



## A. La salud como resultado de políticas públicas que trascienden la salud

### 1. Políticas para promover el crecimiento económico

#### Introducción

Como se indicó en el capítulo anterior, la salud está sujeta a condicionantes económicos, sociales y culturales. De lo anterior se puede concluir que la salud también está condicionada por las políticas que inciden en las áreas económicas y sociales. A ello se agrega la incidencia que tiene la propia política de salud sobre las condiciones de salud y, a su vez, el hecho –poco reconocido– de que la salud afecta otras dimensiones del desarrollo. Partiendo de estas interrelaciones, y especialmente de la incidencia que políticas económicas y sociales, además de las políticas de salud, tienen sobre la salud, se realiza a continuación un análisis del conjunto de estas políticas de la salud.

En particular, se evalúa la incidencia de la política económica y social sobre la salud y luego se analiza en más detalle la política de salud, con el objeto de contar con una visión amplia de las políticas que inciden o pueden incidir en la salud. Por una parte, en relación con las políticas económicas y sociales se evalúan someramente la atención que las políticas le han dado al crecimiento del ingreso y su distribución, a la pobreza, a la educación, a la seguridad alimentaria y a la equidad de género, tomando en cuenta cómo estos factores afectan la salud, a la luz de lo explicado en el capítulo anterior. Por otra, se analiza la política de la salud, partiendo de una descripción del sector de la salud en su conjunto para luego analizar la reforma del sector, los aspectos financieros de la salud y la extensión de servicios, la regulación de la salud privada, el acceso a medicamentos y el tema del reconocimiento de la medicina tradicional.

Como se explicó en el capítulo anterior, existen varias formas en que la situación social y económica condiciona la salud. Sin embargo, se reconoce menos cómo la salud condiciona la economía, en relación con lo cual existe evidencia que respalda varias conclusiones.<sup>1</sup> Primero, está demostrado que existe una relación entre tamaño corporal y la alimentación, siendo ésta esencial para la productividad laboral a largo plazo. Segundo, las enfermedades reducen el número de años de vida productiva, por lo que el simple aumento de la longevidad propicia un aumento del crecimiento económico. Tercero, la mala salud de los niños reduce su capacidad de aprendizaje. Así, la elevada tasa de desnutrición crónica o retardo en talla registrado entre niños mayores de primer grado, según el Segundo Censo de Talla (2001), estaría reduciendo su productividad futura, como adultos. Además, en una familia sana es menos probable que la educación de los niños se interrumpa por problemas de salud.

Cuarto, las altas tasas de mortalidad infantil están asociadas a altas tasas de fecundidad, en parte como estrategia de las familias pobres para compensar los frecuentes fallecimientos de niños. La alta fecundidad reduce la capacidad de las familias pobres de invertir en los hijos. Quinto, existen costos sistémicos de la enfermedad, que van más allá de los efectos sobre los individuos o las familias, afectando rendimientos de empresas e inversiones en infraestructura. La alta prevalencia de enfermedades como el paludismo o el sida se asocia con reducciones del crecimiento económico. Es bien conocida la historia de la incidencia del paludismo que hizo que el primer esfuerzo,

<sup>1</sup> Lo que sigue está basado en OMS, 2001.



francés, por construir el Canal de Panamá fracasara. En general, la alta morbilidad produce una alta rotación de fuerza de trabajo y ausentismo. Como ejemplo positivo, la reducción del paludismo en el Mediterráneo europeo contribuyó al crecimiento económico, estimulando el turismo e inversiones extranjeras. Finalmente, la alta morbilidad no sólo afecta el patrón de gasto familiar sino que también puede desbaratar el presupuesto nacional. Este efecto ya se ha notado en África, pero también amenaza a instituciones nacionales, como el IGSS. Todo lo anterior confirma la estrecha relación no sólo entre condiciones sino también entre políticas de desarrollo económico y social y la salud.

Así, es evidente que las políticas económicas en Guatemala inciden de diversas maneras en la salud. En primer lugar, mayores ingresos de un país normalmente están asociados a un mayor gasto público en salud y en educación. En el caso de Guatemala, sin embargo, se combina la condición de país en desarrollo con la condición de ser uno de los países con menor carga tributaria en el mundo. Como se explicó en el Capítulo V, la carga tributaria aún no ha alcanzado el 10%, lo cual ha limitado la capacidad del Estado de destinar recursos al área social. Se lograron ciertos avances a partir de la firma de los Acuerdos de Paz, que contribuyeron a aumentar el gasto público en educación y salud, pero hacia fines de la década Guatemala continuaba siendo uno de los países con menor gasto público social por habitante (US\$ 107 en 1998/9) comparado con el promedio (US\$ 540) para América Latina, y también era de los que tenía menor gasto como proporción del PIB.<sup>2</sup> Lo anterior estaría restringiendo la capacidad del Estado no sólo de favorecer la salud directamente, por la vía del gasto público en salud, sino también de hacerlo indirectamente, por medio del gasto público en educa-

ción y en vivienda, puesto que condiciones favorables en estos campos también contribuyen a la salud.

En segundo lugar, y en lo que se refiere a los hogares, los mayores ingresos de éstos normalmente están asociados con mejores condiciones de salud y mayores grados de cobertura de seguros, es decir, con esquemas de pre-pago de la salud. Como se explicó en el capítulo anterior, con los seguros se evita que los problemas de salud se conviertan en una catástrofe económica para las familias. Ello significa que el ingreso familiar, como determinante de la capacidad de asegurarse, ha sido más importante que las condiciones sanitarias y que el acceso a servicios de salud para explicar las brechas de condiciones de salud existentes entre niños pobres y no pobres. En este contexto, las políticas económicas dirigidas a elevar el ingreso de aquellos con menores ingresos se vuelven políticas de fundamental importancia para la salud, pudiéndose clasificar según contribuyan a mejorar la distribución del ingreso o a aumentar su crecimiento.

En lo que se refiere a políticas económicas dirigidas a favorecer la redistribución del ingreso o del consumo, no ha habido en años recientes transferencias o subsidios directos a las familias para elevar el ingreso de aquellas en condiciones de pobreza o pobreza extrema.<sup>3</sup> Tampoco se dieron durante la década de 1990 medidas que contribuyeran directamente a una redistribución del ingreso o del consumo a favor de los más pobres, habiéndose experimentado, más bien, un aumento de la concentración del consumo durante este período.<sup>4</sup>

En cuanto a las políticas económicas dirigidas a aumentar el crecimiento, habrían incidido de manera secundaria las políticas monetarias, cambiarias y fiscales en la medida que se buscó neutralizar los efectos desestabilizadores de desequilibrios fiscales y externos me-

<sup>2</sup> CEPAL, 2001a, pág. 117.

<sup>3</sup> Se refiere a transferencias monetarias directas, y no a becas, que sí se han dado para niñas en particular. La entrega de un subsidio mínimo es un tema que actualmente se debate activamente en la literatura sobre el desarrollo. Véase Van Parijs 2000.

<sup>4</sup> Véase el capítulo V. Solamente en la medida en que ha habido programas de ayuda alimentaria, principalmente provenientes del exterior, es que podría esperarse un proceso de redistribución, pero es poco probable que ello afectaría la voluntad de participar en seguros de salud.



dian­te una política monetaria restrictiva. En con­traste con la meta de crecimiento anual del PIB en un 6% establecida por los Acuerdos de Paz, y ante la desaceleración económica de los últimos años, no puede considerarse que la política económica haya sido exitosa en promover el crecimiento. Es más, la ausencia de una estrategia de desarrollo económico de largo plazo explicaría, al menos en parte, el limitado dinamismo de la economía guatemalteca durante la década de 1990 y, en particular, un débil proceso de diversificación de las exportaciones. Una manifestación concreta de lo anterior es que, frente a la reducción de los precios del café –que por la vía del desempleo contribuyó a aumentar la desnutrición–, Guatemala se convirtió en uno de los países más afectados por este fenómeno debido a que no se puso en práctica una agresiva estrategia de diversificación de las exportaciones, como ocurrió en otros países.<sup>5</sup>

La estrecha relación entre salud y economía sugiere que criterios vinculados a la promoción de la salud debieran ser parte de la política dirigida a promover el crecimiento económico, y que además de las inversiones en el propio sector de la salud, conviene realizar inversiones complementarias en sectores que van desde la educación, el abastecimiento de agua y el saneamiento hasta inversiones en mejoras del sector agrícola.<sup>6</sup> Para impulsar una ampliación masiva de servicios de salud por medio de una estrategia plurianual, tomando en cuenta las sinergias con otros sectores claves productores de salud, al tiempo que se mantiene un sólido marco de política macroeconómica, se ha propuesto crear, en cada país, una Comisión Nacional sobre Macroeconomía y Salud.<sup>7</sup> Ésta sería presidida conjuntamente por los ministros de salud y economía o finanzas, a la cual se incorporarían representantes claves de la sociedad civil. Aun-

que en Guatemala no se ha acordado crear esta instancia, existe un marco relativamente amplio, dado por la Estrategia de Reducción de la Pobreza, que parte de una visión global, necesaria cuando se reconoce la naturaleza amplia de los condicionantes de la salud.

