



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



GUATEMALA

ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD 2015

RESUMEN EJECUTIVO



Agosto, 2015

Esta publicación se llevó a cabo para su revisión por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fue elaborada por Carlos Ávila, Rhea Bright, Jose Carlos Gutiérrez, Kenneth Hoadley, Coite Manuel y Natalia Romero, y editada por Michael P. Rodríguez para el Proyecto Financiamiento y Gobernanza en Salud (HFG).

Proyecto Financiamiento y Gobernanza en Salud (HFG). El proyecto Financiamiento y Gobernanza en Salud (HFG) de USAID ayuda a mejorar la salud en países en desarrollo ampliando el acceso de las personas al atención de salud. Bajo la dirección de Abt Associates, el equipo del proyecto trabaja con países socios para incrementar sus recursos nacionales para la salud, administrar esos valiosos recursos de manera más efectiva, y tomar decisiones acertadas de compra. Como resultado, este proyecto global de cinco años de duración y de \$209 millones de dólares incrementa el uso de los servicios de atención primaria y de atención prioritaria, incluyendo servicios relacionados con VIH/SIDA, tuberculosis, paludismo y salud reproductiva. Diseñado para fortalecer de manera fundamental los sistemas de salud, HFG brinda apoyo a los países mientras enfrentan las transiciones económicas necesarias que les lleven a lograr una cobertura universal en salud.

Agosto 2015

Convenio de Cooperación No: AID-OAA-A-12-00080

Presentado a: Scott Stewart, AOR
Oficina de Sistemas de Salud
Oficina de Salud Global

Citación sugerida: Ávila, Carlos, Rhea Bright, Jose Gutiérrez, Kenneth Hoadley, Coite Manuel, Natalia Romero, y Michael P. Rodríguez. *Guatemala, Análisis del Sistema de Salud 2015 - Resumen Ejecutivo*. Bethesda, MD: Proyecto Health Finance and Governance, Abt Associates Inc.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Los puntos de vista expresados por los autores en esta publicación no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), o del gobierno de los Estados Unidos.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North | Bethesda, Maryland 20814
T: 301.347.5000 | F: 301.652.3916 | www.abtassociates.com

Avenir Health | Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI)
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)

RESUMEN EJECUTIVO

Objetivo del análisis

El sistema de salud pública de Guatemala goza de un marco regulatorio bien establecido, instituciones con larga trayectoria, trabajadores de salud a todo nivel dedicados y experimentados, y una ausencia de dependencia en fuentes extranjeras para su sostenimiento. Además, los Acuerdos de Paz de 1996 sentaron las bases para el futuro desarrollo del sistema en beneficio de todos los guatemaltecos. Sin embargo, y a pesar del legado institucional sólido, durante las últimas décadas el sistema de salud en Guatemala ha acumulado una serie de problemas. El resultado es un sistema de salud desigual, fragmentado e ineficiente. La reciente inestabilidad política en el país ha agudizado estos problemas.

El fortalecimiento del Sistema de salud de Guatemala requiere una comprensión minuciosa de sus fortalezas y debilidades. A solicitud de USAID/Misión Guatemala, el proyecto Financiamiento y Gobernanza en Salud (HFG) realizó en Guatemala un Análisis del Sistema de Salud (HSA por sus siglas en inglés). El objetivo principal del HSA fue identificar las fortalezas y debilidades del sistema de salud, así como elaborar un conjunto de recomendaciones cuya intención sería orientar los esfuerzos en el país por fortalecer el sistema de salud.

Metodología

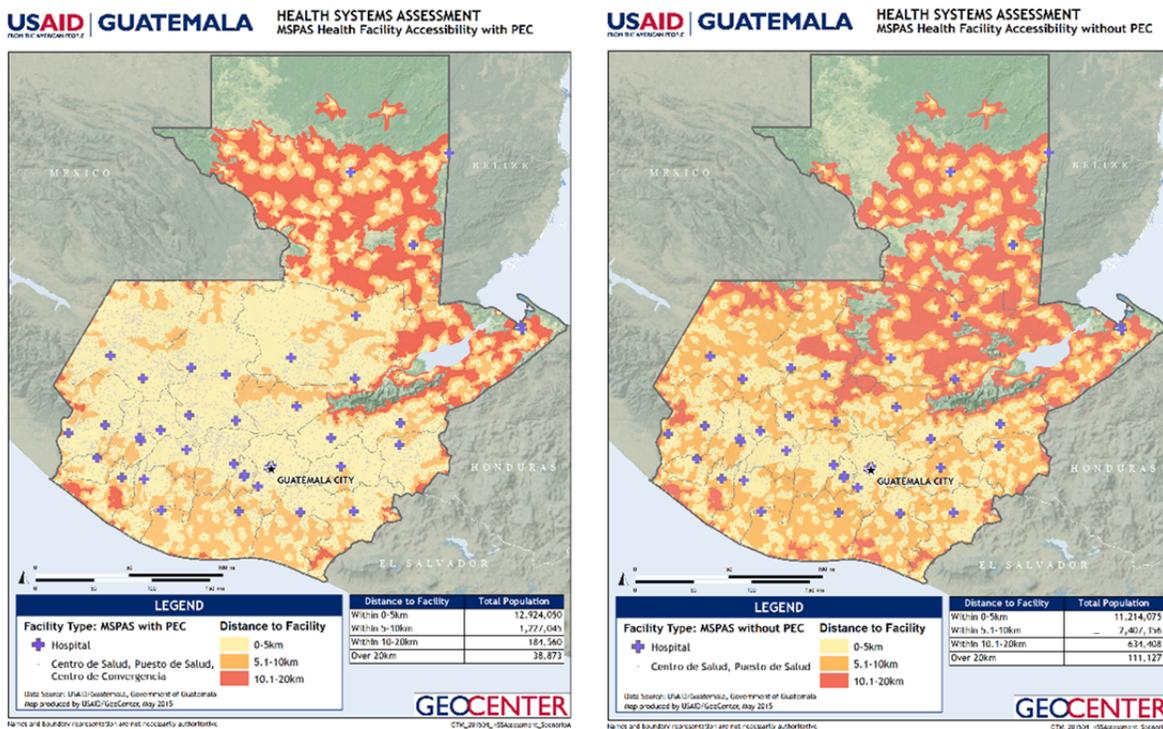
Expertos en sistemas de salud de HFG y USAID/Washington realizaron una evaluación rápida del sistema de salud de Guatemala con base en los seis elementos básicos de los sistemas de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS): liderazgo y gobernanza, financiamiento de los sistemas de salud, prestación de servicios, dotación de personal de salud (RHS), sistemas de información de salud, así como productos médicos, vacunas y cadena de suministros. Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura relativa a cada uno de los seis elementos básicos, y se elaboró un borrador inicial del HSA antes de la llegada del equipo a Guatemala en abril de 2015. Estos antecedentes guiaron la elaboración de una serie de preguntas que darían dirección al ejercicio de recopilación de información. El equipo del HSA visitó el país por dos semanas y entrevistó a un amplio espectro de actores involucrados. El ejercicio abarcó a los sectores público, privado, y sin fines de lucro, y también incluyó visitas de campo a Direcciones de Área de Salud y a establecimientos de salud en las regiones de Alta Verapaz, Chiquimula y Quetzaltenango. Posteriormente, el equipo de HSA elaboró el informe completo con hallazgos y recomendaciones preliminares, y estas fueron finalizadas después de revisión y discusión del equipo.



