

# ANÁLISIS CRÍTICO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN GUATEMALA

Dr. Hugo Leonel Cottom  
Maestría en Gerencia de la Salud Pública  
Facultades de Quetzaltenango  
Universidad Rafael Landívar  
Julio de 2004

## 1. Contexto General y características más relevantes de los procesos ideológicos, políticos, sociales y económicos en Guatemala y su influencia en la configuración actual del sistema de salud en Guatemala.

### 1.3. SITUACION ECONOMICA NACIONAL

Un signo constante de la historia de Guatemala ha sido la inequitativa distribución de la riqueza<sup>i</sup>. A ello se debe que el 79.9% de la población se mantenga bajo la línea de pobreza y el 59.3% en situación de pobreza Extrema (SEGEPLAN 1996:9). . Esto decide la situación de bajo desarrollo humano. Nivel por el cual, según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), al país le corresponde el puesto número 114 de los 173 países que forman el sistema de naciones Unidas con un índice de desarrollo humano de 0.634.<sup>ii</sup>

El modelo de desarrollo económico de Guatemala se ha ido conformando históricamente sobre la base de dos pilares fundamentales: la conformación del Mercado Común Centroamericano y la Agro-exportación, siendo esta última la matriz fundamental del modelo, lo cual ha ido en detrimento de las economías campesinas minifundistas generando además procesos como: la expansión de actividades industriales, mercantiles y de administración de servicios, la intensificación de la migración campo-ciudad como resultado de la estructura agraria. Siendo entonces una estructura económica bastante frágil que ha tenido que recurrir al endeudamiento externo para poder soportar la caída de los precios en los productos de exportación y mantener la estabilidad cambiaria, como lo ha sido la actual crisis del Café. El país se encuentra todavía con un gran endeudamiento externo debido a la debilidad de las estructuras productivas, al bajo nivel del Producto Interno Bruto (en 1996 alcanzó un índice de 0.550), la elevada tasa inflacionaria (7.2 en 1997) y la debilidad de la política financiera que ha sido de carácter conservador, sustentando la captación de recursos a través de la tributación indirecta, la cual deteriora aún más las condiciones de vida de la población de más bajos ingresos, así como de un grueso sector de capas medias que se han empobrecido.

Ese bajo nivel de desarrollo tanto económico como social es el efecto de una estructura que concentra en una minoría los recursos y excluye de los beneficios a la mayoría. A pesar de haberse incrementado el Producto Interno Bruto alrededor del 4.1% anual durante los años de 1991-1995, este no se ha revertido hacia los sectores de más bajos ingresos, sino que por el contrario, se ha concentrado en los sectores tradicionalmente favorecidos.<sup>iii</sup>

Aunque lo fundamental de la estructura social y económica se mantiene, se han realizado algunos acontecimientos que como la apertura democrática en 1986, la firma de la Paz en 1996, y un crecimiento económico en los 90; distinto al estancamiento que

siguió la década de los 80s, abren espacios de participación de la sociedad civil, sobre todo para la gran mayoría de la población Indígena y empobrecida de las zonas rurales y urbanas. Esto tiene su importancia en la posibilidad que tienen las poblaciones para revertir su destino como sociedad de bajo desarrollo. Pero esa posibilidad está asociada a la capacidad que se disponga de formular, ejecutar y articular los proyectos que esto demanda.

#### **1.4. SITUACION SOCIOCULTURAL Y POLITICA**

Guatemala tiene una densidad demográfica alta, resultante de una población de 11,237,196 millones de habitantes y un área geográfica de 108.9 miles de Km<sup>2</sup>. Viviendo el 65 % de la población en el área rural. La división político administrativa del territorio nacional abarca 22 departamentos, 329 municipios, que a su vez se subdividen en aldeas, caseríos, parajes y fincas. Para efectos administrativos del Estado, desde 1986 a dividido el territorio nacional en ocho grandes regiones que agrupan a los departamentos siguiendo criterios de ubicación geográfica y administración política.<sup>iv</sup> No toma en cuenta la cuestión étnico-cultural pero se deja abierta la posibilidad de modificar la integración y el número de regiones.

