

# 1 Por qué es necesaria la Reforma de Salud

Resulta impostergable realizar transformaciones estratégicas en la conducción, la organización, el funcionamiento y los mecanismos de contribución financiera al sistema de salud. La complejidad de los determinantes de la salud y la elevada carga de enfermedad que producen, contrastan con la debilidad de la respuesta social para atender las necesidades de salud.<sup>2</sup> El pago directo por servicios predomina como mecanismo de contribución, y es otro de los factores que condicionan las inequidades en las condiciones de salud, el acceso a servicios y la carga financiera que representa el pago por los servicios.<sup>3</sup>

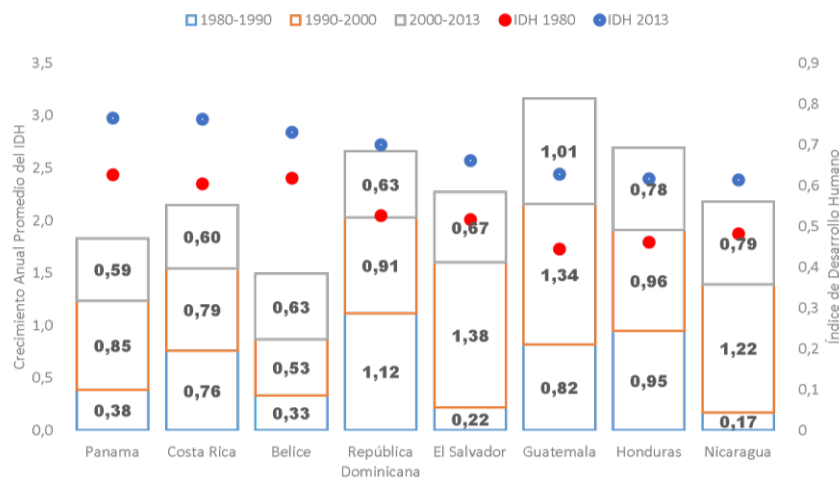
El ordenamiento jurídico nacional, los convenios internacionales de los que el país es signatario, así como las políticas y planes de desarrollo social y en salud, proveen el marco de orientación y la legitimidad para convocar a las organizaciones y personas interesadas e involucradas para participar en el diálogo sobre las orientaciones estratégicas de la reforma del sector salud.

## 1.1 El Contexto

Al inicio de los ochentas, Guatemala tenía el índice de desarrollo humano más bajo de la región.<sup>4</sup> En la segunda mitad de esa década inició una profunda reforma del Estado que introdujo la regionalización, la creación de consejos de desarrollo y la reestructuración de la administración pública para mejorar la eficiencia, promover la participación ciudadana, erradicar la exclusión social y fomentar el respeto y la armonía en las relaciones interculturales.<sup>5</sup>

En los noventas, se puso fin al conflicto armado interno, y se construyeron nuevas bases jurídico-políticas para la descentralización, el desarrollo social, la cobertura de servicios públicos para el desarrollo humano. En la primera década del nuevo siglo, la continuidad de esos procesos permitió alcanzar el mayor crecimiento medio del IDH en la región, pese al impacto de las crisis de 2008-2011.

GRÁFICA 1. CAMBIOS EN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO 1980-2013 Y VARIACIÓN MEDIA ANUAL EN EL IDH EN 1980-1990, 1990-2000 Y 2000 Y 2013, EN PAÍSES DEL SISTEMA DE LA INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA



Fuente: Elaboración propia con base en PNUD (2014) Tablas Estadísticas del Informe de Desarrollo Humano 2014

A primera vista podría parecer que la reorientación del desarrollo en un marco de estabilidad produjo dividendos en desarrollo humano y bases para la continuidad del crecimiento.