## 2. Políticas para reducir la pobreza: la Estrategia de Reducción de la Pobreza

El reconocimiento de la importancia de contar con políticas específicas orientadas a reducir la pobreza es reciente en Guatemala. Entre 1996 y el 2000 se acudió básicamente a los fondos sociales como instrumentos para reducir la pobreza, aunque con un impacto relativamente menor si se toma en cuenta que en el año 2000 representaban el 6.1% del presupuesto del gobierno central y en el 2001 el 6.7%.<sup>8</sup> En el 2001 dos acciones adicionales contribuyeron a una reasignación de recursos, o a recursos adicionales, para combatir la pobreza. Por una parte, al elevarse el IVA se acordó que medio punto porcentual (0.5%) de la recaudación resultante se destinaría a programas y proyectos de seguridad alimentaria para la población en situación de pobreza.

Por otra parte, el Gobierno aprobó la Estrategia de Reducción de la Pobreza. La estrategia significó fortalecer la asignación presupuestaria destinada a rubros de educación (preprimaria, primaria y alfabetización), salud (extensión de cobertura, prevención y construcción de puestos de salud), agua potable y saneamiento e infraestructura rural (caminos rurales y electrificación rural). Aunque el total de rubros equivaldrían al 3.1% del PIB en el 2002, en la práctica significarían aumentar el gasto en estos rubros en un 1.2% del PIB, con aumentos incrementales, por año, equivalentes a 1.3 puntos porcentuales en el 2003, 1.4 puntos en el 2004 y 1.6 puntos en el 2005. Aunque la

<sup>5</sup> Véase CEPAL, 2001b.

<sup>6</sup> OMS, 2001, págs. 10-11.

<sup>7</sup> OMS, 2001, pág. 11.

<sup>8</sup> Incluye FONAPAZ, FIS, FDSDC, FODIGUA y FOGUAVI. No incluye al Fondo de Tierras, a FONAGRO ni al Fondo de Educación

Coparticipativa. Si se incluye a estos tres fondos adicionales, las cifras se elevan al 8.5 y 9.7% del presupuesto para el 2000 y el 2001, respectivamente.



asignación de recursos dedicados explícitamente a reducir la pobreza constituye una dimensión positiva de la Estrategia, queda pendiente desarrollar su relación con la diversificación de exportaciones y, en general, con la transformación productiva que requiere Guatemala para generar más ingresos con base en empleos de mayor productividad. Al suponer un crecimiento de sólo el 4% del PIB por año (equivalente a un 1.4% por habitante), sin políticas que aseguren una mejor distribución del ingreso, es difícil suponer que el aporte inmediato de la Estrategia reduzca la pobreza muy significativamente.

### 3. La política de educación y la salud

La educación incide de manera positiva en los índices de salud a nivel familiar y comunitario, puesto que mejora los ingresos y promueve hábitos, conductas y estilos de vida saludables. Ante las brechas de género que existen en el ámbito de la educación, especialmente primaria y media básica,<sup>9</sup> se ha impulsado un programa de becas para la niña, incluido en la ERP. Pero la educación también está directamente vinculada con la salud reproductiva. Los efectos sinérgicos entre las intervenciones de salud y de educación han sido reconocidos en la Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001), que en su artículo 26 establece que «el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Ministerio de Educación, debe diseñar, coordinar, ejecutar y promover el Programa de Salud Reproductiva». Para el cumplimiento de esta ley se aprobó, en abril del 2002, la Política de Desarrollo Social y Población. Tanto la Política como la Ley fortalecen la Estrategia de Reducción de la Pobreza y se articulan con la Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, como mecanismo para su operacionalización.<sup>10</sup> Dentro de sus instrumentos de política en materia de salud establece el

Programa Nacional de Salud Reproductiva y el Programa Nacional de Prevención de VIH/sida.

### 4. La seguridad alimentaria

En 1996 se constituyó la Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN) con el objeto de formular una política de seguridad alimentaria y nutricional. En 1997 el Gobierno aprobó la Política Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional y el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional. A pesar de que se refería a la seguridad alimentaria y nutricional, en las líneas de acción hacía más énfasis en lo alimentario, aun cuando uno de sus objetivos fuera implementar medidas para la adecuada utilización de los alimentos ingeridos. Estos esfuerzos sirvieron de marco para la emisión, en el 2001, de una nueva política, coordinada por el Gabinete Social, que tomó como marco de referencia los factores de riesgo de la inseguridad alimentaria nutricional y los grupos de población vulnerables del país. Sin embargo, coyunturalmente y para enfrentar el agravamiento de la desnutrición aguda en el 2001, se implementó el Programa Nacional para la Reducción de la Desnutrición Aguda<sup>11</sup> en 102 municipios priorizados y con la ampliación a otros seleccionados por su situación de postergación, pobreza y pobreza extrema. El programa, centrado en la emergencia, se centró en el establecimiento de centros de rehabilitación, especialmente para atender a niños gravemente desnutridos. Persiste el desafío de trascender la emergencia e integrar la Estrategia de Reducción de la Pobreza con estrategias de seguridad alimentaria y de desarrollo económico, como se indicó en el capítulo IV.

### 5. La política de la mujer

La salud de las mujeres depende de las condiciones económicas y sociales del país, inclu-

<sup>9</sup> Véase también la sección de equidad de género incluida en SNU, 2002.

<sup>10</sup> SEGEPLAN, 2002.

<sup>11</sup> MSPAS, et al. 2002.



yendo la equidad de género, como se explicó en el capítulo anterior. Por esta razón, toda la legislación, las políticas y programas que estén orientados a reducir dicha inequidad y a garantizar el pleno ejercicio de sus derechos, contribuyen al logro de una mejor salud y bienestar para las mujeres.

Durante la últimos veinte años se han dado importantes avances en la creación de instancias dentro del Estado orientadas a trabajar a favor de las mujeres y de la equidad de género. Se han ratificado importantes protocolos y convenios internacionales que crean el marco para la aplicación de sus contenidos en el nivel local. Entre éstos destacan la Convención de Belem do Pará para la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994 y

la Conferencia Internacional de la Mujer en 1995 (y Beijing más 5 en el año 2000). A nivel nacional, son los acuerdos de paz los que principalmente sientan las bases para la formulación de políticas y programas orientados a la búsqueda de la equidad de género. Por otra parte, varios partidos políticos que han ejercido el poder han ido incorporando, de forma creciente y más concreta, las necesidades de las mujeres en sus planes de gobierno (véase el recuadro XVI.1)

Este largo proceso culminó en el año 2001 con la aprobación de la primera Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y Plan de Equidad de Oportunidades, vigente para el período 2001-2006. La política consta de nueve ejes centrales: desarrollo económico, tierra y vivienda, educación,

#### Recuadro XVI.1 Antecedentes de la política de la mujer

En el plan de desarrollo social del Gobierno de Guatemala 1991-1996 se enunciaron algunos problemas que afrontan las mujeres en su proceso de desarrollo y se recogieron una serie de medidas que luego quedaron sin efecto. El plan de acción y desarrollo social 1992-1996 y el de 1996-2000 recogieron la enunciación de los problemas a enfrentar sobre las mujeres, identificando este último, en su apartado 4, los lineamientos específicos para el Plan de Acción donde se identifica específicamente, como grupo meta, a las mujeres. Tales lineamientos se incluyeron en el plan de gobierno 1996-2000, que contenía algunas de las necesidades estratégicas de las mujeres, que se refieren a su posición de subordinación respecto de los hombres.

En 1996 se inició también el proceso de construcción de la Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres y el Plan de Equidad de Oportunidades 1998-2001. Este proceso involucró un mecanismo que permitió incorporar la participación directa de las organizaciones de mujeres en el diseño de la política y posteriormente, la consulta de sus contenidos con mujeres de las ocho regiones político administrativas del país. Este proceso de conjugó posteriormente con las propuestas emanadas del Foro Nacional de la Mujer, instituido en 1997, orientadas a incidir en las políticas públicas a favor de las mujeres. En 1999, SEGEPLAN presentó el documento «Promoción y desarrollo de las mujeres guatemaltecas» tomando como base los documentos previamente elaborados por el Foro de la Mujer y la Política Nacional de Desarrollo de las mujeres. En julio del 2000, fue creada la Defensoría de la Mujer Indígena (DEMI) adscrita a la Comisión Presidencial de Derechos Humanos. En septiembre del 2000 se creó la Secretaría Presidencial de la Mujer que se constituyó en la entidad nacional rectora de las políticas y asuntos de las mujeres. Finalmente, la matriz de política social 2000-2004 contiene un apartado específico sobre la promoción de la mujer que tiene como uno de sus objetivos principales, poner en ejecución la política de la mujer, con mecanismos definidos de seguimiento y evaluación.

Fuente: SEPREM, 2001 págs. 9-11.



salud integral, violencia contra la mujer, trabajo, equidad jurídica, mecanismos institucionales para el avance de la mujer y participación socio-política. Cada eje de política contempla subtemas, acciones y metas a alcanzar que, en su conjunto, están orientadas a la búsqueda de la equidad.

En el tema de salud, la política da prioridad a cinco subtemas: 1) Transformación de la filosofía de la salud; 2) Equidad en la participación de mujeres y hombres en los distintos niveles del sistema de salud; 3) Ampliación de cobertura de servicios; 4) Seguridad alimentaria y nutricional; 5) Saneamiento ambiental. A ello se adiciona el eje de violencia contra la mujer. Ambos ejes establecen un marco de orientación y de acciones para intervenir en estos temas, lo que constituye, sin duda, un importante avance.

