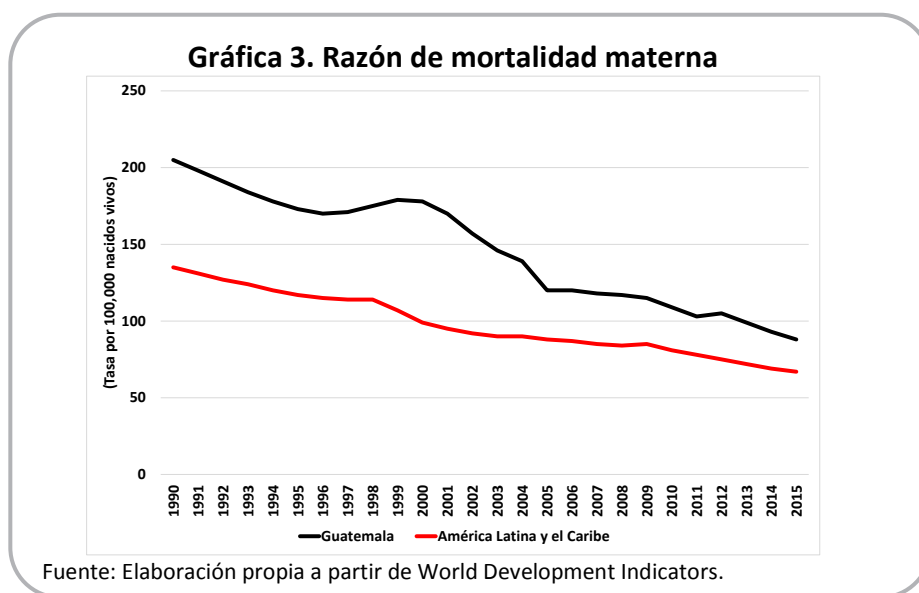
En Guatemala no se ha tenido una discusión a profundidad sobre los objetivos que se esperan del sistema de salud y mucho menos sobre las prioridades de los mismos. Según MSPAS (2018), se señala que el Estado velará por la salud y asistencia social de todos los habitantes; desarrollará a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social; y se explicitan las siguientes metas:

1. Para el 2032, reducir la tasa de mortalidad materna en cinco puntos porcentuales anuales, iniciando en 2015.
2. Para el año 2032, reducir la tasa de mortalidad infantil en veinticinco puntos así como reducir la tasa de mortalidad en la niñez en treinta puntos.

En todo caso Guatemala suscribió en septiembre de 2015 la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible que fue aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas. Aunque los 17 objetivos de esta agenda están relacionados se puede destacar el tercero para el tema de salud: *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”*. Una sus metas más ambiciosas es *“Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos”* (ver Naciones Unidas, 2018).

3.3. Población

En las últimas décadas los principales indicadores demográficos y de salud de la población guatemalteca han mostrado mejoras. Por ejemplo, según cifras de World Development Indicators de 1960 a 2016 la esperanza de vida al nacer se incrementó de 46.1 a 70.2 años. Según MSPAS/INE/ICF (2017), los resultados de la Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil, la tasa de mortalidad infantil se redujo de 73 por cada mil nacidos vivos en 1987 a 28 en 2014/2015, la tasa de mortalidad de la niñez de 109 por cada mil nacidos vivos a 35, la atención de médico y enfermera durante el parto aumentó de 29.2% a 65.6%, y la prevalencia del retardo en la talla de menores de cinco años pasó de 62.2%⁵ (76.0% en indígenas y 52.5% en no indígenas) a 46.5%⁶ (61.2% en indígenas y 34.5% 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 3). La tasa de mortalidad materna en Guatemala era la más alta en la región de América Latina y el Caribe (Sanchez, Scott, López, 2016) y posiciona a Guatemala entre los cinco países de la región con la mayor tasa de mortalidad materna (Fien-Helfman, 2018).



Las mejoras en los indicadores de salud se llevan a cabo en un contexto de transición demográfica, epidemiológica y nutricional. Según Palmieri Santisteban (2013), se observa una reducción de 36% en la tasa global de fecundidad en el período de mediados de los ochenta al 2010, destacándose una mayor disminución entre las mujeres residentes en áreas rurales e indígenas. Concretamente 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 3.1 (2.5 en área urbana, 3.7 en área rural, 3.6 indígenas y 2.8 no indígenas), en los tres años anteriores a las encuestas de 1987 y 2014/2015. Entre los

⁵ 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.

⁶ Corresponde a niños de 3 a 59 meses de edad.

quinquenos 1990-1995 y 2010-2015, 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 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. Tal como señala ISIS (2018), una situación demográfica caracterizada por un crecimiento poblacional importante, urbanización, reducción en algunas partes del territorio nacional del número de niños respecto a la población joven y adulta, y una desigual distribución de estas características, tiene importantes implicaciones para la planificación y operación de los servicios de salud.

Los cambios demográficos vienen acompañados de una complejización del perfil epidemiológico. Según ISIS (2018), se ha dado un proceso de complejización epidemiológica en el que se combinan enfermedades carenciales, infecciosas, crónico-degenerativas, mentales o psicosociales, violencias, entre otras, en un marco de creciente deterioro ambiental; es decir, se configuró una complejización epidemiológica, en la cual sin haber resuelto los problemas infecciosos y carenciales, se ha incrementado la prevalencia de los problemas crónicos. Según Becerril-Monteiko y López-Dávila (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. Entre mediados de los años ochenta y 2005 la mortalidad por enfermedades transmisibles se redujo 62%, al tiempo que la mortalidad atribuible a enfermedades cardiovasculares aumentó 61% y la que se relaciona con tumores creció 100%. En el mismo período, la importancia de las muertes por causas externas originadas en la violencia ha crecido especialmente entre los hombres jóvenes.

Según Palmieri Santisteban (2013), entre 1990 y 2010 destaca la importancia que van adquiriendo las causas externas y las no transmisibles. Al inicio de los sesenta Guatemala se caracterizaba por un peso mayoritario de las causas transmisibles (50%) en el total de causas de muerte, y un peso de las enfermedades crónico degenerativas de sólo un poco más del 10%. En cincuenta años los esfuerzos nacionales para disminuir las muertes por causas transmisibles han conseguido reducir a 20% la proporción de muertes correspondiente a este grupo, observándose, al mismo tiempo, un aumento de las enfermedades crónico degenerativas en 20 puntos porcentuales. El peso de las causas externas para los hombres es mucho más alto que para las mujeres.

Cabe destacar que Moscoso y Flores (2008) señalan que hace 20 años la mortalidad proporcional en todos los departamentos del país ocurría principalmente por causas transmisibles, posteriormente el comportamiento se ha diferenciado. Los departamentos del altiplano mantienen el perfil de transmisibles entre ellos Alta Verapaz, Baja Verapaz, Quiché, Huehuetenango y San Marcos, los departamentos de Guatemala, Escuintla, Izabal y Petén han presentado incremento de la proporción de muertes por causas externas; los

departamentos del oriente del país, Jalapa, Jutiapa, Zacapa y Chiquimula, presentan un perfil con preeminencia de enfermedades crónicas y cardiovasculares. Las necesidades de salud expresadas en la mortalidad presentan un panorama más complejo en donde los problemas transmisibles persisten y se suman cada vez más los problemas cardiovasculares, los tumores y causas externas.

Perfil de la Carga de Morbilidad de Guatemala

En términos de años de vida perdidos por muerte prematura, las cinco principales causas en 2017 fueron: infecciones de las vías respiratorias bajas, violencia interpersonal, desordenes del período neonatal, enfermedades diarreicas, y cardiopatías isquémicas. Sin embargo, de las 22 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 87% entre 1990 y 2017. Por otro lado, los tres principales factores de riesgo en Guatemala que contribuyen a los años de vida saludable perdidos (AVISA) en 2017 son: la desnutrición, glucosa en ayuno elevada, y el consumo de alcohol.

Las causas que se encontraban entre las 10 principales causas de AVAD en 2017 y que no aparecían en las 10 principales de 1990 fueron: la diabetes y enfermedades renales, y desórdenes neurológicos. Entre 1990 y 2017 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: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. (Accessed 5/02/2019).

Finalmente respecto a la transición nutricional, Palmieri Santisteban (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 nutricional⁷. 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”*.

En la Tabla 1 se muestra las diez principales causas de Años Perdidos por Muerte Prematura (APMP) en 2007 y 2017 así como el porcentaje de cambio en el mismo período para todas las edades.

⁷ Según Ramírez-Zea, Kroker-Lobos, Close-Fernandez, Kanter (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 (ver en el Anexo la prevalencia de la doble carga de malnutrición por departamentos).

Tabla 1. ¿Qué ha causado la mayoría de las muertes prematuras?

- Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y de la nutrición
- Enfermedades no transmisibles
- Lesiones

| Ranking 2007 | | Ranking 2017 | | % de cambio |
|---------------------------------|----|--------------|---------------------------------|-------------|
| Infec. Resp. Bajas | 1 | 1 | Infec. Resp. Bajas | -14.9 |
| Desórdenes del período neonatal | 2 | 2 | Violencia interpersonal | 9.1 |
| Violencia interpersonal | 3 | 3 | Desórdenes del período neonatal | -0.9 |
| Enfermedades diarreicas | 4 | 4 | Enfermedades diarreicas | -27.1 |
| Cardiopatías isquémicas | 5 | 5 | Cardiopatías isquémicas | 44.4 |
| Cirrosis | 6 | 6 | Cirrosis | 45.6 |
| Desnutrición proteinocalórica | 7 | 7 | Accidentes de tránsito | 57.4 |
| Anomalías congénitas | 8 | 8 | Diabetes | 59.3 |
| Accidentes de tránsito | 9 | 9 | Anomalías congénitas | 35.1 |
| Diabetes | 10 | 10 | Enfermedad renal crónica | 71.1 |
| Enfermedad renal crónica | 11 | 13 | Desnutrición proteinocalórica | -35.1 |

Fuente: IHME Country Profile. Available from <http://www.healthdata.org/guatemala?language=149> (Accesed 5/02/2019).

En la Tabla 2 se muestra los diez principales factores de riesgo que contribuyen a los Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA) en 2007 y 2017 así como el porcentaje de cambio en el mismo período para todas las edades.

Tabla 2. ¿Qué factores de riesgo explican la tendencia de muertes y discapacidad combinadas?

- Riesgos metabólicos
- Riesgos ocupacionales/ambientales
- Riesgos conductuales

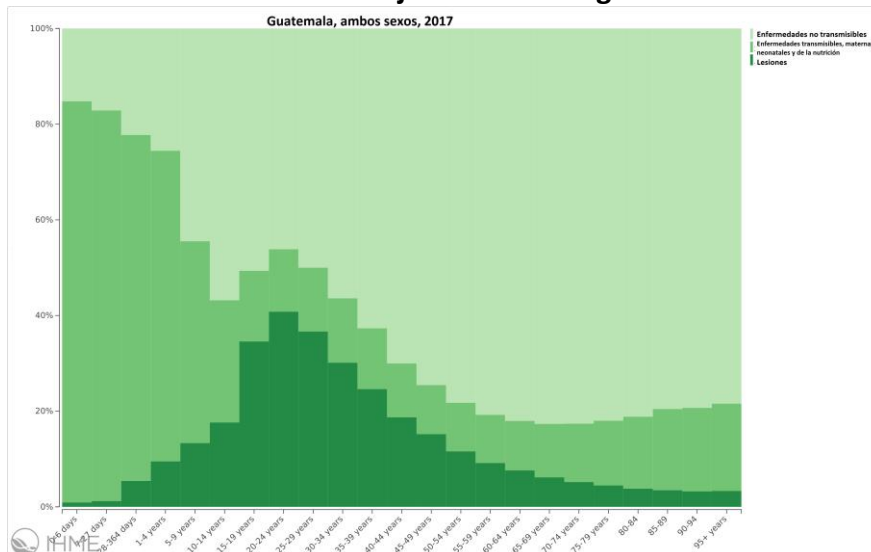
| Ranking 2007 | | Ranking 2017 | | % de cambio |
|---------------------------------|----|--------------|---------------------------------|-------------|
| Desnutrición | 1 | 1 | Desnutrición | -19.3 |
| Contaminación del aire | 2 | 2 | Glucosa en ayuno elevada | 59.7 |
| AGUASM | 3 | 3 | Consumo de alcohol | 31.9 |
| Consumo de alcohol | 4 | 4 | Índice de masa corporal elevado | 65.6 |
| Glucosa en ayuno elevada | 5 | 5 | Contaminación del aire | -9.0 |
| Riesgos por la dieta | 6 | 6 | Riesgos por la dieta | 53.1 |
| Índice de masa corporal elevado | 7 | 7 | Presión sistólica elevada | 75.4 |
| Presión sistólica elevada | 8 | 8 | AGUASM | -23.5 |
| Tabaco | 9 | 9 | Insuficiencia renal | 65.4 |
| Insuficiencia renal | 10 | 10 | Tabaco | 10.9 |

Fuente: IHME Country Profile. Available from <http://www.healthdata.org/guatemala?language=149> (Accesed 5/02/2019).

Otro aspecto relevante es que la distribución porcentual de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad según las edades nos muestra que cada grupo de edad tiene su propio perfil epidemiológico y por lo tanto distintas necesidades de servicios (ver Gráfica 4). Además, puede apreciarse que en general son las enfermedades crónicas no transmisibles las que más prevalencia tienen en la población a partir de los 30 años de edad. Las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y de la nutrición predominan hasta los nueve años de edad. Las lesiones son más relevantes entre los 15 y 29 años de edad. Por lo tanto, incorporar

políticas de protecciones en salud con enfoque de ciclo de vida es la solución pertinente para esta etapa de la transición epidemiológica en la que la carga de enfermedad se duplica y las prioridades cambian por grupo poblacional.

Gráfica 4. Porcentaje de AVADs según edades



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). **GBD Compare Data Visualization**. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. (Accessed 5/02/2019).

El desafío nutricional

Cabe destacar que Guatemala es un caso atípico en el mundo en términos de retardo en la talla de menores de cinco años de edad. La información más reciente muestra que casi la mitad (46.5%) de todos los niños menores de cinco años presentaban en 2014 retraso en su crecimiento. Esta prevalencia sitúa a Guatemala entre los seis países con mayor porcentaje de niños menores de cinco años con retardo en su talla en el mundo y en el primer lugar en América Latina y el Caribe.

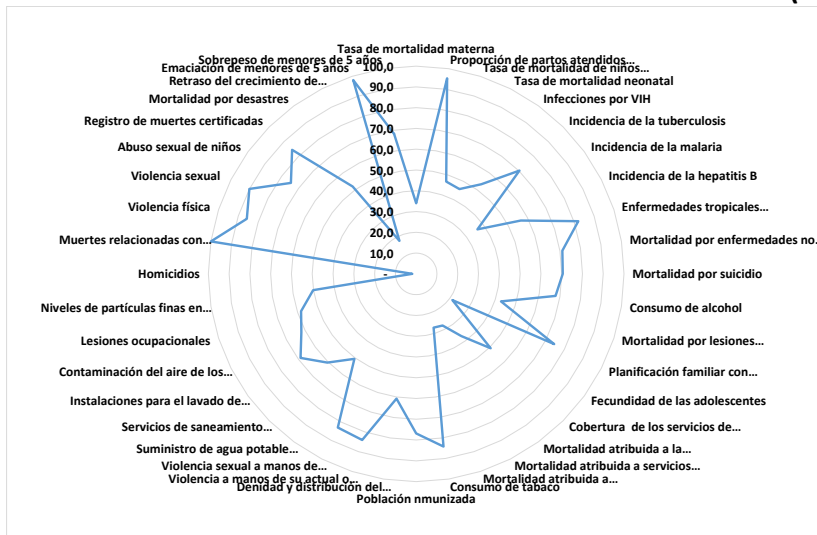
El promedio estimado para 2016 a nivel mundial era 22.9% y para la región de América Latina y el Caribe era de 11.0%. Por otro lado, entre 1966 y 2014 pasamos de una prevalencia de niños con baja talla en relación a su edad a nivel nacional, de 63.5% a 46.5%; es decir, en dicho período se redujo, en promedio, 0.35 puntos porcentuales al año. Sin embargo, el ritmo promedio anual de reducción en el mundo, entre 1990 y 2016, fue 0.64 puntos porcentuales. Además, como ya se mencionó anteriormente, el promedio nacional esconde diferencias significativas según características seleccionadas (área de residencia, grupo étnico, departamento, etc.). Por ejemplo, en 2014 la prevalencia del retardo en la talla de menores de cinco años en el Departamento de Totonicapán era 2.8 veces mayor que en el Departamento de Guatemala (70.0% vrs. 25.3%, respectivamente).

Según Sanchez, Scott, López (2016), lo que a menudo se conoce como hambre “oculta”⁸ también afecta a los niños y adultos en Guatemala. En el 2014, 53% de los hogares informaron que, debido a falta de recursos, sus hijos tenían una dieta desequilibrada o dieta poco variada. En los hogares extremadamente pobres, esta cifra se elevaba a 74%.

La anemia también es alta entre los niños pequeños –uno de cuatro niños pequeños guatemaltecos está anémico –con serias implicaciones para el desarrollo cognitivo–. La evidencia indica que lograr un crecimiento convergente es difícil después de la edad de dos años debido a que el daño al crecimiento físico y el desarrollo cerebral puede ser extenso y en gran parte irreversible. Las desigualdades en los resultados de salud y en acceso a los servicios de salud también son persistentes. Las mujeres indígenas representan 73% de todas las muertes maternas en Guatemala, y son el doble de probable de dar a luz a un bebé sin la ayuda de un doctor como las mujeres no indígenas. Casi 84% de las mujeres urbanas cuentan con asistencia calificada para partos en comparación con solo 55% de las mujeres rurales (Banco Mundial, 2016).

La siguiente gráfica sintetiza la situación de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) relacionados con la salud para el caso de Guatemala en 2017. El promedio de estos indicadores fue de 56.0 y se proyecta lograr un promedio de 61.3 en 2030. Como era de esperarse la segunda brecha más importante se encuentra en la prevalencia del retraso del crecimiento de los menores de cinco años. Es importante notar que los indicadores asociados los ODS de la salud trascienden lo que un sistema de salud por si sólo puede impactar. Por lo tanto, es necesario lograr abordajes mucho más holísticos para tener un impacto en las condiciones de salud de la población.

Gráfica 5. Puntuación de Guatemala en indicadores ODS salud (2017)



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Health-related SDGs | Viz Hub. Available from <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>. (Accessed 5/02/2019).

⁸ El hambre oculta se refiere a la falta de micronutrientes en la dieta de los niños que les impide crecer y desarrollarse.