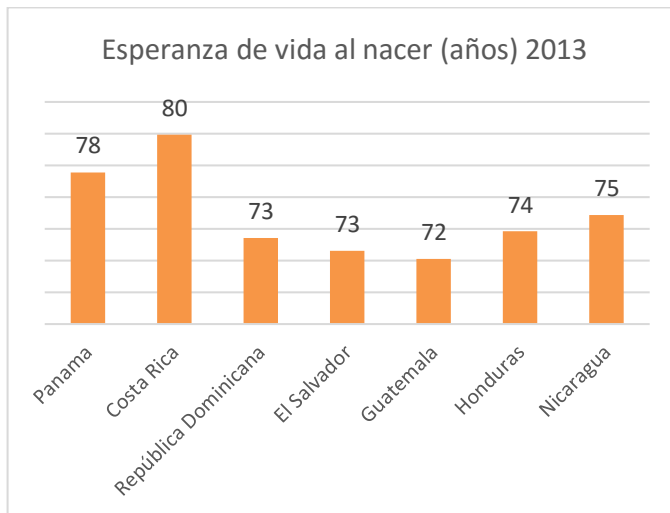
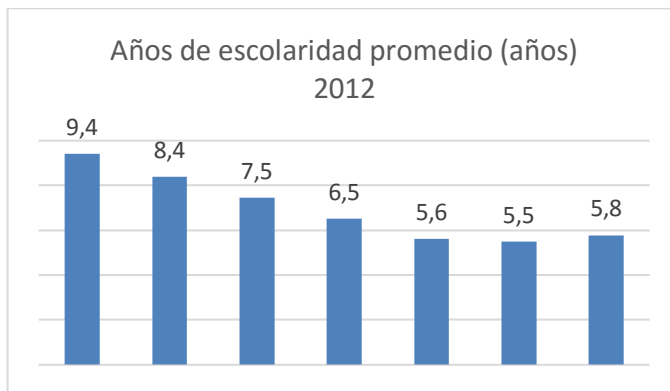
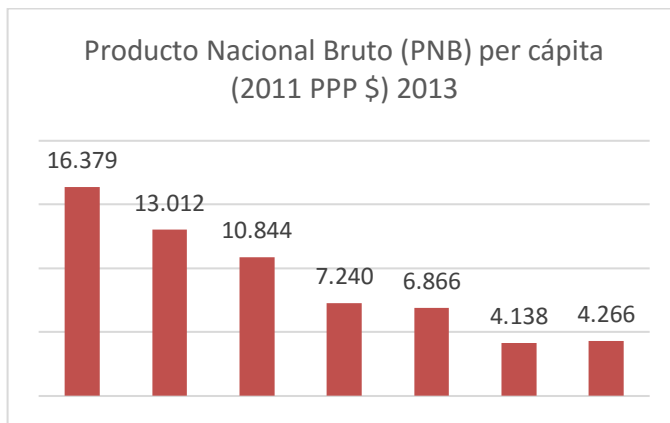
Sin embargo, el análisis de los componentes del IDH muestra que el país ha mejorado en el producto nacional bruto per cápita. Los índices de educación y salud siguen siendo los más precarios de la región. La desigualdad del ingreso es una de las más altas de América Latina y segunda en la región, después de Honduras.

El crecimiento ocurrió bajo reglas que se traducen en la profundización de las diferencias entre grupos sociales. Los obstáculos para la reducción de las brechas a favor de los grupos menos favorecidos son, entre otras:

*La inefectividad del sistema tributario para captar recursos suficientes y proporcionales a la capacidad de pago de los grupos sociales;*

*El estancamiento y la inefectividad de las inversiones en desarrollo humano, particularmente en educación y salud, donde las prioridades, las capacidades y el desempeño han perdido conexión con las demandas y necesidades más apremiantes de la población.*

*La dinámica de población, particularmente en los estratos de menores ingresos y menor nivel educativo, que rebasa año con año las posibilidades de ampliación de los recursos fiscales, y empeora la disponibilidad de medios de esos hogares para cada miembro del grupo familiar. Cabe apuntar que mientras la población mundial se duplica en 30 años, la guatemalteca lo hace en solo veinte. Esta dinámica se manifiesta también en los indicadores de salud, bajo la forma de altos niveles desnutrición, mortalidad materna e infantil. En la región, Guatemala tiene la más alta tasa de dependencia, principalmente por efecto del contingente de con menos de 15 años.*

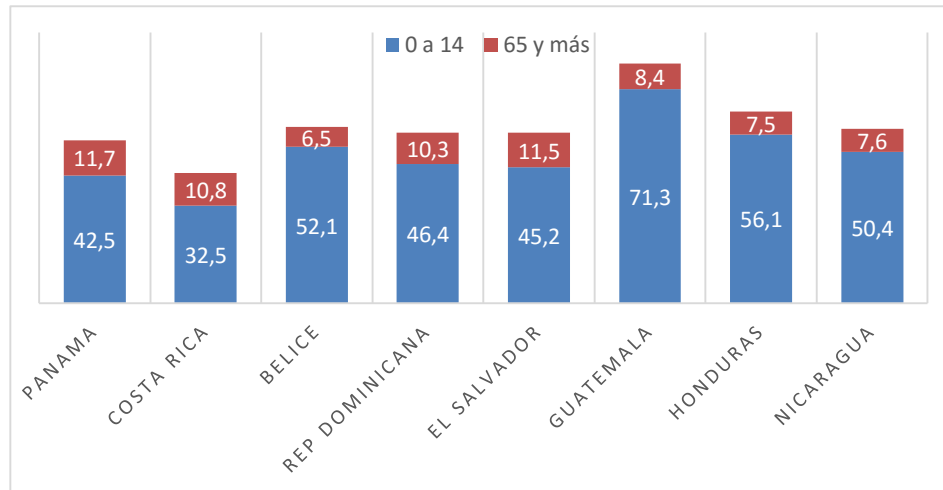


GRÁFICA 2 ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES DEL IDH EN PAÍSES DEL SISTEMA DE LA INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA

Fuente: Elaboración propia con base en PNUD (2014) Tablas Estadísticas del Informe de Desarrollo Humano 2014.

