



Situación y tendencias del financiamiento de la Salud en Guatemala

Autor: Ricardo Valladares (Revisor Tito Rivera para PHRplus)

I. El financiamiento de la salud: una inversión impostergable

En Guatemala mueren cada día 16 niños que no han cumplido un año de edad, y la mitad de éstos ni siquiera ha cumplido un mes de nacido. De un promedio de 158 muertes por día, 36 ocurren en niños menores de cinco años (MSPAS, 2005a). Estas cifras muestran la vulnerabilidad de la niñez ante los riesgos de enfermar y morir.

Aunque el embarazo y el parto son procesos no mórbidos que requieren atención, cada día mueren dos mujeres en Guatemala por causas relacionadas con el proceso obstétrico. Esto redundará en una razón de mortalidad materna que se encuentra entre las más elevadas de América Latina. Sin embargo, apenas el 27% de los partos cuenta con atención médica, y un tercio de las gestantes son mujeres que no han cumplido veinte años o tienen 35 años o más de edad (MSPAS, 2003).

La mortalidad post neonatal (28 días a menos de un año) y de la niñez (de 1 a 4 años) se debe, en más de la mitad de los casos, a diarreas o neumonías, las cuales difícilmente podrían considerarse causas de muerte sin la existencia de factores subyacentes, como la fragilidad nutricional de los infantes y el acceso precario y tardío a la atención médica, por razones económicas, geográficas o culturales, especialmente entre la población pobre, indígena y rural.

Para un país como Guatemala, el aumento de las inversiones en salud dirigidas hacia los grupos más vulnerables y las intervenciones de mayor retorno social, pueden reducir la exclusión, fortalecer el proceso de paz, incrementar la gobernabilidad y el avance en el desarrollo social.

Por ello, el acuerdo de paz sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, plantea que el desarrollo socioeconómico exige justicia social, y establece compromisos de gobierno para que la atención en salud y los medicamentos sean más accesibles a la población postergada, y establece metas cuantitativas en el financiamiento público de la salud (GUATEMALA, 1996).¹

¹ GUATEMALA. **Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria**. México, 6 de Mayo de 1996. Parte II. A. 23 incisos b,c,d,e.

A. Salud, Equidad y Desarrollo

Dado que la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y para la realización de las posibilidades de las personas, la superación de las desigualdades en salud se inscribe en el objetivo más amplio de alcanzar la justicia social, como apunta Amartya Sen (2001:2):

Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia.

Sin embargo, la equidad no se evidencia desde la perspectiva de las desigualdades, algunas de ellas inevitables (como los riesgos específicos de salud que derivan de la condición de ser mujer, o de ser hombre), y otras de ellas promovidas y alentadas desde una visión de justicia social (como las acciones afirmativas para otorgar mayores prestaciones de salud a las poblaciones con mayor vulnerabilidad económica y menor acceso a servicios). Antes bien, el concepto de inequidad se dirige a la existencia de desigualdades injustas y evitables en las condiciones de salud, el acceso a servicios y los costos de la atención para diferentes grupos sociales (Sen A, 2001:8).

El financiamiento de la salud impacta sobre el desarrollo socioeconómico. La Comisión de Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre el impacto de las inversiones en salud en el desarrollo, indica que se han subestimado las pérdidas económicas causadas por la mala salud, y al mismo tiempo, se ha subvalorado mucho la influencia de la salud en el crecimiento económico. De hecho, una mejora del 10% en la esperanza de vida se traduce, según los datos de la Comisión, en un crecimiento económico del 0.3%-0.4%. La conclusión más impactante plantea que el nivel de gasto en salud en los países de bajo ingreso es insuficiente para hacer frente a los problemas de salud, aunque existe la capacidad de aumentar sus inversiones, y proponen un aumento del 1% sobre el PIB para 2007 y del 2% para 2015 (OMS, 2002:1-2).

Como es evidente, no todos los gastos en salud son igualmente eficaces para reducir la pobreza. Al dirigir las inversiones hacia intervenciones esenciales en servicios periféricos, cercanos a las poblaciones pobres y rurales, pueden obtenerse mayores beneficios en la salud y el desarrollo (OMS, 2002:2). Este esfuerzo también aumentaría su efectividad y eficacia si se establecen y fomentan los procesos de seguimiento, evaluación y auditoría social.