La vida cotidiana de los guatemaltecos ha transcurrido bajo una particular dinámica cargada de problemas económicos, políticos, sociales y culturales. De los regímenes autoritarios se heredó una población violentada y atemorizada, situación que constituye un obstáculo en el esfuerzo por ir superando los bajos niveles de participación social en la solución de los principales problemas del país a la par de los índices bajos en desarrollo y que a la vez son muy desiguales al interior de los departamentos, siendo más críticos en las áreas rurales y en poblaciones indígenas.

En el ámbito educativo para 2001 se llegó a las siguientes coberturas<sup>v</sup>: Nivel preprimario 41.3% con una tasa de deserción de 11.3%, Nivel Primario 85.1% con una tasa de deserción del 7.%, Nivel Básico 28.4% con deserción del 8.1%, Nivel Medio Diversificado 15.8% con una deserción del 6.4. % y la Educación superior es menor del 12%. La educación bilingüe únicamente el 12 % de las escuelas del nivel primario, siendo todo el sistema urbano y monolingüe. Lo insuficiente de las coberturas que se suman a la baja calidad de la educación, hacen que el país ocupe el segundo lugar de analfabetismo.<sup>vi</sup> En el área Rural el 47% de la población son analfabetos siendo mayor en las mujeres y en las áreas urbanas el 14% no saben leer y escribir.

Guatemala juntamente con Haití, el Salvador y Brasil, es de los países latinoamericanos que menor porcentaje del presupuesto gubernamental asignan a la educación, manteniéndose por debajo del 2% del PIB en los últimos cinco años, asignado en 1997 1,900 millones de quetzales que representan el 1.8%.

En materia de Vivienda de 863,800 unidades que se cuantificó el déficit habitacional en 1990, se estimaba que en 1995 llegaría a 1,127,600. Esto significa que en los últimos 15 años ha habido una demanda insatisfecha del 139% (UNICEF/SEGEPLAN 1994:83)

La situación de la fuerza laboral es crítica. La PEA se incrementó de 1990 a 1996 en 620 000 personas alcanzando así 3.1 millones de personas que corresponden al 30% de la población total. El desempleo abierto se ha incrementado de 2% de la PEA en 1980 a 5.5% en 1997, es crítico también que el 5.5% de la PEA en 1994 estaba constituida por

niños de 7 a 14 años, lo cual puede asociarse a la necesidad de trabajar ante situaciones de extrema pobreza (sobrevivencia) y a la ausencia de servicios de educación.

Por consiguiente, los niveles de ingreso por familia han sido constantemente erosionados. Estudios recientes que dimensionen la situación de los ingresos y los gastos familiares no existen.<sup>vii</sup>

Guatemala es un país de contrastes y de diversidad cultural, determinada esta última por la existencia de una población pluricultural, pluriétnica y multilingüe, lo que se manifiesta a través de la coexistencia de cuatro grupos culturales principales: los de origen maya, los garífunas, los xincas y los mestizos.

Durante los últimos años a raíz de haber concluido el conflicto armado interno formalmente en 1996 firmando los Acuerdos de Paz, existe una amplia gama de temas de debate en torno a la dimensión multiétnica, desde la definición del Estado que no refleja en nada esta pluralidad, pasando por la discusión sobre la autonomía de los pueblos indígenas, la descentralización, con una definición clara de responsabilidades y de reglas aplicables nacional y regionalmente, la oficialización de los idiomas indígenas, el reconocimiento del derecho consuetudinario hasta el Fortalecimiento de la Justicia que reconozca la existencia de principios, criterios, procedimientos y tomas de decisiones desarrolladas por los pueblos indígenas para resolver conflictos y asegurar que se evite tanto la opción impositiva de normas y autoridades estatales sobre los pueblos, como la edificación de sistemas paralelos de justicia que se ignoren mutuamente.

Se suma a la situación expuesta anteriormente, el problema de violencia e inseguridad ciudadana, que aunque se vive en tiempos de la firma de la paz, y en la democracia, la violencia política ha disminuido<sup>viii</sup>, pero se ha aumentado la violencia común y la inseguridad ciudadana, lo cual puede deberse a diversos problemas entre los que se pueden mencionar: la inseguridad de la posesión de la tierra, la ausencia histórica de un verdadero estado de derecho, la herencia del conflicto armado donde las actividades de contrainsurgencia debería haberse orientado a la seguridad ciudadana, al debilitamiento de la familia que carece de recursos económicos para la existencia y que día con día va perdiendo sus valores humanos y sociales, la impunidad y el narcotráfico entre otras causas como la pobreza extrema.

