

**PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD
GUATEMALA**

**MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE
CAMBIO Y REFORMA**

**Tercera Edición
(Febrero, 2007)**



PERFIL DEL SISTEMA DE SALUD DE GUATEMALA

Febrero 2007

(Tercera Edición)

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Perfil de sistemas de salud de Guatemala.
Washington, D.C: OPS, © 2007.

ISBN 978 92 75 32825 5

I. Título

1. SISTEMAS DE SALUD
2. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA
3. GUATEMALA

NLM WA 525

Washington DC, Mayo 2007

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico *Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe* y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento, sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y fue posible a través del apoyo prestado por la Oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según lo establecido en el Convenio No. LAC-G-00-04-00002-00. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales.

AGRADECIMIENTOS

Esta tercera edición del Perfil del Sistema de Salud de Guatemala, fue revisada y validada por un grupo de funcionarios y decisores políticos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), del Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social (IGSS), de la Universidad de San Carlos (USAC), de la Universidad Rafael Landívar (URL), de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA), del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA), de la Agencia de los Estado Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La coordinación técnica del grupo nacional corrió a cargo de la Oficina de la OPS/OMS en Guatemala. La responsabilidad por la revisión final y edición correspondió al Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud (HSS), a través de la Unidad de Desarrollo de Políticas de Salud (HP) de la OPS/OMS.

Los puntos de vista expresados en este documento no representan necesariamente las opiniones de los individuos mencionados aquí o sus instituciones afiliadas.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN EJECUTIVO	3
1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD	6
1.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD	6
1.1.1. Análisis Demográfico	6
1.1.2. Análisis Epidemiológico	7
1.1.3. Objetivos del Desarrollo del Milenio.....	11
1.2. DETERMINANTES DE SALUD.....	17
1.2.1. Determinantes Políticos.....	17
1.2.2. Determinantes Económicos.....	18
1.2.3. Determinantes Sociales.....	19
1.2.4. Determinantes Medio Ambientales.....	22
2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD.....	23
2.1. RECTORÍA.....	23
2.1.1. Mapeo de la Autoridad Sanitaria.....	23
2.1.2. Conducción de la Política General de Salud	24
2.1.3. Regulación Sectorial.....	27
2.1.4. Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública	27
2.1.5. Orientación del Financiamiento	28
2.1.6. Garantía del Aseguramiento.....	29
2.1.7. Armonización de la Provisión	29
2.2. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO.....	30
2.2.1. Financiamiento	30
2.2.2. Aseguramiento.....	33
2.3. PROVISIÓN DE SERVICIOS.....	34
2.3.1. Oferta y Demanda de Servicios de Salud.....	34
2.3.2. Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud	36
2.3.2.1. Formación de Recursos Humanos.....	36
2.3.2.2. Gestión de RRHH y Condiciones de Empleo.....	37
2.3.2.3. Oferta y Distribución de RRHH	38
2.3.2.4. Gobernabilidad y Conflictividad del Sector Salud	39
2.3.3. Medicamentos y Otros Productos Sanitarios.....	39
2.3.4. Equipo y Tecnología.....	40
2.3.5. Calidad de los Servicios	40
2.4. MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD.....	41
3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/REFORMA.....	42
3.1. EFECTO SOBRE LAS “FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD”	42
3.2. EFECTO SOBRE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD	43
3.2.1. Equidad	43
3.2.1.1. Cobertura	43
3.2.1.2. Distribución de Recursos	44
3.2.1.3. Prestación de Servicios.....	44

3.2.2. Efectividad	44
3.2.2.1. Mortalidad Infantil y Materna.....	44
3.2.2.2. Enfermedades Transmisibles.....	45
3.2.3. Eficiencia	45
3.2.4. Sostenibilidad	45
3.2.5. Participación Social	46
3.3. EFECTO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD	46
3.4. ANÁLISIS DE ACTORES.....	48

RESUMEN EJECUTIVO

Guatemala con una extensión territorial de 108,889 kilómetros cuadrados y más de 13 millones de habitantes para el año 2006, con una densidad poblacional promedio de 120 habitantes por kilómetro cuadrado, alta ruralidad (54 % de población). El 40 % de la población es menor de 15 años y el 41% indígena. La estructura poblacional establece un índice de dependencia de 1 a 1. Más de la mitad de la población vive en condiciones de pobreza y cerca del 16 % por debajo de la línea de extrema pobreza. Cerca de 67 % de los trabajadores no pertenecen a una empresa o no están en planilla en una finca o no están inscritos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). La mortalidad y natalidad han mostrado descenso en los últimos 15 años a nivel de país. La esperanza de vida al nacer ha aumentado para los hombres de 59.78 a 63.01 entre los quinquenios 1990-1994 y 2000-2005 y en mujeres de 65.54 a 68.70 en los mismos períodos.

El perfil de morbilidad del país se ha mantenido básicamente durante el período 1990-2005, con un patrón de enfermedades infecciosas y nutricionales principalmente en el grupo de menores de cinco años. La desnutrición moderada y grave no ha variado en los últimos cinco años presentando una prevalencia en el grupo de 3 a 59 meses de 49 x 100, 3% mayor que el encontrado en la 1998/99. La mortalidad proporcional atribuible a enfermedades transmisibles ha descendido en el período 1990-2005, pero se mantiene dentro de las primeras causas; sin embargo, las defunciones por enfermedades cardiovasculares y tumores han aumentado. La razón de mortalidad materna registrada en 2000 fue de 153 x 100,000 NVR. Las principales causas de muerte materna fueron hemorragia y sepsis. La mortalidad infantil para el período 2000-2005 fue de 39 por 1000 NV y de 15 para el grupo de 1 a 4 años. La mortalidad infantil y de la niñez demuestra que el grupo mayormente vulnerable es la población rural e indígena.

La atención de salud en el subsector público, es responsabilidad de la red de servicios del Ministerio de Salud, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, de los servicios de salud de los Ministerios de la Defensa y Gobernación y la Universidad de San Carlos. El MSPAS cuenta en total con 1304 establecimientos de salud de diversa complejidad. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social dispone de 139 establecimientos.

El subsector privado lucrativo está constituido por hospitales, sanatorios, clínicas, farmacias y laboratorios autorizados por el Ministerio de Salud Pública. El no lucrativo está compuesto por

las Organizaciones no gubernamentales, las cuales actualmente suman más de mil; así como por la medicina tradicional.

La formación de profesionales en salud corresponde a las universidades. Cinco de las 11 existentes en el país forman médicos y cirujanos, de las cuales la nacional ofrece la carrera en la capital y en el occidente del país, tres privadas solamente en la capital y una privada en la región occidental.

Como parte de los procesos de la reforma de salud, se elaboraron en el año 1998, todas las normas de atención de los programas prioritarios para los tres niveles. En el transcurso del año 2005, se actualizaron y en 2006 fueron socializadas a través de un diplomado dirigido a todo el personal responsable de la atención directa de personas en los servicios de salud del primero y segundo nivel.

Los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural han sido los instrumentos principales para hacer efectiva la Política de Descentralización con la participación de funcionarios del ejecutivo, las municipalidades y la sociedad civil. Desde 1994 se distribuye entre las municipalidades el 10% del presupuesto del Estado.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el ente rector de la salud en el país y lleva el liderazgo en todos los procesos definidos en las políticas de salud del gobierno. Las responsabilidades del Ministerio de Salud en regulación y conducción son exclusivas y comparte con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales el aseguramiento, provisión de servicios, financiamiento y funciones esenciales de salud pública. El sistema de provisión de servicios en el país tiene la característica de ser fragmentado y segmentado, ya que no existen enlaces funcionales ni separación de funciones entre subsistemas y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria que tiene acceso a servicios diferenciados.

El financiamiento de la salud proviene de bolsillo de hogares principalmente, Gobierno Central, empresas y Cooperación Internacional. El Gasto en Salud como porcentaje del PIB ha mostrado un incremento total del 15 % en el año 2003 respecto a 1999. El proceso de Reforma se inició formalmente en el país en 1996 con el "Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud" (PMSS) financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y ejecutado por el Ministerio

de Salud Pública y Asistencia Social.¹ La reforma financiera ha permitido el traspaso de responsabilidades a niveles subnacionales, ya que son las Direcciones de Áreas de Salud las responsables de programación y ejecución del presupuesto asignado, y establecer convenios con prestadoras y administradoras localmente para la prestación de atención que se regula y define por medio de contratos.

En los últimos años la reforma del sector ha permitido mejorar el acceso a los servicios de salud de la población con mayor postergación, el acceso se incrementó en 66 % de 1990 a 2004. La principal estrategia del Ministerio de Salud para la prestación de servicios básicos y aumento de cobertura es el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) principalmente en el primer nivel de atención, que presta servicios a la población con énfasis en la mujer, en la niñez y riesgos ambientales. El 50 % de los departamentos con mayor proporción de población indígena cuentan con por lo menos el 30 % de población cubierta por el SIAS, en un intento de disminuir las inequidades existentes en la distribución de la infraestructura y los recursos humanos.³ Los grupos cubiertos con servicios básicos por parte del Ministerio de Salud es de 3.3 millones de habitantes.

Durante el año 2006 fue elaborado por el Programa de Investigaciones Universitarias de Desarrollo Humano bajo el proyecto: “La construcción social del futuro de la salud en Guatemala” el “*Mapeo político y aproximación a las visiones de futuro de Actores de Salud*” para Guatemala. A través de la construcción participativa de sociedad civil y e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, reconoce en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el eje concéntrico que permita una comprensión de los actores fundamentales que están presentes en la dinámica de la gestión de lo público en el sector salud. Se visualizaron 37 actores, identificando como primarios aquellos que tienen un carácter importante en la toma de decisiones en aspectos relacionados con salud. Con el fin de concensuar la visión de diferentes actores sociales se realizó una consulta expertos de diferentes ámbitos nacionales relacionados con el sector salud (Instituciones de Salud, Municipalidades, Organismos Internacionales, Funcionarios Públicos y Universidades) aportó que los procesos de cambio han sido definidos por el sector salud y financiado con fondos reembolsables con partida nacional, así como evidencia la participación social y el control social dentro de los procesos de fortalecimiento de la democracia.

Análisis de las reformas del Sector Salud en la Sub-Región de Centro América y la República Dominicana julio 2002, LACRSS

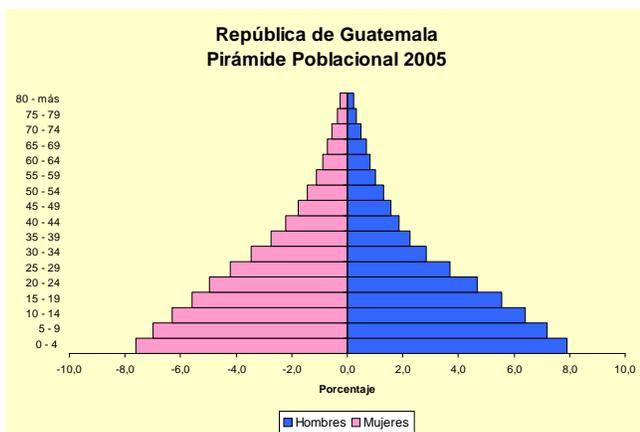
1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

1.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

1.1.1. Análisis Demográfico

De acuerdo a las proyecciones de población realizadas por el Instituto Nacional De Estadística con base en el XI Censo de Población, para el año 2006 la población total del país es de 13,018,759 de habitantes; el crecimiento anual promedio ha sido de 2.65 por 100 habitantes durante los últimos quince años.

La estructura demográfica refleja una población predominantemente joven con más del 40% de



menores de 15 años, no habiendo cambios marcados en los últimos quince años. La esperanza de vida al nacer ha aumentado para los hombres de 59.78 en el quinquenio 1990-1994 a 63.01 en el quinquenio 2000-2005 y en mujeres de 65.54 a 68.70 en los mismos períodos.

La densidad poblacional promedio es de 120 habitantes por kilómetro cuadrado, habiendo concentración en áreas urbanas, que se ha incrementado en los últimos años de 34.97%

Fuente: Proyecciones de población 2000-2020 en base a XI Censo de Población, del Instituto Nacional de Estadística 2002

en 1990 a 46.14% en 2005. El grupo de población indígena maya representa el 41% del total de habitantes.

Las tasas de mortalidad y natalidad han presentado descenso 24% y 8% respectivamente. Las tasas de mortalidad infantil y de la niñez descendieron en 23% y 22% respectivamente durante el mismo período (1990 -2005).