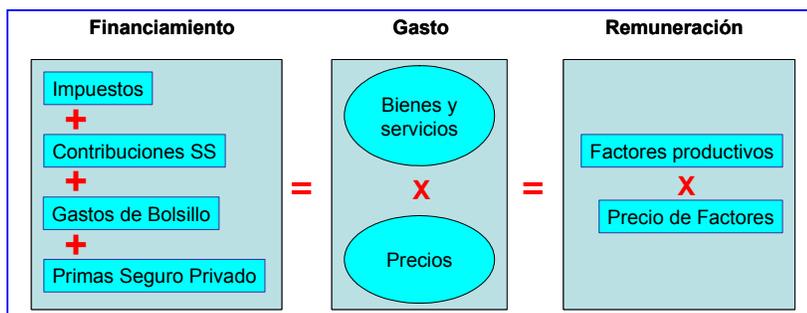
II. Fuentes, agentes y proveedores en los flujos de financiamiento y gasto en salud

Con el incremento acelerado de las demandas de atención, el traslape de los perfiles epidemiológicos y el escalamiento de los costos de los insumos críticos de la atención, varios países experimentan un rápido crecimiento del gasto y se ha hecho necesario examinar cómo se financia la salud y qué opciones existen para mejorar la captación y el uso de recursos (Mossialos y Dixon, 2001).

El **financiamiento en salud** se refiere a la movilización de recursos desde las fuentes de financiamiento hacia los agentes financieros en salud. En Guatemala, los agentes financieros, como el Ministerio de Finanzas, el Instituto de Seguridad Social o los seguros privados, recolectan los recursos y los asignan a diferentes servicios, prestadores de atención y poblaciones meta. El **gasto en salud** es la apropiación de recursos por los proveedores de servicios, quienes invierten en factores productivos (personal, suministros, equipos, servicios) para la entrega de atenciones en salud. Los proveedores pueden ser públicos, privados, no gubernamentales o externos, y desde una perspectiva funcional incluyen entes tan diversos como hospitales, clínicas médicas, farmacias, centros de diagnóstico y otros (Partnerships for Health Reform Project, 1998).

Así, existe una igualdad básica entre el financiamiento, el gasto y la remuneración de factores en salud (Mossialos, 2001:3) que se representa en la ilustración.

Ilustración 1. La ecuación del financiamiento en salud



Fuente: Elaboración propia con base en Mossialos (2001:3)

El financiamiento puede captarse por medio de impuestos, por contribuciones a la seguridad social o primas de seguro médico privado. Cuando proviene de los hogares bajo la forma de pagos a los prestadores de servicios, se denomina gasto de bolsillo. Pero, aunque el financiamiento de la salud proviene en todos los casos de los hogares, cada mecanismo de financiamiento distribuye de forma distinta la carga del financiamiento, y también los beneficios.

A. Los pobres cargan con el financiamiento en salud

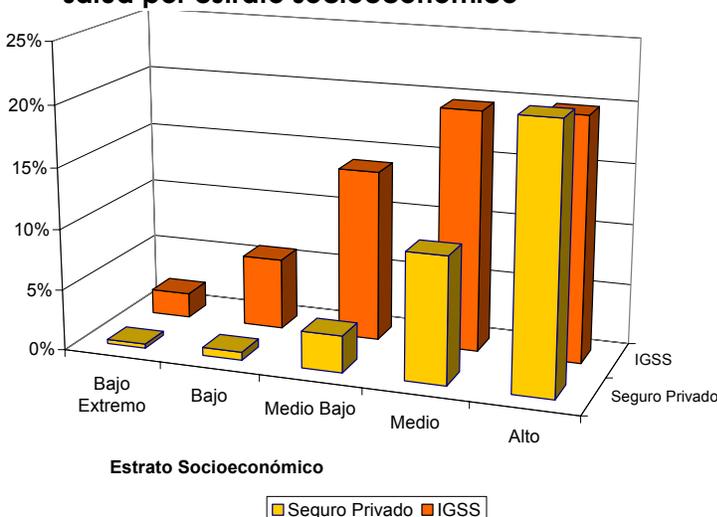
En Guatemala, de acuerdo con el informe del MSPAS (2005b) sobre la situación de salud y su financiamiento, el gasto en salud ascendió a 10,6 millardos, de los cuales un 38.2% fue canalizado por agentes financieros del sector público (18% gobierno central y 20% IGSS), 5% por agentes privados, 55% por gastos directos de los hogares y 1.5% provino de fuentes externas.