Todo lo expuesto en esta sección implica que el sistema de salud de Guatemala debe afrontar los desafíos de las transiciones demográfica, epidemiológica y nutricional en un contexto de mayores expectativas ciudadanas y restricciones presupuestarias junto con choques externos de origen económico (ej.: crisis financieras), ambiental (ej.: desastres naturales), socio-cultural, político, etc. Por lo tanto, deberá brindar acceso universal a los servicios que necesita una población creciente y que envejece, sin que los pacientes sufran dificultades financieras, pero que además presenta un nuevo perfil de morbilidad y mortalidad en que las enfermedades crónicas no transmisibles tienden a ser las más prevalentes. También debe atender los problemas no resueltos de una agenda inconclusa en cuanto a mortalidad por enfermedades infecciosas y materno-infantiles, y no digamos el enorme desafío de los problemas asociados a la malnutrición de la población. En síntesis, el sistema de salud debe ser capaz de subsanar (curar y rehabilitar) una amplia gama de enfermedades cada vez más costosas de atender (que en algunos casos implica una multimorbilidad⁹) pero además promover la salud y prevenir las enfermedades.

⁹ Presencia de múltiples enfermedades en una sola persona.

3.4. Liderazgo y Gobernanza

USAID/Nutri-Salud, BID, Alianza por la Nutrición (2016) describen que la gobernanza de cualquier sistema de salud se refiere al rol del gobierno en procurar la salud de sus habitantes y su relación con otros actores cuyas actividades tienen un impacto en la salud de la población. Su campo de acción abarca tanto el sector público como el sector privado y requiere acciones políticas y técnicas, porque se trata de conciliar las demandas que compiten por los limitados recursos en circunstancias variables. Sus principales funciones son la orientación de las políticas, la generación de información estratégica (inteligencia), la formación de coaliciones dentro y fuera del gobierno, así como el establecimiento de aspectos de regulación y rendición de cuentas en lo referente a salud. El Dr. Mendoza enfatiza que “rectoría” significa cuatro funciones básicas que son indelegables y que las leyes guatemaltecas facultan al MSPAS a que use los recursos y medios para ejercerla: 1) CONDUCCIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD (a) contar con información permanente para vigilar la situación de salud y sus determinantes, b) priorizar problemas y poblaciones; c) definir objetivos, políticas sectoriales y programas; y d) movilizar recursos). 2) LEGISLACIÓN Y MARCO NORMATIVO SANITARIO y control de su cumplimiento con relación a seguros, servicios, insumos, equipamientos, tecnologías y bienes de consumo. 3) FINANCIAMIENTO: Armonizar y coordinar los recursos de diferentes orígenes (Ministerio de Finanzas, niveles sub-nacionales de gobierno, Seguro Social, seguros privados, gasto personal). Definir e implantar mecanismos redistributivos de los recursos públicos para compensar desigualdades. 4) Aseguramiento: GARANTIZAR ACCESO Y UTILIZACIÓN EQUITATIVA con el objetivo de proporcionar a los grupos sociales hasta hoy excluidos la oportunidad de recibir atención integral, sin que su capacidad de pago sea un factor restrictivo

Flores (2008) señala que en Guatemala existe un marco legal que identifica claramente las funciones de rectoría sobre todo el sistema de salud que posee el MSPAS. Sin embargo, en la práctica, la rectoría se circunscribe únicamente al propio MSPAS y no llega a otras entidades públicas (Sanidad Militar y Hospital de la Policía), mucho menos hacia el IGSS o al subsistema privado. Estas limitantes en la posibilidad de ejercer rectoría son comunes a todos los sistemas de salud segmentados y fragmentados. Específicamente identifica un problema de pesos y contrapesos entre instituciones y actores. Por su parte Becerril-Monteiko y López-Dávila (2011) coinciden con Flores y además señalan que la instancia directamente responsable de la rectoría sectorial es la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del MSPAS. Sus tareas más importantes son registrar y acreditar los establecimientos de salud, por un lado, y vigilar y controlar los productos farmacéuticos y los alimentos, por el otro. Luego los autores describen cómo los actores del sistema de salud tienen su propia gobernabilidad con autonomía del MSPAS. Otros autores también coinciden con identificar que en la práctica el MSPAS no cumple con su papel de rectoría de la salud del país (ver ACCESA, 2015). Los recursos y la capacidad institucional del MSPAS para coordinar el sector y supervisar sistemáticamente el cumplimiento son limitados, y el MSPAS ejerce autoridad limitada sobre otras entidades del sector público que prestan servicios. Con respecto al sector privado, dada su capacidad y restricción de recursos, el MSPAS se ha enfocado principalmente en emitir permisos para operar. Como resultado, aparte de las

contrataciones público-privadas, los proveedores públicos y privados de servicios de salud en general no están coordinados, y tienden a operar en su propio entorno y servir a segmentos de la población socioeconómicos distintos (Banco Mundial, 2016).

En 2002, la Ley General de Descentralización y el Código Municipal delegaron en las municipalidades la responsabilidad de velar por el cumplimiento y la observancia de las normas de control sanitario, además de establecer, hacer funcionar y administrar los servicios públicos de salud. El IGSS es una institución autónoma regida por su Ley Orgánica, dirigida por su Junta Directiva en función de los acuerdos tomados en su seno, y actúa con independencia respecto del MSPAS. Las instituciones del sector privado que ofrecen aseguramiento en salud sólo están sujetas a inspección y vigilancia por parte de la Superintendencia de Bancos y no están sometidas a ningún tipo de regulación de la atención a la salud.

La acreditación de los recursos humanos en salud está a cargo de la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, mientras que el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala se encarga de vigilar el ejercicio de la profesión médica, promover el intercambio científico entre sus miembros y con los centros y autoridades científicas nacionales y extranjeras, evitar el ejercicio ilegal de la medicina, y auspiciar las asociaciones gremiales para proteger el ejercicio de la profesión.

Por otro lado, cabe destacar que existen otros actores que inciden en la toma de decisiones del sistema de salud. Por ejemplo, CEGSS (2011) señala que los actores ejercen influencia en la toma de decisión a través de procesos y actividades que pueden ser agrupados en dos categorías: regulados y no regulados. El marco legal vigente define las funciones y responsabilidades de los actores en relación a los procesos de toma de decisiones en las políticas públicas. Lo anterior corresponde a la categoría de regulados. Es importante notar que existen actores que aun cuando son reconocidos en el marco legal, ejercen influencia a través de procesos y actividades que están por fuera de las competencias que les asigna dicho marco. Aquellos actores que ejercen influencia sin ser explícitamente reconocidos en el marco legal caen en la categoría de no regulados. Particularmente en el caso de Guatemala, CEGSS (2011) concluye que aparte de la autoridad rectora, los actores más influyentes son los diputados, los agentes económicos privados y las agencias internacionales de cooperación; y que el actor con menor posibilidad de influencia es la ciudadanía. También encuentra que los alcaldes municipales y diputados al Congreso, que a pesar de estar regulados e implementar acciones que les compete, también implementan acciones más allá de lo que indica el marco legal vigente, por tanto, son actores que implementan tanto actividades reguladas como no reguladas.

Por su parte Ávila et al. (2015) destacan el siguiente desafío clave en el liderazgo. Al principio de cada administración presidencial de cuatro años ocurren cambios en la mayoría de los puestos de nivel medio y alto en el MSPAS, y a menudo incluso durante los cuatro años de la administración. Estos cambios incluyen el nombramiento de un nuevo Ministro de Salud Pública, los viceministros, y la mayoría de sus equipos de trabajo. Este alto índice de rotación

de elementos administrativos de alto nivel frecuentemente viene acompañado de nuevas prioridades institucionales y de un rechazo a las prioridades y planes implementados por la administración anterior. El efecto que tienen estos cambios de administración es que frecuentemente se seleccionan prioridades estratégicas, tal como la estrategia de APS, que ya no se pueden implementar durante el tiempo restante de la administración, o incluso en todos los cuatro años de una administración presidencial. El éxito en su implementación se ve imposibilitado debido a las prioridades potencialmente diferentes de la nueva administración o los nuevos equipos de trabajo.

Por ejemplo, luego del cierre del PEC, el MSPAS presentó en 2015 la Estrategia de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional del Primer Nivel de Atención. En abril de 2016 el Ministro de Salud, Dr. Alfonso Cabrera, presentó el Modelo de Atención del Primer Nivel. Sin embargo, el 6 de septiembre de 2016 empezó a regir el Acuerdo Ministerial 261-2016, que estableció el Modelo Incluyente de Salud (MIS), como el modelo de atención en salud del MSPAS y que fue impulsado por la Dra. Lucrecia Hernández (Ministra de Salud). El 8 de diciembre de 2017 entró en vigencia el Acuerdo Ministerial 152-2017 (que derogó el 261-2016), con el objeto de organizar la red de servicios de salud mediante la implementación progresiva de la Estrategia para el Fortalecimiento de la Gestión y Atención en Salud y que fue impulsado por el Dr. Carlos Soto (Ministro de Salud). En noviembre de 2018 se presentó públicamente el “Modelo de Atención y Gestión para áreas de salud”. Todos estos modelos buscan que se implemente una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) pero tienen diferencias en la organización operativa del primer nivel de atención y los pasos a seguir para completar los procesos técnicos y administrativos.

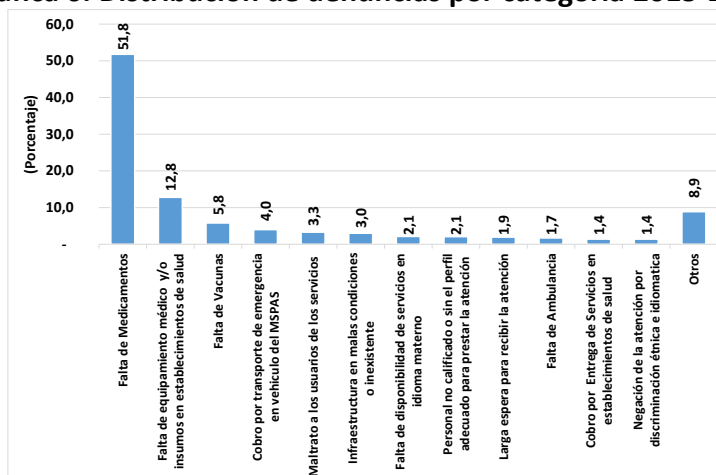
El Plan Estratégico Institucional 2018-2032 establece que es el único documento vigente para el quehacer institucional del Ministerio de Salud y que será el referente para los planteamientos operativos de mediano y corto plazo. Además, señala que la administración actual impulsa la “Reforma del Sector Salud”. Por otro lado, actualmente hay vigentes 68 políticas públicas y dos de ellas son de salud: 1) La Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala (Acuerdo Gubernativo 102-2015) que busca mejorar la salud materna neonatal, y 2) La Política de la Prevención a las Infecciones de Transmisión Sexual - ITS- y a la Respuesta a la Epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- (Acuerdo Gubernativo 638-2005) que busca que se implementen mecanismos para la educación y prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las ITS, VIH y SIDA.

No se encontró un desarrollo adecuado de estas políticas vigentes en el Plan Estratégico Institucional 2018-2032 y no se cuenta con una política pública de salud, ni una política pública de medicamentos, ni mecanismos para obtener sistemáticamente información de los usuarios del sistema de salud. No se encontraron evaluaciones de los planes estratégicos anteriores ni de las políticas vigentes. Por lo tanto, el Ministerio no está cumpliendo con uno de sus roles de rectoría que consiste en asegurar que existan políticas y estrategias actualizadas que brinden una visión de futuro, que describan cómo los objetivos serán

alcanzados, explicita los roles de los distintos actores del sistema de salud, y estime los recursos requeridos para alcanzar los objetivos de las necesidades y prioridades nacionales.

Sin embargo, diversas organizaciones de sociedad civil son reconocidas por realizar actividades de monitoreo y vigilancia de los servicios de salud, principalmente del MSPAS (Cross, De la Cruz, Dent, 2018). Entre estas organizaciones se pueden mencionar la Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva, la Nutrición y la Educación (ALIAMNISAR), el Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR), la Alianza por la Nutrición, y la Red de Defensoras y Defensores Comunitarios por el Derecho a la Salud (REDC-SALUD) con el apoyo técnico y logístico del Centro de Estudios para la Equidad y la Gobernanza en los Sistema de Salud (CEGSS). En este último caso se creó una plataforma de denuncias; es decir, una herramienta tecnológica creada con el fin de recibir, consultar y monitorear las denuncias puestas por los usuarios de los servicios de salud. La plataforma inició recibiendo denuncias de 36 municipios de los departamentos de Alta Verapaz, Quiché, Huehuetenango, Totonicapán y Sololá. Una vez registrada la denuncia en la plataforma, las autoridades son alertadas para que tomen las acciones pertinentes. Por medio de la plataforma se busca agilizar la resolución de las quejas captadas. La plataforma de acceso público en <https://vigilanciaysalud.com/plataforma-de-denuncia/>. A continuación se presentan los resultados de las 3,296 denuncias que se subieron al sistema del 11 de agosto de 2015 al 22 de mayo de 2018 en municipios de los departamentos de Alta Verapaz, Chiquimula, Huehuetenango, Quetzaltenango, Quiché, San Marcos, Sololá y Totonicapán (ver Gráfica 6). La mayor parte de las mismas se concentra en la falta de medicamentos, y la falta de equipamiento y/o insumos. Además llama la atención denuncias que implican cobros indebidos, malos tratos a los usuarios de los servicios de salud, e incluso barreras de idioma y de discriminación. Está claro que una de las prioridades debe ser la implementación de un modelo de aseguramiento de medicamentos para el primer nivel de atención con una nueva logística basada en experiencias exitosas en otros países.

Gráfica 6. Distribución de denuncias por categoría 2015-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de <http://vigilanciaysalud.com/plataforma/reports/download>.

3.5. Provisión de Servicios

Asegurar la disponibilidad de servicios de salud que cumplan con un estándar de calidad mínimo y garantizar el acceso a ellos son funciones clave de un sistema de salud (WHO, 2010).

Según Ávila et al. (2015), los servicios de atención en Guatemala se prestan a través de los sectores público y privado. El MSPAS es el principal proveedor de servicios públicos, junto con dos sistemas de seguros públicos: 1) El IGSS, que cubre aproximadamente a 17.5% de la población que trabaja en el sector formal de la economía y a sus dependientes, y; 2) la Sanidad Militar, que presta servicios a aproximadamente 0.5% de la población que forma parte de las Fuerzas Armadas. En el sector privado, los servicios los entregan proveedores con y sin fines de lucro, que incluyen a OSC, organizaciones religiosas, y prestadores tradicionales locales. Mientras el MSPAS es el encargado de prestar servicios al más o menos 75% de la población que no tiene ningún tipo de seguro de salud, y de hecho por ley debiera prestar servicios sin costo a todos los ciudadanos, la red de atención de servicios de salud del ministerio es inadecuada para cubrir de manera efectiva a la población. Esto ocasiona que muchos renuncien a recibir la atención y recurran a gastos de bolsillo para pagar servicios del sector privado. El 85% de los hogares del quintil de consumo más bajo usó instalaciones de salud pública, donde 51% de ellos consultaron instalaciones públicas de atención primaria. Por otro lado, solo 43% de los hogares de ingresos altos usaron instalaciones públicas donde un porcentaje mucho más pequeño (13%) consultó una instalación pública de atención primaria (Banco Mundial, 2016).

Existen 29 Direcciones de Área de Salud (DAS) del MSPAS que le reportan a la oficina central. Cada DAS conforma una unidad administrativa que funciona como intermediaria entre el nivel central y los establecimientos locales de salud. Las DAS supervisan las oficinas de salud distritales que administran y supervisan los centros de salud y puestos de salud de sus respectivos distritos. Los hospitales normalmente son su propia “unidad administrativa” con presupuesto autónomo, y reportan directamente al nivel central, en lugar de reportar al área de salud (Ávila et al, 2015). Además, los 20 programas que desarrolla el MSPAS actúan de forma descoordinada y separada. Cada uno está dedicado a atender un fragmento de los problemas de salud. Algunos se dedican a atender enfermedades particulares, como el programa de tuberculosis, el programa de VIH y el programa de enfermedades transmitidas por vectores. Otros se dedican a atender a un segmento de la población, por ejemplo el programa de salud de los y las adolescentes, el programa de atención de los adultos mayores; otros se dedican a intervenciones puntuales como el programa nacional de inmunizaciones; otros a grupos de población con características particulares, como el programa de salud laboral y el programa de salud reproductiva (ACCESA, 2015).

Según MSPAS (2018), en 2015 el MSPAS contaba para el primer nivel con 1,165 puestos de salud; en el segundo nivel, 278 centros de salud tipo B y 55 centros de salud tipo A; y en el tercer nivel con 44 hospitales. Mientras la intención es que el nivel de atención primaria sea el punto de entrada al sistema de salud, en la práctica, los mecanismos de referencia y contra-referencia son débiles y los pacientes pueden saltarse los puestos de salud e incluso los

establecimientos secundarios en busca de servicios directamente en los hospitales. Al nivel primario, el personal de los puestos de salud generalmente está compuesto de uno o dos auxiliares de enfermería que cuentan con el apoyo de un equipo de voluntarios comunitarios que incluyen facilitadores comunitarios y comadronas (Ávila et al, 2015). Al año 2015 la red de hospitales del MSPAS mantuvo un porcentaje de ocupación de 94% (MSPAS, 2016). El Reglamento Orgánico Interno del MSPAS (Acuerdo Gubernativo 115-99) establece en sus artículos 76 y 77 que *“El Puesto de Salud es el establecimiento de los servicios públicos de salud del Primer Nivel de Atención ubicado en aldeas, cantones, caseríos y barrios de los municipios. Cubre dos mil habitantes como promedio y sirve de enlace entre la red institucional y el nivel comunitario ... Los Centros de Salud Tipo A son establecimientos de servicios públicos que cuentan con servicios de internamiento con treinta a cincuenta camas. Estos centros están situados en áreas geográficas seleccionadas, de difícil acceso y en centros urbanos de alta concentración poblacional. Tienen un área de influencia entre diez y veinte mil habitantes ... Los Centros de Salud tipo B son establecimientos de servicios públicos de salud que brindan servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a las personas y acciones al ambiente. Tiene un área de influencia comprendida entre cinco y diez mil habitantes (el subrayado es propio)”*. Por lo tanto, en la siguiente tabla se presenta la distribución de estos establecimientos en 2015 y la brecha según el estándar de población a atender suponiendo que estos establecimientos sólo deben atender al 65% de la población proyectada por el Instituto Nacional de Estadística para el 2015.