Sin embargo, la materialización de estos planteamientos en acciones concretas todavía no se evidencia plenamente. Tal como se plantea en el capítulo XII, la política de salud referente a la mujer continúa centrada en su papel reproductivo, carente de un enfoque de género que incorpore y diseñe los programas y servicios para satisfacer las necesidades vitales de salud de las mujeres (recuadro XVI.2). Es decir, no se ha logrado incidir todavía en el marco filosófico que orienta el accionar de los servicios de salud, aspecto fundamental para contar con un sistema que esté orientado a superar las inequidades de género.<sup>12</sup> Tampoco hay todavía suficiente presupuesto asignado a las instancias del Estado que trabajan a favor de las mujeres.

Como ya se indicó, en el 2001 la Ley de Desarrollo Social creó el marco legal para la prestación de servicios de salud reproductiva. Casi inmediatamente se aprobó también el Programa Nacional de Salud Reproductiva en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que tiene como propósito fundamental asegurar la prestación de servicios integrales de salud sexual y reproductiva a la población,

## Recuadro XVI.2 La salud de las mujeres y el modelo de atención

La salud de la mujer ha sido abordada con una visión instrumental, dentro de un enfoque en el que se combinan elementos de corte asistencial y «eficientista»; asistencial, en el sentido que las mujeres son vistas fundamentalmente como «grupos vulnerables» (junto con los niños, los ancianos y los discapacitados), objeto pasivo de atención. «Eficientista» en la medida que los programas y proyectos de salud familiar y comunitaria se apoyan en los roles femeninos tradicionales «materno-doméstico» y de servicio voluntario a la comunidad, como componentes esenciales para la consecución de las metas de tales intervenciones».

En el estudio «Propuesta de Modelo de Salud con Equidad Genérica, Proyecto Piloto a desarrollar en Alta Verapaz», de OPS/OMS -Guatemala; se indican una serie de factores de lo que sería un enfoque y modelo de salud estructuralmente inclusivos:

- \* Acciones positivas para aumentar la calidad y la cobertura.
- \* La generación de cambios culturales y sociales a nivel de la producción del bienestar y la salud de la gente es premisa fundamental para impulsar la atención primaria en salud integral.
- \* Creación de indicadores epidemiológicos que visibilicen la situación específica de las mujeres en todos los ciclos de su vida.
- \* El reconocimiento a todo nivel institucional de las mujeres como sujetos protagónicos de la salud.
- \* Compatibilizar los horarios de los servicios con los de las mujeres, la diversificación de los programas de atención, la prestación de los servicios en idiomas locales.
- \* Ampliación de los servicios con acciones dirigidas a la atención de las mujeres afectadas por violencia contra las mujeres.
- \* Garantizar a las mujeres información completa sobre sus afecciones particulares, el uso de métodos anticonceptivos, los beneficios y efectos secundarios.

Fuente: Gómez (1994) y Aguilar T. (1997).

avanzar en el ámbito de la salud de las mujeres.

<sup>12</sup> Está pendiente establecer en qué medida se ha logrado avanzar en cuanto a los otros temas considerados prioritarios para



acciones que contribuyan a su vez, de forma determinante, a la reducción de la mortalidad materna e infantil en el país. Éste es un programa que beneficia directamente una dimensión vital de la salud de las mujeres. Sin embargo, todavía no existe dentro del Ministerio de Salud o el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, un programa específico orientado a atender las necesidades de salud de las mujeres a lo largo de todo su ciclo de vida, que trascienda efectivamente la dimensión reproductiva de la salud-enfermedad.

En materia de reducción de la violencia contra la mujer también se han logrado algunos avances. En 1997 la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP) creó el Programa de Prevención de la Violencia Intrafamiliar. En 1998 se aprobó la Ley de Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Posteriormente se creó el instrumento único para el registro de denuncias de violencia doméstica, a ser implementado por el conjunto de instituciones del Estado responsables de actuar en este tema. En noviembre de 2000 se creó también la Coordinadora Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y en contra de la Mujer (CONAPREVI) que tiene a su cargo el impulso de las políticas públicas relativas a la violencia intrafamiliar y en contra de la mujer y el cumplimiento de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia Intrafamiliar. Sin embargo, todavía no son visibles los impactos que ha tenido esta legislación y programas sobre la reducción de la violencia doméstica.<sup>13</sup>

## B. Las políticas de salud<sup>14</sup>

### 1. La organización del sector de la salud

El sistema nacional de salud está conformado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el IGSS y el sector priva-

do lucrativo y no lucrativo. Ninguno de estos sistemas es hegemónico en términos de cobertura o recursos financieros. El MSPAS es la dependencia del poder ejecutivo formalmente designada para ejercer la rectoría del sector salud. También es uno de los principales proveedores directos de servicios a la población en general. Desde 1997 está desarrollando el papel de financiador y regulador de servicios básicos de salud prestados por ONGs a poblaciones que antes carecían de acceso a cuidados de salud.

El IGSS cubre a los trabajadores afiliados al régimen de seguridad social. Es una institución autónoma financiada por impuestos al salario y contribuciones de los patronos y cuenta con una red propia de servicios para la provisión de las atenciones. Con el objeto de ampliar la cobertura de sus servicios ha contratado servicios con proveedores privados, específicamente en áreas que no podían cubrirse a corto plazo con la capacidad instalada de la institución.

El sector privado no lucrativo está integrado por organizaciones no gubernamentales (ONG). De las casi 1,100 ONG en Guatemala a fines de la década de 1990, el 82% eran nacionales, y de éstas, el 18% desarrollaban acciones de salud. Las ONG de salud han desarrollado principalmente la salud preventiva (80%) y la prestación de servicios clínicos es menos frecuente (20%). Sólo el 5% han tenido cobertura nacional, y después del departamento de Guatemala, los departamentos con mayor presencia de ONG en salud han sido: Sololá, Chimaltenango, Alta Verapaz, Quiché, Totonicapán, San Marcos y Chimaltenango, todos ellos departamentos con alta concentración de población indígena y rural. El sector privado lucrativo está conformado por médicos independientes, hospitales, sanatorios, laboratorios clínicos y farmacias.

Históricamente la atención de la población ha estado segmentada de acuerdo con su capa-

<sup>13</sup> El número de denuncias parece haberse incrementado con la entrada en vigor de la ley y de los programas para la prevención de la violencia. Véanse los capítulos XI y XII.

<sup>14</sup> Esta sección está basada en GSD 2002, Durán 2001 y OPS 2001.



cidad de pago o según su inserción en el proceso productivo. Así, los pobres e indigentes han sido atendidos por el MSPAS, los asalariados de las áreas urbanas y de ciertas regiones de mayor desarrollo por el IGSS, y la población de mayores recursos por el sector privado. No existe, pues, una organización del sistema alrededor de funciones. Sin embargo, existe evidencia de una creciente articulación entre los tres sectores. En primer lugar, a partir de 1989 el IGSS inició un programa de extensión de cobertura a la Costa Sur, fundamentado en la atención primaria y el trabajo conjunto con ONG y empresas privadas. Segundo, el MSPAS ha contratado –como parte del Sistema Integrado de Atención de la Salud (SIAS) establecido a partir de 1997– a ONG para suministrar un paquete mínimo de servicios de salud. Finalmente, el IGSS también ha acudido a proveedores privados para suministrar servicios en aquellas áreas de menor capacidad de oferta, como ya se indicó. Con la reforma del sector salud, sin embargo, parece estar emergiendo un modelo en donde el MSPAS refuerza su papel conductor y de regulación, el IGSS el de intermediación financiera, mientras que los proveedores particulares, lucrativos y no lucrativos, ofrecen sus servicios a ambas instituciones.

## 2. La reforma del sector salud

La reforma sectorial de la salud se inició en 1996 con el «Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud» financiado por el BID y ejecutado por el Ministerio de Salud. Los protagonistas principales de la gestión inicial del proceso fueron el Banco Interamericano de Desarrollo, y en segundo término la unidad ejecutora del Ministerio de Salud.

La agenda para la reforma del sector salud sigue las orientaciones propuestas en los términos del convenio del empréstito suscrito, cuyos objetivos son: a) extender la cobertura de los

servicios de salud, focalizándolos en poblaciones que no tienen acceso, e incrementando la capacidad resolutive de los servicios; b) aumentar el nivel de gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento; c) reorientar la asignación de los recursos públicos con criterios de equidad y eficiencia, y d) generar una respuesta social organizada para la movilización y fiscalización de los recursos públicos. En términos más operativos incluye: a) el establecimiento de mecanismos de coordinación sectoriales por medio de la emisión de un proyecto de «Ley de Coordinación del Sector Salud»; b) la reorganización y descentralización administrativa y financiera del MSPAS; c) la racionalización del personal y el mejoramiento de los sistemas gerenciales; d) el aumento de los recursos públicos asignados al MSPAS para asegurar la sustentabilidad financiera del proceso de extensión de cobertura; e) la reorientación de los recursos públicos a los servicios básicos; f) el desarrollo de cambios legales e institucionales que faciliten la participación del sector privado en el financiamiento, administración y provisión de servicios de salud; g) el desarrollo de programas de recuperación de costos y la formación de patronatos, y h) el desarrollo de un nuevo modelo de atención de salud fundamentado en la descentralización, la dotación de un paquete mínimo de atenciones y la participación comunitaria.

