Universidad Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala
VRIP
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
iarna
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS NATURALES Y TECNOLOGÍA

Boletín de ciencia y tecnología 2



SALUD EN GUATEMALA: DESEMPEÑO HISTÓRICO Y REVELACIONES DE LA PANDEMIA COVID19

La reorganización del sistema es imperativa

Autores:
Gustavo Estrada Galindo[1] y Juan José Narciso Chúa[2]

El 13 de marzo del año 2020 se diagnosticó el primer caso de COVID-19 en Guatemala, a raíz de lo cual el 20 del mismo mes se decretó el confinamiento general a toda la población. A partir de esa fecha, los procesos y recursos humanos, tecnológicos, financieros y de información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) se volcaron mayoritariamente a la atención de la población afectada y en riesgo de contagio, generando desequilibrios en los procesos de atención de problemas de salud distintos a los provocados por la pandemia.

Esta situación resultó en el acceso limitado de otros servicios por interrupciones parciales de algunos y cierre total en otros, en la imposibilidad de las personas para acudir a los servicios por las restricciones a la movilidad, en la reasignación del personal sanitario y en la reorganización de las redes asistenciales. En consecuencia, también se redirigió el financiamiento hacia la compra de insumos para atender la pandemia, tales como nuevos medicamentos, y equipos de protección personal y de cuidados intensivos.

Una encuesta realizada por la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) en la región de las Américas reveló que los servicios más afectados por la reorganización de las redes asistenciales, fueron los relacionados con

[1] Coordinador del Departamento de Ciencias de la Salud del Instituto de Investigación en Ciencias Naturales y Tecnología (Iarna) de la Vicerrectoría de Investigación y Proyección (VRIP) de la Universidad Rafael Landívar (URL).
[2] Investigador del Iarna/VRIP/URL.

la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principalmente diabetes, hipertensión arterial, cáncer, asma, emergencias cardiovasculares, emergencias dentales y cuidados paliativos (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud [OPS y OMS], 2020).

Otro informe elaborado por la OMS puso en evidencia que, además de los problemas relativos a la atención de las condiciones antes mencionadas, la salud mental de la población fue impactada. Se estima que a nivel mundial ha habido un incremento del 26.7 % en los trastornos depresivos y del 25.6 % en desórdenes de ansiedad (World Health Organization [WHO], 2022).

La crisis sanitaria provocada por la COVID-19 se expresa de formas distintas en cada país, y esto depende en parte de las condiciones previas de los sistemas de provisión de servicios de salud. En términos generales, la pandemia ha demostrado y puesto en evidencia la precariedad de los sistemas de salud, particularmente aquellos con bajas coberturas y financiamiento (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal] y OPS, 2021).

Además de la crisis sanitaria, la pandemia ha puesto en evidencia la interdependencia de la salud con la economía, el desarrollo social y el medio ambiente, y se ha consolidado la idea de que es necesario contar con Estados fuertes y coherentes a las necesidades reales de la población y no operar subordinadamente a los intereses corporativos y de mercado.

La pandemia no ha concluido, y Guatemala aún se ve afectada por olas de contagios, como el repunte observado en junio-julio de 2022. En los medios de comunicación públicos y privados, prevalece el argumento de enfrentar la crisis sanitaria sin reactivar el confinamiento como medida preventiva, principalmente por sus efectos negativos en la economía, de tal manera que la estrategia utilizada es la siguiente: **(I)** dejar en manos de los individuos la responsabilidad de evitar el contagio mediante las medidas de protección personal ya conocidas (uso de mascarilla, distanciamiento físico y lavado de manos frecuente) y **(II)** dejar a cargo del MSPAS y otros servicios públicos -como el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y servicios privados- las medidas de atención médica de las personas enfermas, la divulgación de datos de contagio y fallecimientos, y acciones preventivas como la vacunación.

El panorama es complejo, pues no existe certeza sobre cuándo disminuirán los contagios y cesará el surgimiento sistemático de nuevos casos como hasta ahora; de hecho, existe la posibilidad de que la



Melvin, 10 meses, tendrá que esperar su vacuna porque al momento no hay disponibilidad en el Centro de Atención Permanente - CAP - de Guineales, Sololá, febrero 2016. Simone Dalmasso/Plaza Pública

pandemia se convierta en una enfermedad endémica, con aumento de casos periódicos e intermitentes, situación que reconfiguraría los modelos de atención y vacunación como hasta ahora se desarrollan.

Existe un deseo social de "regresar a la normalidad"; sin embargo, no se trata simplemente de dejar de usar mascarilla y volver a las reuniones, como de hecho ya está ocurriendo, sino de ser conscientes de que más allá de recuperar la lógica productivista y comercial, otros elementos como la salud, la educación, el transporte y el empleo digno constituyen bienes públicos que deben ser reconstruidos.

En el caso de la salud -considerada como un requisito fundamental para la vida y el bienestar de la población-, se requiere ir más allá de la idea de que regresar a la normalidad significa retornar a lo que había antes. Hay que salir de esa dicotomía simple y, en su lugar, plantear una reflexión en otro sentido. Nadie quiere mantenerse, retomar o regresar a un sistema de servicios de salud cuya configuración y capacidades no garantizan la vida, sino que sostiene probabilidades de enfermedad, muerte y discapacidad muy altas.

Dada la extrema debilidad del sistema público de salud del país, se requiere de una transformación estructural que permita el goce y garantía de la salud como un derecho humano para la población.



Marta Ofelia Ajpacaja y María Ixquiactap Chop, auxiliares de enfermería, visitan el caserío Xetulul para sacar muestras de agua. Sololá, febrero 2016.
Simone Dalmasso/Plaza Pública

De acuerdo con la Constitución Política de la República, la salud constituye un derecho humano y un bien público y, por lo tanto, la salud debe ser de acceso universal. Además, el país ha suscrito compromisos respecto a los objetivos de desarrollo sostenible, con la pretensión de que toda la población pueda tener acceso a servicios de salud esenciales de calidad (ODS 3.8.1) y que se reduzcan los gastos empobrecedores de bolsillo para atender la enfermedad (ODS 3.8.2) (Naciones Unidas, s. f.).