Tabla 1: Tendencia Demográfica

Guatemala 1990-2005

Indicadores/Periodo	1990-1994	1995-1999	2000-2005
Porcentaje de la población económicamente activa (1)	49.75	50.32	50.27
Tasa de crecimiento anual de la población (1)	2.66	2.68	2.61
Porcentaje de población urbana (1)	34.97	34.98	46.14
Porcentaje de la población indígena(1)	41.74	41.72	41.03
Tasa global de fecundidad (2)	5.40	4.93	4.41
Tasa bruta de natalidad x 1000 habitantes (3)	38.90	37.34	35.80
Tasa bruta de mortalidad x 1000 habitantes (3)	8.01	6.89	6.09
Razón de mortalidad materna x 10000 NVR (4)	219	190	153
Tasa de mortalidad Neonatal x 1000 NVR (5)	26	23	22
Tasa de mortalidad Infantil 1000 NVR (5)	51	45	39
Tasa de mortalidad Post Infantil 1000 NVR (5)	18	14	15
Tasa de mortalidad Niñez 1000 NVR (5)	68	59	53
Esperanza de Vida al nacer			
Hombres	59.78	59.78	63.01
Mujeres	65.54	67.22	68.70

Fuentes: (1) Quinquenio 1990-1994 dato del Censo INE 1994. Quinquenio 1995-1999 Promedio quinquenal de la población según proyecciones de población INE y Quinquenio 2000-2005 Censo INE 2002 (2) Guatemala, Estimaciones y Proyecciones de población 1950 - 2050, Instituto Nacional de Estadística INE/Celade. (3) Guatemala, Estimaciones y Proyecciones de población 1950 - 2050, Instituto Nacional de Estadística INE/Celade (4) La fuente para los datos de Mortalidad Materna corresponden al Informe de Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000, Guatemala, MPSAS, Estudio de Mortalidad Materna Medina 1989, ENSMI 1995 y Línea Basal 2000. (5) Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995 - 1998 - 2002

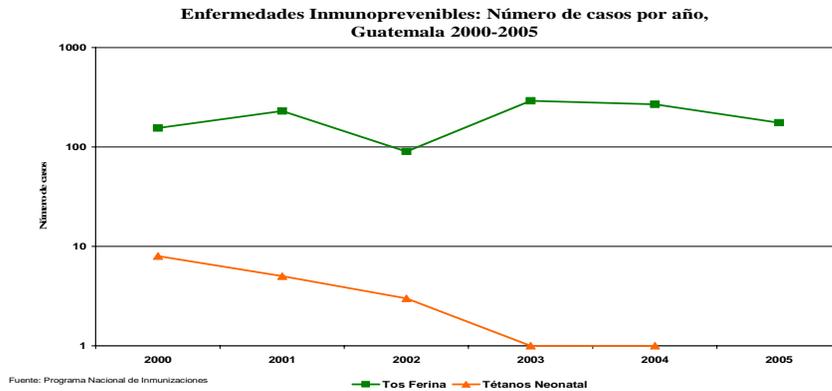
1.1.2. Análisis Epidemiológico

El perfil de morbilidad del país se ha mantenido básicamente durante el período 1990-2005, con patrón de enfermedades infecciosas y nutricionales principalmente en el grupo de menores de cinco años. De acuerdo a la Encuesta Nacional Materno Infantil del año 2002 la desnutrición moderada y grave no ha variado en los últimos años presentando, una prevalencia en el grupo de 3 a 59 meses de 49 x 100, 3% mayor que el encontrado en los años 1998/99. La desnutrición crónica se ha comportado de forma diferenciada según el lugar de residencia, en el área rural la prevalencia reportada es de 55.5% y en el área urbana de 36.5% en el mismo grupo de niños. Un 22.7% de los niños (as) menores de cinco años presentan desnutrición global total y 3.7% presentan desnutrición global severa, igualmente es mayor en el área rural con el 25.9% y en la urbana 16.2 %.²

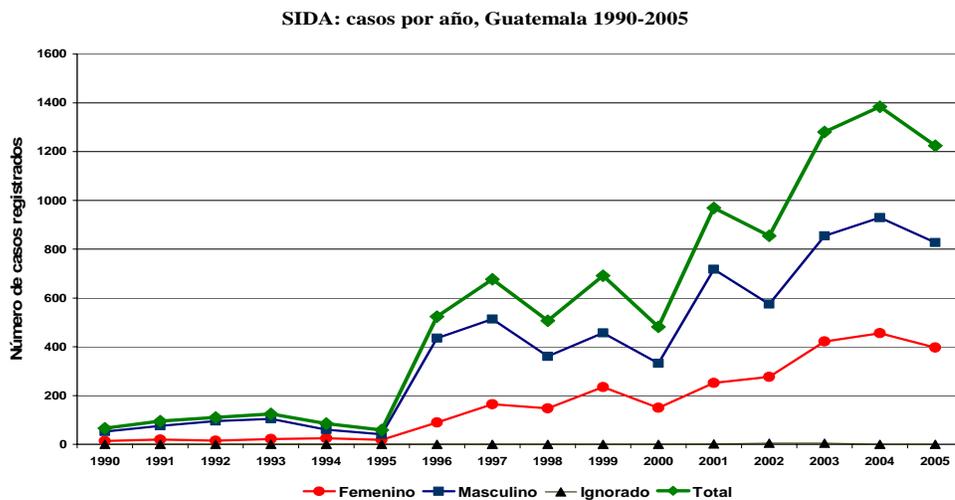
El avance en los programas de inmunizaciones se evidencia en la disminución de los casos de enfermedades evitables por vacuna, desde el año 1999 no se han notificado casos de

² La desnutrición global es la deficiencia del peso con relación a la edad; representa el resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes

sarampión. El último caso de difteria se reportó en el año 1997, la erradicación de la poliomielitis fue certificada en el año 1993. En el año 2003 se registraron 3 casos de meningitis tuberculosa.



De acuerdo a los registros del Ministerio de Salud la tasa de incidencia por tuberculosis pulmonar ha descendido de 24.66 a 21.54 x 100,000 habitantes del año 1993 a 2002. El comportamiento de los casos de SIDA ha sido ascendente. La razón de masculinidad de SIDA ha variado de 4.2 a 1.7 en el período referido.³



Fuente: Boletines Epidemiológicos, Vigilancia Epidemiológica, Departamento de Epidemiología, MSPAS Programa Nacional de Tuberculosis y Programa Nacional del SIDA/Vigilancia Epidemiológica, MSPAS

³ Boletines Epidemiológicos, Vigilancia Epidemiológica, Departamento de Epidemiología, MSPAS, Programa Nacional de Tuberculosis y Programa Nacional del SIDA/Vigilancia Epidemiológica, MSPAS

Malaria es la enfermedad metaxénica que más casos reporta anualmente en el país con un promedio en el quinquenio 200-2005 de 18,027. A pesar de que se ha notificado un descenso en el número de casos en los últimos cinco años, debe tomarse en cuenta que el diagnóstico de laboratorio fue menor a nivel local durante este período. El dengue ha presentando años epidémicos durante 1991, 1996, 2000 y 2001, y a partir de este último año el número de casos se mantiene anualmente con leve descenso. ¹

**Tabla 2: Morbilidad y factores de riesgo
Guatemala 1990-2005**

Períodos/Indicadores	1990-1994		1995-1999		2000-2005	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Prevalencia de bajo peso al nacer (1)	13.4	7.9	11.4	7.9	13.1	11.3
Tasa de fecundidad en mujeres adolescentes (15-19 años) (1)	99	148	86	139	85	133
Prevalencia anual de déficit nutricional moderado y grave en niños menores de 5 años (2)	49.7		49.7		48.7	
Porcentaje de partos atendidos por personal sanitario capacitado (2)	34.3		40.4		42.1	
Incidencia anual de infecciones por influenza (4)	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Número anual de casos confirmados de dengue (5)	4412		1650		979	
Número anual de casos confirmados de malaria (5)	35649		23506		18027	
Incidencia anual de TBC (6)	24.66		25.53		21.54	
Incidencia anual de TBC baciloscopia positiva (6)	21.21		20.9		14.44	
Incidencia anual de VIH/SIDA (7)	99		534		1434	
Razón de casos de VIH/SIDA (hombre/mujer) (7)	4.2		2.6		1.7	
Incidencia anual de neoplasias malignas de pulmón (8)	N/D		27		24	
Incidencia anual de neoplasias malignas de mama en mujer (8)	N/D		191		245	
Incidencia anual de neoplasias malignas de cuello de útero (8)	N/D		674		747	

Fuente: (1) Guatemala. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995 - 1998 - 2002 (2) Guatemala. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (3) Boletines epidemiológicos, Vigilancia Epidemiológica, MSPAS (4) No ha existido un sistema formal de Vigilancia de la Influenza (5) Boletines epidemiológicos, Vigilancia Epidemiológica, MSPAS (6) Programa Nacional de Tuberculosis, Referencia Años 1993 - 1998 - 2002 (7) Programa Nacional del SIDA/Vigilancia Epidemiológica, MSPAS (8) Registro de Cáncer en Guatemala, INCAN. 1997 Y 2002 (Se refiere a frecuencia de casos)

La información de la base datos del INE, la mortalidad proporcional atribuible a enfermedades transmisibles ha descendido de 76 a 62% del total de defunciones registradas; al contrario, las defunciones por enfermedades cardiovasculares han aumentado en 61% y por tumores en 100% durante el mismo período. Para el año 2004 el 53% de las muertes por tuberculosis se presentaron mayormente en el grupo de población indígena, con una tasa de mortalidad de 1.85 x 100,000 habitantes a diferencia del grupo no indígena con tasa de 1.36 x 100,000 habitantes; otra de las enfermedades transmisibles que muestran diferencia de acuerdo a grupo étnico es el SIDA en donde el 62% de los casos ocurrieron en el grupo no indígena, con una tasa de 2.28 x

100,000 y en el grupo indígena 1.64 x 100,000 habitantes. La mortalidad por enfermedades cardiovasculares registró en 2004 una tasa de 52 x 100,000 habitantes siendo mayor en la población no indígena con el 57% de total de muertes por esta causa y una tasa de 42 x 100,000 habitantes y en la población de indígenas 37 x 100,000 habitantes. La mortalidad por causas externas presenta una tasa promedio de 37 x 100,000 habitantes siendo mayor en el grupo no indígena.

**Tabla 3: Tasa de Mortalidad
Guatemala 1990-2005**

	General (tasa x 1000 hb) (1)	Materna (2)	TBC (total defunciones) (3)	SIDA (total defunciones) (3)	Malaria (total defunciones) (3)	Enfermedades del Aparato Circulatorio (total defunciones) (3)	Enfermedades Neoplásicas Malignas (total defunciones) (3)	Causas Externas (total defunciones) (3)
Períodos								
1990-1994	8.01	219	722	29	784	32035	15210	37853
1995-1999	6.89	190	521	1021	472	40330	22502	41877
2000-2005	6.09	153	402	2678	239	46875	28843	45583
Género								
Hombres	6.4		218	515	15	4972	2905	8101
Mujeres	4.5		118	169	13	4815	3449	1753
Zona Geográfica								
Urbano	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Rural	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Pertenencia étnica								
Indígena	4.1	211	106	94	10	2115	1489	2010
No indígena	2.4	70	91	152	11	2803	1753	2578
Total			197	246	21	4918	3242	4588
% indígena			53.81	38.21	47.62	43.01	45.93	43.81

Fuente: (1) Cálculos propios en base a Datos de INE de mortalidad y Proyecciones de Población de INE (2) informe de Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000, Guatemala, MPSAS (3) Cálculos propios con Bases de Datos del INE, se refiere a promedio anual de número de casos de mortalidad, para género y partencia étnica la misma fuente y corresponde al año 2004, último disponible.

La razón de mortalidad materna registrada en la línea basal del 2000 reportó 153 x 100,000 NVR. Las principales causas de muerte materna fueron hemorragia y sepsis. La mortalidad infantil por causas relacionadas con problemas en el período peri natal representa el 38% del total, y las afecciones respiratorias y diarreicas el 37%. En el grupo de 1-4 años estas dos últimas causas representan el 61% del total de defunciones en este grupo; del total de defunciones de la niñez en el 5% se registran las deficiencias de la nutrición como causa básica. La mortalidad en la niñez es mayor en la población rural e indígena con una tasa registrada de 66 y 69 x 1000 nacidos vivos registrados respectivamente.

**Tabla 4: Mortalidad Infantil
Guatemala 1990-2005**

	Neonatal (0-28 días)	Post-neonatal (28 días a 1 año)	Infantil (0 a 1 año)	Post infantil (1-4 años)	Total (1 a 5 años)
Períodos (tasas por 1000 NVR) (1)					
1990-1994	26	25	51	18	68
1995-1999	23	22	45	14	59
2000-2005	22	16	39	15	53
Causas de muerte (número de defunciones) (2)					
Afecciones originadas en el período perinatal	3796	0	3796	0	0
Enfermedades infecciosas intestinales (EDA)	0	909	909	1044	1071
Enfermedades de las vías respiratorias (IRA)	10	2824	2834	1537	1599
Anomalías congénitas	383	112	495	29	32
Deficiencias de la nutrición	1	281	282	212	222
Otras causas	98	1624	1722	1386	1519
Zona Geográfica					
Urbano	21	14	35	11	45
Rural	25	23	48	18	66
Pertenencia étnica					
Indígena	26	24	49	21	69
No indígena	22	18	40	13	52
Total de defunciones	4288	5750	10038	4208	4443

Fuente: (1) Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995 - 1998 - 2002 (2) Cálculos Propios con Base de Datos del INE del año 2004, Frecuencia absoluta de casos (3) Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002

1.1.3. Objetivos del Desarrollo del Milenio

La Vicepresidencia de la República es el ente coordinador del Gabinete Social, instancia de gobierno donde confluyen los Ministerios y Secretarías encargadas de las acciones dirigidas al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En el año 2004 se iniciaron procesos en las áreas de información, focalización, coordinación, seguimiento y evaluación de las acciones relacionadas con los Objetivos del Milenio y avances en la política social del país.

El Sistema de Información para la Gobernabilidad –SIGOB- es el instrumento para el seguimiento de los resultados alcanzados por los ministerios y secretarías involucradas en las metas propuestas. Para el seguimiento se han establecido años base y fuentes de información para cada una de las metas. Se han definido como responsables de cada Objetivo instancias gubernamentales, en el caso de salud el responsable es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de los programas específicos. La mayoría de planes estratégicos

cubren los años de gobierno (4 años), incluyendo población prioritaria y focalización de intervenciones.

Evidencia el esfuerzo por establecer prioridades de Estado la creación del Foro Permanente de Partidos Políticos en el año 2002. Los partidos políticos a través de la Agenda Nacional Compartida manifestaron su compromiso político multipartidario en busca de contribuir a la transformación de Guatemala, tomando como base los Acuerdos de Paz y los Informes de Desarrollo Humano para identificar necesidades de país y elaborar los planes de gobierno. El Gobierno de la República de Guatemala a través de la Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia asumió la responsabilidad de elaborar el II Informe de Avance de los Objetivos del Milenio en el año 2005, de forma participativa y con el apoyo de organismos internacionales. Este informe es de especial importancia, ya que Guatemala fue seleccionado como país piloto para la elaboración de un informe nacional de seguimiento de las metas del milenio.