Los componentes de reforma financiera y extensión de cobertura han sido los que más han avanzado. El mayor logro fue el diseño e implementación del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS– orientado a extender la cobertura de servicios de salud a través de la contratación de organizaciones no gubernamentales para la prestación de los servicios, que se analizará más adelante. La extensión de cobertura, que ha sido el eje central de la reforma, ha sido apoyada por otros componentes que han tenido resultados positivos, particularmente las reformas financieras que permitieron



un manejo más ágil, transparente y descentralizado de los recursos. Las nuevas modalidades de contratación y pago a los proveedores de medicamentos, por ejemplo, permitieron ahorros que financiaron la misma extensión de cobertura, en los primeros años de implementación.

En el 2001 se iniciaron las gestiones, aprobadas en el 2002, para una segunda fase del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud, igualmente financiada por el Banco Interamericano de Desarrollo. Ésta contempla el fortalecimiento del segundo y tercer nivel de atención y la participación del seguro social en una entrega armonizada de servicios de salud por parte de los proveedores públicos.

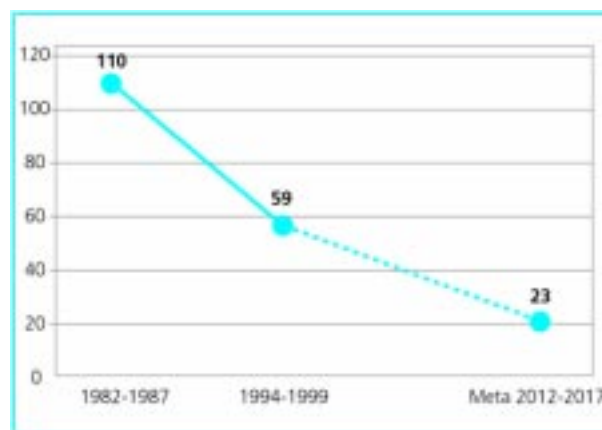
### 3. Las Metas del Milenio<sup>15</sup>

Las Metas del Milenio establecen un marco de referencia adicional, que es especialmente importante en el caso de la salud, ya que incluye objetivos de reducir la mortalidad de la niñez y la mortalidad materna, además de combatir el VIH/sida y otras enfermedades. A ello se agregan los objetivos de reducir la pobreza extrema, lograr la enseñanza primaria universal y alcanzar la igualdad de géneros, que también contribuyen a mejorar las condiciones de salud.

Al realizar un diagnóstico de las tendencias correspondientes a los avances en relación con las Metas del Milenio directamente vinculados con la salud se observa que si se mantuvieran las mismas tendencias observadas entre 1982-87 y 1994-99 en relación con la mortalidad de la niñez (niños menores de cinco años) e infantil (niños menores de un año), se podría alcanzar la meta establecida por la Cumbre del Milenio para el año 2015 (ver gráficas XVI.1 y XVI.2). En los avances en años recientes habrían incidido los programas de inmunizaciones, infecciones respiratorias agudas y de enfermedades transmitidas por agua y alimentos.

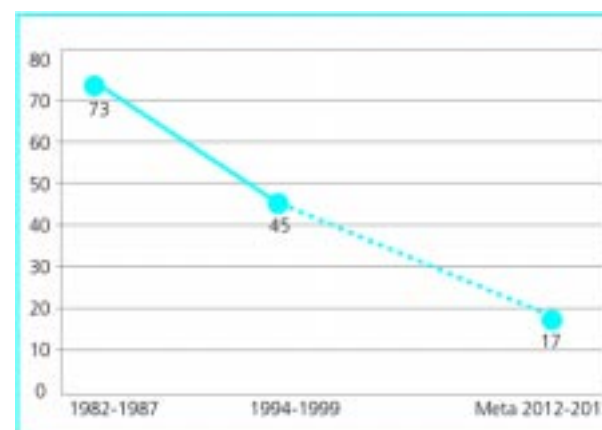
A partir de 1999 se realizó también un reforzamiento de la vacunación contra el sarampión a la totalidad de población de 1 a 15 años. Finalmente, la implementación del SIAS, que se analiza más adelante, posiblemente contribuyó mediante el suministro básico de servicios de atención integral a la mujer, atención infantil y preescolar, atención a la demanda por urgencias y morbilidad y atención al ambiente.

Gráfica XVI.1  
**Evolución de la tasa de mortalidad de la niñez (menos de 5 años)**  
(Por mil nacidos vivos)



Fuente: SNU, 2002.

Gráfica XVI.2  
**Evolución de la tasa de mortalidad infantil (menos de 1 año)**  
(Por mil nacidos vivos)



Fuente: SNU, 2002.

<sup>15</sup> Esta sección está basada en SNU, 2002.

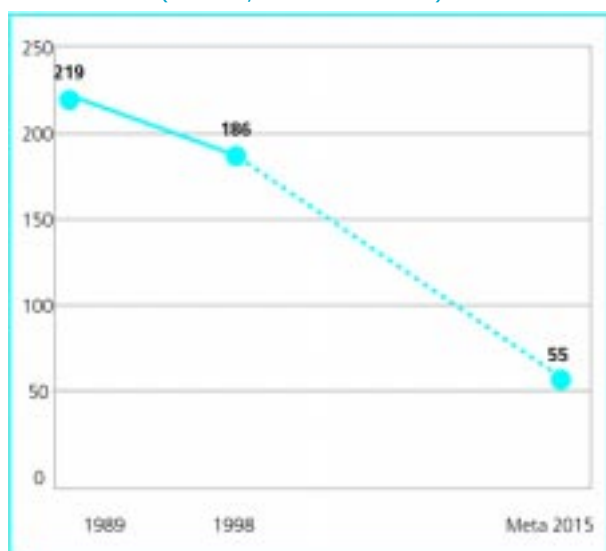


Los indicadores de mortalidad materna son inadecuados y no permiten contar con estimaciones precisas acerca de su evolución, aunque las estimaciones existentes permiten concluir que si se mantuviera la tasa de progreso en la razón estimada de mortalidad materna entre 1989 y 1998, no se alcanzaría la meta de 55 defunciones por cien mil nacidos vivos en el 2015 (gráfica XVI.3) Parte de las dificultades con avanzar en este campo tienen que ver con la limitada atención de partos atendidos por personal con entrenamiento médico (médicos o enfermeras), que entre 1994 y 1999 sólo atendieron cerca del 41% de los nacimientos ocurridos durante ese período. Cabría esperar mayores avances en la medida que se fortalezca el Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal del MSPAS de 1997, y se extienda el Programa Nacional de Salud Reproductiva que a partir del 2001 contempla intervenciones como la planificación familiar y la atención pre y post-natal. Además, con la Política de Desarrollo Social y Población, derivada de la Ley de Desarrollo Social aprobada

en el 2001, se contempla fortalecer el Programa de Salud Reproductiva además de llevar a cabo otras acciones tendientes a mejorar el acceso a servicios, mejorar la información y educar a la población en este ámbito.

Por otra parte, se estima que la prevalencia del VIH en personas de 15 a 49 años pasó de 0.05% en 1990 a 0.85% en el 2001, de los cuales el 76% correspondían al grupo de alto riesgo (mujeres trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres y personas con infecciones de transmisión sexual).<sup>16</sup> Si se mantuviera la tendencia actual el porcentaje de personas infectadas por el VIH se duplicaría para el 2010, pasando al 1.56%, lo cual no es compatible con la meta de reducir la prevalencia del VIH a 0.6%, asumida como Meta del Milenio y resultante del Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Acciones gubernamentales efectivas en este campo solamente comenzaron a ser implementadas a partir del 2000 con la creación del Programa Nacional de Prevención y Control de ETS/VIH/Sida, cuando se aprobó una ley general sobre este tema, y en el presupuesto del 2001 se aprobó por primera vez una partida presupuestaria para atender este tema. Persisten los desafíos de movilizar suficientes recursos y destigmatizar los grupos en riesgo de VIH/sida para poder avanzar en este campo.

Gráfica XVI.3  
**Mortalidad materna**  
(Por 100,000 nacidos vivos)



Fuente: SNU, 2002.