Panorama del país

Guatemala se ubica como el país y la economía más grandes de Centroamérica, con más de 15 millones de habitantes, de los cuales más de la mitad viven en estado de pobreza. La población se divide más o menos en partes iguales entre sus zonas urbana y rural. Sin embargo persisten grandes disparidades en los indicadores de desarrollo económico, acceso a los servicios de salud, y resultados de salud, en los que las zonas rurales se encuentran mucho peor que las áreas urbanas. Además, la población rural es principalmente indígena, compuesta por los numerosos grupos étnicos y lingüísticos de Guatemala. Según la OCDE (2014), el porcentaje de ingresos fiscales de Guatemala – 12,3 por ciento del producto interno bruto, es de los más bajos de la región, limitando así la capacidad general del gobierno para ofrecer servicios financiados con recursos públicos. Durante y después de la visita del equipo para el HSA una serie de escándalos de corrupción de alto perfil sacudieron al gobierno, propiciando la renuncia binomio presidencial y sus ministros, y generó una crisis de confianza entre el público en general.

FIGURA I. ACCESIBILIDAD A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON Y SIN PEC, 2015



Fuente: USAID GeoCenter 2015

Dos temas centrales definen el contexto para los resultados de este HSA, y llevaron al equipo del HSA a priorizar sus recomendaciones en la restauración de servicios de salud para los grupos más perjudicados:

1. La inequidad histórica estructural en términos de atención a la salud y resultados en salud
2. El actual estado de crisis del sector salud relacionado con la terminación del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) bajo la ejecución de las ONG.

Un factor documentado consistentemente en cada uno de los seis módulos durante el HSA fue la inequidad en términos de resultados en salud, tasas de morbilidad y mortalidad, acceso a servicios, y gastos en salud. Las regiones norte y noroeste de Guatemala continúan presentando las tasas de mortalidad materna más altas del país - con más de tres veces la tasa que se presenta en las zonas metropolitanas - así como la mayor incidencia de desnutrición crónica infantil. A excepción de la región noroeste, las regiones con los niveles más altos de mortalidad materna son los mismos que reciben los niveles más bajos del gasto total en salud per cápita.

CUADRO I. INEQUIDADES REGIONALES Y ÉTNICAS EN MORTALIDAD MATERNA

Región	Tasa de mortalidad materna (muertes por 100,000 nacidos vivos)	
Noroccidente	202	
Petén	150	
Norte	119	
Nacional	113	
Suroccidente	105	4x
Central	104	
Nor-Oriente	98	
Sur-Oriente	86	
Metropolitana	48	
Mujeres indígenas	159	2.3x
Mujeres no-indígenas	70	

El marcado contraste que existe al comparar la densidad de trabajadores de salud rurales y urbanos (25.7 trabajadores de salud por cada 10,000 habitantes en áreas urbanas contra tan sólo 3.0 por cada 10,000 en las áreas rurales), la escasez de personal de salud que hablen las lenguas indígenas, y las disparidades en el acceso a proveedores capacitados en la atención del parto (73 por ciento entre las ladinas, pero tan solo 36 por ciento entre las mujeres indígenas), son todos factores que subrayan las barreras que existen al acceso por parte de las poblaciones rurales, indígenas en Guatemala.

El PEC fue implementado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) después de los acuerdos de Paz de 1996 tras reconocer la apremiante necesidad de extender la cobertura de los servicios básicos de salud al 46 por ciento de la población del país – principalmente comunidades indígenas – que carecían de acceso a servicios de salud. El MSPAS firmó convenios con una variedad de organizaciones no-gubernamentales (ONG 's) para brindar servicios básicos de salud (principalmente atención materno-infantil y vacunas) a comunidades desatendidas. El programa creció rápidamente y para el año 1999 había ofrecido servicios básicos de salud a 3.5 millones de personas, aproximadamente el 76,8 por ciento de la población anteriormente desatendida en ese momento.

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 2013 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 para sustituir este programa y los servicios a brindar.

Cuando se realizó el HSA, ya se habían tomado algunas medidas para ampliar la atención de la salud en el nivel I del MSPAS (puestos de salud) en áreas anteriormente cubiertas por el PEC mediante una nueva estrategia de atención primaria de la salud (APS) la “Estrategia de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional del Primer Nivel de Atención.” Aunque los componentes generales de la estrategia fueron compartidos con el equipo del HSA, la estrategia se mantiene en evolución. Dada la información disponible acerca de la estrategia y su implementación, el equipo del HSA no se encontró en posición de evaluar dicha estrategia o predecir sus impactos. En su lugar, el capítulo acerca de Prestación de Servicios enumera algunos de los principales elementos que los sistemas de APS debieran incorporar para garantizar acceso a servicios de salud de calidad.

Aunque el sector salud de Guatemala ha padecido de inequidades, ineficiencias organizativas, fragmentaciones institucionales y financiamiento deficiente generalizado desde hace muchos años, la abrupta cancelación del PEC en el 2014 enfocó más la atención del público y de donantes internacionales en las deficiencias del sector público de la salud. Estos factores dan el contexto para el presente análisis del sistema de salud, y además, enmarcan las oportunidades disponibles para que el gobierno pueda volver a recuperar la confianza del público en su papel como rector del sistema de salud.

Principales hallazgos y recomendaciones

El equipo del HSA pudo presenciar de primera mano un sinnúmero de manifestaciones de la crisis que actualmente afecta el sistema de salud de Guatemala. Este informe de HSA contiene numerosas recomendaciones para lograr mejoras, tanto de corto como de largo plazo, en cada uno de los capítulos correspondientes a los seis elementos básicos de los sistemas de salud. A continuación se presenta una serie de recomendaciones de alto nivel que abarcan transversalmente los seis elementos básicos y pretenden mejorar el desempeño del sistema de salud en general. Después de dichas recomendaciones de aplicación general, se presenta un resumen de los hallazgos obtenidos en cada elemento básico.

I. Guatemala debe tomar acción inmediata para definir e implementar una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) que satisfaga la necesidades más básicas del total de la población a la vez que avance hacia la cobertura universal en salud

El MSPAS presentó recientemente una estrategia de APS Integral (Estrategia de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional del Primer Nivel de Atención). Sin embargo, los detalles y especialmente la falta de financiamiento para la estrategia, plantean interrogantes acerca de su factibilidad a corto plazo. Guatemala debe profundizar e implementar una estrategia de APS con dos objetivos:

- El objetivo a corto plazo de ofrecer un nivel mínimo de atención a la salud, que incluye vacunas, salud materno-infantil, e intervenciones en nutrición, en las áreas rurales que sufren el mayor impacto por la eliminación del PEC; y
- El objetivo a más largo plazo de ofrecer cobertura universal de salud que incluya acceso permanente a servicios de calidad para la atención de salud, atención en todas las etapas del ciclo de vida, e integración con establecimientos del segundo y del tercer nivel de atención secundaria y terciaria en todo el país.

