



Ministerio de Salud Pública y  
Asistencia Social – Guatemala  
Dirección General del Sistema  
Integral de Atención en Salud

# Protección Social en Salud: Guatemala

Informe Final

Con la cooperación técnica de:



Organización Panamericana  
de la Salud  
División de Desarrollo de  
Sistemas y Servicios de Salud  
Oficina de Representación en  
Guatemala

Guatemala, enero de 2002

## Protección Social en Salud: Guatemala



Ministerio De Salud Pública  
Y Asistencia Social – Guatemala  
Dirección General Del Sistema Integral  
De Atención En Salud  
Dr. Mario Bolaños - Ministro de Salud

9 Avenida 14-65 zona 1, Guatemala  
Teléfono: 2321801al 03



Organización Panamericana de la Salud/  
Organización Mundial de la Salud  
Representación en Guatemala  
Dr. Gustavo Mora - Representante

7 Avenida 12-23 Zona 9, Edificio Etiza, Nivel 3. Guatemala  
Teléfono: 332 2032



Con el apoyo financiero de Agencia Sueca  
para el Desarrollo Internacional (ASDI)

### Equipo de Investigación:

#### MSPAS:

**Dr. Israel Lemus**

**Dr. Sergio Molina**

#### OPS/OMS: (Guatemala)

**Dra. Hilda Leal**

**Dr. Rafael Haeussler**

#### OPS/OMS: (Washington)

**Dr. Hernan Rosenberg**

**Dra. Cecilia Acuña**

**Dr. Bernt Andersson**

#### GSD Consultora:

**Dr. Edgar Barillas**

**Lic. Ricardo Valladares**

## Contenido

RESUMEN EJECUTIVO.....	5
Introducción.....	8
1 Exclusión Social en Guatemala .....	8
1.1 Formas de exclusión .....	9
2 La Protección Social en Salud en Guatemala .....	15
2.1 Financiamiento.....	17
2.2 Aseguramiento.....	21
2.3 Provisión de Servicios .....	23
2.4 Rectoría .....	24
2.5 Tipo de Sistema de Protección Social.....	24
3 La Exclusión Social En Salud .....	26
3.1 Déficit de infraestructura adecuada.....	26
3.2 Etnicidad y Exclusión.....	27
3.3 Ruralidad y Exclusión Social.....	28
3.4 Exclusión por Condición Socioeconómica.....	29
3.5 Exclusión por Limitaciones en la Disponibilidad de Servicios .....	31
3.6 Exclusión por restricciones jurídicas.....	31
4 Estrategias para Aumentar la Protección Social en Salud .....	31
4.1 Políticas de Salud .....	31
4.2 El Sistema Integrado de Atención en Salud.....	35
4.3 Programa de Accesibilidad a Medicamentos.....	40
4.4 Coordinación de la institucionalidad publica para el aumento de la cobertura en el primer nivel de atención.....	42
4.5 Implicaciones para las Políticas Públicas.....	46
5 Bibliografía .....	49

### Tablas

<b>TABLA 1.</b> Indicadores seleccionados de los países del istmo centroamericano.....	9
<b>TABLA 2.</b> Indicadores de la Pobreza en Guatemala, 1989 y 1998.....	10
<b>TABLA 3.</b> Perfiles de fuerza laboral por condición de exclusión laboral 1998 (porcentajes).....	11
<b>TABLA 4.</b> Guatemala: Acceso a la tierra y formas de tenencia por jefatura de hogar, en 1979 y 1998.	11
<b>TABLA 5.</b> Distribucion de los préstamos concedidos por el mercado bancario regulado (en porcentajes). Guatemala, 1992-1997. ....	12

<b>TABLA 6.</b>	Guatemala, 1994 y 1997. Indicadores seleccionados por departamentos agrupados según proporción de población indígena .....	15
<b>TABLA 7.</b>	Funciones involucradas en la protección social de salud .....	16
<b>TABLA 8.</b>	Distribución Porcentual Por Programas De Las Cuotas Al IGSS.....	19
<b>TABLA 9.</b>	Beneficiarios del IGSS. Guatemala, 1997 y 2000.....	21
<b>TABLA 10.</b>	.....	22
	Innovaciones con efecto en la Cobertura del IGSS .....	22
<b>TABLA 11.</b>	.....	22
	Cobertura geográfica de los Programas del IGSS.....	22
<b>TABLA 12.</b>	.....	26
	Indicadores Seleccionados de la Relación entre Exclusión y Pobreza .....	26
<b>TABLA 13.</b>	Contribución y Utilización de los Servicios del Seguro Social según Nivel de Ingreso, 1999	30
<b>TABLA 14.</b>	Contribución al Financiamiento del Seguro Social según Categoría del Hogar, 1999	30
<b>TABLA 15.</b>	Crecimiento del Programa de Extensión de Cobertura de Servicios de Salud .....	38
<b>TABLA 16.</b>	Población rural cubierta por el SIAS (hasta octubre de 1998) .....	38
<b>TABLA 17.</b>	Distribución de Municipios de Escuintla según Proveedor de Servicios .....	43
<b>TABLA 18.</b>	.....	45
	Análisis de Interesados en las Estrategias de Protección Social en Salud .....	45
	Ilustraciones	

FIG. 1.	Condición socioeconómica de la población guatemalteca según etnicidad y área de residencia .....	13
	Condición socioeconómica de los hogares guatemaltecos según sexo del jefe de hogar y área de residencia .....	13
	Condición socioeconómica de los hogares guatemaltecos según sexo y etnicidad del jefe de hogar	14
FIG. 4.	Flujo de Recursos dentro del Sistema de Salud .....	17
FIG. 5.	Guatemala, 1980-1997. Dinámica de los ingresos tributarios directos e indirectos (miles de Quetzales) .....	18
FIG. 6.	Número de Hogares asegurados por el IGSS y por Aseguradoras Privadas .....	20
FIG. 7.	Composición del Gasto de los Hogares en Salud .....	20
FIG. 8.	Composición del Gasto de Bolsillo en Salud.....	21
FIG. 9.	Promedio de gasto en salud de los hogares y su distribución según bienes y servicios de salud por región.....	27
FIG. 10.	Hogares cubiertos por la seguridad social según etnia y decil de ingreso.....	28
FIG. 11.	Hogares con Seguro Privado de Salud según etnia y decil de ingreso.....	28
FIG. 12.	Hogares que realizan gastos en bienes y servicios de salud.....	29
FIG. 13.	Gasto directo de los hogares en bienes y servicios de salud según etnicidad del jefe de hogar	29

## RESUMEN EJECUTIVO

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con la colaboración financiera de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) ha desarrollado un proceso de investigación en Guatemala, como parte de un estudio multi-país, para identificar la brecha entre la población legal y realmente cubierta por los servicios de salud y las intervenciones que se han probado, sus resultados y los factores que contribuyeron a su éxito o fracaso. La realización de este estudio en Guatemala demandó el respaldo político y técnico de funcionarios del Ministerio de Salud y el apoyo metodológico de asesores de la Organización Panamericana de la Salud.

El estudio realizado en Guatemala evidenció que el país no cuenta con sistema integral y coherente de *protección social en salud*, definida como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a servicios de buena calidad en forma oportuna. El débil compromiso político con la inversión social se evidencia en el hecho que de acuerdo con el rango que ocupa en el PIB real per cápita, Guatemala podría estar 16 posiciones arriba en el índice de desarrollo humano. El terrible desbalance entre el producto económico de la sociedad y el resultado social del esfuerzo económico tiene su origen en las graves desigualdades que existen en el país: el 20% de la población con ingresos más altos capta el 61.4% del ingreso de los hogares.

Guatemala tiene una de las cargas tributarias más bajas de Latinoamérica. En 1998 hubo ingresos tributarios equivalentes al 9% sobre el PIB. Al final de los noventa, la regresividad del sistema tributario se había consolidado como tendencia, y las reformas tributarias más recientes (en 2001, la tasa del impuesto al valor agregado se elevó de 10% a 12%) contribuyen a profundizar dicha tendencia.

Condiciones estructurales han excluido a grandes grupos poblacionales del acceso a sistemas de protección social. En el ámbito económico de la exclusión, la situación de pobreza del país refleja las limitaciones impuestas sobre la capacidad productiva de las personas, mediante barreras de acceso al empleo, el crédito y la tierra. La pobreza se extiende al 56.7% de la población, equivalente a 6 millones de personas. El 27.6% de los guatemaltecos viven en condiciones de extrema pobreza, es decir, tienen ingreso insuficiente para cubrir una canasta básica de alimentos. La situación de extrema pobreza es coincidente con las mayores proporciones de población rural, indígena, sin escolaridad, subempleada, analfabeta, sin acceso a agua potable y desagües y sin conexión eléctrica, entre otros indicadores de postergación. Es por ello que conviene su utilización como una medida general de exclusión social en Guatemala, para verificar luego sus manifestaciones en salud. Este indicador tiene, además, la conveniencia de su periódica actualización y disponibilidad de mapas nacionales, lo que permite la focalización de las intervenciones.

Los mapas de extrema pobreza, por ejemplo, son coincidentes con los de población desempleada. El empleo formal equivale al 32% de la PEA (12% agrícola, 15% no agrícola y 4% sector público). La exclusión laboral afecta principalmente a las mujeres, a los indígenas y a la población rural. Las regiones más afectadas se localizan en las tierras altas del norte y el occidente del país.

Los datos anteriores convergen hacia los factores de exclusión que afectan a la población rural e indígena de Guatemala y a las mujeres, principalmente si son jefes de hogar. Los datos sobre la distribución de la pobreza lo confirman. La pobreza afecta al 20% de los habitantes no indígenas de las áreas urbanas, mientras que la padece un 75% de los habitantes indígenas de zonas rurales. En cuanto a las mujeres que ejercen la jefatura del hogar, la pobreza les afecta más por su condición rural o indígena que por ser mujeres; de hecho, la proporción de hogares indigentes es ligeramente menor si son regidos por mujeres que si son regidos por hombres. Aunque las mujeres sufren

discriminación laboral y salarial, estudios anteriores han mostrado que cuando son jefes de hogar, utilizan de manera eficiente los ingresos para cubrir las necesidades de vivienda, agua, educación y salud.

En Guatemala coexisten diversas formas de aseguramiento y provisión de servicios: los servicios públicos, la seguridad social y los seguros privados, vinculados a una red de proveedores privados de servicios. El sistema es fragmentado y segmentado, en cuanto 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. La función de aseguramiento, que cumplen tanto los seguros privados como la seguridad social, está poco desarrollada y ambos esquemas cubren una porción pequeña de la población.

La debilidad de los sistemas públicos de protección social en salud determina que el financiamiento por medio de pago de bolsillo represente cerca del 50% del gasto nacional de salud. El peso del gasto privado en salud sobre el ingreso mensual de los hogares es, en promedio, el 6.4%. El valor anualizado del gasto en salud asciende a US\$ 630 millones, es decir, un 3.5% del PIB.

El gasto privado de bolsillo no solo resulta inequitativo, sino también ineficiente. El gasto en salud presenta una asociación estrecha al nivel de ingresos. El decil de hogares con más altos ingresos ejerce el 30% del gasto en salud. Este grupo de hogares ejerce casi la totalidad del gasto en seguros privados, el 42% del gasto en aparatos, el 39% del gasto en servicios hospitalarios y el 38% de los gastos ambulatorios. Más de la mitad del gasto de bolsillo se dirige a la compra de productos médico-farmacéuticos. Debido a un control relajado del expendio de medicamentos y la falta de acceso económico a consulta médica, la compra de medicamentos sin prescripción médica es una de las respuestas más frecuentes de los hogares frente a un problema de salud. Por estas razones, los hogares indígenas gastan en la compra de medicamentos una mayor proporción que los no indígenas.

El gasto público tampoco resulta más equitativo. El 53% de este gasto el Seguro Social, por ejemplo, se realiza en la ciudad capital de Guatemala, y el 74% corresponde a familias no indígenas, reflejando concentración por medio de las dimensiones geográfica y étnica de la protección social. El Ministerio de Salud, por su parte, aunque teóricamente orientado a los grupos más pobres, presta servicios a todos los demandantes de sus atenciones sin requerir muestra de afiliación o postergación social. Por razones de accesibilidad, los mayores usuarios de sus servicios son grupos de bajos ingresos de áreas urbanas.

Alrededor de 1995 Guatemala inició una serie de estrategias exitosas que han logrado, efectivamente, reducir la población excluida del acceso a servicios básicos de salud:

- El Sistema integral de Atención en Salud –SIAS-: extendió hasta el 2001 la cobertura de un paquete básico de servicios de salud a 3.2 millones de habitantes que antes no contaban con acceso a ningún servicio. Esto fue posible gracias a la suscripción de cerca de 150 convenios con Organizaciones no Gubernamentales que asumieron la responsabilidad de la entrega de servicios en las comunidades más postergadas, particularmente indígenas y rurales.
- El Programa de Accesibilidad a los Medicamentos –PROAM-: surgió al ser evidentes los beneficios y economías de escala derivados de una negociación centralizada de la compra medicamentos por medio de “contrato abierto”. Este mecanismo permitió al PROAM de extender sus beneficios a toda la población, en particular la que carece de acceso a servicios de salud. Las ganancias en precio fueron sorprendentes y crearon la posibilidad de ampliar la red pública y no lucrativa de distribución de medicamentos, beneficiando a farmacias

estatales, farmacias municipales, ventas sociales de medicamentos y botiquines rurales de todo el país.

- La coordinación de la institucionalidad pública para el aumento de la cobertura en el primer nivel de atención: La importante proporción de población formalmente empleada (y por lo tanto afiliada al Seguro Social) en el departamento de Escuintla permitió organizar un modelo en el cual los mayores proveedores públicos (IGSS y Ministerio de Salud Pública) ofrecen servicios básicos de salud sin distinción de la afiliación institucional del beneficiario. Este hecho marca un hito en la salud pública del país: por primera vez los proveedores públicos de un modelo fragmentado y segmentado (como fue descrito con anterioridad) acuerdan una especialización de funciones y la atención no discriminada a la población. Operativamente esto implicó la distribución de las unidades territoriales (municipios en el caso de Guatemala) entre las dos instituciones. El IGSS asumió responsabilidad integral sobre aquellas en las que tenía mayores coberturas de población empleada. Implicó también, mecanismos de planeación y supervisión coordinados, un acuerdo sobre los servicios básicos provistos en el primer nivel de atención y la unificación del sistema de información.

## INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con la colaboración financiera de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) ha iniciado un proceso de investigación en Guatemala. Investigación que también se desarrolla en otros países de América: Ecuador, Paraguay y República Dominicana. El objetivo de este estudio consiste en especificar la brecha de población legalmente cubierta por servicios de salud y la que realmente se encuentra cubierta por dichos servicios, así como las intervenciones que se han probado, sus resultados y los factores que contribuyeron a su éxito o fracaso. De esta manera se espera preparar una propuesta para el proceso de diálogo en los cuatro países así como un conjunto de buenas prácticas que podrán ser aplicadas. El presente documento contiene los resultados correspondientes al estudio de la protección social en Guatemala.

La protección social en salud puede ser definida como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a servicios de buena calidad en forma oportuna. En el marco conceptual del presente estudio multicéntrico, la exclusión social en salud aparece cuando se producen fallas en los sistemas de protección social en salud. Las intervenciones públicas o de otros actores de la sociedad orientadas a expandir la protección social en salud pueden contribuir a la reducción de las exclusiones en salud.

El informe consta de cuatro apartados principales. El primero trata de la exclusión social como uno de los rasgos más profundos de la sociedad guatemalteca. En el segundo apartado se presenta una descripción del sistema de protección social en Guatemala, las instituciones participantes, los mecanismos de financiamiento, aseguramiento y provisión, así como las poblaciones formalmente cubiertas por el sistema. El tercer apartado enfoca en la exclusión social en salud; se examina qué grupos humanos carecen de protección social en salud, o encuentran barreras de acceso para la utilización de los servicios. En el cuarto apartado se presentan las tres principales estrategias desarrolladas en los últimos cinco años con el propósito de ampliar la protección social en salud.

### 1 EXCLUSIÓN SOCIAL EN GUATEMALA<sup>1</sup>

Entre los siete países que comprende el istmo centroamericano, Guatemala tiene la población más extensa y posee el Producto Nacional Bruto más elevado; ocupa el segundo lugar en territorio, el quinto en PIB real per cápita (en PPA\$) y el último lugar en los indicadores: tasa de alfabetismo adulto, esperanza de vida al nacer y porcentaje de población no pobre, además de ser el país con el índice de desarrollo humano más bajo (tabla 1).

De acuerdo con el rango que ocupa en el PIB real per cápita, Guatemala podría estar 16 posiciones arriba en el índice de desarrollo humano; Guatemala ocupa el lugar 108, con un per cápita de PPA\$ 3,674.0, en tanto que Belice ocupa el puesto 54, con PPA\$ 4,959 per cápita.<sup>2</sup>

El terrible desbalance entre el producto económico de la sociedad y el resultado social del esfuerzo económico tiene su origen en las graves desigualdades que existen en el país. El 20% de la

---

<sup>1</sup> Este apartado se basa en el Informe de Desarrollo Humano 2000, Guatemala, la fuerza incluyente del desarrollo humano, del Sistema de Naciones Unidas en Guatemala (2000), el cual describe las principales formas de exclusión vigentes en el país.