Este documento busca analizar algunos rasgos estructurales del sistema de salud guatemalteco previo a la pandemia, así como sus efectos en los procesos de atención de la salud, enfocándose en la infraestructura y gasto público en salud; con el fin de poder plantear los desafíos de la "nueva normalidad" que, a juzgar por los problemas revelados, debe tomar distancia de lo que se ha hecho hasta el momento, e introducir cambios estructurales en la manera de pensar, comprender y hacer funcionar dicho sistema.



Entrada del Centro de Atención Permanente -CAP- de la aldea San Lorenzo, departamento de San Marco,. enero 2018. Simone Dalmasso/Plaza Pública

LA ATENCIÓN PÚBLICA DE LA SALUD ANTES DE LA PANDEMIA

Luego de la invasión española, la atención de la salud en Guatemala ha dado muestras de ser excluyente desde sus orígenes. En su inicio, durante la época colonial, había al menos dos tipos de atención: **(I)** la que recibían los españoles y criollos, con médicos traídos de Europa; y **(II)** la que recibían los pueblos originarios, esclavizados y explotados, a quienes se les prohibían las prácticas ancestrales, se les consideraba solamente mano de obra reemplazable y eran atendidos esencialmente por la familia y la iglesia.

Con el paso del tiempo, esta situación no cambió y fue hasta finales del siglo XIX y principios del XX que se instituyó por parte del Estado alguna intervención de salud con la lógica de reemplazo de la mano de obra en las fincas bananeras y de algodón, así como regulaciones sanitarias en los puertos para evitar contagios hacia los Estados Unidos y Europa (Asturias, 1989).

En 1945 se instituyó el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en 1946 se creó el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Congreso de la República de Guatemala, 1945 y 1946). Sin duda, la naciente institucionalidad sanitaria fue un paso importante en la atención de la salud de la población; sin embargo, nació con exclusiones: el IGSS para quienes tenían empleo formal y el MSPAS y los servicios privados para el resto. Es decir, que desde su origen la población fue segmentada por su condición socioeconómica, y consecuentemente los servicios fueron fragmentados.

Una de las principales funciones del MSPAS es la provisión de servicios de atención y prevención de enfermedades en todo el país; sin embargo, su crecimiento ha sido lento. Fue hasta finales de la década de los 60 y principios de los 70 que se construyeron de forma acelerada los establecimientos asistenciales, creando tres niveles de atención: **(I)** el primero, basado en puestos de salud, atendidos por auxiliares de enfermería, **(II)** el segundo, correspondiente a centros de salud, atendidos por personal médico, de enfermería y técnicos en salud rural, entre otros, y **(III)** el tercero, basado en hospitales departamentales, regionales y de referencia nacional. A partir de esa época se ha experimentado un crecimiento pausado (Verdugo, 2010).

Por otro lado, las necesidades de servicios de salud de la población han aumentado y se han complejizado. Guatemala experimenta cuatro tipos de transiciones (Estrada, 2008):

1. **Demográfica**, en la que su población enfrenta los primeros estadios del envejecimiento poblacional, cambios en la fecundidad, bono demográfico y una acentuada migración, lo que hace cambiar su dinámica y estructura. Es decir, que la población no solo aumenta en número y cambia en su distribución dentro del territorio nacional, sino que su composición por grupos de edad ha variado de forma sostenida. Esta situación contribuye, en parte, a la generación de la segunda transición.

2. **Epidemiológica.** En esta, la mayoría de países transitan de una prevalencia mayoritaria de enfermedades transmisibles y carenciales, hacia otra en la que estos problemas se han disminuido por mejoras en los servicios y en las condiciones y calidad de vida, encontrando una prevalencia mayoritaria de enfermedades crónicas y degenerativas. En el caso de Guatemala, esta transición en realidad se transformó en complejización o acumulación, pues el país entró en el período de problemas crónicos, sin haber resuelto los problemas transmisibles y carenciales.

3. **Nutricional**, caracterizada por profundos cambios en el consumo de alimentos, inseguridad alimentaria y doble carga nutricional; en donde conviven, a veces en el mismo hogar, niños con desnutrición y adultos con sobrepeso u obesidad.

4. **Ambiental-ecológica**, donde los medios de vida y recursos ambientales han sufrido deterioro sostenido y afectan a grandes segmentos de la población.

En este contexto, se construye la respuesta social mediante la organización del sistema de salud y, de forma particular, de la provisión de servicios. Para todos los problemas de salud se desarrollan intervenciones personales y no personales, es decir, con individuos mediante acciones clínicas, y con colectividades mediante acciones de promoción, prevención y organización de servicios.

Si bien los procesos de atención de la salud son complejos y multidimensionales, es un hecho que todas las intervenciones en salud requieren establecimientos situados territorialmente en concordancia con las necesidades individuales y poblacionales, necesitando equipos humanos y tecnológicos competentes para promover la salud, prevenir la enfermedad, atender el daño y los riesgos para la salud, y proveer servicios de rehabilitación y cuidados paliativos y compasivos.

Es a partir de las capacidades vinculadas a la infraestructura sanitaria que se realiza este análisis, pues es uno de los indicadores básicos para entender las capacidades del sistema de provisión de servicios. A su alrededor concurren los otros recursos y se desarrollan las intervenciones sanitarias.

Los modelos de gestión y atención de la salud requieren infraestructura sanitaria, la cual forma parte central en las mediciones de la cobertura y el acceso a los servicios de salud. La información disponible corresponde al período de 1975 a 2022. Si bien ya incluye el periodo pandémico (2019 a la fecha), se utiliza para el análisis el período completo para evidenciar la tendencia y su contexto histórico.

En la gráfica 1 se observa un aumento sostenido en el número de puestos y centros de salud del país durante el periodo analizado, mientras que la cantidad de hospitales permaneció con muy bajo crecimiento.

Para analizar el nivel de crecimiento observado en la gráfica 1 es necesario establecer su relación con la población que es posible atender mediante los establecimientos disponibles.