Independientemente de los métodos para implementar un aumento en la cobertura, ya sea a través de provisión pública o de contratación de proveedores privados como se hizo en el pasado, la estrategia de APS debe garantizar protección contra riesgos financieros. Intentar implementar la estrategia propuesta sin contar con el incremento de financiamiento necesario dejaría a grandes segmentos de la población sin acceso al sistema de salud pública. Esto, además, expondría al MSPAS y al gobierno a que continuara la desconfianza pública.

2. Se debe iniciar un proceso de planeación estratégica multi-sectorial de alto nivel para atender las deficiencias sistémicas

Detrás de la mayoría de los problemas que existen se encuentran profundas deficiencias sistémicas en la organización y manejo del sector público de salud, el financiamiento, la organización y enfoque en la prestación de servicios, y en el ámbito de participación y supervisión ciudadana. Se deben atender todos estos temas como elementos integrados de una estrategia nacional para la atención de la salud para así lograr mejoras sostenibles para todos los guatemaltecos.

El presente HSA recomienda que la Presidencia de la República inicie y dirija un proceso de planeación estratégica del sector salud dedicado a atender las inequidades e ineficiencias que abarcan los seis elementos básicos del sistema de salud. El proceso debe contar con la participación de todos los ministerios relacionados con la salud y las finanzas públicas, el Consejo Nacional de Salud (CNS), los líderes del Congreso, los principales partidos políticos, y una representación significativa de consejos de desarrollo comunitario y municipal, organizaciones comunitarias tradicionales, organizaciones en pro de la salud, así como redes y otras organizaciones relevantes de sociedad civil (OSC).

El plan estratégico del sector salud deberá alinearse con la estrategia para la APS mencionada anteriormente, responder a la transición epidemiológica de Guatemala y la creciente carga ocasionada por enfermedades no transmisibles, buscar complementariedad en la entrega de la atención de salud por parte de proveedores en los sectores público, privado y no-lucrativo, y asegurar la movilización plena y efectiva de los recursos para el financiamiento de la salud que satisfagan las necesidades del sector, tal y como se describe más adelante.

3. Promulgar reformas en materia de financiamiento de salud que hagan posible la implementación a corto plazo de la estrategia para la APS y el plan estratégico sectorial

Drásticas brechas presupuestarias y financieras limitan constantemente la efectividad de los procesos de planeación anual, y ocasionan que en el MSPAS se viva en un constante estado de crisis. Si lo comparamos con otros países centroamericanos, el sistema de salud de Guatemala se encuentra desproporcionadamente financiado por gasto privado, principalmente por gasto de bolsillo de los ciudadanos. Ajustando por paridad de poder adquisitivo, el Gobierno de Guatemala dedica menos recursos per cápita que cualquier país de la región.

CUADRO 2. COMPARACIÓN REGIONAL DE INDICADORES DE FINANCIAMIENTO DE SALUD (PUESTOS REGIONALES ENTRE PARÉNTESIS)

País	GTS como % del PIB	GTS per cápita a PPA	GPS como % del GTS	GCCR % del GTS	GSGG como % del GTS	GSGG como % del PIB	GSGG como % del gasto gubernamental general	GSGG per cápita a PPA
Guatemala	6,4 (6)	467 (4)	62 (7)	52 (7)	38 (7)	2,4 (7)	17 (4)	176 (7)
Belice	5,4	458	38	26	62	3,4	12	286
Costa Rica	9,9	1,369	25	23	75	7,4	27	1,026
El Salvador	6,9	539	33	28	67	4,6	18	360
Honduras	8,7	400	51	45	49	4,3	12	197
Nicaragua	8,4	382	46	40	54	4,5	21	205
Panamá	7,2	796	32	25	68	4,9	13	544

Nota: GTS=gasto total en salud, PPA=paridad de poder de adquisición, GPS=gasto privado en salud, OOPS=gasto cuenta corriente reembolsable, GSGG=gasto en salud del gobierno de Guatemala. Fuente: OMS, 2015

El MSPAS, con el apoyo y participación del Ministerio de Finanzas y del Congreso, debería desarrollar una estrategia de financiamiento ligada directamente con la estrategia de la APS y con el proceso de planeación estratégica sectorial. La estrategia de financiamiento debe identificar políticas claras para cada una de las funciones de financiamiento—movilización de recursos, agrupación de recursos, y compra de servicios— con la gobernanza y regulación adecuada del sistema.

El componente relativo a la movilización de recursos de la estrategia de financiamiento deberá identificar los flujos financieros a largo plazo que permitan el apoyo sostenible de los objetivos prioritarios definidos en la estrategia sectorial. Una estrategia de movilización de recursos explora opciones para generar ingresos, incluyendo la implementación de medidas fiscales, apoyo externo, y el incremento de la eficiencia técnica (por ejemplo, compras en volumen para reducir los costos por unidad de los productos médicos), así como eficiencia en su asignación (por ejemplo re-priorizar la asignación de recursos hacia intervenciones que ofrezcan mayor costo-efectividad). La estrategia de movilización de recursos debe cimentarse en un sólido ejercicio de costeo que documente los costos unitarios para prestar servicios en todos los establecimientos de salud y en todos los niveles de atención. Como parte de este proceso se deberán explorar las oportunidades de movilización de recursos en el ámbito municipal, ya que este enfoque ofrece el potencial de asegurar que se apliquen recursos generados localmente a las necesidades locales de salud (a diferencia de que sean enviados a la tesorería central para su posterior reasignación).

Si bien es cierto que para lograr resultados de salud, una responsabilidad financiera compartida es un factor importante en todos los países, es imperativo que en países como Guatemala donde los ingresos nacionales brutos están creciendo, podrían permitir la oportunidad de incrementar las subvenciones cruzadas (donde la población rica y saludable subsidia a la población pobre y enferma). Se deberá llevar a cabo un análisis formal para expandir la agrupación de riesgo para avanzar del gasto de bolsillo en salud hacia esquemas prepagados. La forma en que Guatemala expanda el riesgo combinado debe alinearse con las metas y prioridades establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo K'atun Nuestra Guatemala 2032. Mientras el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) brinda una forma de protección financiera para 17 por ciento de los trabajadores guatemaltecos con empleo en el sector formal, una porción considerable del 83 por ciento restante carece de acceso mínimo a los servicios gratuitos del MSPAS o a esquemas de seguros de salud. Explorar una combinación de aportaciones voluntarias y subsidios para ampliar la cobertura social de seguros dirigida a los sectores de menores ingresos y con empleos informales ampliaría el pacto social del gobierno con la población en mayor riesgo de resultados de salud adversos y disparidades en materia de salud.