## **2. Principales características del Sistema de Salud en Guatemala.**

### **2.3. ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS**

Se podría caracterizar que actualmente el sector salud es de naturaleza mixta, conformado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el Sector Privado, la Sanidad Militar y un significativo sector de medicina comunitaria tradicional, sobreviviente de la cultura Maya.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene el mandato de ser “ La rectoría del Sector Salud, entendida como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional” (MSPAS, Código de salud Decreto 90-97, Artículo 9º), este opera por medio de sus dependencias públicas: hospitales, centros de salud y puestos de salud. El IGSS que es una entidad descentralizada del Estado, su fin primordial es la seguridad social de país,

como parte de sus funciones desarrolla un componente principal de atención médica destinado a los trabajadores asalariados afiliados y sus dependientes con dos programas que son el de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS) y el de Accidentes, Enfermedad Común y Maternidad (AEM), ampliando en los últimos años un programa de Atención Primaria en Salud en el Departamento de Escuintla de forma experimental el cual aún está siendo evaluado. El Sector Privado que se puede subdividir en Sector Privado Lucrativo y Sector Privado no Lucrativo.

El primero está constituido por los Hospitales, Sanatorios y Clínicas privadas que su fin principal es el de adquirir beneficio económico con la prestación de servicios de recuperación y rehabilitación de la salud y se encuentran además las empresas de Seguros Médicos Privados.

El Segundo está compuesto principalmente por el sector llamado de ONGs de las cuales el 55% se encuentran en el área rural del país y se caracterizan por dar respuestas a problemas inmediatos y de largo plazo, bajo una óptica de participación comunitaria como la mejor respuesta a la problemática de salud, de acuerdo a la siguiente lógica:

1. Preventivo Educativa;
2. Curativa y
3. Coordinación.

Además en este sector se encuentra el Sector-Religioso en la misma línea de trabajo de las ONGs, están dando respuesta inmediata a los problemas de salud a través de Educación y Prevención, Clínicas, Dispensarios y Hospitales.

La Sanidad Militar cuenta con programas de salud para las Fuerzas Armadas y la Policía a través de hospitales y enfermerías.

El sistema de medicina tradicional comunitaria ha sobrevivido con los servicios de los Chamanes, los curanderos, los hueseros, los ancianos, las comadronas que desde la sabiduría de la cultura maya utilizan Consejos, Rituales, Baños, Plantas Medicinales y productos animales y minerales para solucionar sus problemas de salud. Este sistema ha sido ignorado y muy poco tomado en cuenta desde la cultura occidental aunque ya hay esfuerzos de lograr que tanto el sistema medico occidental como el etnomédico maya puedan convivir en mutuo respeto y entendimiento con acciones conjuntas.

Existen también dentro de sector salud instituciones públicas y privadas que realizan acciones en salud sin ser su fin principal, destacándose dentro de ellas: La Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia, el Ministerio de la Defensa, el Ministerio de Desarrollo Urbano y Rural, el Ministerio de Comunicaciones, Transportes y Obras Públicas y el Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales.

La salud se ha convertido en un “Paraguas” ideológico y estratégico para la introducción de elementos de desarrollo comunitario y de salud pública, en los cuales la participación de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales han tenido un papel protagónico, en el cual deberían de ir comprometiendo la participación de las comunidades en la planeación, formulación y ejecución de las acciones.

Con la estructura del Sector Salud; mencionada anteriormente se tiene la siguiente cobertura de servicios: Sector Público 48% (MSPAS 32% y Seguro Social 16%) y el Sector Privado 10%, Sanidad Militar 0.21% lo cual demuestra que el 41.79% de la

población no fue atendido por dicho sistema y que únicamente el 54% restante accedió a los servicios de salud.

No se ha cuantificado estadísticamente, pero la mayoría de la población ha utilizado por muchos años incluso desde la época precolombina, las prácticas y medicinas tradicionales para la recuperación de su salud, lo cual todavía es una práctica cotidiana ante la falta de servicios y ante el abuso de los costos para acceder a las formas occidentales de curación. Así también no existen registros estadísticos de la cobertura dada por las ONGs, considerándose por parte del MSPAS, que estas tienen una cobertura aproximada del 18% de la población, pero que con frecuencia atienden a grupos que también reciben atención de otras instituciones.

