

Sistema de salud de Guatemala

Víctor Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en Soc,⁽¹⁾ Luis López-Dávila, MC, M en Soc.⁽²⁾

Becerril-Montekio V, López-Dávila L.
Sistema de salud de Guatemala.
Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S197-S208.

Resumen

En este trabajo se describen las condiciones de salud y el sistema de salud de Guatemala, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, las actividades de rectoría que en él se desarrollan, así como las tareas de generación de información en salud e investigación. También se discuten los esfuerzos por ampliar la cobertura de servicios básicos, sobre todo a las comunidades rurales pobres. Destacan dentro de las innovaciones recientes del sistema guatemalteco de salud el Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos y el Programa de Accesibilidad de Medicamentos, así como los acuerdos del Ministerio de Salud con organizaciones de la sociedad civil para prestar servicios básicos en comunidades rurales.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Guatemala

Becerril-Montekio V, López-Dávila L.
The health system of Guatemala.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S197-S208.

Abstract

This paper describes the health conditions in Guatemala and, in more detail, the characteristics of the Guatemalan health system, including its structure en coverage, its financial sources, the stewardship functions developed by the Ministry of Health, as well as the generation of health information and the development of research activities. It also discusses the recent efforts to extend coverage of essential health services, mostly to poor rural areas. The most recent innovations also discussed in this paper include the Program for the Expansion of Coverage of Essential Services, the Program to Expand Access to Essential Drugs and the agreements between the Ministry of Health and several non-governmental organizations to provide essential services in rural settings.

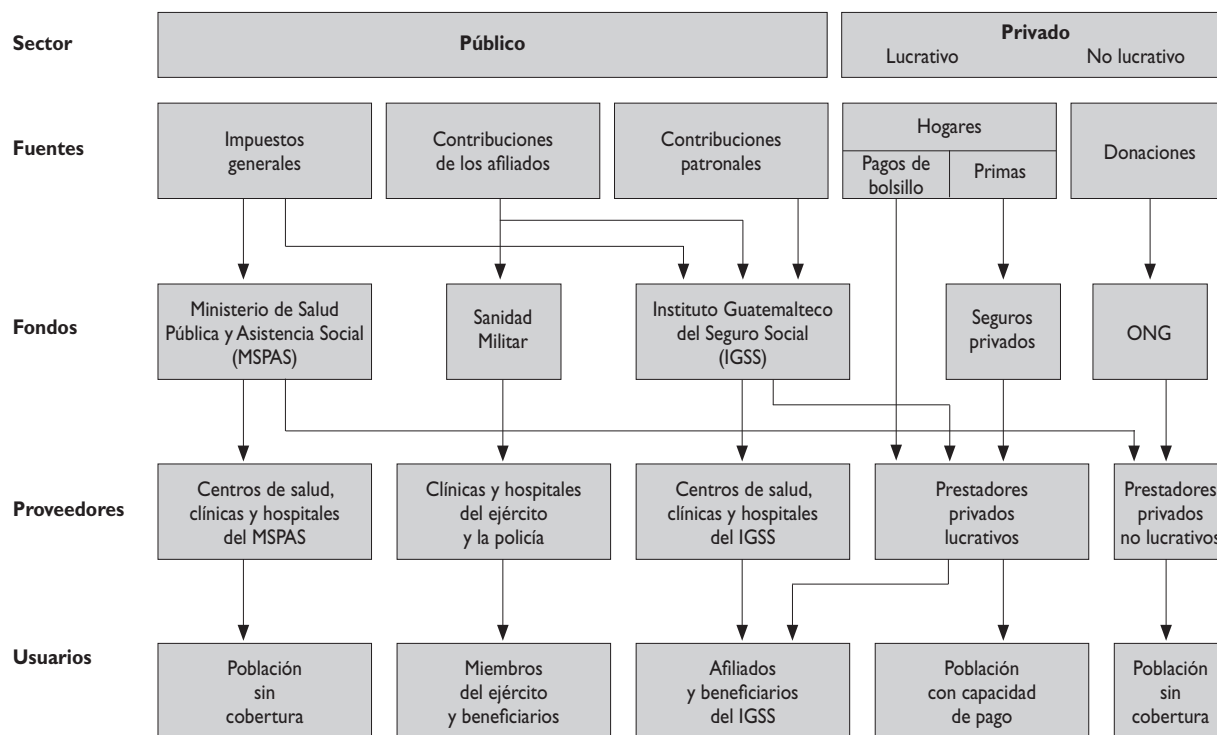
Key words: health system; social security; Guatemala

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México

(2) Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.

Fecha de aceptado: 24 de abril de 2011

Solicitud de sobretiros: Víctor Becerril. Instituto Nacional de Salud Pública, Av. Universidad 655,
Colonia Santa María, 62100, Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: victorbecerril@gmail.com



ONG: Organizaciones no gubernamentales

El sistema de salud de Guatemala está compuesto por dos sectores, público y privado. El primero comprende al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que cubre a 70% de la población, y al Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), que ofrece cobertura a 18% de la población. Sanidad Militar del Ministerio de Defensa y Gobernación ofrecen servicios de salud a los miembros de las fuerzas armadas y de la policía, respectivamente. El sector privado incluye organizaciones de la sociedad civil y/o religiosas que operan sin fines de lucro, además de prestadores diversos con fines lucrativos. Estimaciones del MSPAS sitúan la cobertura de estas últimas cerca de 18%. El MSPAS se financia con recursos provenientes de ingresos fiscales del Estado, de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y, de manera poco significativa, de cuotas recibidas por los servicios prestados. El IGSS obtiene sus recursos de las cotizaciones que pagan los afiliados, los patrones o empleadores y el Estado. Alrededor de 92% del sector privado funciona con base en pagos de bolsillo, mientras que sólo la población perteneciente a los dos quintiles más ricos y predominantemente urbanos tiene acceso a planes privados de salud. El MSPAS y el IGSS brindan atención en sus hospitales, centros de salud y puestos de salud, sin que exista coordinación entre las unidades de una institución y la otra. La Sanidad Militar cuenta también con sus propios hospitales y enfermerías para dar atención a sus beneficiarios. De igual manera, el sector privado provee servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.