<sup>2</sup> PNUD (2001). Human Development Report, 2001. Ediciones Mundiprensa. Tabla 1 (pp. 145-147).

población con ingresos más altos capta el 61.4% del ingreso de los hogares, y el coeficiente de Gini (un valor entre 0 y 1 donde el 1 significa una distribución equitativa), alcanza un valor de 0.55, reflejando uno de los mayores niveles de desigualdad en el mundo.

**TABLA 1.** INDICADORES SELECCIONADOS DE LOS PAÍSES DEL ISTMO CENTROAMERICANO

Indicador	Guatemala	El Salvador	Honduras	Nicaragua	Costa Rica	Panamá	Belice
PNB US\$ miles de millones (1999)	18.2	12.5	5.4	2.3	15.1	9.6	0.7
PIB real per cápita PPA \$	3,674	4,344	2,340	2,279	8,860	5,875	4,959
Tasa de Alfabetismo adulto (%)	68.1	78.3	74.0	68.2	95.5	91.7	93.1
Esperanza de vida al nacer (años)	64.5	69.5	65.7	68.1	76.2	73.9	73.8
Índice de Desarrollo Humano	0.626	0.701	0.634	0.635	0.821	0.784	0.776
Población bajo la línea nacional de la pobreza	57.9	48.3	53.0	50.3	11.0	37.3	35.0

FUENTE: UNDP (2001) Human Development Report, 2001. Oxford University Press. Tablas 1 (pag. 145) y 3 (pag. 155).

La categoría exclusión social denota las limitaciones que algunos grupos humanos enfrentan para disfrutar de las oportunidades económicas, sociales, culturales y políticas existentes en la sociedad. Los mecanismos con que opera la exclusión incluyen: a) falta de mecanismos adecuados para ejercer la ciudadanía como participación en la toma de decisiones que afectan al conjunto social; b) Acceso restringido a los servicios que mejoran las condiciones de vida de las personas; c) Limitaciones en el acceso a información que podría aumentar las posibilidades de elección personal; d) Existencia de mecanismos de segregación social basados en normas, prohibiciones y controles, legales o tolerados.<sup>3</sup>

En el presente capítulo se examinan las formas de exclusión que operan en Guatemala y el grado en que diversos grupos humanos son afectados por ella.

## 1.1 Formas de exclusión

En Guatemala, la exclusión reduce las posibilidades de desarrollo humano en los ámbitos económico, político-jurídico y social. En el plano económico, se destacan los impedimentos de ciertos grupos poblacionales para tener acceso a ingresos y recursos. En el plano jurídico-político se consideran las garantías y derechos de las personas, incluyendo las formas de protección social, la participación ciudadana y la protección legal. En el plano social, el interés recae sobre el grado en que son reconocidas las identidades y características sociales de los grupos humanos y su posibilidad de utilizar redes sociales de apoyo para enfrentar los efectos de la exclusión.

### 1.1.1 **Dimensión Económica de la Exclusión**

En el ámbito económico, la exclusión se presenta bajo la forma de factores estructurales que limitan la participación de los hogares y sus unidades económicas en los mercados, con lo cual se restringe su acceso a los recursos y al ingreso. Así, en el ámbito económico de la exclusión, la situación de pobreza del país refleja las limitaciones impuestas sobre la capacidad productiva de las personas, mediante barreras de acceso al empleo, el crédito y la tierra.

---

<sup>3</sup> GRANT E, Blue I and Harpham T. Social Exclusion: A Review and Assessment of its Relevance to Developing Countries. South Bank University, London.

Las definiciones operacionales de la pobreza relacionan el nivel de ingreso del hogar con el costo de la canasta básica de bienes y servicios. Esto permite interpretar la condición de pobreza como insatisfacción de necesidades y como insuficiencia del ingreso. La pobreza se extiende al 56.7% de la población, equivalente a 6 millones de personas. El 27.6%<sup>4</sup> de los guatemaltecos viven en condiciones de extrema pobreza, es decir, tienen ingreso insuficiente para cubrir una canasta básica de alimentos. La distancia promedio del ingreso del hogar respecto a la línea de la pobreza es del 45%; ello significa que sería necesario un gran esfuerzo de estas familias para superar su condición de pobreza. Sin embargo, el 20% de los ingresos anuales de las familias no pobres sería suficiente para eliminar la pobreza (tabla 2).

**TABLA 2.** INDICADORES DE LA POBREZA EN GUATEMALA, 1989 Y 1998

<b>Indicador</b>	<b>1989</b>	<b>1998<sup>5</sup></b>
Población total (millones)	8.7	10.6
Población bajo la línea nacional de pobreza (%)	63.1	56.7
Personas bajo de la línea de la pobreza (millones)	5.5	6.0
Distancia media a la línea de la pobreza (% de la línea de pobreza)	50.4	45.5
Recursos necesarios para eliminar la pobreza como porcentaje del ingreso de las familias	21.8	15.7
Recursos necesarios para eliminar la pobreza como porcentaje del ingreso de las familias no pobres	27.7	19.3
Ingreso medio de los pobres (en quetzales por persona, por mes)	193.0	212.2
Volumen total de recursos necesarios para extinguir la pobreza en cada año (mil millones de quetzales)	12.9	12.7

NOTA: Se utilizó el ingreso del trabajo sumado a otros ingresos.

La línea de pobreza utilizada fue la de 1999 (Q 389.30 por persona, por mes)

FUENTE: GUATEMALA. La fuerza incluyente del desarrollo humano. Informe de Desarrollo Humano 2000. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. Cuadro 3.1, Pág. 43.

La situación del empleo en el país contribuye a explicar la extensión y profundidad de las deficiencias de ingreso de las familias. El empleo formal equivale al 32% de la PEA (12% agrícola, 15% no agrícola y 4% sector público). El 68% restante experimenta exclusión de los mercados laborales y está ocupado principalmente en agricultura de subsistencia (27%) o en el sector informal no agrícola (38%). La exclusión laboral afecta principalmente a las mujeres, a los indígenas y a la población rural. Las regiones más afectadas se localizan en las tierras altas del norte y el occidente del país (tabla 3).

<sup>4</sup> Para 2001 el Informe de Desarrollo Humano del Sistema Naciones Unidas pág. 26 señala el 26.8% y la Encuesta de Condiciones de Vida ENCOVI 15.1%

<sup>5</sup> En el 2000 la ENCOVI presenta 56.2 millones y el Informe de Desarrollo Humano 2001, 54.1 millones

**TABLA 3.** PERFILES DE FUERZA LABORAL POR CONDICIÓN DE EXCLUSIÓN LABORAL 1998 (PORCENTAJES)

Variables	No excluidos	Excluidos
<b>Sexo</b>		
Hombres	38.5	61.5
Mujeres	33.2	66.8
<b>Etnia</b>		
Indígenas	27.1	72.9
No indígenas	37.5	62.5
<b>Area</b>		
Rural	27.8	72.2
Urbana	38.7	61.3
<b>Región</b>		
Metropolitana	42.6	57.4
Norte	24.4	75.6
Nororiente	36.5	63.5
Suroriente	29.6	70.4
Central	27.4	72.6
Suroccidente	28.6	71.4
Noroccidente	26.6	73.4
Petén	35.3	64.7

FUENTE: GUATEMALA. *La fuerza incluyente del desarrollo humano. Informe de Desarrollo Humano 2000.* Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. Cuadro 3.7, Pag. 58.

El empleo formal e informal en el sector agrícola cuenta por el 39% de la PEA. De ellos, alrededor del 90% reside en el área rural. Existe un nexo entre esta población y la tierra, aunque en los últimos veinte años las formas de tenencia han cambiado: más familias trabajan la tierra como asalariados o arrendatarios; el cultivo en tierra propia se redujo de 61% de la PEA agrícola en 1979 a 49% en 1998-1999; otras formas de tenencia tienden a desaparecer (tabla 4). Los datos sugieren un aumento en la concentración de la tierra desde 1979; el censo agropecuario de ese año indicaba que el 65% de la superficie estaba en propiedad de las empresas grandes, dedicadas al mercado externo, que hacían el 3% de las fincas del país.

**TABLA 4.** GUATEMALA: ACCESO A LA TIERRA Y FORMAS DE TENENCIA POR JEFATURA DE HOGAR, EN 1979 Y 1998.

Familias	1979	1998
Trabajando en tierra propia	61.4	49.0
Trabajando en tierras arrendadas	7.5	17.0
Trabajando como asalariado	22.0	33.0
En otras formas	9.0	1.0

FUENTE: GUATEMALA. *La fuerza incluyente del desarrollo humano. Informe de Desarrollo Humano 2000.* Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. Cuadro 3.10, Pag. 65

Una tercera forma de exclusión que frena la capacidad productiva de las familias y sus unidades económicas se manifiesta en el acceso al crédito. Los préstamos de la banca formal se destinan principalmente al consumo y al comercio (73% en 1997), el *spread* bancario llega a 12 puntos

porcentuales, y los beneficiarios de crédito se concentran principalmente en el Departamento de Guatemala.<sup>6</sup> Los departamentos con entre 75% y 100% de población indígena reciben menos del 1% de los préstamos concedidos por el mercado bancario regulado (tabla 5). Se estima que el 71% de los créditos y el 66% del capital prestado en el área rural provienen del sector informal financiero, principalmente de comerciantes que cobran altas tasas de interés y muchas veces conceden el crédito bajo la forma de insumos agrícolas, que luego cobran en efectivo. Juntos, la banca estatal rural, las ONG y los cooperativistas conceden apenas un 26% de los créditos.

**TABLA 5.** DISTRIBUCION DE LOS PRÉSTAMOS CONCEDIDOS POR EL MERCADO BANCARIO REGULADO (EN PORCENTAJES). GUATEMALA, 1992-1997.

Departamentos	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Deptos 75%-100% indígena	1.0	0.9	0.7	0.6	0.6	0.7
Deptos 50%-74.9% indígena	4.5	3.9	3.8	3.2	2.1	2.2
Deptos 25%-49.5% indígena	4.0	3.2	3.1	2.4	2.7	2.1
Deptos 0%-24.5% indígena	5.3	4.6	4.8	3.2	2.6	3.1
Depto. Guatemala	85.2	86.4	86.9	90.5	92.0	91.7

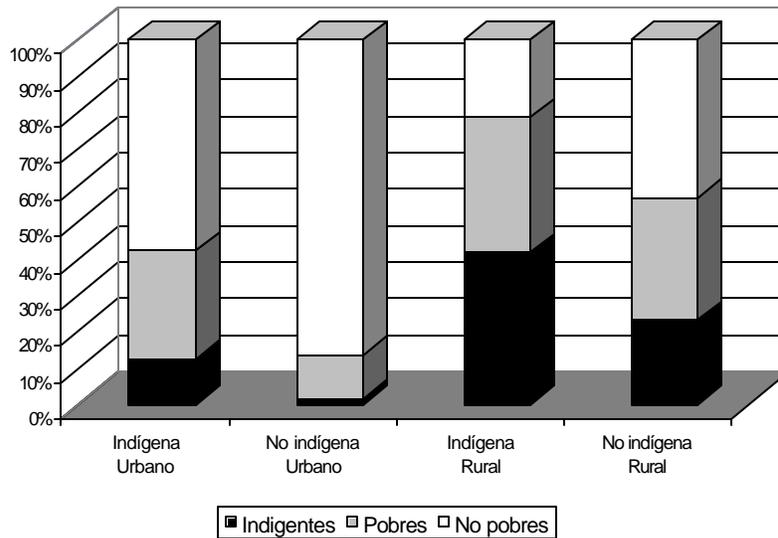
FUENTE: GUATEMALA. *El Rostro Humano del Desarrollo Rural. Informe de Desarrollo Humano 1999. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. Cuadro 70, Pag. 271*

Los datos anteriores convergen hacia los factores de exclusión que afectan a la población rural e indígena de Guatemala y a las mujeres, principalmente si son jefes de hogar. Los datos sobre la distribución de la pobreza lo confirman. La pobreza afecta al 20% de los habitantes no indígenas de las áreas urbanas, mientras que la padece un 75% de los habitantes indígenas de zonas rurales (Fig. 1). En cuanto a las mujeres que ejercen la jefatura del hogar, la pobreza les afecta más por su condición rural o indígena que por ser mujeres; de hecho, la proporción de hogares indigentes es ligeramente menor si son regidos por mujeres que si son regidos por hombres, sin que este resultado se vea afectado por la etnicidad (Fig. 2) o el área de residencia del hogar (Fig. 3). Aunque las mujeres sufren discriminación laboral y salarial, estudios anteriores han mostrado que cuando son jefes de hogar, utilizan de manera eficiente los ingresos para cubrir las necesidades de vivienda, agua, educación y salud.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> GUATEMALA: *El rostro humano del desarrollo rural. Informe de Desarrollo Humano 1999. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. Pp. 23, 163 y 271.*

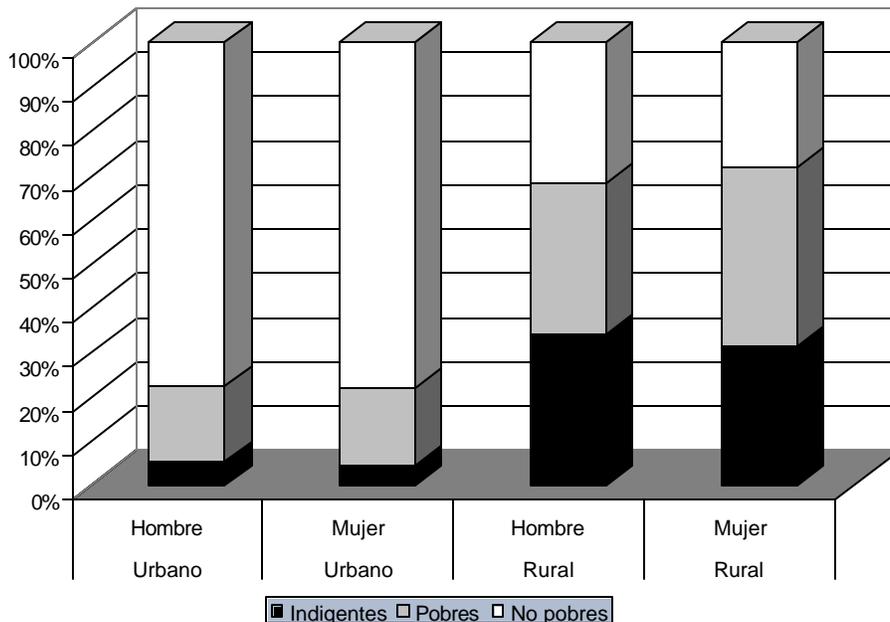
<sup>7</sup> VALLADARES, R y E Barillas (2001). *Gasto de los Hogares en Desarrollo Humano. Informe de Consultoría presentado a PNUD en la preparación del Informe de Desarrollo Humano 2001. GSD Consultores Asociados, Guatemala: 2001.*

**FIG. 1. Condición socioeconómica de la población guatemalteca según etnicidad y área de residencia**



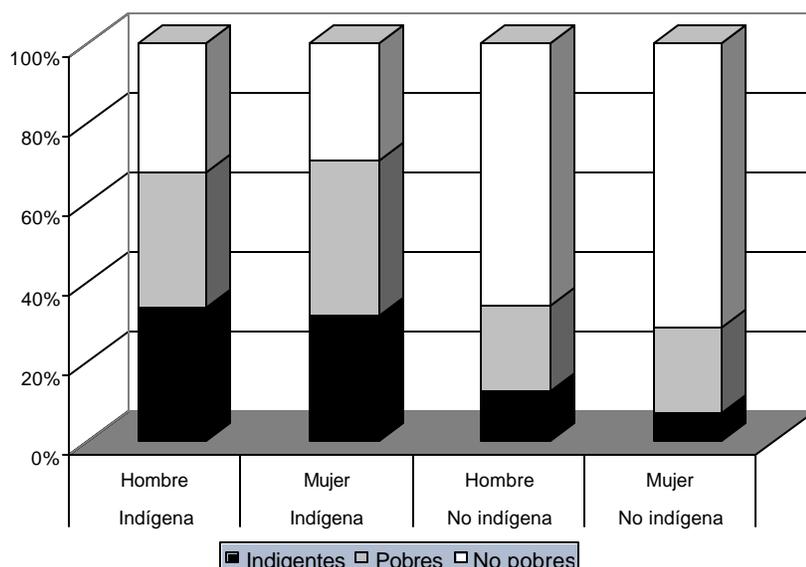
FUENTE: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1998-1999.

**FIG. 2. Condición socioeconómica de los hogares guatemaltecos según sexo del jefe de hogar y área de residencia**



FUENTE: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1998-1999.