El Sistema de Naciones Unidas realizó una revisión de los avances en la consecución de los objetivos del milenio por los países latinoamericanos y del Caribe, para esto fueron clasificados en cinco grupos, cuatro de ellos de acuerdo con el nivel de desarrollo humano.⁴ Guatemala de acuerdo al desarrollo humano alcanzado a inicio de la presente década, ha sido clasificado dentro de los países con desarrollo humano medio bajo y bajo, evidenciando que está dentro de los países que deben realizar mayores esfuerzos para conseguir dichos objetivos. El avance en la disminución de la pobreza en Guatemala desde 1990, asociado a un crecimiento promedio del 3,6% a partir de entonces, explica que la tasa requerida (4,8% anual) no sea muy distinta de la histórica. El crecimiento demográfico será de un 2,0% que representa para el año 2015 una población superará de 24% a 31% a la actual. Por ello, el avance hacia las metas, establecidas en términos de una reducción porcentual de los indicadores, impone la necesidad de desplegar mayores esfuerzos.

⁴ Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe
Publicación de las Naciones Unidas, LC/G.2331-P, ISBN: 92-1-322741-8. Naciones Unidas, agosto del 2005.

Tabla 5: Objetivos de desarrollo del milenio

ODM	Institución/es responsables	Bases de datos estandarizadas	Información actualizada	Identificación de brechas al 2005	Identificación de intervenciones	Plan estratégico 2015	Asignación presupuestaria
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	Vicepresidencia de la República SEGEPLAN, SESAN, SEPAZ, Consejos de Desarrollo Urbano y Rural	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI)	1989 año base ENCOVI 2000	ENEI 2004, Mapas de pobreza y NBI 2002, población rural indígena	La estrategia <i>Guate Solidaria Rural</i> es el principal mecanismo para la reducción de la pobreza extrema. Enfocada a 41 municipios bajo criterios de pobreza e inseguridad alimentaria. A través de la participación social y la articulación y focalización de la oferta pública existente, mejorar el capital humano y ampliar las oportunidades de los más pobres. Los gobiernos posteriores a la firma de los Acuerdos de Paz han incluido en sus planes de trabajo la voluntad de actuar en contra del fenómeno de la pobreza.	Guate Solidaria Rural Acuerdos de Paz Reducción de la Pobreza	En cada eje
2. Lograr enseñanza primaria universal	MINEDUC	Sistema estadístico de MINEDUC, Censo de población 2002	1994 año base	CENSO de Población 2002 e informe de MINEDUC: población indígena, rural y mujeres.	Estrategia Nacional de Reforma Educativa que presentó el MINEDUC. Orientada al logro de resultados y sus cuatro lineamientos: 1) calidad educativa, 2) carrera docente, 3) nuevo modelo de gestión y 4) mejoras en la infraestructura escolar. Se ha impulsado la participación del sector privado y ONG's para cumplir con los objetivos y metas planteadas.	Plan Nacional de Educación 2004-2007 y Reforma Educativa Plan Nacional de Acción de educación para todos los guatemaltecos	Gubernamental y empresa privada
3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer	Secretaría Presidencial de la Mujer	ENCOVI Sistema Estadístico de las diferentes instituciones	nd	nd	Legislación que promueve el respeto y equidad de género. Programa	Plan estratégico de Educación de la niña 2004-2007 Promoción y capacitación de la mujer	MINEDUC, Salud Reproductiva

Tabla 5: Objetivos de desarrollo del milenio

ODM	Institución/es responsables	Bases de datos estandarizadas	Información actualizada	Identificación de brechas al 2005	Identificación de intervenciones	Plan estratégico 2015	Asignación presupuestaria
					de Becas para la Niña, participación de las comunidades en el área rural, mediante comités educativos denominados COEDUCAS. Proyecto de Bi-Alfabetización, un proyecto de alfabetización bilingüe desarrollado en las áreas mam y q'anjob'al. Creación de organizaciones sociales entre las que destaca la Defensoría de la Mujer indígena.	trabajadora del Ministerio de Trabajo	
4. Reducir la mortalidad de la niñez	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Encuesta Nacional Materno-Infantil	1987 año base	Origen etnocultural y lugar de residencia (urbano/rural)	El MSPAS a través del Programas Nacional de Salud Reproductiva e Inmunizaciones ha desarrollado acciones en busca de esta meta, entre ellas: la creación de los hogares materno-infantiles, introducción de la vacuna pentavalente, fortalecimiento del programa de extensión de cobertura en las áreas con mayores problemas materno-infantiles, fortalecer el segundo nivel de atención –CAIMI–.	Programa nacional de Salud Reproductiva y el Vacunación	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
5. Mejorar la salud materna	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Estudio Medina 1989, Línea Basal 2001 Proyecciones en base a estos dos informes	1989 año base, Estudio de Medina	Por lugar de residencia y origen etnocultural	El MSPAS creó el Programa Nacional de Atención Post-Aborto, que funciona desde 2004 en 22 hospitales del país, maternidades cantonales, de los Centros de Atención Integral Materno-Infantil y el	Programa nacional de Salud Reproductiva, atención Adolescentes, Programa Internacional ALERTA (iniciativa para una maternidad sin riesgo)	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Organismos Internacionales, Fondo Global al Plan Nacional de Vigilancia, Programa de acción contra el SIDA en Centro América (PASCA)

Tabla 5: Objetivos de desarrollo del milenio

ODM	Institución/es responsables	Bases de datos estandarizadas	Información actualizada	Identificación de brechas al 2005	Identificación de intervenciones	Plan estratégico 2015	Asignación presupuestaria
					fortalecimiento del programa de extensión de cobertura en áreas identificadas como críticas.		
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Sistema de reporte de caos de VIH/SIDA PNS, Informe de Tuberculosis para el resto no hay	Año base VIH/SIDA 1990	Por lugar de residencia y origen etnocultural	El VIH/SIDA está incluido en la Constitución Política, en el Código de Salud y en el Código Penal. Por otro lado, el VIH/SIDA ha sido objeto de una legislación específica. La Ley de Bancos de Sangre, Política Nacional de Población y Desarrollo, incluye las líneas de acción en materia del VIH/SIDA. El MSPAS a través del programa específico desarrolla funciones de atención integral y tratamiento con ARV, vigilancia epidemiológica y acciones de prevención de la transmisión madre-hijo. El Fondo Global apoya al Plan Nacional de Vigilancia Epidemiológica de segunda generación del VIH, así como el Programa de Acción contra el SIDA en Centro América (Pasca) y ONUSIDA.	Plan Estratégico Nacional sobre ITS/VIH/SIDA 2004-2008 Programa de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Organismos Internacionales, Fondo Global al Plan Nacional de Vigilancia, Programa de acción contra el SIDA en Centro América (PASCA).
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	Comisión Nacional de Medio Ambiente, CONAP, INAB, Ministerios de Ambiente, Agricultura y Salud	Estudio de Escobar y Rodríguez 1990, Sistema guatemalteco de áreas protegidas	Año base 1990	nd	En los últimos dos años se han creado importantes instrumentos legales, como la Política Gubernamental del Recurso Hídrico (2004), la Política Nacional para el Manejo Integral de los		De cada institución participante, ONG y Universidad de San Carlos de Guatemala

Tabla 5: Objetivos de desarrollo del milenio

ODM	Institución/es responsables	Bases de datos estandarizadas	Información actualizada	Identificación de brechas al 2005	Identificación de intervenciones	Plan estratégico 2015	Asignación presupuestaria
					Residuos y Desechos Sólidos (2004), la Política Nacional de Educación Ambiental (2004), la Política Nacional del Manejo del Fuego (2005) y la Política de Conservación del Recurso Suelo. Como un esfuerzo para mejorar e integrar la gestión ambiental, se desarrolla el programa Guate Verde. Además, destacan la formulación de la Política de Equidad de Género en el Sector de la Gestión Ambiental y el Plan de Acción 2003-2008, así como la existencia de la Unidad de Pueblos Indígenas del Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales.		
8. Promover una asociación mundial para el desarrollo	Gabinete de Cooperación Internacional: Coordinado por Vicepresidencia de la República, integrado por Ministerio de Finanzas Públicas; SEGEPLAN, Ministerio de Relaciones Exteriores	nd	2000 Datos de Banco de Guatemala, ENEI 2004 SEGEPLAN 2005 CEPAL 2005	nd	El Gobierno de Guatemala institucionalizó en 2005 el Gabinete de Cooperación Internacional (GCI), como un instrumento de gerencia interinstitucional, por medio del cual se coordinan esfuerzos para obtener una mejor calidad y oportunidad en los procesos de gestión y ejecución de los proyectos financiados parcialmente con recursos externos.	Gabinete de Cooperación Internacional, Acceso a mercados: Tratado Libre Comercio, Trabajo a Jóvenes Acceso a medicamentos	De cada institución participante, ONGs y empresas privadas

Fuente: construcción propia en base a datos de Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Guatemala, II Informe de Avances, SEGEPLAN Guatemala marzo 2006

1.2. DETERMINANTES DE SALUD

1.2.1. Determinantes Políticos

Guatemala está establecida como Estado libre, independiente, soberano y democrático. Cada período de Gobierno tiene una duración de 4 años, con elección de representantes del Poder Ejecutivo y Legislativo, así como alcaldes municipales. Guatemala se divide política y administrativamente en 22 departamentos y 332 municipios. Desde 1985 se estableció constitucionalmente como responsabilidad del estado promover de forma sistemática la descentralización económica administrativa, para lograr un adecuado desarrollo regional del país. La firma de los Acuerdos de Paz en el año 1996 constituyó un hecho histórico, marcando un rumbo nuevo sobre la consolidación del Estado de Guatemala. Los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural han sido los instrumentos principales para hacer efectiva la Política de Descentralización con la participación de funcionarios del ejecutivo, las municipalidades y la sociedad civil. Desde 1994 se asigna a las municipalidades el 10% del presupuesto del Estado para los proyectos de desarrollo local. En el año 2004 el Acuerdo Gubernativo No. 346-2004, modifica el acuerdo de creación la Comisión Presidencial para la Reforma, Modernización y Fortalecimiento del Estado (COPRE).

El Gabinete Social es responsable de coordinar y apoyar las actividades de desarrollo social a nivel nacional y regional centroamericano. Reúne a los Ministerios de Salud, Educación, Comunicaciones y Obras Públicas, Agricultura, Ganadería y Alimentación, Cultura y Deportes, Trabajo, las Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, Seguridad Alimentaria, SEGEPLAN y FONAPAZ.

El Ministerio de Salud ha desconcentrado la función de ejecución presupuestaria hacia las Direcciones de Área de Salud, quienes elaboran el plan operativo anual que incluye la presupuestación de las actividades de salud de su jurisdicción, que son consolidados a nivel central por las unidades de planificación y presupuesto. En el año de 1996 se inició la reforma institucional organizacional y de prestación de servicio que ha permitido el acceso a los programas básicos de salud de los grupos de población con mayor postergación.

Para el período 2004-2008 las prioridades de salud están plasmadas en los Lineamientos

del Plan Nacional de Salud que incluye las siguientes políticas: a) Fortalecimiento del Papel Rector del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, b) Satisfacción de las necesidades de salud de la población guatemalteca mediante la entrega de servicios de salud con calidad, calidez, equidad, con enfoque intercultural y de género en los diferentes niveles de atención, c) Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de las competencias, responsabilidades, recursos y poder de decisión a las áreas de salud y hospitales, d) adquisición y provisión de insumos en forma oportuna para el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, e) Modernización del sistema de gestión administrativo-financiero y de planificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como elemento básico de apoyo a la presentación de servicios de salud, f) Fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud, g) Promoción de acciones de apoyo al saneamiento del medio que mejoren la calidad de vida de la población, y h) Protección a la población de los riesgos inherentes al consumo y exposición de alimentos, medicamentos y sustancia nocivas a la salud.

1.2.2. Determinantes Económicos

En los últimos quince años el crecimiento económico ha sido en promedio del 2.4% anual, el mayor incremento se reportó en el año 2005 con un 3.2% en base al año anterior. La economía se basa principalmente en el comercio con un incremento de 0.13% entre 2000 y 2005, agricultura, silvicultura, caza y pesca cuyo aporte se ha mantenido en promedio de 22.5 y 22.9% en los últimos 5 años. La industria manufacturera a pesar de haber decrecido se mantiene como tercer rubro de aporte económico, y la actividad de transporte, almacén y comunicaciones es el cuarto rubro de la economía nacional.⁵

Otra actividad que genera ingresos al país son las remesas que son enviadas a familiares por guatemaltecos residentes en otros países. De acuerdo al Banco de Guatemala el ingreso de divisas por esta razón registró una cifra equivalente de 9 y 9.4 % del PIB, en los años 2004 y 2005. En el período estudiado (1990 – 2005) la tasa de inflación ha sufrido variaciones, siendo la mayor registrada en el año 1990 (60.64), en promedio, excluyendo el año mencionado, la tasa inflacionaria ha sido de 7.5.

⁵ Documento Inédito, Situación de la Salud y su Financiamiento 2004-2005, MSPAS

La razón dependencia se ha mantenido en promedio de 1 a 1. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) y Egresos e Ingresos (ENEI) se considera población económicamente activa a los mayores de 10 años, reportando estas fuentes 69.7% de población empleada.