Las lecciones aprendidas en países vecinos de la región, como Perú, podrían brindar más información acerca de la movilización de recursos y el proceso de planeación estratégica en materia de salud en Guatemala. Desde la implementación de la reforma del sector salud en Perú, el país ha logrado que 80 por ciento de su población cuente con servicios de salud, y encamina al país hacia la cobertura universal de salud. Tal progreso es de relevancia para un país de 30 millones de habitantes, caracterizado por diversas culturas y una geografía accidentada, muy similar a Guatemala. El Sistema Integral de Salud de Perú ofrece seguro público subsidiado, otorgando prioridad a las poblaciones que viven en estado de pobreza y de pobreza extrema.

Actualmente, las dos instituciones de salud con mayor financiamiento público son el MSPAS y el IGSS, son además proveedores de servicios que emplean directamente a los trabajadores de salud y operan los establecimientos. Esta estructura, común en América Latina y el Caribe, se caracteriza por las ineficiencias, inequidades y deficientes resultados en salud que ya se han mencionado. Guatemala debe explorar nuevos modelos para la compra de servicios de salud, como puede ser un modelo que introduzca un comprador financiado por impuestos y separado de la provisión de servicios.

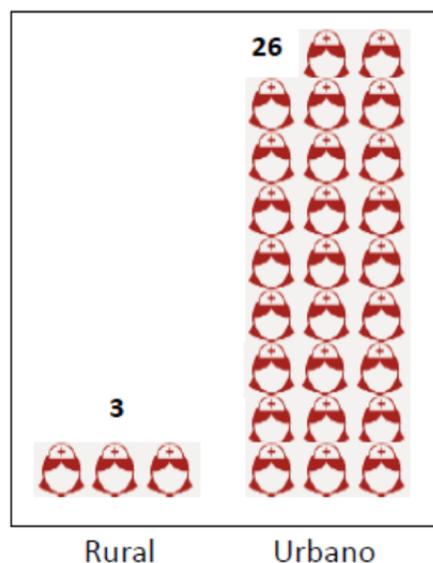
4. Asegurar un adecuado despliegue de trabajadores de salud a las áreas rurales que reciben atención insuficiente y mejorar la gestión de desempeño

Existe una escasez generalizada de trabajadores de salud en todo el país, exacerbando los problemas de acceso a servicios de salud en áreas rurales. Desplegar trabajadores de la salud hacia las regiones donde más se les necesita debe ser un elemento central de la estrategia de la APS al igual que del proceso de planeación estratégica de largo plazo. Reformar las políticas de compensación del MSPAS para establecer incentivos a trabajadores de salud para que se reubiquen y permanezcan en áreas rurales es vital para mejorar el acceso a profesionales de la salud capacitados en las áreas rurales. Además, los programas de capacitación para trabajadores de salud deben reclutar y brindar apoyo a estudiantes que hablen idiomas locales para así mejorar las posibilidades de que los trabajadores de salud graduados regresen a servir a sus comunidades, y para desarrollar una fuerza de trabajo multilingüe que pueda comunicarse de manera más efectiva con la población indígena. Los altos índices de deserción entre trabajadores de salud y estudiantes de enfermería en particular (69 por ciento) representan un obstáculo más al desarrollo de la fuerza de trabajo de Guatemala. Deben tomarse medidas para apoyar –financiera y académicamente- a los alumnos de enfermería para disminuir los índices de deserción.

La falta de una carrera profesional formal para los trabajadores de salud que les ofrezca trayectorias profesionales y ascensos basados en méritos representa un impedimento más a los esfuerzos por efectivamente construir y eficientemente asignar a la fuerza de trabajo. Se debería dar prioridad a la propuesta de la Ley de Carrera Administrativa-Sanitaria para sentar las bases de una gestión profesional de la fuerza de trabajo. Se debe priorizar la revisión de los puestos de los trabajadores de salud de APS y alinearse con la estrategia de APS. Además de la implementación de esta carrera profesional, se debería implementar plenamente el sistema de información en recursos humanos (iHRIS) para mantener registros del estado educacional de los trabajadores de la salud, su experiencia y habilidades profesionales, lugar de trabajo y evaluaciones de desempeño. Esta información facilitará a su vez una planeación más detallada para la asignación de trabajadores de salud en todo el sistema, que debe tener como prioridad colocar trabajadores en las regiones donde la necesidad sea mayor (por ejemplo, zonas rurales) y crear programas de incentivos para reclutar y retenerlos en zonas donde la atención es insuficiente.

El MSPAS debe alejarse gradualmente de depender de trabajadores por contrato para así reducir los índices de rotación de personal y lograr una fuerza de trabajo más estable. También debe buscar oportunidades para mejorar los mecanismos de gestión de desempeño tanto de servidores públicos como de personal temporal. Como paso intermedio, el MSPAS debe implementar contratos de más largo plazo basados en desempeño, y con algunos (si no todos) los beneficios otorgados a empleados de planta.