#### 4. El gasto público en salud

En los últimos años hubo un aumento significativo del gasto público en salud, aunque los resultados tienden a variar según la definición del gasto que se adopte. Las definiciones más amplias (gasto que incluye el gasto del IGSS o gasto en salud de acuerdo con los compromisos de paz) permiten concluir que aumentó como proporción del PIB, con un aumento a partir de 1996 seguido de una leve inflexión

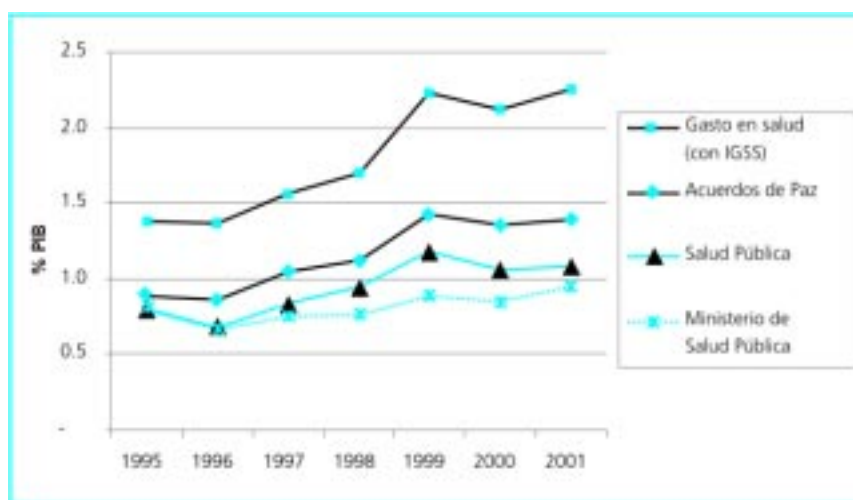
<sup>16</sup> PASCA, 2002.



hacia abajo en el 2000 y luego con una recuperación parcial en el 2001 (gráfica XVI.4). No obstante este leve incremento, el gasto público en salud como porcentaje del PIB de Guatemala continúa estando entre los más bajos de América Latina. El gasto público en salud aumentó como proporción del presupuesto sólo a partir de 1999, con una tendencia menos clara

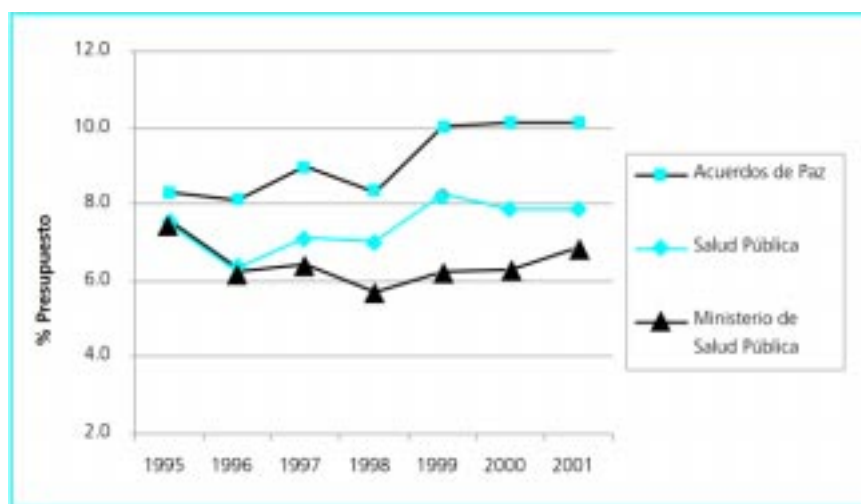
posteriormente, que apunta a su estabilización en torno al 10% del presupuesto total si se utiliza la definición de los Acuerdos de Paz (gráfica XVI.5). Con ello Guatemala ocupa el nivel más bajo en Centroamérica, con índices menores a los de Nicaragua y Honduras (alrededor de 13%) y bastante distanciada de la de países como El Salvador y Costa Rica, cuyo gasto

Gráfica XVI.4  
**Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 1995-2001**



Fuente: MINFIN, IGSS.

Gráfica XVI.5  
**Gasto público en salud como porcentaje del presupuesto, 1995-2001**



Fuente: MINFIN, IGSS.



público en salud ronda el 20% del gasto público total.

A su vez, la capacidad del gasto público en salud de compensar la falta de acceso de la población más pobre a la salud es limitada. Dentro de la composición del gasto realizado por el Ministerio de Salud, el rubro de mayor importancia corresponde a los servicios de recuperación y rehabilitación de la salud, con una alta participación del gasto hospitalario, lo que sugiere que la mayor parte de los recursos en salud están orientados a la curación más que a la prevención (gráfica XVI.6).

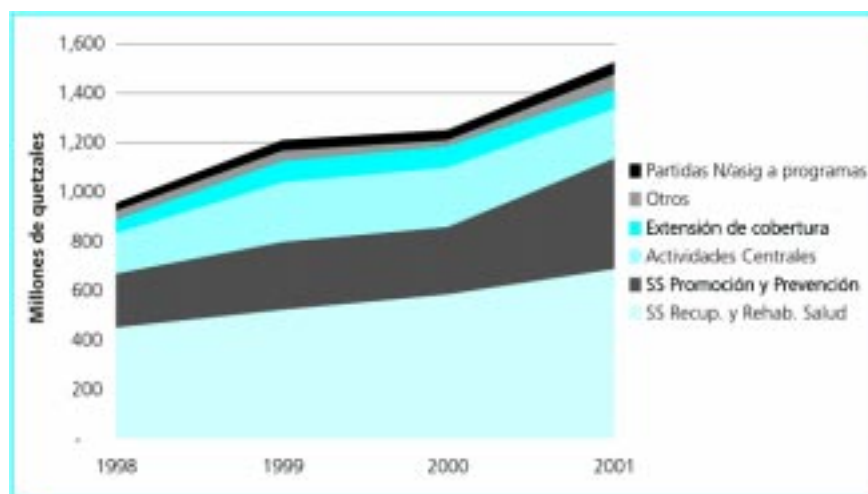
Sin embargo, al considerar el gasto que el MSPAS destina a sus áreas de salud por destino geográfico, y en términos per cápita reales,<sup>17</sup> se observa una tendencia a cubrir en mayor medida aquellos departamentos o áreas con menor atención básica y a atender menos a las áreas más cubiertas por servicios privados. Así, las tres áreas con mayores gastos en el 2000 fueron Ixcán, Petén y Quiché, mientras que la asignación de gasto por persona para Quetzaltenango y Guatemala los ubica en el penúltimo y último lugar respectivamente (cua-

dro XVI.1). Aparte de la mayor población que poseen ambos departamentos, y especialmente el de Guatemala, lo anterior puede atribuirse a la concentración de los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención en las dos cabeceras de ambos departamentos. Ahora bien, si se convierten las cifras a dólares se observa cómo el nivel de gasto per cápita no superaba los US\$10 en ningún lugar en el 2000, y que para el total de áreas de salud el gasto per cápita real era de US\$2.3, lo que comparativamente representa una cifra muy baja en comparación con los estándares de otros países de la región.

## 5. La seguridad social

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), cubre a los trabajadores afiliados al régimen, otorgándoles protección previsional y suministrándoles servicios de salud. El IGSS, creado en 1944, principió cubriendo únicamente accidentes de trabajo, con una ampliación paulatina de su cobertura hasta terminar de cubrir todo el país en 1967. En 1968 se introdujo

Gráfica XVI.6  
**Presupuesto de salud según partidas, 1998-2001**  
(Millones de quetzales)



Fuente: MINFIN.

<sup>17</sup> Base 1995.



Cuadro XVI.1  
Gasto del MSPAS por área de salud, 2000

	Gasto real (quetzales)	Población	Gasto per capita real (quetzales)	Gasto per cápita (US\$)
Total	154,715,196	11,385,339	13.6	2.3
Ixcán	3,412,428	62,571	54.5	9.0
Petén*	11,657,065	333,397	35.0	5.8
Quiché	13,949,612	526,253	26.5	4.4
Chiquimula	6,884,666	313,151	22.0	3.6
Amatitlán	1,771,463	82,255	21.5	3.6
Alta Verapaz	15,695,467	814,300	19.3	3.2
Baja Verapaz	3,642,970	203,428	17.9	3.0
Escuintla	7,913,124	483,773	16.4	2.7
Retalhuleu	3,871,469	241,927	16.0	2.7
Totonicapán	5,381,312	361,298	14.9	2.5
Jalapa	3,944,501	270,043	14.6	2.4
Santa Rosa	4,506,557	319,810	14.1	2.3
Jutiapa	5,356,177	385,905	13.9	2.3
Chimaltenango	5,884,526	427,585	13.8	2.3
Huehuetenango	12,043,593	879,989	13.7	2.3
El Progreso	1,944,726	143,207	13.6	2.3
Sacatepequez	3,501,036	259,260	13.5	2.2
Sololá	4,023,212	307,792	13.1	2.2
Suchitepequez	4,812,993	403,589	11.9	2.0
San Marcos	9,390,378	844,474	11.1	1.8
Zacapa	2,236,251	212,805	10.5	1.7
Izabal	2,932,710	333,955	8.8	1.5
Quetzaltenango	5,598,545	678,307	8.3	1.4
Guatemala**	14,360,414	2,496,265	5.8	1.0

(\*) Incluye áreas de Petén norte y sur. (\*\*) Incluye áreas de Guatemala norte y sur.

Fuente: MSPAS e INE.

un programa de protección por maternidad y enfermedad que gradualmente se fue ampliando, pero sin llegar a cubrir todo el país. Luego, entre 1971 y 1977, se extendió gradualmente el programa por invalidez, vejez y sobrevivencia hasta cubrir todo la república (cuadro XVI.2).

