

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).¹⁰

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

productos alimenticios y farmacéuticos, y otros que puedan dañar la salud de los habitantes; b) **prestar servicios** de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y coordinación de la salud, además de las complementarias; c) **velar por la nutrición y alimentación** de la población, para que cumpla los requisitos mínimos de salud y coordinar acciones con entes nacionales e internacionales para lograr un sistema alimentario nacional efectivo. Este mandato es ratificado, especificado y operacionalizado por el Código de Salud (Dec. 90-97) y el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El marco constitucional es así consistente con la Observación No. 14 del Comisión sobre Derecho a la Salud: el derecho a la salud no solamente comporta el derecho a la asistencia sanitaria, sino a la alimentación, agua potable, saneamiento, condiciones de salubridad en la vivienda y el ambiente, la nutrición y alimentación y la participación en decisiones que conciernen a su salud.

La observación también aclara que el derecho a la salud incluye la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud. Las obligaciones de los estados partes incluyen *respetar* (no poniendo la salud en riesgo), *proteger* (velando por acceso equitativo y acciones afirmativas hacia poblaciones postergadas) y *cumplir* (realizando sus obligaciones de proveer un marco legislativo, planes, programas, recurso humano, infraestructura de salud, acciones para atender la salud y regulaciones para evitar la acción de elementos riesgosos para el ambiente y la salud humana).

1.5.2 La Cobertura Universal de Atención a la Salud

La responsabilidad del Estado en el cumplimiento del derecho a la salud exige la implementación de acciones para que cada uno de los habitantes tenga garantía de acceso a la atención de salud, independientemente de su nivel de ingresos o capacidad de pago.

La Resolución de Naciones Unidas sobre Cobertura Universal de Salud, adoptada por la Asamblea en 2012, reconoce la salud como un elemento esencial del desarrollo y exhorta enfáticamente a los gobiernos a progresar hacia un sistema que otorgue a todas las personas acceso a servicios de atención en salud accesibles y de buena calidad.

La declaración también reconoce que la cobertura universal de salud implica el acceso de todas las personas a conjuntos de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación definidos por los propios países, así como el acceso a medicamentos seguros, efectivos, accesibles y de buena calidad. La declaración exhorta a los países a establecer mecanismos sostenibles de financiamiento, que no estén basados en pagos sustanciales en el punto de atención, sino en la mancomunación de riesgos y el prepago por los servicios, para evitar gastos catastróficos y empobrecedores como resultado de la búsqueda de atención.

La Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud: Hacia el Consenso en la Región de las Américas, aplica y desarrolla estos principios en cuatro líneas estratégicas:

- i. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades;
- ii. Fortalecer la rectoría y la gobernanza;
- iii. Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios;

- iv. Fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal.

El Código de Salud, (Dec. 90-97, art. 16) indica que la Organización del Ministerio de Salud se enmarcará en las estrategias de descentralización y desconcentración y deberá cumplir dos propósitos:

- a) Ejercer la rectoría del sector a fin de mantener los principios de solidaridad, equidad y subsidiaridad en las acciones de salud dirigidos a la población;
- b) Favorecer el acceso de la población a los servicios públicos de salud, los cuales deben ser prestados con eficiencia, eficacia y de buena calidad.

1.5.3 La Salud en el Desarrollo

La curva de Preston, que relaciona el ingreso per cápita de los países con la esperanza de vida, fue uno de los primeros intentos de relacionar la mortalidad con el desarrollo económico.¹¹ Parecía explicar que los países van mejorando naturalmente el estado de salud conforme aumenta el crecimiento económico, en cierto modo favoreciendo la visión de estimular la economía y esperar que el derrame produjera bienestar.¹² Sin embargo, una serie de trabajos al final del siglo XX mostraron que las mejoras en el estado de salud y el nivel educativo tienen impacto sobre el desempeño económico de los países. Es visión se recoge plenamente en el Informe de Macroeconomía y Salud de la OMS, el cual aportó una visión sobre el papel de la salud en el desarrollo económico global.¹³

En Guatemala, el informe final de los objetivos de desarrollo del milenio mostró una evolución desfavorable de la pobreza extrema (aumentó de 13% en 2011 a 23% en 2014), la meta de desnutrición crónica no se alcanzó (meta= 31%, observado, 47%; 61% en la población indígena), la tasa neta de escolaridad cayó (de 98.7% en 2010 a 82% en 2014); la mortalidad materna quedó 58 puntos arriba de la meta (113 por cien mil en 2013) y en la población indígena la brecha es de 163.2 contra 68.4.¹⁴

El Plan Nacional de Desarrollo: K'atun,¹⁵ Nuestra Guatemala 2032 es resultado de un amplio proceso de consulta sobre las prioridades en distintos órdenes, y sus ejes son Guatemala urbana y rural, Bienestar para la gente, Riqueza para todas y todos (sic), Recursos naturales para hoy y para el futuro, Estado como garante de los derechos humanos y conductor del desarrollo, Seguimiento y Evaluación del Plan. El diagnóstico que el plan recoge sobre el bienestar de las personas se basa en el informe de cumplimiento de los ODM.

- Garantizar la **seguridad alimentaria y nutricional** de los niños y niñas menores de cinco años, con énfasis en grupos en condiciones de vulnerabilidad y en alto riesgo nutricional.
- Atender de manera adecuada a las madres, niños e infantes para reducir la **mortalidad materna, infantil y de la niñez**
- Impulsar la transformación del **modelo de atención** en salud para reducir la morbi-mortalidad de la población en general.
- Lograr la **universalización de la salud sexual y reproductiva** de la población en edad fértil, haciendo énfasis en la educación sexual para adolescentes y jóvenes.
- Detener la **epidemia de VIH** y realizar un tratamiento de calidad a la población que convive con el virus.

El horizonte del K'atun se corresponde con la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030: Transformando Nuestro Mundo, la cual plantea 17 objetivos, todos ellos conectados con el resultado final de condiciones de salud de un país. Sin embargo, el objetivo 3 se refiere a la salud. En la exposición de la visión, muestra un enfoque muy amplio de cobertura y acceso universal en salud, y expone entre las prioridades sanitarias las carenciales, maternas y perinatales, las transmisibles y no transmisibles, así:

“Para promover la salud y el bienestar físicos y mentales y prolongar la esperanza de vida de todas las personas, debemos lograr que la cobertura sanitaria y el acceso a una atención médica de calidad sean universales, sin excluir a nadie. Nos comprometemos a acelerar los avances conseguidos hasta la fecha en la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna poniendo fin a todas las muertes prevenibles de aquí a 2030. Nos comprometemos también a garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación. De igual modo aceleraremos el ritmo de los progresos en la lucha contra la malaria, el VIH/SIDA, la tuberculosis, la hepatitis, el ébola y otras enfermedades transmisibles y epidemias, incluso abordando la creciente resistencia a los antibióticos y el problema de las enfermedades desatendidas que afectan a los países en desarrollo. Estamos comprometidos con la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles, incluidos los trastornos conductuales, evolutivos y neurológicos, que constituyen un grave impedimento para el desarrollo sostenible.”¹⁶

Para Guatemala, esta agenda plantea múltiples desafíos, en particular sobre la organización de un sistema de salud que garantice la sostenibilidad del financiamiento, la oportunidad en el acceso, la equidad y calidad de los servicios de salud, y la atención de problemas de salud que afectan principalmente a la población trabajadora campesina y obrera del sector informal, para la cual no existen esquemas financieros apropiados ni segmentos de provisión de servicios.