Una quinta parte del financiamiento se obtiene medio de impuestos, los cuales gravan mayormente el consumo de la población. También debe resaltarse que el IGSS, que cubre aproximadamente un 11% de la población, gasta un 20% del total, y como muestra la gráfica, la mayor cobertura del aseguramiento beneficia a los estratos

medios y altos del país (OPS, 2001).

En cuanto al gasto de los hogares (PNUD, 2002), una quinta parte va dirigida al aseguramiento, y el resto es gasto directo de bolsillo. La mitad del gasto de bolsillo se emplea en la compra de medicamentos, sin prescripción médica, y con limitada o ninguna efectividad, debido a la carencia de diagnóstico. La mitad restante va principalmente a la compra de servicios no hospitalarios (27%), servicios hospitalarios (17%) y aparatos (3%).

Ilustración 2. Cobertura de aseguramiento en salud por estrato socioeconómico



Fuente: Elaboración del autor con base en la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (INE, 2000) y el cálculo de estratos socioeconómicos basado en un índice compuesto por educación, ingresos y activos del hogar que realizó el equipo del Informe Nacional de Desarrollo Humano, PNUD.

B. La reforma requiere recursos

Por medio de los flujos del financiamiento y el gasto en salud se revela el alto grado de segmentación del sistema y la vulnerabilidad de los estratos pobres, rurales e indígenas frente a la regresividad del financiamiento (OPS, 2001). Frente a esta situación, por más de siete años se ha venido desarrollando un programa de extensión de cobertura en el MSPAS, el cual ofrece un conjunto de servicios básicos a la población, principalmente de carácter preventivo, y la atención de problemas de salud por personal de la misma comunidad.

Sin embargo, subsisten brechas de acceso a servicios de mayor capacidad resolutoria, como en el caso de las emergencias obstétricas y neonatales. A

partir de 2005, el MSPAS ha priorizado el fortalecimiento del segundo nivel de atención (que incluye hospitales departamentales, municipales y centros de atención materno infantil) pero el avance en la construcción, equipamiento y dotación de personal es muy lento por la falta de recursos.

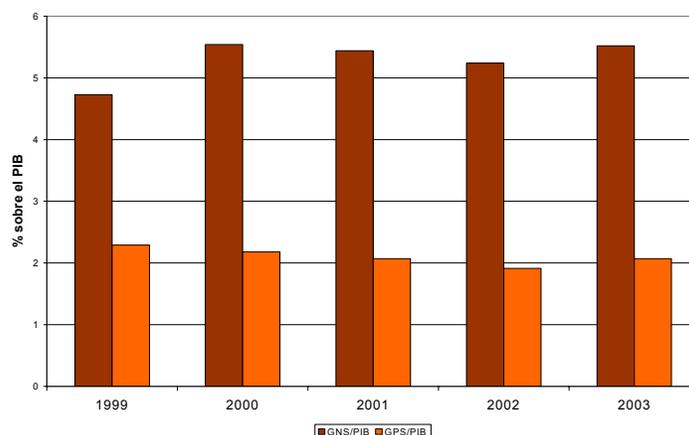
III. Las tendencias decrecientes del financiamiento público de la salud

A. El gasto público en salud como proporción del PIB

Cuando se firmó el Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, pocos imaginaban que el compromiso de incrementar en 50% el gasto en salud sobre el PIB (Guatemala, 1996) se vería debilitado en su efectividad por una tendencia a la desaceleración en el ritmo de crecimiento del PIB. El fenómeno se observó a partir de 1998, cuando el PIB creció a un 5% y desde el 2001 se ha mantenido por debajo del 3%, con el consecuente retroceso en el PIB per cápita. Esto significa que los recursos destinados a la salud fueron inferiores de aquéllos que hubieran podido captarse con un mejor desempeño de la economía nacional.

El gasto público en salud, como proporción del PIB, se ha estancado en torno a 1.3%, y en la proyección del presupuesto multianual, se espera que la proporción se mantenga para los próximos tres años, lo cual sugiere que no se otorga prioridad al gasto en salud, ni existe un programa de inversiones que contribuya a acelerar el progreso de la salud para alcanzar las metas del milenio.