Tabla 6: Tendencia de algunos indicadores económicos Guatemala 1990-2005

Indicador	1990-1994	1995-1999	2000-2005
PIB real \$ (1)	14,122.2	19288.9	27317.1
PIB per cápita en USD en precios corrientes (Banco de Guatemala) (1)	1411.7	1718.3	2,205
Gasto público per cápita (2)	nd	186.48	233.37
Población económicamente activa (2)	49.75	50.32	50.27
(PEA): PEA población empleada (INE 10 años y más) (3)	nd	nd	69.7
Gasto público total, como porcentaje del PIB (1)	nd	nd	11
Gasto público en servicios de salud como porcentaje del PIB (4)	nd	3.13	5.36
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total (4)	nd	55.95	61.75
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud) (4) (5)	nd	43	54
Tasa de inflación anual (5)	21.43	7.8	7.33
Remesas en términos del % PIB	nd	nd	9.2
Deuda externa % en relación al PIB	nd	nd	nd
Porcentaje de hogares con jefatura femenina (6)	18.2	nd	22.7
Servicio de deuda externa % en relación al PIB	nd	nd	nd

(1) Informe de Desarrollo Humano 2005; (2) Cálculos propios en base a Proyecciones de población INE, Datos de Banco de Guatemala, y Finanzas Pública; (3) MECOVI-INE Encuestas Nacional de Empleo e Ingresos ENEI4, febrero-marzo 2003, no incluye subempleo visible y desempleo total; (4) Situación de la Salud y su Financiamiento 99-2003; (5) INE/ Banco de Guatemala; (6) Censos de población X y XI 1994, 2002

1.2.3. Determinantes Sociales

Durante el período 1990-2005 el porcentaje de la población residente en el área urbana se ha incrementado en 32%, siendo la región metropolitana la que concentra al 22% de la población del país. La población indígena representa más del 41% de la población total del país, y de acuerdo a los datos de diferentes fuentes, es esta población la que concentra la pobreza. En Guatemala más de la mitad de la población (56% ENCOVI 2000) vive en condiciones de pobreza y cerca del 16% por debajo de la línea de extrema pobreza; a excepción de la región metropolitana en todos los departamentos del país, 1 de cada 2 habitantes viven en condiciones de pobreza.

**Tabla 7: Niveles de Pobreza
Guatemala 2004**

Área	Porcentaje de Personas en condición de pobreza	
	Pobre (2)	Extrema (1)
Total	56	21.50
Urbana	75	9
Rural	27	32
Pertenencia étnica		
Indígena	76.1	29
No indígena	41.4	15
Género		
Hombres	nd	23
Mujeres	nd	13

Fuente: (1) Informe cumplimiento de Metas del Milenio 2006; ENEI 2004; (2) Cálculos Banco Mundial en base ENCOVI 2000

**Tabla 8: Incidencia de pobreza general y extrema: Número y porcentaje de municipios
Guatemala 2006**

Pobreza general			Pobreza extrema		
Porcentaje de pobreza	Número de municipios por rango	Porcentaje de municipios por rango	Porcentaje de pobreza	Número de municipios por rango	Porcentaje de municipios por rango
6.27 - 30	33	10	0.38 - 8.04	80	24
30.01 - 45	33	10	8.04 - 12.11	49	15
45.01 - 60	61	18	12.11 - 22.52	77	23
60.01 - 75	80	24	22.52 - 32.35	60	18
75.01 - 99.99	124	37	32.35 - 64.88	65	20
Total	331	100	Total	331	100

Fuente: Mapas de Pobreza, 2006, SEGEPLAN, Elaboración con información de SEGEPLAN, INE, URL.

La condición laboral de la población varía de acuerdo a su lugar de residencia y género, en general el desempleo total registrado en la ENCOVI 2000 fue de 14.3% de la población mayor de 15 años, y el subempleo visible⁶ el 16%. Estos dos indicadores son mayores en el área urbano metropolitana con desempleo total de 18.4 y subempleo visible de 16.2. En cuanto a género, el desempleo total es de 24.7% en mujeres y en hombres de 6.6%, y en el área rural 27% en mujeres y 5.1 en hombres. De acuerdo al estudio de Encuesta de Trabajo Infantil en Guatemala (incluida dentro de ENCOVI 2000) el 20% de los niños de 7 a 14 años son trabajadores, en el área rural este porcentaje es de 24% y en población indígena de 30 %, y del grupo de 7 a 9 han trabajado por lo menos el 2.7 % de los niños, este grupo de niños pierden la oportunidad de educación formal afectando la productividad y competitividad económica del país. De cada 100 niños que trabajan solo 67 se inscriben

⁶ En Guatemala, en la categoría Subempleo Visible se consideran a los ocupados que trabajan menos de 40 horas a la semana y tienen deseos de trabajar más. El Subempleo Invisible, comprende a los que trabajan 40 horas o más a la semana y cuyos ingresos son inferiores al salario mínimo de la Rama de Actividad Económica a la que pertenecen.

en la escuela primaria. Las principales fuentes de trabajo infantil son agricultura, manufactura, comercio y oficios domésticos por más de 4 horas diarias. La prevalencia ha ido en aumento desde 1994 cuando el Censo de Población reportó 7.9% y la ENEI en el 2002 un 23.5%.

Tabla 9: Condiciones de Empleo de acuerdo a género e ingreso Guatemala 2004

Sector de ocupación	Total para el sector	Urbano Metropolitana	Urbano	Rural
Total				
Formal	69.7	67.7	72.7	70
Sub empleo visible	16	16.2	13.9	13.8
Desempleo Total	14.3	18.4	13.4	16.2
Hombres				
Formal	77	69.7	78.8	78.4
Sub empleo visible	16.4	20	12.8	16.5
Desempleo Total	6.6	10.3	8.4	5.1
Mujeres				
Formal	59.9	63.7	65.6	57.4
Sub empleo visible	15.4	16	14.1	15.6
Desempleo Total	24.7	22.9	20.3	27

Fuente: ECOVI 2000, ENEI septiembre-octubre 2004

La prevalencia de violencia intrafamiliar reportada en la ENCOVI 2000 fue de 33% en la población no indígena y 22% en la indígena. Las estadísticas de Violencia Intrafamiliar del INE reportaron un total de 8231 casos en el año 2004, siendo el 86% víctimas mujeres, y de ellas el 58% en no indígenas; en el 85% de los casos los agresores fueron esposos o convivientes.

En cuanto al nivel educativo, en el país la tasa de analfabetismo reportada por el Ministerio de Educación en el año 2001 fue de 31.5 x 100 habitantes mayores de 14 años. La tasa neta de escolaridad primaria es de 92.4% en niños de 7 a 12 años, de 94.7% en hombres y 90.1% en mujeres; estos indicadores disminuyen substancialmente en los ciclos escolares básicos con 31.1% y diversificados de 17.7%.⁷ En Guatemala 4.4 millones de habitantes son de origen Maya, oficialmente se reconocen 22 etnias, pero se identifican 25 grupos étnicos-lingüísticos. Se considera que del total de personas mayas, xinca o garífuna 46.7% son bilingües en español y su idioma materno.⁸

⁷ Unidad de Informática, Ministerio de Educación –Anuario Estadístico 2004

1.2.4. Determinantes Medio Ambientales

El Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales es el responsable de formular y ejecutar las políticas de conservación, protección y mejoramiento del ambiente y de los recursos naturales, con el fin de promover el derecho humano a un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado; debiendo prevenir la contaminación y disminuir el deterioro ambiental y la pérdida del patrimonio natural. Datos de ENCOVI 2000 reportan que el 69% de los hogares tienen acceso a agua entubada y el 47% a disposición adecuada de excretas. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Departamento de los Programas de Salud y Ambiente realiza acciones de regulación y vigilancia de riesgos ambientales relacionados con la salud, entre ellos vigilancia de la calidad de agua, disposición de desechos líquidos y sólidos, y control de alimentos industrializados y de ventas de alimentos. Con la vigencia del Tratado de Libre Comercio (TLC) se han centrado acciones y esfuerzo en el desarrollo de las capacidad en aspectos de inocuidad de alimentos para insertarse en el mercado internacional.

No existe un ente rector ni regulador de los servicios de agua potable y saneamiento, la prestación de los servicios de agua potable y saneamiento es descentralizada y compete a cada municipalidad regular el servicio conforme el Código Municipal. Se estima que menos del 40% del agua de consumo humano recibe desinfección en las áreas urbanas y menos del 15% en el área rural. Un 4% de las municipalidades aplican algún tratamiento a las aguas residuales, mientras que el resto es vertido en los cuerpos de agua, principalmente ríos. (EVAS 2000).

En muchos lugares poblados del país, así como en comunidades aledañas a terrenos de cultivo, se tiene una mala calidad del aire como consecuencia de la contaminación por emanaciones industriales, emisión de gases en los escapes de vehículos automotores y por el uso de sustancias químicas para fumigación. También debe mencionarse la alteración de la calidad del aire por el uso de leña, carbón y otros combustibles en las viviendas del área rural, así como las emanaciones de metano de los botaderos de basura y los incendios forestales durante la época seca. Para el año 2003, el Ministerio de Salud aprobó y publicó el Reglamento para el Manejo de Desechos Sólidos Hospitalario, el cual está vigente.

⁸ Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala 2005

Los cambios climáticos de la estación seca a la época de lluvia, y viceversa, provocan un impacto importante en la salud directamente o, por ejemplo, alterando la disponibilidad de alimentos y de agua de calidad sanitaria. Esta misma condición y la topografía hacen que el país sea vulnerable a diversos desastres naturales, las más frecuentes inundaciones, sequías, deslizamientos, sismos y erupciones volcánicas.⁹

2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

2.1. RECTORÍA

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el ente rector de la salud en el país y lleva el liderazgo en todos los procesos, definidos en las políticas de salud del gobierno; así como también participa activamente con los diversos actores y se somete a auditorias sociales.

2.1.1. Mapeo de la Autoridad Sanitaria

En Guatemala la Autoridad Sanitaria se encuentra concentrada en el Ministerio de Salud Pública (MSPAS). La Constitución Política de la República reconoce que el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna y obliga al Estado a velar por la misma desarrollando a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. En el artículo 4 del Código de Salud (Decreto Legislativo 90-97) el Estado en cumplimiento de velar por la salud de los habitantes manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiariedad define al Ministerio de Salud Pública como el ente rector de la salud en el país, coordinando con los diferentes actores gubernamentales y no gubernamentales relacionados con la salud de la población.

Entre los organismos gubernamentales estrechamente relacionados con las funciones de conducción y las regulaciones específicas en aspectos relacionados con salud se encuentran: Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación: Seguridad Alimentaria y Nutricional, Ley de Sistemas Nacionales de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Decreto 32-2005) y Política Agropecuaria y Sectorial. Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales:

⁹ Perfil de la situación ambiental de los niños en Guatemala 2003

Plan Regional de Inversión en Ambiente y Salud, Acuerdo Gubernativo 1993. Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional: Ley de Sistemas Nacionales de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Decreto 32-2005) y Política Agropecuaria y Sectorial. Municipalidades: Código Municipal, Decreto Legislativo No. 12 de 2002, Competencias Municipales.

Las responsabilidades del Ministerio de Salud en regulación y conducción son exclusivas y comparte con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales el aseguramiento, provisión de servicios, financiamiento y funciones esenciales de salud pública.

Estructuralmente, el Despacho Ministerial constituye el eje concéntrico, apoyándose directamente en los viceministerios: técnico y administrativo. Funcionalmente están conformadas cuatro Direcciones Generales: Dirección General del Sistema Integral de Atención de Salud; Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud; Dirección de Recursos Humanos y la Gerencia administrativa financiera. Las asesorías técnicas de apoyo y unidades como el Sistema de Información Gerencial en Salud, dependen directamente del Despacho Ministerial y, son dependencias técnico normativas encargadas de normar, dirigir, supervisar, monitorear y evaluar los programas y servicios específicos.

2.1.2. Conducción de la Política General de Salud

Las Políticas Nacionales de Salud son definidas cada cuatrienio por el gobierno democráticamente electo, tomando en cuenta los procesos de desarrollo ya establecidos y la definición de programas prioritarios, socializándose por diferentes medios electrónicos y escritos a los que tienen acceso los actores involucrados y la sociedad civil. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reconoce dentro de los Lineamientos del Plan Nacional de Salud 2004-2008 la misión de conducción, regulación, promoción y garantía de la salud de la población, orientada a la salud preventiva y uso de los recursos con equidad, calidad, eficiencia y transparencia a corto, mediano y largo plazo; ejerciendo el liderazgo dentro del sector y la sociedad civil organizada, asegurando la participación dentro de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural.

Para el cumplimiento de la misión impuesta se ha establecido el sistema de información gerencial en salud como instrumento de registro y monitoreo de la situación de salud, a

través de la generación de información proveniente de fuentes intra y extra institucionales; en el caso de estadísticas vitales y demográficas es el Instituto Nacional de Estadística (INE) el ente responsable por mandato constitucional de las mismas. La información generada principalmente sobre morbilidad, utilización y producción de servicios de salud desagregada por área geográfica y servicios, en algunos aspectos por género, es utilizada para la elaboración de las programaciones operativas anuales de cada uno de los niveles de atención.

La política de salud ha tomado en cuenta la atención primaria de salud desde la declaración de Alma Ata, sin embargo muchos de los intentos no han sido sostenibles. Desde 1997 se operativiza esta política a través de la estrategia de Extensión de Cobertura en donde se definió la canasta básica de servicios de primer nivel y se adaptó la modalidad de establecer convenios con prestadoras y administradoras de servicios de salud, con el fin de tratar de disminuir las inequidades existentes en el acceso a los servicios de salud.

**Tabla 10: Acceso a los servicios de salud
Guatemala 2006**

Nivel de desagregación de la información	Acceso
Período	
1990-1994 (1)	54%
1995-1999	nd
2000-2005 (2)	89.70%
Zonas geográficas	
Urbana	14.40%
Rural	8.30%
Pertenencia étnica	
No indígena (3)	12.20%
Indígena (3)	8.70%
Nivel de atención	
Primer nivel (extensión de cobertura)	23.7
Segundo nivel (servicios institucionales, públicos y privados)	65.9

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005; (1) OPS/OMS 1994; (2) MSPAS 2004, (3) ENCOVI 2002

La OMS define acceso físico el servicio de salud ubicado a menos de 60 minutos de viaje, en el caso de Guatemala la Encuesta Nacional de Condiciones de vida (ENCOVI 2000) reportó que solo el 10.7 % de la población adulta enferma viaja menos de 60 minutos para obtener atención en un servicio de salud. Existen brechas en cuanto al lugar de residencia: la población del área rural es la que mayores problemas de acceso físico muestra, tomando en cuenta que es la población con condiciones de vida mayormente deficientes, lo que

complica el acceso por los costos de transporte.