**FIG. 3. Condición socioeconómica de los hogares guatemaltecos según sexo y etnicidad del jefe de hogar**



*FUENTE: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1998-1999.*

### 1.1.2 Dimensión Jurídico-Política de la Exclusión

Para Amartya Sen, la alienación cultural de los gobernantes respecto de los gobernados es un factor explicativo en la mayoría de las hambrunas en países bajo regímenes coloniales; cuando los gobernantes no comparten el idioma, la identidad y las raíces culturales de los gobernados, difícilmente harán algo para resolver sus privaciones. Más aún, la población que no tiene influencia sobre quién les gobierna, ni participa en las decisiones que le afectan, ni puede hacer valer sus derechos mediante acción legal o denuncia pública, sufre una forma de exclusión que permite que decisiones y políticas erróneas continúen vigentes a pesar de sus nefandos resultados.<sup>8</sup>

Guatemala es una república unitaria, que de acuerdo con la Constitución Política, posee el régimen democrático, y reconoce derechos y deberes ciudadanos en condición de igualdad. La Constitución establece, por ejemplo, el derecho a la educación gratuita, a la atención de la salud, a la seguridad social, además de las libertades y garantías políticas. Sin embargo, desde tiempos remotos una parte importante de la población se ha visto excluida de facto de los beneficios de la organización política del estado, sus políticas y sus intervenciones.

El carácter concentrador y excluyente del modelo de nación se encuentra en los orígenes del conflicto armado interno que duró más de tres décadas, según reconoce el Acuerdo de Paz Firme y Duradera, suscrito en diciembre de 1996. Los acuerdos<sup>9</sup> parciales que condujeron a este acuerdo final contienen orientaciones claras y compromisos de gobierno para establecer mecanismos incluyentes.

Las elecciones de 1999 mostraron el alcance limitado de los acuerdos en la ampliación de la participación política. La población indígena y las mujeres todavía encuentran dificultades para la participación en elegir, y sobre todo, en ser electas. De 2.3 millones de ciudadanos, el 56% no votó;

<sup>8</sup> SEN, A (1999) Development as Freedom. Anchor Books, 1<sup>st</sup>. ed., 2000. Pp. 152-159.

<sup>9</sup> GUATEMALA: La fuerza incluyente... op.cit., pp. 93-99.

entre las mujeres, la abstención fue de 67%; en departamentos con entre 75% y 100% de población indígena, el abstencionismo femenino llegó al 73%. Otros grupos con exclusión electoral son los jóvenes entre 18 y 24 años, y los trabajadores migrantes estacionales. Votar es una de las pocas oportunidades de participar en la vida política del país, y el elevado abstencionismo indica y ratifica la indiferencia mutua entre el gobierno y los ciudadanos que padecen esta dimensión de la exclusión.

### 1.1.3 Dimensión Social de la Exclusión

Los indicadores sociales de acceso a servicios públicos, protección social y calidad de vida presentan desviaciones importantes según el área de residencia, la etnicidad, el género y el nivel socioeconómico de la población. Forman parte de uno o más de los grupos anteriores, la población con baja escolaridad, los trabajadores del sector informal y los campesinos sin tierra que migran en época de cosecha desde las tierras altas hacia la costa sur; estos grupos son particularmente vulnerables a las formas de exclusión social.

La precariedad del ingreso en determinadas regiones es solamente un rasgo de una situación más generalizada de postergación y discriminación que solamente en los últimos años, bajo el impulso de los compromisos de gobierno en los acuerdos de paz, han principiado a encararse y superarse. Entre ellos, cabe citar el abastecimiento de agua, energía eléctrica, disposición adecuada de excretas, asistencia escolar, y servicios de salud. La tabla 6 muestra las diferencias entre departamentos, agrupados estos según el porcentaje de población indígena.

**TABLA 6.** GUATEMALA, 1994 Y 1997. INDICADORES SELECCIONADOS POR DEPARTAMENTOS AGRUPADOS SEGÚN PROPORCIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA

Deptos. por % de población indígena	% hogares con abastecimiento de agua (1994)	% hogares con disposición de excretas (1994)	% hogares con energía eléctrica (1994)	Analfabetismo % (1994)	Esperanza de vida al nacer (1997)
Deptos. 75% a 100% indígena	64.2	77.0	31.7	62.8	65.11
Deptos 50% a 74.9% indígena	67.5	72.6	47.0	46.7	66.60
Deptos 25% a 49.5% indígena	60.0	67.6	40.6	40.7	66.35
Deptos. 0% a 24.9% indígena	68.6	68.0	57.9	38.6	61.49
País	69.7	72.1	44.8	38.8	67.19

FUENTE: Guatemala, *el rostro rural del desarrollo humano*. Edición 1999. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala, 1999: Capítulo V, cuadro 2; Anexos, cuadros 9, 38.b, 39 y 45.

## 2 LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN GUATEMALA

En Guatemala coexisten diversas formas de aseguramiento y provisión de servicios: los servicios públicos, la seguridad social y los seguros privados, vinculados a una red de proveedores privados de servicios. El sistema es también fragmentario, en cuanto no existen enlaces funcionales ni separación de funciones entre subsistemas. La función de aseguramiento, que cumplen tanto los seguros privados como la seguridad social, está poco desarrollada y ambos esquemas cubren una porción pequeña de la población. En consecuencia, predomina el gasto directo de bolsillo (tabla 7). La rectoría en salud, formalmente asignada al MSPAS, no es ejercida más allá de los proveedores públicos, por lo cual el país carece de sistemas de certificación de profesionales y acreditación de establecimientos. Los rasgos antes descritos indican que, en Guatemala, el sistema de protección social en salud cabe en la categoría de segmentado: un sistema mixto de entrega con escasa articulación interna y débil regulación. Esto se manifiesta e impacta en las funciones de financiamiento, aseguramiento, provisión y rectoría, las cuales se describen a continuación.

**TABLA 7.** FUNCIONES INVOLUCRADAS EN LA PROTECCIÓN SOCIAL DE SALUD

Función	Componentes de la función	Institución que la realiza
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impuestos generales</li> <li>- Contribuciones obligatorias a la seguridad social</li> <li>- Primas de seguros privados (voluntarios)</li> <li>- Pago directo de bolsillo</li> <li>- Cooperación externa</li> </ul>	<p>Los aportes al gasto nacional de salud provienen de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gobierno (Ministerio de Finanzas) aporta 27.3%;</li> <li>- Empresas: aportan el 22%;</li> <li>- Hogares aportan el 42.9%;</li> <li>- Instituciones donantes aportan 7.8%.</li> </ul> <p><i>Proporciones del desembolso total de la fuente no diferenciando mecanismo de transferencia (presupuestación, aseguramiento o pago directo por servicios).</i></p>
Aseguramiento (pooling)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Seguridad social</i>: régimen público de aseguramiento obligatorio de los asalariados del sector formal, capta recursos de patronos y empleados con tasas proporcionales al salario.</li> <li>- <i>Seguros privados de salud</i>: Ramo de seguros que promueven las aseguradoras privadas lucrativas del país bajo régimen voluntario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Instituto Guatemalteco de Seguridad Social</b>: entidad pública autónoma con régimen representativo (estado, patronos, obreros); establece tasas, recauda fondos, maneja los recursos en el sector financiero y los asigna a servicios. Los recursos captados por cuota laboral representan el 38% del gasto de los hogares.</li> <li>- <b>Aseguradoras privadas lucrativas</b>: empresas que aseguran contra todo riesgo, incluyendo el ramo de salud; las primas captadas representan el 0.4% del gasto en salud de los hogares.</li> </ul>
Provisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Bienes y servicios asegurables</i>: prestaciones limitadas geográficamente en el IGSS y económicamente en los seguros privados.</li> <li>- <i>Bienes y servicios no asegurables</i>: prestaciones limitadas por infraestructura en el MSPAS y económicamente en la provisión privada de servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El IGSS provee servicios asegurables a través de sus propios dispensarios y hospitales</li> <li>- Clínicas, Sanatorios y hospitales privados proveen servicios asegurables en arreglo con los seguros privados (red de proveedores preferidos) y proveen servicios no asegurables por compra directa de los usuarios.</li> <li>- El MSPAS provee servicios no asegurables a través de sus propios puestos, centros de salud y hospitales</li> </ul> <p><i>Los proveedores privados, a partir de 1995 principiaron a prestar servicios públicamente financiados: los proveedores con ánimo de lucro atienden con fondos de IGSS y las ONG con fondos de MSPAS.</i></p>
Rectoría	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rectoría del sector salud: según el Código de Salud, corresponde al MSPAS ejercer la rectoría en salud.</li> <li>- Rectoría del aseguramiento en salud: según la Ley Orgánica del IGSS, a éste le corresponde regir los esquemas de aseguramiento en salud.</li> <li>- Rectoría del aseguramiento: según la Ley de Bancos e Instituciones Financieras, corresponde a la Superintendencia de Bancos la función de rectoría de las aseguradoras en cuanto entidades del sector financiero del país.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El MSPAS fija las políticas nacionales de salud y regula en su materia y efectúa el control sanitario de los proyectos habitacionales, los cementerios, el comercio local e internacional de productos agrícolas, alimentos procesados y productos farmacéuticos, el manejo y expendio de alimentos, los establecimientos de diversión y espectáculos públicos, así como la habilitación para ejercer la prostitución.</li> <li><i>En el campo de la prestación de servicios de salud, aún cuando se está desarrollando un régimen de acreditación de establecimientos, en la práctica las funciones de conducción y regulación se ejercen sobre sus propia red de servicios.</i></li> <li>- El IGSS ejerce rectoría sobre la propia red de servicios asistenciales; no acredita, ejerce control ni conoce reclamos sobre seguros privados de salud.</li> <li>- El Colegio de Médicos realiza la acreditación y habilitación profesional.</li> <li>- La superintendencia de bancos regula y controla exclusivamente la posición y el desempeño financiero de las aseguradoras.</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Cuentas Nacionales en Salud 1995 – 1997.

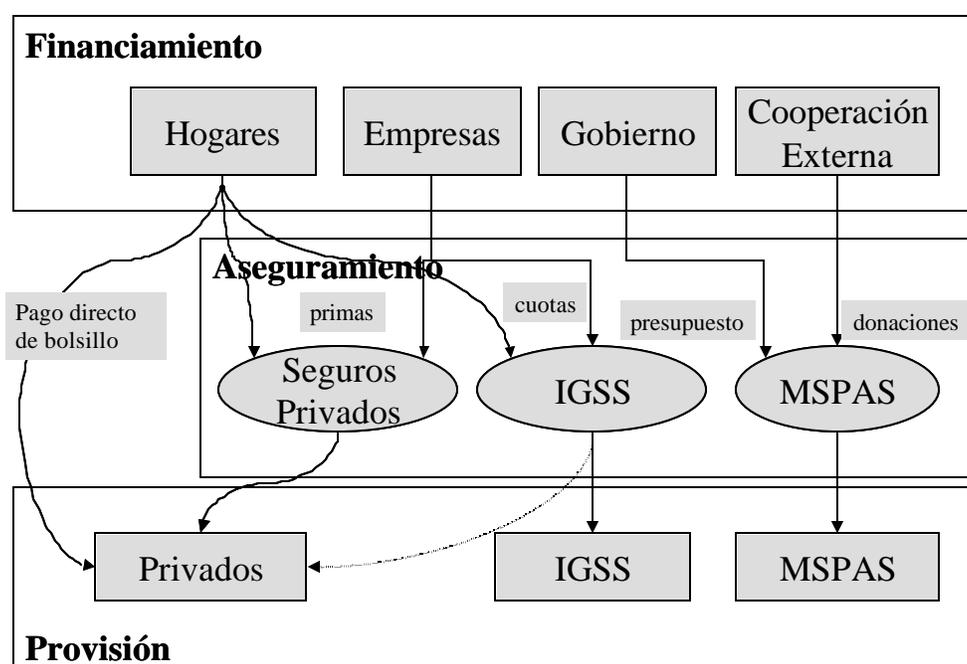
Las funciones presentadas a manera de síntesis en el cuadro anterior se presentan con mayor detalle en los apartados siguientes.

## 2.1 Financiamiento

Las entidades que conforman el sistema de salud están enlazadas entre sí por los flujos financieros que corresponden a las funciones que desempeñan en el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios de salud; cada enlace se activa por medio de uno o más mecanismos de transferencia: primas, cuotas, pagos directos, asignaciones presupuestarias o donaciones (FIG. 4).

Los fondos utilizados por el sector salud provienen de fuentes públicas, privadas o externas. El financiamiento público proviene de impuestos generales, crédito interno o externo. También incluye los aportes de empresas y hogares al régimen de seguridad social, el cual es obligatorio para empresas con cinco o más empleados, y las contribuciones se tasan sobre el salario mensual. El financiamiento privado puede provenir de los hogares o las empresas, bajo la forma de primas de seguro o bien como pago directo por servicios. El financiamiento externo, es decir, los fondos no reembolsables de fuentes externas, pueden provenir de fuentes bilaterales o multilaterales. Cabe insistir que los préstamos externos hacia el sector público se consideran fondos gubernamentales en la medida que su reembolso será financiado con ingresos fiscales.

**FIG. 4. Flujo de Recursos dentro del Sistema de Salud**

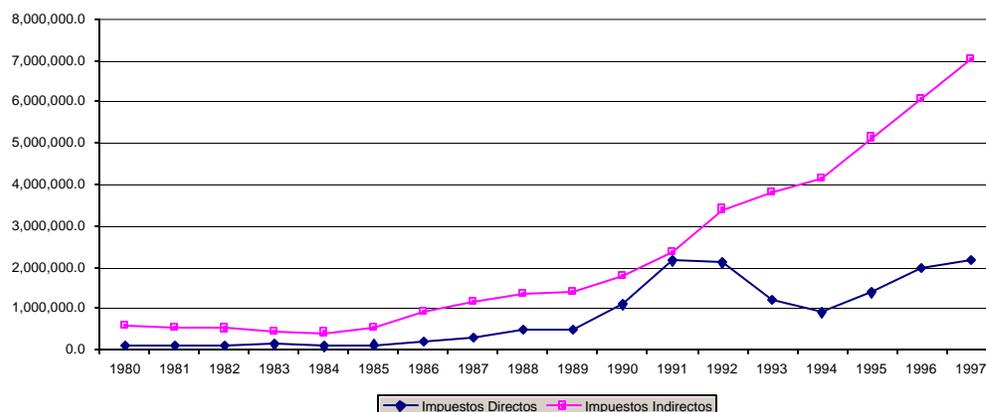


Fuente: Elaboración propia.

**La captación de fondos públicos** es realizada por el Ministerio de Finanzas Públicas, principalmente por medio de impuestos; entre 1980 y 1997, la media armónica del peso de los impuestos sobre los ingresos totales del estado fue del 77%. Guatemala tiene una de las cargas tributarias más bajas de Latinoamérica; en 1998 hubo ingresos tributarios equivalentes al 9% sobre el PIB. A partir de 1991, los procesos de ajuste se orientaron a reducir el déficit fiscal contrayendo el gasto y aumentando la carga impositiva. Desde entonces, la estrategia de captación de recursos ha pesado sobre los impuestos indirectos, que al gravar al consumo, tienen mayor incidencia en los estratos de población mayoritarios cuyo consumo iguala o excede al ingreso familiar. Al final de los

noventas, la regresividad del sistema tributario se había consolidado como tendencia, y las reformas tributarias más recientes (en 2001, la tasa del impuesto al valor agregado se elevó de 10% a 12%) contribuyen a profundizar dicha tendencia (FIG. 5).

**FIG. 5. Guatemala, 1980-1997. Dinámica de los ingresos tributarios directos e indirectos (miles de Quetzales)**



El traslado de los fondos captados hacia las entidades del sector público que realizan acciones de salud (MSPAS, Sanidad Militar y Hospital de la Policía Nacional) depende del proceso de presupuestación, en el cual se fijan las demandas, se establecen las prioridades, se ajusta la disponibilidad y se negocian los montos para cada destino de gasto. La presupuestación se deriva de la programación operativa anual. Recursos adicionales para el sector público provienen de donaciones y préstamos; en 1997 los recursos externos representaron 12.1% del ingreso del MSPAS. Aunque existen cobros a usuarios solo en algunos servicios y algunas atenciones, los aranceles son muy bajos. Durante 1996 y 1997, dichos cobros fueron evitados; sin embargo, durante 1995 representaron el 1.4% del ingreso del MSPAS.<sup>10</sup>

**El fondo de seguridad social** se alimenta de contribuciones obligatorias, proporcionales al salario, que realizan mensualmente patronos y trabajadores asalariados. La Junta Directiva del IGSS, en la cual participan representantes de los sectores gubernamental, obrero y patronal, establece el nivel porcentual de las contribuciones. Los programas que el seguro financia no tienen cobertura nacional; por esa razón, las tasas de contribución son además proporcionales al conjunto de beneficios asegurado (Tabla 8).

Aunque en 1998 el IGSS cubría el 25.9% de la población económicamente activa y 17.2% de la población total<sup>11</sup>, las contribuciones al régimen representaron el 38% de los recursos que los hogares destinan a la salud. El 53% de este gasto se realiza en la ciudad capital de Guatemala, y el 74% corresponde a familias no indígenas, reflejando concentración por medio de las dimensiones geográfica y étnica de la protección social.<sup>12</sup>

<sup>10</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Cuentas Nacionales en Salud 1995 – 1997*

<sup>11</sup> SANIGEST, 2001. *La seguridad social en Guatemala: un análisis de los programas de salud y pensiones del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social*. Informe de consultoría para Fundación Friedrich Ebert y PNUD.