Cuarto de parto tradicional en el Puesto de Atención Permanente de Guineales, Sololá, atendido por parteras y comadronas. Febrero 2016. Simone Dalmasso/Plaza Pública

Esto puede hacerse desde, al menos, dos perspectivas:

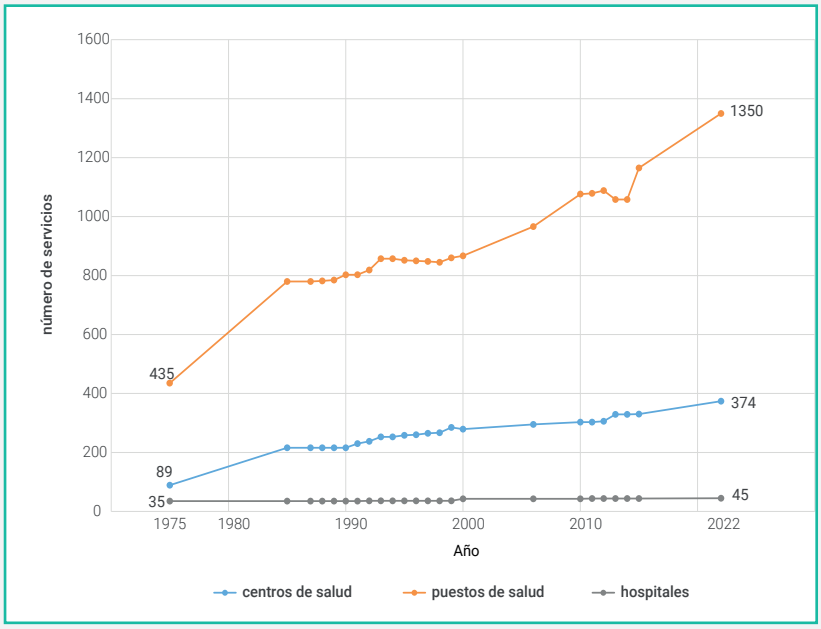
- Una de las formas para evaluar la cobertura de servicios de salud que utiliza la OMS con fines de comparación entre países, es contrastar el número de servicios (puestos de salud, centros de salud y hospitales) por cada 100 000 habitantes. Este dato, si bien es muy general, ofrece una idea de la población cubierta (OMS y Banco Mundial, 2017).

- La otra manera es utilizar los estándares de cobertura definidos para puestos y centros de salud que, en el caso de Guatemala, están contenidos en el *Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social* (Gobierno de Guatemala, 1999), el cual establece en sus artículos 76 y 77, que cada puesto de salud debe atender en promedio 2000 habitantes y cada centro de salud de 10 000 a 20 000 habitantes.

Las gráficas 2, 3 y 4 muestran la tendencia de los servicios disponibles comparados con la población general utilizando la propuesta de OMS de 100 000 habitantes. Basta una mirada para comprender que el aumento observado en el número de servicios en los últimos 47 años mostrado en la gráfica 1, ha sido insuficiente, particularmente

Gráfica 1

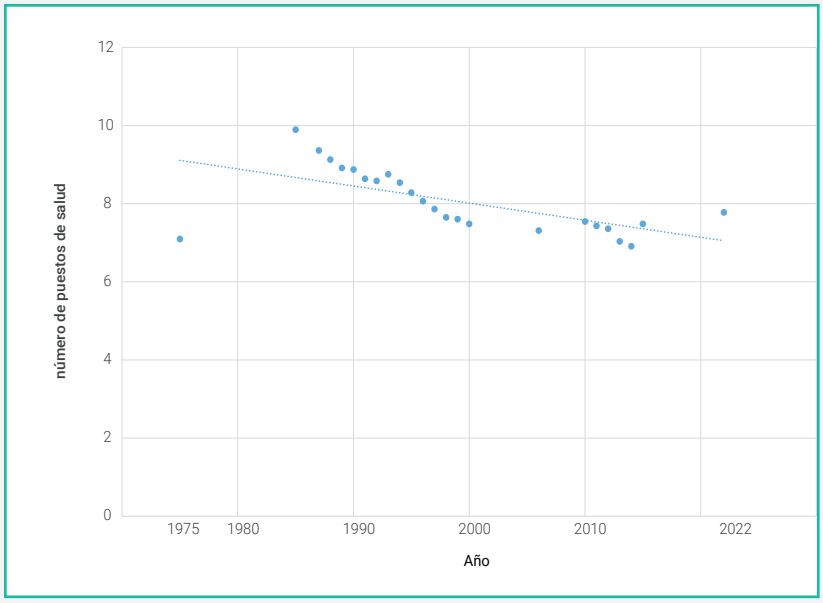
Número de servicios del MSPAS según nivel de atención en Guatemala, periodo 1975-2022



Fuente: elaboración propia con base en datos del MSPAS (s. f.)

Gráfica 2

Puestos de salud por 100 000 habitantes por año en Guatemala, periodo 1975-2022



Fuente: elaboración propia basada en datos del MSPAS (s. f.) y proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística (INE)

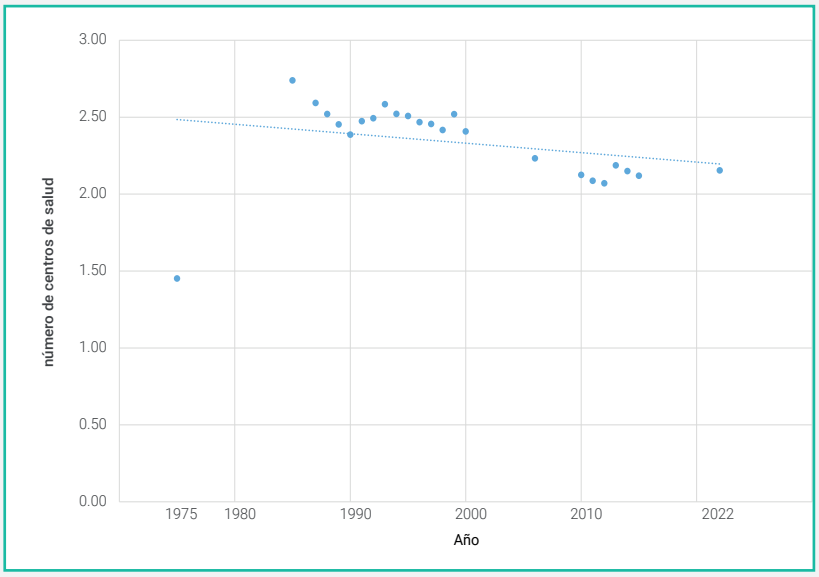
para los puestos de salud y los hospitales. Se puede afirmar entonces, que la cobertura y el acceso han mostrado una tendencia hacia el deterioro en los tres niveles de atención durante el período 1975-2022.