La participación de la cooperación externa en proyectos y programas de atención a la salud es definida de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Plan Nacional de Salud y coordinada por el Ministerio de Salud, con el propósito de lograr la institucionalización de procesos de forma interrelacionada, evitando la duplicidad y promoviendo la optimización de los recursos en los diferentes niveles de atención y gestión. Para ello, se cuenta con la Unidad de Cooperación Internacional, dependiendo directamente del Despacho Ministerial; y la Unidad de Planificación Estratégica que asegura la inclusión de la cooperación dentro del esquema programático; constituyendo la vía de comunicación con la Secretaría General de Planificación de la Presidencia (SEGEPLAN) y el Ministerio de Relaciones Exteriores.

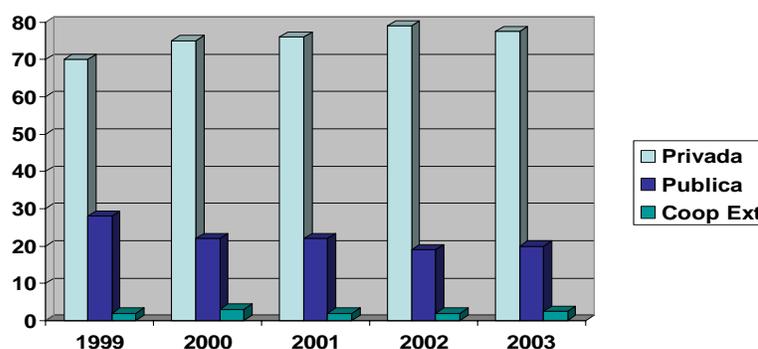
De acuerdo a los registros existentes en la Unidad de Planificación Estratégica del Ministerio de Salud, a partir del año 2003 la cooperación externa con fondos no reembolsables ha disminuido de \$33 millones en ese año a menos de \$4 millones en el 2005; todos ellos dirigidos a programas prioritarios, contando con fondos de contrapartida local en efectivo y/o en especie.

Tabla 11: Recursos financieros de la cooperación externa (Millones de \$ US)
Guatemala 2006

	2002-2003	2004	2005
Recursos no Reembolsables	32.99	10.52	3.96

Fuente: Unidad de Planificación Estratégica, MSPAS 2003, 2004 y 2005

Porcentaje de gasto en Salud según fuente de financiamiento
Guatemala 1999-2005



Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005; datos MSPAS

2.1.3. Regulación Sectorial

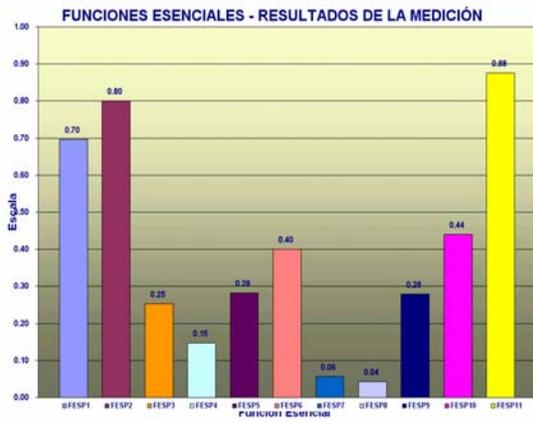
El Código de Salud del año 1997 designa al Ministerio de Salud como el ente responsable de la regulación de los programas relacionados con la salud de la población. Dentro de la organización funcional del Ministerio, la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud es responsable de dictar la normativa y velar su cumplimiento a través de acciones de monitoreo y supervisión, contando para ello con un marco legal que permite sanciones de acuerdo a la magnitud del hecho.

El ámbito de acción incluye el desarrollo de programas prioritarios, vigilancia y control de productos farmacéuticos y afines; de inocuidad de alimentos, y aspectos relacionados con publicidad; de condiciones sanitarias del medio ambiente (desechos hospitalarios, líquidos y sólidos) publicidad sobre tabaco y productos afines; y de registro y acreditación de establecimientos de salud y otros relacionados.

Algunas de las acciones de fiscalización se encuentran desconcentradas a nivel distrital (municipal) entre ellas la supervisión y control de calidad de agua y alimentos procesados. La acreditación de recurso humano en salud está bajo la responsabilidad de la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

2.1.4. Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública

En el año 2002 se realizó la medición de las funciones esenciales de salud pública en Guatemala con participación de varios actores sociales. Entre los resultados que reflejan un precario desempeño son las funciones 4, 7 y 8, (*Participación de los ciudadanos en salud; Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios y Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública*), cada una de ellas ha tenido su mayor debilidad en la asesoría y capacitación a niveles subnacionales en los diferentes aspectos.



Lo anterior refleja la necesidad de activar la política de desarrollo del recurso humano en salud que incluya un plan de mejoramiento continuo de la calidad de la fuerza laboral y de un sistema de evaluación del desempeño e incentivos laborales. Durante el año 2005-2006 se realizó un proceso de capacitación con grado de Diplomado al personal de salud del Ministerio en el manejo de las normas de

atención de los programas en ejecución.

Entre las funciones que mejor desarrollo tiene el país están las relacionadas con sistema de información, vigilancia y control (1,2 y 11) -*Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; Vigilancia de salud pública e Investigación y control de riesgos y daños a la salud pública; y Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.* Sin embargo durante el huracán Mitch en el año 1998 y la tormenta tropical Stan en octubre de 2005 que evidenció la necesidad de fortalecer estas áreas, como preparación, mitigación y respuesta ante emergencias de salud pública.

2.1.5. Orientación del Financiamiento

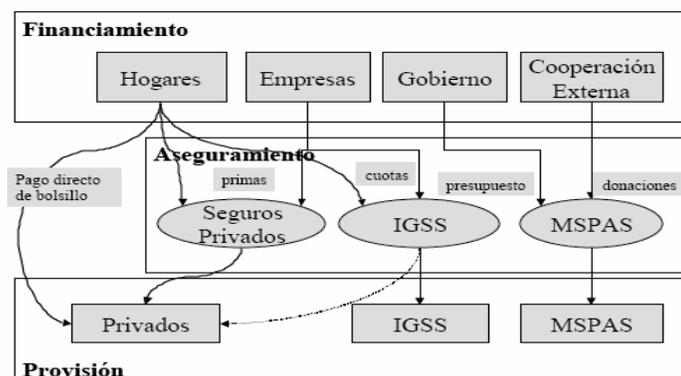
Desde el año 1997 el análisis de Cuentas Nacionales de Salud a cargo de la Unidad de Planificación Estratégica del Ministerio de Salud, ha permitido identificar la orientación del gasto en salud, pero no es utilizado de forma sistemática para monitoreo o evaluación del mismo. Si bien existe la decisión de establecer equitativamente el financiamiento de la salud de acuerdo a los niveles de atención, aun persiste concentración mayor al 50% en el tercer nivel de atención. En el período 1999-2003 el financiamiento de los niveles uno y dos, donde se realizan la mayor parte de acciones preventivas aumentó de 36% a 43%.

El financiamiento de salud por parte del MSPAS se define anualmente en base a la Programación Operativa Anual que conlleva un análisis de las prioridades desde el nivel departamental ajustado a los techos presupuestarios asignados. Si bien la decisión final del financiamiento en grandes grupos de acciones presupuestarias recae en el Nivel Central del Ministerio de Salud, quien lo presenta al Ministerio de Finanzas Públicas donde se

revisa y ajusta; finalmente es aprobado por el Congreso de la República.

2.1.6. Garantía del Aseguramiento

En el país coexisten diversas formas de aseguramiento y provisión de servicios: públicos, seguridad social y seguros privados, los cuales están vinculados a una red de proveedores privados de servicios. La función de aseguramiento que cumplen tanto los seguros privados como la seguridad social está poco desarrollada, y ambos esquemas cubren una porción menor a 25% de la población. Formalmente el Ministerio de Salud no tiene adscrita población; su responsabilidad es la totalidad de los habitantes del país. En el seguro social la afiliación se da por inscripción de empresas e instituciones públicas, posteriormente se inscriben los empleados y beneficiarios, aproximadamente el 17% de la población.



Fuente: Protección Social de la Salud: Guatemala, Informe Final, 2002

2.1.7. Armonización de la Provisión

El sistema de provisión de servicios en el país tiene la característica de ser fragmentado y segmentado, ya que no existen enlaces funcionales ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria que tiene acceso a servicios diferenciados.¹⁰

La provisión de servicios del Ministerio de Salud contempla tres niveles de atención de acuerdo a la complejidad de los servicios, y entrelazados a través del sistema de referencia-respuesta, este último presenta debilidades en su funcionamiento sobre todo

¹⁰ Protección Social en Salud: Guatemala 2002

entre el segundo y tercer nivel. El primer nivel está integrado por servicios institucionales (Puestos de Salud y Centros de Atención Primaria), así como la prestación a través de contratación de administradoras y prestadoras de servicios no gubernamentales; esto ha permitido la extensión de cobertura a la población identificada como mayormente postergada. Los servicios prestados en el primer nivel están definidos como canasta básica que cuenta con 26 servicios, de ellos 8 dirigidos a la atención de la mujer, 8 a niños y niñas, 6 a urgencias y enfermedades prevalentes y 4 al medio ambiente. El Ministerio de Salud certifica a las prestadoras de servicios de salud previamente a la contratación. El costo del plan de servicios por usuario está predefinido de forma que la transferencia de recursos a las ONG's está en función de la población adscrita, (US\$ 5.33 / habitante / año para poblaciones asignadas de 10,000 habitantes de acuerdo a datos del año 2000¹¹). Los servicios del segundo nivel de atención son proporcionados de forma institucional por Centros de Salud y Centros de Atención Integral Materno-Infantil (CAIMI). El tercer nivel lo constituyen los servicios prestados por los centros hospitalarios distritales, departamentales, regionales y de referencia nacional. La prestación del seguro social tiene los programas de atención por accidentes, enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y sobrevivencia para los afiliados y atención preventiva y curativa de los menores de cinco años para los hijos de afiliados. La cobertura de programas específicos no es igual en el país. En Escuintla y Suchitepequez el seguro social cuenta con el programa de atención primaria.

2.2. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

2.2.1. Financiamiento

La autoridad sanitaria del país con el fin de establecer una fuente de información del financiamiento y gasto en salud ha elaborado tres estudios de Cuentas Nacionales de Salud y Financiamiento en los que se incluye el análisis de los años de 1995 a 2003. Los resultados señalan que el financiamiento de la salud proviene de las siguientes fuentes: Hogares, Gobierno Central, Empresas y Cooperación Internacional. La fuente de financiamiento público está conformada por los Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, de la Defensa Nacional, y de Gobernación; las instituciones autónomas como la

¹¹Guatemala: La Experiencia Exitosa de la Extensión de Cobertura. MSPAS, Programa Pro Mejoramiento de

Universidad de San Carlos de Guatemala y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

En el subsector privado los aportes provienen de los hogares (gasto de bolsillo) y empresas privadas. Los hogares funcionan como fuente y agente de financiamiento. Las empresas privadas, a través del aporte del 10% de de cuota patronal al Seguro Social, se convierte como agente en el caso de pago de seguros y como proveedor funciona a través de hospitales, sanatorios, clínicas, farmacias, laboratorios y otros. La Cooperación Internacional participa por medio de donaciones de las agencias bilaterales y multilaterales.¹² Las Organizaciones No Gubernamentales actúan como agentes y proveedores en el proceso de financiamiento de la salud, ya que reciben recursos del Gobierno Central, Cooperación Internacional, hogares y empresas.¹³

**Tabla 12: Financiamiento del Sistema de Salud en USD
Guatemala 1995-2003**

Fuente	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Gobierno	31.9	31.7	27.3	20	27.1	21.9	22.1	18.6	19.6
Hogares	43	44.2	42.9	50					
Empresas	19.2	18.8	22	26	70.5*	74.8*	75.4*	79.2*	76.7*
Cooperación Externa	5.9	5.3	7.8	3	2.4	3.4	2.5	2.2	3.1

Fuente: (1) Cuentas Nacionales de Salud 1995-1997 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, (2) Cuenta Nacionales de Salud 1998; (3) Situación de la Salud y su Financiamiento 1999-2003, Ministerio de Salud Pública

* A partir del año 1999 el reporte de financiamiento es global como Financiamiento Privado

El financiamiento público en general muestra un incremento promedio anual de 4.7%, pero en comparación al financiamiento global se ha reducido, habiendo crecido de forma acentuada el privado.

**Tabla 13: Gasto Público en Salud Ejecutado en los últimos 5 años
Guatemala 1999-2003**

Gasto ejecutado	1999	2000	2001	2002	2003
Gasto Público en salud per cápita en USD	278.5	286.1	294.1	310.8	353.4
Gasto MSPAS en salud per cápita en USD	108.6	118	134	138.1	159.3
Gasto público en salud/ total del gasto público	17.21	17.85	16.01	15.44	15.43
Gasto total en salud per cápita en USD	576.7	727.3	772.9	850.9	925.7
Gasto en salud como % PIB	4.73	5.54	5.44	5.24	5.42
Gasto en salud del Gobierno en General como % del PIB	2.29	2.18	2.07	1.91	2.07

Fuente Situación de la Salud y su Financiamiento 1999-2003

los Servicios de Salud, 2000

¹² Situación de la Salud y su Financiamiento período 1999-2003

El Gasto en Salud como porcentaje del PIB ha mostrado un incremento total del 15% en el año 2003 respecto a 1999. El presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud Pública en % del PIB refleja menos del 1% en el período 1999-2003. El gasto público en salud per cápita se ha incrementado en 27% durante el mismo período, en el Ministerio de Salud este incremento ha sido de 47%. El gasto público en salud con respecto al gasto público total disminuyó en 10.34 % en el mismo período. Al contrario el gasto total per cápita en salud se incrementó en 61%. El análisis comparativo del gasto per cápita en el subsector público revela que el Ministerio de Salud gastó en el año 2005 US\$ 32.22 por habitante y US\$ 298 el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en ese mismo año.