<sup>12</sup> VALLADARES R y E Barillas, 2001. *Guatemala: el gasto de los hogares en desarrollo humano*. Informe de consultoría para el informe de Desarrollo Humano 2001 del PNUD.

**TABLA 8.** DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR PROGRAMAS DE LAS CUOTAS AL IGSS

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

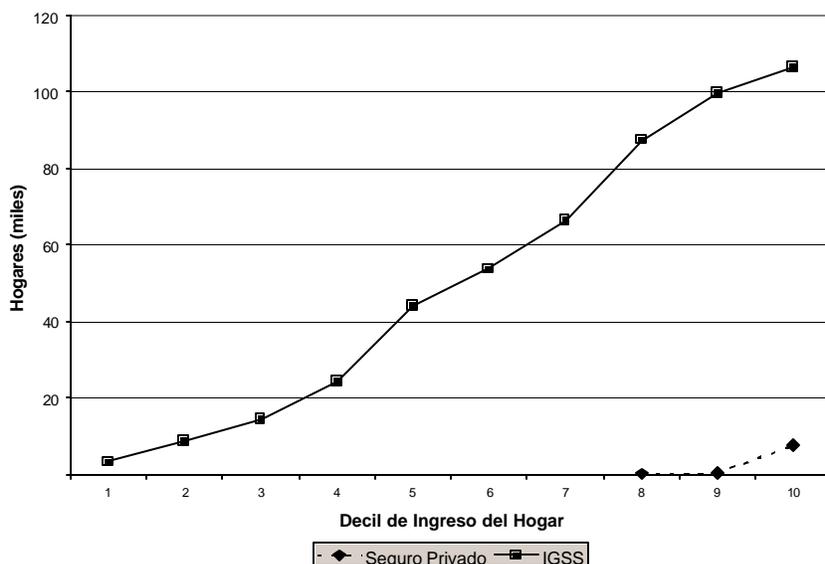
Fuente: Durán Fabio. *La Seguridad Social en Guatemala. Un Análisis de los Programas de Salud y Pensiones del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social*. Documento preparado para el Programan de Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala, 2001

La ley establece que, además de contribuir como patrono, el Estado debe aportar al régimen. Sin embargo, dicho aporte se ha incumplido desde 1956 habiéndose acumulado al 31 de diciembre de 1998 una deuda de Q. 3,411,928,325.91. Además, en el sector privado existen evasión, elusión y mora en el traslado de contribuciones al seguro social. Se estima que el 11.73% de los empleadores evaden su contribución al régimen. Para el año 2000 esto representaba una deuda acumulada de Q. 315,685,876.12. La recaudación en el IGSS es auditada internamente por el departamento de Auditoría Interna. Como todas las entidades autónomas y semiautónomas del país, el IGSS está sujeto a rendición de cuentas y auditorías externas por parte de la Contraloría General de Cuentas.

**Los fondos privados de seguro médico** reciben dinero de los asegurados, bajo la forma de primas de seguro anuales, semestrales, trimestrales o mensuales. Entre los asegurados puede haber contratos individuales, con la opción de cubrir el núcleo familiar, y contratos empresariales, donde un conjunto de empleados está cubierto. En cada caso, se decide cómo la carga de la prima se distribuye entre empleados y empleador. El aseguramiento privado en salud es un servicio que prestan las empresas aseguradoras contra todos los riesgos. Existen otros esquemas de protección que incluyen igualas y prepagos, los cuales son administrados por hospitales privados y asociaciones de médicos que establecen redes de prestación sobre conjuntos de usuarios leales por medio del prepagado.

Este es un mercado pequeño que cubre alrededor de 8 mil familias y capta el 0.4% del gasto de los hogares en salud. Del gasto total en aseguramiento, los seguros privados captan el 1% y el IGSS el 99% restante; si la seguridad social cubre progresivamente a estratos de ingresos superiores, el 95% de la población cubierta por seguros privados se encuentra en el decil más alto de ingresos (fig. FIG. 6).

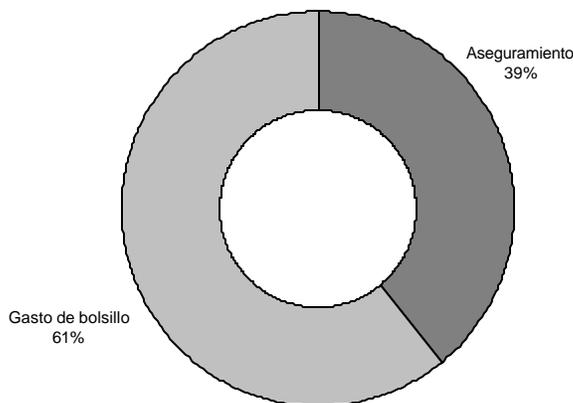
**FIG. 6. Número de Hogares asegurados por el IGSS y por Aseguradoras Privadas**



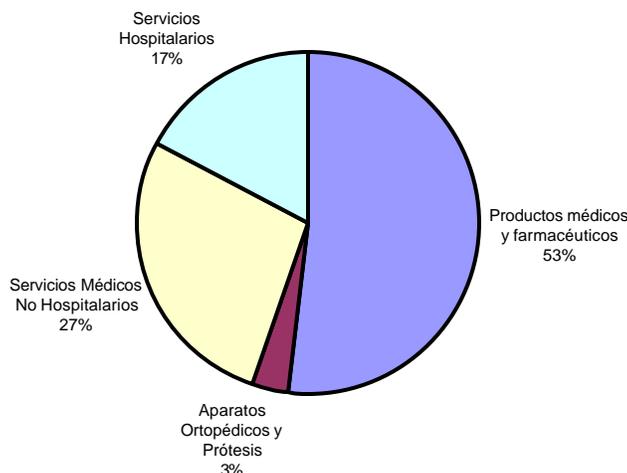
**El gasto directo de bolsillo que proviene de los hogares** hacia diversos tipos de proveedores es una parte importante del financiamiento de la salud. No existe la función de aseguramiento en este flujo, del cual participan hogares que disfrutan de protección social y hogares excluidos. El financiamiento por medio de pago de bolsillo representa la mayor parte del gasto nacional de salud, de acuerdo con fuentes diversas. De acuerdo con la encuesta nacional de ingresos y gastos familiares (ENIGFAM), que fue conducida por el Instituto Nacional de Estadística y cubrió una muestra de 8 mil hogares, en el período 1998-1999, el gasto en salud alcanzó un valor mensual de US\$ 45 millones. Su peso sobre el ingreso mensual de los hogares fue, en promedio, el 6.4%. El valor anualizado del gasto en salud ascendió a US\$ 630 millones, es decir, un 3.5% del PIB. De ese total, el 60.9% corresponde a gastos directos de bolsillo (FIG. 7).

Más de la mitad del gasto de bolsillo se dirige a la compra de productos médico-farmacéuticos; debido a un control relajado del expendio de medicamentos y la falta de acceso económico a consulta médica, la compra de medicamentos sin prescripción médica es una de las respuestas más frecuentes de los hogares frente a un problema de salud. El segundo rubro en importancia, que consume hasta un 27% del gasto, son los servicios médicos ambulatorios (FIG. 8)

**FIG. 7. Composición del Gasto de los Hogares en Salud**



**FIG. 8. Composición del Gasto de Bolsillo en Salud**



## 2.2 Aseguramiento

En el apartado anterior fueron enunciados varios **fondos**: públicos, de seguridad social y de seguros privados o prepagos. Los fondos son instrumentos financieros de acopio y asignación de recursos.

**Los fondos públicos** se agotan en cada ejercicio fiscal anual, y en Guatemala no otorgan una titularidad de derechos como es el caso en los seguros sociales y privados. Con esos recursos se prestan diversas funciones de salud pública, pero también, y en medida importante, se prestan servicios de salud personal en una red nacional de establecimientos de distinto nivel de complejidad. Formalmente, el Ministerio no tiene adscrita una población específica; su responsabilidad es la totalidad de la población. Sus usuarios pertenecen a estratos socioeconómicos diversos; en algunas áreas alejadas, es la única opción de atención; en otras áreas, menos accesibles aún, ni siquiera el MSPAS ofrece cobertura de servicios de salud. El MSPAS atiende demandas de atención en salud pero no ofrece protección contra los riesgos financieros de enfermedad, discapacidad o sobrevivencia.

**Los fondos de seguridad social** se alimentan con las contribuciones de los afiliados al régimen. La afiliación se da por inscripción como patronos de las empresas e instituciones públicas al régimen. Posteriormente, los empleados se inscriben en la medida que ingresan. La población afiliada asciende a 908 miles, equivalente al 25% de la población económicamente activa. La población asegurada es mayor, pues además del afiliado, se reconocen como derechohabientes a la o el cónyuge y a los hijos menores de 5 años. En total, la cobertura de aseguramiento del IGSS es de 17% de la población del país.

**TABLA 9.** BENEFICIARIOS DEL IGSS. GUATEMALA, 1997 Y 2000

Categoría	1997	2000
Afiliados	851,292	908,122
Esposas y compañeras	289,157	319,879
Hijos hasta 5 años de edad	439,681	486,398
Pensionados por IVS	103,110	127,881
Pensionados y beneficiarios de Clases Pasivas del Estado	45,800	59,998
Personas no afiliadas	28,301	32,066

Fuente: IGSS (1998): *Boletín Actuarial y Estadístico 1997*. Departamento Actuarial y Estadístico del IGSS, Guatemala.  
*Memoria de labores 2000.*

Aunque se define como universal, único y obligatorio, el IGSS tiene barreras de ingreso para unidades económicas con pocos trabajadores, para personas que trabajan por cuenta propia y para residentes de los departamentos donde no operan todos los programas de servicio. El IGSS principió cubriendo únicamente accidentes de trabajo, pero se han introducido reformas paulatinas que incrementan el alcance de los beneficios y derechos de los trabajadores (Tabla 10); a la fecha, estos beneficios no se han extendido a todos los departamentos del país. Aunque todos los afiliados tienen cobertura de accidentes y están protegidos por Vejez, Invalidez y Sobrevivencia (IVS), los programas de enfermedad y maternidad cubren 11 de los 22 departamentos del país (Tabla 11).

**TABLA 10.**

INNOVACIONES CON EFECTO EN LA COBERTURA DEL IGSS

1944- 1967	Accidentes, ampliación geográfica paulatina
1968	Protección por maternidad y enfermedad en Depto. Guatemala
1971- 1977	Se introduce protección por vejez, invalidez y sobrevivencia
1988	Cobertura a hijos menores de 5 años para afiliados Depto. Guatemala
1989 a la fecha	Extensión de cobertura en Escuintla con atención primaria de salud

**TABLA 11.**

COBERTURA GEOGRÁFICA DE LOS PROGRAMAS DEL IGSS

Programa	Cobertura Geográfica (Departamentos)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidentes en General</li> <li>• Invalidez, Vejez y Sobrevivencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda la República</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidentes en General</li> <li>• Invalidez, Vejez y Sobrevivencia</li> <li>• Enfermedad</li> <li>• Maternidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guatemala</li> <li>• Sacatepéquez</li> <li>• Sololá</li> <li>• Totonicapán</li> <li>• El Quiché</li> <li>• Baja Verapaz</li> <li>• Zacapa</li> <li>• Chiquimula</li> <li>• Jalapa</li> <li>• Escuintla*</li> <li>• Suchitepéquez*</li> </ul>
<p>*Programa ofrecido bajo la estrategia de atención primaria en salud. Fuente: IGSS (1997): <i>Memoria de Labores 1997</i>. Guatemala.</p>	

La decisión de extender la cobertura de todos los programas a nuevos departamentos depende fundamentalmente de las expectativas económicas relacionadas con la decisión. Los departamentos donde escasea el empleo formal y el nivel de salarios es bajo no ofrece condiciones apropiadas para la sostenibilidad de la ampliación de cobertura de enfermedad y maternidad. Las cuotas captadas no lograrían cubrir el costo de los servicios de los programas incorporados, y menos aún las inversiones en infraestructura que sería necesario realizar.

El desempeño financiero del IGSS ha sido cuestionado, tanto por preverse que habrá crisis en los fondos de previsión, como por la existencia de superavit recurrentes en el renglón de prestación de servicios. Se ha hecho notar que la población no cubierta, los trabajadores informales, están ejerciendo un gasto anual en salud igual o mayor que el equivalente a las cuotas anuales de los

trabajadores formales, pero no son cubiertos a pesar de ser aún más vulnerables a los riesgos financieros de enfermedad, discapacidad y muerte.<sup>13</sup>

**Los fondos de seguros privados y prepagos** tienen esquemas de aseguramiento para cubrir los gastos de atenciones por enfermedad, maternidad o accidentes. Los esquemas corporativos aseguran grupos de empleados por una cuota relativamente baja. Los esquemas familiares incluyen un pago básico por el jefe de hogar, una cuota algo mayor si incluye a la esposa y pagos de complemento por cada hijo menor de edad. La prima del seguro aumenta si se adiciona el seguro de vida a los gastos médicos. Cada esquema de seguro tiene una red de proveedores que incluye consultorios médicos, centros de diagnóstico, hospitales y algunos hasta farmacias. El usuario paga un “coseguro” si decide utilizar proveedores fuera de la red de la aseguradora. Existen 13 aseguradoras<sup>14</sup> y esquemas de prepago; cada cual tiene un grupo reducido de asegurados; debido a que los riesgos se comparten entre pocos miembros, los costos de estos seguros suelen ser todavía elevados.

### 2.3 Provisión de Servicios

Los establecimientos del MSPAS entregan servicios de salud a la población del país, sin costo alguno, y sin limitaciones predefinidas; las restricciones provienen principalmente de la disponibilidad de recursos correspondiente al nivel de complejidad de cada establecimiento.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social también posee establecimientos prestadores de servicios; la cobertura depende de los programas que existan en cada departamento del país. El único conjunto de servicios que tiene alcance nacional es la atención de accidentes; la maternidad y la enfermedad común solamente son cubiertas en 12 de los 22 departamentos del país (Tabla 11, arriba).

El sector privado que opera con fines de lucro comprende una amplia variedad de establecimientos, desde consultorios hasta hospitales, además de farmacias, centros de diagnóstico y proveedores de equipo médico duradero (órtesis, prótesis, etc.). Los establecimientos privados pueden recibir pagos directamente del bolsillo de los usuarios o bien de un seguro médico. Los usuarios no tienen libre elección del proveedor: quién será su proveedor depende de qué empresa les provee el seguro. Si un usuario desea utilizar su propio proveedor, debe hacer un copago. La utilización del seguro se ve desincentivada para atenciones de poca complejidad debido al “deducible”, una cantidad que el usuario debe pagar para hacer uso de los beneficios del seguro. En Guatemala, el deducible en los seguros de salud y hospitalización equivale a US\$ 72.00 aproximadamente.<sup>15</sup>

En síntesis, el MSPAS y el IGSS tienen sus propios establecimientos; los seguros privados operan con una red de proveedores autorizados. Las escasas experiencias de intercambio (analizadas más adelante) entre MSPAS e IGSS, entre MSPAS y ONGs, y entre IGSS y proveedores privados, han encarado muchas dificultades y mostrado buenos resultados. Aún con estrategias innovadoras en curso, persiste la fragmentación del sistema.

---

<sup>13</sup> VALLADARES, R y E Barillas. Propuesta marco para la extensión de las prestaciones de la seguridad social a la población campesina y otros grupos de trabajadores informales. Informe de consultoría para CONGCOOP.

<sup>14</sup> Aseguradoras Que Cubren Riesgos Contra Accidentes, Enfermedades y Daños, Sujetas A La Supervision De La Superintendencia De Bancos, Al 31 De Diciembre De 2000

<sup>15</sup> Información proporcionada por representantes de las aseguradoras e igualas médicas.

## 2.4 Rectoría

El MSPAS, fija las políticas nacionales de salud y regula en su materia y efectúa el control sanitario de los proyectos habitacionales, los cementerios, el comercio local e internacional de productos agrícolas, alimentos procesados y productos farmacéuticos, el manejo y expendio de alimentos, los establecimientos de diversión y espectáculos públicos, así como la habilitación –mediante la tarjeta de control y profilaxis sexual- para ejercer la prostitución. En el campo de la prestación de servicios de salud, aún cuando se está desarrollando un régimen de acreditación de establecimientos, en la práctica las funciones de conducción y regulación se ejercen sobre sus propia red de servicios.

En el marco de la reforma sectorial de salud fue emitido un nuevo reglamento orgánico del MSPAS, cuyo modelo organizativo incluye una dirección de regulación y vigilancia. La regulación es débil en áreas como la certificación y recertificación de profesionales, la acreditación de establecimientos de salud y la tutela en el cumplimiento de los contratos u ofertas de provisión de servicios por parte de proveedores privados. La capacidad de influencia es aún más lejana en espacios intersectoriales como el control de la calidad del aire y del agua.