FIGURA 2. DENSIDAD DE RECURSOS HUMANOS EN ÁREAS URBANAS Y RURALES, 2013

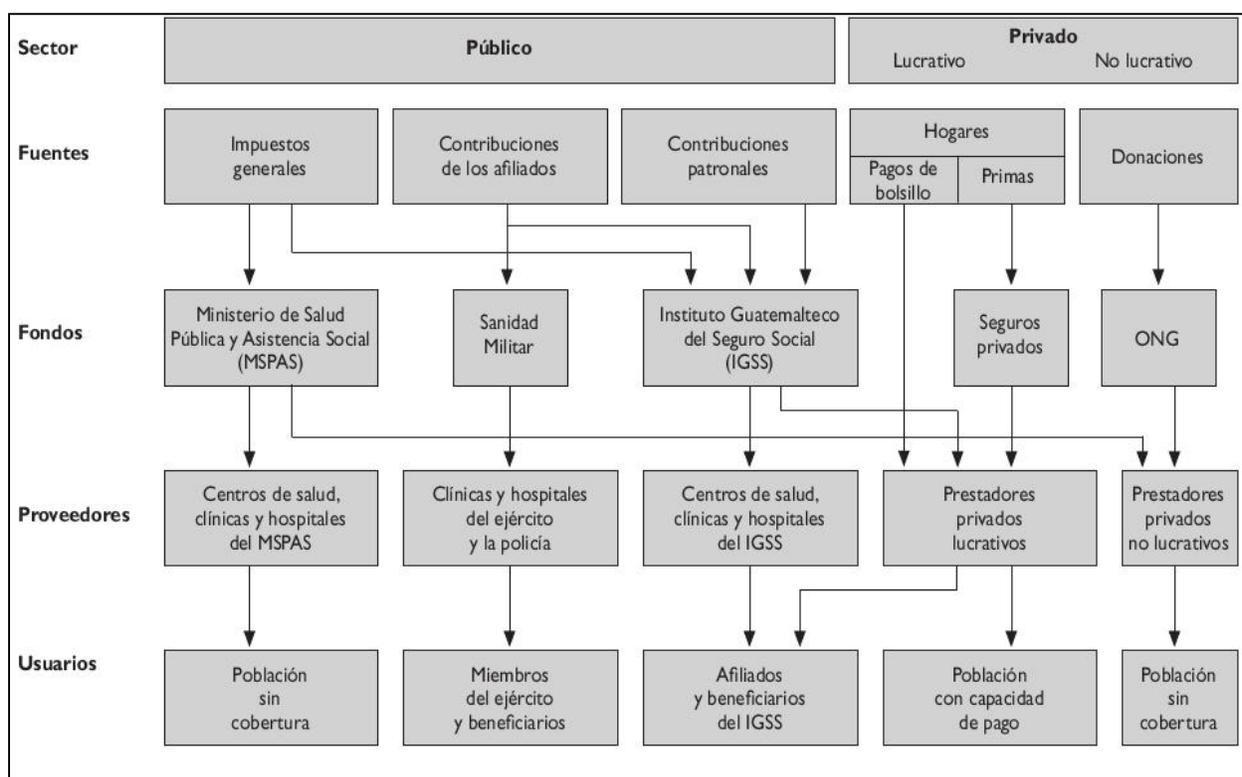


Fuente: Elaboración propia

5. Se debe otorgar facultades al Consejo Nacional de Salud para coordinar de manera efectiva la prestación de los servicios de atención de salud y evitar duplicidad de establecimientos, personal y procedimientos administrativos

Aunque el Código de Salud de Guatemala establece que el MSPAS deberá “formular, organizar y dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de los servicios de salud a la población general”, y que el MSPAS es el encargado de la rectoría del sector salud, la autonomía institucional y presupuestaria del IGSS lo aísla efectivamente de todo aquello que no sea una coordinación o compartir voluntariamente recursos con el MSPAS. Esto constituye una importante oportunidad perdida para Guatemala de mejorar la eficiencia del sistema de salud en áreas donde existe una duplicación de establecimientos y de personal, y duplicación de procesos paralelos, como lo es la adquisición de productos médicos. Asimismo, y como se recomendó anteriormente para el caso de financiamiento de salud, existe una oportunidad de mejorar la equidad si se logran ampliar los seguros sociales para abarcar más que el actual 17 por ciento de la población que se beneficia del 48 por ciento de todo el gasto gubernamental de salud.

FIGURA 3. SISTEMA DE SALUD DE GUATEMALA



Fuente: Becerril-Montekio 2011

Con el fin de mejorar la coordinación inter-institucional, podrá hacerse necesario un Acuerdo Gubernativo, una modificación de la Ley Orgánica del IGSS de 1946, y/o la modificación del acuerdo gubernativo que rige al CNS para otorgar a las resoluciones de este último el carácter de obligatorias y dar inicio al proceso para coordinar los establecimientos, recursos y actividades del MSPAS, el IGSS, y otras instituciones del sistema de salud pública. Los protocolos para reembolsarle al MSPAS los servicios prestados a beneficiarios del IGSS por compartir establecimientos y recursos, así como para evitar la duplicación innecesaria de establecimientos y servicios deberán ser objetivos inmediatos.

Un objetivo a más largo plazo debe ser avanzar hacia una convergencia total, tal y como la visualiza la Ley Orgánica del IGSS de 1946.

6. Se deberán fortalecer a las ONG, consejos de desarrollo comunitario y otras organizaciones de la sociedad civil (OSC) para poder asegurar la transparencia, responsabilidad y opinión ciudadana en la planeación y prestación de atención de salud

La abrupta cancelación del PEC se debió en parte a la falta de apoyo de grupos locales quienes, según partes interesadas entrevistadas, estaban preocupados por el atrincheramiento de un sistema de salud de segunda clase brindando solo servicios básicos a sus comunidades. Existen numerosas estructuras dentro del sistema de salud de Guatemala que ofrecen la oportunidad de incrementar la integración de organizaciones comunitarias y trabajadores de la salud a la gobernanza responsable del sector público de la salud.

Es posible aprovechar estructuras institucionales existentes para incorporar la retroalimentación del público y lograr su apoyo a las iniciativas de salud propuestas por el gobierno. Promover los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODEs) como el vehículo para revisar el desempeño de los establecimientos de salud y rendición de cuentas al MSPAS para realizar una eficiente gestión, para la asignación apropiada de recursos (tanto de recursos humanos como financieros) y, finalmente, para la obtención de mejores resultados en salud.

Además, el MSPAS y el CNS deberán fomentar una mayor participación de organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias en el diseño y supervisión de la atención de salud en el ámbito comunitario, y la comunidad de donadores internacionales debe mantener su apoyo a estos importantes elementos del sistema de salud de Guatemala. Como quedó anotado en la recomendación número 2, deberá haber además una representación significativa de las organizaciones comunitarias durante el proceso de planeación estratégica del sector salud.

Resumen de resultados por cada elemento básico del HSA

- I. Gobernanza:** La cobertura universal en salud para todos los guatemaltecos, como lo requiere la Constitución Política de 1985, permanece como una meta a largo plazo del sector público de la salud. Las instituciones públicas, sin embargo, sufren de financiamiento insuficiente y se encuentran actualmente imposibilitadas para lograr esta meta con los presupuestos actualmente asignados. Mientras el PEC pretendía alcanzar a poblaciones insuficientemente atendidas con un nivel mínimo de cobertura básica, sus limitaciones y eventual cancelación resaltaron la magnitud de la necesidad insatisfecha. La nueva estrategia del MSPAS para ampliar la APS en zonas antes cubiertas por el PEC requerirá recursos que probablemente se encuentren fuera de su capacidad dada la recurrente escasez de financiamiento para operaciones del MSPAS que ha caracterizado el pasado reciente.

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; especialmente cuando los cambios acompañan un cambio del partido político en el poder (lo cual ha sido el caso en todas las elecciones presidenciales recientes). Mientras muchos de los nuevos nombramientos puedan ser personas que anteriormente ocuparon algún puesto dentro del mismo MSPAS, otros pueden tener poca experiencia o conocimiento en temas de salud pública. 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.

Las organizaciones comunitarias tradicionales de los pueblos indígenas y las diversas organizaciones comunitarias como los comités de salud, COCODEs, redes de facilitadores comunitarios de la salud, y parteras tradicionales, constituyen elementos importantes del sistema de salud del país que hasta ahora no han logrado ser integrados efectivamente al sistema nacional de salud. Aunque con el PEC si hubo cierto grado de interacción entre las organizaciones comunitarias, trabajadores de salud de la comunidad, y el PEC, haberlo eliminado sin una clara estrategia para sustituirlo ha cortado efectivamente las relaciones entre los sistemas de salud comunitarios y la estructura del MSPAS. La recién anunciada estrategia para la APS hace referencia explícita a organizaciones comunitarias y trabajadores o facilitadores de salud, y pretende involucrarlos en sus esfuerzos en pro de la comunidad y actividades preventivas en materia de salud.