Ahora bien, utilizando los estándares definidos por el MSPAS para puestos y centros de salud, es posible analizar las brechas existentes. En las gráficas 5 y 6 se observa que las brechas de servicios del primero y segundo nivel de atención (puestos y centros de salud respectivamente), no solo es amplia desde el principio del periodo analizado, sino que se incrementa de forma sostenida. Esto es un indicativo de que la cantidad de los servicios disponibles en el MSPAS no es suficiente para lograr una cobertura y acceso universal.

Este dato revela, además, que el estándar definido en 1999 no impactó la planificación de la infraestructura de servicios. A juzgar por las brechas existentes en ese año, lo que requería esfuerzos por duplicar o triplicar el número de los servicios, no fue tomado en cuenta y no se verificaron modificaciones sustantivas para el crecimiento de la infraestructura sanitaria. Por ello, se considera necesario replantear los estándares o definir una nueva metodología para su planificación.

Gráfica 3

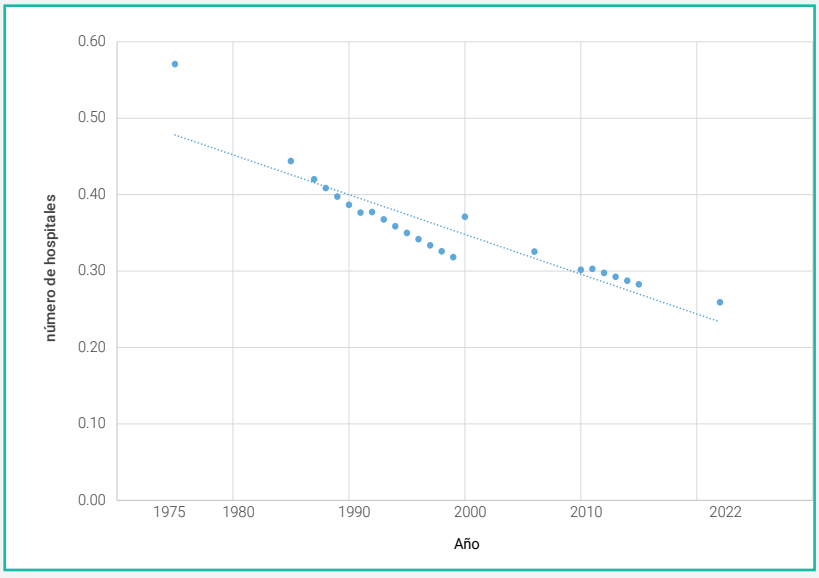
Centros de salud por 100 000 habitantes por año en Guatemala, periodo 1975-2022



Fuente: elaboración propia basada en datos del MSPAS (s. f.) y proyecciones poblacionales del INE

Gráfica 4

Hospitales por 100 000 habitantes por año en Guatemala, periodo 1975-2022



Fuente: elaboración propia basada en datos del MSPAS (s. f.) y proyecciones poblacionales del INE

Para dar una mirada general a otros aspectos de la atención de la salud en el país que proveen un antecendente de la situación previa a la pandemia, se presentan algunos indicadores que fueron medidos por el Banco Mundial en 2020 (Organization for Economic Co-operation and Development [OECD] & The World Bank, 2022).

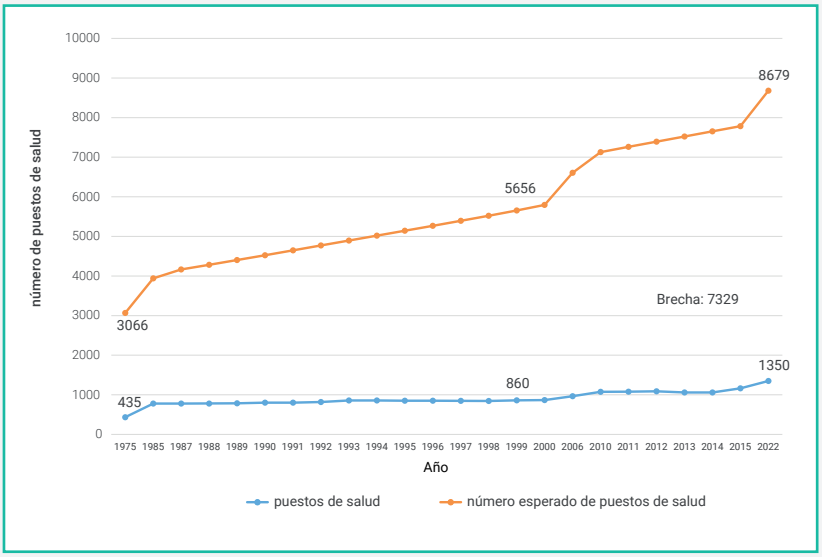
Esta medición busca analizar la situación de salud de los países frente al desafío de la cobertura universal. Utiliza como ámbitos de medición: la situación de salud, los determinantes sociales de salud, la cobertura y servicios, el gasto público, las desigualdades, los recursos y la calidad de la atención.

Para cada ámbito mide una serie de indicadores y las mediciones utilizan una escala de color para reflejar si está arriba (verde), cercano (azul) o debajo de la media latinoamericana (rojo). Para el caso del presente documento, se muestran algunos de los indicadores en los que Guatemala califica por debajo de la media (tabla 1).

Estos datos refuerzan la idea de que el país vive una situación de precariedad en cuanto a la atención de la salud. El sistema no es capaz de proteger a la población infantil, no tiene coberturas efectivas de servicios, no resguarda a la población de los gastos empobrecedores de la enfermedad y genera profundas desigualdades.