Llama la atención que cuatro departamentos con alta proporción de población indígena, como lo son Alta Verapaz, Huehuetenango, San Marcos y Quetzaltenango, no tienen cobertura

de los programas de maternidad y de enfermedad. Ello tiene que ver con la prevalencia de relaciones laborales no contractuales, ya que los programas son financiados por contribuciones obligatorias de trabajadores y patronos, basadas en el salario, como se observa en el cuadro XVI.3. En Guatemala no se han hecho esfuerzos por extender el seguro social a los trabajadores del sector informal.



**Cuadro XVI.2**  
Cobertura de los programas de salud del IGSS por departamento, 1999

Programa	Cobertura en departamentos
Accidentes en general invalidez, vejez y sobrevivencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda la república</li> </ul>
Enfermedad y maternidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guatemala</li> <li>• Sacatepéquez</li> <li>• Sololá</li> <li>• Totonicapán</li> <li>• Quiché</li> <li>• Baja Verapaz</li> <li>• Zacapa</li> <li>• Chiquimula</li> <li>• Jalapa</li> <li>• Escuintla</li> <li>• Suchitepéquez</li> </ul>

Fuente: IGSS, 2000.

**Cuadro XVI.3**  
**Cuotas de los programas del IGSS**  
(Porcentajes del salario del trabajador)

Fuentes	Enfermedad y maternidad	Accidentes	Invalidez, vejez y sobrevivencia	Total
Empleador	4	3	3.67	10.67
Trabajador	2	1	1.83	4.83
Total	6	4	5.5	15.5

Fuente: Modificado de Durán (2001).

Para la prestación de sus servicios, el IGSS cuenta con 24 hospitales, 30 consultorios, 18 puestos de primeros auxilios y 5 salas anexas en hospitales nacionales. Seis de los hospitales y diez consultorios se encuentran en el departamento de Guatemala. De las camas

disponibles, 2,162 se ubican en los hospitales, 198 en consultorios y 87 en salas contratadas a otras entidades de salud, que representan una proporción combinada de 1.4 camas por cada 1,000 derechohabientes. Se cuenta además con 350 clínicas de consulta externa, lo que representa una razón de una clínica por cada 4,703 derechohabientes.

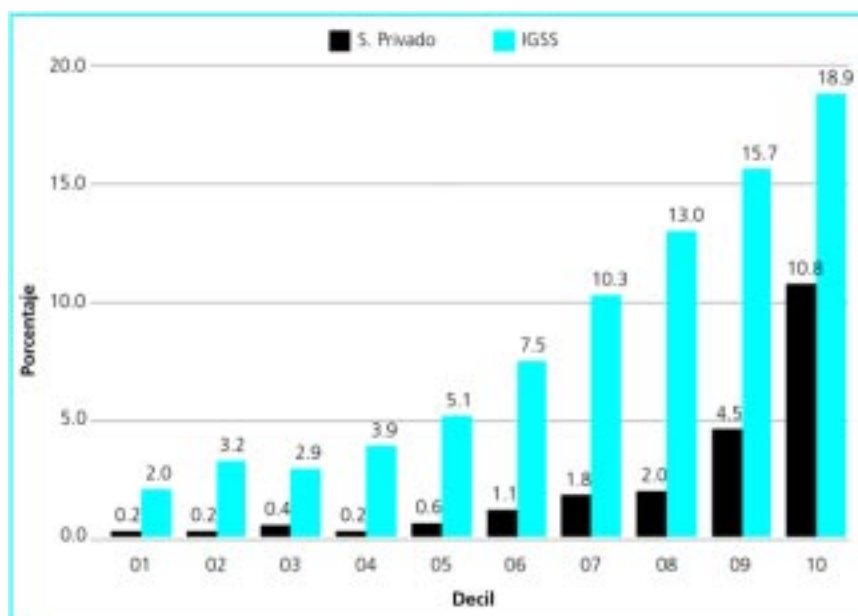
En general, la población de menores recursos cuenta con la menor cobertura de seguros, tanto del IGSS como privados, como puede verse en la gráfica XVI.7. El grado de cobertura es mayor para los grupos con una capacidad más alta de consumo, tanto en lo que se refiere a los seguros privados como al IGSS, aunque la tendencia es más fuerte en el caso de los seguros privados. Así, contrasta el décimo decil (correspondiente al 10% de la población con mayor capacidad de consumo), cubierto en un 18.9% por seguros privados y en un 10.6% por el IGSS, con el decil más pobre, que tiene una cobertura total que no supera el 2.5% del total de la población en este grupo. La ausencia de cobertura de seguros es especialmente grave entre los pobres puesto que los gastos en salud, especialmente cuando son mayores, pueden asumir dimensiones catastróficas sobre el presupuesto familiar y condenar permanentemente a los hogares a estar en una situación de pobreza. Esta concentración es aún mayor cuando se analiza el grado de concentración del pago de cuotas correspondientes a ambos seguros. Así, las cuotas correspondientes a los seguros privados solamente son pagadas por el noveno y décimo deciles (correspondiente al 20% con la más alta capacidad de consumo), mientras que los pagos de cuotas del IGSS son realizados por los cinco deciles de mayor capacidad de consumo (gráfica XVI.8).

Existen disparidades entre la proporción de hogares contribuyentes, la asignación de cuotas y la utilización de los servicios del IGSS (cuadro XVI.4). Por una parte, los que destinan una mayor proporción de sus ingresos



Gráfica XVI.7

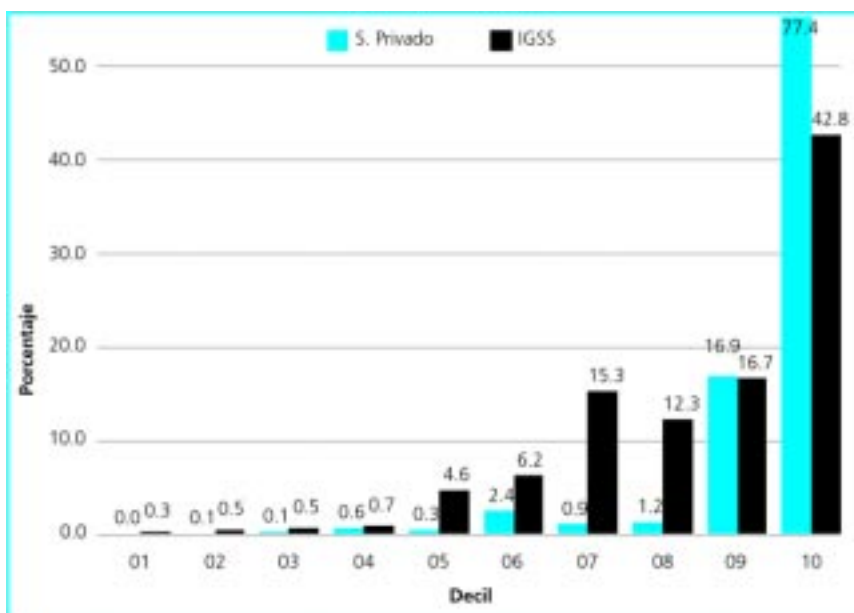
**Cobertura de seguro privado y social según decil de consumo, 2000**  
(Porcentajes de población por decil)



Fuente: ENCOVI, 2000.

Gráfica XVI.8

**Participación en las cuotas de seguros médicos según decil de consumo, 2000**  
(Porcentajes del total de las cuotas)



Fuente: ENCOVI, 2000.



Cuadro XVI.4

**Contribución al financiamiento del seguro social según categoría del hogar, 1999**

(Porcentajes)

Categoría de hogar	Hogares contribuyentes al IGSS (1)	Ingresos destinados a cuotas del IGSS (2)	Contribuyentes que consultan al IGSS (3)	Grado de utilización de servicios del IGSS (%)(3)/(1)
Total	26.2	6.3	16.0	61.1
No indígena	33.8	5.7	18.3	54.1
Indígena	16.5	9.0	10.9	66.6
Jefe hombre	27.2	6.2	15.5	57.0
Jefe mujer	22.0	6.5	19.2	87.3
Urbano	37.1	5.4	19.4	52.3
Rural	16.5	9.5	10.5	63.6

Fuente: Elaboración de GSD con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos familiares, 1999.

a las cuotas de la seguridad social son hogares indígenas y rurales, que pagan más que los hogares no indígenas y urbanos, poniendo de manifiesto cierta regresividad del sistema de cuotas. Sin embargo, por otra parte, el grado de utilización de los servicios del IGSS es mayor entre mujeres que son jefes de hogar, seguidos de hogares indígenas y de hogares rurales. Lo anterior pone de manifiesto la mayor necesidad que estos grupos tienen de utilizar los servicios del IGSS, en contraste con hogares urbanos y no indígenas, que puede suponerse que acuden en mayor medida a servicios privados. Esto sugiere que, a pesar de que el IGSS cubre en mayor proporción a los grupos de ingresos más altos, existe un potencial progresivo en la medida en que son los sectores de menores ingresos los que más acuden al IGSS.