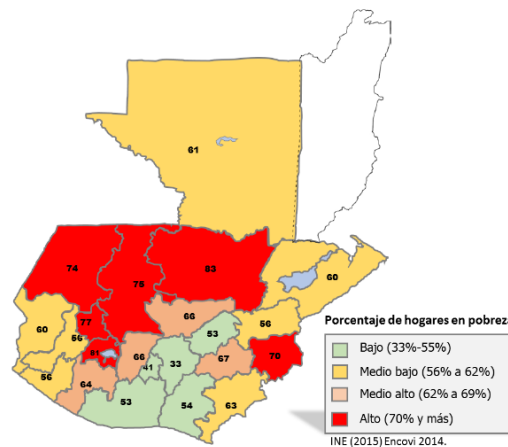
La precariedad del empleo y el predominio de la economía informal, la alta tasa de desempleo y limitada cobertura educativa de los jóvenes, además de la expulsión económica de los habitantes del campo hacia las ciudades. Este complejo de condiciones hacen que haya bajas expectativas para que el país aproveche el *bono demográfico*: ese contingente de población joven que puede explicar el boom de sociedades que invirtieron en la formación de capital humano. En Guatemala, el 65% de trabajadores está en el sector informal (80% en la población indígena), la tasa neta de escolaridad de ciclo básico es de 43%, y de 24% en el diversificado. La precariedad del empleo también se expresa con la cobertura de la seguridad social: solo uno de cada cinco trabajadores tiene un empleo que le da cobertura de seguridad social, y de la masa trabajadora, el 1.6% está sindicalizada.

GRÁFICA 3. TASA DE DEPENDENCIA POR GRUPO DE EDAD EN PAÍSES DEL SISTEMA DE LA INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA (2015)



Fuente: Elaboración propia con base en PNUD (2014) Tablas Estadísticas del Informe Mundial de Desarrollo Humano 2014

El alcance, la distribución y la profundidad de la pobreza. Detrás de los promedios nacionales se esconden disparidades sociales con una clara adscripción territorial. En seis departamentos del país, entre el 70% y el 81% de la población vive en condiciones de pobreza; son departamentos con altos índices de mortalidad infantil y materna, desnutrición, analfabetismo, déficit educativo, subempleo, déficit de infraestructura social básica. Más de 5 millones de personas viven en estos departamentos, y cerca de 4 millones bajo la línea de la pobreza de ingreso.<sup>6</sup> La pobreza medida por carencias en salud, educación y condiciones de vida alcanza al 70% de la población a nivel nacional, lo cual implica niveles mucho más elevados de pobreza. La magnitud y severidad de los indicadores de morbilidad y mortalidad se corresponden con los niveles de pobreza en Guatemala. Una estrategia integral para mejorar las condiciones de salud necesita un amplio marco intersectorial de respuesta a los determinantes estructurales de la salud.