Cuadro No. 1  
**Cobertura de Población por las distintas Instituciones del Sector Salud**  
**Cifras Relativas**

<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>COBERTURA %</b>
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	32
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	16
Sector Privado	10
Sanidad Militar	0.21
Total	58.21
Población no Cubierta	41.79

Fuente: OPS “ Estudio sobre la Red de los Servicios de Salud”. Agosto 1997

## 2.2. DISTRIBUCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Para toda la República, en 1988 se tenía un déficit porcentual de puestos de salud de 42%, pero prestando marcados contrastes regionales, puesto que ese déficit en la región Metropolitana y Central se estimaba en 15 y 23%, en tanto que en las Regiones Norte, Nor-occidental y Suroccidental ese déficit ascendía a 63, 52 y 50% respectivamente.

De acuerdo a estudios recientes y teniendo como referencia los datos oficiales del último censo, los 1,147 servicios del MSPAS ubican a 300 en sur occidente para 2,136,753 habitantes; 171 en noroccidente para 1,069,901; 154 en suroriente para 750,554 habitantes; 139 en la región central para 880,783; 138 en nororiente para 748,699; 111 en la región Metropolitana para 1,812,411 habitantes; 90 en el norte para 698,180 y 44 en el Petén para 224,770 habitantes. Tomando en cuenta los niveles de atención en salud<sup>ix</sup> los servicios estarían distribuidos como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 2  
**Distribución de Servicios de salud Por Nivel de Atención**

<b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>	<b>MSPAS</b>	<b>IGSS</b>	<b>SECTOR PRIVADO</b>	<b>SANIDAD MILITAR</b>	<b>TOTAL</b>
1er. Nivel de Atención (Puestos de Salud)	857	21	-	-	878
2do. Nivel de Atención (Centros de Salud, consultorios, enfermerías)	254	29	1786	21	2090
3er. Nivel de Atención (Hospitales y Sanatorios)	36	24	171	6	237

TOTAL	1147	74	1957	27	3205
-------	------	----	------	----	------

FUENTE: Elaboración propia en base a datos de OPS “Perfil del Sistema de Servicios de salud en Guatemala”. Septiembre 1998 y “Estudio Básico del Sector Salud” 1991.

De los datos comparativos anteriores, puede deducirse que los criterios para la distribución de los servicios, si es que existen, resultan arbitrarios y se está privilegiando más la atención en el segundo y terceros niveles de atención, siendo aún débil el primer nivel de atención que se desarrolla en las áreas rurales del país.

Históricamente ha existido una tendencia a la segmentación de la población por su capacidad de pago o su inserción en el proceso productivo (los pobres e indigentes atendidos por el MSPAS; los asalariados por el IGSS; y la población de mayores recursos por el sector privado. No existe pues una organización del sistema alrededor de funciones y de hecho cada una de estas instituciones regula, financia y provee servicios.

### 2.3. RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD

De la Población Económicamente Activa, los empleados públicos representan el 6.4%. Correspondiéndole al sector público de salud el 0.9%, que se reduce al 0.4% al considerar únicamente al personal con alguna formación en Salud, el resto se dedica a actividades administrativas, técnicas y de mantenimiento. El perfil educativo del personal (médicos, enfermeros -as- profesionales y auxiliares) es eminentemente biólogo, curativo e individual donde relegan a un segundo plano lo preventivo y social, los Promotores de Salud Rural tienen una capacitación limitada con una supervisión, actividades de referencia y contrarreferencia casi inexistentes, quienes además dedican tiempo parcial a las actividades de salud por ser un personal voluntario.

Para 1996 se registran un total de 6911 Médicos (2,171 del MSPAS y 4,740 del IGSS) que da una razón de 6.56 Médicos para 10,000 habitantes, 8200 enfermeros (as) profesionales que dan 1.15 por 10,000 Habs. A nivel comunitario se encuentran registrados un total de 12,270 Comadronas adiestradas y 14,012 Promotores de Salud Rural. Lo cual da una estructura piramidal del sector salud, a diferencia de otros sistemas de salud en América Latina, en donde el recurso humano da una estructura en reloj de arena, constituido en la parte superior por profesionales de la salud, una parte intermedia por técnicos en salud y personal de enfermería y una base constituida por auxiliares de enfermería y personal comunitario.