Contexto

Demografía

Con una extensión de 108 889 km² dividida en 22 departamentos, Guatemala es el país más poblado de América Central, con una densidad poblacional de 117 habitantes por km². Según estimaciones hechas a partir de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2006, el país cuenta con una población de 14 361 666 habitantes: 51.23% mujeres y 48.76% hombres.¹ El 41% de la población es indí-

gena; 51% del total vive por debajo de la línea de pobreza y 15.2% en pobreza extrema.² El 51.5% de la población habita en áreas rurales y 23% en la región metropolitana.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 2009 la esperanza de vida al nacer era de 70.5 años, 67.1 años para los hombres y 74.2 para las mujeres.³

Según el informe preliminar de la Encuesta de Salud Materno-Infantil 2008-2009 (ENSMI 2008-2009), la tasa global de fecundidad es de 3.6 hijos por mujer, la más alta de la región. Dicha tasa es aún más elevada entre las mujeres indígenas: 4.5 hijos por mujer.⁴

Condiciones de salud

Guatemala ha entrado en las primeras etapas de la transición epidemiológica caracterizada por la coexistencia de padecimientos propios del subdesarrollo con enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas.⁹ Esto plantea retos importantes para un país pobre y con un sistema de salud altamente fragmentado. La pobreza se manifiesta en una desnutrición crónica en 43.4% de los menores de cinco años y carencias nutricionales en alrededor de 30% de las mujeres gestantes.

Entre mediados de los años ochenta y 2005 la mortalidad por enfermedades transmisibles se redujo 62%, al tiempo que la mortalidad atribuible a enfermedades cardiovasculares aumentó 61% y la que se relaciona con tumores creció 100%. En el mismo período, la importancia de las muertes por causas externas originadas en la violencia ha crecido especialmente entre los hombres jóvenes. En la actualidad mueren más mujeres por padecimientos ligados al cáncer, la diabetes y la hipertensión que por problemas ligados a la maternidad (cuadro II).

En 2004 Guatemala tenía la tercera tasa de mortalidad infantil más alta de América Latina: 39 muertes por 1000 nacidos vivos, la cual, de acuerdo con la ENSMI 2008-2009, descendió a 30 muertes por 1000 nacidos vivos. La mortalidad materna es la más alta del istmo centroamericano y la cuarta más alta de América Latina y el Caribe. Entre sus características más importantes destacan la diferenciación tanto geográfica como étnica, con departamentos en donde llega a ser cinco veces más

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, GUATEMALA, 2008

Población total	14 361 666
Esperanza de vida al nacer	70
Esperanza de vida a los 60 años	20.2
Tasa de mortalidad general (2007)	7.43
Tasa de mortalidad infantil	30
Razón de mortalidad materna (2007)	148.88
Prevalencia de diabetes	ND
Prevalencia de hipertensión arterial	ND
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (2009)	40.47 %
Cobertura de vacunación (%)	
< 1 año (2009)	
Pentavalente	92.0
OPV	92.0
BCG	93.0
< 5 años (2006)	
tuberculosis	94.8
pentavalente	30.7
DPT	82.7
Pólio	88.9
Sarampión	75.6
Población con seguridad social	17.45 %
Población no asegurada	82.55 %
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	7.1
Gasto per cápita en salud*	337
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	36.9%
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	ND

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)
Fuente: Referencias 5-8

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, GUATEMALA, 2009

	Número	Tasa*	%
1. Neumonías y bronconeumonías	3466	50.74	15.37
2. Infarto agudo del miocardio	1536	22.49	6.01
3. Diabetes mellitus	1171	17.14	5.19
4. Paro cardíaco, no especificado	1129	16.52	5.00
5. Senilidad	975	14.27	4.32
6. Accidente cerebrovascular	808	11.82	3.58
7. Diarreas	778	11.39	3.45
8. Desnutrición proteico-calórica	626	9.16	2.78
9. Septicemia no especificada, choque séptico	608	8.90	2.70
10. Hipertensión esencial (primaria), tensión arterial alta	593	8.68	2.63
Otras causas	10 857		100

*Tasa por 100 000 mujeres
Fuente: Referencias 10-11

alta que en otros. Se estima que la razón de mortalidad materna entre las indígenas es tres veces mayor que entre las no indígenas.

De acuerdo con las cifras de los cuadros II y III, las primeras causas de muerte en 2009 fueron la neumonía, predominantemente entre los menores de cinco años y mayores de 65, las infecciones intestinales, las afecciones cardíacas, la diabetes, los tumores malignos y las causas externas ligadas a la violencia infligida o autoinfligida.

Entre 1984 y 2009 se notificó un total de 20 591 casos de VIH/SIDA, predominantemente hombres (62.61%) y se ha constatado el crecimiento en el número de infectados, especialmente entre personas entre 15 y los 49 años de edad, quienes representan más de 81% de los casos.¹²

Estructura y cobertura

El sistema de salud de Guatemala está compuesto por un sector público y otro privado. El sector público comprende, en primer lugar, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el cual formalmente brinda atención a 70% de la población.¹³ En segundo lugar está el Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), que ofrece cobertura a menos de 17.45%¹⁴ de la población vinculada con el empleo formal. Finalmente, la Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas y la policía, incluyendo a sus familias, menos de 0.5% de la población. Otras instituciones gubernamentales

participan de manera marginal en ciertas actividades de salud.