Tabla 3. Red de servicios del MSPAS en 2015 y brecha estimada

| Departamento | Establecimientos de Salud | | | | Brechas | | |
|----------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|------------|------------------|-------------------------|-------------------------|
| | Puestos de Salud | Centros de Salud Tipo A | Centros de Salud Tipo B | Hospitales | Puestos de Salud | Centros de Salud Tipo A | Centros de Salud Tipo B |
| Guatemala | 88 | 10 | 31 | 7 | 1,002 | 99 | 187 |
| El Progreso | 39 | 1 | 7 | 1 | 16 | 5 | 4 |
| Sacatepéquez | 17 | 1 | 3 | 2 | 95 | 10 | 19 |
| Chimaltenango | 55 | 1 | 16 | 1 | 168 | 21 | 29 |
| Escuintla | 36 | 2 | 13 | 2 | 211 | 23 | 36 |
| Santa Rosa | 54 | 4 | 11 | 1 | 68 | 8 | 13 |
| Sololá | 42 | 0 | 10 | 1 | 118 | 16 | 22 |
| Totonicapán | 27 | 0 | 9 | 1 | 148 | 17 | 26 |
| Quetzaltenango | 64 | 7 | 18 | 3 | 217 | 21 | 38 |
| Suchitepéquez | 30 | 2 | 10 | 1 | 155 | 16 | 27 |
| Retalhuleu | 34 | 0 | 10 | 1 | 74 | 11 | 12 |
| San Marcos | 81 | 1 | 20 | 2 | 284 | 35 | 53 |
| Huehuetenango | 100 | 5 | 20 | 3 | 311 | 36 | 62 |
| Quiché | 95 | 1 | 24 | 4 | 259 | 34 | 47 |
| Baja Verapaz | 72 | 1 | 7 | 1 | 25 | 9 | 12 |
| Alta Verapaz | 39 | 6 | 11 | 3 | 369 | 35 | 71 |
| Petén | 90 | 1 | 13 | 4 | 149 | 23 | 35 |
| Izabal | 33 | 3 | 5 | 2 | 115 | 12 | 25 |
| Zacapa | 51 | 2 | 9 | 1 | 26 | 6 | 6 |
| Chiquimula | 30 | 2 | 9 | 1 | 102 | 11 | 17 |
| Jalapa | 31 | 1 | 7 | 1 | 85 | 11 | 16 |
| Jutiapa | 57 | 4 | 15 | 1 | 96 | 11 | 16 |
| País | 1,165 | 55 | 278 | 44 | 4,092 | 471 | 773 |

Fuente: Elaboración propia a partir de proyecciones de población por departamento del INE (<https://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas/tema-indicadores>) y MSPAS (2016).

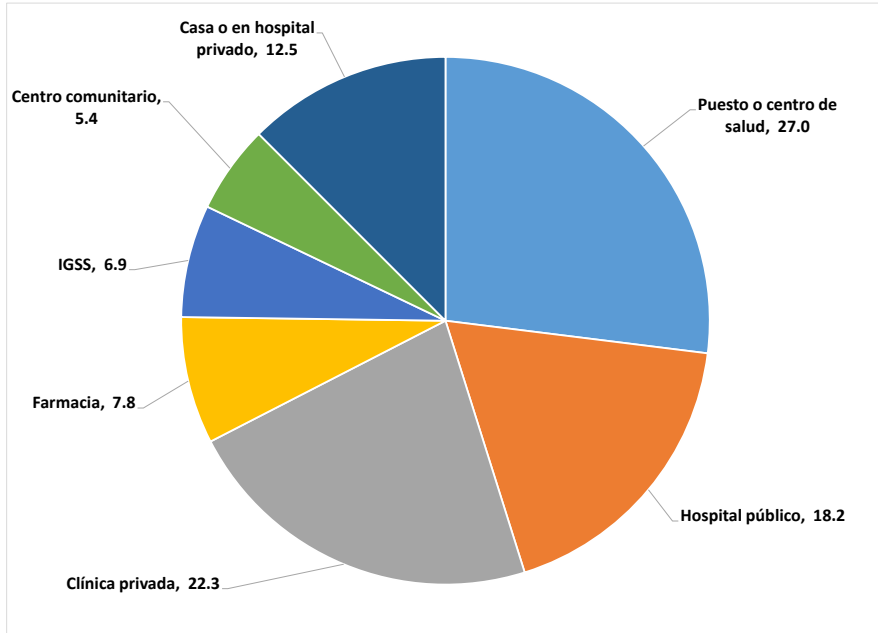
De la tabla anterior se puede concluir que a nivel nacional se contaba para el primer nivel de atención con alrededor de una quinta parte de los puestos de salud del estándar y en el segundo nivel de atención con una décima parte de los centros de salud tipo A y una cuarta parte de los centros de salud tipo B. A nivel departamental se observa una distribución inequitativa de los establecimientos de salud. Por ejemplo, en el primer nivel de atención mientras que Baja Verapaz contaba con alrededor del 74% de los puestos de salud del estándar Alta Verapaz apenas llegaba al 10% del mismo. Sin embargo, al tomar en cuenta todos los establecimientos de salud (públicos y privados) se tenía capacidad para atender 10.8 millones de habitantes (MSPAS, 2016); es decir, alrededor del 67% de la población proyectada por el INE. Por las características de su capacidad de resolución, las personas concentran su demanda de servicios de salud en el Departamento de Guatemala, para lo cual viajan del resto de departamentos por referencia, o bien reciben el servicio de ambulancia (MSPAS, 2016). Por su parte MSPAS (2018) señala que la normativa 20-2016 se define que la densidad de centros de salud por habitante debe ser de un centro de salud por 10,000 habitantes, con base a esta meta, se estima que es necesario contar con 809 centros de salud a nivel nacional. En el caso de los puestos de salud, debiera ser de uno por 5,000 habitantes, con base a esta meta se estima que es necesario contar con 2,087 puestos de salud más a nivel nacional.

En el caso del IGSS, las prestaciones en servicio de los Programas de Enfermedad, Maternidad y Accidentes se proporcionan en consultorios, hospitales y otras unidades médicas propias del Instituto por medio de su cuerpo médico y del respectivo personal técnico y auxiliar. Además, el Instituto, con base a normativa vigente, ha celebrado contratos con entes externos prestadores de servicios médicos especializados, con el propósito de brindar otros servicios a sus derechohabientes con los cuales el Instituto no cuenta en sus Unidades. Dentro de ello cabe mencionar convenios con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, UNICAR y Centro Médico Militar, así también se han celebrado contratos con médicos particulares para brindar servicios médicos, tanto a nivel general como especializado. El Instituto cuenta con diversas Unidades Médicas, distribuidas, tanto a nivel metropolitano como departamental. La mayor demanda de servicios médicos está centrada en la Ciudad Capital de Guatemala, en particular los servicios especializados. En 2015 el IGSS contaba con 11 puestos de salud, 45 consultorios, 3 salas anexas, y 24 hospitales (MSPAS, 2018).

Según MSPAS (2016), la red de servicios de salud de los establecimientos dedicados a la atención de las fuerzas armadas, está a cargo de la Sanidad Militar. Para el efecto tiene bajo su control el abastecimiento de medicamentos y la aplicación de planes de medicina preventiva en 6 unidades médicas militares y 1 Hospital Centro Médico Militar. La Policía Nacional Civil, dependencia del Ministerio de Gobernación, opera una red de servicios salud con 1 hospital y 22 clínicas. El sector privado, está organizado en hospitales, sanatorios y clínicas. Asimismo cuenta con establecimientos de especialidades y centros de laboratorio. En 2015 contaba con 3,969 clínicas o consultorios médicos (primer nivel de atención), y 398 hospitales (tercer nivel de atención).

Históricamente, los pueblos mayas han buscado atención médica del sector de salud pública institucionalizado en niveles bajos, pero en cambio tienden a depender de las prácticas de curación y remedios tradicionales para varios problemas de salud en lugar de buscar atención en establecimientos con profesionales de la salud capacitados con la visión occidental. Esto se debe principalmente a que los mayas a menudo consideran que estos profesionales tienen una visión de las enfermedades humanas muy diferentes de las suyas. Las comadronas son consideradas líderes de la comunidad que encarnan los espíritus del creador maya y, como tales, reciben un alto nivel de confianza de sus pacientes y sus familias. Debido a que muchas clínicas y hospitales prohíben las prácticas mayas tradicionales, las mujeres indígenas embarazadas en Guatemala a menudo eligen el parto en el hogar, acompañadas por la comadrona, en lugar de buscar atención en un establecimiento de salud. Las comadronas tradicionalmente asumen su papel a través de una combinación de vocación divina, expresada en sueños y visiones, y antecedentes familiares. Se han realizado varios esfuerzos para integrar las creencias y prácticas de salud tradicionales en el sistema de atención formalizado de Guatemala. A pesar de las acciones y los avances hacia la inclusión, la implementación de los esfuerzos de capacitación y evaluación hasta la fecha sigue siendo fragmentada y con resultados medibles limitados (Fien-Helfman, 2018).

Gráfica 7. Distribución de población que consultó algún personal de salud



Fuente: Elaboración propia a partir de ENCOVI 2014.

Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida del 2014, 27.0% de la población que tuvo alguna enfermedad, accidente o quebranto de salud el mes pasado y que consultó a algún personal de salud, fue atendido en un centro o puesto de salud, y 18.2% en un hospital público. El 22.3% fue atendido en una clínica privada, 7.8% en una farmacia, 6.9% en el IGSS, y 5.4% en un centro comunitario. El restante 12.5% fue atendido en su casa, en un hospital privado, o en la casa de quién lo atendió. Además, el 46.6% se trasladaron a pie al lugar

donde fueron atendidos. Al consultar a la población que tuvo alguna enfermedad o padecimiento de salud el mes pasado y que consultó a algún personal de salud, sobre el pago por los servicios de salud, el 61.4% pagó por las medicinas, 30.5% por la consulta médica, y 19.1% para transportarse al lugar de atención. El 14.7% pagaron por exámenes de laboratorio o radiografías. Al desagregar a la población según la razón para no consultar por alguna enfermedad, accidente o quebranto de salud, se obtiene que el 43.6% de la población no asiste debido a que se trata de un caso leve, y el 36.2% no lo hace por falta de dinero. El 20% restante no asiste porque no tiene tiempo, no hay médicos o enfermeras, el lugar está muy lejos, la espera es muy larga, porque no cree que puedan ayudarlo, entre otras razones. Finalmente, el 89.2% no estaban cubiertas o afiliadas por un seguro salud (INE, 2016).

En un estudio sociocultural se identificó que un alto porcentaje de población que acude a los servicios de salud ancestrales (comadronas y curanderos) lo hace debido al acceso de la población a estos servicios de salud; en contraste a los servicios del Ministerio de Salud pues en ocasiones deben recorrer amplias distancias para acceder al servicio y no se encuentran en las condiciones adecuadas. Además, se considera que la atención en los establecimientos del Ministerio de Salud no es contextualizada y en ocasiones rompe la dinámica cultural mientras que otra de las ventajas del servicio ancestral es el idioma ya que las personas que atienden hablan el idioma de la población. Otro elemento es que aún existe desconfianza por la atención de personas que no sean del mismo sexo. La atención a la salud por parte del sistema de salud oficial enfrenta grandes desafíos, entre estos: distancia y tiempo que invierten personas de las comunidades para ser atendidas, la mayoría indico que la ubicación de estos les queda lejos y muy lejos; no existe infraestructura en las comunidades; insumos y medicamentos escasos; mala atención en algunos lugares, especialmente por los médicos, falta de personal para el seguimiento y monitoreo en las comunidades y escaso o nulo apoyo logístico hacia el personal de salud para el desarrollo de sus tareas (Gobierno de Guatemala, 2016).

Las tendencias en la utilización entre hombres, mujeres y niños resaltan la fragmentación¹⁰ del sistema de salud de Guatemala y revelan importantes matices acerca de las preferencias de proveedores y el acceso a servicios de salud. Los patrones de utilización entre los hombres para el tratamiento de padecimientos crónicos como la diabetes y la hipertensión revelan que acuden regularmente al sector privado y las bajas tasas de utilización de estos servicios en establecimientos del MSPAS indican probablemente la existencia de barreras como los horarios de atención, falta de inventario de medicamentos, y menor priorización de las enfermedades no transmisibles cuando se compara con la salud materna e infantil y nutrición. Las mujeres tienden a acceder a servicios relativos a planificación familiar y salud materna principalmente en el sector público pero el hecho que 48% de mujeres guatemaltecas atiendan su parto en el hogar o con una partera, refleja, no solo barreras a la atención, sino también la preferencia de muchas mujeres por dar a luz con la ayuda de una partera tradicional y no en un establecimiento de salud; y también explica por qué la tasa

¹⁰ Cabe destacar que la fragmentación es un problema que se registra a nivel del modelo de atención; es decir, es la fragmentación de los cuidados. Mientras que la segmentación es un problema que se registra a nivel de los modelos de gestión; es decir, es la segmentación de las responsabilidades entre las instituciones intervinientes.

materna de mortalidad y la tasa de mortalidad infantil permanecen altas. La barrera lingüística entre mujeres indígenas y trabajadores de la salud, que son predominantemente de habla hispana en el sector formal de salud, explica los menores índices de utilización en las comunidades indígenas (Ávila et al, 2015).

En síntesis, está claro que uno de los principales cuellos de botella es que la plataforma de entrega de servicios de salud del sistema de salud no cumple ni siquiera con características clave como la accesibilidad y la cobertura. La entrega de servicios está segmentada y fragmentada. Incluso dentro del Ministerio de Salud hay desafíos de coordinación entre sus propios programas y entre los distintos niveles de atención.

3.6. Recursos Humanos

La capacidad de un país para cumplir sus objetivos de salud depende en gran medida del conocimiento, las habilidades, la motivación y el despliegue de las personas responsables de organizar y prestar servicios de salud. La fuerza laboral de salud se puede definir como todas las personas involucradas en acciones cuyo objetivo principal es mejorar la salud (WHO, 2010). Los recursos humanos para la prestación de servicios de salud son el recurso más costoso y más difícil de conseguir en un sistema de salud, y son indispensables. El objetivo de la gestión de recursos humanos es disponer de: 1) El número adecuado de personas; 2) Con los conocimientos adecuados; 3) En el lugar correcto; 4) En el momento adecuado; 5) Con la actitud correcta; 6) Haciendo el trabajo correcto; 7) Al precio justo; y 8) Con la adecuada productividad (OMS, 2014).

Una forma útil de analizar el recurso humano es utilizando el ciclo de vida laboral planteado por la OMS (ver Gráfica 7) y que se centra en la necesidad de supervisar y evaluar cada una de las etapas del ciclo: la entrada (o reentrada) de las personas en la fuerza laboral, el periodo de sus vidas en el que forman parte de ella, y el momento en el que la abandonan.



El primer punto a destacar es la ausencia de un sistema integrado con información de los recursos humanos del sistema de salud debido a la falta de coordinación entre los actores del sistema y la débil rectoría que ejerce el Ministerio de Salud.

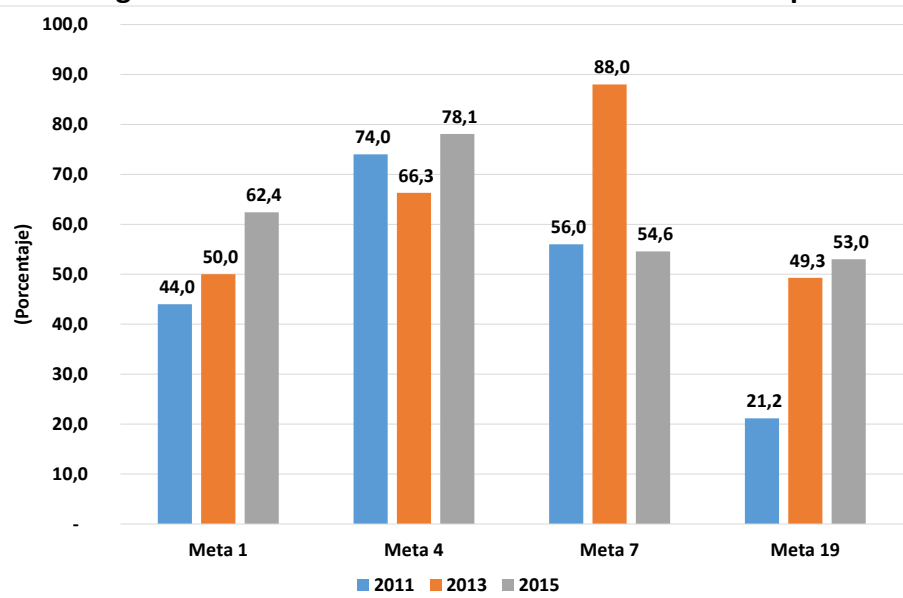
Existen cinco universidades que capacitan a los médicos en Guatemala, siendo la universidad nacional pública, la Universidad de San Carlos, la que capacita al mayor número de médicos. Casi todos los médicos son capacitados en la capital del país. Se están produciendo médicos competentes pero algunos informantes indican que los médicos que se gradúan de estas escuelas no entran a la fuerza laboral con la preparación adecuada para satisfacer las necesidades de atención primaria de salud en el país y que había falta de enfoque en los

determinantes sociales de salud, cuidados preventivos y primarios en el currículo actual de medicina. Las escuelas de medicina se han embarcado en reformas para reforzar los elementos de los cuidados primarios de salud y han agregado temas en determinantes sociales de la salud a sus currículos, sin embargo, siguen existiendo desafíos para reforzar la capacitación conjunta de médicos y otros trabajadores de salud con el propósito de prepararlos para que se conviertan en miembros de equipos interdisciplinarios de salud (Ávila et al, 2015). Por su parte ACCESA (2015) consideran que la formación de los médicos es muy similar en todas las universidades al manifestar que educan para atender enfermos y sus prácticas, y que aunque en algunos programas educativos tienen un período dedicado a la atención de la salud en las comunidades rurales, en su mayoría tienen un énfasis hospitalario. Según MSPAS (2016) en 2015 se graduaron 19,566 médicos en el país; y la evolución de los egresados de las principales áreas de formación para los profesionales y técnicos de salud fue de 4,771 en 2011 a 4,116 en 2015 (las auxiliares de enfermería representaron el 53.7% en 2011 y el 41.2% en 2015). Lo anterior implica una densidad de graduados de 146.4 por 100,000 habitantes.

Considerando los desafíos para incrementar el número de enfermeros profesionales, el MSPAS ha confiado cada vez más en enfermeras auxiliares para cubrir las necesidades de centros y puestos de salud en todo el sistema de salud. Las enfermeras auxiliares en Guatemala reciben una capacitación de tiempo completo durante 10 – 11 meses (en comparación con los tres años que estudian los enfermeros graduados), que incluye atención y tratamiento para las enfermedades comunes de la infancia, tales como diarrea y neumonía. Guatemala cuenta con pocas parteras con capacitación formal y no existe ningún programa de capacitación.