Según las Regiones del país, el personal de salud se distribuye de la siguiente manera:

**Cuadro No. 3  
Personal del Ministerio de Salud Pública por Regiones según categorías**

REGION	CATEGORÍA OCUPACIONAL											
	PROFESIONAL		TECNICO MEDIO		ENFERMERÍA AUXILIAR		ADMISTRATIVA		SERVICIOS VARIOS		TOTALES	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Metropolitana	825	11.8	858	12.3	1998	28.7	1763	25.5	1505	21.9	6949	100.0
Norte	81	6.8	231	19.2	280	23.2	266	22.1	346	28.7	1204	100.0
Nor-oriental	122	8.5	304	21.3	498	35.0	408	28.6	92	606	1424	100.0
Sur-Oriental	87	7.6	204	17.5	403	34.6	244	21.0	225	1903	1163	100.0
Central	123	3.3	252	6.7	481	12.9	2044	54.7	834	22.4	3734	100.0
Sur-Occidente	259	8.2	515	16.4	1017	32.04	604	19.2	744	23.8	3139	100.0

Nor-occidente	90	7.2	251	20.1	405	32.5	239	19.2	262	21.0	1247	100.0
Petén	42	8.0	91	17.4	149	28.5	150	28.7	90	17.4	522	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>1629</b>	<b>8.4</b>	<b>2706</b>	<b>14.0</b>	<b>5231</b>	<b>27.0</b>	<b>5718</b>	<b>29.5</b>	<b>4098</b>	<b>21.1</b>	<b>19382</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Sobre la base de cifras oficiales 1988.

La situación descrita es un indicador directo del grado de calidad e inequidad en la distribución de servicios del MSPAS, aunque los datos son de 1988, la estructura se mantiene hasta estos días. El hecho, por ejemplo de dar preferencia en la asignación presupuestaria a los centros de atención curativa, a los centros urbanos y a las áreas de mayor producción e ingreso económico, acentúa la brecha entre las condiciones y la respuesta a la solución de los problemas de la mayoría de la población.

## 2.4. FINANCIAMIENTO Y GASTO DEL SECTOR SALUD

El poco alcance de los servicios públicos de salud, está originado en el bajo gasto en salud y en las deficiencias de la administración en la prestación de servicios. El porcentaje del gasto en salud pública con relación al Producto Interno Bruto (PIB) bajo de 1.6% en 1980 a 1% en 1992 manteniéndose en el 1.1% en el 2001, según datos del Ministerio de Finanzas, es el más bajo en Centro América. El gasto público en salud como porcentaje del presupuesto se ha mantenido en alrededor del 10 %. A lo anterior se une la ineficiencia administrativa que ha sido señalada en numerosos estudios, como el realizado por la Organización Panamericana de la Salud en donde dice: “es un sector disperso, heterogéneo e ineficiente, un sector altamente concentrado administrativamente, con un proceso de deterioro institucional [...] y procesos administrativos y de gestión excesivamente lentos. No posee capacidad gerencial desarrollada, es insuficiente para enfrentar los problemas de suministro en forma planificada. Se nota en particular la carencia de sistemas de supervisión, evaluación y de un control gerencial debidamente estructurado para neutralizar los mecanismos de presión de los proveedores y el de los usuarios” (OPS 1991:97-117), además la mala distribución del gasto: en 1996, el 4% se dedicaba a la Administración, 63% a la atención curativa, 4% a servicios de salud y 28% a la atención primaria.

Con relación al gasto en salud, existen estadísticas confiables y actualizadas de las instituciones públicas (MSPAS e IGSS), no así del gasto privado, este se estima por encuestas de ingreso y gasto del hogar, la última fue realizada en 1989. Sin embargo, se han actualizado recientemente los datos para hacer las cuentas nacionales en salud de la siguiente manera.