No existe una institución encargada de regular al IGSS o al sistema privado de seguros de salud. El IGSS es una institución autónoma; su norma fundamental es la Ley Orgánica de la Institución. Otras regulaciones son emitidas como Acuerdos de Junta Directiva; estas regulaciones tienen aplicación interna y conforman una maraña de instrumentos normativos, actualmente bajo análisis para simplificación y ordenamiento. Las regulaciones sobre contribuciones al régimen generalmente se cumplen en las empresas inscritas que poseen una planta estable de trabajadores; en tales casos, puede ser que las empresas incurran en atrasos en los pagos, pero no en evasión. Es más difícil hacer cumplir tales regulaciones a empresas no inscritas en el régimen o cuya población laboral se incrementa sólo una parte del año, como las fincas en la costa sur que reciben a los migrantes y aunque no siempre los inscriben en la seguridad social, sí les descuentan las cuotas.

Las aseguradoras privadas, en su calidad de instituciones financieras, están sujetas a vigilancia e inspección de la Superintendencia de Bancos. Esta entidad no las regula o vigila desde el punto de vista del aseguramiento en salud, sino de la calidad y transparencia de su manejo financiero en cuanto aseguradoras, contra todo riesgo y no para cada ramo de seguros. En otras palabras, no vigila la transparencia en el cobro de las cotizaciones, primas o copagos, en los mecanismos de reembolso, en el establecimiento adecuado del precio de los planes, la calidad de servicios entregados, etc.

Para constituir empresas de seguros, se exigen los requisitos siguientes:

- La sociedad debe tener por objeto exclusivo el funcionamiento como empresa de seguros de reaseguros, o de ambas actividades;
- La duración de la sociedad debe ser indefinida; y su domicilio debe estar en Guatemala;
- El capital pagado de la sociedad debe ser aportado en moneda de curso legal;
- Las asambleas generales deben celebrarse en el lugar de su domicilio.

## 2.5 Tipo de Sistema de Protección Social

Los apartados anteriores ofrecen evidencia de que el sistema de protección social en salud guatemalteco cabe en la categoría de **segmentado**, entre otras, por las razones siguientes:

### a) **Segmentación: existencia de diversos subsistemas**

- **MSPAS:** Aunque teóricamente orientado a los grupos más pobres, presta servicios a todos los demandantes de sus atenciones sin requerir muestra de afiliación o postergación social. Por razones de accesibilidad los mayores usuarios de sus servicios son grupos de bajos ingresos de áreas urbanas.

- **IGSS:** Presta servicios a empleados formales y sus familias. Por la organización productiva del país, los usuarios reales de sus servicios son empleados de ingresos medios y bajos residentes en el área metropolitana y cabeceras departamentales del interior del país.
- **Seguros Privados:** Los seguros privados tienen poca cobertura de población y un peso mínimo en el gasto en salud. Tradicionalmente sólo las aseguradoras contra todo riesgo ofertaban seguros en salud, respaldadas por una red de proveedores preferidos. Actualmente, algunas asociaciones de médicos y centros hospitalarios han organizado esquemas de prepago, “iguales médicas” o seguros de salud; con la intención de prestar ellos mismos los servicios.
- **Servicios Privados:** Prestan servicios a toda la población: los pobres suelen recurrir a farmacias privadas para automedicarse y los grupos de mayores ingresos invierten mayoritariamente en asistencia sanatorial.

En la práctica, un usuario afiliado a la seguridad social, por ejemplo, puede consultar en primera instancia a un servicio del MSPAS, efectuar sus exámenes de laboratorio en un servicio privado y, finalmente, intervenir quirúrgicamente en un hospital del Seguro Social.

b) **La fragmentación: proveedores múltiples bajo esquemas diversos**

- Las instituciones públicas mayores (MSPAS e IGSS) actúan como agentes financieros, cuentan con una red propia de servicios que regulan con autonomía.
- Los servicios privados deben ser registrados en una instancia especializada del MSPAS, pero subsecuentemente no se supervisa y controla su operación.

c) **El predominio del pago directo de bolsillo:**

- En 1997 el gasto de los hogares representaba el 42.9% del gasto nacional en salud. Este porcentaje se elevó a 50% en 1998.
- De los gastos de los hogares, alrededor del 61% son gastos directos de bolsillo; el 38% se destina a cuotas de la seguridad social y cerca del 0.4% al pago de primas de seguros de salud.

d) **Sistema regulatorio débil:**

- El MSPAS, formalmente el responsable de rectoría sectorial, no ejerce influencia sobre los servicios prestados por la seguridad social, sobre los servicios prestados por proveedores privados, ni sobre la cobertura de los seguros privados de salud.
- La regulación de los seguros privados por la autoridad financiera del país no incluye regulaciones específicas del aseguramiento en salud.

### 3 LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD

Existen diversas opciones para medir la exclusión social en salud. La información presentada en el capítulo sobre la exclusión social sugiere la conveniencia de utilizar una medida general de exclusión social y verificar luego sus manifestaciones en salud.

Bajo el sistema de protección social actual, la magnitud de la exclusión social corresponde con el nivel, la composición y la distribución de la población en situación de **pobreza extrema**. La pobreza extrema afecta al 27% de la población. Al examinar las brechas (Tabla 12) entre la población en extrema pobreza y la población no pobre o pobre no extrema, se evidencia que a la condición de pobreza se suma la desprotección social cuyas manifestaciones en salud interesan al presente estudio.

**TABLA 12.**

INDICADORES SELECCIONADOS DE LA RELACIÓN ENTRE EXCLUSIÓN Y POBREZA

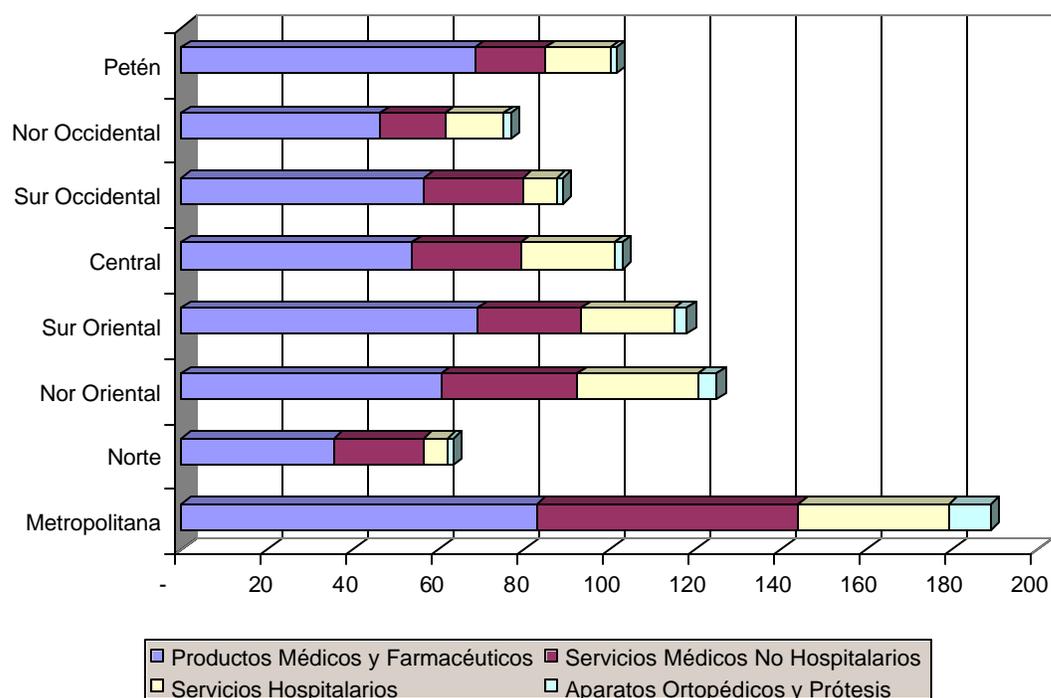
Indicador	Total	Pobreza Extrema	Pobreza No Extrema	No Pobres
Población Rural	60.6%	89.5%	71.7%	34.7%
Población indígena	49.0%	71.3%	57.4%	29.1%
Sin escolaridad	41.0%	64.2%	48.5%	21.2%
diversificado (formación laboral)	6.4%	0.4%	1.6%	13.5%
subempleo	48.6%	61.9%	49.1%	40.0%
ocupación plena	39.4%	27.4%	38.4%	47.5%
Agricultores	43.6%	68.6%	48.4%	24.6%
Hogares de 1 a 5 miembros	40.1%	19.7%	32.4%	58.3%
Analfabeta	0.0%	54.3%	39.4%	17.5%
Sin conexión de agua	38.8%	54.7%	46.0%	23.9%
sin conexión de desagües	71.2%	96.8%	81.7%	47.7%
sin conexión electricidad	38.8%	64.0%	45.6%	18.2%
inasistencia escolar 7-14 años	26.0%	46.8%	30.8%	9.7%

En los siguientes apartados se presenta alguna evidencia en torno al nivel y la distribución de la exclusión social en salud.

#### 3.1 Déficit de infraestructura adecuada

Existen diferencias importantes en el gasto en salud promedio que los hogares efectúan en forma directa. El nivel de gasto es mayor en las regiones donde existe mayor oferta de servicios (metropolitana, nor y suroriental). Por otra parte, la composición de ese promedio de gasto permite conocer la demanda típica de servicios proveídos por personal calificado. Las regiones con menos acceso a servicios, que se localizan en el norte y occidente del país, destinan una proporción elevada de su gasto a la compra de medicamentos (FIG. 9).

**FIG. 9. Promedio de gasto en salud de los hogares y su distribución según bienes y servicios de salud por región**



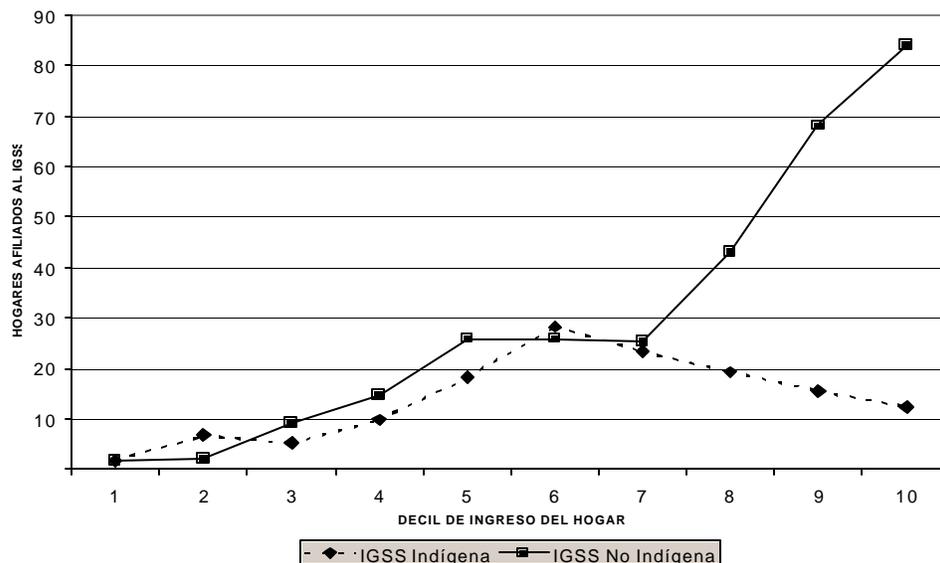
En el país no se han realizado encuestas nacionales que permitan caracterizar la distancia-tiempo que existe entre los establecimientos de servicio y los centros poblados que atienden.

### 3.2 Etnicidad y Exclusión

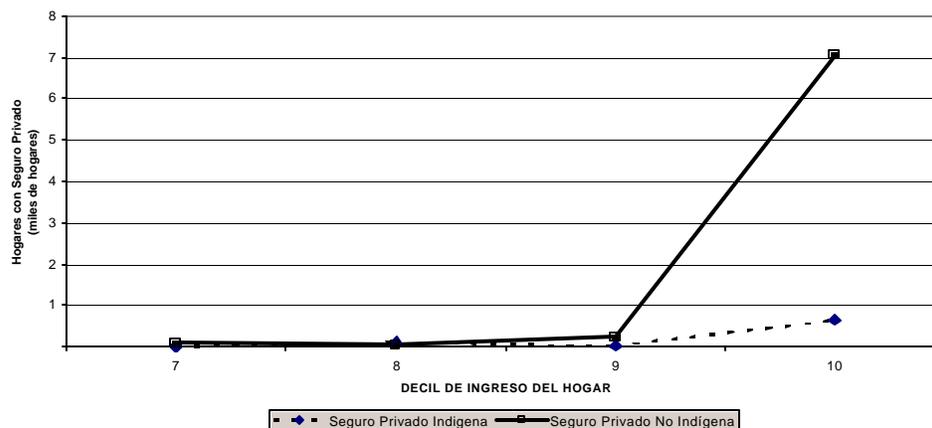
La población indígena del país tiene menor protección social en salud. En diferentes deciles de ingreso, pero mayormente a partir del decil 7, la población indígena tiene una cobertura de seguridad social inferior a la población no indígena (FIG.10). Este dato forma parte de condiciones estructurales de alcance mayor: la población indígena tiene asiento principalmente rural, predominan los agricultores de autoabastecimiento, y su empleo ocasional o estacional como jornaleros no genera relaciones contractuales formales. La población indígena campesina, al estar comprendida en el sector informal, no tiene derecho a la seguridad social.

Por otra parte, los seguros privados de salud son excluyentes. Para todos los grupos étnicos, el aseguramiento privado no ocurre en deciles de ingreso inferiores al séptimo; sin embargo, menos de mil familias indígenas tienen contratos privados de aseguramiento en salud (FIG. 11).

**FIG. 10. Hogares cubiertos por la seguridad social según etnia y decil de ingreso**



**FIG. 11. Hogares con Seguro Privado de Salud según etnia y decil de ingreso**



La población no indígena ejerce mayores proporciones de gasto en servicios hospitalarios y en aparatos ortopédicos y prótesis; por su parte, los hogares indígenas gastan en la compra de medicamentos en mayor proporción que los no indígenas (FIG. 13).

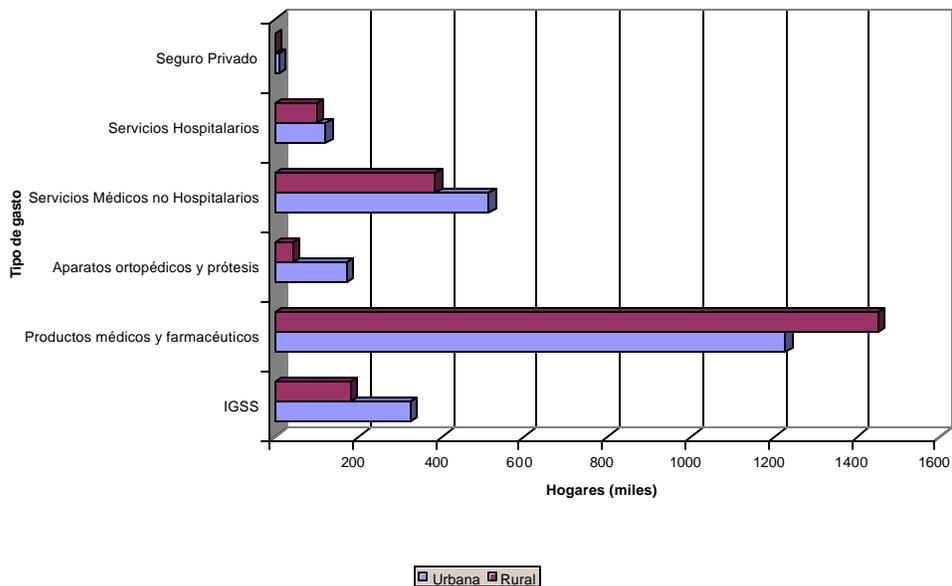
### 3.3 Ruralidad y Exclusión Social

La ruralidad expresa varias ideas en forma simultánea. Por una parte, evoca la noción de dispersión; por otra parte, la carencia de servicios básicos. De hecho, las decisiones sobre ubicación de proyectos de servicio público toma en cuenta el número de beneficiarios actuales y potenciales, restando prioridad a las zonas de mayor dispersión de población.

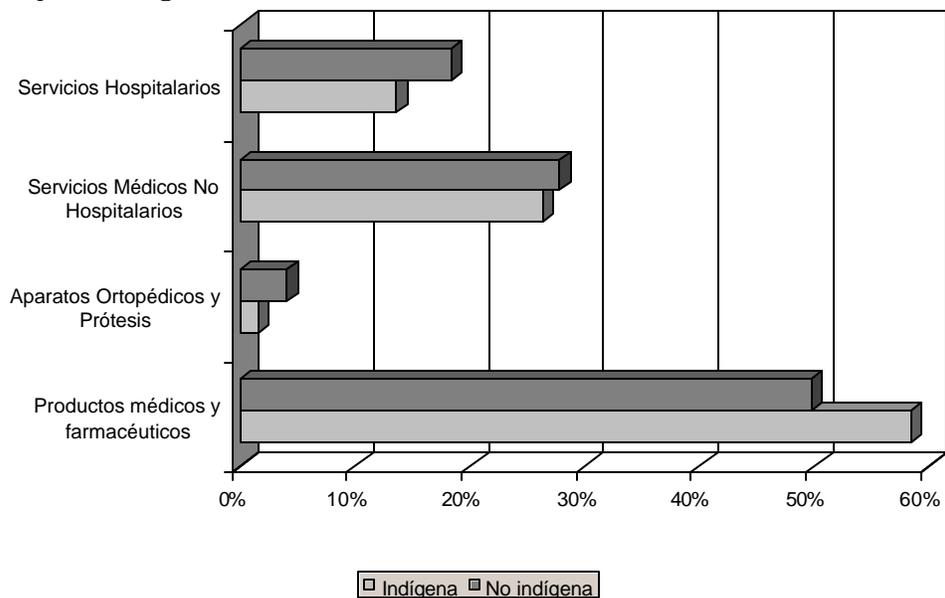
Esto tiene efecto en el acceso de la población a servicios de salud. La demanda y utilización de servicios de la población rural se ve limitada por una oferta escasa e incompleta. Comparativamente, más hogares en el área urbana demandan y utilizan servicios hospitalarios, ambulatorios, del IGSS y de seguros privados; el rubro en el que sobresale la población rural es el

de la compra de medicamentos (a menudo sin prescripción médica y con dudosa efectividad por el costo). Las opciones para extender la cobertura hacia la población rural son beneficiosas también para la población indígena, que en gran medida padece la exclusión a causa de residir en las zonas rurales con alto grado de dispersión (FIG. 12).