Guatemala estableció su Plan Nacional de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, 2007-2015. En Junio de 2011 se hace una primera medición de las 20 Metas Regionales correspondientes a los cinco desafíos críticos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y el Llamado a la Acción de Toronto; en 2013 se hace una segunda medición, y en 2015 la medición final. Guatemala no tiene datos para siete de las metas en la medición del 2015. En la Gráfica 9 se muestran algunos resultados seleccionados de Guatemala.

Gráfica 9. Logros en metas seleccionadas de recursos humanos para la salud



Meta 1: Lograr una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10,000 habitantes

Meta 4: La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1.

Meta 7: Al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables.

Meta 19: Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.

Fuente: elaboración propia a partir de <https://www.observatoriorh.org/medicion-de-metas-regionales-de-recursos-humanos-en-salud?q=node/368>.

Según MSPAS (2016), la proporción es de 0.78 enfermeras por médico y la baja densidad de trabajadores de salud, se debe a situaciones tales como un alto índice de deserción en los programas de enfermería en Guatemala. El 69% de estudiantes de enfermería no se gradúan. En 2015 el MSPAS contó con 53,550 colaboradores (22.2% auxiliares de enfermería, 20.3% personal voluntario¹¹, 14.6% personal operativo¹², 12.9% médicos, 10.3% puestos técnicos de apoyo a los servicios de salud¹³, 9.9% enfermeras, y 9.8% personal administrativo). Al analizar la distribución de los recursos humanos del MSPAS por departamento en 2015 se encuentra que es inequitativa y se concentra en el departamento de Guatemala y departamentos con facilidades de formación como Quetzaltenango y Sacatepéquez. Por ejemplo, la densidad de los médicos fue 7.4, 8.0 y 7.1 por cada 10,000 habitantes en los departamentos de Guatemala, Sacatepéquez y Quetzaltenango mientras que en los departamentos de Alta Verapaz, Huehuetenango y Sololá fue de 1.5, 1.7 y 2.1 por cada 10,000 habitantes, respectivamente. Se encontró un patrón similar para el caso de las enfermeras.

Estos hallazgos coinciden con lo señalado por ACCESA (2015), *“las médicas y los enfermeros,*

¹¹ En este grupo se cuenta con comadronas, vigilantes de la salud, médicos cubanos y otros profesionales que colaboran ad honorem en el MSPAS. Reciben un estipendio que varía entre Q.50 y Q.500 mensuales para gastos de movilización y por la asistencia a reuniones de coordinación con el personal contratado.

¹² Se encarga de servicios de limpieza, el transporte de personas, el remozamiento y la corrección de fallas en la infraestructura.

¹³ Apoyan todas las actividades preventivas y de diagnóstico.

en su mayoría se concentran en la ciudad de Guatemala, en la ciudad de Quetzaltenango y en la ciudad de Antigua Guatemala y la minoría se concentra en departamentos como El Quiché, Totonicapán y Huehuetenango. En otras palabras, en las regiones rurales con mayores carencias y necesidades de atención de la salud es donde menos médicas y enfermeros hay". Cabe destacar que los facilitadores comunitarios, las comadronas mayas y los curanderos tradicionales durante mucho tiempo han sido la primera fuente de cuidados para la mayor parte de la población indígena de Guatemala y que con una densidad de trabajadores de salud de 26 trabajadores capacitados por cada 10,000 habitantes en áreas urbanas, en comparación con tres por cada 10,000 habitantes en áreas rurales, el acceso a trabajadores capacitados es ocho veces mayor en las áreas urbanas¹⁴ (Ávila et al, 2015).

A la fecha no se han hecho públicos los resultados del censo de empleados públicos por lo que no se cuenta con información actualizada del recurso humano del sector público. Según MSPAS (2016), en 2015, el 43.1% de sus empleados estaban contratados en el renglón presupuestario 011, el 46.7% en los renglones presupuestarios 029, 081, 182, 183, 184, 185 y 189, el 5.5% en el 031, el 4.0% en el 021, y el 0.6% en el 022. Por su parte ACCESA (2015) señala que "Además de la insuficiencia y la mala distribución del personal, un problema central es el referente a las condiciones de trabajo. Cerca del 50% de los trabajadores del MSPAS no tienen contratos fijos, es decir que deben renovarlo cada año, no tienen prestaciones, la mayoría no tiene derecho al IGSS, no gozan de bono 14, ni vacaciones. Estas son prestaciones solo para aquellos trabajadores inscritos en el renglón 0-11 ... Un trabajador que debe renovar su contrato cada año ... Esta situación no solo genera un clima laboral deplorable sino la incertidumbre produce frustración e imposibilidad de hacer planes para el desarrollo personal y familiar ... Otro aspecto relevante es el nombramiento de personas no calificadas para la dirección o conducción de un hospital o Dirección de Área de Salud, pues es una práctica muy común que la asignación de estos puestos suceda por compadrazgo o por la necesidad de pagar una cuota política, tanto en puestos directivos, como en puestos clave, como la Gerencia Administrativa-Financiera y la de Recursos Humanos ... Los nombramientos por conveniencia clientelar se dan a todo nivel. Se ha documentado la contratación de educadoras en salud en puestos y centros de salud que, por otro lado, carecen de personal de enfermería, en adición a que las personas contratadas no tienen las capacidades para la tarea asignada".

El Dictamen 5728-2015 de la Procuraduría General de la Nación en torno a la opinión que le solicitó el Ministro de Salud respecto del procedimiento de negociación, suscripción y homologación del pacto colectivo de condiciones de trabajo y su adendum entre el MSPAS y el Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud de Guatemala concluye que *"los Ministros de Salud Pública y Asistencia Social y de Trabajo y Previsión Social, pudieron haber incurrido en responsabilidades legales, desbordando sus facultades de las que están investidos en detrimento del patrimonio del Estado ... si dicho Sindicato recibió la asistencia legal profesional para la discusión del referido pacto, es el propio Sindicato quien debe asumir el*

¹⁴ Según Banco Mundial (2016), la razón personal de salud urbana de la población de Guatemala es casi diez veces la razón rural: 25.7 en comparación con solo 2.96 por 10,000 habitantes.

pago de los honorarios en referencia y no así el Estado de Guatemala, en detrimento de los servicios de salud de los habitantes de la República de Guatemala ... Se considera que algunos de los beneficios analizados en la presente opinión, son desproporcionales, irrazonables y dañinos para el patrimonio del Estado”.

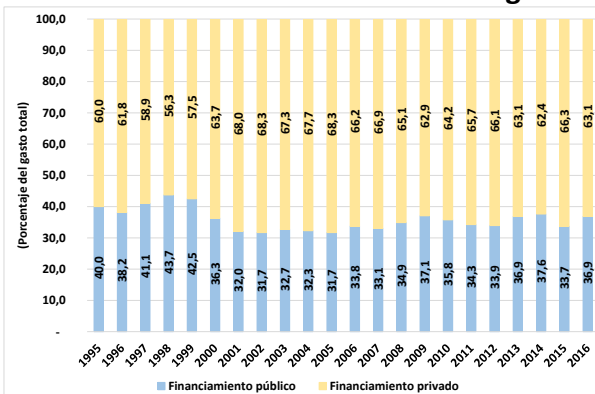
En síntesis, no se cuenta con la cantidad y calidad de recurso humano necesarios para afrontar los desafíos planteados en la sección de la población que deben atender, y se tienen grandes desafíos en todo su ciclo de vida laboral.

3.7. Finanzas

WHO (2010) señala que el financiamiento de la salud se refiere a la función de un sistema de salud relacionado con la movilización, la acumulación y la asignación de dinero para cubrir las necesidades de salud de las personas, individual y colectivamente, en el sistema de salud. El propósito de la financiación de la salud es garantizar que estén disponibles los recursos financieros necesarios para lograr los objetivos del sistema de salud. Por lo tanto, persigue el logro de dos objetivos relacionados: (i) recaudar fondos suficientes y (ii) proporcionar protección de riesgo financiero a la población. Estos objetivos se pueden lograr más fácilmente si los fondos disponibles se utilizan de manera eficiente, destacando la necesidad de un tercer objetivo, el de la eficiencia en la utilización de recursos. Como resultado, el sistema de financiamiento a menudo se divide conceptualmente en tres funciones interrelacionadas: (i) recaudar fondos suficientes para la salud, (ii) mancomunar los fondos para dispersar los riesgos financieros asociados al pago de la atención y (iii) usar los fondos conseguidos para adquirir y suministrar los servicios de salud deseados.

Según estadísticas de las Cuentas Nacionales de Salud, en 2016, el gasto en salud de Guatemala como porcentaje del PIB ascendió a 5.9%. Esta cifra representó un incremento de 0.6% del PIB respecto al gasto del año 2000. El grueso del gasto era privado (63.1%). El 82.8% del gasto privado era gasto de bolsillo. En 2016, el 36.9% del total de gastos en salud provinieron del sector público. Este porcentaje se dividió principalmente entre el IGSS (49.5%) y el MSPAS (45.3%). Según la OMS, el gasto per cápita en salud era en 2016 de 462 dólares PPA (paridad de poder adquisitivo) y en el año 2000 era de 245 dólares PPA. Los estudios de cuentas nacionales muestran que el gasto privado en salud ha representado la principal fuente de financiamiento del sector salud en Guatemala (ver Gráfica 10). De hecho, a pesar de la Política del Gobierno de 2008 que estableció que los servicios de salud en instalaciones públicas son gratis y del aumento en el gasto público en salud, el gasto privado continúa representando de manera importante un mayor porcentaje del gasto total en salud que el gasto público (Banco Mundial, 2016).

Gráfica 10. Evolución del financiamiento del gasto en salud

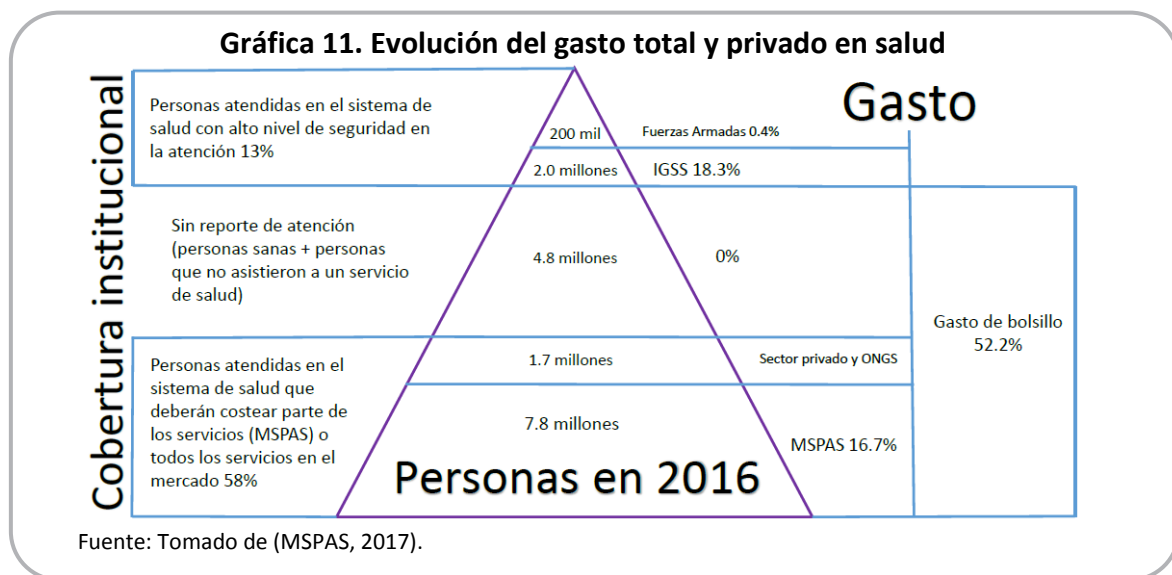


Fuente: elaboración propia a partir de (MSPAS, 2017).

Becerril-Monteiko y López-Dávila (2011) describen que el MSPAS se financia con recursos

provenientes de ingresos fiscales del Estado, de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y, de manera poco significativa, de cuotas recibidas por los servicios prestados. La seguridad social se financia con contribuciones de los empleadores, los trabajadores afiliados y el Estado. El Estado debería participar en el financiamiento del IGSS en su doble papel de empleador y como Estado financiador del seguro social. Sin embargo, de acuerdo con los reportes, esta participación no se cumple desde 1956. Las contribuciones de empleadores y empleados son establecidas por la Junta Directiva del Instituto, en la cual participan representantes del gobierno, los patrones y los trabajadores. Dado que los programas del IGSS no están accesibles en todo el territorio, las tasas de contribución se establecen en función de los beneficios a los que tiene acceso el asegurado. El financiamiento de la Sanidad Militar depende de recursos presupuestales del Estado asignados al ministerio correspondiente. Se les suman las cotizaciones de los militares jubilados y sus dependientes, así como de administradores del ejército que deciden afiliarse de manera voluntaria y cuyo monto es determinado por el Ministerio de la Defensa Nacional. Alrededor de 92% del sector privado funciona con base en pagos de bolsillo, mientras que sólo la población perteneciente a los dos quintiles más ricos y predominantemente urbanos tiene acceso a planes privados de salud. En años recientes ha aumentado la participación de las remesas enviadas por los guatemaltecos residentes en el extranjero en el financiamiento de la salud.

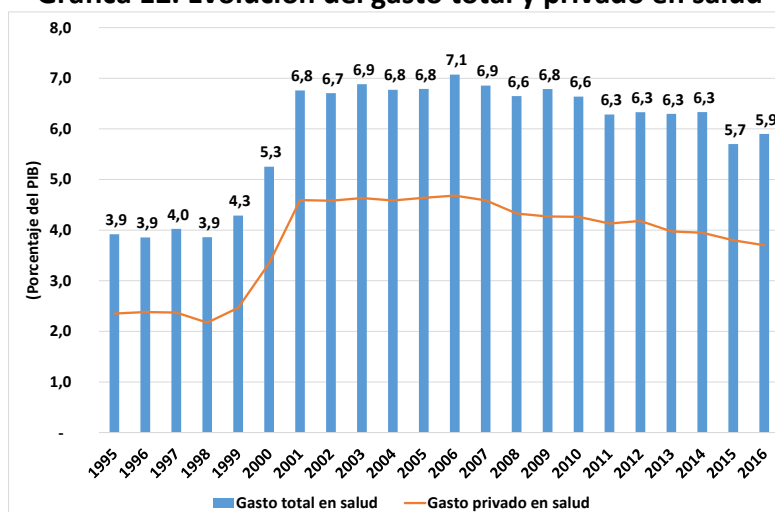
En la Gráfica 11 se presenta de una manera visual cómo se financia el sistema de salud de Guatemala. En MSPAS (2017), se señala que el sistema de salud guatemalteco está fundamentalmente respaldado por el gasto de bolsillo. Los hogares financian con sus propios recursos y de forma directa el 52.2% del gasto en salud. Estas aportaciones incluyen un complemento a la atención del MSPAS, ya que a pesar de haber alcanzado a una población en 2016 de 7.8 millones de habitantes, los pacientes atendidos en el MSPAS deben costear parte del tratamiento institucional y adicionalmente comprar los medicamentos y el equipo médico de apoyo (muletas, sillas de ruedas, medidores, etc.), según las recetas extendidas. En el gasto de bolsillo también se incluyen los complementos y pagos realizados a las ONG proveedoras de servicios de salud y por supuesto los pagos por la atención en establecimientos del sector privado. El IGSS, en conjunto con los hospitales de las fuerzas armadas, atienden únicamente al 18.3% de la población. El sector privado cubrió las necesidades de salud de 1.7 millones de personas en 2016, aunque en ese caso el financiamiento fue 100% responsabilidad de los hogares. Otros financiadores tienen una participación mucho menor.



Como porcentaje del PIB, el gasto total en salud tuvo un incremento importante en el período 1995-2016 de casi tres puntos porcentuales (3.9 vrs. 5.9, ver Gráfica 12). Más del 65% de este incremento se explica a partir del aumento del gasto privado en salud que pasó de 2.4% a 3.7% del PIB mientras el gasto público pasó de 1.6% a 2.2% del PIB en este período. Al desagregar el gasto privado en salud se encuentra que en el período analizado poco más del 85% proviene del gasto de bolsillo de los hogares, y alrededor de un 4.0% corresponde a erogaciones para planes médicos prepagados o acuerdos para mancomunación de riesgos. Cabe destacar que gastos de bolsillo con niveles por encima del 20% del gasto total en salud están estrechamente asociados con gastos catastróficos y empobrecedores y son un indicador del estrés que experimentan los hogares para acceder a los servicios de salud (Izquierdo, Pessino, Vuletin, 2018). Además, el financiamiento mediante gasto de bolsillo en salud es regresivo e ineficiente; es decir, su incremento no sólo afecta el desempeño del sistema de salud sino también su equidad.

El gasto per cápita privado en salud, medido en dólares PPA (paridad de poder adquisitivo), se incrementó en promedio, entre 2000 y 2016, 4.1% anual, llegando a un monto de 286 dólares PPA en el 2016. En este mismo período el gasto público per cápita se incrementó en promedio en 4.5% anualmente llegando a 172 dólares PPA en el 2016 y 2.2% del PIB. Claramente este valor está muy por debajo al umbral recomendado del 5% del PIB necesario para financiar los estándares mínimos de servicio (McIntyre, Meheus, Rottingen, 2017).

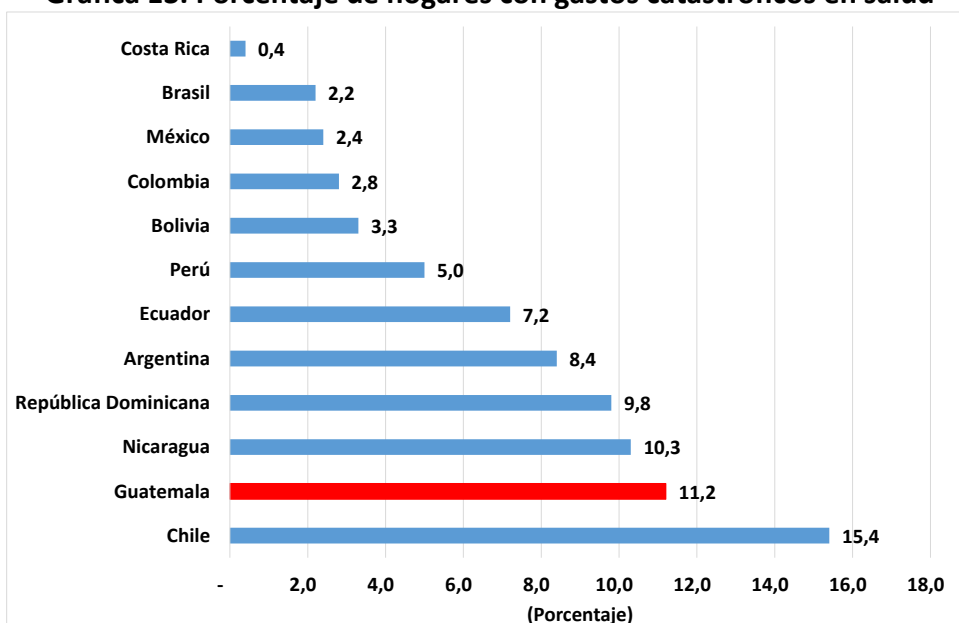
Gráfica 12. Evolución del gasto total y privado en salud



Fuente: Elaboración propia a partir de (MSPAS, 2017).