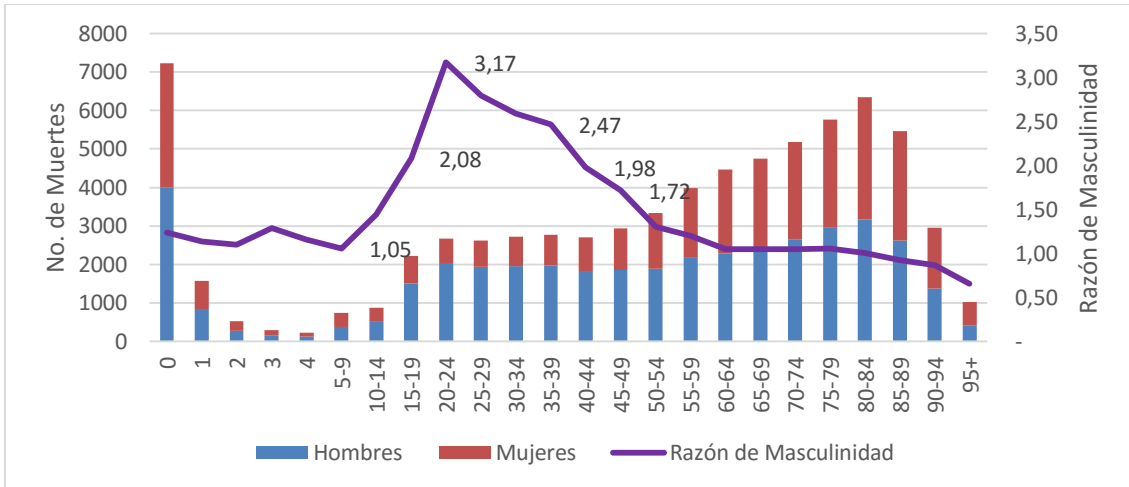


GRÁFICA 4. CLASIFICACIÓN DE DEPARTAMENTOS SEGÚN EL PORCENTAJE DE HOGARES EN POBREZA

## 1.2 Las condiciones de salud

En 2013, con 15.4 millones de habitantes, Guatemala tenía una tasa de mortalidad infantil de 26 por mil nacidos vivos (el doble de la media regional)<sup>7</sup> y adulta de 179 por mil habitantes, la sexta más alta en las Américas. La tasa masculina era de 236 por mil, quinta más alta del continente, y la femenina 126 por mil, octava más alta. La elevada mortalidad con predominio masculino es una característica notable de la distribución de la mortalidad en Guatemala: en los grupos de 15 a 44 años, la mortalidad masculina duplica y hasta triplica la femenina (Gráfica 5).<sup>8</sup>

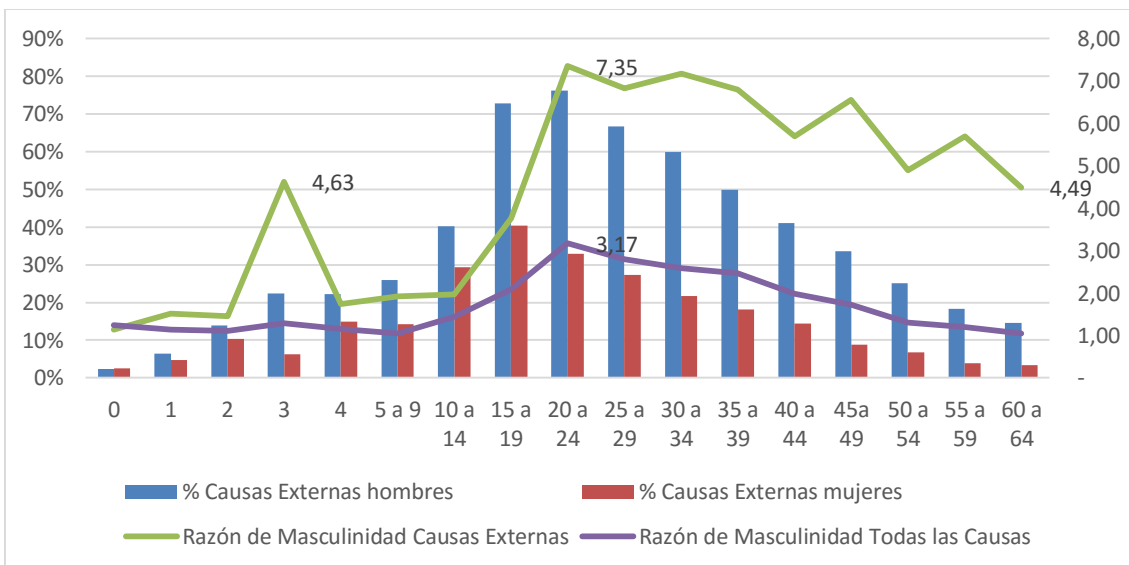
GRÁFICA 5. GUATEMALA, 2013. FALLECIMIENTOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO, RAZÓN DE MASCULINIDAD POR EDADES.



Fuente: Elaboración propia con base en OMS (2016) Base de datos sobre Mortalidad.

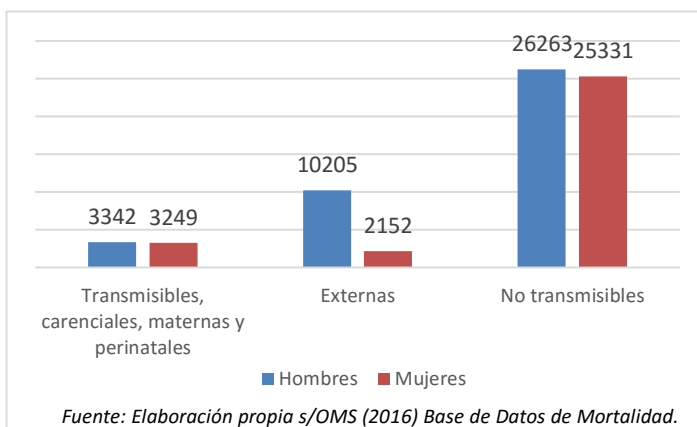
La razón más importante para las diferencias de género en la mortalidad son las lesiones accidentales o intencionales a que están expuestos los varones en todos los grupos de edad, pero principalmente entre los 9 y los 44 años, donde entre 40% y 76% de las muertes ocurren por causas externas, y la razón de masculinidad va de 4 a 7 hombres por mujer (Gráfica 6).