Ilustración 3. Guatemala, 1999 – 2003. Evolución del gasto en salud como porcentaje de PIB, nacional y público

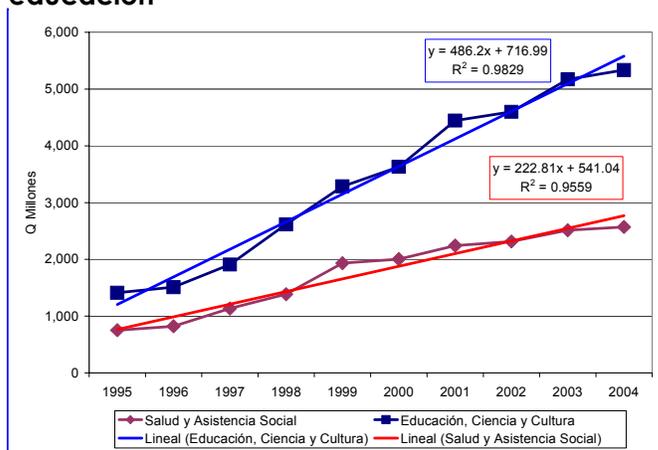


Fuente: Elaboración del autor con base en MSPAS, 2005. Situación de la Salud y su Financiamiento 1999-2003.

B. El gasto público en salud respecto al gasto de gobierno

En los últimos diez años, se ha venido consolidando una tendencia en el financiamiento público de la salud, cuyo ritmo es menor al observado en educación, ciencia y cultura. En la gráfica se ilustran ambas tendencias, mostrando crecimiento de Q486 millones anuales para el presupuesto de educación, y Q223 millones para el presupuesto de salud. Estos incrementos, expresados en términos corrientes, no reflejan el descenso en la capacidad adquisitiva los sectores correspondientes, como resultado de la inflación observada durante el decenio.

Ilustración 4. Guatemala, 1995 – 2004. Evolución y tendencias del gasto público en salud y educación

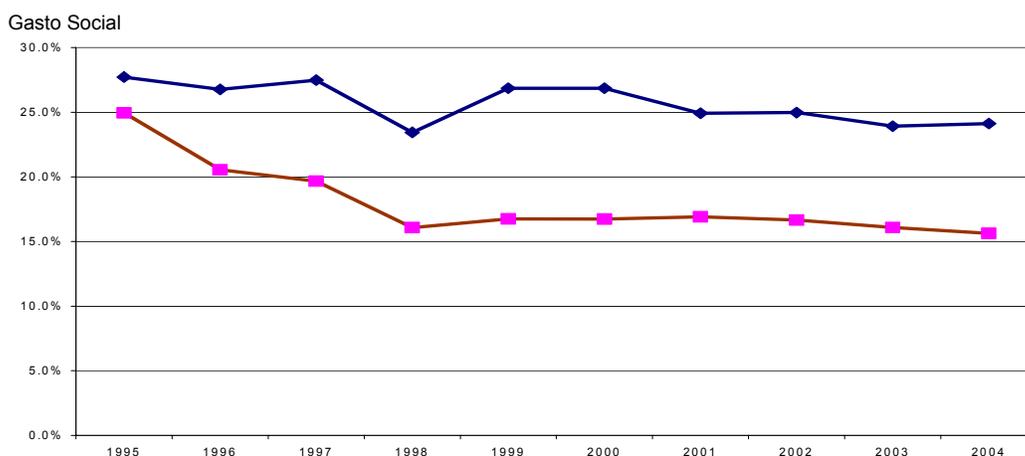


Fuente: Elaboración del autor con base en Estadísticas Fiscales del Ministerio de Finanzas Públicas.

<http://www.minfin.aob.gt/archivos/estadisticas.htm>

En el presupuesto público, la prioridad de la salud parece estar descendiendo, como también puede deducirse de la participación decreciente que tiene el gasto sectorial de salud y el gasto del MSPAS como porcentaje del gasto de gobierno en sectores sociales.

Ilustración 5. Guatemala, 1995 – 2004. Evolución de la participación del gasto en salud y en el MSPAS como porcentaje del gasto social



Fuente: 4 Elaboración del autor con base en Estadísticas Fiscales del Ministerio de Finanzas Públicas.

<http://www.minfin.gob.gt/archivos/estadisticas.htm>

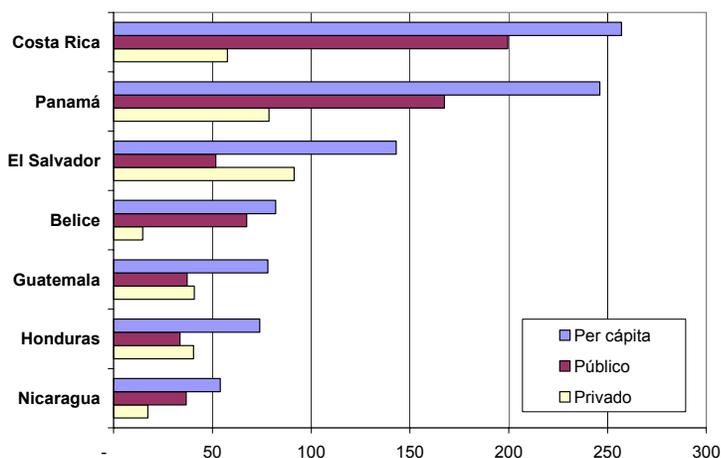
C. El gasto público en salud por habitante