Por otro lado, Guatemala destaca por la falta de protección financiera (seguros médicos, públicos o privados) que lleva a muchos hogares a gastar una proporción catastrófica de su ingreso en salud, llevándolos o manteniéndolos en pobreza (ver Gráfica 13). Sin embargo, un estudio reciente encontró que se redujeron tanto el número absoluto como la proporción de hogares que experimentaron el gasto catastrófico en salud de 13% en 2000 a 5% en 2014. La incidencia del gasto catastrófico en salud fue más alta entre los hogares del quintil más bajo de riqueza que entre todos los hogares, pero también disminuyó de 16% en 2000 a 9% en 2014. En la misma medida bajó la proporción de hogares que se empobrecieron debido a su gasto de bolsillo en salud durante este periodo. En los años analizados, los servicios de salud no-gubernamentales representaron, en promedio, un 60% de la utilización de servicios de salud en el quintil más pobre, sugiriendo que estos desempeñan un rol importante en la protección financiera para la salud (Políticas en Salud y Educación Plus (HEP+), 2018).

Gráfica 13. Porcentaje de hogares con gastos catastróficos en salud



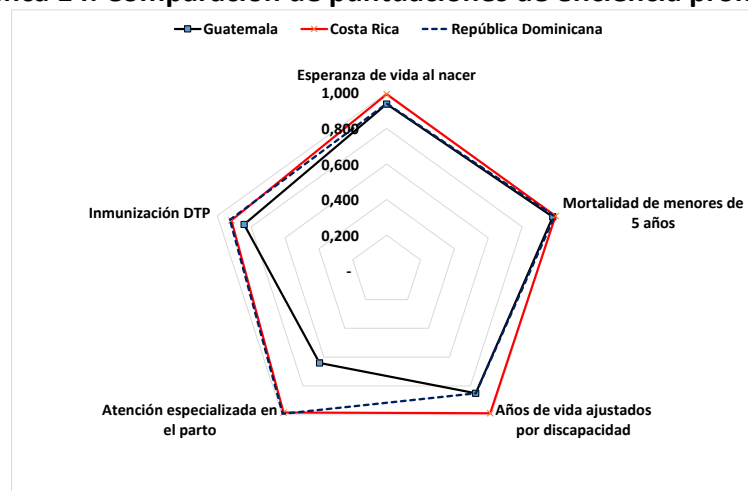
Nota: El umbral de gastos catastróficos fue 30% y se calculó como el gasto de bolsillo de salud entre el gasto total del hogar neto del gasto en alimentación.

Fuente: Elaboración propia a partir de Knaul, Wong, Arreola-Ornelas (2012).

En el período 1995-2016 el gasto público en salud representó el 15.0% del gasto del Gobierno central y en 2016 llegó a representar el 17.4%. En América Latina y el Caribe el gasto público en salud se ha mantenido alrededor del 16% del gasto público nacional (Izquierdo, Pessino, Vuletin, 2018). También supera el compromiso del 15% que algunos países asumieron en la Declaración de Abuja en 2001. Por lo tanto, no se trata de un problema de falta de prioridad de la temática a nivel presupuestario. Sin embargo, la mayoría de fondos para la salud se asignan y se ejecutan por instituciones descentralizadas y semiautónomas, principalmente el IGSS y las municipalidades (Fagan, 2017).

A partir de un análisis de los niveles de eficiencia de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe y sus posibles factores determinantes utilizando análisis envolvente de datos (DEA, por sus siglas en inglés, Data Envelopment Analysis); se encuentra que Guatemala tuvo mal desempeño en cada uno de los ocho productos colocándose en el 25% inferior de la clasificación de 69 países. En la Gráfica 14 se presenta una comparación de puntuaciones de eficiencias promedio en las que se observa que Guatemala tiene que mejorar tanto en la cobertura de los servicios como en los resultados de salud.

Gráfica 14. Comparación de puntuaciones de eficiencia promedio



Fuente: Elaboración propia a partir de (Izquierdo, Pessino, Vuletin, 2018).

Oportunidades de mejora

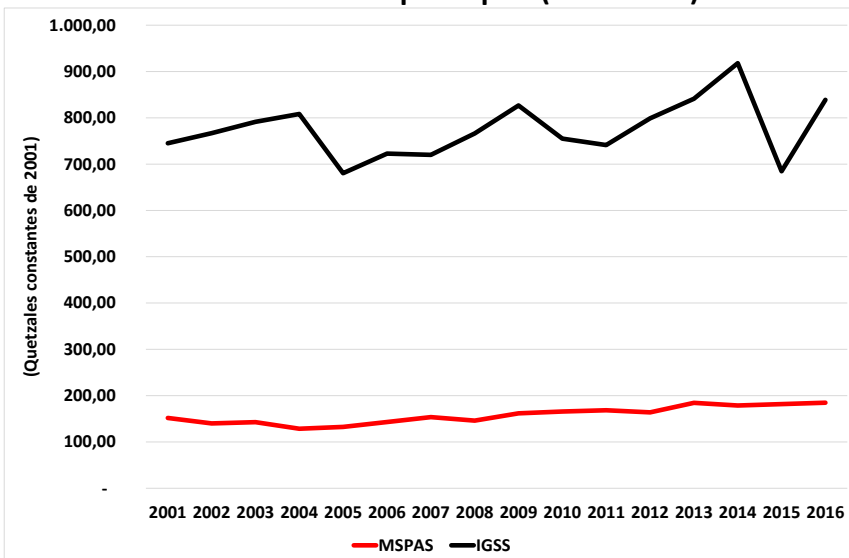
Guatemala tiene el potencial de lograr mejores resultados con el presupuesto de salud actual. Específicamente de aumentar 4.5 años la esperanza de vida al nacer, incrementar 1.4 años la esperanza de vida a los 60 años, en reducir en 18.2 por mil nacidos vivos la mortalidad de menores de 5 años, en reducir en 9,345 por 100,000 habitantes los AVAD perdidos por todas las causas, en aumentar 22.5 puntos porcentuales la atención especializada durante el parto, y aumentar 13.1 puntos porcentuales la tasa de inmunización de DTP. Por lo tanto, mejorar la eficiencia del gasto puede contribuir a vidas más sanas sin comprometer recursos adicionales (Izquierdo, Pessino, Vuletin, 2018). El gobierno podría impulsar aún más el impacto de su financiación que se ha mantenido relativamente estática al abordar las ineficiencias en el sistema. Por ejemplo, el MSPAS y sus socios gubernamentales están cargado con procesos contables, presupuestarios y de adquisiciones débiles. Además, Guatemala históricamente ha gastado menos en programas de prevención de alto impacto al tiempo que asigna la mayor parte del presupuesto del sector público a servicios curativos y de rehabilitación (Cross, De la Cruz, Dent, 2018).

Un estudio reciente del Banco Mundial encontró que Guatemala podría mejorar sus resultados de mortalidad infantil, desnutrición crónica, y cobertura de vacunación infantil contra el sarampión en 14% con la misma cantidad de gasto. La insuficiente coordinación entre los tres niveles de atención, particularmente el débil sistema de referencias y contra referencias, resulta en que los hospitales prestan servicio a pacientes que podrían haber sido atendidos en el primer o segundo nivel de atención (Banco Mundial, 2016). Las ineficiencias provienen de la falta de coordinación entre las instituciones, lo que ha llevado a duplicar los esfuerzos, y a la falta de economías de escala que podrían ayudar a reducir los costos de suministros médicos y medicinas. Además, el presupuesto tiende a ser histórico, basándose en servicios e infraestructura existentes con algunos ajustes relacionados con la inflación. Los

controles inadecuados para las contrataciones y la limitada rendición de cuentas ha llevado al uso indebido de los fondos, con algunos casos particularmente graves que involucran a autoridades de alto nivel como a la Junta Directiva del IGSS y a un ex Ministro de Salud (Sanchez, Scott, López, 2016).

El gasto público en salud en Guatemala proviene de dos fuentes principales en el nivel central: el MSPAS, financiado a través de ingresos generales del gobierno, y el IGSS, financiado principalmente a través de contribuciones directas e indirectas de los afiliados. Las municipalidades representan una tercera fuente de gasto en salud, en la medida en que supervisan la asignación y ejecución de ambos fondos transferidos desde el nivel central y sus ingresos propios (Fagan, 2017). El IGSS tiene mucha menor cobertura que el MSPAS, pero su gasto per cápita real fue, en promedio, 4.9 veces el gasto per cápita del MSPAS de 2001 a 2016; y aunque el gasto per cápita del MSPAS aumentó en 21.6% de 2001 a 2016 comparado al 12.6% del IGSS en el mismo período, el gasto per cápita del IGSS fue siempre mucho mayor (4.5 veces en 2016) que el del MSPAS (ver Gráfica 15). Esta diferencia en el gasto per cápita ha generado desigualdades en la calidad de la salud y una regresividad general del gasto en esta área (Sanchez, Scott, López, 2016).

Gráfica 15. Gasto per cápita (2001-2016)



Fuente: Elaboración propia a partir de (MSPAS, 2017).

Los salarios representan el mayor porcentaje del gasto público seguido de las medicinas. En 2016, 41.8% del gasto público total en salud fue para salarios y 28.5% fue para medicinas (MSPAS, 2017). El MSPAS gastó 56% de su presupuesto total en personal (salarios y beneficios) y 13% en medicinas. En 2014, el MSPAS asignó un mayor porcentaje de su presupuesto para personal (60%) - el cual es mayor que el promedio de países de ingreso medio de 52.5% sin cambio en el porcentaje del presupuesto para medicinas. El aumento en el porcentaje presupuestario para personal se debió a que el MSPAS firmó un Pacto Colectivo con sindicatos en 2013, el cual incluyó (a) la conversión de casi 20,000 puestos por contrato

a puestos permanentes, y (b) aumentos de beneficios y viáticos. El costo adicional estimado del Acuerdo de Pacto colectivo es aproximadamente Q1,345 millones anuales. Sin embargo, el presupuesto del MSPAS para 2014 y 2015 aumentó mucho menos. Como resultado, el MSPAS no ha sido capaz de cumplir sus compromisos financieros con el personal de salud, y se han reportado retrasos de 3-6 meses en los pagos. Los retrasos en el financiamiento también han resultado en déficits de medicinas en varias instalaciones (Banco Mundial, 2016).

Hasta el año 2014 la prioridad presupuestaria del MSPAS estaba centrada en las áreas de salud, a partir del año 2015 y ante la crisis del sistema de salud, se redujo el presupuesto de las áreas y se incrementó el presupuesto de los hospitales. Adicional al incremento del presupuesto hospitalario que sobrepasa el presupuesto de los servicios de salud del primero y segundo nivel de atención, se observa que, sobre un total de 44 hospitales, los incrementos de presupuesto sirvieron específicamente para los dos hospitales principales, Roosevelt y San Juan de Dios (en 2016 concentraron el 45% de la asignación a los hospitales). A pesar de estos incrementos, ambos nosocomios reportan problemas financieros y desabastecimiento hasta en un 30% de sus insumos (MSPAS, 2017).

El gasto en Recurso Humano es creciente y no significa mayor cantidad de trabajadores. La forma de remunerarlos es técnicamente errónea. El recurso humano del MSPAS está integrado por servidores públicos y personal temporal. El costo de la planilla de personal del MSPAS cambió de 800 millones de Quetzales hasta 2,000 millones de Quetzales sin tomar en cuenta la remuneración de los trabajadores por contrato (029, 036, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188 y 189), los servidores públicos han incrementado sus sueldos y salarios como resultado de los bonos aprobados. Los beneficios de tales trabajadores son de dos tipos, bonos anuales y bonos mensuales. Entre los bonos anuales se cuentan: el Bono anual Decreto 74-78, Bono Acuerdo Gubernativo 642-89, Bono Acuerdo Ministerial 414-2014, Bono Decreto 42-92, Bono Acuerdo Ministerial 1454-2009, Bono Acuerdo Ministerial 446-2014 y Bono APRA/ONSEC-DTP 1571-2013. Entre los bonos mensuales se cuentan: Bono Acuerdo Gubernativo 327-90, Bono Acuerdo Gubernativo 838-92, Bono Acuerdo Gubernativo 580-97, Bono Decreto 37-2001, Bono Acuerdo Ministerial 529-2001, Bono Acuerdo Ministerial 998-2002, Bono Acuerdo Ministerial 2385-2005, Bono Acuerdo Ministerial 791-2007, Bono Acuerdo Ministerial 958-2009 y Bono Acuerdo Ministerial 403-2012 (MSPAS, 2017).

La característica de la mayoría de bonos es la aplicación de un porcentaje sobre el salario base, porcentaje que crece (5%, 10%, 20%, 40%, 60%, 80%, 100%) conforme avanzan los años de antigüedad del trabajador, pero llama la atención el último bono que se inició a pagar en septiembre del año 2013 por la aprobación del Pacto colectivo de Condiciones de trabajo, en el cuál se establece que los porcentajes de dicho Bono no se aplicarán al salario base sino que se deben aplicar a la sumatoria del sueldo base con los otros bonos mensuales recibidos. El primer pago de este controversial bono denominado (BAR), se hizo en el mes de junio de 2015 y se pagó de forma retroactiva a partir del mes de septiembre de 2013 teniendo como consecuencia un incremento significativo en el costo de la planilla (MSPAS, 2017).

3.8. Infraestructura y Suministros

Un sistema de salud que funcione correctamente garantiza un acceso equitativo a productos médicos esenciales, vacunas y tecnologías de calidad, seguridad, eficacia y rentabilidad garantizadas, y su uso científicamente sólido y rentable (WHO, 2010).

Según MSPAS (2012), sólo el 32% de los centros y puestos de salud habían recibido remozamiento en los últimos 5 años. La red de servicios se encontraba con un desabastecimiento y deficiencia de recurso humano, insumos, equipo e infraestructura en los tres niveles de atención. Además, dicha red de servicios no se ha incrementado en proporción al crecimiento de la población ni en relación con la complejidad de la demanda. Por ejemplo, en el número de Puestos de Salud en 2013 solo cubrió un quinto de la población de Guatemala (puesto de otra manera, estos solo habrían sido suficientes para cubrir la población de 1950 del país). De forma similar, en 2013, hubo suficientes centros de salud de nivel secundario para cubrir solo 25% de la población. Existen serios problemas de accesibilidad y de calidad en los servicios (Banco Mundial, 2016). A nivel Nacional no existe un presupuesto asignado para gastos de emergencia en el sector salud, lo que limita la red de radiocomunicación a nivel nacional; no se cuenta con un análisis de vulnerabilidad, riesgos y amenazas en los servicios del primero y segundo nivel; no se dispone de una evaluación y mantenimiento periódico a los servicios de salud. En todo el territorio se tienen unidades de salud de la red de servicios no integradas, que no han dado la posibilidad de estandarizar los servicios, la calidad y la asignación de recursos. Lo anterior ha provocado, segregación y segmentación y en conjunto, ha dado como resultado la debilidad del sistema de salud guatemalteco. Los servicios de mayor complejidad se han concentrado en áreas urbanas en donde el porcentaje de la población asalariada es mayor y cuenta con un mejor acceso a los servicios de salud, situación que afecta a las poblaciones rurales más vulnerables. En MSPAS (2017) se señala que en el caso del MSPAS, se contabilizan 84 centros de salud con grietas, 449 puestos de salud con filtraciones y esto se suma a 402 puestos de salud que no tienen servicio de agua, 54 puestos de salud con drenajes hacia la calle, 235 puestos de salud que no tienen servicio de energía eléctrica y en definitiva 976 servicios del primero y segundo nivel de atención con infraestructura en muy malas condiciones.

En junio 2015, el promedio de disponibilidad de medicinas fue 87% para todas las 29 áreas de salud, con un rango de 66% (Peten Sur Oriente) a 100% (Santa Rosa y Totonicapán). Cinco áreas de salud tenían 75% o menos de medicinas trazadoras, otras cinco tenían de 81 a 82%. La disponibilidad promedio de medicinas en hospitales del MSPAS era 83%, oscilando de 66% (San Juan De Dios) a 97% (Fray Rodrigo). Siete de 44 hospitales tenían inventarios de medicinas debajo de 75% (Banco Mundial, 2016).

En un estudio sobre la disponibilidad, los precios y la asequibilidad de medicamentos esenciales para niños en Guatemala se encontró que un subconjunto del sector público, el Programa de Accesibilidad a los Medicamentos (PROAM), tuvo la disponibilidad promedio más baja (25%) en comparación con el sector privado (35%). En el sector privado, los medicamentos de precios más altos y más bajos fueron 22.7 y 10.7 veces más caros que su

comparación de precios de referencia internacional. Los tratamientos en general no eran asequibles y costaban hasta 15 días de salario por un tratamiento de inyección de ceftriaxona para infecciones susceptibles (Anson, Ramay, Ruiz de Esparza, Bero, 2012).

Ávila et al. (2015), señalan que la cadena de suministro del MSPAS se divide en los siguientes niveles: 1) Nivel central: En la ciudad capital, los insumos médicos para los programas de salud de interés (por ejemplo, VIH/SIDA, vacunas, planificación familiar, micronutrientes) se compran y se almacenan en establecimientos centrales. Tanto proveedores internacionales como nacionales surten a los tres establecimientos centrales del MSPAS. Y de ahí, estos insumos son enviados a las áreas de salud y hospitales. 2) Unidad administrativa: Las unidades administrativas (29 áreas de salud y 44 hospitales) representan la cabeza de la cadena de suministro del MSPAS, ya que éstas son las que se encargan de la mayoría de las compras en Guatemala. Principalmente son los proveedores nacionales quienes surten a estas dependencias. Las adquisiciones del MSPAS están esencialmente descentralizadas a nivel de unidad administrativa. Las áreas de salud sí compran y almacenan un inventario de insumos médicos que suministran a los establecimientos médicos bajo su jurisdicción. 3) Distrito: Los sitios de almacenamiento de un distrito de salud (hay 333 distritos de salud) típicamente se localizan junto a los centros de salud, pero también sirven como puntos de almacenamiento intermedio para niveles inferiores. Los distritos son responsables de almacenar los insumos para surtir a los centros de salud y puestos de salud.

