



10 Versión Preliminar

Cuentas Nacionales de Salud:
Guatemala

Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala

Septiembre de 1998

La Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (LAC RSS) brinda apoyo a los procesos de reforma nacional con el fin de promover servicios básicos de salud más eficaces. Utiliza un método participativo, ya que trabaja en colaboración con autoridades claves de la región para crear capacidad que permita evaluar los problemas del sector de la salud y diseñar, ejecutar y seguir la marcha de las reformas.

La Iniciativa cuenta con el respaldo de recursos sustanciales provenientes de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Iniciativa ejecuta la Organización Panamericana de la Salud y los siguientes proyectos financiados por la USAID: Partnerships for Health Reform (PHR), Family Planning Management Development (FPMD) y Data for Decision Making (DDM). Para obtener más información sobre la Iniciativa, por favor refiérase a la página electrónica de la Iniciativa LAC RSS: <http://www.americas.health-sector-reform.org>.

Partnerships for Health Reform es una iniciativa quinquenal financiada por la USAID que crea capacidad en la formulación y puesta en práctica de políticas, economía y finanzas de la salud, y organización y gestión de los sistemas de salud. Opera desde Abt Associates Inc. en Bethesda, Maryland, e incluye a University Research Corporation, la Facultad de Salud Pública de Harvard, Development Associates, Inc. y el Centro de Asuntos Internacionales de la Universidad de Howard.

Le agradece a PHR apoyar la Iniciativa LAC RSS en ofrecer distribuir productos técnicos desarrollados por PHR y hacerlos disponibles a equipos de reforma del sector salud en la región de Latinoamérica y el Caribe.

Nancy Pielemeier
Directora del Proyecto

Colaboradores

DIRECTORIO

Ing. Marco Tulio Sosa Ramírez

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Lic. Alfredo Privado Medrano

Director de Planificación Sectorial de Salud

Lic. Tito Rivera Albanés

Subdirector De Planificación Sectorial De Salud

Coordinador del Estudio de Cuentas Nacionales de Salud

Lic. Cristina Ramírez Arias

Subdirectora Unidad Financiera del Ministerio de Salud

EQUIPO TECNICO DEL ESTUDIO

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Ricardo Valladares Cardona

Consultor en Investigación y Proyectos

Conducción técnica del estudio

DEPARTAMENTO DE PROYECTOS:

Lic. José Arturo Gutiérrez

Lic. Rafael Esquivel

Lic. Julio César Díaz

Dra. Virginia Umaña

Dra. Liliana España

DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO:

Lic. Edgar Hernández

Srita. Evelyn Cardona

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

Dr. Edgar Hidalgo

Coordinador de la Encuesta Nacional de Gastos en Salud 1997

Sr. Edgar Sajquín

Experto en Bases de Datos

GSD CONSULTORES ASOCIADOS

FIRMA DE CONSULTORÍA RESPONSABLE DEL ESTUDIO EN ONG

Dr. Edgar Barillas

Coordinador Estudio Financiamiento y Gasto en ONG

Lic. Ariel Batres
Consultor Económico

EQUIPO DE ASISTENCIA TECNICA INTERNACIONAL

PARTNERSHIP FOR HEALTH REFORM

Dr. Peter Berman
Asesor Técnico Principal del Proyecto

HARVARD COLLEGE

Dr. Jorge Muñoz
Asesor Técnico a los Equipos Nacionales

**FUNDACION MEXICANA DE LA SALUD
FUNDACIÓN RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA TÉCNICA A GUATEMALA**

Dra. Beatriz Zurita
Directora de Análisis de Políticas

Dra. Patricia Hernández
Consultora en Financiamiento de la Salud

Lic. Oscar Méndez Carniado
Experto en Estadística y Bases de Datos

Índice

Resumen	xi
1. Introducción.....	1
2. El Sector Salud	3
2.1 Situación de Salud	3
2.2 Estructura del Sector Salud	3
2.2.1 Marco Jurídico de la Salud	3
2.2.2 Sector Público de Salud.....	3
2.2.3 Sector Privado Lucrativo	6
2.2.4 Organizaciones No Gubernamentales.....	7
2.2.5 Otros Prestadores de Servicios	7
2.3 Principales Desafíos de Reforma del Sector Salud	8
2.4 Sistema de Financiamiento del Sector Salud.....	10
3. Las Cuentas Nacionales de Salud	13
3.1 El Flujo de Fuentes a Agentes	13
3.2 El flujo de Agentes a Proveedores.....	16
3.3 El flujo de Agentes a Funciones	18
3.4 El flujo de Agentes a Elementos de Gasto	20
4. Análisis y Usos de los Resultados	23
4.1 Análisis de los Flujos de Financiamiento y Gasto en Salud.....	23
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	35
5.1 Conclusiones	35
5.2 Recomendaciones	35
Anexo 1: Metodológico.....	37
Anexo 2: Reseña Metodológica.....	43
Bibliografía.....	49
Publicaciones de la Iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe.....	51