GRÁFICA 6. CAUSAS EXTERNAS POR SEXO Y RAZÓN DE MASCULINIDAD PARA CAUSAS EXTERNAS Y TODAS LAS CAUSAS

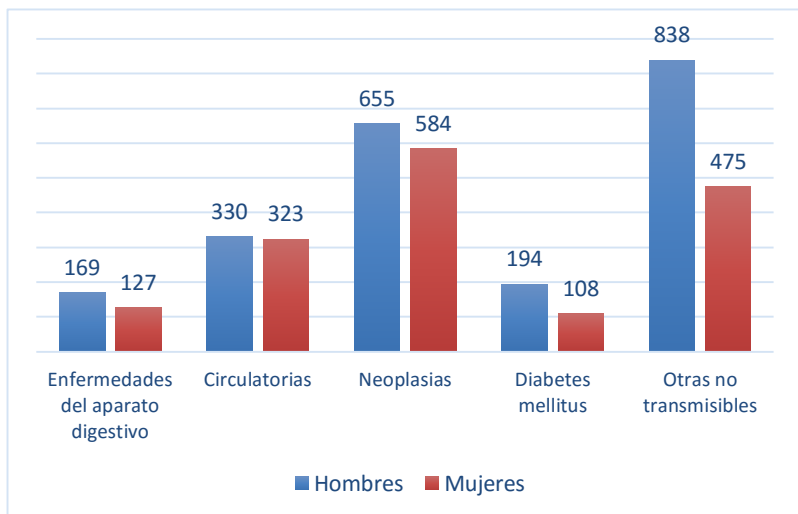


Fuente: Elaboración propia con base en OMS (2016) Base de datos sobre Mortalidad.

El análisis de las causas de mortalidad por sexo también revela que, del total de fallecimientos, las enfermedades transmisibles, carenciales, maternas y perinatales representan un 15%, las causas externas, 17% y las no transmisibles 62%. Para los hombres, las causas externas representan el 24%, mientras que para las mujeres, las no transmisibles hacen el 70% de los fallecimientos. Esta situación representa una alerta en relación con la urgente necesidad de actualizar las prioridades de la salud, en particular combinando la información presentada con los datos de morbilidad. Este último aspecto plantea un desafío: integrar datos sobre eventos de salud no fatales obtenidos por los diferentes prestadores del sistema, para lograr una representación más precisa de las necesidades, y no un recorte determinado por la oferta pública de servicios de salud. Generalmente, es por esta razón que la imagen más completa del estado de salud suelen proveerlo las estadísticas vitales, incluso reconociendo la existencia de subregistro de muertes en el período perinatal.



GRÁFICA 8. GUATEMALA, 2013: MORTALIDAD POR GRUPO DE CAUSAS SEGÚN SEXO



GRÁFICA 7. GUATEMALA, 2013. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE NO TRANSMISIBLES SEGÚN SEXO.

afectación por género se aprecian en la Gráfica 7. De las neoplasias, el 52% en hombres son cánceres de estómago, hígado y próstata. En mujeres, el 54% son cánceres de estómago, hígado, útero y mama. De las circulatorias, el 68% en ambos sexos son infartos agudos del miocardio, accidentes cerebro-vasculares e insuficiencias cardíacas.

A pesar del avance logrado en las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las tasas de mortalidad materno-infantil y de desnutrición del país siguen entre las más altas de la región (140 por 100.000 y 43,4% en menores de 5 años). Además, ambas tasas son marcadores de inequidad, dado que se concentran en los departamentos con mayores índices de pobreza, con población predominantemente rural e indígena. Por ejemplo, la desnutrición crónica en el departamento más pobre del país es 2.3 veces mayor que en el departamento menos pobre.

Otro ejemplo es la razón de mortalidad materna que es 2.2 veces mayor en la población indígena que en la no indígena (159.1 versus 70 por cien mil nacidos vivos)<sup>9</sup>.

### **1.3 Respuesta Social en Salud**

En la prestación de servicios de salud, a la población guatemalteca, participan el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, clínicas y hospitales privados y organizaciones no gubernamentales. La coexistencia de estos servicios no promueve una efectiva coordinación y articulación funcional, provocando especialmente entre el MSPAS y el IGSS duplicidad de funciones. Se enfrentan innumerables limitaciones que hacen urgente elaborar e implementar una estrategia de reforma para fortalecer la atención primaria en salud, que se ha enfrentado a retos considerables desde que se discontinuó el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) y se promovió su necesaria conducción desde el Ministerio. El fin último es la cobertura universal y acceso universal en salud y la meta a corto plazo de proporcionar el nivel adecuado de servicios de salud, incluyendo vacunas, salud materno-infantil e intervenciones en nutrición.

El MSPAS ha desarrollado la red de servicios de salud, por medio de la cual, brinda atención médica a la población. Cuando la red de servicios no funciona de manera articulada, se compromete la continuidad de la atención a la población desde el nivel primario a los de mayor complejidad. Lo anterior, provoca que la población indistintamente consulte a un hospital especializado, por padecer de problemas respiratorios o enfermedades diarreicas, provocando un alto congestionamiento de los servicios de atención, en detrimento de la atención especializada para lo que fue creado.