Cuadro No. 4  
**Gasto en Salud 1990 – 1997**  
**Millones de US\$ a Precios corrientes**

FUENTE DEL GASTO	1990		1995		1996		1997	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
<b>SEGURO SOCIAL</b>	63.84	24	102.83	26.4	92.90	27.6	122.47	29.9
<b>MINISTERIO DE SALUD</b>	73.95	27.9	153.3	39.4	101.64	30.2	125.1	30.5
<b>GASTO PRIVADO</b>	127.69	48.1	132.95	34.2	141.80	42.2	162.05	39.6
<b>TOTAL</b>	<b>265.48</b>	<b>100.0</b>	<b>389.08</b>	<b>100.0</b>	<b>336.34</b>	<b>100.0</b>	<b>409.62</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: OPS/MSPAS: Cuentas Nacionales de salud 1990-1997. Guatemala, Agosto 1998.

En 1997, efectuó un estudio de cuentas nacionales en salud que agregó a la información periódica del gasto del IGSS y el MSPAS el gasto privado (con base en la Encuesta Nacional del Gasto en Salud, 1997) y el gasto del sector privado no lucrativo.

Cuadro No. 5  
**Distribución del Gasto Nacional en Salud, 1990 –1995-96**

INDICADOR	1990	1995	1996	1997
Población	9,197,400	9.975,927	10.245,177	10,521,900
PIB (US\$ corrientes)	7,980,700,000	14,632,800,000	15,700.100,000	17,817,800,000
Gasto Público Total (US\$)	814,031,400	1,346,217,600	1,444,409,200	1,888,686,800
Gasto Público % PIB	10.20	9.20	9.20	10.60
Gasto MSPAS (US\$ corrientes)	73,953,725	102,835,171	92,901,301	122,478,429
Gasto MSPAS % PIB	0.93	0.70	0.59	0.69
Gasto MSPAS % gastos del Gobierno	9.08	7.64	6.43	6.48
Gasto IGSS (US\$ corrientes)	63,845,600	153,300,000	101,646,536	125,100,041
Gasto del IGSS % del PIB	0.80	0.62	0.65	0.70
Gasto Privado (US\$ corrientes)	127,691,200	132,953,985	141,807,344	162,048,383
Gasto Privado % PIB	1.60	0.91	0.90	0.91
Gasto Nacional de Salud (US\$ corrientes)	265,490,525	326,668,268	336,355,181	409,626,852
Gasto Nacional de Salud % del PIB	3.32	2.23	2.14	2.29
Gasto Nacional de Salud Per/Capita	28.87	32.75	32.83	38.93

FUENTE: Revista Crónica “ Guatemala en números, 1998”; OPS/ MSPAS.

En este cuadro se maneja el concepto de Gasto Nacional en Salud que es la suma de lo gastado por el MSPAS, IGSS y Sector Privado, lo cual da como resultado un aumento del porcentaje del gasto en salud del PIB y por supuesto un mayor gasto Per/capita en salud, lo cual debe de analizarse de manera más específica tomando en cuenta que la mayoría de la población vive en condiciones de pobreza y por lo tanto con menor acceso a los servicios del sector privado.

El MSPAS funciona con un presupuesto que en su totalidad aparece asignado en el presupuesto general de la Nación y que resulta de los ingresos que obtiene el Estado por el pago de los impuestos directos e indirectos y las contribuciones que establece la ley como respaldo financiero del gobierno. Este financiamiento está condicionado por la política de recaudación de impuestos y de las demás contribuciones que deben pagar los ciudadanos y las empresas al gobierno. En general hasta 1997, el MSPAS ha tenido cinco fuentes de financiamiento que son: Recursos Internos Ordinarios (que son recolectados por conceptos de impuestos y representan alrededor del 61.7%); los Recursos Internos Extraordinarios (que se obtienen por medio de Bonos del Estado y son utilizados cuando los primeros no logran cubrir el gasto en salud, estos han oscilado entre el 5%); los



Prestamos Externos (que han alcanzado hasta un 24 %); las Donaciones (que han tenido una participación cerca del 6%); y los Ingresos Específicos o Privativos (que se obtienen del cobro de los servicios a los usuarios y han sido mínimos). Con esto se puede observar que los prestamos externos han aumentado del 14.2 % en 1993 a 24% en 1997, siendo la tendencia a reducir la participación de los recursos ordinarios en el financiamiento del gasto, lo cual es un riesgo que puede inducir una crisis más severa de los servicios públicos. Más aún si la dependencia de recursos externos continúa aumentando. Si bien esto puede explicarse por el impulso de la reforma, esto no sucederá sino se define la estrategia de sustitución por recursos ordinarios en el momento en que estos dejen de fluir.