El 12 % de los guatemaltecos recurre al sector privado en busca de atención a su salud.¹⁵ En este sector participan organizaciones de la sociedad civil (OSC) y/o religiosas que operan sin fines de lucro. También existe un poco significativo sector de seguros privados de salud. De acuerdo con estimaciones del MSPAS, las organizaciones no gubernamentales ofrecen cobertura a cerca de 18% de la población. Los seguros privados cubren a menos de 8% de la población, principalmente perteneciente a los dos quintiles más ricos y predominantemente urbanos. De acuerdo con el MSPAS, la ampliación de la cobertura en el periodo de 1990 a 2004 fue de 66%.¹⁶

Los recursos del MSPAS provienen de ingresos fiscales del Estado, de recursos externos en forma de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y, de manera poco significativa, de cuotas por servicios, cuyos aranceles son muy bajos. En 2008 el gobierno impulsó la gratuidad de los servicios en un escenario caracterizado por el déficit de insumos en los servicios hospitalarios y falta de presupuesto para el pago del recurso humano. El IGSS obtiene recursos de las cotizaciones de los asalariados afiliados, de los empleadores y del Estado.

El sector privado, subdividido en lucrativo y no lucrativo, se financia en 86% con pagos de bolsillo. Sólo 14% de su financiamiento corresponde a la compra de planes de salud a empresas de seguros. El sector privado no lucrativo puede subdividirse en una variedad

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, GUATEMALA, 2009

	Número	Tasa*	%
1. Neumonías y bronconeumonías	4132	63.43	13.52
2. Heridas por arma de fuego	2291	35.17	7.5
3. Infarto agudo del miocardio	1811	27.8	5.93
4. Paro cardíaco no especificado	1474	22.63	4.83
5. Senilidad	963	14.78	3.15
6. Diarreas	924	14.19	3.03
7. Diabetes mellitus	896	13.76	2.93
8. Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	793	12.17	2.6
9. Traumatismo craneo-encefálico no especificado	756	11.61	2.48
10. Accidente cerebro-vascular	740	11.36	2.42
Otras causas	15764	63.43	51.6
Total de causas	30 544		100

*Tasa por 100 000 hombres

Fuente: Referencias 10-11

de OSC laicas y asociaciones religiosas, ambas con una importante presencia en zonas rurales, las cuales ofrecen planes de educación, prevención y atención en dispensarios, clínicas, centros de salud y hospitales. Desde 1997 las OSC han participado en el Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos (PECSB) mediante el establecimiento de contratos.¹⁷

La subsistencia de la medicina comunitaria tradicional indígena dentro del sector privado no debe ser soslayada. Es utilizada por más de un tercio de la población y aunque opera en el marco de estructuras comunitarias también funciona con base en pagos de bolsillo.

El MSPAS y el IGSS brindan atención en sus respectivas instalaciones, hospitales, centros de salud y puestos de salud, sin que exista coordinación entre ambas instituciones. La Sanidad Militar cuenta también con sus propios hospitales y enfermerías para dar atención a sus beneficiarios. El sector privado provee servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.

¿Quiénes son los beneficiarios?

A pesar de que la Constitución establece el derecho de todos los ciudadanos al seguro social, la cobertura real alcanzada por el IGSS es de 17.45%, y aunque el MSPAS formalmente funciona como prestador de servicios gratuitos para todos los guatemaltecos, la cobertura efectiva total que ofrecen el IGSS y el MSPAS sólo llega a 48% de la población.

De acuerdo con el MSPAS, el PECSB ha permitido pasar de 2.42 millones de habitantes cubiertos en 2000 a 4.14 millones en 2006, es decir, una proporción cercana a 32% de la población. Fuentes del ministerio señalan que, tan sólo en 2006, 1 300 000 niños y 500 000 mujeres fueron incorporados a su población beneficiaria.

El IGSS ofrece cobertura a los trabajadores asalariados y sus familias. Tienen derecho a recibir atención a la salud tanto el cónyuge como los hijos menores de cinco años. En caso de maternidad tienen derecho tanto las trabajadoras afiliadas como las esposas o mujeres cuya unión cumpla con las reglamentaciones concernientes. Según la ley, se trata de un "régimen nacional, unitario y obligatorio" destinado a garantizar la participación financiera de empleados y empleadores, así como a evitar duplicación de los esfuerzos. No obstante, salvo por lo que se refiere a la atención de accidentes, las posibilidades reales de acceso se hallan limitadas por los programas existentes en cada departamento. Ciertas barreras de ingreso, como la inexistencia de disponibilidad de los programas del IGSS en algunos departamentos, impiden la afiliación de los empleados de empresas pequeñas o de las personas que trabajan por cuenta

propia. Por ejemplo, la cobertura para maternidad y enfermedad sólo alcanza 19 de los 22 departamentos.

La Sanidad Militar cubre al personal militar a través de acciones de prevención y promoción de la salud, de hospitalización y de rehabilitación. También realiza actividades de docencia e investigación y apoya a la población civil en casos de emergencia y desastres. No obstante, la cobertura efectiva de la Sanidad Militar alcanza a un porcentaje mínimo de la población inferior a 0.5%.

Los beneficiarios de los planes privados de seguros cubren las primas correspondientes, ya sea a título personal, o como parte de las prestaciones que ofrecen sus empleadores. Más de 90% de los asegurados con planes privados pertenecen al decil más alto de ingresos.

El aseguramiento público y el privado, en conjunto, sólo cubren a alrededor de 25% de la población, dejando a más de tres cuartas partes de los guatemaltecos formalmente en manos del MSPAS y de más de 90 ONG que ofrecen servicios a cerca de cuatro millones de habitantes.

De acuerdo al Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009, en 2007 alrededor de 6% de la población no contaba con ningún acceso a servicios formales de atención a la salud.