Cuadros

Cuadro 1. Guatemala, 1997. Características Básicas de los Fondos Sociales.	5
Cuadro 2. Guatemala, 1997. Establecimientos Particulares de Salud por Departamento.....	6
Cuadro 3. Guatemala, 1997. Cobertura por Regiones y Departamentos de las ONG con Programas de Medicina Preventiva y Curativa. Cifras absolutas.....	8
Cuadro 4. Caracterización de los Flujos de Fuentes a Agentes	11
Cuadro 5. Gasto Nacional en Salud por Año y en relación al PBI (miles de quetzales de cada año).....	13
Cuadro 6. Peso Porcentual de las Fuentes en el Financiamiento de la Salud Guatemala, 1995-1997	13
Cuadro 7. Participación Porcentual de los Agentes en el Gasto Nacional de Salud Guatemala, 1995-1997.....	14
Cuadro 8A. Matriz de Fuentes a Agentes. Guatemala, 1995 (cifras en quetzales)	14
Cuadro 8B. Matriz de Fuentes a Agentes. Guatemala, 1996. (cifras en quetzales)	15
Cuadro 8C. Matriz de Fuentes a Agentes. Guatemala, 1997. (cifras en quetzales)	15
Cuadro 9. Peso porcentual de los proveedores en el gasto total de salud. Guatemala, 1995–1997	16
Cuadro 10A. Matriz de Agentes a Proveedores. Guatemala, 1995 (cifras en quetzales).....	17
Cuadro 10B. Matriz de Agentes a Proveedores. Guatemala, 1996 (cifras en quetzales)	17
Cuadro 10C. Matriz de Agentes a Proveedores. Guatemala, 1997 (cifras en quetzales)	18
Cuadro 11. Estructura del Gasto en Salud por Funciones. Guatemala, 1995-1997	19
Cuadro 12A. Flujo de Agentes a Funciones. Guatemala, 1995	19
Cuadro 12B. Flujo de Agentes a Funciones. Guatemala, 1996	20
Cuadro 12C. Flujo de Agentes a Funciones. Guatemala, 1997	20
Cuadro 13A. Flujo de Agentes a Elementos de Gasto. Guatemala, 1995.....	21
Cuadro 13B. Flujo de Agentes a Elementos de Gasto. Guatemala, 1996.....	21
Cuadro 13C. Flujo de Agentes a Elementos de Gasto. Guatemala, 1997.....	21

Gráficos

Gráfico 1. Objetivos de la Reforma del Sector Salud.....	9
Gráfico 2. Flujos de Financiamiento en el Sector Salud.....	10
Gráfico 3. Participación Porcentual de Fuentes 1995-1997.....	24

Gráfico 4. Evolución de las Transferencias del MSPAS a Proveedores No Gubernamentales. 1995-1997	24
Gráfico 5. Financiamiento del IGSS por Fuente. 1995-1997.	25
Gráfico 6. Peso Porcentual de los Agentes Financieros dentro del Gasto Nacional de Salud 1995-1997	26
Gráfico 7. Gasto en Salud como Porcentaje del Gasto Total del Hogar, por Departamentos. 1997.....	27
Gráfico 8. Gasto en Salud de los Hogares como Porcentaje del Gasto Total (GTH) y del Gasto Corriente (GCH), por Departamentos. 1997.	28
Gráfico 9. Gasto en Atención Hospitalaria como Porcentaje del Gasto Total del Agente: MSPAS e IGSS, 1995-1997	29
Gráfico 10. Composición del Gasto de Hogares por Funciones. 1997.	30
Gráfico 11. Gasto en Atención Preventiva como Porcentaje del Gasto Total del Agente. 1995-97.....	30
Gráfico 12. Gasto Administrativo como Porcentaje del Gasto Total del Agente. 1995-1997.....	31
Gráfico 13. Índice de variación en el gasto en Servicios Personales en el MSPAS e IGSS, 1995-1997.....	32
Gráfico 14. Gasto en Servicios Personales en MSPAS e IGSS como porcentaje del gasto total, 1995-1997.....	32
Gráfico 15. Peso porcentual de los Elementos de Gasto dentro del Gasto Nacional de Salud, 1995-1997.....	32
Gráfico 16. Peso Porcentual de los Agentes dentro del Gasto en Medicamentos. 1997.....	33