### **3. El papel del IGSS y de ONG´s dentro del Sector Salud en Guatemala y su participación para la articulación de un sistema único de salud que responda a las necesidades de la población guatemalteca**

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) fue creado por medio del Decreto No. 295, de Octubre 1946 que 58 años después sigue teniendo vigencia y es la que regula su funcionamiento básico a través de 2 programas principales: Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA) y el de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS). Es una institución autónoma con una estructura organizativa propia que se financia a través de contribuciones salariales pagadas por los empleadores, los trabajadores y el Estado, por lo tanto esta orientado a los trabajadores del sector formal. Tiene una cobertura baja ya que únicamente como se muestra en los datos anteriores, cubre menos de una tercera parte de la Población Económicamente Activa ya que la mayoría de esta población se encuentra en el Sector Informal a donde el IGSS no ha llegado y ha dado muy pocas muestras de su interés a aumentar su cobertura a ese sector de la Población. Actualmente con el objeto de ampliar la cobertura de servicios a sus asegurados, a contratado servicios de proveedores privados, específicamente en áreas que no podían cubrirse a corto plazo con la capacidad instalada de la institución.

El sector privado no lucrativo está integrado básicamente por las ONG´s, de las cuales desde su apareamiento en primer lugar a raíz del terremoto del 76 y luego en los años 80´s, a raíz del conflicto armado, donde apoyaron a la población víctima del mismo, se han registrado cerca de 1,100 en Guatemala a finales de 1990, de las cuales el 82% eran nacionales y 18% internacionales. De todas, 18% se dedicaban a acciones de salud (200 aproximadamente). Principalmente las ONG´s se han dedicado en el 80% a la salud preventiva y la mayoría se han proyectado al trabajo en el interior del país, desarrollando acciones fundamentadas en una estrategia de atención primaria en salud, a través de la formación de distintas redes de promotores de salud y comadronas tradicionales. Sus actividades se pueden clasificar en:

1. Atención a la enfermedad: Formación en Salud a recursos locales de salud, implantación de centros comunitarios o clínicas de atención, Referencia y Coordinación con los sistemas de salud gubernamental y proyectos de plantas medicinales.
2. Prevención de la Enfermedad: con proyectos y actividades de Saneamiento y
3. Sostenibilidad: con acciones de organización comunitaria, coordinación con el MSPAS y proyectos de autosostenibilidad económica.

Últimamente, a raíz de la reforma al Sector Salud, las ONG's, están cumpliendo con un nuevo Rol, el cual es más activo dentro del sistema de salud del país, siendo prestadoras o administradoras de salud en el programa de ampliación de cobertura.

Tanto el IGSS como las ONG's han respondido coyunturalmente a las necesidades de salud de la población guatemalteca, y como se menciona al principio, conforman lo que sería un sistema de salud Mixto, el cual debe responder en el futuro a un sistema UNITARIO en donde se aborde la salud desde una perspectiva integral, universalizadora, donde se busque la equidad en la salud, y la justicia social. Donde además se tenga una fuerte participación en todos los niveles de salud (I, II, III) y en los niveles de decisión. (Local, regional y nacional)

#### **4. Tres aspectos prioritarios que se deben modificar dentro del sistema (en el nivel local) para mejorar su calidad y eficiencia.**

##### **I. PARTICIPACIÓN SOCIAL**

Es importante la Organización y Coordinación de los subcomponentes del sistema de Salud a nivel local (MSPAS, ONG's, IGSS, autoridades Locales, Lideres comunitarios, etc.) para que en conjunto se asuma la salud como una opción de todos y un objetivo dentro de una perspectiva de desarrollo en el contexto histórico y sociocultural local. Donde se conozca la realidad de salud local, se definan los intereses y soluciones a las dificultades presentes de forma coordinada y planificada.

##### **II. PLANIFICACIÓN**

Se debe de planificar en la medida de lo posible de manera participativa, en cada uno de los subcomponentes del sistema de salud local y luego compartir los planes para encajarlos en un plan coordinado de salud y de desarrollo local, que de acuerdo al enfoque de sistemas, lleve a romper el círculo de la mala salud, desde los conceptos y percepciones de la realidad y problemáticas de cada actor.