Gráfica 5

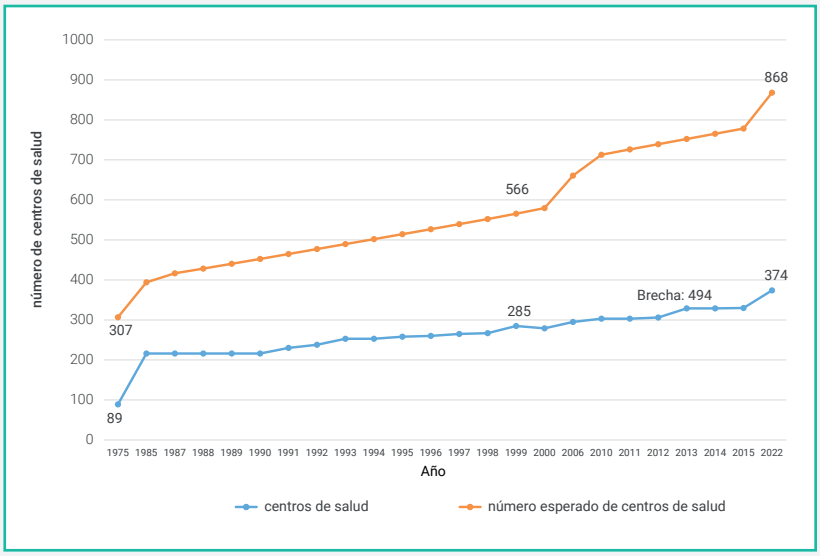
Brechas de puestos de salud por año, según estándar de uno por cada 2000 habitantes, periodo 1975-2022



Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS (s. f.) y Gobierno de Guatemala (1999)

Gráfica 6

Brecha de centros de salud por año, según estándar de uno por 20 000 habitantes, periodo 1975-2022



Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS (s. f.) y Gobierno de Guatemala (1999)

LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El panorama presentado sobre el sistema de servicios de salud de Guatemala ayuda a mostrar las capacidades reales con las que contaba el país antes del advenimiento de la pandemia, por lo que no extraña que la respuesta sanitaria ha sido débil, incompleta y con resultados no deseados.

A finales del 2021, los países de América Latina y el Caribe habían acumulado más de 44 millones de casos de COVID-19 y casi 1.5 millones de muertes. En Guatemala, para el 14 de junio del 2022 se habían acumulado 875 000 casos y 18 324 fallecidos. Estos datos evidencian la debilidad de los sistemas de salud en un contexto social estructural de desigualdad, inequidad, vulnerabilidad y exclusión que no puede ser resuelto por los modelos actuales de protección social y de atención y gestión de la salud (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal] y OPS, 2021).

A raíz de la crisis social, económica y sanitaria generada por la COVID-19, la mayoría de los países de América Latina, incluyendo Guatemala, establecieron, al menos cuatro grandes estrategias para su afrontamiento: **(I)** decretar el confinamiento general de la población (trabajo remoto, cancelación del transporte público, horarios restringidos para circular, entre otros); **(II)** promover las medidas de protección personal (distanciamiento físico, lavado de manos y uso de mascarilla); **(III)** algunas medidas de alivio económico (diferimiento de pagos, ayudas monetarias, entre otras); y **(IV)** el tamizaje de la población con pruebas para detección de COVID-19, la atención de personas contagiadas y, más adelante, la vacunación masiva, bajo el liderazgo de los sistemas públicos de salud (Filgueiras, 2020).

Tabla 1
Indicadores seleccionados que están relacionados con las capacidades de acceso universal de la salud para la población guatemalteca, año 2017

Ámbito	Indicador	Medición
Condiciones de salud	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1000 nacidos vivos	27.6
Determinantes de la salud	Población con acceso a saneamiento básico, en porcentaje	66
Cobertura y servicios	Camas hospitalarias por 1000 habitantes	0.6
	Médicos por cada 1000 habitantes	0.4
	Enfermeros por cada 1000 habitantes	0.1
Protección financiera	Gasto en salud per cápita USD PPA*	470
	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud	54
Desigualdad en salud	Diferencia en las muertes en menores de 5 años por 1000 nacidos vivos entre quintiles de ingresos más altos y más bajos	36
	Diferencia en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos entre quintiles de ingresos más altos y más bajos en porcentaje	29.7
	Diferencia en el porcentaje de partos atendidos por personal calificado entre quintiles de ingresos más altos y más bajos	56.8

Nota. * Dólares americanos en paridad de poder adquisitivo.
Fuente: elaboración propia con datos de OECD & The World Bank (2020)

Análisis de la cobertura de servicios

En el caso de Guatemala, a juzgar por la información presentada en la sección anterior, la respuesta desde el MSPAS se realizó en un contexto de precariedad, en donde las coberturas de servicios no alcanzaban para atender a toda la población.

Un ejemplo es el relacionado con las coberturas alcanzadas de vacunación contra la COVID-19. De acuerdo con el Laboratorio de Datos[1], las coberturas nacionales de vacunación anti COVID-19 para junio de 2022 siguen siendo bastante bajas: 48.3 % de la población total con una dosis, 36.5 % con dos dosis y apenas 16.3 % con refuerzo (Chávez & Slowing, 2022).

Un elemento que sufrió un franco deterioro durante la pandemia, y que constituye un indicador de atención de la infancia, son las coberturas de vacunación alcanzadas. Un ejemplo de ello es la cobertura de vacunación contra la polio, tal como se observa en la gráfica 7.

De acuerdo con el programa nacional de inmunizaciones del MSPAS, la escala para calificar las coberturas y medir el riesgo de epidemias es la siguiente: riesgo epidémico muy bajo (igual o mayor a 95 %), riesgo bajo (90-94 %), riesgo medio (80-89 %) y riesgo alto (menos de 80%) (MSPAS, 2019).

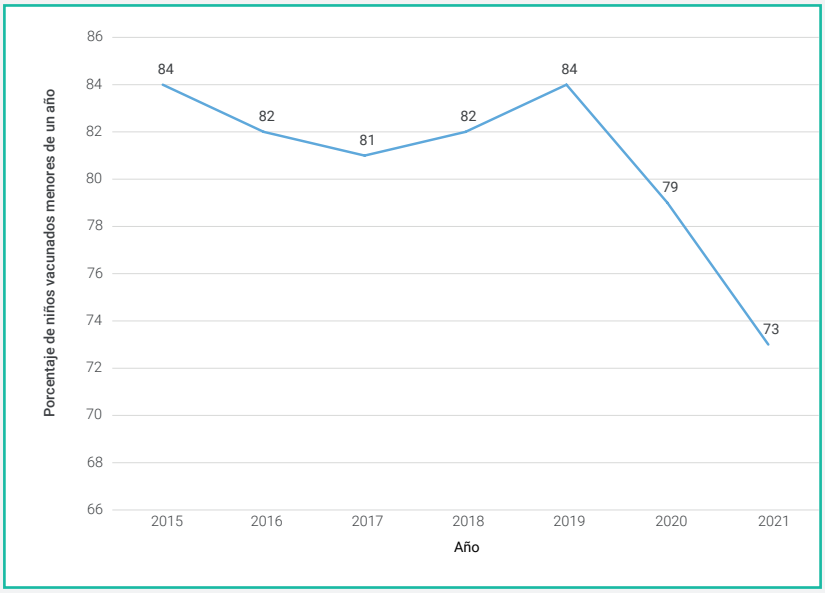
Según esta escala, a partir de 2020 existe alto riesgo de que en Guatemala se desarrolle una epidemia de polio, aun cuando esta enfermedad ya fue declarada como erradicada en el país.