La combinación de tendencias decrecientes en el financiamiento público de la salud y el rápido crecimiento de la población en Guatemala permiten explicar el rezago de Guatemala en el financiamiento público de la salud.

Con la tasa de fecundidad global más alta de América Latina, Guatemala muy difícilmente puede acompañar en términos financieros demandas crecientes de atención para cuatrocientos mil nacimientos.

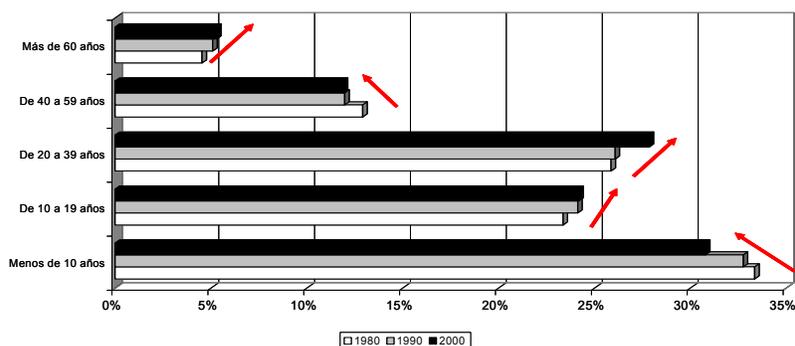
Además, las demandas de salud tienden a hacerse más complejas, en la medida que la estructura de población cambia y los perfiles de la violencia, la salud ocupacional, las adicciones y los trastornos crónico degenerativos empiezan a ganar posiciones entre la morbilidad prioritaria. Las atenciones en estos aspectos son, caso a caso, más costosas que las afecciones infantiles y maternas. Con una baja cobertura de aseguramiento, no existen mecanismos para proteger aquellos grupos de población en crecimiento: los adolescentes, los trabajadores jóvenes y los ancianos.

Ilustración 6. Gasto en salud, público, privado y per cápita, en países centroamericanos



Fuente: 5 Elaboración del autor con base en UNDP 2004. Human Development Report, pag. 157-8

Ilustración 7. Guatemala, 1980 – 2000. Cambios en el perfil demográfico



Fuente: Elaboración del autor con base en el banco de indicadores demográficos del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm

IV. ¿Qué se puede hacer?

El presupuesto de salud no es simplemente un plan de gastos: es un instrumento de política pública. El combate a la pobreza, el desarrollo rural, la equiparación de las oportunidades para diferentes grupos étnicos, entre otras, pueden ser consideradas verdaderas políticas sociales hasta que son respaldadas con la asignación de recursos a los grupos más vulnerables.

Los datos presentados confirman que el gasto en salud en Guatemala se encuentra entre los más bajos de América Latina. Tanto el financiamiento como el gasto en salud son inequitativos y refuerzan las desigualdades en las condiciones de salud de la población. Medido sobre el PIB, la población o respecto al gasto total de gobierno, el gasto público en salud mantiene niveles estáticos y decrecientes que no reflejan una verdadera apuesta a favor del desarrollo humano y social. Por estas razones, el gasto público en salud no representa todavía un instrumento de política pública para la transformación de la salud en Guatemala.

Dado que los recursos son limitados frente a la diversidad de las necesidades, complejas en su magnitud y efectos sobre la carga de enfermedad, el financiamiento público debe ser cuidadosamente asignado para lograr la mayor efectividad. De cara a los desafíos de las metas del milenio y los acuerdos de paz, es necesario identificar los requerimientos financieros de mediano plazo, determinar las fuentes de financiamiento, y establecer los mecanismos que aseguren efectividad y transparencia del gasto.