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA GUATEMALTECO DE SALUD

1944	Establecimiento del Seguro Social Obligatorio como garantía constitucional
1946	Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
1977	Reglamento sobre Protección Relativa a Invalidez, Vejez y Sobrevivencia en beneficio del sector formal de la economía
1985	Establecimiento del Seguro Social Obligatorio como garantía constitucional.
1996	Reforma del MSPAS
1997	Expedición del Código de Salud que establece la cooperación pública-privada y la obligación del Estado de brindar servicios gratuitos a la población sin capacidad de pago y puesta en operación del Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos
2001	Ley de Desarrollo Social
2003	Código de Salud y reestructuración de la Sanidad Militar
2004	Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna
2010	Sistema de Gestión de Calidad

¿En qué consisten los beneficios?

El MSPAS ofrece atención de primero a tercer nivel para la población que tiene acceso a sus establecimientos. Aunque en general estos servicios son gratuitos, el Código de Salud establece la posibilidad de cobrar ciertas

prestaciones. Los principales programas del MSPAS tienen que ver con la atención materno-infantil, las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles, la violencia y las adicciones. También tiene a su cargo otros programas complementarios relacionados con el aseguramiento de la nutrición.

El IGSS funciona con base en tres grandes programas: el programa de Invalidez, Vejez y Supervivencia (IVS), el programa de Accidentes, y el programa de Enfermedad y Maternidad. El primero se hace efectivo básicamente mediante el pago de pensiones relacionadas con los riesgos de invalidez, vejez y muerte y exige periodos mínimos de cotización. El segundo se implementa a través de una red de servicios en todos los departamentos del país, mientras que el tercero sólo en 19 de los 22 departamentos. El IGSS ofrece algunos otros programas, principalmente de atención materno-infantil, de atención médica para los pensionados y jubilados del programa IVS y de rehabilitación.

El IGSS ofrece servicios de medicina preventiva, curativa y de rehabilitación para los afiliados directos y sus beneficiarios. El aseguramiento relacionado con enfermedades, maternidad y accidentes incluye asistencia médica quirúrgica general y especializada, así como asistencia odontológica. Se trata del conjunto de exámenes, investigaciones, tratamientos, prescripciones, intervenciones y actividades "incluidas en los programas del IGSS", aunque los documentos disponibles del IGSS no definen con precisión el contenido de sus programas.

Las prestaciones se proporcionan fundamentalmente en las instalaciones del IGSS y por medio de su personal médico, técnico, auxiliar y administrativo. Algunos aspectos del programa de Enfermedad y Maternidad se otorgan a domicilio. Además, el IGSS ha establecido convenios con el MSPAS y con médicos particulares como proveedores en determinados casos.

En los seguros privados, generalmente los usuarios no pueden elegir al prestador de la atención, a menos de haber pagado un copago suplementario a la prima. Por lo demás, el contenido de cada plan se define de acuerdo con las condiciones contractuales. La limitada cantidad de afiliados genera un costo muy elevado de las primas.

Financiamiento

¿Quién paga?

El MSPAS se financia con recursos provenientes de ingresos fiscales del Estado, de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y, de manera poco significativa, de cuotas recibidas por los servicios prestados.

La seguridad social se financia con contribuciones de los empleadores, los trabajadores afiliados y el Estado. El Estado debería participar en el financiamiento del IGSS en su doble papel de empleador y como Estado financiador del seguro social. Sin embargo, de acuerdo con los reportes, esta participación no se cumple desde 1956. Las contribuciones de empleadores y empleados son establecidas por la Junta Directiva del Instituto, en la cual participan representantes del gobierno, los patronos y los trabajadores. Dado que los programas del IGSS no están accesibles en todo el territorio, las tasas de contribución se establecen en función de los beneficios a los que tiene acceso el asegurado.

Considerando los tres programas fundamentales ofrecidos por el IGSS, se establece una participación porcentual relativa al ingreso de los trabajadores que puede llegar a representar hasta 15.5% del salario, cuando los afiliados tienen acceso a todos los beneficios. Puesto que en todos los departamentos la afiliación garantiza los beneficios de los programas de Accidentes y de Invalidez, Vejez y Supervivencia, la cotización que están obligados a pagar los empleadores va de 6.67% por estos dos programas a 10.67% del salario, cuando se incluye la cobertura del programa de Enfermedad y Maternidad. La cotización de los trabajadores va de 2.83% en los tres departamentos en donde sólo se cubren dos programas, a 4.83% en los otros 19 departamentos (cuadro IV).

El financiamiento de la Sanidad Militar depende de recursos presupuestales del Estado asignados al ministerio correspondiente. Se les suman las cotizaciones de los militares jubilados y sus dependientes, así como de administradores del ejército que deciden afiliarse de manera voluntaria y cuyo monto es determinado por el Ministerio de la Defensa Nacional.

Alrededor de 92% del sector privado funciona con base en pagos de bolsillo, mientras que sólo la población perteneciente a los dos quintiles más ricos y predominantemente urbanos tiene acceso a planes privados de salud. En años recientes ha aumentado la participación de las remesas enviadas por los guatemaltecos residentes en el extranjero en el financiamiento de la salud.¹⁹

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

El gasto en salud de Guatemala como porcentaje del PIB asciende a 7.1%. Esta cifra representa un incremento de un punto porcentual del PIB en los últimos 10 años. El grueso del gasto es privado (62.1%).⁸ Ningún país de América Latina depende tanto del gasto privado en salud como Guatemala. El 90% del gasto privado es gasto de bolsillo. Las donaciones externas representan 2.3% del gasto total en salud.

Cuadro IV
PARTICIPACIÓN EN EL FINANCIAMIENTO DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL POR AGENTES
Y DISPONIBILIDAD DE PROGRAMAS, GUATEMALA, 2008

Fuentes	Programas			Total
	Enfermedad y Maternidad	Accidentes	Invalidez, Vejez y Supervivencia	
Empleadores	4%	3%	3.67%	10.67%
Trabajadores	2%	1%	1.83%	4.83%
Total	6%	4%	5.5%	15.5%

Fuente: Referencia 18

El gasto per cápita en salud es de 337 dólares PPA (paridad de poder adquisitivo) y ha aumentado de manera consistente toda esta década. En el año 2000 era de 191 dólares PPA.