Otra forma de aproximarse a los efectos de la pandemia sobre los procesos de atención es examinar la mortalidad. Según el centro de investigación Laboratorio de Datos, los casos de mortalidad por ECNT en Guatemala aumentaron durante la emergencia de la pandemia. Durante el período de abril 2020 a marzo 2022, las muertes ocurridas respecto a las esperadas se incrementaron en 379 % para obesidad, 99 % para diabetes, 74 % para hipertensión arterial, 45 % para insuficiencia renal crónica y 23 % para cáncer.

Esta sobremortalidad no solo es explicable por el COVID-19 como causa directa, sino que también por la falta de atención médica de los problemas de salud antes citados (Chávez y Slowing, 2022).

Gráfica 7

Coberturas de vacunación contra la polio en Guatemala, 3ª dosis, en porcentajes para menores de un año, periodo 2015-2021



Fuente: elaboración propia con datos obtenidos por medio de la Unidad de Acceso a la Información Pública del MSPAS

[1] Laboratorio de datos es un centro de pensamiento independiente que surgió a raíz de la pandemia por COVID-19, y está conformado por profesionales de distintas disciplinas que realizan propuestas de soluciones basadas en evidencia.

Análisis del gasto público en salud

La compleja situación del sistema de salud guatemalteco -cuya estructura se encuentra fragmentada, que segmenta a la población por su capacidad de pago y no por su condición de ciudadanía, que cuenta con recursos limitados y bajas capacidades y que tiene una demanda de servicios compleja y creciente- enfrenta, a su vez, serios problemas de financiamiento.

De acuerdo con estimaciones de la OMS, el nivel de gasto público necesario para mejorar la situación de salud en los países, se sitúa en 6 % con relación al PIB (Cepal y OPS, 2020). Es a partir de este nivel de gasto, utilizado en infraestructura sanitaria, formación de personal competente, dotación efectiva y oportuna de insumos, tecnología para la gestión e intervenciones sanitarias y recursos de información de calidad, que la situación de salud puede mejorar. Sin embargo, tal y como se observa en la tabla 2, aun cuando el presupuesto del MSPAS ha aumentado sus montos de forma progresiva, su relación con el PIB no ha crecido e históricamente no ha superado el 2 %.

Tabla 2

Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con relación al PIB, periodo 2016-2022, en millones de quetzales y porcentajes

Año	Presupuesto MSPAS (a)	PIB corriente base 2013 (b)	(a)/(b)
2016	6388.8	502 001.7	1.27 %
2017	6897.1	526 507.4	1.31 %
2018	7005.3	550 470.0	1.27 %
2019	8277.6	592 800.0	1.40 %
2020	9963.1	599 235.8	1.66 %
2021	13 245.4	665 051.6	1.99 %
2022	12 743.7	709 829.8	1.80 %

Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Finanzas Públicas [Minfin] (2022) y Superintendencia de Administración Tributaria [SAT] (2022)

La tarea para Guatemala es mayúscula si se considera que el MSPAS es el rector nacional de los esfuerzos por mejorar la situación de salud de la población, lo que implica acciones de regulación, financiamiento, provisión de servicios, vigilancia de la salud y gobernanza en un contexto institucional de carencias.

Esta crónica falta de recursos financieros para la salud en el país, ha contribuido a la precariedad de los servicios, y sus consecuentes efectos en el acceso y cobertura; sin embargo, cuenta con importantes recursos financieros provenientes de los préstamos dedicados a mejorar la situación de salud y recuperar, o más bien, ampliar la infraestructura sanitaria. El problema radica en la forma en que esos recursos son utilizados

Los préstamos constituyen apoyos técnicos y financieros que otorgan los diferentes organismos de cooperación multilateral y bilateral a los países para contribuir a reducir indicadores negativos en determinadas problemáticas como el caso que nos ocupa. Corresponde a las



En el centro de convergencia de salud del caserío La Curva, San Marcos, la auxiliar de enfermería Araceli Rodríguez tiene que ir a traer y dejar las vacunas al centro de salud de Malacatán todos los días por la falta de energía eléctrica. Simone Dalmasso/Plaza Pública

instituciones nacionales, en este caso al MSPAS, ejecutar financiera y físicamente los distintos préstamos que se encuentran desglosados en un conjunto de actividades particulares, que condensan la orientación final.

Esta responsabilidad implica el proceso de diseño y negociación con el organismo respectivo, además de la facilitación de la oficialización del mismo en el Ejecutivo y el Congreso de la República, para que luego las instituciones responsables se hagan cargo de la ejecución física y financiera.

Dentro del marco de la ejecución física y financiera se necesita contar con la capacidad de gestión administrativa y financiera que permita presentar los documentos correspondientes y cumplir con los avances respectivos en cada etapa, para presentarlos al organismo financiero, y así asegurar los desembolsos subsiguientes.

Posterior a la obtención de los recursos financieros respectivos, se abre una nueva responsabilidad que implica la ejecución física de la obra, o bien la adquisición correspondiente de todos aquellos materiales, insumos o equipo necesarios para concluir la obra física, el proceso respectivo o la dotación de servicios o bienes materiales.

Sin embargo, el papel más trascendental que juega la institucionalidad pública es que las obras, servicios o materiales que se integran en el diseño de la obra se complementen efectivamente para que inicie la prestación del servicio, en este caso, de la red pública asistencial de la salud.

La salud es un derecho y un bien público fundamental que guarda estrecha relación con el bienestar de las personas y la vida misma de los usuarios de los servicios. Este derecho humano imprescindible se ve comprometido con una ejecución parcial o débil, tanto física como financieramente, y representa un enorme costo de oportunidad para la población usuaria de los servicios de salud. Analizar los préstamos vigentes destinados a mejorar la salud permite concluir sobre la salud y las capacidades institucionales de gestión.