**FIG. 12. Hogares que realizan gastos en bienes y servicios de salud**



**FIG. 13. Gasto directo de los hogares en bienes y servicios de salud según etnicidad del jefe de hogar**



### 3.4 Exclusión por Condición Socioeconómica

El gasto en salud presenta una asociación estrecha al nivel de ingresos. El decil de hogares con más altos ingresos ejerce el 30% del gasto en salud. Este grupo de hogares ejerce casi la totalidad del gasto en seguros privados, el 42% del gasto en aparatos, el 39% del gasto en servicios hospitalarios y el 38% de los gastos ambulatorios.

Existen patrones de gasto diferentes entre la población de mayores y menores ingresos. La población de menores ingresos recurre principalmente a la automedicación, lo que se refleja en un 40% del gasto destinado a productos médicos y farmacéuticos. También es importante el gasto en seguridad social, aunque el 40% de las familias con menores ingresos únicamente aporta el 6% del gasto total destinado al IGSS. En cambio, el decil de más altos ingresos contribuye al 30% de ingresos del IGSS y más del 90% del gasto en seguros privados<sup>16</sup> (tablas 13 y 14).

**TABLA 13.** CONTRIBUCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL SEGURO SOCIAL SEGÚN NIVEL DE INGRESO, 1999

Decil de ingreso	% hogares contribuyentes	% ingresos destinado a cuotas	Distribución de cuotas (%)	Distribución personas que utilizan servicios (%)	% personas que consultan	% Contribuyentes que consultan
Total	26.20	6.30	100.00	100.00	4.10	16.00
d1	0.90	23.30	0.20	0.00	0.00	0.00
d2	4.40	16.80	1.20	1.10	0.40	7.20
d3	15.00	13.10	3.50	4.10	1.50	10.00
d4	17.20	12.70	5.50	6.60	2.50	12.50
d5	21.50	10.80	7.50	8.60	3.50	12.50
d6	27.10	10.10	10.70	7.90	3.20	9.80
d7	40.40	9.10	16.50	19.50	8.70	18.60
d8	38.70	7.40	15.80	17.20	8.60	18.90
d9	41.60	6.30	18.60	18.50	9.90	21.50
D10	48.40	3.10	20.50	16.40	10.30	20.40

*Fuente: Durán Fabio. La Seguridad Social en Guatemala. Un Análisis de los Programas de Salud y Pensiones del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Documento preparado para el Programan de Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala, 2001 Fuente: Durán Fabio. La Seguridad Social en Guatemala. Un Análisis de los Programas de Salud y Pensiones del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Documento preparado para el Programan de Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala, 2001*

**TABLA 14.** CONTRIBUCIÓN AL FINANCIAMIENTO DEL SEGURO SOCIAL SEGÚN CATEGORÍA DEL HOGAR, 1999

Categoría de Hogar	% hogares contribuyentes al IGSS	% ingresos destinados a cuotas del IGSS	% contribuyentes que consultan al IGSS
Total	26.20	6.30	16.00
No Indígena	33.80	5.70	18.30
Indígena	16.50	9.00	10.90
Jefe hombre	27.20	6.20	15.50
Jefe mujer	22.00	6.50	19.20
Urbano	37.10	5.40	19.40
Rural	16.50	9.50	10.50

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

<sup>16</sup> 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 (en preparación).

### 3.5 Exclusión por Limitaciones en la Disponibilidad de Servicios

Entre 1993 y 1997, la población afiliada del IGSS creció a un 0.9%; en el mismo plazo, la población económicamente activa tuvo un crecimiento de 3.6%. Como consecuencia lógica, la proporción de Trabajadores/trabajadoras afiliados pasó, de 28.4% en 1993, a 25.7% en 1997.

Las cifras sugieren que la capacidad del Seguro Social para cubrir a los trabajadores/trabajadoras se ha mantenido en el plazo, en tanto que las demandas aumentan. Es preciso revisar las condiciones actuales del IGSS para incrementar su cobertura, de acuerdo con los ingresos, infraestructura, gastos, servicios y estructura programática de la institución.

En 1998, los ingresos del IGSS por los programas de enfermedad, maternidad y accidentes sumaron Q1,416 millones; en 1999, la cifra subió a Q1,706 millones. Durante el primer año citado, el superávit fue del 25%; durante el segundo año se comprimió a 7%, por razones que veremos en seguida. El programa de enfermedad común consumió la mayor parte de los gastos del IGSS (62% en 1999) y pasó de Q477 millones a Q803 millones. Siguen en importancia el programa de accidentes (25%) y maternidad (12%).

### 3.6 Exclusión por restricciones jurídicas

Toda empresa con más de 5 empleados debe inscribir la planilla laboral en el IGSS. El IGSS provee a los empleados un *número de afiliación* que es requerido al momento de demandar servicios.

Cerca del 50% de la Población Económicamente Activa se encuentra laborando en establecimientos de dos o menos empleados, por lo que esta cifra nos da una primera aproximación al grado de desprotección, en este caso legal, que padece un alto porcentaje de la población guatemalteca. Otra razón que puede esgrimirse en cuanto a la baja cobertura del IGSS es que el programa de Enfermedad y Maternidad solo cubre a los empleados de 11 departamentos y que la mayor parte de los afiliados está concentrado en el departamento de Guatemala (60%).<sup>17</sup>

## **4 ESTRATEGIAS PARA AUMENTAR LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**

Se examinan a continuación las estrategias que en los últimos años se han puesto en aplicación con el propósito de aumentar la protección social en salud que continúan vigentes, pero cuya aplicación ha tenido un plazo suficiente para identificar sus logros y limitaciones. Las estrategias incluyen: la extensión de cobertura de servicios de salud a poblaciones más postergadas; el aumento de la accesibilidad a medicamentos por la población más alejada y con menores recursos; la organización y entrega de servicios en forma conjunta entre Ministerio de Salud e IGSS.

Como punto de entrada, se considera conveniente presentar las políticas de salud del gobierno actual, pues aunque las estrategias se iniciaron varios años atrás, actualmente cuentan con un nivel de respaldo suficiente como para enunciarlas como políticas de salud (específicamente, ver políticas 4, 7 y 10).

### 4.1 Políticas de Salud

Las políticas de salud comprenden las guías generales para la acción, con sus correspondientes líneas de trabajo concretas a desarrollar dentro del Plan. Las Políticas de salud son las siguientes:

1. Salud integral de los grupos familiares.
2. Salud de los pueblos mayas, garífuna y xinca, con énfasis en la mujer.
3. Salud de la población migrante.

---

<sup>17</sup> Durán Fabio. La Seguridad ..... Op cit.

4. Desarrollo y fortalecimiento de la salud integral a otros grupos.
5. Ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud con calidad y sostenibilidad.
6. Desarrollo del saneamiento básico y del ambiente.
7. Acceso a medicamentos esenciales y medicina tradicional.
8. Desarrollo estratégico del recurso humano.
9. Desarrollo, desconcentración y descentralización institucional.
10. Coordinación intra e intersectorial.
11. Mejoramiento y optimización de la cooperación externa.
12. Desarrollo del financiamiento del sector salud.

#### **4.1.1 LÍNEAS DE ACCIÓN**

Las líneas de acción o áreas programáticas se presentan por cada una de las políticas.

##### **Salud integral de los grupos familiares**

- Atención integral a la mujer.
- Atención a niños y niñas.
- Atención a adolescentes.
- Paternidad responsable.
- Elaboración de normas de los programas de salud que tienen relación con los grupos familiares, y aseguramiento de su aplicación en todos los niveles de atención.
- Vigilancia epidemiológica del estado nutricional de los grupos familiares.
- Promoción de la lactancia materna.
- Otras.

##### **Salud de los pueblos mayas, garífuna y xinca, con énfasis en la mujer**

- Desarrollo de estrategias específicas de comunicación en los diferentes idiomas mayas, garífuna y xinca, para asegurar un contacto adecuado con estos sectores de la población.
- Adecuación de las normas de programas de salud que tienen relación con los pueblos mayas, garífuna y xinca, para asegurar su aplicación en todos los niveles de atención.
- Priorización de los pueblos mayas, garífuna y xinca en la planificación y prestación de los servicios.
- Fortalecimiento de la participación y organización de la mujer maya, garífuna y xinca en la identificación de necesidades y el desarrollo de las acciones de salud.
- Articulación de los servicios tradicionales de salud con los servicios institucionales públicos y privados.
- Otras.

##### **Salud de la población migrante**

- Mantenimiento de un censo actualizado de este sector de la población.

- Adecuación de las normas de los programas de salud que tienen relación con la población migrante, y aseguramiento de su aplicación en todos los niveles de atención.
- Vigilancia y control de las intoxicaciones por plaguicidas en las zonas de trabajo.
- Otras.

#### **Desarrollo y fortalecimiento de la salud integral a otros grupos**

- Desarrollo de las normas de los programas de salud de toda la población, y aseguramiento de su aplicación en todos los niveles de atención.
- Promoción de la educación en salud en todos los programas de atención.
- Incorporación de la gestión de riesgo a los programas y proyectos de prevención y atención de desastres.
- Incorporación de la gestión de riesgo de crisis epidemiológicas y sociales, como la farmacodependencia, violencia y epidemias específicas.
- Desarrollo de acciones para brindar atención a grupos especiales.
- Promoción de los estilos de vida saludable.
- Otras.

#### **Ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud con calidad y sostenibilidad**

- Fortalecimiento de la extensión de cobertura en los tres niveles de atención.
- Priorización de las poblaciones más postergadas para la ampliación de cobertura y la extensión de los programas de salud.
- Creación de espacios de interrelación entre los servicios de salud y los grupos poblacionales.
- Desarrollo de un sistema adecuado de referencia y contrarreferencia en todos los niveles de atención.
- Otras.

#### **Desarrollo del saneamiento básico y del ambiente**

- Fortalecimiento del sistema de vigilancia y control del agua para consumo humano.
- Fortalecimiento del sistema de vigilancia, control y enriquecimiento de alimentos.
- Fortalecimiento del sistema de vigilancia y control de establecimientos.
- Fortalecimiento de la regulación de los sistemas de disposición de excretas, alcantarillados y aguas servidas.
- Fortalecimiento de la regulación sobre el control de los sistemas de disposición de basuras y desechos sólidos.
- Promoción del mejoramiento de la vivienda.
- Control de productos tóxicos.
- Focalización de las acciones de saneamiento básico en poblaciones con mayor necesidad.
- Otras.

#### **Acceso a medicamentos esenciales y medicina tradicional**

- Mejoramiento de la accesibilidad física y financiera de la población a los medicamentos esenciales.
- Incorporación de un vademécum de medicina tradicional verificada, al listado de medicamentos esenciales.
- Fortalecimiento y creación de botiquines rurales en las comunidades.
- Otras.

#### **Desarrollo estratégico del recurso humano**

- Determinación de las necesidades de formación de recurso humano del sector.
- Mejoramiento de la gestión de recursos humanos.
- Formación y fortalecimiento del recurso humano, con énfasis en las necesidades del nivel local, evaluación de la externalización.
- Vinculación de las necesidades de recursos humanos del nivel local con las instituciones formadoras.
- Capacitación y tecnificación de los recursos humanos del sector, con enfoque permanente en aspectos técnicos y actitudinales.
- Desarrollo y apoyo de la carrera administrativa en el sector salud.
- Profesionalización de los cuadros medios.
- Mantenimiento del clima laboral con negociación y diálogo, impulsando la adecuada formación dirigencial.
- Reconocimiento, estímulo e incentivos para los trabajadores de salud que prestan sus servicios en áreas de postergación social, o que participen en procesos de capacitación.
- Otras.

#### **Desarrollo, desconcentración y descentralización institucional**

- Desarrollo de la capacidad de rectoría y conducción del sector, por el Ministerio de Salud.
- Desburocratización y modernización de los servicios de salud.
- Simplificación de los procesos de trabajo y mejoramiento de los controles internos y externos.
- Desarrollo de investigación y tecnología.
- Desconcentración y descentralización de los servicios de salud.
- Mejoramiento de la eficiencia y efectividad de los servicios de salud.
- Mejoramiento del proceso integral de gestión hospitalaria y de centros de salud.
- Mejoramiento de la capacidad resolutoria de hospitales y centros de salud.
- Descentralización de los servicios de salud hacia todas las fuerzas vivas del municipio.
- Transferencia de recursos a las direcciones departamentales de salud y a los municipios.
- Promoción de la organización y participación comunitaria en la fiscalización social de la administración pública.

- Otras.

### **Coordinación intra e intersectorial**

- Programación y formulación de agendas conjuntas con las demás instituciones del sector.
- Fortalecimiento del Consejo Nacional de Salud.
- Participación activa del personal de salud en los consejos de desarrollo urbano y rural de los diferentes niveles.
- Desarrollo de la posición de liderazgo del Ministerio de Salud, para lograr el acompañamiento intersectorial de las acciones.
- Programación conjunta de las acciones de salud con las municipalidades.
- Otras.
- Mejoramiento y optimización de la cooperación externa
- Coordinación, planificación y evaluación conjunta de programas y proyectos.
- Desarrollo del liderazgo y la gestión del Ministerio de Salud para orientar los esfuerzos de la cooperación externa.
- Otras.

### **Desarrollo del financiamiento del sector salud**

- Desarrollo multiparticipativo del financiamiento del sector.
- Optimización de la ejecución de los presupuestos de salud.
- Aumento de la inversión en salud, de conformidad con los Acuerdos de Paz y el enfoque de riesgo.
- Desarrollo de estrategias financieras específicas, para hacer efectiva la gratuidad de los servicios, de acuerdo con lo que determina la Constitución Política de la República y el Código de Salud.
- Mantenimiento de sistemas de ejecución presupuestaria con procedimientos transparentes.
- Desarrollo de estudios de preinversión para el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud.
- Organización y fortalecimiento del proceso de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y del equipo de los servicios de salud.
- Otras

## **4.2 El Sistema Integrado de Atención en Salud**

### **4.2.1 La Reforma Sectorial como Marco del Cambio**

En Guatemala, el sistema de prestación de servicios se caracterizó por muchos años por cierta verticalidad en su organización. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- es, a la vez, rector, regulador, agente financiero y prestador directo de servicios. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es prestador directo, pero también colecta fondos y los administra, aunque restringe su proyección hacia afiliados y derecho-habientes. Sólo muy

recientemente el IGSS principia a contratar externamente la prestación de algunos servicios de salud, en un papel de agente financiero que se yuxtapone a los otros. El sector privado puede dividirse en lucrativo y no lucrativo. El sector privado no lucrativo, compuesto por ONG principalmente, convierte los fondos de donantes nacionales o internacionales en servicios para la población. El sector privado lucrativo capta sus recursos del gasto directo de bolsillo de los usuarios.

A partir de esta condición de relativo aislamiento de las entidades que participan en el sistema de servicios de salud, surgió la propuesta de extensión de cobertura con financiamiento público y prestación o administración de servicios a través de entidades no gubernamentales. Este esquema involucró las entidades que tradicionalmente manejaban la ejecución financiera en el nivel central y técnico administrativo (áreas de salud) del MSPAS; también participó el Subprograma III Extensión de Cobertura, del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud, que es la unidad ejecutora de un préstamo del BID para la reforma sectorial de salud. Actualmente es la Unidad de Provisión de Servicios del Nivel I (UPSI) integrada a la Dirección del SIAS dentro del departamento de Desarrollo de los Servicios de Salud. A nivel local, la red organizativa, los actores que la componen y el papel que juegan en la administración de la entrega de servicios, se presentan en el apartado siguiente.

#### **4.2.2 Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud**

El Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS- surge en 1996 en el marco del proceso de reforma del sector salud como una iniciativa para extender la cobertura de servicios básicos de salud a la población que hasta el momento no se beneficiaba de ningún tipo de atención. La población meta de los servicios públicos de salud suele ser la población geográficamente adscrita a cada uno de ellos. En la práctica, por barreras fundamentalmente geográficas, la población efectivamente atendida es aquella circunvecina a un servicio de salud. De allí que la extensión de cobertura mediante el SIAS este concentrada en comunidades sin acceso físico a los servicios públicos de salud.

La población meta de las instituciones ONG contratadas son las comunidades, y particularmente el grupo materno-infantil, de las comunidades que actualmente no cuentan con acceso a servicios públicos de salud.