Un gran número de OSC y federaciones desempeñan papeles importantes en la vigilancia y abogacía en Guatemala, especialmente con respecto a la salud materno-infantil y planificación familiar. Estas OSC han sido sumamente importantes para el desarrollo de enfoques innovadores en temas de financiamiento para la salud, ejemplo de lo cual es el impuesto sobre bebidas alcohólicas. Aunque el Sistema de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural (SCDUR) ofrece una plataforma autorizada por el gobierno para la participación de la población civil en el proceso legislativo y de vigilancia, las ONG, especialmente aquellas en las que participan filiales comunitarias, representan un importante vehículo alternativo para la abogacía en pro de la APS, menos susceptible de influencias políticas.

- 2. Financiamiento para la salud:** El equipo encargado del análisis identificó tres problemas en el financiamiento para la salud que requieren especial atención: (1) mejorar las prácticas de administración financiera; (2) la movilización de recursos al sector salud, y; (3) la planeación e implementación de una reforma del financiamiento para la salud que incremente la protección contra riesgos financieros y reduzca el gasto de bolsillo. Para implementar estas recomendaciones se requiere la creación de condiciones que lo propicien, definir los papeles específicos que deberán desempeñar las diversas partes interesadas, considerar opciones de financiamiento, y revisar las disposiciones legales.

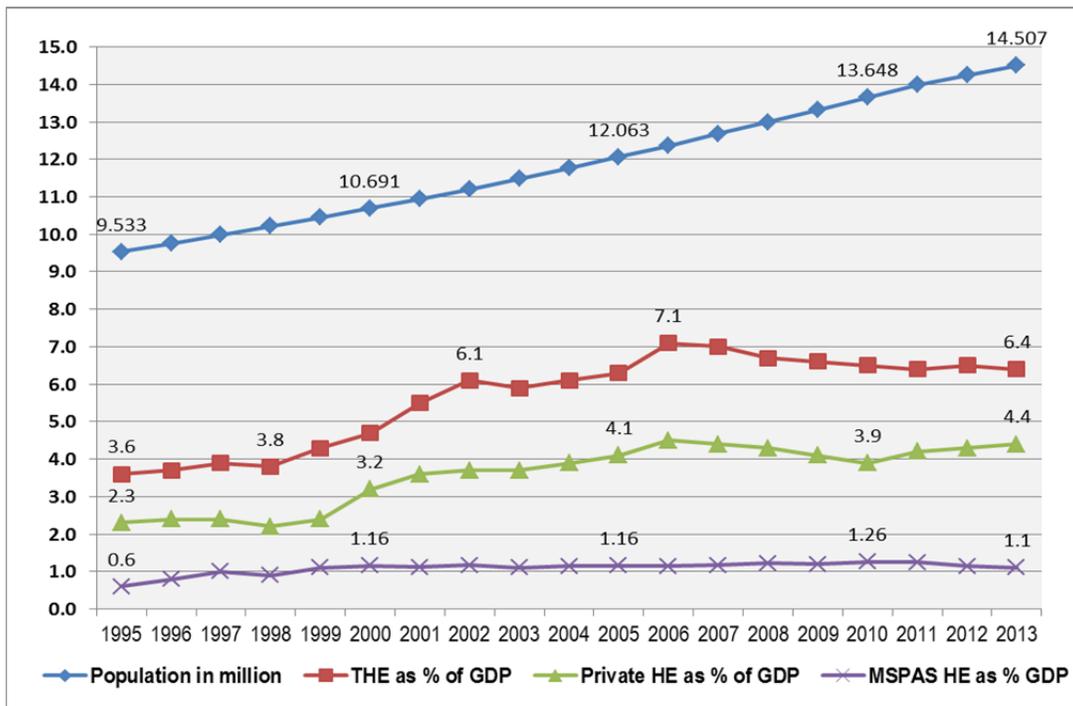
Hay un número de aspectos del sistema de gestión financiera de salud que requieren de atención inmediata. El sistema financiero de salud opera con procedimientos estándar débiles, carece de mecanismos sólidos de administración y contabilidad, y padece de procesos presupuestarios y de planeación obsoletos. Una gestión financiera débil lleva a un ambiente de ineficiencia, desperdicio, y riesgo de que se produzcan fraudes en todos los niveles, lo que compromete aún más el acceso a una atención de calidad. Además, es una barrera al apoyo político para un mayor financiamiento público de salud. El Ministerio de Finanzas, el Congreso y el público en general tienen dudas bien fundadas sobre si el sector salud está en posibilidades de rendir cuentas sobre cómo se gastan los fondos.

Guatemala tiene el gasto de recursos gubernamentales en salud per cápita más bajo (\$176 en PPA) de todos los países de la región centroamericana (promedio de \$436 en PPA). Con frecuencia los entrevistados para el análisis mencionaron la falta de financiamiento suficiente para el sector público de la salud como la raíz de una serie de carencias que existen en el sector salud:

- Falta de acceso a servicios de salud, especialmente en zonas rurales remotas
- La eliminación del PEC
- Limitados niveles de atención en los puestos de salud rurales y falta de sistemas de referencia
- Frecuentes desabastecimientos de medicamentos y otros suministros básicos de suma importancia para la atención de la salud.

El gasto en general en el sector salud representó 6,3 por ciento del PIB nacional, que es promedio de la región. (En Centroamérica, el gasto total en atención de salud va desde 5,4 por ciento en Belice hasta 9,9 por ciento en Costa Rica). Sin embargo, el gasto en salud se ve dominado por el sector privado (4 por ciento del PIB), en su mayoría (83 por ciento) del gasto privado. Los gastos por parte del sector Público constituyen el 2,3 por ciento restante del PIB dirigido a la salud: 1,1 por ciento del PIB lo gastó el IGSS, financiado principalmente por aportaciones de patronos y empleados para cubrir un estimado del 17 por ciento de la población. Todas las dependencias gubernamentales combinadas gastaron 1,2 por ciento del PIB: Los gastos realizados por el MSPAS fueron iguales al 1,0 por ciento del PIB, para cubrir al 83 por ciento de la población. Estos datos ilustran claramente la grave inequidad en financiamiento de la salud.

FIGURA 4. PATRONES DE GASTO EN SALUD Y CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN



Adaptado de: MSPAS, 2015c

Aunque es difícil estimar con precisión el nivel de financiamiento que sería necesario para brindar una atención de salud adecuada a las personas que aún no cuentan con seguridad social, personas entrevistadas han indicado que los presupuestos aprobados en general son entre 20 y 40 por ciento menores a las cantidades solicitadas – y que los cortes a los presupuestos que solicitan causan desabastecimiento de medicamentos y otros insumos de salud necesarios en los centros y puestos de salud rurales. Tan solo el presupuesto para la implementación inicial (2015) de la nueva estrategia APS se estimó en 167 millones de quetzales. Dado que las deficiencias presupuestarias de los últimos años han ocasionado desabastecimiento de medicamentos y suministros, y considerando una ausencia casi total de inversión en infraestructura para el sistema de salud, se justifica preguntarse si el MSPAS podrá financiar la expansión de la estrategia para la APS.