Guatemala tiene un serio y añejo problema en materia de ejecución física y financiera de préstamos otorgados por organismos internacionales y, en el caso de la salud, no es la excepción. En este documento se analizan cuatro préstamos suscritos para la mejora de la salud durante el periodo 2014-2022, que se encuentran vigentes para el año 2022 (tabla 3). En las columnas de vigente y devengado se muestran los montos integrados, y en la de ejecución se incluyen los porcentajes logrados respecto a los recursos disponibles.

Como se puede observar, la ejecución en promedio para el período analizado y para todos los préstamos alcanza el 47.98 %, siendo relevante el hecho de que existen préstamos que aún

Tabla 3
Préstamos en materia de salud, en millones de quetzales y porcentajes

Año	Saldo vigente (millones de GTQ)	Saldo devengado (millones de GTQ)	Ejecución %	Sin ejecutar (millones de GTQ)
2014	177.94	157.83	88.70 %	20.11
2015	260.92	99.2	38.02 %	161.72
2016	88.39	47.15	53.34 %	41.24
2017	173.04	94.1	54.38 %	78.94
2018	266.3	128.08	48.10 %	138.22
2019	76.23	36.37	47.71 %	39.86
2020	1383.75	1006.74	72.75 %	377.01
2021	135.54	30.92	22.81 %	104.62
2022	460.31	27.56	5.99 %	432.75
Total	3022.42	1627.95		1394.47
Promedio			47.98 %	278.89

Fuente: elaboración propia con datos del portal de préstamos externos del Minfin (2022)

se encuentran vigentes desde el año 2014 (ocho años hasta la fecha) y que no se han terminado de ejecutar.

En la serie presentada destaca la baja ejecución en 2021. Si se hace la suma de los montos sin ejecutar –que se incluyen en la última columna de la tabla 3–, se observa que contabilizan un total de GTQ 1.4 millardos y que en la serie de años se han dejado de ejecutar GTQ 278.9 millones en promedio.

En la tabla 4 se analizan cuatro préstamos recientes, en cuyo contenido se declara que fueron suscritos para la mejora de las condiciones de salud mediante la provisión de insumos, equipamiento e infraestructura sanitaria.

Tabla 4
Préstamos vigentes MSPAS, en millones de dólares

Préstamos al año 2022	Vigente	Devengado	Ejecución %	Pendiente de ejecutar
Programa de Inversión en Infraestructura y Equipamiento Hospitalario	40.0	1.0	0.0	39.0
Programa de Fortalecimiento de la Red Institucional de Servicios de Salud (PRORISS)	103.0	3.0	0.0	100.0
Crecer Sano: Proyecto de Nutrición y Salud en Guatemala	314.0	23.0	0.1	291.0
Apoyo a Proyectos de Inversión en Infraestructura Social y Productiva de la República de Guatemala	4.0	0.0	0.0	4.0
Total	461.0	27.0		434.0
Promedio	115.3	6.8	0.0	108.5

Fuente: elaboración propia con datos del portal de préstamos externos del Minfin (2022)

Llama la atención que, de acuerdo con los datos de la tabla anterior, la ejecución de los préstamos aún no ha iniciado, a pesar de la urgencia de contar con la infraestructura, insumos y equipamiento para ampliar la provisión de servicios.

Esta falta de ejecución conspira con otro elemento, pues el país ya está pagando los préstamos, lo cual reduce la eficiencia y efectividad de lo que se esperaría hacer con los recursos adquiridos por deuda. En la tabla 5 se muestran los montos.

No obstante la necesidad de ampliar y mejorar la infraestructura sanitaria, los niveles de eficiencia en la utilización y gestión de los recursos financieros adquiridos por deuda son precarios.

Tabla 5
Intereses pagados por préstamos

Préstamo	USD	GTQ
Programa de Inversión en Infraestructura y Equipamiento Hospitalario	37 707.40	291 585.14
Programa de Fortalecimiento de la Red Institucional de Servicios de Salud (PRORISS)	32 014.28	246 883.66
Crecer Sano: Proyecto de Nutrición y Salud en Guatemala	152 246.25	1 172 230.84
Apoyo a Proyectos de Inversión en Infraestructura Social y Productiva de la República de Guatemala	51 301 002.22	390 268 789.07
Total	51 522 970.15	391 979 488.71

Fuente: elaboración propia con el portal de préstamos del Minfin (2022)

SÍNTESIS DE HALLAZGOS

1. La mayoría de la población guatemalteca es vulnerable ante la falta de acceso universal a la salud. Esta vulnerabilidad es sistémica y estructural y, desde antes de la llegada de la pandemia, ha ocasionado mayores probabilidades de muerte, enfermedad o discapacidad a las personas.

2. El sistema de salud guatemalteco no cuenta con infraestructura, ni con capacidades humanas, financieras o de planificación y gestión para proveer servicios de salud que logren garantizar el derecho humano a la salud integral para toda la población.

3. La crisis desencadenada por la pandemia COVID-19 profundizó los problemas estructurales del sistema nacional de salud y agravó las desigualdades en cuanto al acceso y cobertura de servicios, dejando aún más vulnerable a la mayor parte de la población.

4. Esta crisis también evidenció el valor de los bienes públicos sobre los privados, a los que acceden solamente aquellos que los pueden pagar por tener "demanda solvente", que no representan a la mayoría de la población guatemalteca.

5. La respuesta del MSPAS a los efectos de la pandemia COVID-19 resultó en la escasa o ausente atención de otros problemas de salud, como la baja cobertura de la vacunación infantil o el aumento de la mortalidad y morbilidad evitable de las enfermedades crónicas no transmisibles.

6. Las condiciones actuales del sistema de salud guatemalteco no permiten dar una respuesta adecuada a las necesidades en materia de salud de la población. Sus características de segmentación y fragmentación provienen de profundas desigualdades sociales y no hacen más que reproducirlas. La forma en la que están organizados los servicios públicos de salud y desplegados en el territorio nacional resultan insuficientes e ineficientes para proveer cuidados integrales y lograr los objetivos de mejora de la situación de salud de toda la población. Esta situación recarga a los hogares guatemaltecos -de por sí vulnerables económicamente-, con gastos asociados a la salud, quedando desprotegidos financieramente ante estos costos empobrecedores.