Durante los últimos 18 años la atención del primer nivel se apoyó con la contratación de Organizaciones no Gubernamentales, que logró cubrir a una población de aproximadamente 4.5 millones de personas en la última fase, con un paquete básico principalmente dirigido a la población materno-infantil. En el año 2014 el Ministerio de Salud el PEC fue cancelado sin contar con una alternativa institucional desarrollada para mantener la prestación de servicios en el primer nivel. La reducción de los servicios provocó, entre otros problemas, bajas en la cobertura de vacunación y la formación de grandes bolsones de población susceptible, lo que ha puesto al país en riesgo de epidemias de enfermedades ya erradicadas como el sarampión y la poliomielitis.

El MSPAS enfrenta un reto importante para recuperar la infraestructura y el personal para atender los servicios en el primer nivel de atención. Por otro lado, la atención en este nivel se sostiene principalmente por personal auxiliar de enfermería y por personal comunitario, lo que limita su capacidad de resolución a los problemas de salud.

Adicionalmente, 70% de los hospitales fueron construidos hace 20 a 40 años, lo que provoca que continuamente, por la obsolescencia de la obra física y del equipo hospitalario, requiera que se hagan reparaciones mayores y muchas veces, dejan de hacerse por la falta de recursos financieros, para sufragar los gastos que ello conlleva, comprometiendo calidad de la atención que se brinda en dichos establecimientos.

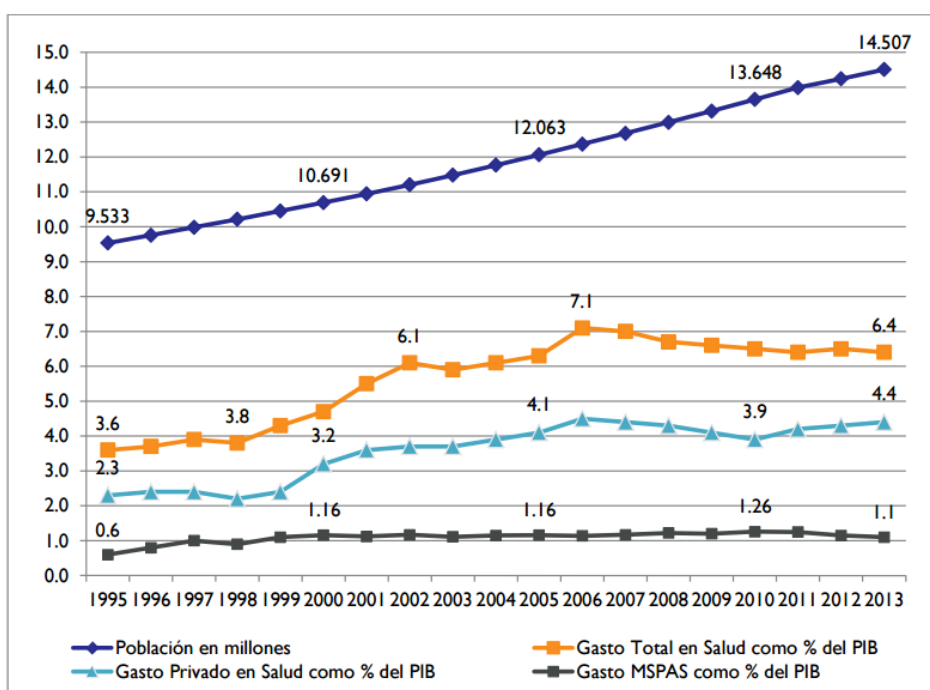
Estimaciones preliminares del Programa de Hospitales del MSPAS, indican que se necesitan invertir más de 500 millones de quetzales para readecuar la infraestructura física y equipamiento de la red de hospitales.

## 1.4 Financiamiento y Gasto en Salud<sup>1</sup>

La movilización de los recursos para financiar el sistema de salud en Guatemala se realiza a través de tres principales fuentes a nivel nacional: el gobierno, los hogares, y los patronos; estas fuentes se complementan con recursos externos provenientes de donantes y remesas de trabajadores internacionales

**Gobierno:** Los gastos públicos en salud se cubren con aportaciones del gobierno central y de los municipios. En 2013, juntos gastaron 5,105 millones de quetzales (EU\$650 millones), lo que representa tan solo 19 por ciento del gasto total en salud, y fue igual a 1,2 por ciento del PIB, un porcentaje que, como lo ilustra la Figura 4.5, casi no cambió comparado con el de 2005 (1,16 por ciento). En años recientes, los gastos públicos se han quedado básicamente estancados sin volverse a mover, con apenas pequeñas variaciones: el gasto gubernamental ascendió a 4,287 millones de quetzales (EU\$546 millones) en 2012, aumentó en 2013, bajó en 2014, y volvió a subir a 5.400 millones (EU\$687 millones) en 2015.