**Tabla 14: Gasto en Salud por sub sector y función en USD
Guatemala 1995-2003**

Agente financiero	1995	1996	1997	1999	2000	2001	2002	2003
Sector Público	59.3	57.84	60.44	48.3	39.3	38	36.5	39.5
Gobierno territorial	31.48	27.62	29.9	21.8	18.5	16.9	17.3	18.3
Seguridad Social	27.82	30.22	30.54	26.5	20.8	19.4	19.2	20.8
Sector Privado	40.7	42.16	39.56	51.7	60.2	61.9	63	60
Seguros de salud	3.94	4.15	3.95	2.8	2.5	2.6	2.7	2.6
Pago directo de hogares	32.78	33.73	31.44	44.3	54	55.7	57.1	54
Instituciones sin fines de lucro	3.94	4.29	4.17	4.7	3.7	3.6	3.3	3.4
Resto del mundo				0	0.5	0.1	0.4	0.6

Fuente: (1) Cuentas Nacionales de Salud 1995, 1997 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, (2) Situación de la Salud y su Financiamiento 1999-2003, Ministerio de Salud Pública

El presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1998 a 2003 se redujo con respecto al porcentaje de presupuesto de Gobierno Central de 8 a 7.3% con un promedio de 7.8% en el período 1999-2003.

El porcentaje de gasto en salud público descendió en casi 50% del año 1995 al 2003, principalmente en lo correspondiente al Gobierno Territorial, como consecuencia de esta situación el incremento del gasto de bolsillo o pago directo de hogares en el mismo período ha sido del 60%. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ingresos y Egresos Familiares (ENIGFAM 1998-1999) el destino del gasto en los hogares es principalmente al Seguro Social por medio de la deducción de las planillas laborales (39%), este rubro mayormente en la ciudad capital (53%); seguido de productos médicos y farmacéuticos (32%). Los seguros privados de maternidad y enfermedad representan el 0.36% del gasto en salud en hogares, que se concentra principalmente en la capital (98.4%). El gasto en salud refleja

¹³ Cuentas Nacionales de Salud 1998 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala

diferencia de acuerdo a nivel de ingreso: el decil con mayor ingreso de la población representa el 30% del gasto de bolsillo en salud, aporta el 40% de las cuotas del Seguro Social y el 90% de los seguros privados.¹⁴

En el período 1999-2003 el Gasto Público en Salud (Ministerios de Salud, Defensa y Gobernación; Universidad de San Carlos, Gobiernos locales y Seguro Social) ha representado en promedio el 40% del gasto del sector, del total el Gobierno administró el 46.4% y el Seguro Social el 53.6%.

Los gastos en salud realizados por el Ministerio de Salud en los años 2004 y 2005 en los programas de atención de la mujer, materno- infantil, enfermedades transmitidas por alimentos y agua, infecciones respiratorias, y malaria representaron el 40 y 45.1 % respectivamente. En el programa de VIH/SIDA durante estos años se presentó un incremento de 85.5 % (de 1.79 a 3.0 millones de US \$).¹⁵

En el período 1999 a 2003 el porcentaje de gasto en salud ha sido principalmente en rubro curativo hospitalario, que en promedio es 50.82 % del gasto total del Ministerio de Salud.

2.2.2. Aseguramiento

La Constitución Política de la República garantiza el acceso a servicios de salud en forma gratuita a toda la población guatemalteca. El Código de Salud y los Acuerdos de Paz, ratifican el derecho a la salud de la población, haciendo énfasis en los grupos con mayor postergación. El Sistema de Servicios de Salud lo conforman: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el Subsector Privado lucrativo, el Subsector privado no lucrativo, los gobiernos locales; y la medicina comunitaria tradicional y/o alternativa.

El Ministerio de Salud es responsable constitucionalmente de la atención de salud de los guatemaltecos y le corresponde llevar la rectoría en todos los procesos de atención a la salud, definidos a través de las políticas de salud del gobierno.

¹⁴ Valladares R., y Barillas E (2001). Estimación del gasto de hogares en desarrollo humano. Informe de Consultoría para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo/ Informe de Desarrollo Humano 2001

¹⁵ Documento Inédito Situación de la Salud y Su Financiamiento 2004-2005 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es una institución autónoma financiada a través de las contribuciones obligatorias de trabajadores y patronos. La cobertura de servicios de salud va dirigida a trabajadores formales afiliados al régimen. La autoridad superior la tiene la Junta Directiva que cuenta con representación de los distintos sectores y nombra al Gerente General. El subsector privado lucrativo está constituido por hospitales, sanatorios, clínicas, farmacias y laboratorios autorizados por el Ministerio de Salud Pública. El no lucrativo lo componen las Organizaciones no gubernamentales (ONGs) y, que en la actualidad suman mas de mil distribuidas en todo el país, trabajando en diversos programas; así como también, un importante sector de medicina tradicional de la cultura maya localizado a nivel rural e indígena.

2.3. PROVISIÓN DE SERVICIOS

2.3.1. Oferta y Demanda de Servicios de Salud

En el subsector público, la atención de salud se lleva a cabo por la red de servicios del Ministerio de Salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, servicios de salud de los Ministerios de la Defensa y Gobernación y la Universidad de San Carlos. Cuenta con establecimientos asistenciales organizados con distintos grados de complejidad y capacidad de resolución. El Ministerio de Salud es la institución que cuenta con mayor número de establecimientos fijos de atención, en total 1304, distribuidas en todo el territorio nacional; seguido por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con 139 establecimientos.

De acuerdo al informe de la Situación de la Salud y su Financiamiento 2005, el Ministerio de Salud cuenta en el primer nivel de atención 1244 centros de convergencia, 926 puestos de salud, 300 unidades mínimas ubicadas en áreas rurales. En el segundo nivel de atención hay 3 centros de atención integral materno infantil (CAIMI), 32 centros de salud tipo A, 249 tipo B, 16 maternidades cantorales, 3 clínica periféricas y 32 centros integrados. El tercer nivel lo constituyen 43 hospitales, de los cuales 2 son de referencia nacional, 7 considerados especializados, 8 hospitales regionales, 16 departamentales, 5 distritales y 5 de contingencia. En total se cuenta con 6,030 camas hospitalarias de los hospitales del Ministerio de Salud. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social cuenta con 139 unidades médicas, ubicadas en los 22 departamentos del país con distinta capacidad de resolución y coberturas, 50%

de estas unidades se encuentran en 6 departamentos; se distribuyen en las siguientes categorías: 23 hospitales, 2 centros especializados, 3 clínicas con atención de especialidades, 33 consultorios, 15 puestos de salud y 63 unidades de atención integral. El 74% de la población afiliada se encuentra en 3 departamentos del país: Guatemala (61%) Escuintla y Suchitepequez. En total cuenta con 2240 camas.

**Tabla 15: Número y capacidad de establecimientos asistenciales
Guatemala 2006**

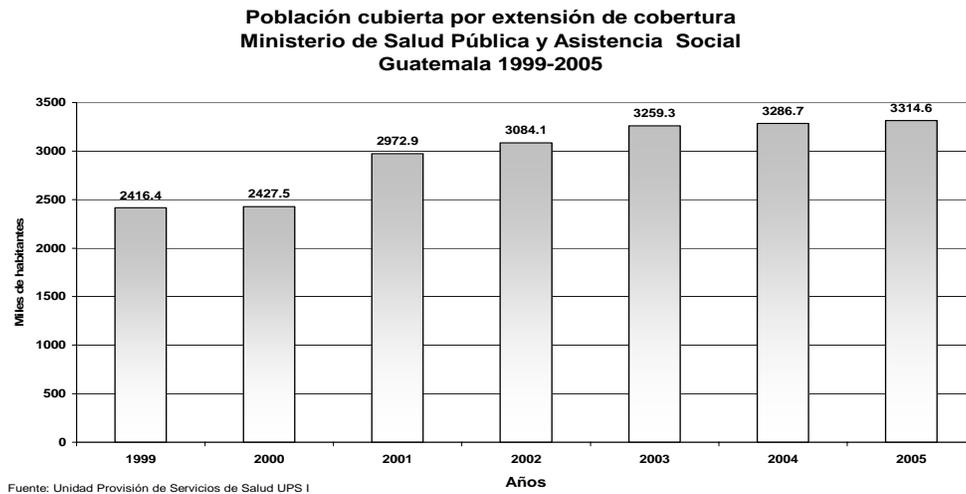
Sector Público	No. De centros de asistencia MSPAS	No. De centros de asistencia IGSS	No. Centros x 1000 habitantes	No. De camas MSPAS	No. De camas IGSS	No. De camas por 1000 habitantes
Hospitales						
Alta complejidad	2	1		1844		
Hospital Especializados	7	3				
Mediana complejidad (especialidades básicas)	24	1				
Baja (medicina general)	10	18*				
Total de Hospitales	43	23	0.005	6030	2240	0.64
Centros ambulatorios						
Con especialidades	3	3				
Centros especializados	19	2				
De Nivel primario con medicina general	313	48				
De nivel primario con personal residente no profesional	926	0				
Unidades Asistenciales		63				
Total de centros ambulatorios	1304	139	0.11			

Fuente: Situación de la Salud y su Financiamiento 2005, Ministerio de Salud Pública, Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social 2004

* Hospitales Departamentales y Municipales

El Ministerio de Salud como principal proveedor de servicios de salud a la población guatemalteca ha priorizado 20 programas de salud en los diferentes niveles de atención. En el año 1996 se inició el programa de extensión de cobertura del primer nivel de atención, incorporando aproximadamente al año 2005, un total de 3.3 millones de habitantes con servicios básicos de salud. Los servicios básicos considerados en el primer nivel están dirigidos a la población materno-infantil y atención de la niñez, atención a la demanda donde se incluye atención a la morbilidad; así como la atención de emergencias. La atención al ambiente está dirigida a la disposición final de basuras, control de vectores y calidad de agua.

La canasta ampliada está dirigida a la atención de mujeres en edad fértil, detección de cáncer, planificación familiar y suplementación con ácido fólico; así como la atención de escolares. A partir del año 2002 se incluyó la evaluación nutricional de todos los niños menores de cinco años.



La producción por el primer y segundo nivel institucional del Ministerio de Salud (Puestos y Centros de Salud) en el año 2005 alcanzó 6,023,871 primeras consultas, con un total de pacientes nuevos atendidos de 2,693,046 a nivel nacional.

La red hospitalaria produjo un total de 370,212 egresos en el año 2005, con un total de 1,795,011 consultas y 1,191,308 emergencias.

El Seguro Social para el año 2004 otorgó 4,073,747 consultas y reportó 49,532 ingresos hospitalarios para todos los servicios.¹⁶

2.3.2. Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud

2.3.2.1. Formación de Recursos Humanos

La formación de profesionales en salud corresponde a las universidades. Cinco de las 11 existentes en el país forman médicos y cirujanos, de las cuales la nacional ofrece la carrera

¹⁶ Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social 2004

en la capital y en el occidente del país, tres privadas solamente en la capital y una privada en la región occidental.

El personal de enfermería egresa en tres niveles académicos: licenciatura, técnicos universitarios o enfermeras(os) profesionales y auxiliares de enfermería. La formación a nivel de licenciatura es relativamente reciente (2002). Los técnicos universitarios en enfermería se forman en tres escuelas estatales ubicadas en la Ciudad Capital, en el norte y en el occidente del país, y una universidad privada en tres sedes departamentales. En la formación de auxiliares de enfermería participan seis escuelas oficiales, cursos y escuelas privadas avaladas por el Ministerio de Salud, incluyendo al IGSS. La universidad estatal ofrece una maestría en salud pública con diversificación en gestión de servicios, epidemiología y salud ambiental que inició en 1996. Una universidad privada ofrece este tipo de estudios con énfasis en epidemiología y gestión. La formación de técnicos en diversas áreas lo efectúan escuelas del Ministerio de Salud e instituciones privadas. La formación de nutricionistas está a cargo de 4 universidades.

No se cuenta con un sistema vigente para la revisión y actualización de currícula de pre y post grado, cada escuela formadora lo realiza de acuerdo a su reglamentación interna.

La razón de médicos(as) por 10,000 habitantes para el año 2005 era de 9.7, el mayor número se concentra en las grandes ciudades, observándose en el área metropolitana que representa el 22% de la población, una concentración de 30.8 médicos por 10,000 habitantes, mientras que en algunos departamentos la razón es menor, por debajo de 2, en 9 de ellos.

2.3.2.2. Gestión de RRHH y Condiciones de Empleo

Desde 1999 la estructura funcional del Ministerio de Salud incluye la Dirección General de Recursos Humanos con los departamentos de Capacitación, Formación y Administración. Una de las políticas del Ministerio de Salud 2004-2008 incluye el fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud. Se realizó el inventario de recursos de la institución en el año 2005, mostrando que el total de trabajadores del Ministerio de Salud en todas las categorías era de 23,357. La contratación del recurso humano se realiza a través de diferentes renglones presupuestarios que incluyen personal

permanente y por contratos temporales, el 80% del personal se encuentra contemplado en el renglón permanente.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social incluye en su nómina un total de 12,283 trabajadores de los cuales el 91% es permanente. El seguro social en la Política de Modernización, Sistematización, Eficiencia Integral y Calidad (2004), establece la actualización del manual de perfiles de puestos para elevar la calidad de los procesos de selección, contratación, inducción, capacitación y evaluación del desempeño. No se cuenta con información del subsector privado.