Resumen

La reforma del sector salud persigue, entre otros objetivos, construir un sistema de salud más equitativo, eficaz y eficiente. Desde una perspectiva diagnóstica, cabría entonces hacer varias preguntas, relacionadas con el financiamiento y el gasto en salud. ¿Cuánto invierte la sociedad guatemalteca en servicios de salud? ¿En qué proporciones contribuyen al financiamiento de la salud los hogares, las empresas, el gobierno y la cooperación externa? ¿Cuál es la importancia relativa de los agentes de intermediación financiera, que captan los recursos de las fuentes y los asignan a proveedores, a programas y a elementos de gasto? ¿En qué tipos de servicio se está invirtiendo?

La Iniciativa Regional de Cuentas Nacionales de Salud, impulsada por USAID, OPS/OMS y la Universidad de Harvard, estimuló a un conjunto de países, entre ellos Guatemala, a realizar el intento de dar respuesta a dichas preguntas y utilizar ese conocimiento para alimentar las visiones de futuro, las directrices de implementación y los procesos decisorios en el marco de las reformas al sector salud.

Los resultados de esta primera caracterización de los flujos de financiamiento y gasto en salud, a pesar de las limitaciones de información encontradas, ofrecen hallazgos interesantes. En los años 1995-1997 el gasto nacional de salud representó cerca del 2.2% del Producto Interno Bruto; por habitante, el gasto representó entre US\$35.00 y US\$ 36.00. La mayor parte del financiamiento de la salud provino del gasto de los hogares, en pagos directos o indirectos que, en suma, alcanzaron la cifra de US\$ 136.1 millones, en 1995 y se elevaron a US\$ 168.1 millones en las cifras estimativas de 1997; en promedio, esto significó para los hogares el financiamiento del 43% de los gastos en salud.

Esta cifra es sorprendentemente elevada, si se compara con el aporte gubernamental: en el período, su aporte por habitante/año fue de US\$11; aportó el 32% del gasto en 1995 y su participación adquirió una tendencia descendente en el período hasta situarse en el 27% para 1997. Aunque existe subregistro en la participación de las empresas como fuente del gasto en salud, las cifras basadas en la aportación de los patronos al seguro social arrojan un intervalo entre 19% y 22% del gasto en salud, con tendencia creciente. El hallazgo parece coincidir con la expansión del empleo formal en el intervalo trienal. Finalmente, debe indicarse que los recursos de cooperación externa financiaron entre el 5% y el 7% de los gastos en salud, en su definición estricta; pero en el plazo la mayor aportación externa agenciada por el sistema de salud se dirigió hacia las inversiones en agua y saneamiento.

El financiamiento de la salud fluye en proporción similar entre agentes gubernamentales y no gubernamentales. Los agentes gubernamentales están compuestos por el Ministerio de Salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social–IGSS–, los Fondos Sociales (asignadores de recursos a proyectos de combate a la pobreza) y otros ministerios como: Gobernación, Defensa Nacional y Comunicaciones, Transporte y Obras Públicas. De estos, el principal agente fue el Instituto de Seguridad Social, que captó el 30% del financiamiento canalizado a través de entes públicos; le sigue próximo el Ministerio de Salud, con alrededor del 28%. La gran diferencia entre ambas entidades reside en el gasto por usuario: US\$65 a US\$73 en el IGSS y US\$ 37 a US\$ 39 en el MSPAS.

Los agentes no gubernamentales fueron clasificados en tres grupos muy diferentes entre sí: los seguros privados de salud, que pese a su dinamismo aún no logran captar más del 4.1% de los recursos; las organizaciones no gubernamentales y fundaciones privadas exclusivamente orientadas a salud, con el 4.2% de los fondos; y finalmente, el denominado “fondo de los hogares”, que

comprende los recursos asignados por las familias para el pago directo a proveedores de bienes y servicios de salud. El fondo de los hogares es el más amplio de todos, y agenció hasta el 32% de los fondos, como fue el caso durante 1996. Los hogares no solamente son la principal fuente financiera de las instituciones públicas sino además efectúan pagos directos a proveedores gubernamentales y no gubernamentales, en proporción más elevada que otros agentes.

Los datos demuestran que existe diversidad de agentes intermediarios del financiamiento en salud en Guatemala, con traslape y duplicidad en fuentes de financiamiento, programas o funciones y proveedores; esta dispersión de fondos introduce amplias posibilidades de inequidad e ineficiencia en la asignación de recursos, en un país donde solamente el 54% de la población tiene acceso a servicios formales de salud.