GRÁFICA 9. TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS Y DEL GASTO EN SALUD POR FUENTE



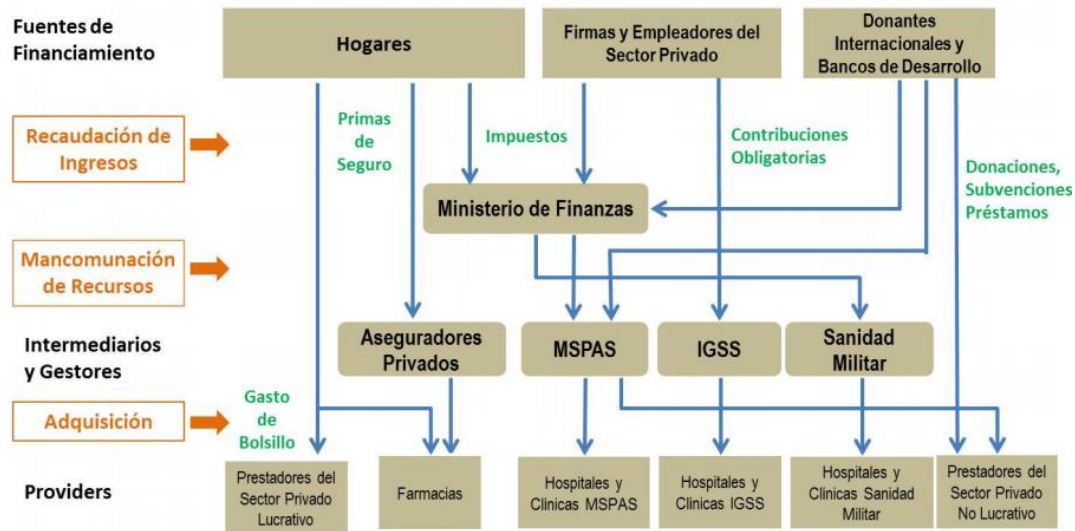
El IGSS opera como esquema de seguro de salud paraestatal, y funciona como seguro social de salud, regulado por el Decreto No. 265 emitido en la Constitución de Guatemala de 1946 con el objeto de proveer de atención médica y beneficios para el retiro. El IGSS ofrece cobertura a sus miembros con base en un sistema de seguro público de grupo. Ser miembro del plan de seguro de salud del IGSS es obligatorio para los trabajadores del sector formal; el plan se financia con las aportaciones de esos mismos trabajadores (que aportan 25 por ciento), las empresas que los emplean (50 por ciento), y el gobierno (25 por ciento) (Decreto No. 295). El nivel de las aportaciones lo especifica la ley con base en el nivel salarial del trabajador. En 2013, los gastos en salud erogados por el IGSS sumaron la cantidad de 4.718 millones de

<sup>1</sup> Este apartado se basa en el Ávila y col. (2015) Análisis del Sector Salud. Proyecto Financiamiento y Gobernanza en Salud. USAID, Agosto de 2015.

quetzales (EU\$600 millones), comparados con el gasto del MSPAS, que fue de 5.105 millones de quetzales (EU\$650 millones), a pesar de la vasta diferencia entre las poblaciones que cubre cada uno: el IGSS 2.6 millones, y el MSPAS 12 millones.

GRÁFICA 10. FLUJO DE FINANCIAMIENTO Y GASTO EN EL SISTEMA DE SALUD DE GUATEMALA

**FIGURA 4.7. GRÁFICA ESQUEMÁTICA DEL FLUJO DE RECURSOS PARA LA SALUD PROVENIENTE DE FUENTES DE FONDOS HACIA AGENTES Y PROVEEDORES DE SERVICIO DE SALUD EN GUATEMALA**



Fuente: Ávila y col. (2015) Análisis del Sistema de Salud de Guatemala, pag. 45

**Recursos privados:** Los gastos privados representan aportaciones globales de los hogares, las empresas, y las organizaciones sin fines de lucro a nivel nacional. Las fuentes privadas de financiamiento para la salud contribuyeron 16.816 millones de quetzales (EU\$2.14 mil millones) al sistema de salud de Guatemala en el 2013, lo que representó 63 por ciento de gasto total en salud, y fue equivalente a 4 por ciento del PIB ese año. El crecimiento económico en Guatemala ha estimulado la expansión de proveedores privados de salud y los gastos de la salud privada aumentaron de 2,4 del PIB en 1995 a 4 por ciento en 2013, un 66 por ciento de incremento en el gasto privado en salud. Los seguros de salud privados en Guatemala representaron 11,4 por ciento de los gastos totales en salud en 2013 (2.804 millones de quetzales, EU\$357 millones), equivalente a 0,6 por ciento del PIB.