Pedro Pablo Samayoa, 21, practicante de medicina de la USAC, atiende a una paciente durante la noche en el sector de inhaloterapia de la división de emergencia de adultos. Abril 2016. Simone Dalmasso/Plaza Pública

RECOMENDACIONES

1. Desarrollar un plan nacional de salud con metas sanitarias claras, que transciendan las metas tradicionales vinculadas a la reducción de enfermedades. Un plan que incluya lineamientos innovadores y transformadores de los modelos de atención, gestión y financiamiento; que considere el despliegue territorial de servicios atendiendo las necesidades diferenciadas de la población, que visibilice las prácticas de salud ancestrales y que considere las variables sociales, políticas, culturales, ambientales y ecológicas de la salud. Este plan debe apoyar los procesos de gobernanza de la salud en el país en favor de toda la población.

2. Revisar y transformar los recursos humanos vinculados a los procesos de atención de la salud en Guatemala. Se requieren cambios en el número, competencias y ubicación territorial de los equipos de salud y su integración intersectorial. Son necesarios nuevos enfoques de formación profesional del personal de salud, adoptando un énfasis mayor en la atención primaria.

3. Reorganizar e integrar la red asistencial pública de salud, de tal manera que se logre el trabajo coordinado entre niveles de atención y la atención continua de los padecimientos, desarrollando una relación longitudinal de los servicios con la población. Se requiere el enfoque de redes integradas de servicios para proveer servicios de promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad, servicios de rehabilitación y de cuidados paliativos y compasivos.

4. Mejorar y ampliar la infraestructura asistencial, lo que implica más elementos que la sola construcción de edificios. Se requiere ampliar y modernizar la infraestructura de los sistemas de información y comunicación, de transporte de pacientes en todo el territorio nacional, de logística relacionada con laboratorios, cadenas de frío, ambulancias, bancos de sangre, entre otros.

5. Incrementar y reorientar el financiamiento público de la salud hacia el gasto en atención primaria. Es deseable aumentar el presupuesto del MSPAS desde el 2 % como porcentaje del PIB, hasta llegar al menos al 6 %.

6. Reactivar urgentemente los recursos financieros provenientes de préstamos mediante un plan que logre integrar y poner en marcha las acciones para cumplir con los objetivos de, al menos, los cuatro analizados en el presente boletín.

7. Definir nuevas metodologías para la construcción y ubicación de los servicios de salud en el país y la evaluación permanente de los modelos de atención y gestión, dado que los criterios actuales para la planificación de la infraestructura y servicios de salud son del todo obsoletos.

8. Profundizar los procesos de calidad en el gasto de salud y de rendición de cuentas a la ciudadanía.

9. Promover investigaciones que amplíen y revelen la comprensión de las profundas relaciones que guardan las variables ambientales con la salud de la población. Esto debe ser incorporado en los planes y proyectos de salud.

REFERENCIAS

Asturias, E. (1989). *Desarrollo histórico de la práctica y el saber médico en Guatemala* [Tesis de graduación]. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.

Chávez, O. y Slowing, K. (2022). *Trabajo diagnóstico: distribución desigual de vacunas y tratamientos del COVID-19 en poblaciones vulnerables.* Laboratorio de Datos GT.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Informe COVID-19. La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social.*

Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe* (Informe COVID-19). https://www.cepal.org/es/publicaciones/45840-salud-economia-convergencia-necesaria-enfrentar-covid-19-retomar-la-senda

Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud. (2021). *La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social* (Informe COVID-19). https://repositorio.cepal.org/handle/11362/47301

Congreso de la República de Guatemala. (1945). *Constitución Política de la República.* https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2210/24.pdf

Congreso de la República de Guatemala. (1946). *Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Decreto No. 295.* https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6727.pdf

Estrada, G. (2008). Síntesis, El sistema de salud en Guatemala ¿hacia dónde vamos? En: *Informe de Desarrollo Humano* (Serie salud). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. http://desarrollohumano.org.gt/wp-content/uploads/2016/04/SS_09.pdf

Filgueira, F. (2020). *América Latina ante la crisis del COVID-19: vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social* (Serie Políticas Sociales N° 238 LC/TS.2020/149). Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Gobierno de Guatemala. (1999). *Acuerdo Gubernativo No. 115-99, Reglamento Orgánico interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.* https://hospitalsaludmental.mspas.gob.gt/descargas/2016/marconormativo/ReglamentoInternoMSPAS.pdf

Ministerio de Finanzas Públicas. (s. f.). *Portal de préstamos externos.* Recuperado el 30 de junio de 2022, https://prestamosexternos.minfin.gob.gt/busqueda-de-prestamos

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (s. f.). *Indicadores de salud* [base de datos en Excel].

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2019). *Lineamientos técnicos de vacunación para la red de establecimientos de salud.* Programa Nacional de Inmunizaciones.

Naciones Unidas. (s. f.). *Objetivos de desarrollo sostenible.* https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. *Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo global 2017.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310924/9789243513553-spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2020). *Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas.* https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCOVID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Organization for Economic Co-operation and Development & The World Bank. (2022). *Health at a glance: Latin American and the Caribbean 2020.* OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/740f9640-es

Superintendencia de Administración Tributaria. (2022). *Estadísticas tributarias.* Recuperado el 30 de junio de 2022. https://portal.sat.gob.gt/portal/estadisticas-tributarias-sat/

Verdugo, J. (2010). *Historia reciente de la política y reforma de Salud en Guatemala.* https://kipdf.com/historia-reciente-de-la-politica-y-reforma-de-salud-en-guatemala-juan-carlos-ver_5aff6e298ead0ee26d8b4580.html

World Health Organization. (March 2, 2022). *Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief.* https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

Edición y diagramación: Cecilia Cleaves - Fotografía de portada: Silvia Castañeda - Fotografías de interiores: Simone Dalmasso/Plaza Pública - Figuras: William González

CONTACTO

Vicerrectoría de Investigación y Proyección
Universidad Rafael Landívar
Campus Central, San Francisco de Borja, S. J., Ciudad de Guatemala, Vista Hermosa III, zona 16
Apartado postal 39-C, Edificio O, oficina 101, 01016

Instituto de Investigación en Ciencias Naturales y Tecnología (Iarna)
Departamento de Ciencias de la Salud

PBX: (502) 2426 2626, ext. 3099