El gasto público en salud representa poco menos de 37% del gasto total en salud. El MSPAS concentra 40% del gasto público, el IGSS 59% y el resto corresponde al presupuesto de la Sanidad Militar.

¿Quién reúne el dinero y cómo lo distribuye?

Los encargados de reunir y asignar los recursos financieros del sector público son el MSPAS, la Sanidad Militar y el Hospital de la Policía Nacional. La asignación se basa en presupuestos anuales. De acuerdo con la rendición de cuentas del MSPAS en 2006, los principales rubros de gasto fueron los recursos humanos, los medicamentos, el material médico quirúrgico y el equipamiento. En el sector público el gasto en salud se dirige de manera preponderante al pago de salarios y al mantenimiento de la infraestructura.

Recursos

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

De acuerdo con el MSPAS, la institución cuenta con una red de 43 hospitales en los que se brinda atención de segundo y/o tercer nivel, dos de ellos son de referencia nacional, siete especializados, siete nacionales regionales, 14 departamentales y 13 distritales en los cuales se ofrecen servicios a una población de 6.6 millones de personas. Además, el ministerio cuenta con establecimientos de atención primaria (centros, puestos de salud y de extensión de cobertura): 3 301 centros comunitarios, 957 puestos de salud, 20 maternidades

cantonales, siete clínicas periféricas, 26 centros de salud tipo "A" y 264 centros de salud tipo "B" 24 centros de Urgencias 24 horas.²⁰

En un documento de rendición de cuentas del año 2006, el MSPAS informa de la creación y desarrollo de 21 centros de atención permanente (CAP) en diez áreas de salud; 22 centros de atención para pacientes ambulatorios (CENAPS) en seis áreas de salud; 85 puestos de salud fortalecidos (PSF) en nueve áreas de salud y un centro de atención integrado materno-infantil (CAIMI) en el área de salud de Izabal.

El IGSS cuenta con 104 unidades médicas que, según su capacidad de atención, se clasifican en puestos de salud para atención primaria, centros de salud, consultorios y/o enfermerías con servicios de segundo nivel y hospitales y sanatorios para la atención de tercer nivel.²¹

Según datos del MSPAS, además de los establecimientos del sector público, en 2009 existían 2 287 clínicas médicas privadas y 62 hospitales y/o sanatorios pertenecientes al sector privado.

Cifras de la OMS, indican que en 2005 Guatemala contaba con siete camas por 10 000 habitantes, cifra inferior a la de El Salvador (9), Bolivia (10), Perú (11) y Colombia (12).

Como sucede en casi todos los países de la región con problemas de acceso a establecimientos de salud, a pesar de que menos de 25% de la población habita en el departamento de Guatemala, existe una importante concentración de infraestructura y de recursos humanos en el mismo y en otras de las zonas urbanas y con mayor desarrollo económico.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

Según la OMS, en Guatemala hay 0.9 médicos por 1000 habitantes, una de las razones más bajas de América Latina. Bolivia y Paraguay, por ejemplo, cuentan con 1.2

y 1.1 médicos por 1000 habitantes, respectivamente. En 2009, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala tenía registrados poco más de 12 940 profesionistas de la medicina activos, lo cual corrobora la razón registrada por OMS. Destaca el hecho de que 70.9% del personal de salud se concentra en la zona metropolitana, lo que arroja razones de menos de 0.1 médicos por 1000 habitantes en el Quiché.²²

En contraste, en Guatemala hay 4.1 enfermeras y parteras por 1000 habitantes, cifra mucho más elevada que la de Bolivia (2.1) y Paraguay (1.8) e incluso que la de Brasil (3.8). Esta información debe ser tomada con reservas, pues se calcula que sólo hay una enfermera profesional por cada cuatro médicos que laboran en el MSPAS y el IGSS.

Cinco universidades ofrecen programas de formación de médicos y cirujanos. Una de ellas es pública, la Universidad de San Carlos de Guatemala. Además, existen cuatro privadas: la Universidad Francisco Marroquín, Universidad Mariano Gálvez, la Universidad Mesoamericana y la Universidad Rafael Landívar. Varias instituciones tanto públicas como privadas ofrecen carreras técnicas dentro del área de la salud.

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

De acuerdo con información del MSPAS, los recursos financieros invertidos en la compra de medicamentos en 2005 representaron 28.7% del gasto total en salud.¹⁶ Alrededor de 70% de esta cantidad es gasto de bolsillo, 21% es gasto del IGSS, 5% corresponde al MSPAS y el restante 4% corresponde a las OSC. Este amplio consumo de medicamentos mediante pagos de bolsillo está acompañado por la ausencia de controles en la venta de los mismos y su expendio sin la prescripción médica adecuada.

En 1997 el MSPAS creó el Programa de Accesibilidad de Medicamentos con la finalidad de aumentar la cobertura de medicamentos básicos de calidad y a precio accesible a la población. En 2006 los establecimientos afiliados al programa incluían 923 “servicios de ventas sociales de medicamentos”, 1043 “botiquines rurales”, 81 “farmacias municipales” y 41 “farmacias estatales”. Alrededor de 40% de los medicamentos comercializados son genéricos.

La industria farmacéutica de Guatemala se encuentra entre las más grandes de Centroamérica. La Asociación de Industriales Farmacéuticos de Guatemala agrupa a 29 empresas dedicadas a la fabricación de medicamentos y otros productos químicos que producen medicamentos de marca y genéricos. La mayor parte de estos últimos es importada desde México y, en menor medida, de Estados Unidos.

La entrada en vigor en 2004 del Tratado de Libre Comercio de América Central con los Estados Unidos, así como la aprobación de diversos decretos relacionados con la propiedad intelectual, despertaron polémicas sobre la posible limitación del acceso a medicamentos. Por ejemplo, el acceso a antirretrovirales para el tratamiento del VIH/SIDA debido a que las nuevas regulaciones obligaban a pagar hasta 20 veces más por los medicamentos de marca en ausencia de genéricos autorizados.