Desarrollar una política de inversión en salud. Las rigideces en el presupuesto de funcionamiento en salud dificultan el tipo de reasignaciones necesario para disminuir las desigualdades en la asignación de recursos que afectan a la población extremadamente pobre, rural e indígena. El gasto en salud por departamento está determinado por el tipo y la cantidad de establecimientos de salud cuyo funcionamiento se financia con los recursos públicos. Es necesario formular e implementar a nivel programático y presupuestario una política de inversiones en salud dirigida a aumentar y fortalecer los establecimientos de atención, principalmente de segundo nivel, en los municipios del país que han sido tradicionalmente postergados, y en los que las iniciativas de extensión de cobertura en el primer nivel no se complementan con niveles de referencia con verdadera capacidad resolutive.

Plantear una estrategia financiera del sector. Es imperativo que las mayores entidades del sector tomen una posición proactiva frente a los problemas de financiamiento del sector. Más que una estrategia para movilizar recursos hacia su institución, es importante revisar y superar la fragmentación en que operan, examinando como un todo las posibilidades de integración del sistema de salud, en busca de una estrategia concertada para incrementar el financiamiento.

Fortalecer la capacidad gerencial. Aunque la *insuficiencia del financiamiento* es esencial para explicar las condiciones del sector, no es el único factor a enfrentar para mejorar el alcance y la calidad de los servicios a los usuarios. La *capacidad de ejecución* presupuestaria también debe fortalecerse, en particular haciendo efectiva la red informática para operar desconcentradamente el presupuesto, y manteniendo el seguimiento centralizado a la ejecución. La *calidad del gasto*, entendida como la capacidad de convertir el financiamiento disponible en los recursos esenciales para la prestación de servicio, debe mejorarse con el fortalecimiento de la gestión local, en particular, la logística de suministros y la administración de personal. Los mayores progresos pueden alcanzarse en la *calidad del consumo*, entendida como el uso racional y eficiente de los recursos de la salud en el proceso de entregar los servicios; esto demanda que el sistema de información en salud sirva a fines gerenciales, controlando la relación entre producción, rendimiento, recursos y costos. Sin embargo, ello demanda además una transformación en los fines y métodos de la *programación local*, para que se convierta, de instrumento presupuestario, en una guía para la ejecución de las actividades locales, de la adquisición de insumos y de la evaluación del desempeño de los establecimientos. En suma, un presupuesto orientado a resultados y basado en el desempeño es básico para lograr que los recursos, siempre limitados, permitan un nivel de producción de servicios más amplio y mejor orientado a las prioridades de salud en el espacio local.

Gobernabilidad, auditoría social y transparencia. Las anteriores propuestas dependen de iniciativas de las instituciones de salud para ponerse en marcha. Sin embargo, la participación de la sociedad civil organizada, los consejos de desarrollo y las autoridades municipales y departamentales es vital para que se consolide una mejor gestión en el espacio local. Es importante construir agendas departamentales y municipales en salud, en forma participativa, que además de crear consensos interinstitucionales a favor de la salud, vigilen la ejecución del gasto y la entrega de servicios, especialmente en los aspectos de equidad, efectividad y trato al usuario. Los espacios de participación social existentes deben aprovecharse para incrementar la gobernabilidad y reivindicar al ciudadano como principio esencial y fin último de la gestión social en salud.

V. Referencias

GUATEMALA (1996). Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria. México, 6 de Mayo de 1996.

Mossialos, E y Dixon A (2001) Funding health care: an introduction.

MSPAS (2003). Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. MSPAS/ INE/ UVG/ CDC/ USAID/ ASDI/ UE/ APRESAL/ PNUD/ UNICEF/ FNUAP/ POLICY II/ CARE Guatemala. Octubre de 2003.

MSPAS (2003). La Protección Social en Salud en Guatemala. OPS-OMS/ASDI.

- MSPAS (2005a). Memoria epidemiológica 2004. Departamento de Epidemiología / Sistema de Información Gerencial en Salud.
- MSPAS (2005b). La situación de salud y su financiamiento. Tercer informe, período 1999-2003. Abril de 2005.
- MSPAS. La protección Social en Salud en Guatemala. Guatemala, 2001.
- OMS (2002). Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Informe de la Directora General. 55ª Asamblea Mundial de Salud. 23 de Abril de 2002.
- Partnerships for Health Reform Project (1998). Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala. Informe sobre Iniciativas Especiales 10. Bethesda, MD: Abt Associates Inc. Septiembre de 1998.
- PNUD/INDH. Gasto de los hogares en desarrollo humano. Guatemala, 2002.
- SEN, A. (2001). Por qué la equidad en salud. III Conferencia Internacional sobre Economía de la Salud. York, Reino Unido, 23 de julio de 2001.