La concentración de recursos humanos en el área metropolitana y la escasez de médicos con especialidades básicas en los hospitales departamentales provocan un gran déficit en la capacidad resolutoria a nivel ambulatorio y hospitalario. La distribución de los recursos humanos es un reflejo de un modelo asistencial centralizado y volcado hacia la atención médica curativa.

Tabla 16: Recursos humanos en instituciones del Sector Público Guatemala 2005

Institución	2005		
	Médicos	Enfermeras	Enfermeras auxiliares
MSPAS	3175	1274	6611
IGSS	1794	4629*	
Total	4969	12514	

Fuente: Dirección de Recursos Humanos MSPAS, 2006
 Instituto Guatemalteco de Seguro Social, Memoria 2004
 * Incluye todo el personal paramédico

2.3.2.3. Oferta y Distribución de RRHH

El 53% de la fuerza laboral del Ministerio de Salud se encuentra en el departamento de Guatemala. El 31% del personal se encuentra en el primero y segundo nivel de atención, el 62% en área hospitalaria y el resto a nivel central técnico, normativo y administrativo. En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS–, cerca del 80% de todo el personal de salud, se concentra en la región metropolitana.

2.3.2.4. Gobernabilidad y Conflictividad del Sector Salud

Existen procesos que han establecido las juntas mixtas de trabajo en las que se discuten temas de interés laboral entre representantes de trabajadores sindicalizados y de las autoridades ministeriales, con el fin de resolver conflictos.

2.3.3. Medicamentos y Otros Productos Sanitarios

El Departamento de Registro y Control de Medicamentos, tiene aproximadamente 16,000 medicamentos registrados, de los cuales no todos han sido comercializados. Se estima que el 40% son genéricos y el resto de marca, a diferencia de lo que ocurría en la década de los años 90 en donde el mercado de los genéricos no superaba el 8%. Su función es regular y controlar los productos Farmacéuticos y afines y los establecimientos que los importan, fabrican y comercializan; con el objeto de garantizar la disponibilidad de medicamentos de calidad en el sector.

El Programa de Accesibilidad de Medicamentos, PROAM, creado en 1997 trabaja en función de asegurar el acceso a toda la población de medicamentos de calidad y bajo costo, mediante la instalación de producto en farmacias estatales, farmacias municipales, ventas sociales y botiquines rurales, en busca del bien común. Tiene carácter normativo centralizado, de operación descentralizada, con parámetros de autosostenibilidad y transparencia organizacional. Este proceso ha contribuido a aumentar la accesibilidad a medicamentos esenciales en las comunidades más postergadas.¹⁷

**Tabla 17: Medicamentos
Guatemala 1991-1999**

INDICADOR	1991	1994	1995	1998	1999
Número de productos farmacéuticos comercializados	4,364	9,258	10,000	nd	9,945
Gasto total en medicamentos a precio de venta al público (millones US\$)	100	143.7	159	142.9	147
Gasto per cápita en medicamentos a precio de venta al público (US\$)	10.57	13.9	15.9	13.23	13

Fuentes: Años 91 a 98: 20 y 21. 1999: OPS. Informe preliminar de Condiciones de Salud en las Américas /2002.

El listado de medicamentos básicos del IGSS, fue la base para la elaboración del contrato abierto, que en la actualidad es utilizado en el Ministerio de Salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y el Ministerio de Finanzas; en base a protocolos estandarizados de

las patologías prioritarias en el país, el nivel de complejidad del establecimiento y el criterio técnico del profesional.

2.3.4. Equipo y Tecnología

Más del 50% de la red hospitalaria del Ministerio de Salud en Guatemala fue construida hace más de 30 años. Históricamente, sus presupuestos han sido muy débiles en el mantenimiento y la reposición de equipos, fortalecimiento de la infraestructura y consecuentemente en la implementación de tecnología; aunado a esta problemática, los desastres naturales han deteriorado con rapidez la estructura a todo nivel. Se carece de sistema de información con una base de inventarios en toda la red, que permita conocer las necesidades de mantenimiento preventivo y reparativo para planificar y programar tempranamente estas necesidades.

Tabla 18: Disponibilidad de equipamiento en el sector salud Guatemala 2006

Subsector	Tipo de recurso	Camas censables	Laboratorios clínicos	Bancos de sangre
Público				
MSPAS		6030	52 *	36
IGSS		2240	19	5
Cruz Roja				1
Subtotal		8270	70	42
Privado (con y sin fines de lucro)				
Hospital Militar		168		
Hospital de Policía Nacional		96		
Subtotal		264	105	12
Total		8534	175	54

Fuente: (1) DRASES 2005-2006 (2) Memoria de Labores de IGSS 2004

* Ubicados en Hospitales

2.3.5. Calidad de los Servicios

Como parte de los procesos de la reforma de salud, se elaboraron en el año 1998, todas las normas de atención de los programas prioritarios para los tres niveles de atención, constituyendo el primer esfuerzo de integración programática; durante ese año se identificaron las actividades programáticas presupuestarias de cada programa prioritario y

¹⁷ Programa de Accesibilidad a Medicamentos –PROAM- 2005

se incluyeron en la planificación operativa anual. El Departamento de Regulación, Vigilancia y Control de Programas de Atención a las Personas actualizó las normas de atención en el año 2005, y fueron socializadas a través de un Diplomado dirigido a todo el personal responsable de la atención directa de personas en los servicios de salud del primero y segundo nivel institucional durante el año 2006.

Los procesos de acreditación de establecimientos de salud, está a cargo del Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud, cuya función principal es monitorear el cumplimiento de estándares establecidos por los diferentes servicios de salud y afines, para brindar la máxima calidad de atención a los usuarios. Se cuenta con el marco normativo que proporciona los elementos críticos y de seguridad jurídica para la toma de decisiones en la supervisión de establecimientos.

El Departamento de Regulación de los Programas de Salud y Ambiente, tiene bajo su responsabilidad, normar y velar por el cumplimiento de las condiciones sanitarias y ambientales, manejo y disposición de desechos sólidos hospitalarios, plantas procesadoras de agroquímicos, cementerios, urbanizaciones y otros; así como, la regulación de la publicidad relacionados con productos del tabaco.

2.4. MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

El mapeo institucional del Sistema de Salud en el país se caracteriza por tener un ente conductor de acuerdo a la política nacional y todos los demás comparten las funciones de financiamiento y provisión principalmente. El seguro social regula y fiscaliza sus propias acciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

**Tabla 19: Mapeo Institucional del Sistema de Salud
Guatemala 2006**

Funciones Organizaciones	Rectoría		Financiamiento	Aseguramiento	Provisión
	Conducción	Regulación y fiscalización			
Gobierno Central					
MSPAS	x	x	x	x	x
Ministerios de la Defensa y Gobernación				x	x
Otros / Obras Sociales					x
Instituciones del Seguro Social			x	x	x
Gobierno Regional (departamental)				x	x
Gobierno Local (Municipio)			x	x	x
Aseguradoras Privadas			x	x	
Provedores privados					
Sin lucro			x	x	x
Con lucro			x	x	x

Fuente: Construcción propia con información de las diferentes instituciones

3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/REFORMA

3.1. EFECTO SOBRE LAS “FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD”

El proceso de Reforma se inició en el país en 1996 con el “Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud” financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.¹⁸ Los componentes con mayor avance son los de reforma financiera y de extensión de cobertura. En este último se incluyó el seguro social con algunas modificaciones en dos departamentos. En el año 1997 se publicó el nuevo Código de Salud como Decreto Legislativo 90-97 que fortaleció la función rectora del Ministerio de Salud. Desde 1999 la estructura del Ministerio de Salud se basa en el Reglamento Interno. La Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud cuyo aporte importante es la regulación interna del mismo Ministerio así como de entes externos relacionados con salud, fortaleciéndose de forma estructural la función rectora. Uno de los procesos de cambio que ha sido más notable es la extensión de cobertura de los servicios de salud enfocada a los grupos de población más vulnerable, institucionalizada dentro la estructura de la Dirección General de Sistema Integral de

¹⁸ Análisis de las reformas del Sector Salud en la Sub-Región de Centro América y la República Dominicana julio 2002, LACRSS

Atención de Salud (SIAS). Actualmente se mantiene dicha organización pero no cuenta con el respaldo presupuestario específico que permita su total funcionamiento y sostenibilidad.

La reforma financiera ha permitido el traspaso de responsabilidades a niveles subnacionales, ya que son las Direcciones de Áreas de Salud las responsables de programación y ejecución del presupuesto asignado, y establecer convenios con prestadoras y administradoras localmente para la prestación de atención que se regula y define por medio de contratos.

3.2. EFECTO SOBRE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD

3.2.1. Equidad

3.2.1.1. Cobertura

En los últimos años la reforma del sector ha permitido mejorar el acceso a los servicios de salud de la población con mayor postergación, el acceso se incrementó en 66% de 1990 a 2004. El 50% de los departamentos con mayor proporción de población indígena cuentan con por lo menos el 30% de población cubierta por el SIAS, en un intento de disminuir las inequidades existentes en la distribución de la infraestructura y los recursos humanos. La población cubierta con servicios básicos por el proceso de extensión de cobertura es de 3.3 millones de habitantes, que en su mayoría pertenecen a la población con deficiente calidad de vida. A principio de la década de 1990 solamente el 54% de la población contaba con acceso a algún servicio de salud,¹⁹ para el año 2004 el Ministerio de Salud reportó una cobertura a nivel general de 71.1%, de este porcentaje el 47.4% cubierto por servicios institucionales el Ministerio de Salud, el 23.7% por el programa de extensión de cobertura; el 10.4% atendido por seguro social y 8.1% por servicios privados. De acuerdo a esta información aun, un poco más del 10% de la población, aproximadamente 1.3 millones de habitantes en el año 2005 no tenían acceso a ningún servicio de salud.¹³

¹⁹ Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005, referencia de OPS/OMS 1994

3.2.1.2. Distribución de Recursos

El gasto total en salud per cápita se incrementó en un 61% principalmente a expensas de gasto de bolsillo de 1999 a 2003, el gasto público solamente en 26%. La reforma financiera incluyó la modificación del gasto por niveles curativo y preventivo, que a pesar de mantener aún los primeros más del 50%, hay diferencia en relación a los datos reportados a principio de la década del 90 donde este gasto representó más del 80% del total.

3.2.1.3. Prestación de Servicios

La capacidad de atención no ha presentado variación significativa en los últimos 15 años, a excepción del aumento de la atención por servicios no institucionales en el primer nivel. La infraestructura pública de segundo y tercer nivel no ha tenido cambios substanciales, en el último año se implementaron tres centros de atención integral materno- infantil en municipios priorizados de Huehuetenago (Cuilco), San Marcos (Ixchiguan) e Izabal (El Estor).

3.2.2. Efectividad

3.2.2.1. Mortalidad Infantil y Materna

El énfasis de las prioridades y los programas de atención hacia los grupos vulnerables, mujer y niñez, se manifiestan explícitamente en la disminución de las tasas de mortalidad en estos grupos, no es posible atribuir solo al proceso de reforma o intervenciones directas del sector salud la modificación de los indicadores de mortalidad.

La extensión de cobertura ha permitido la reducción de la población sin acceso a servicios de salud de 46% observado al inicio de la década de los 90, a 10% estimado en el año 2005. Permitiendo a través de este proceso la disminución de la mortalidad de la niñez por diarrea e infección respiratoria como resultado del acceso a servicio de atención primaria oportunamente.

3.2.2.2. Enfermedades Transmisibles

En el caso de enfermedades transmisibles, si bien malaria ha presentado un descenso en el número de casos registrados no se cuenta con información completa, pues en los últimos años se deterioró el sistema de diagnóstico a nivel local. El VIH/SIDA por el contrario muestra un ascenso sostenido tanto en la incidencia como en la mortalidad, de 6 defunciones en 1990-1994 a 638 en el período 2000-2004.

3.2.3. Eficiencia

En los temas de agua y saneamiento aparecen involucradas varias leyes e instituciones, desde el punto de vista de promoción y prevención de la salud es el Ministerio de Salud quien dicta la normativa sanitaria y el gobierno municipal el responsable del servicio de agua y tratamiento de aguas residuales a la población. Según las estimaciones había en 1990 una cobertura de fuentes mejoradas de agua de 63%, en 1994 de 68% y en el 2002 de 75%. El promedio nacional si bien es alto, lo es a expensas del área urbana, con 89.5 % de cobertura mientras que en el área rural es del 59.5%. A pesar de que el acceso a fuentes de agua mejoradas y saneamiento están íntimamente relacionadas existe diferencia marcada en los indicadores, habiendo mayor deficiencia en saneamiento. De acuerdo al Censo 2002, el 46.9% de la población contaba con servicio de saneamiento mejorado. La cobertura en el área urbana de 76.7 % y a nivel rural 16.8 %.

3.2.4. Sostenibilidad

No existe evidencia de que el proceso de reforma haya aumentado la legitimidad de las instituciones gubernamentales prestadoras de servicios de salud. No existe un sistema de información que permita obtener datos desagregados por unidad administrativa de gasto gubernamental y privado.

La extensión de cobertura del primer nivel de atención a través del sistema integral de atención en salud tiene contemplado dentro del plan operativo anual el rubro específico que asegura su sostenibilidad en el mediano plazo.