¿Quién genera la información y quien produce la investigación?

El Instituto Nacional de Estadística (INE) es el responsable nacional del manejo de la información sobre estadísticas vitales y sobre el estado de salud de la población, en colaboración con las municipalidades y los registros civiles. La codificación se lleva a cabo siguiendo la clasificación internacional de enfermedades en su décima revisión y la información es transmitida a los diversos ministerios, incluyendo al MSPAS, así como a todas las instituciones nacionales e internacionales que la requieran. A este efecto existen convenios de cooperación para intercambio de información con el propio MSPAS.

En 1996 el MSPAS puso en marcha el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), encargado de recoger y procesar la información sobre salud, financiamiento, planificación, recursos humanos y gestión de los hospitales. A través de la página electrónica del MSPAS, el SIGSA ofrece información sobre mortalidad general, mortalidad materna, morbilidad, coberturas de vacunación, producción de consultas en el MSPAS y avances en ciertos programas del ministerio.

Existe en el seno del INE una Unidad de Estadísticas Hospitalarias encargada de recopilar, analizar y procesar la información proveniente de los servicios privados de salud en concordancia con lo estipulado por las leyes específicamente dedicadas a la regulación de la misma.

La investigación científica en Guatemala es responsabilidad del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYT), el cual coordina las actividades las instituciones en todas las áreas del conocimiento. Hasta años recientes, la investigación en salud ha ocupado un sitio menor dentro de las prioridades de financiamiento del CONCYT.

En 2005 las Universidades de San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar y Mariano Gálvez de Guatemala, el MSPAS y, posteriormente el IGSS, crearon la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud. Además de servir como instancia de coordinación, la comisión se

propuso contribuir a mejorar la salud de la población mediante la formación profesional, el desarrollo de la investigación y la asesoría al MSPAS. Sobre esta base, en 2006, la Subcomisión de Investigación llevó a cabo un Taller de Identificación de Prioridades de Investigación con el apoyo del CONCYT y la OPS del cual surgió una publicación en la que se definen 24 áreas y sus correspondientes líneas de investigación.

Desde 2004 funciona la Biblioteca Virtual en Salud de Guatemala a través de la cual se asegura el acceso a información en salud puesta a disposición en Internet por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud de la OPS.

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

El MSPAS es responsable de la rectoría del sistema de salud y se encarga de definir las políticas nacionales de salud. No obstante, su actividad está limitada, entre otras cosas, debido a la fragmentación del sistema nacional de salud.

La instancia directamente responsable de la rectoría sectorial es la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del MSPAS. Sus tareas más importantes son registrar y acreditar los establecimientos de salud, por un lado, y vigilar y controlar los productos farmacéuticos y los alimentos, por el otro.

En 2002, la Ley General de Descentralización y el Código Municipal delegaron en las municipalidades la responsabilidad de velar por el cumplimiento y la observancia de las normas de control sanitario, además de establecer, hacer funcionar y administrar los servicios públicos de salud.

El IGSS es una institución autónoma regida por su Ley Orgánica, dirigida por su Junta Directiva en función de los acuerdos tomados en su seno, y actúa con independencia respecto del MSPAS.

Las instituciones del sector privado que ofrecen aseguramiento en salud sólo están sujetas a inspección y vigilancia por parte de la Superintendencia de Bancos y no están sometidas a ningún tipo de regulación de la atención a la salud.

La acreditación de los recursos humanos en salud está a cargo de la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, mientras que el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala se encarga de vigilar el ejercicio de la profesión médica, promover el intercambio científico entre sus miembros y con los centros y autoridades científicas nacionales y extranje-

ras, evitar el ejercicio ilegal de la medicina y auspiciar las asociaciones gremiales para proteger el ejercicio de la profesión.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

La Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del MSPAS es una de las cuatro direcciones generales desde las que se coordinan las acciones del MSPAS. El ministerio lleva a cabo el control sanitario de los proyectos habitacionales, de los cementerios, del comercio de productos agrícolas tanto interno como externo, vigila el manejo y la comercialización de los alimentos en general y regula la producción, importación y comercialización de productos farmacéuticos con base en el Código de Salud.²³

¿Quién evalúa?

Como parte de las actividades de la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud, en 2005 se planteó la necesidad de evaluar el desempeño del sector salud.²⁴ Sin embargo, no existe ninguna instancia encargada de realizar estas evaluaciones de manera regular. Además, la segmentación del sistema y la escasa capacidad rectora del MSPAS dificultan la tarea de evaluar las actividades de las diferentes instituciones prestadoras de servicios con base en criterios comunes.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y la evaluación del sistema?

Aunque los diversos programas de promoción impulsados por el MSPAS mencionan la participación de los ciudadanos, no existen estructuras bien definidas para que esta se vuelva una realidad institucional. En 1999 se creó el Departamento de Promoción y Educación en Salud del MSPAS entre cuyas tareas se encontraba la promoción de la participación social en salud. Más tarde, los actores locales fueron capacitados para integrar los Consejos Municipales de Desarrollo y los Consejos Comunitarios de Desarrollo, en los cuales quedaban contempladas diversas acciones relacionadas con la salud y la seguridad alimentaria y nutricional.

Tal vez los convenios y contratos establecidos con las diversas OSC en el marco del Programa de Extensión de Cobertura sean el ámbito en el que mejor se expresa la participación ciudadana. Recientemente se ha dado un impulso a la creación de comités locales de atención

a emergencias materno-infantiles con base en la participación de parteras capacitadas. En el primer nivel de atención se ha buscado establecer contacto con las comunidades a través de los llamados “guardianes de la salud”, agentes comunitarios encargados de transmitir información desde y hacia las familias, identificar las afecciones de los grupos objetivo y ofrecer atención en el nivel más simple de complejidad y referir a los servicios institucionales los casos que vayan más allá de su capacidad de respuesta.