##### **4.2.2.1 Origen**

En el marco de la reforma del sector salud, el Gobierno concibió el Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- como un mecanismo para afrontar en el corto plazo, las bajas coberturas de provisión de servicios de salud en el país.

##### **4.2.2.2 Propósito**

El SIAS pretende brindar atención básica al 100% de la población que actualmente no tiene acceso a los servicios de salud, utilizando para ello los recursos locales existentes y dentro de un contexto que genere y produzca cambios en la situación de salud<sup>18</sup>.

##### **4.2.2.3 Aplicación**

El SIAS se basa en la prestación de servicios de salud suministrados por el personal voluntario con el apoyo y bajo la supervisión de personal institucional. Para la Atención a las Personas se identificaron los *Servicios Básicos de Salud* que tendrán cobertura nacional, e incluyen:

---

<sup>18</sup> MSPAS. Sistema Integrado de Atención en Salud, Guatemala, 1996.

- Atención a la mujer embarazada
- Atención Infantil
- Atención a la demanda por emergencia y morbilidad.

Los *Servicios Ampliados de Salud*, están dirigidos a la población ya cubierta por los servicios de salud, y son prestados por personal institucional que, además de prestar los servicios básicos anteriormente descritos, brinda los siguientes:

- Atención a la mujer en edad fértil, detección precoz del cáncer y planificación familiar
- Atención infantil y preescolar de menores de 5 años
- Atención de emergencias y morbilidad
- Atención del medio ambiente, normas sanitarias y el desarrollo y gestión de proyectos.

Para cada uno de estos servicios se ha establecido con precisión las intervenciones ofertadas y su costo<sup>19</sup>. Se establecieron, además, normas para la contratación y supervisión de proveedores privados que apoyarán las acciones del MSPAS<sup>20</sup> en las regiones geográficas donde no se cuenta con servicios públicos de salud. A la fecha se han suscrito contratos con varias ONG para la entrega del paquete de servicios básicos de salud.

La extensión de cobertura de servicios básicos de salud -SBS- puede realizarse por medio de los establecimientos oficiales de salud, o por medio de PSS. Las administradoras de recursos -ASS- participan en aquellos casos en que hay grupos organizados -GO- que desean prestar los servicios pero carecen de sistemas administrativo contables; también participan las ASS cuando la extensión de cobertura es realizada desde los establecimientos oficiales de salud.

El MSPAS hace desembolsos trimestrales a las ONG que proveen el paquete básico de servicios. Los montos no varían en razón de la producción de servicios, pero el convenio puede ser rescindido si no se cumplen metas establecidas.

En el primer nivel de atención, el enfoque de trabajo del extensión de cobertura consiste en establecer contacto con las comunidades a través de "guardianes de la salud" que efectúan censos comunitarios, trasladan información educativa en salud a las familias, identifican tempranamente las afecciones en los grupos meta, atienden en un nivel mínimo de complejidad las dolencias de las personas y refieren a los servicios institucionales aquellos casos que exceden su capacidad de respuesta.

#### 4.2.2.4 Alcances

- La cobertura de servicios se ha extendido con fondos públicos, multiplicándose por diez desde 1997, cuando principió con Q 10.3 millones hasta alcanzar el presupuesto de Q 111.3 millones en el año 2001. En proporción similar han crecido la población cubierta y los convenios suscritos (Tabla 15).

---

<sup>19</sup> MSPAS. Guía de Programación para la Presentación y Administración de los Servicios de Salud. Marzo 1998.

<sup>20</sup> MSPAS/SIAS Normas y Procedimientos Administrativos, Guatemala mayo 1998.

**TABLA 15.** CRECIMIENTO DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD

Año	Población Cubierta	Presupuesto Asignado (Quetzales de cada año)	Número de Convenios
1997	459,171	10.272.330.00	14
1998	2.179,733	64.184,625.00	110
1999	2.515,557	82.504,989.00	119
2000	2.940,280	101.498,323.00	136
2001	3.186,213	111.287,836.62	144
FUENTE: UPSI. Dirección General del SIAS, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.			

- Con estos fines se han suscrito 144 convenios con entidades privadas (ONG en su mayoría) para la provisión de un paquete básico de servicios a 3.2 millones de habitantes que residen en comunidades de 19 de los 22 departamentos del país.
- La extensión de cobertura principió con especial énfasis en Alta Verapaz, el departamento con mayor incidencia de pobreza e indicadores de salud más deteriorados del país. Durante 1997 y 1998 el MSPAS suscribió 108 convenios con 73 organizaciones para dar atención con servicios básicos a 2.5 millones de personas, distribuidas en 19 departamentos, con énfasis en los de mayor población indígena (tabla 13).

**TABLA 16.** POBLACIÓN RURAL CUBIERTA POR EL SIAS (HASTA OCTUBRE DE 1998)

Departamentos	Población cubierta*	% de población rural cubierta
75%-100% indígenas	716,374	41.27
50%-74% indígenas	497,477	28.53
25%-49% indígenas	553,170	39.29
0%-24% indígenas	315,703	19.20
Guatemala	165,350	23.39
Todo el país	3,186,213 *	45.00

Fuente: Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala, 1999. Guatemala: El rostro humano del desarrollo rural, edición 1999. \*Ministerio de Salud informe 2001

\*Nota: Adicional a la tradicionalmente cubierta por el sistema de salud. Esta es población que antes de 1996 no contaba con acceso a servicios de salud

- El aumento del gasto del MSPAS en los dos últimos años ha permitido aumentar la cobertura poblacional de un conjunto de servicios mínimos. De esta cuenta, el gasto en salud por usuario efectivamente atendido no ha aumentado significativamente. Es decir, el incremento presupuestario del MSPAS ha servido más para extender la cobertura que para enriquecer la canasta básica de la población que ya contaba con servicios. De hecho, los que antes fueron considerados “servicios ampliados”, por encima de la canasta básica, ahora son considerados servicios básicos, y los servicios ampliados se refieren a la salud oral, la atención integral a la mujer, la medicina tradicional y la salud mental. La tasa de médicos y enfermeras por habitante no se ha modificado significativamente en los últimos 5 años, así como tampoco el número de camas por habitante. En cambio, en varias áreas de salud se han incorporado médicos y paramédicos a la atención de salud en las propias comunidades.
- El acceso ha sido mejorado, pero particularmente en aquellas comunidades en las cuales se ha implantado la extensión de cobertura. Este sistema no descansa en la creación de nueva

infraestructura, sino en el acercamiento de los proveedores a las comunidades y la referencia de los casos que lo ameritan a centros asistenciales de convergencia.

- Los servicios públicos de salud no han incorporado hasta ahora el enfoque étnico en la provisión de servicios de salud. De hecho, estudios de períodos anteriores a la implantación de la estrategia mostraban una asignación presupuestaria menor en departamentos con mayor concentración de población indígena. En cambio, la extensión de cobertura ha favorecido primordialmente a comunidades pobres, rurales e indígenas, lo que puede constituir una reversión en esta tendencia presupuestaria. El modelo de provisión de servicios fundamentado en ONG de la localidad puede fortalecer una entrega de atenciones culturalmente más cercana a los usuarios de los servicios.
- De 1996 hasta inicios del 2001 se habían suscrito 144 convenios con ONGs para proveer un paquete básico de servicios a 3.2 millones de habitantes que antes no contaban con acceso a los servicios de salud. De haberse traducido estos convenios en la entrega integral de atenciones de salud, se habría alcanzado, virtualmente, un 100% de cobertura. Los convenios implicaban, sin embargo, una serie de compromisos secuenciales que incluyen: la capacitación de personal, el levantamiento de censos y la elaboración de mapas y finalmente la entrega progresiva de los servicios incluidos en el llamado “Conjunto de Servicios Básicos”. Hasta finales de 1999, la mayor parte de ONG bajo convenio aún no estaban entregando prestaciones de salud y con el inicio de una nueva administración de Gobierno, muchos de los contratos ya suscritos fueron revisados, y algunos rescindidos, como parte de un nuevo proceso –el HACYA- que permite ejercer el control y la acreditación de los prestadores de servicios. A la vez, las áreas de salud y su red pública están asumiendo las funciones de extensión de cobertura que al inicio de la estrategia solamente realizaban las ONG.

A principios de 2001 estaba por concluir la primera fase del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, responsable de la ejecución de los compromisos incluidos en el préstamo sectorial. El mayor logro de esta fase fue el diseño e implementación inicial de un modelo de extensión de servicios de salud a través de la contratación de Organizaciones no Gubernamentales. Hasta inicios de 2001 habían alrededor de 80 contratos suscritos que cubrían 3.2 millones habitantes<sup>21</sup>. El impacto de esta extensión de cobertura no ha sido evaluado.

La extensión de cobertura, que ha sido el eje central de la reforma del sector salud del país, ha sido apoyada por otros componentes que han tenido resultados positivos, particularmente las reformas financieras que permitieron un manejo más ágil, transparente y descentralizado de los recursos financieros. Las nuevas modalidades de contratación y pago a los proveedores de medicamentos, por ejemplo, permitieron ahorros que financiaron la misma extensión de cobertura, en los primeros años de implementación.

En los últimos dos años (2000 – 2001) se ha desacelerado el ritmo de incremento del proceso de extensión de cobertura. Dentro de los factores que explican esta situación se encuentran:

- Un modelo de entrega de servicios orientado por el oferente que no creó las bases para una demanda organizada e informada que sostuviera el modelo mientras la nueva administración de gobierno ajustaba sus cuadros técnicos.
- La dependencia de técnicos –nacionales y extranjeros- que no forman parte de la estructura orgánica del Ministerio de Salud y que, por las mismas razones, no institucionalizaron el proceso. Actualmente, la estructura de extensión de cobertura se encuentra incorporada en

---

<sup>21</sup> Comunicación personal con el Dr. Roberto Marengo, Director del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud

el modelo organizacional del MSPAS, el personal pertenece a la UPSI y en el nivel local, el proceso es administrado por las direcciones de área de salud.

- Un flujo de recursos financieros poco predecible: los importantes ahorros derivados de una compra más eficiente de medicamentos, por ejemplo, resultaban extraordinarios y no era predecible que financiaran más que las etapas iniciales e inversiones de corto plazo.
- Mecanismos de control y evaluación laxos hacia las ONG contratadas en el período 1995 – 1999. Evaluaciones recientes han determinado han llevado a la interrupción de contratos con varios proveedores, y se ha establecido un sistema de control y acreditación para garantizar que los servicios conveniados sean recibidos por la población.
- Disminución de los recursos financieros del Estado para sostener el incremento de cobertura. Debe agregarse en este punto que hasta ahora la extensión de cobertura ha alcanzado a poblaciones rurales menos dispersas. Los costos para cubrir a poblaciones más postergadas y extremadamente dispersas son mayores<sup>22</sup>.

A mediados de 2001 se habían iniciado gestiones para el inicio de una segunda fase del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud, igualmente financiada por el Banco Interamericano de Desarrollo. Esta contempla, particularmente, el fortalecimiento del segundo y tercer nivel de atención y la participación del seguro social en una entrega armonizada de servicios de salud por parte de los proveedores públicos.

#### 4.3 Programa de Accesibilidad a Medicamentos

Como parte de la modernización del sistema administrativo financiero, el MSPAS y el IGSS suscribieron, con respaldo del Ministerio de Finanzas Públicas, contratos abiertos para la precalificación de proveedores de una lista básica de medicamentos. Al comprobar los efectos positivos de este sistema de compras, surgió la idea de extender sus beneficios a toda la población, en particular la que carece de acceso a servicios de salud. Las ganancias en precio fueron sorprendentes y crearon la posibilidad de ampliar la red no lucrativa de distribución de medicamentos.

##### **4.3.1 Origen**

En 1996, el Ministerio de Salud inició la compra de medicamentos a través del “Contrato Abierto”, mecanismo regulado en la Ley de Compras y Contrataciones del Estado. Este mecanismo es un modelo de regulación centralizado y de ejecución descentralizada que permitió reducir de forma importante el precio de medicamentos y el tiempo que pasa entre la solicitud y la entrega del producto.

Así mismo, para asegurar el acceso de toda la población a medicamentos de calidad y bajo precio, en 1997 se creó el Programa de Accesibilidad de Medicamentos mediante el Acuerdo Gubernativo 514-97. Dicho programa se constituyó como un apoyo sustantivo para el establecimiento y mantenimiento de farmacias estatales, farmacias municipales, ventas sociales de medicamentos y botiquines rurales de todo el país.

El Decreto Legislativo No. 69-98, explica que el Programa de Accesibilidad de Medicamentos – PROAM- fue creado “...para promover el abastecimiento y abaratamiento de medicamentos de alta calidad y otros insumos, para la recuperación de la salud...”. Así mismo, indica que el PROAM es

---

<sup>22</sup> Comunicación personal con el Dr. Roberto Marengo, Director del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud

de “...carácter normativo centralizado y de operación descentralizada, bajo parámetros de autosostenibilidad y transparencia organizacional.”

#### **4.3.2 Propósito**

El objetivo del PROAM, es “...aumentar la cobertura de medicamentos básicos de calidad y a precio accesible a la población, mediante el fortalecimiento financiero, administrativo, técnico y de provisión de medicamentos a las farmacias y ventas sociales de medicamentos...”

#### **4.3.3 Aplicación**

Para la organización del PROAM, “...se crea una Unidad Ejecutora que dependerá directamente del despacho del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social...”. De acuerdo al Decreto mencionado, el PROAM se conformará por una Junta Directiva, una Gerencia General y las Sub-Gerencias que se consideren necesarias. Así mismo, manda que la Junta Directiva sea organizada con representantes de las siguientes entidades:

- Ministerio de Finanzas Públicas
- Ministerio de Economía
- Asociación Nacional de Municipalidades
- Sector Privado Productivo Organizado relacionado con medicamentos
- Organizaciones no Gubernamentales integradas al PROAM

Para desempeñar sus funciones el PROAM “...utilizará el recurso humano, económico y material de que disponga el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del que específicamente se le asigne...”. En este sentido, la Ley explica que el Ministerio de Salud asignará, dentro de su presupuesto anual, por lo menos tres millones de quetzales o el mínimo del siete por ciento del valor total de ventas consolidadas anuales, cualquiera de los dos montos que resulte más elevado.

#### **Misión**

Somos una Organización Gubernamental de servicio, sin fines de lucro, que en forma eficiente y eficaz promueve y distribuye Medicamentos y otros insumos de calidad a bajo costo para la recuperación de la salud de los guatemaltecos.

#### **Principales Objetivos**

Aumentar la cobertura de medicamentos básicos de calidad y a precio accesible a la población, mediante el fortalecimiento financiero, administrativo, técnico y de provisión de medicamentos a las farmacias y ventas sociales de medicamentos.

#### **Principales Funciones**

- Monitorea y Evalúa:

Los logros del programa en términos de accesibilidad al asegurar que los establecimientos relacionados con el PROAM cumplan con los compromisos definidos. Vigila el cumplimiento de la normativa del PROAM.

- Vende:

El proceso de venta asegura el abasto oportuno ( en el plazo temporal necesario y de acuerdo a la demanda incorporada a la programación) a los expendedores del sistema que no tienen acceso a una proveeduría directa en condiciones aceptables de precio y/o calidad.

- Almacena:

Con el propósito de asegurar que en ningún momento se desabastezcan los elementos de la cadena de distribución del sistema de medicamentos, el PROAM desarrolla acciones de almacenamiento que incluyen el ingreso, la rotación y el egreso, mediante los procesos de vender y comprar medicamentos y suministros.

- Compra:

El PROAM asegura la disponibilidad, en condiciones de eficiencia y transparencia, de medicamentos y suministros a los establecimientos inscritos. Para ello, y de acuerdo con la programación que recoge la demanda de medicamentos, adquiere los medicamentos de los proveedores.

- Promociona:

Para maximizar el impacto de PROAM es necesario alcanzar e incorporar un máximo número de establecimientos que contribuyan con el objetivo de PROAM. Conlleva información desarrollo de relaciones y asistencia para la implementación de establecimientos que tienen por finalidad lograr el acceso.

#### 4.3.4 Alcances

- **Competencia con ONG no implementadoras del SIAS.** Aunque estas ONG también se consideran parte de la red no lucrativa de distribución de medicamentos, todavía no se han generado los mecanismos de vinculación para que se adscriban al PROAM, y por tanto los precios a que expenden sus medicamentos son más altos que los distribuidos por medio del SIAS y farmacias estatales. Estas ONG temen que sus esfuerzos de distribución se vean minados por una iniciativa gubernamental carente de sostenibilidad, tanto por las contingencias de los cambios de gobierno como por las expectativas de evolución del contrato abierto de medicamentos, que sólo tiene vigencia por un año.
- **Deficiencias en la logística de distribución.** El sistema de control del abastecimiento todavía presenta deficiencias para el monitoreo de niveles mínimos y máximos; esto retrasa las requisiciones y por tanto las entregas de medicamentos. Así la disponibilidad suele ser limitada y las especies disponibles no son las de mayor demanda.
- **Complementación y no sustitución de la adquisición de medicamentos por la población pobre.** Los medicamentos distribuidos por el PROAM solamente se distribuyen con prescripción médica. Este requisito debió imponerse para contrarrestar los efectos negativos de la automedicación, especialmente en relación a los antibióticos, los oxicólicos y otros medicamentos de empleo delicado. Sin embargo, mientras persistan los problemas de acceso a la atención médica y la población carezca de la información educativa sobre este tema, seguirá presentándose un consumo de medicamentos por demanda espontánea que se canaliza por la red lucrativa de medicamentos y el PROAM será una solución superpuesta al problema vigente.