##### **III. FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO**

Este es el nivel menos desarrollado tanto a nivel nacional como a nivel local, se le debe dar un nuevo enfoque, desde la teoría del campo de la salud, se propone y se argumenta con bases sólidas que las acciones que favorezcan y promuevan un entorno favorable, influyen de manera sostenible en el mejor nivel de salud no solo de las personas sin también de las familias y comunidades.

## NOTAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

<sup>i</sup> Prensa Libre 4/6/2004 pp 34. Montevideo: Según el Banco Mundial en su estudio publicado el 3 de Junio en Uruguay, la brecha entre ricos y pobres en Guatemala es profunda, al igual que en Chile y Brasil.

<sup>ii</sup> Dado en el Informe del PNUD “Guatemala: Desarrollo Humano, mujeres y salud” Edición 2003

<sup>iii</sup> Ver el informe BID/OPS-OMS/MSPAS “Estudio Básico del Sector Salud” Guatemala 1991. Pág. 8, donde se constata que el 70% de la población recibe el 27.5 % del ingreso y el 30% de la población el 72.5%, siendo los dos extremos muy lejanos, al ver que 10% de la población más pobre recibe el 0.5% del ingreso y el 10% de la población más enriquecida el 44%.

<sup>iv</sup> Las regiones en que ha sido agrupado el territorio nacional guatemalteco, son las siguientes: I Región Metropolitana: formada por el departamento de Guatemala; II Región Norte: formada por los departamentos de Baja Verapaz y Alta Verapaz; III Región Nor-Oriente: formada por los departamentos de El Progreso, Izabal, Zacapa, Chiquimula; IV Región Sur-Oriente: formada por los departamentos de Santa Rosa, Jalapa y Jutiapa; V Región Central: formada por los departamentos de Sacatepéquez, Chimaltenango y Escuintla; VI Región Sur-Occidente: Formada por los departamentos de Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango, Suchitepequez, Retalhuleu y San Marcos; VII Región Nor-Occidente: formada por Huehuetenango y Quiché y VIII Región Petén: Formada por el departamento de El Petén.

<sup>v</sup> Informe Nacional de Desarrollo Humano. PNUD “Guatemala: Desarrollo Humano, Mujeres y Salud” Edición 2002

<sup>vi</sup> El primer lugar lo ocupa Haití, y Guatemala va seguida de Bolivia y Nicaragua.

<sup>vii</sup> En este año (1998) el Instituto Nacional de Estadística está elaborando la encuesta nacional sobre ingresos y egresos familiares para actualizar la base de cálculo de Índice de Precios al Consumidor.

<sup>viii</sup> No se ha terminado porque siguen los asesinatos como el caso de Mons. Juan Gerardi Conedera que el 16 de abril de 1998 un día después de dar a conocer el Informe sobre la Recuperación de la Memoria Histórica de Guatemala (REMHI) fue asesinado y este hecho continúa aún en la impunidad.

<sup>ix</sup> Según el Reglamento Orgánico Interno del MSPAS que se elaboró en agosto de 1997 y esta por entrar en Vigencia, el Nivel de Atención I (Primaria): constituye el primer contacto de la población con la red de servicios de salud, a través de los establecimientos y acciones comunitarias contempladas en el conjunto de servicios básicos de salud (...). Están dirigidos a toda la población con especial énfasis a los grupos más postergados. Los establecimientos típicos que prestan servicios básicos de salud a este nivel son el Centro Comunitario de Salud y el Puesto de Salud (.) y pueden ser prestados por grupos organizados de la comunidad u organismos no gubernamentales. Nivel de atención II (Secundario): Desarrolla con relación a la población y el ambiente, un conjunto de servicios ampliados de salud, dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas por el primer nivel de atención o aquellas por demanda espontánea (...). Los establecimientos típicos de este nivel son los Centros de Salud, Centros de Atención Materno infantil, Hospitales Generales y aquellos otros que se creen para ese efecto. Nivel de Atención III (terciaria): desarrolla, con relación a la población y el ambiente, servicios de salud de alta complejidad dirigidos a la solución de los problemas de las personas que son referidas por los niveles de atención I y II (...). Los establecimientos típicos que brindan atención en este nivel son los Hospitales Regionales, Hospitales Nacionales y Hospitales Especializados de Referencia Nacional.