A nivel local, en la Ciudad de Guatemala, el Programa de promoción de la salud individual, familiar y comunitaria se centra en la participación ciudadana y lleva a cabo actividades de promoción y prevención con base en el voluntariado en salud. Para ello se apoya en los Comités Únicos de Barrio y de Vecinos. Como parte de este programa municipal el Proyecto Comunitario Materno-Infantil de la Dirección de Salud y Bienestar Municipal en coordinación con la Dirección de Salud Guatemala Centro promueve el seguimiento de las mujeres embarazadas realizando visitas periódicas a domicilio.

Existen diversas OSC que tratan de incidir de manera directa tanto en la formulación como en la implementación de las políticas, programas y acciones en salud. Por ejemplo, la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, fundada en 1978, cuenta con 63 programas y organizaciones comunitarias de salud en 19 departamentos. En julio de 2007 llevó a cabo un seminario intitulado “Voces por el derecho a la salud de los pueblos” en el que participaron promotores de salud, parteras, practicantes de medicina tradicional maya, líderes y organizaciones comunitarios de Guatemala y de países vecinos.

Otra importante organización que agrupa a otras es el Movimiento Ciudadano por la Salud de Guatemala (MCS-Guatemala), un colectivo de ciudadanos promotores del derecho a la salud. Esta agrupación participa en diferentes niveles y espacios (local, departamental, nacional, gubernamental y no gubernamental) e incluye a representantes de las ciencias sociales y médicas, así como a trabajadores comunitarios de salud. Su principal objetivo es servir como interlocutores de los grupos de población que no cuentan con representación dentro de los grupos de presión tradicionales. El MCS-Guatemala tiene cuatro líneas de trabajo: fortalecimiento de la participación, investigación operativa, incidencia política y comunicación. Su producto más importante es la propuesta de ley marco de salud llevada ante la Comisión de Salud del Congreso.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad y calidez de la atención a la salud?

Lamentablemente en Guatemala no se cuenta con estudios sobre satisfacción de los usuarios en ninguno de los sectores del sistema de salud.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

Como parte de las políticas públicas destinadas a conseguir la reconstrucción nacional luego del fin de la guerra civil, en 1997 el gobierno guatemalteco lanzó el Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos, que ha sido conservado desde entonces como una de las prioridades en salud de los sucesivos gobiernos. A partir de este programa se echó a andar el Sistema Integral de Atención en Salud, basado en el establecimiento de contratos con OSC que se comprometieron a llevar atención a la salud a la población sin acceso a establecimientos del MSPAS, fundamentalmente a las comunidades indígenas de zonas rurales. En 2001 se habían suscrito 144 convenios de este tipo con alrededor de 90 OSC que ampliaron la cobertura de servicios a más de tres millones de personas de áreas rurales alejadas. Los contratos se centran en la prestación de servicios materno-infantiles y prevención y tratamiento de enfermedades como la malaria.

En 1997 también se puso en marcha el Programa de Accesibilidad de Medicamentos (PROAM) para apoyar el establecimiento y mantenimiento de farmacias estatales y municipales, las ventas sociales de medicamentos y la creación de botiquines rurales en todo el país. El PROAM permitió realizar importantes economías de escala y financiar parte de la extensión de beneficios a toda la población ampliando la red de distribución de medicamentos.

En 2001 el Congreso promulgó la Ley de Desarrollo Social, sobre cuya base se definió la Política de Desarrollo Social y Población entre cuyas metas más importantes estaba la reducción de la mortalidad materna en 15%. Asimismo, se crearon establecimientos destinados a atender las emergencias obstétricas en los lugares con mayores tasas de mortalidad materna e infantil y se creó el Programa Nacional de Salud Reproductiva, responsable de la reducción de la mortalidad y la elevación del nivel de salud de la población en general y de los niños en primer lugar. En colaboración con agencias de la ONU y diversas OSC, este realizó el informe Línea Basal de Mortalidad Materna. Este informe debía medir

el impacto de las acciones y coordinar los esfuerzos de instituciones y organizaciones vinculadas con el tema y definir criterios sobre los múltiples determinantes socioculturales del problema.

El Programa Nacional de Salud ha sido el punto de partida para definir estándares en la provisión de los servicios en todos los niveles a través de la publicación de un manual que establece protocolos concretos para procedimientos diagnósticos y de tratamiento con un mínimo de calidad y eficiencia. El manual también establece criterios para la participación de la comunidad y de los usuarios de los servicios de atención a la salud.

Atendiendo a los compromisos de la conferencia de Alma-Ata, el MSPAS ha puesto a la APS entre las prioridades de la política nacional de salud como estrategia central para fortalecer el acceso a servicios básicos de salud.

A partir de 2005, el MSPAS ha dado mayor prioridad al fortalecimiento del segundo nivel de atención dentro de los hospitales departamentales, municipales y los centros de atención materno-infantil. Sin embargo, las carencias de infraestructura y recursos humanos no han hecho posible lograr avances significativos.

En 2010 el MSPAS desarrolló el Sistema de Gestión de Calidad con el propósito de "consolidar una cultura de calidad, eficiencia y transparencia en la prestación de los servicios que ofrece a la población."²⁵

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

Diversos análisis mencionan que la articulación del MSPAS con las OSC proveedoras de atención a la salud, tal vez la innovación reciente más importante, ha tenido buenos resultados. Por ejemplo, la cobertura de vacunación contra el sarampión en niños menores de cinco años se incrementó en 22.4% en un periodo de 22 años para alcanzar 77.4% en 2009.²⁶ Efectos similares se han registrado en el programa de atención a la salud materno-infantil. Pero, a pesar de las limitaciones, el mayor éxito ha sido la extensión de cobertura en servicios básicos de salud hacia la población rural e indígena, fundamentalmente pobre.