#### 4.4 Coordinación de la institucionalidad pública para el aumento de la cobertura en el primer nivel de atención

##### 4.4.1 Antecedentes

El departamento de Escuintla, ubicado en la Costa Sur del Guatemala, es una zona de latifundios dedicada al cultivo y procesamiento de productos para la exportación como el algodón y la caña de azúcar. Por ello, a diferencia de la mayor parte de departamentos del país, cuenta con un fuerte

contingente de empleados formales cubiertos por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS-

Alrededor de 1989 el IGSS había iniciado un programa piloto de extensión de cobertura basado en la estrategia de Atención Primaria, que constituye el primer intento por proveer de atención integral a la población. En 1996 el Ministerio de Salud plantea el aumento de cobertura dentro de sus políticas de salud. Este lineamiento se operativiza mediante el establecimiento de convenios con Organizaciones no Gubernamentales para la provisión de un paquete básico de servicios a comunidades postergadas, como fue descrito en apartados anteriores.

Por la particular situación de Escuintla, que contaba con un grupo importante de población formalmente empleada y cubierta por el seguro social, el personal de ambas instituciones (IGSS-MSPAS) plantea la conveniencia de una articulación formal para la prestación de servicios en el primer nivel de atención. Es así como en 1988 se suscribe un convenio mediante el cual ambas instituciones ofrecerían la entrega de un paquete básico de servicio a la población abierta, sin distinciones de su afiliación institucional. El objetivo general era aumentar la cobertura de las atenciones y mejorar la salud de la población.

Este hecho marca un hito en la salud pública del país: por primera vez los proveedores públicos de un modelo fragmentado y segmentado (como fue descrito con anterioridad) acuerdan una especialización de funciones y la atención no discriminada a la población.

#### 4.4.2 Organización para la Operación

Operativamente esto implicó la distribución de las unidades territoriales (municipios en el caso de Guatemala) entre las dos instituciones. El IGSS asumió responsabilidad integral sobre aquellas en las que tenía mayores coberturas de población empleada.

**TABLA 17.** DISTRIBUCIÓN DE MUNICIPIOS DE ESCUINTLA SEGÚN PROVEEDOR DE SERVICIOS

IGSS	MSPAS
Tiquisate	Nueva Concepción
Santa Lucía Cotzumalguapa	Puerto de Itzapa
Escuintla	Masagua
La Democracia	Palín
	Puerto de San José
	La Gomera
	Guanagazapa
	Siquinalá
	San Vicente Pacaya

El esfuerzo de extensión de cobertura del MSPAS, dentro de los municipios que le fueron asignados implicaría un esfuerzo financiero adicional. Siguiendo los lineamientos del SIAS, se estableció en el mismo año un convenio con La Cooperativa Integral De Ahorro y Crédito “Desarrollo Palineco” (CODEPA) para que esta administrara los recursos transferidos por el MSPAS para la prestación de los Servicios Básicos de Salud.

De esta forma, el MSPAS figura como entidad financiadora, reguladora y fiscalizadora, CODEPA se constituye en administrador de los recursos financieros transferidos por el MSPAS para la extensión de cobertura y el IGSS y el MSPAS (de acuerdo a la distribución territorial establecida) en proveedores de servicios a población abierta.

En su concepción y operación este modelo implicó también, mecanismos de planeación y supervisión coordinados, un acuerdo sobre los servicios básicos provistos en el primer nivel de atención y la unificación del sistema de información, lo que también constituye un hecho inédito en

la salud pública del país: un sistema de información que de cuenta de la población total de un área geográfica.

#### **4.4.3 Resultados**

De 1996 a 2000 el presupuesto del MSPAS para el departamento de Escuintla se incrementó en Q. 8.2 millones. La mayor parte de estos recursos adicionales se orientaron a la extensión de cobertura. Esta es una prueba tangible de la voluntad política de extender la cobertura, que tuvo referentes objetivos en los recursos destinados para la provisión de servicios básicos. La tasa de médicos por habitante se elevó de 0.9 x 1000 habitantes en 1996 a 1.8 x 1000 habitantes en 2000. Los promotores de salud se incrementaron de 400 a 2097 durante el mismo período. Como resultado, las coberturas de 3ª dosis de vacuna triple se incrementaron de 67% en 1996 a 94% en 2000; y la proporción de embarazadas con control prenatal de 30% a 51% para los mismos años.

Los indicadores de impacto, sin embargo, no son tan halagadores: la mortalidad infantil para el período 1996 - 2000 descendió solamente 43.19 a 40.78 por mil nacidos vivos, y la materna se incrementó de 41.76 a 97.82 por mil nacidos vivos. Estos resultados pueden ser explicados por el corto lapso entre la línea de base y la fecha de evaluación y porque junto con la extensión de cobertura, mejoraron también la calidad de los registros sanitarios con lo que el número de muertes reportadas y, adecuadamente inscritas, ha sido mayor.

#### **4.4.4 Lecciones**

Este modelo ha evidenciado las ventajas potenciales de la separación de funciones para especializar las tareas institucionales y optimizar el uso de los recursos. La conveniencia de una atención no discriminada en el primer nivel se manifiesta en el alto grado de satisfacción de la población y en el incremento de cobertura de los servicios básicos. A pesar de esto el modelo presenta debilidades y enfrenta riesgos y derivados de la atención diferenciada a partir del segundo nivel de atención y el cuestionamiento por parte del seguro social del beneficio del modelo para sus cotizantes.

**TABLA 18.**

ANÁLISIS DE INTERESADOS EN LAS ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Estrategia Implementada	Beneficiarios	Caracterización Exclusión	Análisis Entorno / Grupos de interés	Indicador
Extensión de Cobertura de Servicios básicos de Salud	Habitantes en comunidades sin acceso a ningún servicio de salud	Más de 4 millones de habitantes sin acceso a servicios básicos de salud, particularmente población en pobreza extrema residente en áreas rurales de población mayoritariamente indígena.	<p>La coyuntura propicia para la implantación de esta estrategia fue la coincidencia de el inicio de una nueva administración de gobierno y la ejecución de un préstamo sectorial del BID para la reforma del sector salud. En 2000 con la llegada de un nuevo gobierno el proceso es revisado, pero no revertido.</p> <p><u>Grupos a Favor:</u></p> <p><b>Nuevas autoridades de gobierno</b> interesadas en implantar un modelo innovador que ofreciera resultados en el corto plazo</p> <p><b>Agencias financieras internacionales</b> que habían colocado préstamos sectoriales para le reforma del sector salud</p> <p><b>ONG´s</b> que establecerían relaciones contractuales con el Ministerio</p> <p><u>Grupos en Contra:</u> <b>Sectores de la burocracia gubernamental y sindicatos</b> que acusaban privatización de la salud</p>	Población sin acceso a servicios básicos de salud
Programa de accesibilidad a los medicamentos	Habitantes en comunidades sin acceso a medicamentos esenciales	Más de 4 millones de habitantes sin acceso inmediato a medicamentos prescritos por un dispensador calificado, particularmente población en pobreza extrema residente en áreas rurales de población mayoritariamente indígena.	<p>La coyuntura propicia para la implantación de esta estrategia fue la coincidencia de el inicio de una nueva administración de gobierno y la ejecución de un préstamo sectorial del BID para la reforma del sector salud. Además, junto con el contrato abierto para la adquisición de insumos, se inició la desconcentración financiera del MSPAS, lo que permitió pagos más ágiles a los proveedores. El proceso continua vigente con la nueva administración de gobierno.</p> <p><u>Grupos a favor:</u></p> <p><b>Nuevas autoridades de gobierno</b> interesadas en desarrollar un modelo de suministro alto impacto poblacional y político</p> <p><b>Agencias financieras internacionales</b> que habían colocado préstamos sectoriales para la reforma del sector salud</p> <p><b>ONG´s</b> que incorporarían dentro de sus prestaciones las ventas sociales de medicamentos</p> <p><u>Grupos en Contra:</u></p> <p><b>Sectores del industria farmacéutica</b> que reducirían su margen de ganancia en las negociaciones por contrato abierto</p> <p><b>Especialistas clínicos:</b> Que acusaban baja calidad en los productos adquiridos por contrato abierto.</p> <p><b>Grupos de la burocracia estatal :</b> Que se beneficiaban de relaciones comerciales directas con los proveedores.</p> <p><b>Algunos distribuidores locales de medicamentos,</b> incluyendo ONG´s no vinculadas al SIAS que lo consideran como competencia desleal y verían disminuidas sus ganancias.</p>	Población sin acceso a medicamentos esenciales
Coordinación institucional para el aumento de cobertura en el primer nivel	Residentes de Escuintla sin acceso a servicios básicos de salud	Aproximadamente 180,000 habitantes sin acceso a servicios del primer nivel de atención, sea del Ministerio de Salud o del IGSS	Escuintla cuenta con la mayor proporción de población afiliada al IGSS después de la capital. En este sentido el proceso sería difícilmente replicable en otros departamentos. Las autoridades del IGSS y del MSPAS compartían visiones y estrategias lo que permitió llegar a acuerdos. A partir de 2000 con la nueva administración de gobierno, el proceso se encuentra en revisión y se discute su continuidad.	Población sin acceso a servicios del primer nivel

Estrategia Implementada	Beneficiarios	Caracterización Exclusión	Análisis Entorno / Grupos de interés	Indicador
			<p><u>Grupos a favor:</u></p> <p><b>Técnicos del área operativa del sector público</b>, tanto del MSPAS como del IGSS que veían los beneficios de una acción coordinada.</p> <p><b>ONG local</b> que se beneficiaría de la administración de los recursos dedicados al MSPAS para la extensión de la cobertura</p> <p><b>Autoridades del MSPAS y de agencias internacionales</b> interesadas en desarrollar un modelo que permitiera la extensión rápida de la cobertura en ese departamento</p> <p><b>Empresarios de la localidad</b>, al contar sus trabajadores con acceso inmediato a servicios de salud del primer nivel</p> <p><u>Grupos en Contra:</u> Algunas autoridades y asesores técnicos del IGSS, que no ven beneficios inmediatos y directos para la población afiliada</p>	

#### 4.5 Implicaciones para las Políticas Públicas

El análisis de los problemas de salud se ve beneficiado por un abordaje desde la perspectiva de la exclusión/ protección social. No solo permite identificar con precisión los grupos excluidos y sus principales carencia, sino distinguir factores causales de la exclusión de orden estructural, de aquellos de responsabilidad sectorial, y por lo tanto susceptibles de un abordaje más inmediato.

Los mapas de pobreza disponibles en el país permiten una identificación de la población excluida del acceso a servicios básico de atenciones en salud y saneamiento. Este conocimiento permitiría, en lo sucesivo, la focalización de aquellas intervenciones de probada efectividad para reducir la exclusión social en salud como el modelo de extensión de cobertura a través de proveedores no gubernamentales y la extensión del sistema de acceso a medicamentos esenciales.

Debe anotarse, sin embargo, que aun con una precisa focalización de las intervenciones más exitosas, el impacto global será escaso, si este esfuerzo no se acompaña de medidas que reducirían la exclusión en otros ámbitos:

- Es necesario flexibilizar los requisitos de incorporación al seguro social, de forma que en el corto plazo sea factible la afiliación de grupos organizados de trabajadores en el sector informal.
- En tanto, las fuentes de financiamiento sean públicas y el estado conserve la capacidad de regulación y control, la participación privada en la provisión de servicios públicos ha demostrado su efectividad para lograr beneficios a poblaciones en el corto plazo.
- El estudio demuestra la inequidad e ineficiencia del gasto privado en salud. Aun con la regresividad de la carga tributaria en el país, parece conveniente un progresivo incremento del gasto público en salud. Esto permitiría a las familias mas pobres orientar el presupuesto familiar a otras inversiones en desarrollo humano que son administradas de forma más racional en el libre mercado.

- Progresivamente el modelo de prestación de servicios debe moverse hacia uno mas integrado, valga decir, menos fragmentado y segmentado. Experiencias como la de prestación coordinada de servicios de salud en el departamento de Escuintla deben ser apoyadas, estudiadas y, eventualmente, extendidas a otros departamentos.
- La implementación de modelos e intervenciones innovadoras y de alto impacto en la reducción de la exclusión social solo es posible mediante un sólido acuerdo interinstitucional y el irrestricto apoyo del ejecutivo y legislativo. Estas intenciones, traducidas en políticas de estado deben extenderse a varias administraciones de gobierno para consolidarse y probar sus beneficios.



## 5 BIBLIOGRAFÍA

- BARILLAS, E., O. Valle y R. Valladares (2000) Propuesta marco para la extensión de las prestaciones de la seguridad social a la población campesina y otros grupos de trabajadores informales. Informe de consultoría para CONGCOOP.
- BERMAN P. Y Thomas Bossert (2000) A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned? Data for Decision Making/USAID.
- BITRÁN Y ASOCIADOS y PHR (2000). Equity in the financing of social security for health in Chile. Health Policy 50 (2000) 171-196. También: A. K. Nandakumar et al. (2000) Health Reform for Children: the Egyptian experience with school health insurance. Health Policy 50 (2000) 155-170.
- DURÁN Fabio (2001) La Seguridad Social en Guatemala. Un Análisis de los Programas de Salud y Pensiones del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Documento preparado para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala.
- GRANT E, Blue I and Harpham T (1998) Social Exclusion: A Review and Assessment of its Relevance to Developing Countries. South Bank University, London.
- GUATEMALA (2000) Informe de Aseguradoras Que Cubren Riesgos Contra Accidentes, Enfermedades Y Daños, Sujetas A La Supervision De La Superintendencia De Bancos, Al 31 De Diciembre De 2000
- GUATEMALA. El Rostro Humano del Desarrollo Rural. Informe de Desarrollo Humano 1999. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala.
- GUATEMALA. La fuerza incluyente del desarrollo humano. Informe de Desarrollo Humano 2000. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala.
- GUATEMALA. El financiamiento del desarrollo humano. Informe de Desarrollo Humano 2001. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala.
- GUATEMALA. Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto Nacional de Estadística INE 2000
- HSIAO, W. (2000) What Should Macroeconomist Know about Health Care Policy? A Primer. International Monetary Fund, WP/00/136.
- IGSS (1998): Boletín Actuarial y Estadístico 1997. Departamento Actuarial y Estadístico del IGSS, Guatemala.
- MSPAS (1998) Cuentas Nacionales en Salud 1995 – 1997. Guatemala.
- MSPAS (1998) Guía de Programación para la Presentación y Administración de los Servicios de Salud.
- MSPAS (1996) Sistema Integrado de Atención en Salud, Guatemala.
- MSPAS/SIAS (1998) Normas y Procedimientos Administrativos, Guatemala.
- PETER, Fabienne (2000): Health Equity and Social Justice (publicado en la página web de la Escuela de Salud Pública de Harvard: <http://www.hsph.edu>).
- PNUD (2001). Human Development Report, 2001. Ediciones Mundiprensa. Tabla 1 (pp. 145-147).
- SANIGEST (2001) La seguridad social en Guatemala: un análisis de los programas de salud y pensiones del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Informe de consultoría para Fundación Friedrich Ebert y PNUD.

- SEN, Amartya (1999) Development as Freedom. Anchor Books, 1st. ed., 2000. Pp. 152-159.
- TOWNSEND, Peter and Nick Davidson (eds.) 1990. Inequalities in Health: The Black Report. London and New York: Penguin.
- JUDGE, Ken, Jo-Ann Mulligan and Michaela Benzeval (1998) "Income Inequality and Population Health." *Social Science and Medicine* 46(4-5), 567-579.
- UNDP (2001) Human Development Report, 2001. Oxford University Press.
- VALLADARES R y Barillas E (1998) Inversiones en Salud, Equidad y PobReza: Guatemala. OPS/PNUD/BID.
- VALLADARES R y Barillas E (1999). Requerimientos Financieros para el Cumplimiento de las Metas Sustantivas de los Acuerdos de Paz. Informe de Consultoría para la Representación del Banco Mundial en Guatemala.
- VALLADARES y Barillas (2000). Reforma Sectorial de Salud: I. Bases Éticas y Legales. II. Sistematización de Procesos. III. Lecciones Aprendidas. Informe de Consultoría para UNICEF y la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de la República.
- VALLADARES, R y E Barillas (2001). Gasto de los Hogares en Desarrollo Humano. Informe de Consultoría presentado a PNUD en la preparación del Informe de Desarrollo Humano 2001. GSD Consultores Asociados, Guatemala: 2001.
- VAN DOORSLAER, E. et al. (1997) Income-related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of Health Economics*. 16 (1): 93-112.
- WAAGSTAF y E. van Doorslaer. Ver: Wagstaff, A. et al. (1991) On the measurement of inequalities in health. *Social Science and Medicine*. 33 (5): 545-57.