Ahora bien, no obstante el mandato de la Constitución Política, la cobertura del seguro social se ha venido reduciendo desde la década

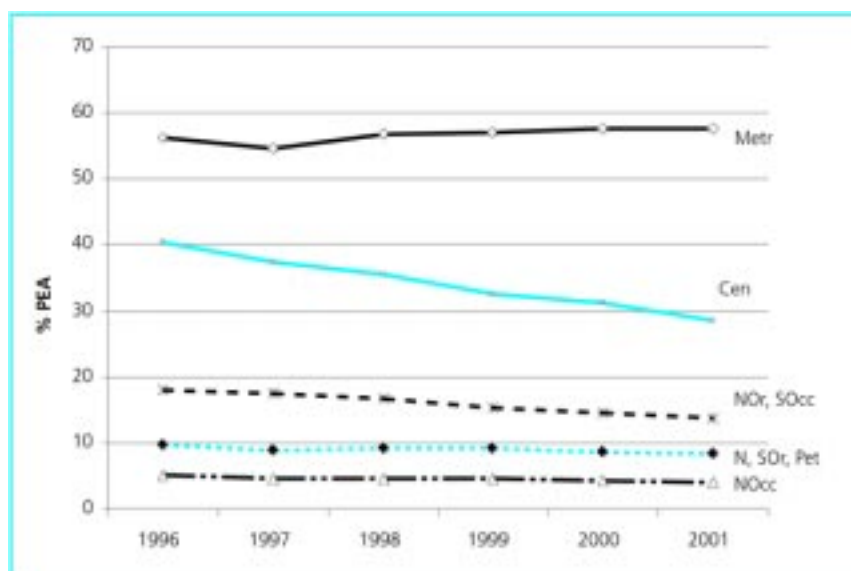
de 1980, lo cual continuó durante la década de 1990. Específicamente, la proporción de la población económicamente activa cubierta por el IGSS se redujo del 31.6% en 1990 al 28.6% en 1995 y luego a 24.6% en el 2001.<sup>18</sup> Pero la otra conclusión acerca de la cobertura del IGSS es que la reducción de la PEA no cubierta ha sido selectiva, siendo especialmente fuerte en la región central (Escuintla, Chimaltenango y Sacatepéquez) y algo menor en otras regiones, mientras que en el área metropolitana no sólo no se ha reducido sino que incluso aumentó levemente. El hecho de que es la región metropolitana donde la cobertura ya es mayor (57.6% de la PEA en el 2001) y que representa casi las dos terceras partes (61.5% el mismo año) de la población atendida, refuerza la visión del IGSS como una entidad centrada principalmente en atender a la población de la ciudad de Guatemala.<sup>19</sup>

<sup>18</sup>Para los datos de la década de 1990, véase SNU, 1998.

<sup>19</sup> Para los datos sobre trabajadores afiliados al IGSS véanse los cuadros 31 y 32 del Anexo Estadístico.



Gráfica XVI.9  
**Trabajadores afiliados al IGSS según región, 1996-2001**  
 (Porcentajes de la PEA)



Fuente: Elaboración con datos de IGSS e INE.

## 6. La recuperación de costos

En 1997 se emitió un nuevo Código de Salud, actualizando varias disposiciones y reforzando el papel rector del MSPAS. Sin embargo, también se incluyeron artículos polémicos referentes a la posibilidad de recuperar costos en los servicios públicos y abrir la provisión de los servicios públicos a agentes privados, respondiendo a las demandas impuestas por la reforma sectorial.

Como consecuencia, en el ámbito público se ha intentado introducir tarifas en los servicios con el objeto de recuperar una porción de los costos. A pesar de que el Código de Salud vigente no incluye explícitamente esta alternativa de financiamiento, algunos hospitales públicos han creado *patronatos* como una figura autorizada para recaudar contribuciones de los usuarios. Sin embargo, varias experiencias señalan que el pago de los servicios públicos tiende a reducir, o retrasar el uso de los servi-

cios, por los pobres, y que sólo permite recuperar una fracción muy pequeña de los costos.<sup>20</sup>

## 7. La extensión de servicios básicos de salud: el SIAS

El Ministerio de Salud, en un intento por reducir la inequidad en salud, impulsó el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), dirigido a grupos de población excluidos de los beneficios de prestaciones públicas. Desde su implementación en 1997 hasta el 2001, el SIAS ha podido cubrir con un paquete básico de servicios de salud (véase el cuadro XVI.5) a 3.2 millones de habitantes (cuadro XVI.6). Para la prestación de servicios el Ministerio de Salud había suscrito, hasta el 2001, 144 convenios con organizaciones no gubernamentales que asumieron la responsabilidad de la entrega de servicios en las comunidades más postergadas, particularmente indígenas y rurales.<sup>21</sup> El SIAS

<sup>20</sup> OMS, 2002, págs 66 y 67.

<sup>21</sup> MSPAS/OPS/ASDI, 2002.



ha logrado no sólo orientar una mayor cantidad de recursos públicos (cuadro XVI.6) para la prestación de servicios de salud a poblaciones indígenas y rurales, sino que también ha contribuido a privilegiar la asistencia clínica al grupo materno infantil. Ha incluido, dentro del paquete de servicios básicos, medidas promocionales y preventivas de salud pública (las más efectivas por la transferencia de conocimiento y poder a la población y por su costo bajo).

Las ONG contratadas a partir de 1997 han sido de dos tipos: a) las proveedoras de servi-

cios de salud (PSS), que suministran un paquete básico de servicios sanitarios con énfasis en el cuidado preventivo materno-infantil y enfermedades endémicas, y b) las administradoras de servicios de salud (ASS) que funcionan como administradoras, gerentes financieros y pagadoras para proveedores de salud, incluyendo PSS y a ciertas unidades del sistema público de salud. Cada ONG atiende a una población de entre 10 a 15 mil habitantes.

A pesar del incremento en la producción de servicios, incluyendo los concernientes al programa de inmunizaciones, todavía no existe

Cuadro XVI.5

**Composición de los conjuntos de servicios básicos y ampliados en la extensión de cobertura del sistema integral de atención de salud, 1998**

CONJUNTO	COMPONENTE	SERVICIOS
Servicios Básicos	Atención a la mujer embarazada	Control prenatal, toxoide tetánico, entrega de micronutrientes, atención del parto, puerperio e interconcepcional
	Atención infantil y preescolar	Vacunación control de la IRA, control de diarrea/Cólera, evaluación y atención nutricional en menores de 2 años.
	Atención a la demanda de emergencia y morbilidad	Diarrea/cólera, IRA, Dengue/malaria, tuberculosis, rabia, ETS/SIDA
	Atención al medio	Control de vectores, control de zoonosis, disposición sanitaria de excretas y basuras, control de la calidad del agua.
Servicios Ampliados	Atención a la mujer en edad fértil	Detección precoz del cáncer y planificación familiar
	Atención infantil y preescolar	Evaluación y atención nutricional de menores de 5 años
	Atención de emergencias y morbilidad	Según demanda local

Fuente: MSPAS (1997).



Cuadro XVI.6  
Crecimiento del programa de extensión  
de cobertura de servicios de salud

Año	Población cubierta	Presupuesto asignado (quetzales de cada año)	Número de convenios
1997	459,171	10,272,330	14
1998	2,179,733	64,184,625	110
1999	2,515,557	82,504,989	119
2000	2,940,280	101,498,323	136
2001	3,186,213	111,287,836	144

(\*) Adicional a la tradicionalmente cubierta por el sistema de salud, ésta es población que antes de 1996 no contaba con acceso a servicios de salud.

Fuente: UPSI. Dirección General del SIAS, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2002.

una evaluación del impacto del SIAS sobre los indicadores de salud catalogados como los más sensibles: mortalidad infantil y mortalidad materna.<sup>22</sup> Evaluaciones parciales han permitido identificar limitaciones en algunos casos, cuyo alcance cabría determinar con mayor precisión. Estas limitaciones incluirían a) la ausencia de una entrega verdaderamente integral y estandarizada del conjunto de servicios; b) limitada participación comunitaria en la toma de decisiones, incluyendo lo que se refiere a la determinación de la canasta de servicios prestados;<sup>23</sup> c) excesiva centralización en la administración y gerencia del proceso; d) debilidades con la acreditación y evaluación de las ONG que participan en el proceso; y e) un desempeño poco satisfactorio de varias de las ONG contratadas, incluyendo poblaciones rea-

les menores que las declaradas con lo que algunas ONG operaban con superávit no declarados.<sup>24</sup>

Sin embargo, la introducción y consolidación del SIAS pareciera ser la más importante política del sector salud encaminada a reducir la enorme brecha que separa a los ricos de los pobres, a los indígenas de los no indígenas, y a los residentes urbanos de los rurales, en el acceso a los servicios de salud. Para los próximos años el mayor reto será transitar de un modelo orientado por la oferta, con poca participación de la población en la toma de decisiones, a uno más orientado por las particulares demandas locales, como lo han propuesto algunas organizaciones de la sociedad civil,<sup>25</sup> y asegurar que se continúe ampliando su cobertura (véase el recuadro XVI.3).

<sup>22</sup> A la hora de evaluar, debe tomarse en cuenta el impacto que las mejoras en el registro y sistema de información que se han implementado paralelamente a la prestación de servicios han aumentado la notificación de casos de muertes infantiles y maternas que antes se escondían en elevadas tasas de subregistro.

<sup>23</sup> La participación social es expresamente un objetivo de la reforma sectorial de salud, pero los mecanismos para facilitar esta participación y control social son débiles. En buena medida el SIAS descansa en el apoyo de voluntarios de salud pertenecien-

tes a las mismas comunidades y que constituyen el primer contacto entre la comunidad y el sistema de servicios de salud. Aunque se ha establecido la necesidad de que exista una contraparte organizativa de la comunidad, las que existen generalmente no son organizaciones comunitarias formales y legalmente constituidas, ni específicamente vinculadas a la promoción y cuidado de la salud.