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Actualmente la sociedad guatemalteca discute sobre las posibilidades de cambios en su sistema de salud. La Comisión de Salud del Congreso ha trabajado sobre diversas propuestas para la elaboración de una ley general de salud capaz de resolver los problemas más acuciantes del sector. En ellas se reconoce la necesidad de crear un sistema nacional de salud articulado,

integrando y coordinando las acciones del MSPAS y el IGSS, y asegurando su financiamiento sobre la base de la protección financiera de las familias y la equidad en el acceso y el uso de los recursos.

Desde la perspectiva del propio MSPAS, los principales problemas de salud son la alta mortalidad materna e infantil y la inseguridad alimentaria, la persistencia de enfermedades infecciosas y de enfermedades transmitidas por vectores, y el aumento de las enfermedades crónicas. El principal reto, entonces, sigue siendo alcanzar una mayor cobertura de servicios básicos. Las diversas propuestas coinciden en la necesidad de ampliar y fortalecer la infraestructura, el equipamiento básico y la dotación de insumos para la red de salud e incentivar la formación de recursos humanos, para lo cual es indispensable incrementar el gasto público.

A pesar de que los mayores logros en la extensión de cobertura se han centrado en los pobres del campo, fundamentalmente indígenas, se señala la necesidad de incorporar un enfoque étnico en el sistema. El objetivo incluye tanto adaptar los métodos y mecanismos de atención a la salud a las particularidades culturales de los indígenas como incorporar su medicina tradicional.

Por último, las propuestas insisten en la urgencia de fortalecer el sistema de información en salud, reforzar la capacidad rectora del MSPAS y avanzar en el desarrollo del segundo nivel de atención.

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo que las siguientes personas brindaron para la elaboración de este mapa: Jorine Musier, María del Rocío Sáenz y Alberto Vindas.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. INE. Proyecciones del INE al 30 de junio de 2010 [consultado 2010 octubre 28]. Disponible: <http://www.ine.gob.gt/index.php/demografia-y-poblacion/42-demografiaypoblacion/207-infodemo2010>
2. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2006 [consultado 2010 octubre 28]. Disponible en: http://www.ine.gob.gt/descargas/ENCOVI2006/Resultados_Nacionales.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2009 [consultado 2010 octubre 24]. Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&task=view&id=852&Itemid=558
4. Stupp P. Encuesta Nacional Materno Infantil 2008-2009 [consultado 2010 abril 22]. Disponible en: www.guatemala.gob.gt/docs/ENSMI.ppt
5. UNICEF. Panorama. Guatemala [consultado 2010 noviembre 3]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/guatemala_statistics.html

6. SIGSA [consultado 2010 noviembre 4]. Disponible en: http://www.sigsas.mspas.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=104:nacimientos-por-asistenciarecibida&catid=37:informes&Itemid=57http://sigsas.mspas.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=119
7. ENSMI 2008-2009. Informe Preliminar [consultado 2010 noviembre 8]. Disponible en: http://www.ine.gob.gt/descargas/ENSMI/2008-2009/Informe_ENSMI2008_2009.pdf
8. WHO. National health accounts. Guatemala [consultado 2011 abril 22]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/gtm.pdf>
9. Frenk J, Lozano R, Bobadilla JL. La transición epidemiológica en América Latina. Santiago, Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 1994
10. MSPAS. Plataforma de Información Social Integrada de Guatemala [consultado 2010 septiembre 13]. Disponible en: <http://200.6.193.201/businessobjects/enterprise115/desktoplaunch/InfoView/logon/logon.object>
11. INE. Plataforma de Información Social Integrada de Guatemala [consultado 2010 septiembre 13]. Disponible en: <http://200.6.193.201/businessobjects/enterprise115/desktoplaunch/InfoView/logon/logon.object>
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estadísticas de casos acumulados notificados VIH y SIDA enero 2004 - diciembre 2009. Guatemala: Centro Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010.
13. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Guatemala [consultado 2009 octubre 9]. Disponible en: <http://www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesesp/Guatemala%20Spanish.pdf>
14. Instituto Guatemalteco del Seguro Social. Informe de Labores 2007, Guatemala: IGSS 2008.
15. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas Guatemala [consultado 2010 octubre 10]. Disponible en: <http://www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesesp/Guatemala%20Spanish.pdf>
16. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Salud de Guatemala. Washington D.C.: OPS, 2007.
17. Banco Mundial. Innovaciones en el sistema de salud de América Central: lecciones e impactos de nuevos enfoques. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2006.
18. IGSS. Resumen del Informe Anual de Labores 2008. Guatemala: IGSS, 2009.
19. Flores W. El sistema de salud en Guatemala: ¿Así...funcionamos?. Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.
20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica 2007. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Centro Nacional de Epidemiología, 2008.
21. Instituto Guatemalteco del Seguro Social. Listado de unidades del IGSS. Área metropolitana y departamental 2008 [consultado 2010 octubre 21]. Disponible en: http://www.igssgt.org/servicios_medicos/unidades_del_instituto_ver2.pdf
22. Organización Panamericana de la Salud. Información sobre recursos humanos de salud en Guatemala [consultado 2010 octubre 25]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?gid=5734&option=com_docman&task=doc_download.
23. Congreso de la República de Guatemala. De las Acciones de Salud. Guatemala: Congreso de la República de Guatemala, 1997.
24. Acuerdo Ministerial No. SP-M- 1814- 2005 de fecha de 10 de mayo 2005, Diario de Centro América 2005;(85).
25. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [sitio en internet] [consultado 2010 octubre 23]. Disponible en: http://portal.mspas.gob.gt/sistema_de_gestion_de_calidad.html
26. ENSMI 2008-2009, Informe Preliminar [consultado 2010 noviembre 8]. Disponible en: http://www.ine.gob.gt/descargas/ENSMI/2008-2009/Informe_ENSMI2008_2009.pdf