**Gasto de los hogares:** Actualmente en Guatemala, los hogares representan la principal fuente de financiamiento de salud. Cincuenta y dos por ciento del gasto total en salud en Guatemala proviene de gastos de cuenta corriente reembolsable. Estos pagos privados van a cuenta de medicamentos, visitas a médicos, y acceso a hospitales privados. El estancamiento de fondos gubernamentales para la salud ha traído como consecuencia una creciente proporción de gasto total en salud proveniente de pagos de gastos de cuenta corriente, lo cual ha incrementado la carga que el financiamiento de la atención de salud pone sobre los hogares. La ausencia en Guatemala de mecanismos generalizados de protección contra riesgo (tal como cobertura de seguro) hace crecer las probabilidades de que el sector con empleos informales y los pobres y vulnerables lleguen a incurrir en gastos de salud catastróficos (onerosos gastos en salud por encima de cierto umbral de los ingresos del hogar) o en un “empobrecimiento



por motivo de salud” (que es cuando un gasto en salud empuja a un hogar a la pobreza). La protección financiera es elemento importante de la cobertura universal de salud (OMS, 2010), y a pesar de ello, ninguno de estos indicadores son monitoreados de manera rutinaria en Guatemala. Sin embargo, según un estudio realizado con datos de la Encuesta para medir el nivel de vida, 19 por ciento de los guatemaltecos incurrieron en gastos de salud catastróficos – gasto en salud que excede el 40 por ciento de la capacidad de pago de un hogar – y ese porcentaje se concentraba desproporcionadamente entre los pobres. Sesenta por ciento de los hogares ubicados en el cuartil más bajo de riqueza incurrieron en gastos de salud catastróficos, comparado con solo 3 por ciento entre el cuartil de mayor riqueza (Bowser and Mahal 2011). Los hogares cubrieron más de la mitad del gasto total de salud del país, que ascendió a 14.000 millones de quetzales (EU\$1.8 millardos) en 2013, o 3,6 por ciento del PIB. Las tendencias en gasto de bolsillo son mayores a los incrementos atribuibles al índice de precios al consumidor en materia de salud y productos farmacéuticos. La proyección de gasto de bolsillo por 1.850 millones de quetzales desde los niveles de 1995 y ajustar los efectos de la inflación daría un gasto de bolsillo esperado de 7.346 millones de quetzales en 2013, o cerca de la mitad del gasto de bolsillo real. Esto sugiere que la pronunciada tendencia en el gasto de bolsillo que se ha observado en Guatemala en los últimos diez años se debe a una combinación de incremento de precios por servicios e incremento de la demanda por servicios médicos.

**Fuentes externas:** La asistencia proveniente de donantes en Guatemala se canaliza como contribuciones extrapresupuestarias. Las fuentes donadoras son difíciles de rastrear, y probablemente también sean subestimadas, lo cual además no ayuda a planear y alinear esos recursos hacia las metas de salud nacionales de Guatemala. La ayuda internacional en apoyo al acceso a los servicios de salud tiende a dirigirse hacia las poblaciones rurales. Algunos de los principales donantes incluyen a la Unión Europea, el Fondo Global, el Banco Mundial, la AECID, y el gobierno de los Estados Unidos, incluyendo a PEPFAR. Cuba brinda becas a estudiantes de medicina guatemaltecos, y el MSPAS contrata médicos cubanos. El Fondo Global ha erogado EU\$25 millones en los últimos 10 años para apoyar programas de VIH/SIDA, malaria, y tuberculosis en Guatemala. Durante el periodo fiscal 2014, USAID contribuyó con EU\$23.4 millones a diversos programas de salud de Guatemala.

## 1.5 Bases para la Reforma del Sector

La reforma de salud es un proceso de transformación estratégica que articula la conducción política, el liderazgo técnico y la participación social con la finalidad de darle cumplimiento al marco jurídico y político nacional sobre la salud.

### 1.5.1 La salud: derecho fundamental

La Constitución Política de la República de Guatemala afirma que la salud es un bien público y un activo de la nación, su disfrute es un derecho fundamental. En este sentido, la Constitución es consistente con diversos instrumentos jurídicos internacionales, entre ellos la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 22 y 25), el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12), la Convención Internacional de los derechos del niño (arts. 24-27), la Declaración sobre Derechos de los Pueblos Indígenas (arts. 21,23-24, 29), la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (arts. 16, 25, 26), la Declaración del Milenio (19,20, 23, 29) y el Protocolo de San Salvador (art. 10).<sup>10</sup>

La Constitución establece que es obligación de todas las personas y organizaciones velar por la conservación de la salud y su restablecimiento. En particular, el Estado debe: a) **proteger la salud** mediante la vigilancia de la calidad, seguridad e inocuidad del agua, el saneamiento, los