Experiencia de gestión de suministros en el MSPAS

En gestión de suministros el MSPAS ha realizado una serie de esfuerzos en los últimos 14 años para mejorar la disponibilidad de medicamentos y productos afines en la red de servicios. Dentro de los logros más relevantes en este período se puede citar que:

En el 2002 se definieron normativas y manuales de procedimientos en gestión logística, se realizó una revisión y ajuste de los instrumentos de registro y reporte utilizados en el primero y segundo nivel.

Desde el 2004, se dispone de un sistema de información logística estandarizado a nivel de la red de servicios del primero y segundo nivel de atención.

Entre el 2007 y 2009 se complementan los procedimientos de almacenamiento y se elaboran los relacionados con los procesos de compra (Contrato abierto, compra directa, cotización, licitación); en este mismo período se crea la Unidad de Logística a nivel central para dirigir y orientar los procesos logísticos, principalmente en la red de servicios de las áreas de salud.

Así mismo se ha trabajado en la integración del manejo de los suministros que se compran centralizadamente (vacunas, métodos anticonceptivos, tuberculosis, vitamina A).

Fuente: MSH (2014).

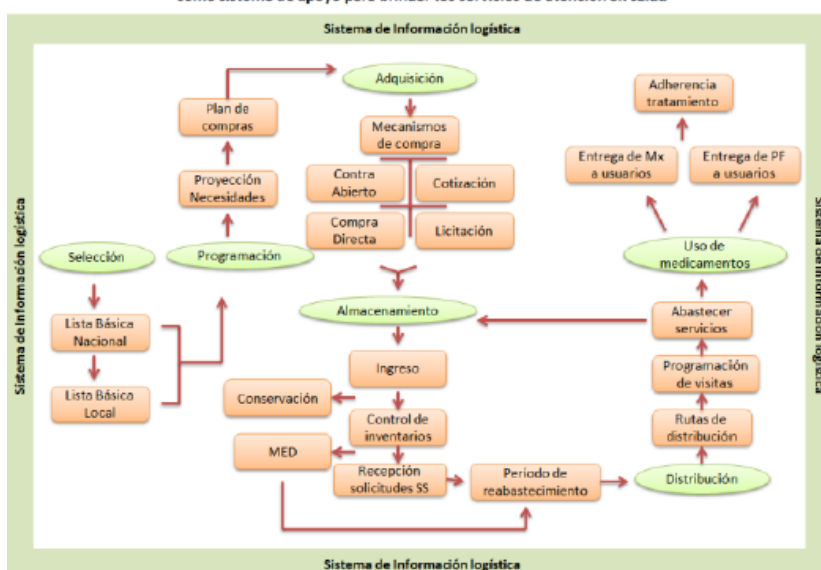
En MSH (2014) se establece que la gestión logística de medicamentos y productos afines esenciales, tiene como fin el garantizar la disponibilidad oportuna de los insumos en los servicios salud; y que la gestión logística está integrada por los siguientes procesos: 1) selección, 2) programación, 3) adquisición, 4) almacenamiento, 5) distribución, y 6) uso (ver

Gráfica 16). Lo anterior corresponde al abordaje de la cadena de suministros. Estos procesos logísticos están soportados por ejes transversales como son la política y el marco legal, el apoyo de la gerencia, los recursos humanos, el sistema de información, así como el monitoreo y evaluación.

Por su parte, Del Águila Rosales (2018) concluye que la gestión logística de medicamentos y material médico quirúrgico menor en hospitales nacionales está regulada por una gran cantidad de normas y procedimientos que no se articulan entre sí y dificultan la gestión del personal responsable de la misma. Además, encontró algunos patrones similares en varias unidades médicas como los siguientes: debilidad en las funciones del Comité de Farmacoterapia; no se utiliza la Lista Básica de Medicamentos del MSPAS como instrumento de referencia obligatorio; no hay oficialización de las listas de medicamentos y material médico quirúrgico menor a nivel de la Dirección Ejecutiva de los hospitales nacionales; y las adquisiciones se adaptan a la disponibilidad financiera en vez de determinarse por la demanda de los diferentes servicios de salud.

Gráfica 16. Mapa Conceptual de Gestión Logística de medicamentos y productos afines en el MSPAS

Ruta Crítica general de la Gestión Logística de medicamentos y productos afines, como sistema de apoyo para brindar los servicios de atención en salud



Fuente: MSH (2014).

El objetivo del proceso de Selección es aumentar el abastecimiento a través de incrementar el uso racional de medicamentos a un menor costo. Como producto de la selección se tiene la definición de la Lista Básica de Medicamentos (LBM), y los medicamentos y productos afines que en ella se incluyen son seleccionados por el Comité de Farmacoterapia (CFT). Algunos de los cuellos de botella de este proceso son: falta de datos epidemiológicos actualizados; información en SISGA Web no está actualizada; normas de atención limitan el uso o selección de otros medicamentos; medicamentos no agrupados por grupo terapéutico;

no hay evidencia científica para reportar fallas terapéuticas; incumplimiento de la aceptación de inclusión o exclusión de medicamentos; tiempo largo para revisión de solicitudes; desconocimiento de la lista básica aprobada por el MSPAS en áreas de salud; desconocimiento de la lista básica vigente del área de salud, por parte de distritos y servicios; y el comité de farmacoterapia no se reúne.

El MSPAS y el IGSS mantienen distintas LBM lo que es una clara evidencia de la falta de rectoría mencionada anteriormente en este informe. Esta situación impide su colaboración conjunta en la adquisición porque las canastas de medicamentos coinciden sólo parcialmente. Además, el número de medicamentos incluidos para cada nivel de atención de salud (primaria, secundaria y terciaria) en la Lista Básica de Medicamentos del MSPAS es mucho mayor de lo que en realidad se almacena en áreas de salud y hospitales. Para el nivel primario la LBM del MSPAS contiene casi tres veces el promedio realmente incluido en los establecimientos de nivel primario. La LBM del MSPAS del nivel secundario contiene casi cuatro veces el número de insumos realmente incluidos en los establecimientos del nivel secundario. Al contar con una LBM que recomienda una distribución limitada de dinero para adquisiciones entre tres o cuatro veces la canasta actual de insumos – cuyo suministro no es suficiente – incrementa el riesgo de desabastecimiento y de tratamiento y atención desiguales (Ávila et al, 2015).

El objetivo del proceso de programación es la estimación de las necesidades de medicamentos y productos afines esenciales y los costos de las mismas. También implica elaborar un plan de adquisición de acuerdo a la estimación realizada. Algunos de los cuellos de botella identificados para este proceso son: la asignación presupuestaria no responde a las necesidades reales de los servicios de salud; el POA se realiza bajo techo presupuestario y no por necesidad de cada Distrito Municipal de Salud; insuficiente presupuesto para la compra de medicamentos e insumos; información de consumos no se considera para la elaboración del POA y vincularlo con población y metas físicas; consumos históricos no confiables; datos de producción de servicios no confiables (SIGSA Web); mal llenado de BRES y SIGSA; falta de seguimiento de nivel de cumplimiento de la programación; personal no está capacitado en el programa del SIGES; y en la elaboración del POA no se cuenta con el techo presupuestario asignado para cada centro de costo. Cabe destacar que Del Águila Rosales (2018) encontró que en relación al proceso de Programación de Necesidades, se determinó que no existía la menor estandarización del proceso entre el grupo de hospitales que evaluó.

El objetivo del proceso de adquisición es asegurar la disponibilidad de los productos correctos en las cantidades correctas a precios razonables y con calidad. Al igual que los procesos anteriores, en el de Adquisición se llevan a cabo una serie de actividades en el nivel central, ya que se compra de forma centralizada las vacunas, métodos anticonceptivos y micronutrientes. Al finalizar los procesos de adquisición que realizan los programas de PNI (Programa Nacional de Inmunizaciones), PROSAN (Programa Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional) y PNSR (Programa Nacional de Salud Reproductiva), el producto se traslada a la bodega central del MSPAS y de allí se realiza el proceso de distribución a las áreas de salud. En el área de salud, una vez se tiene establecida la cantidad de medicamentos a

adquirir, se verifica que el medicamento esté en Contrato Abierto vigente: si lo está se debe comprar por esta modalidad. Si no aparece en Contrato Abierto, de acuerdo a los montos de la compra se debe elegir entre las otras modalidades que tiene estipuladas el Estado: Compra Directa, Cotización y Licitación.

Pérez (2015) encuentra que el esquema de compra directa es el más comúnmente utilizado por las Unidades Ejecutoras del MSPAS representando alrededor de un 60% del total de procesos; y por lo tanto se está pagando de más ya que sus precios siempre serán superiores a los de las licitaciones. Por su parte, el contrato abierto fue una de las primeras experiencias de compras conjuntas de medicamentos e insumos de salud en Guatemala, la misma que junta las necesidades de dos o más entidades públicas para encontrar ofertas con mejores precios en base a economías de escala. Debido a que la mayoría de estos contratos fueron negociados hace varios años, y sus condiciones no fueron renovadas sino simplemente se aplicó un ajuste de precios de acuerdo a la inflación anual, ya no representan un beneficio real para el Estado, sino que al contrario presentan precios más elevados que otros mecanismos y con una cantidad de proveedores muy limitada. Por otro lado, en Guatemala existen experiencias exitosas de adquisiciones a través de mecanismos internacionales de compra para determinados productos de salud. En la actualidad existen cuatro mecanismos internacionales que son utilizados a nivel de los programas centrales del Ministerio de Salud, los cuales son: 1) Fondo Estratégico de la OPS, 2) Fondo Rotatorio de la OPS, 3) UNFPA, y 4) el Voluntary Pool Procurement (VPP). Así también, a nivel regional de Centroamérica existen experiencias de procesos de negociación conjunta de medicamentos, la cual es liderada por la SE-COMISCA.

Algunos de los cuellos de botella identificados para este proceso son: los requisitos no están estandarizados en el personal que asesora a las DAS en las diferentes modalidades de adquisición, en el departamento de DAM; criterios de jurídico varían para redacción de documentos, ello afecta tiempos; no hay estandarización en la definición de bases para procesos de cotización y licitación; no se tiene un procedimiento claro de la frecuencia de emisión y manejo de pre-órdenes por los centros de costo; tiempos de entrega de pedidos por parte de proveedores, son más largos en todos los procesos de compra; los proveedores no cuentan con las existencias que se requiere que despachen en la orden de compra; entregas parciales del producto requerido por parte del proveedor; tiempos de emisión de dictamen es más largo de lo indicado en ruta ideal (siete días); se anulan procesos de cotización cuando ya está casi finalizado el proceso por falta de una firma o error en la asignación del puesto del personal que participó en la Junta Calificadora; y falta de estandarización en el manejo de nombres de medicamentos en Guatecompras.

Este es uno de los procesos con mayores desafíos. Por ejemplo, Banco Mundial (2016) señala que en el caso de contratos abiertos la ley estipula que el proveedor debe entregar los productos dentro de 20 días después de la firma del contrato. Sin embargo, los proveedores rara vez cumplen esta fecha límite y reciben una extensión de 20 días y, mientras tanto, ocurren los déficits. Si expira el período de extensión de 20 días y las medicinas aún no han sido entregadas entonces la instalación de salud receptora puede solicitar la no objeción del

Ministerio de Finanzas Públicas para comprar fuera de la modalidad de contrato abierto. Entonces, la instalación de salud normalmente compra la misma medicina a un precio más alto del mismo proveedor que no hizo la entrega a tiempo. Además, no hay límites en la duración de los contratos, lo que ha llevado a reducir la competencia y a precios negociados obsoletos. Recientemente el UNFPA presentó al Ministerio de Finanzas Públicas una propuesta para mejorar las compras públicas de medicamentos.

El objetivo del almacenamiento es asegurar la conservación adecuada de los medicamentos y productos afines en las bodegas de los servicios de salud. El proceso de almacenamiento inicia con la recepción y verificación del producto que ingresa a la bodega o almacén. Se debe verificar la cantidad entregada contra la requisición y/o factura y se debe revisar la vida útil, concentración, presentación y realizar una inspección visual. Entre sus cuellos de botella se pueden mencionar: falta de flexibilidad para la autorización de requisiciones; falta de coordinación para la entrega de medicamentos de la DAS y los DMS; no hay horarios definidos para la recepción de informes y atención del personal de puestos de salud; entrega de medicamentos con fecha de vencimiento cercana; no se lleva control de humedad pues se carece de hidrómetros en las bodegas; no se lleva control de temperatura pues se carece de termómetros en las bodegas; en algunos lugares se carece de refrigeradoras o termos en buen estado para el traslado de vacunas; además no disponen de gas o luz para que funcionen las refrigeradoras y mantener la cadena de frío; no se dispone de la cantidad adecuada de tarjetas kardex para poder llevar el control de movimientos en la bodega; falta de computadoras exclusivas para la bodega de medicamentos; falta de impresoras y calculadoras para uso en bodega; espacio físico reducido; no se tiene bodegas exclusivas para medicamentos; no se tiene una adecuada ventilación; no se tiene seguridad en bodegas; no se dispone de plaguicidas e insecticidas para control de plagas; y no se dispone de tarimas y estanterías para almacenar los medicamentos y productos afines.

Ávila et al. (2015) encontraron que el formulario de BRES es el método de requisición y reporte de existencias que usan los puestos y centros de salud, así como los distritos para ordenar suministros al siguiente nivel de la cadena de suministro. El sistema BRES en Guatemala obliga a los puestos de salud y centros de salud a llenar varias páginas de información, a realizar cálculos a mano, a transferir datos desde una fuente a otra y a efectuar muchas otras tareas administrativas redundantes. Después de que se realizan todas estas tareas, si el nivel superior no tiene el insumo necesario en cantidad suficiente para el nivel inferior, todo ese esfuerzo es vano, ya que el nivel inferior obtiene lo que el gerente del almacén a nivel suministrador decide arbitrariamente que es lo adecuado. Cabe destacar la falta de códigos estandarizados para los artículos en almacén.

Cabe destacar que el UNFPA presentó en diversas ocasiones al Ministerio de Salud la posibilidad de transferir el SALMI (Sistema de Administración de Medicamentos e Insumos) desarrollado en Bolivia y replicado en Honduras que ha sido documentado como una buena práctica en la región. Sin embargo, aunque no representaría costos para el Ministerio de Salud ha sido rechazado.

El objetivo del proceso de distribución es mantener el abastecimiento continuo a los servicios de salud para que los recursos se utilicen en forma efectiva. Este proceso incluye la distribución de medicamentos a los establecimientos de salud, y la definición de rutas y cronogramas de distribución. Las áreas de salud requieren a los programas para que estos les distribuyan vacunas, métodos de planificación familiar y micronutrientes, de acuerdo al cronograma de distribución establecido. Las áreas de salud se encargan de distribuir los medicamentos que compran directamente como los que les entregan los programas, a su red de servicios. Actualmente las áreas de salud tienen dos mecanismos de distribución: la distribución directa y la distribución indirecta. En la distribución directa, el área de salud lleva los medicamentos directamente a los servicios de salud, mientras que en la distribución indirecta¹⁵, el área de salud despacha los medicamentos al distrito y este es el responsable de distribuir los medicamentos a su red de servicios. Entre los cuellos de botella están los siguientes: vehículos en mal estado o que no son adecuados para llegar a lugares con difícil acceso; falta de fondos para cubrir gasto de combustible para el traslado de medicamentos; autorización de combustible suficiente para traslado de medicamentos a servicios de salud; no se tiene rutas de distribución de medicamentos y productos afines establecida; no hay viáticos para el traslado de medicamentos del distrito a los servicios; reportes BRES mal llenados; no se tiene suficiente personal para apoyar a la hora de recibir medicamentos en la DAS; falta de mochilas para llevar los termos de vacunas a las comunidades; falta de termos en buenas condiciones para el traslado de las vacunas; y difícil acceso a los puestos de salud, carreteras en mal estado.

El objetivo del proceso de uso de medicamentos es que el paciente reciba el medicamento apropiado, en la dosis individual requerida, para cubrir un período de tiempo adecuado. El uso de medicamentos incluye: la evaluación y el diagnóstico; la definición del esquema de tratamiento; la entrega del medicamento al usuario; consejería sobre el uso del medicamento; y el consumo adecuado por parte del paciente. Se identificaron los siguientes cuellos de botella: falta de carné de Planificación Familiar; falta de carné del niño y la niña; falta de recetas; falta de formularios de registro (SIGSA 3, SIGSA 4, fichas clínicas, registro diario de demanda real); falta de ejemplares de normas de atención en los DMS y servicios; falta de equipo de cómputo e internet en servicios; existencias insuficientes para entrega de esquemas de tratamiento completos; provisión incompleta de jeringas para vacunación; débil consejería a usuarios sobre el uso de medicamentos; falta de recurso para el seguimiento de cumplimiento de tratamientos; falta de recurso humano para hacer visitas domiciliarias y supervisar tratamientos; falta de conocimiento de procedimientos y manejo de medicamentos por personal nuevo; desconocimiento del uso racional de medicamentos; algunos medicamentos no hacen los efectos esperados; no se da seguimiento a efectos adversos y fallos terapéuticos; y falta de una Unidad de Medicamentos en el MSPAS que promueva uso racional y farmacovigilancia.

En síntesis, la gestión de la cadena de abastecimiento de medicamentos y suministros ha sido

¹⁵ La distribución indirecta es la forma menos eficaz de distribución y la que más perjudica a la estrategia de Atención Primaria en Salud porque siempre los servicios de mayor complejidad son los que tienen mayores facilidades para conseguir vehículos y abastecerse mientras que los puestos de salud de los lugares más alejados casi nunca consiguen esas facilidades.

ineficiente e ineficaz dando como resultado desabastecimientos recurrentes. Según Ávila et al. (2015) el MSPAS enfrenta problemas de desabastecimiento en todos los niveles de atención en donde los 10 medicamentos más importantes que normalmente faltan, representan 67% del desabastecimiento y los 10 suministros médicos principales representan 84%. Estas ineficiencias tienen un mayor impacto en la calidad de la atención que se brinda a los pacientes y son estas ineficiencias las que ahuyentan a los pacientes de los establecimientos de salud, ya que los pacientes saben que frecuentemente no pueden brindarles los medicamentos que necesitan.

3.9. Conocimiento e Información

WHO (2010) indica que el sistema de información de salud proporciona las bases para la toma de decisiones y tiene cuatro funciones clave: 1) Generación de datos, 2) Compilación, 3) Análisis y síntesis, y 4) Comunicación y uso. Los sistemas de información de salud sirven a múltiples usuarios y una amplia gama de propósitos que pueden resumirse como la generación de información para permitir que los tomadores de decisiones en todos los niveles del sistema de salud identifiquen problemas y necesidades, tomen decisiones basadas en evidencia sobre políticas de salud y asignen recursos escasos óptimamente. Se espera de los sistemas de información de salud que permitan el seguimiento a lo largo del continuo de insumos, procesos y productos, así como los resultados y el impacto del sistema de salud.