3.2.5. Participación Social

Estructuralmente a partir de 1999 se creó a través del Reglamento Interno del Ministerio de Salud, el departamento de Promoción y Educación en Salud dependiendo de la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, cuyas funciones están ligadas estrechamente a la participación social de los diferentes actores de salud en todos los niveles. Durante el quinquenio 2000-2005 se fortaleció la acción con los gobiernos municipales a través de la capacitación de los Consejos Municipales de Desarrollo (COMUDES) y los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODES) elaborando los planes de desarrollo local a nivel de municipio con los diferentes actores locales;²⁰ y de componentes específicos como seguridad alimentaria y nutricional. A través de extensión de cobertura y del programa de salud reproductiva se ha impulsado la creación de los comités locales de atención de emergencia materno-neonatal, cuya función principal es la planificación y atención de emergencias maternas comunitarias, liderado por comadronas capacitadas.²¹

El proceso de reforma en su componente de extensión de cobertura ha impulsado la participación de las organizaciones no gubernamentales a través de la realización del análisis de situación de salud de las áreas bajo responsabilidad y planificación de la atención de las mismas, tomando en cuenta los lineamientos establecidos en los convenios con el Ministerio de Salud.

Otra de las actividades que ha tenido apertura a nivel de país es el Plan Nacional de Escuelas Saludables que incluye la planificación conjunta de acciones con autoridades de educación.

3.3. EFECTO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD

En los últimos 15 años, la autoridad sanitaria de salud evidencia algunos cambios en los modelos de gestión, especialmente a través de la firma de convenios con organizaciones no gubernamentales para la prestación de servicios en el componente de extensión de cobertura. Uno de los cambios más significativos es la reforma financiera y la

²⁰ Memoria de labores PROEDUSA 2001-2003

²¹ Programa de Salud Reproductiva 2006

desconcentración de la acción de planificación y ejecución a los niveles de Área. La inclusión de la modalidad de ejecución del gasto a través del pago a otros proveedores ha permitido la participación de otras entidades en la función de prestación de servicios a los grupos más vulnerables.

El esfuerzo realizado por fortalecer la regulación es evidente en la elaboración e implementación de normas integradoras para los tres niveles de atención en todos los programas prioritarios. El fortalecimiento de la regulación con base legal de los componentes de establecimientos, medicamentos y afines, así como de ambiente han sido ejes prioritarios en la función de rectoría y aseguramiento de la calidad en el país.

Tabla 21: Momento de los procesos de cambio e incidencia sobre el sistema de salud Guatemala 1990-2005

Períodos Implicaciones de los cambios	1990-1994	1995-1999	2000-2005
Derecho de los ciudadanos a la salud	Constitución Política reconoce que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna y obliga al Estado a velar por la misma, desarrollándose a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, reconociendo así mismo que la salud de los habitantes es un bien público.	Constitución Política de la República y Acuerdos de Paz: equidad, género, interculturalidad y minusvalidez. Incluye la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, promoviendo la participación social en todos los niveles, ampliación de cobertura de salud y seguridad social.	Constitución Política de la República, Acuerdos de Paz: renegociación de las metas
Incidencia en la rectoría	Función específica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Código de Salud decreto 90-97 específica la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.	Se mantiene la función rectora del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Separación de las funciones del Sistema de Salud		Con la Reforma la función provisión de servicios incluye otros actores.	El IGSS mantiene las funciones de financiamiento y aseguramiento, contrata a prestadores particulares pero mantiene parcialmente la función de prestación.
Desconcentración y/o descentralización	Centralizado	Creación e implementación de estructura administrativa que permite la desconcentración de procesos de planificación y ejecución presupuestaria a nivel departamental.	Fortalecimiento de los procesos.
Promoción de la participación de la sociedad civil	Inicio de la coordinación local civil	Creación del Departamento de Promoción y Educación en Salud que promueve el proceso de integración de actores sociales a través de normas y procedimientos. Desconcentración de las actividades de contratación y monitoreo de las prestadoras de servicios a nivel departamental.	Operativización de Promoción de Salud con participación de los municipios sociedad civil organizada (COCODES, COMUDES).

Tabla 21: Momento de los procesos de cambio e incidencia sobre el sistema de salud Guatemala 1990-2005

Períodos Implicaciones de los cambios	1990-1994	1995-1999	2000-2005
Incidencia en la gobernabilidad			
Cambios en el modelo de atención	Modelo tradicional de prestación institucional de servicios de salud	Sistema Integral de Atención en Salud, Cambio en la prestación de servicios de primer nivel a través de establecimiento de convenios con prestadoras y administradoras de servicios.	Fortalecimiento de los procesos de atención por otras prestadoras.
Cambios en el modelo de gestión	Basada en estructura legal y centralizada	Establecimiento de compromisos de gestión.	Propuesta de nuevo modelo de gestión de las Direcciones de Área de Salud.
Barreras de acceso a los servicios individuales y salud colectiva	Cultural, accesibilidad geográfica, distribución geográfica de los servicios de salud (urbanización), económicas.	El SIAS reduce las barreras existentes previamente; aun persiste culturales, económicas y de accesibilidad	Introducción de programas con enfoque de género e intercultural; persisten barreras económicas y de accesibilidad de segundo y tercer nivel.
Cambios en la calidad de la atención	Normas dispersas de programas de atención y vigilancia de la salud, Departamento de Establecimiento de Salud y División de Saneamiento Ambiental.	Elaboración de normas técnicas integradas de atención de programas prioritarios; Inclusión en la nueva estructura funcional del Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud y del Departamento de Regulación de los Programas de Salud y Ambiente.	Actualización y socialización de normas de programas prioritarios. Lista Básica de medicamentos esenciales.
Cambios en el mercado laboral y en los recursos humanos en salud	Escuelas formadoras sin coordinación con prestación, formación de técnicos por el Ministerio de Salud	Creación de la Dirección General de Recursos Humanos en el MSPAS. Maestría en Salud Pública; inicia proceso de acreditación de escuelas formadoras de técnicos.	Inventario de recursos humanos.

3.4. ANÁLISIS DE ACTORES

Durante el año 2006 fue elaborado por el Programa de Investigaciones Universitarias de Desarrollo Humano bajo el proyecto: “La construcción social del futuro de la salud en Guatemala” elaborando el *“Mapeo político y aproximación a las visiones de futuro de Actores de Salud”* para Guatemala. A través de la construcción participativa de sociedad civil y e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, a traves de análisis de consenso en talleres, se obtuvo como resultado una aproximación de la situación actual de ubicación de la posición de los actores relacionados con el sector salud tanto en la dimensión de lo político como en su manera de ver el futuro. Fue construido con la visión de la ingerencia en la toma de decisiones.

Se reconoce en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el eje concéntrico que permita una comprensión de los actores fundamentales que están presentes en la dinámica de la gestión de lo público en el sector salud. Para disponer de los actores en relación al eje concéntrico se establecieron como parámetro los indicadores de autonomía, de importancia y de orientación en el fortalecimiento o debilitamiento del eje concéntrico. Conjugando estas variables se obtuvo la posición de los actores en el universo decisional del sector salud.

El mapa es la extensión visual del sector salud, donde el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es en centro. Los actores se ubican en función del nivel alto de autonomía respecto al eje concéntrico, ocupado por la superficie del cuadrante izquierdo. El Nivel Medio de autonomía respecto al eje concéntrico que es la extensión del cuadrante derecho. La orientación hacia el fortalecimiento del eje concéntrico lo ocupa el cuadrante superior. Y la orientación hacia el debilitamiento del eje concéntrico es el cuadrante inferior. El área del mapa está dividida además por tres rectángulos, que permiten la distribución de los actores por nivel de mucha importancia respecto de la existencia del sector salud, rectángulo interno; nivel de poca importancia que es el rectángulo intermedio y el nivel de ninguna importancia que es el rectángulo externo.

Esquemáticamente se visualizaron 37 actores, identificando como primarios aquellos que tienen un carácter importante en la toma de decisiones siendo ellos:

- Presidencia de la República.
- Ministerio de Finanzas (MINFIN).
- Organismo Legislativo.
- Comisión de Salud y Asistencia Social.
- Comisión de Previsión y Seguridad Social.
- Comisión de Finanzas Públicas y Moneda.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Banco Mundial (BM).

El resto es considerado secundario por no tener niveles de decisión en el complejo sector salud, solo de forma interna.

Nomenclatura general:



Eje concéntrico

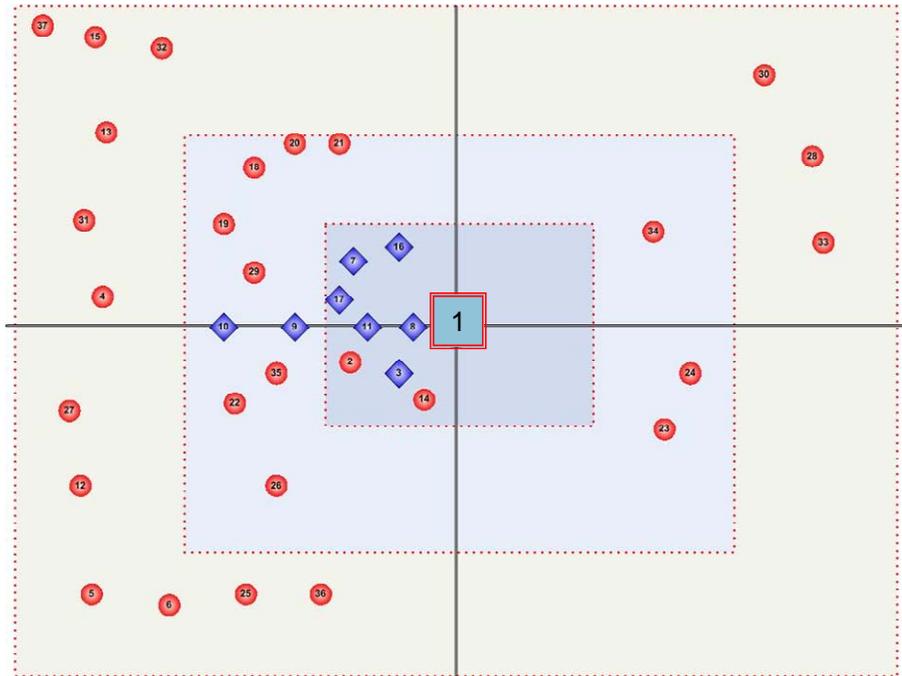


Actor primario



Actor secundario

MAPA DE ACTORES EN RELACIÓN AL EJE CONCÉNTRICO



Fuente:
Documento

inédito, no publicado Mapeo político y aproximación a las visiones de futuro de de Actores de Salud, Programa de Investigaciones Universitarias de Desarrollo Humano, agosto 2006

Lista de actores sociales en salud:



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).



Presidencia de la República.



Secretaría de Planificación y Programación (SEGEPLAN).



Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP).



Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia (SCEP).



Ministerio de Finanzas (MINFIN).

- 8 Organismo Legislativo.
- 9 Comisión de Salud y Asistencia Social.
- 10 Comisión de Previsión y Seguridad Social.
- 11 Comisión de Finanzas Públicas y Moneda.
- 12 Instituto de Fomento Municipal (INFOM).
- 13 Asociación Nacional de Municipalidades de la República de Guatemala (ANAM).
- 14 Municipalidades.
- 15 Procurador de los Derechos Humanos (PDH).
- 16 Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- 17 Banco Mundial (BM).
- 18 Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID).
- 19 Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- 20 Sistema de Naciones Unidas (SNU).
- 21 Unión Europea (UE).
- 22 Industria farmacéutica.
- 23 Fundaciones de salud privadas no lucrativas.
- 24 Asociaciones de hospitales y servicios médicos privados.
- 25 Empresas privadas de aseguramiento y planes de salud.
- 26 Industria de tecnología médica.
- 27 Comité Coordinador de Asociaciones Agrícolas, Comerciales, Industriales y Financieras.
- 28 Empresas de consultoría.
- 29 Universidades.

- 30 Comisión Interinstitucional de acciones conjuntas en el sector académico y sector salud.
- 31 Sindicatos de trabajadores de salud.
- 32 Coalición de organizaciones de salud de las mujeres.
- 33 Instancia Nacional de Salud.
- 34 Organizaciones no gubernamentales internacionales.
- 35 Iglesia Católica.
- 36 Asociaciones de usuarios.
- 37 Medios de comunicación.

La mayoría de los actores identificados están ubicados como actores externos a los subsectores establecidos formalmente como parte del sector salud. Esto implica que la dinámica de la toma de decisiones esta concentrada en dimensión institucional del Estado. El estudio de la “Aproximación a la visión de los actores”, parte del mapeo de actores políticos del sector salud, con un acercamiento teórico y metodológico distinto al mapeo en sí mismo; dando como resultado una indicación del espectro del imaginario de los actores, como una expresión aproximada de lo que los actores proyectan dentro del marco formal de lo que se entiende por sistema de salud.

Este ejercicio imaginario formula un perfil del futuro de lo que puede ser un sistema de salud; identifica los aspectos que se deben tomar en cuenta como parte indispensable para el proceso de construcción social del futuro de la salud. Además permite conocer el enfoque conceptual, político, económico técnico y operativo posible donde los actores se pueden situar en su visión de futuro; y conocer, mediante el análisis de las visiones, cual es la información que se necesita para profundizar en las consecuencias y oportunidades de dichas visiones.

En un ámbito complejo como el de la salud, las visiones como sus horizontes comprensivos son de un alto nivel de diversificación; resultado de las diversas experiencias institucionales y personales.

Con el fin de concensuar la visión de diferentes actores sociales se realizó una consulta a 20 expertos de diferentes ámbitos nacionales relacionados con el sector salud (Instituciones de Salud, Municipalidades, Organismos Internacionales, Funcionarios Públicos y Universidades) tomando como base la guía propuesta dentro de los Lineamientos Metodológicos de los Perfiles de los Sistemas de Salud.

El resultado obtenido reveló respuesta, la cuales se agrupan de la siguiente manera:

1. Los procesos de cambio en salud se han derivado del Sector Salud
2. El sistema de salud es fragmentado y segmentado
3. Se identifican como actores en los procesos de cambio a los Poderes Ejecutivo, y Legislativo, sociedad civil y sector privado
4. El poder de veto se identifica únicamente en los Poderes Ejecutivo y Legislativo
5. Los procesos de cambio que aportan a la democracia son el mayor control y participación social.