<sup>24</sup> GSD 2002, Durán 2001, MSPAS, 2002.

<sup>25</sup> INS, 2002.



Recuadro XVI.3  
**Obstáculos a la extensión de la cobertura de servicios básicos de salud**

De acuerdo con GSD, hubo en el 2000 y el 2001 cierta desaceleración del ritmo de incremento del proceso de extensión de cobertura. Dentro de los factores que explican esta situación estarían:

- \* Un modelo de entrega de servicios orientado por el oferente que no creó las bases para una demanda organizada e informada que sostuviera el modelo mientras la nueva administración de gobierno ajustaba sus cuadros técnicos.
- \* La dependencia de técnicos –nacionales y extranjeros– que no forman parte de la estructura orgánica del Ministerio de Salud y que, por las mismas razones, no institucionalizaron el proceso.
- \* Un flujo de recursos financieros poco predecible: los importantes ahorros derivados de una compra más eficiente de medicamentos, por ejemplo, resultaban extraordinarios y no era predecible que financiaran más que las etapas iniciales e inversiones de corto plazo.
- \* Mecanismos de control y evaluación laxos hacia las ONG contratadas en el período 1995-1999. Evaluaciones recientes han llevado a la interrupción de contratos con varios proveedores.
- \* Disminución de los recursos financieros del estado para sostener el incremento de cobertura. La extensión de cobertura ha alcanzado a poblaciones relativamente «urbanizadas». Los costos para cubrir a poblaciones más postergadas y dispersas son mayores.

Fuente: GSD, 2002.

## 8. La regulación de la salud privada<sup>26</sup>

La regulación pública del sector privado de la salud es casi inexistente en Guatemala. La función de supervisión y control del financiamiento público del MSPAS se limita a sus servicios. Con muy escasas excepciones, no existe una

supervisión sistemática de entes privados ni control de su financiamiento. El control del uso de los recursos financieros del MSPAS se ejerce mediante auditoría interna y externa. La primera está a cargo de auditores propios del Ministerio, y la segunda corresponde a la Contraloría General de Cuentas de la Nación y en ocasiones a auditores designados por Agencias de Cooperación, en el marco de los términos establecidos en los respectivos Convenios.

El Ministerio de Salud ejerce supervisión y control solamente sobre el financiamiento que le es asignado. La supervisión del financiamiento no se extiende a instituciones de seguro o provisión privada de servicios de salud, ni hay una regulación por parte del ente rector del aseguramiento del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) o de entidades privadas. Tampoco hay supervisión, evaluación y control de la provisión de servicios que realizan los proveedores privados. La excepción son las proveedoras de servicios de salud (PSS) que tienen convenio con el MSPAS en el marco del SIAS, habiéndose implementado un sistema de evaluación y control de las ONG que ha conducido a la interrupción de varios convenios por incumplimiento.

No hay un sistema de acreditación formal de establecimientos de salud, existiendo solamente un departamento de inscripción de los establecimientos. En acatamiento de las atribuciones que el impone el nuevo código de salud, el MSPAS estableció una dirección general de regulación, vigilancia y control de la salud, dentro de la cual se estableció un departamento de acreditación, regulación y control de establecimientos de salud, que está en proceso de consolidación institucional.

Por su parte, el Colegio de Médicos acredita de oficio a los profesionales egresados de la universidad nacional y privadas. No existe como condición un proceso previo de acreditación o validación del pensum de estudios ni del proceso de acreditación de las escuelas priva-

<sup>26</sup> Esta sección está basada en OPS/OMS, 2001a.



das de enfermería. Tampoco se cuenta con un mecanismo sistemático para la evaluación de tecnologías que se incorporan al sector salud público o privado, ni instancias públicas o privadas dedicadas a ello.

Tanto en el MSPAS como en el IGSS existe la tendencia a aumentar la participación privada en la provisión de los servicios financiados con recursos públicos. El MSPAS está estableciendo contratos con ONG para la provisión de servicios en el área rural y el IGSS está contratando proveedores privados para la prestación de algunas atenciones como partos, prostatectomías, y atención oftalmológica. Las instituciones mayores del sector salud continúan asumiendo directamente y de forma simultánea las tareas de financiamiento, provisión y regulación de los servicios.

En general, y de acuerdo con normativa vigente, el MSPAS es el responsable de ejercer la rectoría del sector salud en su conjunto, pero su capacidad de injerencia sobre otros actores es limitada. Su nueva estructura organizativa incluye una Dirección General de Regulación sobre los programas de atención a las personas, el medio ambiente, productos farmacéuticos y similares, establecimientos de salud y control de alimentos. La injerencia es más efectiva, hasta ahora, en el registro y control de medicamentos y alimentos<sup>27</sup>.

## 9. El acceso a medicamentos

Desde 1987 no existe una política de control de precios en el país, habiéndose desde entonces liberado éstos a merced de las fuerzas del mercado. Aunque la libre competencia no ha significado una reducción de los precios al usuario, la disponibilidad de medicamentos esenciales distribuidos por medio del Estado ha mejorado en los distintos niveles de atención. Esto ha sido producto de una negociación de mayores volúmenes, el pago al contado a los proveedo-

res, la eliminación de algunos focos de corrupción y el establecimiento de una red de Ventas Sociales de Medicamentos y Botiquines Rurales en las comunidades beneficiadas con el proceso de extensión de cobertura. En particular, la creación del Programa de Accesibilidad a los Medicamentos (PROAM) ha permitido que las ventas sociales y botiquines rurales adquieran medicamentos a precios menores como consecuencia de compras públicas de mercado abierto<sup>28</sup> mediante el cual se obtienen economías de escala. Esto ha permitido mejorar la accesibilidad a medicamentos esenciales en las comunidades más postergadas.<sup>29</sup>

El listado básico de medicamentos del IGSS ha servido de base para elaborar el contrato abierto de medicamentos, y su aplicación es obligatoria para el MSPAS, el IGSS y el Ministerio de Finanzas (como ente regulador de las compras y contrataciones del Estado). Los medicamentos suelen ser dispensados de acuerdo al criterio del prescriptor. Muy recientemente, tanto el IGSS como el MSPAS se encuentran desarrollando protocolos estandarizados para las afecciones de mayor prevalencia. Los únicos protocolos que se aplican de forma generalizada son aquellos dirigidos a las condiciones y patologías incluidas en Conjunto de Servicios Mínimos provisto por el SIAS. El Acuerdo Gubernativo 712-99 «Reglamento para el Control Sanitario de los Productos Farmacéuticos y Afines», establece la presencia de un farmacéutico/a en hospitales de más de 20 camas y su responsabilidad como director técnico en establecimientos farmacéuticos.

## 10. La falta de reconocimiento de la medicina tradicional

Al abordar en Guatemala el tema de la salud y sus implicaciones en el desarrollo humano no puede dejar de mencionarse el aporte de la *medicina indígena y tradicional*, no sólo por su

<sup>27</sup>. OPS/OMS 2001a.

<sup>28</sup>. Forma de adquisición de suministros que se basa en una negociación conjunta de precios (entre el MSPAS, IGSS y Ministerio de Finanzas) y adquisición descentralizada.

<sup>29</sup>. Estos fueron los resultados de evaluaciones efectuadas por GSD en Alta Verapaz (para APRESAL) y en Sayaxché, Petén (para PNUD) en los años 1999 y 2001, respectivamente.



carácter histórico sino por su incidencia en la estructura económica, social y cultural de Guatemala. Las cuatro etnias, en especial los pueblos indígenas, han desarrollado la medicina tradicional por medio de un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, y sobre la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con seres espirituales.

Actualmente se está revalorizando la medicina indígena tradicional, a través de fortalecer los espacios que la legitiman y por ejemplo, al desarrollar experiencias en el campo de las plantas medicinales. La revitalización que se ha hecho de sus principios y conocimientos ha permitido ampliar la cobertura de practicantes en todos los niveles de la sociedad. Existen variedad de especialistas terapeutas tradicionales que la practican, entre ellos la comadrona, los yerberos, curanderos, zahorines y chayeros.

Como orientación de política en este ámbito se encuentran los Acuerdos de Paz, el convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales y la iniciativa de salud de poblaciones indígenas, suscrita por el gobierno de Guatemala en el

seno de la OPS/OMS. En lo referente a salud, el convenio 169 expresa la importancia de que se planifique y administre en cooperación con los pueblos interesados, tomando en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por primera vez en la historia, estableció políticas públicas para los pueblos maya, garífuna y xinca y para el desarrollo de la medicina popular tradicional y alternativa en el país. En el año 2000 formuló la propuesta de «La Medicina Popular Tradicional y su Articulación a las Redes del Sistema Oficial de Salud». La propuesta fue diseñada con aportes locales, especialmente de Ixcán y la región Ixil de Quiché y de Sayaxché, Petén, Chimaltenango y Totonicapán. En el 2001 fue creado el Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional con el objeto de poner en práctica la propuesta partiendo de un proceso de socialización con organizaciones de la sociedad civil vinculadas al tema.