En 1996 el MSPAS puso en marcha el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), con cuatro módulos de información: estadísticas de salud, recursos para la salud, servicios prestados y planeación. Las responsabilidades de SIGSA están mejor definidas en la siguiente normativa del MSPAS: 1) La Ley Orgánica del MSPAS 115-99, que hace a SIGSA responsable de identificar las necesidades y el desarrollo e implementación de subsistemas de información para responder a esas necesidades. 2) El Acuerdo Ministerial SP-M-1560-2006, que expande las responsabilidades del SIGSA. 3) Acuerdo Ministerial 1671-2009, que asigna a SIGSA la responsabilidad de integrar las bases de datos del MSPAS, administrando la plataforma del sistema de información integrada y regulando el desarrollo del nuevo subsistema de información y mantenimiento de los sistemas de información existentes (Ávila et al, 2015).

Voth-Gaeddert y Cornell (2016) señalan que se ha informado de que los sistemas de información de salud en Guatemala a menudo están fragmentados en las organizaciones tanto en el análisis y la síntesis como en el método de comunicación y utilización de los resultados. Por su parte, ACCESA (2015) considera que si bien el sistema de información del MSPAS ha tenido un importante desarrollo, en la actualidad parece ser insuficiente para aportar información que genere una toma de decisiones estratégica. Se han identificado problemas en la captura de los datos, en la calidad de los mismos, en los niveles de agregación y desagregación y en manera como se consolidan; además se han identificado problemas en el uso de la información y el análisis del que es objeto. Finalmente, muchas veces, los datos no se transforman en información útil y no alimentan el proceso de toma de decisiones.

La lista de sistemas de información de salud (SIS) y las herramientas conocidas por SIGSA incluye más de 40 sistemas de información. Las herramientas del SIS del MSPAS se han desarrollado y continúan desarrollándose como respuesta a las solicitudes de toma de decisiones ad hoc de altos funcionarios y donantes, según su satisfacción o falta de satisfacción con la calidad o precisión de la información existente para sus necesidades particulares. Con pocas excepciones, el IGSS no comparte regularmente su información con el MSPAS. Hay un alto índice de rotación de personal en SIGSA. Gran parte de soporte técnico del SIGSA se realiza de manera virtual y el monitoreo a la calidad no se efectúa con mucha frecuencia. La información de salud a nivel nacional en Guatemala se percibe, en términos

generales, como de baja calidad. Las unidades de reporte están conectadas a plataformas en línea o fuera de línea. El reporte fuera de línea tiene un impacto en la calidad de los datos y demora el proceso de reporte. No hay evidencias de que la información epidemiológica y de resultados de servicios se esté utilizando en combinación con los datos de logística y recursos humanos para planeación y presupuestos (Ávila et al, 2015).

Durante el periodo 2014–2015 el MSPAS inició el proyecto denominado Sistema Unificado de Información (SUI) como mecanismo de implementación del plan de fortalecimiento de su sistema de información. Dentro de este contexto se hizo un análisis de la situación del sistema de información del MSPAS. Se encontró que no existe un marco formal de aseguramiento de la calidad de los datos; inconsistencias en los registro de datos de nacimiento y defunción; la arquitectura del sistema y de la base de datos contribuye a los problemas con la calidad del dato; duplicación en el ingreso de datos y uso del CIE-10 para morbi-mortalidad a nivel local sin un entrenamiento adecuado en codificación y clasificación de enfermedades entre otros (OPS/OMS, 2016). En el perfil de Guatemala elaborado por la OPS se identifican los siguientes aspectos que requieren fortalecimiento: la diversidad de enfoque por parte del recurso humano encargado del registro, el procesamiento y la utilización de los datos, hay necesidad de mejorar la aplicación de la CIE-10,3 la definición de indicadores contenidos en el sistema de indicadores, la consistencia y la periodicidad de la información que se difunde, la no duplicación de datos dispersos en los distintos programas, la reducción o la eliminación del subregistro en las estadísticas vitales y en los datos epidemiológicos, y la reducción del número de causas de mortalidad mal definidas. Por ejemplo, en el 2014, el subregistro de mortalidad se estimaba en 16,1%, mientras que 6,4% de las muertes eran registradas con una causa mal definida o una causa ignorada.

4. Recomendaciones Estratégicas

Se parte de la convicción de que es necesario un abordaje sistémico del sistema de salud en su conjunto para lograr resultados significativos en la salud de la población guatemalteca. Además, el sistema de salud por sí mismo no es suficiente para lograr altos niveles de salud de la población ya que los determinantes sociales de la misma son igualmente decisivos. Por lo tanto, cualquier propuesta de reforma del sistema de salud sólo logrará los resultados esperados si se modifican de manera simultánea los principales cuellos de botella de los elementos del sistema de salud, y además está acompañada de otras políticas públicas que logren mejorar los determinantes de la salud.

En este documento se formula un conjunto de recomendaciones clasificadas en corto, mediano y largo plazo. Sin embargo, se considera que se requiere desarrollar en detalle, como parte de una etapa posterior a este documento, una ruta crítica que sugiera cómo avanzar hacia la implementación de estas recomendaciones. Como parte de esa ruta crítica es necesario establecer un mínimo de servicios a los que toda la población pueda tener acceso y buscar estrategias de financiamiento para proteger a la población más vulnerable.

Cabe destacar que se considera que es fundamental llevar a cabo una innovación de la gestión del sector público que permita una adecuada implementación de las recomendaciones estratégicas propuestas. Esto implicará superar la resistencia al cambio que ha caracterizado al sector público a fin de adaptarnos a los retos del siglo XXI. Está claro que haciendo ajustes menores o más de lo mismo no se alcanzarán resultados muy distintos a los de nuestro desempeño histórico. En el caso del sistema de salud se debe buscar que las acciones institucionales estén más balanceadas hacia la satisfacción de la población (cliente externo) que del personal institucional (cliente interno); y por lo tanto, se debe dar un giro hacia una gestión orientada a resultados de salud que defienda los intereses de los ciudadanos, particularmente de los más vulnerables. Otra innovación debe ser involucrar al ciudadano como co-responsable de producir su salud. Los cambios deben darse en los tres componentes de la gestión sanitaria que señala (Tobar, 2010): 1) Política: Modelo de gestión, 2) Económica: Modelo de Financiación, y 3) Médica: Modelo de atención o asistencial.

Se considera útil, para orientar el debate de los cambios al sistema de salud, que se desarrollen propuestas específicas para lograr las ocho características claves de una buena provisión de servicios de salud señaladas en (WHO, 2010): 1) Comprensividad: Se proporciona una amplia gama de servicios de salud, apropiados a las necesidades de la población meta, incluyendo servicios preventivos, curativos, paliativos y de rehabilitación, y actividades de promoción de la salud. 2) Accesibilidad: Los servicios son accesibles de manera directa y permanente sin barreras indebidas de costo, idioma, cultura o geografía. Los servicios de salud están cerca de las personas, con un punto de entrada de rutina a la red de servicios en el nivel de atención primaria. Los servicios se pueden proporcionar en el hogar, la comunidad, el lugar de trabajo o las instalaciones de salud. 3) Cobertura: La prestación de servicios está diseñada para que todas las personas en una población objetivo definida estén cubiertas; es decir, los enfermos y los sanos, todos los grupos de ingresos y todos los grupos sociales. 4)

Continuidad: La prestación de servicios está organizada para proporcionar a una persona una continuidad de atención en toda la red de servicios, condiciones de salud, niveles de atención y durante el ciclo de vida. 5) Calidad: Los servicios de salud son de alta calidad; es decir, son efectivos, seguros, se centran en las necesidades del paciente y se brindan de manera oportuna. 6) Centrado en la persona: Los servicios se organizan alrededor de la persona, no de la enfermedad o de la financiación. Los usuarios perciben que los servicios de salud son receptivos y aceptables para ellos. Hay participación de la población objetivo en el diseño y evaluación de la prestación de servicios. Las personas son socias en su propio cuidado de la salud. 7) Coordinación: Las redes locales de servicios de salud están activamente coordinadas, según los tipos de proveedores, los tipos de atención, los niveles de prestación de servicios y para la preparación de rutina y de emergencia. El proveedor de atención primaria del paciente facilita la ruta a través de los servicios necesarios y trabaja en colaboración con otros niveles y tipos de proveedores. La coordinación también se lleva a cabo con otros sectores (por ejemplo, servicios sociales) y socios (por ejemplo, organizaciones comunitarias). 8) Rendición de cuentas y eficiencia: Los servicios de salud están bien administrados para lograr los elementos centrales descritos anteriormente con un mínimo desperdicio de recursos. A los gerentes se les asigna la autoridad necesaria para lograr los objetivos planificados y se los hace responsables del desempeño general y de los resultados. La evaluación incluye mecanismos apropiados para la participación de la población objetivo y la sociedad civil.

A continuación se presentan las principales recomendaciones estratégicas, para mejorar el desempeño del sistema de salud de Guatemala, que necesariamente deben ser sometidas a un proceso de discusión en el que inevitablemente deben ser objeto de mejoras. Sin embargo, se propone que se siga un abordaje racional para tomar decisiones sobre las políticas públicas a seguir. Particularmente se sugiere formular reformas sanitarias basadas en la evidencia buscando lograr consistencia técnica y construyendo viabilidad política a fin de alinear las acciones de los actores involucrados detrás de objetivos comunes. Como resultado de la experiencia de otras reformas se puede concluir que en este proceso de debate se deben acordar las funciones de cada subsector del sistema de salud; generar protecciones por líneas de cuidados (que todos los subsectores tengan respuestas homogéneas en calidad frente a determinadas patologías); consolidar las redes de salud; trazar el mapa sanitario del país (distribución equitativa y racional de la oferta de servicios); recuperar la infraestructura; definir metas y asignar los recursos en función de su logro; construir un seguro nacional de enfermedades catastróficas; e instaurar un debate permanente (Tobar, 2010).

El objetivo de largo plazo propuesto es lograr el nivel más alto de salud para los guatemaltecos a lo largo de su ciclo de vida, a fin que logren más años de vida sanos, productivos y agradables; mediante una cobertura universal de servicios de salud que sean accesibles y centrados en las personas.

El objetivo de mediano plazo propuesto es sentar las bases de una transformación del sistema de salud para que más personas (particularmente los más vulnerables) tengan acceso a servicios de salud de buena calidad, con énfasis en la atención primaria de salud.

Corto Plazo (1 año)

- 1) **Fortalecer y ampliar progresivamente la atención primaria en salud con un enfoque integral de ciclo de vida:** Se debe iniciar brindando, con carácter de urgencia, los servicios de salud a la población más vulnerable del área rural que se encuentra desatendida. Se deben incluir acciones que reduzcan las barreras a la demanda como arreglos de transporte, visitas ambulatorias, etc. Se sugiere evaluar y utilizar formas innovadoras de proveer la atención a esta población. Por ejemplo, mediante contratos que hagan pagos en base a desempeños y orientada a resultados sanitarios previamente acordados que garanticen que no se seguirá excluyendo de los servicios a esta población. También se sugiere cambiar progresivamente el enfoque de los programas verticales que responden a patologías específicas hacia un enfoque integral por ciclo de vida. Para que esta acción sea efectiva es clave abastecer de una canasta básica de medicamentos e insumos a todos los proveedores del primer nivel de atención tomando en cuenta la realidad presupuestaria actual.
- 2) **Desarrollar la orientación estratégica del sistema de salud bajo el liderazgo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** 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 la capacidad rectora del MSPAS 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 nuevos pactos colectivos. Los valores y la realidad política de cada sociedad son los que en definitiva determinarán lo apropiado o no de las reformas propuestas para lograr los resultados esperados. Por lo tanto, se recomienda impulsar una plataforma favorable (ej.: Consejo Nacional de Salud) para la discusión de las posibles soluciones a los problemas del sistema de salud a fin de superar la desconfianza existente entre los distintos actores y que se pueda cambiar la dinámica tradicional de negociación bilateral entre el ministro de turno y el sindicato de salud. Idealmente debe convertirse en un espacio de coordinación en el que se desarrolle la estrategia sanitaria nacional y en el que en el corto plazo se establezcan convenios de cooperación para prestar servicios a la población y se inicie la superación de la fragmentación del sistema de salud cerrando brechas de eficiencia y coordinación. Hasta ahora, la experiencia en el país de las “reformas” en salud y educación ha sido su falta de continuidad.

- 3) **Fortalecer la gestión del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** 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 un diagnóstico institucional y formulen planes de acción que puedan monitorearse a través de un mando de control. Un equipo específico debe analizar lo referente a las funciones de regulación del MSPAS y generar una propuesta que permita mejorar sus capacidades regulatorias.
- 4) **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. Específicamente se recomienda como punto de partida conocer y discutir innovaciones implementadas en otros países como la propuesta del Dr. Rifat Atun de llevar a cabo esta transformación del sistema de salud a través de la transformación digital como la orientación de la reingeniería que requiere el MSPAS. Particularmente en cuanto a utilizar un sistema de información digital que permita estratificar a la población según su nivel de riesgos y de utilización de los servicios. De esta manera se definen canastas de atención estratificadas y se desarrollan plataformas de entrega de estos servicios.
- 5) **Mejorar la distribución del recurso humano que presta los servicios de salud:** Un elemento fundamental 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. 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 en que más se le necesita. En lugar de simplemente cambiar el renglón presupuestario de contratación del personal se sugiere desarrollar contratos de largo plazo que introduzcan mecanismos basados en el desempeño y que se lleve a cabo una renegociación del pacto colectivo. Se recomienda desarrollar y desplegar equipos

multidisciplinarios que trabajen de la mano con el sector de la medicina comunitaria tradicional para que los servicios respondan a las expectativas de la población iniciando por el tema del idioma.

- 6) **Mejorar la eficiencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** 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. Por lo tanto, se recomienda iniciar con una canasta básica de servicios de salud alineados al perfil epidemiológico de la población y a partir de intervenciones costo-efectivas basadas en evidencia. Además, como parte de este proceso se recomienda realizar un diagnóstico para identificar los principales focos de ineficiencias y desarrollar un plan para superarlos.
- 7) **Desarrollar un sistema de información que permita una mejor toma de decisiones:** Es fundamental contar con información confiable y oportuna para que las autoridades sanitarias tomen sus decisiones sobre aspectos técnicos sanitarios y de gestión. Se recomienda iniciar con un inventario de todos los sistemas de información junto con sus procesos para coleccionar la información a fin de identificar duplicidades y vacíos. Un equipo de expertos con una amplia participación de los proveedores y usuarios de la información debe desarrollar una propuesta de diseño del sistema de información sanitaria del MSPAS. En el corto plazo se recomienda pilotear sistemas informáticos que hayan sido desarrollados para el primer nivel de atención, sistemas de logística, y para administrar el recurso humano y que estén disponibles a un bajo costo de implementación. Aprovechar la tecnología disponible tanto para mejorar la oferta de los servicios (ej.: Telemedicina) como la demanda de los mismos (ej.: Recordatorios mediante telefonía móvil). Es importante que el sistema este orientado al usuario, para monitorear la atención que recibe y no simplemente a cuantificar la producción de los servicios con fines administrativos.
- 8) **Desarrollar un plan de inversión 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. Para esta recomendación será necesaria la participación de una diversidad muy amplia de actores tanto a nivel central como local.

Mediano Plazo (4 años)

- 1) **Implementar un nuevo modelo de atención en el primer nivel de atención que tenga una mayor capacidad resolutive:** Independientemente de la modalidad concreta que logre una viabilidad política de implementación se recomienda, al menos, introducir incentivos que promuevan la productividad en el Ministerio de Salud (por ejemplo, mediante pagos por desempeño o financiamiento basado en resultados aprovechando experiencias como la del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales en Perú); medir si efectivamente logra un mayor acceso y utilización por parte de la población; establecer explícitamente los servicios a que tendrán derecho la población; contar con un adecuado sistema de referencias y contra referencias; y contar con la flexibilidad necesaria para adaptarse a las demandas cambiantes. Por otro lado, el nuevo modelo debe implicar un cambio de un enfoque en insumos a uno basado en productos y orientado a resultados. Es fundamental garantizar el financiamiento para la atención primaria en salud y por lo tanto de dotar de más recursos (humanos, físicos y financieros) a los proveedores de los servicios de atención del primer nivel. En esta etapa la implementación ya debe ser bajo el paradigma de una atención integral durante todo el ciclo de vida. En la parte de gestión se debe implementar un modelo de abastecimiento que garantice el logro de altos estándares. Se debe tomar una decisión de si es más conveniente mejorar el sistema que ha utilizado tradicionalmente el sistema de salud o contratar este servicio.
- 2) **Desarrollar e implementar una estrategia nacional del recurso humano sanitario:** Esta recomendación necesariamente debe estar alineada con el desarrollo de una reforma del servicio civil del país. Específicamente se debe incluir en la estrategia lo relacionado a la formación del recurso humano que supere las brechas que se identificaron en el diagnóstico en cuanto a su calidad y pertinencia. La estrategia debe incluir mecanismos para garantizar que el reclutamiento del personal sanitario será bajo esquemas competitivos y transparentes, y que el retiro responda a esquemas objetivos de evaluación del desempeño. También debe contemplar el impulso de la normativa de una carrera sanitaria con esquemas de incentivos que logren atraer, mantener y distribuir adecuadamente al personal en servicio.
- 3) **Desarrollar e iniciar la implementación de un plan de infraestructura sanitaria:** En el marco del plan nacional de salud se debe alinear un plan de largo plazo para fortalecer la infraestructura existente y para la creación de nueva infraestructura sanitaria. El plan debe incluir todos los costos asociados a lograr que la infraestructura sanitaria se encuentre operativa a partir de estándares previamente definidos; es decir, los costos del recurso humano requerido, del mobiliario, de los suministros, de mantenimiento de la infraestructura, etc. Por lo tanto, el ente rector debe liderar el desarrollo de este plan.

4) **Introducir un sistema de rendición de cuentas del uso de los recursos públicos:**

Aunque el sistema de salud de Guatemala seguramente necesitará más dinero, el lograr mayores asignaciones financieras no es una condición suficiente para que logre un mejor desempeño. Por lo tanto, se sugiere la adopción de mecanismos de rendición de cuentas junto con la realización de un análisis sobre la capacidad de absorción del Ministerio de Salud. Esta información será de utilidad para identificar e implementar mejoras continuas en el sistema de administración financiera. Un ingrediente fundamental para llevar a cabo esta labor es que se fijen metas y estándares relacionados con los resultados y el desempeño del sistema de salud en su conjunto (equidad, eficiencia, calidad, capacidad de respuesta) y para diversos actores del sistema. Se debe desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación que ayude a mejorar la calidad y la eficiencia del sistema de salud. Por supuesto todo esto debe estar acompañado de un nivel básico de información del sistema de salud. Por lo tanto, invertir en el fortalecimiento de los sistemas de información debe ser una acción prioritaria.