- 3. Prestación de servicios:** El deficiente desempeño y la fragmentación de las redes para la prestación de servicios se reflejan en resultados de salud deficientes. La proporción de mortalidad materna se encuentra en 113 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, lo cual a su vez refleja una falta de acceso a servicios de atención materna; solamente la mitad de las mujeres guatemaltecas tienen sus partos en establecimientos de salud atendidos por personal calificado. Guatemala no llegó a la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5 de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes.

Importantes brechas en el acceso a la atención entre los distintos segmentos de población tienen como consecuencia inequidades en los resultados de salud. Habitantes pobres, indígenas, con menor nivel educativo, o que viven en zonas rurales son quienes generalmente sufren los peores resultados de salud. Treinta por ciento de las mujeres indígenas tuvieron su parto en algún establecimiento de atención de salud, comparado con 71 por ciento de las mujeres no indígenas. Como consecuencia, la proporción de mortalidad materna es de 163 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en las mujeres indígenas y 77 en las mujeres no indígenas. La falta de sistemas de referencia efectivos limita a la eficiencia y efectividad del sistema de salud, y presenta una barrera importante a la atención materna efectiva en situaciones de emergencia. Los esfuerzos por mejorar los servicios culturalmente adaptados y atraer parteras tradicionales para crear efectivos sistemas de referencia son prioridad para poder mejorar los resultados de salud materna entre las mujeres indígenas.

Las inequidades en el acceso a la educación y la información contribuyen a las brechas en el uso de servicios preventivos y de planificación familiar. En las mujeres guatemaltecas de 15 a 49 años y en unión, 60 por ciento de las mujeres con nivel de educación secundaria y superior utilizan algún método moderno de planificación familiar, comparado con 30 por ciento entre quienes no completaron la primaria. Sesenta y dos por ciento de las mujeres nunca se han sometido a un examen de Papanicolaou para detectar cáncer cérvico-uterino, y 34 por ciento respondió que desconocían la existencia del examen. Los hombres adultos también presentan bajos índices de utilización de una serie de exámenes preventivos de detección incluyendo hipertensión arterial, hipercolesterolemia y cáncer de próstata. La mayoría de hombres que reciben tratamiento para dichos padecimientos lo reciben en el sector privado, lo cual es indicativo de la falta de acceso a estos servicios en establecimientos del MSPAS. Bajos niveles de acceso a servicios preventivos subrayan la necesidad de que las redes de prestación de servicios redirijan sus servicios hacia la promoción de la salud, y la prevención. El envejecimiento de la población está contribuyendo a una creciente carga de enfermedades no transmisibles. Es imperativo que el sistema de salud de Guatemala se adapte a estos desafíos.

Finalmente, la cancelación del PEC ha exacerbado la situación y ocasionado una disminución geográfica en el acceso a servicios básicos de salud; restituir estos servicios y fortalecer la APS es prioritario. En adelante, las estrategias para fortalecer la APS deberán adoptar un enfoque integral que brinde intervenciones prioritarias como lo son la inmunización, nutrición, y planificación familiar, al tiempo que deberán incorporar también servicios para otras etapas del ciclo de vida, incluyendo el tratamiento de enfermedades no transmisibles comunes entre la población adulta. Las experiencias de otros países de la región, incluyendo a Brasil, Costa Rica y Perú, resaltan los diversos enfoques que los países pueden emplear para financiar y organizar la provisión de servicios de APS.

- 4. Recursos humanos:** Los esfuerzos por lograr una cobertura universal de salud y garantizar acceso a servicios de APS serán insuficientes a menos que se tomen las medidas adecuadas para mejorar la gestión de la fuerza de trabajo de salud e incrementar el despliegue de recursos humanos a las zonas rurales. Como lo dijo la OMS en palabras sencillas, “no hay salud sin una fuerza de trabajo”. La inequitativa distribución de recursos humanos en zonas urbanas y rurales –existen 25,6 trabajadores capacitados por cada 10.000 habitantes en las zonas urbanas, y 3 por cada 10,000 en las zonas rurales– contribuye a las inequidades en el acceso a los servicios de salud y en los resultados de

salud. Además de la falta de trabajadores de la salud en zonas rurales, las barreras lingüísticas entre los trabajadores de la salud y las comunidades indígenas marginalizadas representan un obstáculo importante para la utilización de servicios de salud por parte de dichas poblaciones.

La proliferación de mecanismos de contratación temporal por parte del sector público de la salud ha colocado un gran peso sobre el sistema de salud y sus trabajadores, particularmente sobre el MSPAS, donde la contratación de más de la mitad de la fuerza de trabajo se realiza a través de mecanismos temporales. Los contratos temporales ocasionan condiciones de trabajo inestables para el personal de salud y contribuyen a altos índices de rotación. Además, la desigual aplicación de normas y prácticas de contratación, junto con denuncias de influencias ejercidas por actores externos como sindicatos y políticos en decisiones relacionados con la dotación de personal, contribuye a percepciones de falta de transparencia y responsabilidad en temas de contratación, ascensos y compensaciones. Tanto el sistema de contrataciones temporales como el de la contratación permanente conllevan desafíos para poder mejorar el desempeño y la responsabilidad, y requieren esfuerzos por mejorar tanto el desempeño como la rendición de cuentas de ambos. Guatemala necesita un marco legal actualizado para poder profesionalizar la fuerza de trabajo y establecer mecanismos claros y transparentes de contratación, fijación de compensaciones, y ascensos.

Otro gran obstáculo para establecer sistemas de evaluación de desempeño, así como para la gestión y gobernanza en general de los recursos humanos, es la falta de información de alta calidad, completa, actualizada y accesible en esa materia. Los sistemas de información dedicados a recursos humanos se encuentran altamente fragmentados tanto dentro del mismo MSPAS como entre el MSPAS y otras instituciones.

Finalmente, deben diseñarse la capacitación y educación para preparar trabajadores de la salud que puedan atender las necesidades de salud específicas de la población de Guatemala. Existe actualmente un desequilibrio entre la cantidad de médicos y personal de enfermería, solo hay 0,66 enfermeras por cada médico, mientras que la OMS recomienda una razón de 2,8 enfermeras por médico. Los altos índices de deserción de trabajadores de la salud y enfermeras en particular (69 por ciento) exacerbaban la escasez de trabajadores de la salud.