5) **Establecimiento de relaciones intersectoriales básicas:**

Para que el sistema de salud logre los resultados esperados es fundamental que otros sectores cumplan con roles específicos. Por ejemplo, la educación juega un papel central en la construcción de conductas saludables o no. Por lo tanto, se recomienda que se haga explícito cómo y de qué manera se incluirá la intersectorialidad en las redes de atención del sistema de salud. El establecimiento de convenios de gestión puede ser una opción concreta que permita que el elemento de intersectorialidad sea una realidad. Esta recomendación está asociada a los determinantes sociales de la salud que debemos superar para lograr los resultados esperados.

6) **Adecuación del proceso de implementación de las reformas de fortalecimiento del sistema de salud:**

La implementación es al final de cuentas el aspecto más importante de cualquier reforma del sistema de salud. Por lo tanto, el apoyo de los actores relevantes es crítico, al igual que desarrollar un adecuado proceso de planificación del proceso de implementación de las reformas. Se recomienda revisar periódicamente la secuencia y los plazos de las acciones de fortalecimiento del sistema de salud.

Largo Plazo (Más de 4 años)

1) **Implementar el nuevo sistema de salud con redes integradas de servicios de salud:**

El sistema debe brindar acceso universal a la población pero con énfasis en aquellos más vulnerables. Se recomienda que estas redes cumplan con los atributos sugeridos por la Organización Panamericana de la Salud: 1) Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios de salud; 2) Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación, y que integra tanto los servicios de salud

- personales como los de salud pública; 3) Una atención primaria que cubre a toda la población y actúa como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud, y que resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población; 4) Prestación de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, los cuales se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios; 5) Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios de salud; 6) Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad; 7) Un sistema de gobernanza único para toda la red; 8) Participación social amplia; 9) Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico; 10) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red; 11) Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros de la red; 12) Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red; y 13) Acción intersectorial.
- 2) **Implementar la carrera del personal sanitario:** Dado que los servicios de salud son intensivos en mano de obra se requiere garantizar una fuerza laboral suficiente y con las competencias y actitud que demandará el nuevo sistema de salud. Por lo tanto, el sistema de salud debe atraer a la formación sanitaria a aquellas personas que tengan el mayor potencial, y luego brindarle un ambiente laboral que promueva el buen desempeño. Esta recomendación implica una reforma al servicio civil y un cambio de paradigma en cuanto a la administración de los pactos colectivos. Un paso inicial es mejorar la calidad e integración de la información del recurso humano en todo el sistema de salud mediante alianzas estratégicas con las partes interesadas del sistema de salud. Además, se debe asegurar la relevancia de las competencias del recurso humano que requiere el sistema de salud. Para esto se sugiere trabajar con universidades y escuelas de enfermería para revisar periódicamente los programas de estudio existentes a fin de promover ajustes que permitan que los egresados cuenten con la formación que demanda el sistema de salud cambiante.
- 3) **Implementar una política efectiva de gestión de medicamentos:** A fin de reducir los gastos de bolsillo es necesario que se desarrolle e implemente una política de gestión de medicamentos que logre mejorar el acceso oportuno y sostenible a medicamentos de calidad por parte de la población que los necesita. Esta política debe incluir una visión integral del ciclo de gestión de los suministros y de los niveles de atención para no limitarse a aspectos como los procesos de su compra o los medicamentos de alto costo al nivel hospitalario. La misma debe promover para los casos en que la patente ha vencido, el uso de productos genéricos de buena calidad. Esta política debe incluir orientaciones estratégicas sobre los mecanismos de selección y uso racional de los mismos, el sistema de aseguramiento de la calidad, la fármaco-vigilancia, y las compras bajo esquemas eficientes.
- 4) **Propiciar la viabilidad financiera de largo plazo del sistema de salud:** La sostenibilidad del nuevo sistema de salud dependerá en buena medida del arreglo de financiamiento que finalmente se adopte. La experiencia internacional señala que la



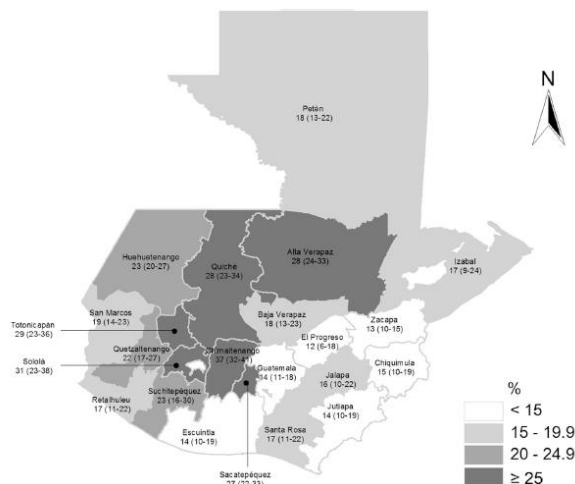
¡Marcando el rumbo!

cobertura universal requerirá de fuentes financieras obligatorias como los impuestos. En todo caso se recomienda buscar esquemas novedosos de atraer nuevos recursos. Por ejemplo, mediante la asignación de fondos a comunidades con aportes de contraparte del nivel municipal, o mediante la creación de seguros de salud.

ANEXOS

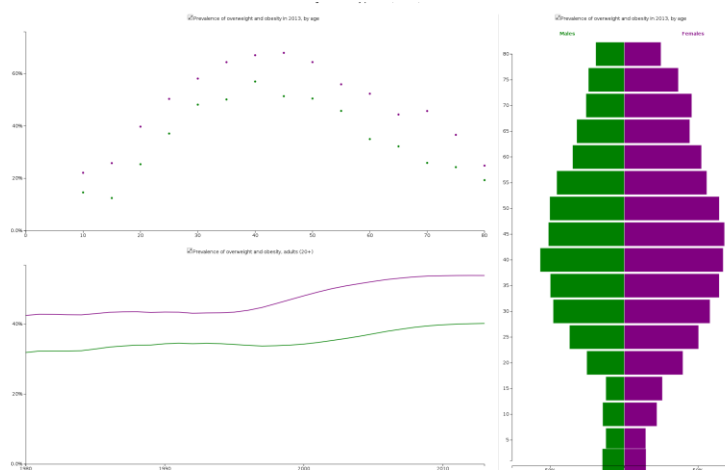
Gráficas

Gráfica A1. Doble Carga de Malnutrición por Departamento (2008)



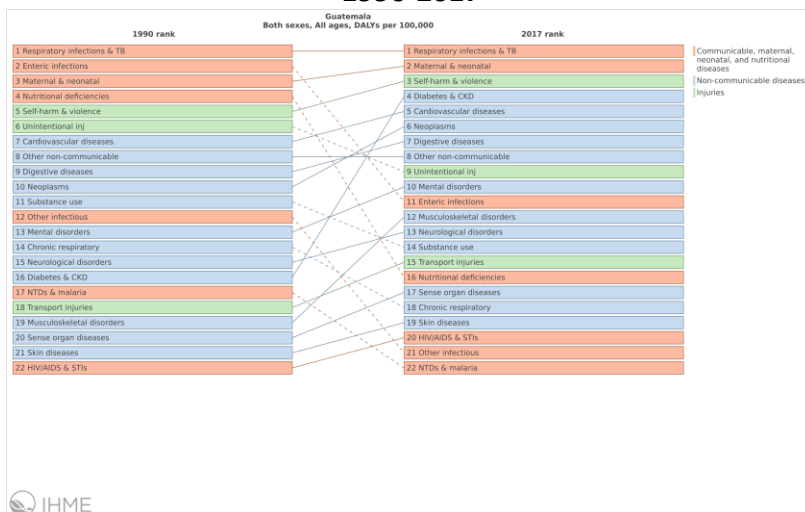
Fuente: tomado de la figura 2 de Ramírez-Zea, Kroker-Lobos, Close-Fernandez, Kanter (2014).

Gráfica A2. Patrones de Sobrepeso y Obesidad (BMI ≥ 25)



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). **Overweight and Obesity Viz.** Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2014.
Available from <http://vizhub.healthdata.org/obesity>. (Accessed 1 de Abril de 2015).

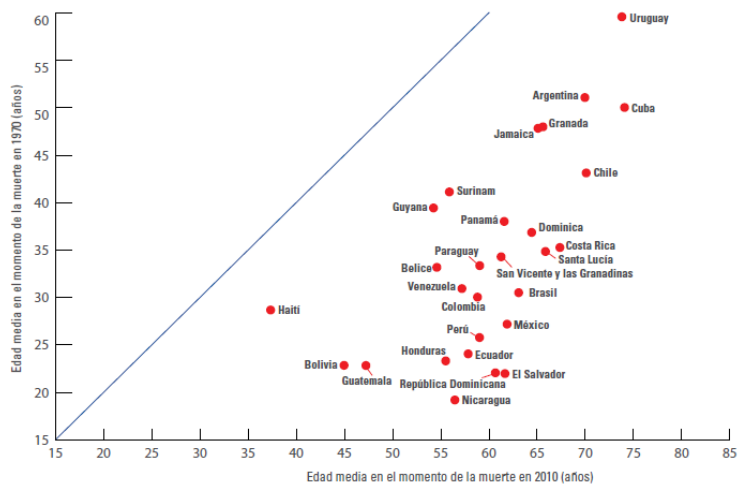
Gráfica A3. Cambios en las causas principales de AVAD en Guatemala, 1990-2017



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018.

Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. (Accessed 5/02/2019).

Gráfica A4. Edad media de muerte de países de América Latina y el Caribe, 1970 en comparación con 2010



Fuente: Tomado de Institute for Health Metrics and Evaluation, Human Development Network, The World Bank (2013).



Glosario

Años de Vida Perdidos (AVP): Años de vida perdidos por mortalidad prematura.

Años Perdidos por Discapacidad (APD): Años de vida con algún tipo de pérdida de salud de corto o largo plazo, ajustados por su gravedad.

Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (AVAD): La suma de años perdidos debido a muerte prematura (AVP) y los años perdidos por discapacidad (APD). Los AVAD también se definen como los años de vida sana perdidos.

Factores de riesgo: Causas potencialmente modificables de enfermedades y lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

- ACCESA. (2015). *El Acceso Universal a la Salud: Algunos elementos para la discusión*. Guatemala: CEGSS/ICEFI/IPNUSAC/ISIS/URL.
- Anson, Ramay, Ruiz de Esparza, Bero, A. (2012). *Availability, prices and affordability of the World Health Organization's essential medicines for children in Guatemala*. *Globalization and Health*. 8:22.
- Ávila et al. (2015). *Guatemala: Análisis del Sistema de Salud 2015*. Bethesda, MD: Proyecto Health Finance and Governance, Abt Associates Inc.
- Banco Mundial. (2016). *Estudio de Gasto Público Social y sus Instituciones. Educación, Salud, Protección Social y Empleo*. Washington, D.C.
- Becerril-Monteiko y López-Dávila, V. (2011). *Sistema de Salud de Guatemala*. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 2:S197-S208.
- CEGSS. (2011). *Actores que influyen en las políticas públicas y en el sistema de salud de Guatemala*. Guatemala: Evidencia para Políticas Públicas No. 4. Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud.
- Cristia, Evans, Kim, J. (2015). Improving the Health Coverage of the Rural Poor: Does Contracting-Out Mobile Medical Teams Work? *The Journal of Development Studies*; 51:3, 247-261.
- Cross, De la Cruz, Dent, H. (2018). *Government stewardship and primary health care in Guatemala since 1996*. *Public Admin Dev*. 2018;1-12. <https://doi.org/10.1002/pad.1827>.
- Dal Poz, Gupta, Quain, y Soucat, M. (2009). *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*. Francia: Organización Mundial de la Salud / Banco Mundial / Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos.
- Danel, La Forgia, I. (2005). Contracting for Basic Health Care in Rural Guatemala—Comparison of Performance of the Performance of Three Delivery Models. En G. M. Forgia, *Health System Innovations in Central America. Lessons and Impact of New Approaches* (págs. 49-87). Washington, D.C.: World Bank Working Paper No. 57.
- Del Aguila Rosales, R. E. (2018). *Propuesta de Flujos Específicos de los Procesos Logísticos en Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Diciembre 2015 - Mayo 2016*. Guatemala: Tesis de Posgrado. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rafael Landívar.
- Don de Savigny y Taghreed Adam, E. (2009). *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud*. Francia: Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. OMS.
- Fagan, T. (2017). *Espacio Fiscal para la Salud en Guatemala: Perspectivas para Aumentar los Recursos Públicos para la Salud*. Washington, D.C.: Palladium, Health Policy Plus.

- Fien-Helfman, S. (2018). *TRADITIONAL MAYAN MATERNAL HEALTH PRACTICES IN GUATEMALA. Reflections from a Maternal Health Pilot in the Department of Sololá, with a Practical Guide to the History, Beliefs, and Cultural Practices of Comadronas in These Communities*. Washington DC : The World Bank .
- Flores, W. (2008). *El Sistema de Salud en Guatemala, 4: ¿Así ... funcionamos?* Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Gobierno de Guatemala. (2016). *Evaluación Sociocultural*. Guatemala: Proyecto Crecer Sano.
- INE. (2016). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014. Tomo I*. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística.
- Institute for Health Metrics and Evaluation, Human Development Network, The World Bank. (2013). *La carga mundial de morbilidad: generar evidencia, orientar políticas- Edición regional para América Latina y el Caribe*. Seattle, WA: IHME.
- ISIS. (2018). *Construyendo el acceso público universal a la salud. Plan Maestro Nacional de la Red de Atención en Salud. El nacimiento de la espiral*. Guatemala: Instituto de Salud Incluyente.
- ISIS. (2018). *Hacia un sistema público integral e incluyente de salud. Reconceptualización y lineamientos técnicos de la red de atención en salud. La concepción de la espiral*. Guatemala: Instituto de Salud Incluyente.
- Izquierdo, Pessino, Vuletin, A. (2018). *Mejor gasto para mejores vidas: cómo América Latina y el Caribe puede hacer más con menos*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Knaul, Wong, Arreola-Ornelas , F. (2012). *Household Spending and Impoverishment. Volume 1 of Financing Health in Latin America Series*. Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, in collaboration with Mexican Health Foundation and International Development Research Centre.
- Lao Pena, C. (2013). *Guatemala: Mejora del acceso a los servicios de salud mediante el Programa de Extensión de Cobertura (PEC)*. Washington, D.C.: Serie de estudios UNICO 19 / Banco Mundial.
- Martorell, R. (2012). *Intervenciones y Opciones de Políticas para Combatir la Desnutrición en Guatemala*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- McIntyre, Meheus, Rottingen, D.-A. (2017). *What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage?* Health Economics, Policy and Law, 12, 125-137.
- Moscoso y Flores, V. (2008). *El Sistema de Salud en Guatemala, 3: Retratos de muertes evitables*. Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- MSH. (2014). *Guía para desarrollar propuestas alternativas de respuesta para asegurar el abastecimiento de medicamentos y productos afines esenciales*. Management Sciences for Health.
- MSPAS. (2012). *Diagnóstico Nacional de Salud*. Guatemala: Departamento de Seguimiento y Evaluación.
- MSPAS. (2012). *Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención: Una estrategia segura para la universalización de la salud y el cumplimiento del Pacto Hambre Cero*. Guatemala.
- MSPAS. (2016). *Diagnóstico Nacional de Salud*. Guatemala: Unidad de Planificación Estratégica. Departamento de Seguimiento y Evaluación.

- MSPAS. (2017). *Cuentas Nacionales de Salud. Tendencias del financiamiento de la salud, periodo 2001-2016*. Guatemala: Unidad de Planificación Estratégica.
- MSPAS. (2017). *Financiamiento y gasto en salud. Guatemala periodo 2016-2017*. Guatemala: Unidad de Planificación Estratégica.
- MSPAS. (2018). *Plan Estratégico Institucional 2018-2032*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- MSPAS/INE/ICF. (2017). *Informe Final VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), IFC International, Guatemala.
- Murray, Frenk, C. (2000). *Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 78 (6) : 717-731.
- Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Santiago: (LC/G.2681-P/Rev.3).
- OMS. (2014). *Indicadores de carga de trabajo para la estimación del personal necesario (WISN)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OPS/OMS. (2016). *Informe de labores 2014-2015*. Guatemala: Representación OPS/OMS Guatemala.
- Palmieri Santisteban, M. (2013). *Perfil Epidemiológico de la Juventud en Guatemala*. Guatemala: Consorcio TRANSTEC – FLACSO – VNG Internacional.
- Pérez, L. M. (2015). *Experiencias y oportunidades de compras conjuntas de medicamentos en Guatemala*. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates Inc.
- Políticas en Salud y Educación Plus (HEP+). (2018). *Tendencias en el gasto catastrófico en salud en Guatemala*. Washington, D.C.: Health Policy Plus.
- Ramírez-Zea, Kroker-Lobos, Close-Fernandez, Kanter, M. (2014). *The double burden of malnutrition in indigenous and nonindigenous guatemalan populations*. USA: Am J Clin Nutr 2014;100(suppl):1644S-51S.
- Sanchez, Scott, López, S. (2016). *Guatemala: Cerrando brechas para generar un crecimiento más inclusivo. Diagnóstico Sistemático de País*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Tobar, F. (2010). *¿Qué aprendimos de las Reformas de Salud? Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina*. Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes.
- USAID/Nutri-Salud, BID, Alianza por la Nutrición. (2016). *Propuesta: Mejoramiento de acceso, continuidad y calidad de los servicios de salud en el primer nivel de atención*. Guatemala.
- Voth-Gaeddert, Cornell, L. (2016). *Improving health information systems in Guatemala using weighted correlation network analysis*. 2016 IEEE Global Humanitarian Technology Conference (GHTC), 686-693.
- WHO. (2007). *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. Geneva, Switzerland.
- WHO. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva, Switzerland : World Health Organization .

Legislación y otros documentos legales

1. Decreto 13-2013 del Congreso de la República, (REFORMAS A LOS DECRETOS NÚMEROS 101-97 DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA, LEY ORGÁNICA DEL PRESUPUESTO; 31-2002 DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA, LEY ORGÁNICA DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE CUENTAS; Y 1-98 DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA, LEY ORGÁNICA DE LA SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA).
2. Decreto 90-97 del Congreso de la República, (CODIGO DE SALUD).
3. Acuerdo Gubernativo 115-99 del Ministerio de Salud, (REGLAMENTO ORGÁNICO INTERNO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIAL SOCIAL).
4. Dictamen 5728-2015 de la Procuraduría General de la Nación.