- 5. Sistemas de Información en materia de salud:** La unidad del Sistema de Información Gerencial de Salud del MSPAS (SIGSA) es responsable de conformar todas las bases de datos necesarias para la toma de decisiones informadas a todo nivel del MSPAS. También es la entidad responsable de administrar, dirigir, custodiar y mantener la plataforma del sistema de información del MSPAS, así como de mejorar los actuales sistemas o crear nuevos subsistemas. A pesar de la presencia del SIGSA, el sistema de información de salud del MSPAS se encuentra plagado de fragmentación, con más de 40 sistemas de información adicionales en materia de salud que no han quedado aún integrados a la plataforma única de SIGSA.

Ni SIGSA ni las otras oficinas del MSPAS han planeado estratégicamente la integración de todas las necesidades de los sistemas de información dentro del MSPAS considerando el uso real de la información y la carga que los sistemas de información representan para el personal en el ámbito local. Por ello, las herramientas del sistema de información de salud del MSPAS han sido y continúan siendo desarrolladas como respuestas a solicitudes aisladas provenientes de altos funcionarios y donantes que, con base en su insatisfacción acerca de la calidad o precisión de la información actualmente disponible, solicitan un nuevo sistema o alguna modificación para satisfacer sus necesidades particulares.

Lamentablemente, la estructura institucional actual del MSPAS no otorga autoridad de facto a SIGSA, ni los recursos para integrar todos los sistemas de información dentro del MSPAS y habilitar a SIGSA para ser la unidad que lidere el sistema de información de salud, como lo establece la ley.

Además de la fragmentación de los sistemas de información dentro del MSPAS, no existen los datos interinstitucionales en materia de salud, o se publican demasiado tarde para serles útiles a los administradores del sistema de salud. La Oficina Coordinadora Sectorial de Estadísticas de Salud (OCSES) dentro del Instituto Nacional de Estadística (INE) publicó datos de salud agregados del IGSS y el MSPAS para 2007 a 2009. A la fecha de elaboración del HSA, la OCSES se encontraba trabajando en el informe para 2010 a 2012. Los entrevistados para el análisis mencionaron también que los sectores privado y público comparten información epidemiológica únicamente en casos de emergencia.

El MSPAS ha logrado un importante progreso en el desarrollo y mejora de su sistema de información de salud mediante la integración de muchas de las bases de datos y sistemas de información dentro del MSPAS, y a través de la mejora de la calidad de los datos que se recopilan. Sin embargo, queda mucho por hacer para atender la fragmentación y la falta de planeación estratégica tanto dentro del MSPAS como entre el ministerio y otras instituciones de los sectores público y privado de Guatemala.

6. Insumos médicos y cadena de suministros: La administración efectiva de medicamentos y productos médicos (MPM) es un factor importante para contar con un sistema de salud de alta calidad. La administración de MPM abarca un conjunto completo de actividades tendientes a asegurar la oportuna disponibilidad y adecuado uso de medicamentos y productos relacionados como vacunas, equipos diagnósticos, insumos y equipos relacionados. Estos productos y sus servicios relacionados deben ser seguros, efectivos, y de calidad. Las actividades para administrar MPM incluyen la selección, adquisición, almacenamiento distribución y uso de productos que fluyen a través del sistema de suministros. El valor monetario de MPM por lo general es sustancial, y los sistemas para manejar dichos productos suelen enfrentar desafíos políticos y administrativos.

En general los compradores pueden obtener precios más bajos y acceso a proveedores mejor establecidos y muchas veces de mayor calidad empleando mecanismos de compras compartidas (contratos marco y compras en volumen que no han quedado exentas) debido a que comprar en volumen brinda un mayor poder de compra. Sin embargo, el equipo del HSA identificó desafíos específicos para Guatemala:

- Los contratos marco en Guatemala requieren la colaboración activa del MSPAS, el IGSS, y la Sanidad Militar, entidades distintas que tienen procesos de compras independientes y aisladas entre sí.
- El Departamento de Adquisiciones del MSPAS (DAM) indicó durante las entrevistas que algunos artículos pueden resultar más caros cuando se compran por medio de contratos marco debido a que si las entidades no pagan oportunamente a sus proveedores, las penalizaciones por pagos atrasados consumen los ahorros por costo unitario. Este problema fue identificado como riesgo por varias de las personas entrevistadas.
- Si el proceso de adquisiciones para establecer contratos marco presenta fallas (como publicidad deficiente, términos contractuales negociados de manera inadecuada, corrupción, etc), empujando así a las unidades administrativas a utilizar proveedores sub-óptimos, los contratos marco podrían realmente empeorar el sistema.

A pesar de estos desafíos, la oportunidad que representa comprar insumos para la salud a través de contratos de volumen es significativa. En un estudio paralelo de “Experiencias y Oportunidades de Compras Conjuntas en Guatemala” realizado durante el HSA se recomienda una serie de modificaciones a los actuales procedimientos de compras con el objeto de reducir de manera significativa los costos de los suministros médicos.

FIGURA 5. FOTOGRAFÍA DE UN ALMACÉN DESABASTECIDO EN UN PUESTO DE SALUD



Fuente: Equipo de HSA, Puesto de Salud

Desde octubre de 2014, se han reportado, agregado y compartido con el público por medios electrónicos datos sobre desabastecimientos de inventario en áreas de salud y hospitales por medio del SIGSA. Los datos del SIGSA se reportan de manera semanal y se actualizan a través de un tablero accesible al público por Internet. La disponibilidad abierta de estos datos representa un paso positivo por parte del MSPS para asegurar transparencia y mejorar la disponibilidad de medicamentos y suministros médicos. El equipo del HSA pudo evaluar las incidencias de desabastecimiento en las áreas de salud y en los hospitales del periodo de siete meses que abarcó del 1 de octubre de 2014, al 30 de abril de 2015. Los datos del SIGSA mostraron un índice promedio de desabastecimiento de 12 por ciento en áreas de salud durante ese periodo, mientras que en los hospitales mostraban un índice promedio de 19 por ciento. Sin embargo, debemos hacer notar que las áreas de salud representan un nivel intermedio en la cadena de suministros (hay otros dos niveles debajo de las áreas de salud: los distritos y los puestos/centros de salud), lo cual significa que el índice de desabastecimiento en los niveles más bajos será muy probablemente más alto que el promedio en el área de salud.

Según la información proporcionada por el Departamento de Finanzas del MSPAS al equipo de análisis, los presupuestos de 2014 para medicamentos para las unidades administrativas mostraron variaciones sustanciales entre los presupuestos asignados por la Unidad de Planeación Estratégica (UPE) y el presupuesto devengado de cada unidad administrativa. Para hospitales, el devengado fue 14 por ciento por debajo del presupuesto; para áreas de salud, el devengado fue 34 por ciento por debajo del presupuesto; y para los programas de salud, el devengado fue 42 por ciento por debajo del presupuesto. Algunos entrevistados comentaron que las deficiencias son incluso más grandes. Un entrevistado, por ejemplo, estima que el presupuesto devengado para medicamentos fue de 40 por ciento por debajo de lo presupuestado.



**BOLD THINKERS DRIVING
REAL-WORLD IMPACT**