Los agentes financieros del sector asignan fondos a proveedores de servicios públicos en un 59%, aproximadamente. El prestador público que ejecuta más fondos es el Instituto de Seguridad Social (de 27% a 30%), seguido por el Ministerio de Salud (de 31% a 28%). Las farmacias particulares captan el 10% del gasto. Otros proveedores privados lucrativos captan alrededor del 24% de los gastos en salud.

La tendencia a que el Ministerio de Salud tenga menos participación en la provisión directa de servicios tendría sentido en el proceso de reforma en curso, cuya estrategia de extensión de cobertura se fundamenta en la participación de otros proveedores; por otra parte, la visión actual del Ministerio enfatiza en su papel rector y eventualmente, debería fortalecer su función de agente financiero para la provisión de atenciones a la salud, en la búsqueda de ordenamiento para los flujos financieros del sector.

El gasto en programas de salud (o funciones) representó diversos problemas de recolección y estimación, debido a que los registros no están organizados para discriminar los diferentes tipos de servicio, en particular los servicios de atención personal preventiva. No obstante, estos resultados preliminares indican que la mayor parte de los recursos se destina a la atención hospitalaria y ambulatoria. El componente de agua y saneamiento constituye un eje básico de la estrategia de salud preventiva en el país, sin embargo, para fines de comparabilidad internacional de los datos, las cuantiosas inversiones en el componente no se incluyen en el presente análisis.

El principal elemento de gasto, desde la perspectiva de los agentes del sistema, fueron los servicios personales o remuneraciones al personal, que consumieron el 29% de los recursos. El gasto en medicamentos representó el 20% del gasto de los agentes y se destinó alrededor del 5% para el equipo y material médico. La contratación de servicios médicos a terceros, dentro del gasto de los agentes, ocupó en promedio el 25% del gasto en salud. Esto significa que, dentro de la ya mencionada multiplicidad de agentes, el 75% de los recursos se gasta en provisión de servicios que ellos mismos realizan, en un rol de proveedores más que de agentes.

Los resultados de esta primera exploración plantean desafíos importantes en el proceso de reforma del sector salud. Parece necesario que, para elevar la equidad en la prestación de servicios y la eficiencia en la asignación del gasto, se simplifique el flujo de financiamiento, se reduzca la dispersión de agentes intermediarios (que también operan como proveedores) y se logre mayor acercamiento entre la aportación a la salud y la percepción de los beneficios. Por otra parte, es tarea inmediata del Estado generar un marco regulatorio y un esquema de acreditación de proveedores que, por medio de información oportuna, facilite el acceso de la población a los proveedores de servicios por medio de un papel de rectoría fortalecido del Ministerio. Esta institución, junto al Instituto de Seguridad Social, deben ampliar su participación como agentes financieros del sistema de salud. El acceso universal a un conjunto básico de bienes asegurables de salud, y el cabal cumplimiento de las

obligaciones estatales en materia de salud pública imponen cambios radicales en el flujo de financiamiento y gasto en salud.

1. Introducción

La República de Guatemala tiene una extensión de 108,900 Km² que, para fines político - administrativos, se divide en 8 Regiones, 22 Departamentos y 330 Municipios. En la actualidad, la población del país alcanza los 10.9 millones de habitantes y exhibe una tasa de crecimiento del 2.92%. El 38.5 % de la población se asienta en áreas urbanas y el 61.5 % en el área rural. El 40.6 % de la población total del país es indígena.

La situación socioeconómica es bastante precaria, ya que el 75.5% de la población vive en estado de pobreza, y la proporción se eleva para la población rural e indígena. En la actualidad, la depauperación se presenta como consecuencia de la concentración excesiva de los beneficios del crecimiento, pues entre 1990 y 1996, el PBI real tuvo un incremento acumulado del 27.5%.

Además de las condiciones de pobreza, el aislamiento geográfico, las deficiencias en la dotación de agua y saneamiento básico, la baja cobertura educativa y la escasa proyección de la red de servicios se reflejan en un perfil sociosanitario de elevada precariedad.

Con el surgimiento de las iniciativas para lograr una mayor eficiencia de los sistemas de servicios de salud, a impulsos del recorte de recursos disponibles para el sector y la escalada de costos de la atención, se ha colocado en la agenda de discusión el doble tópico de la orientación del gasto y la diversificación del financiamiento para la salud.

En muchos países se ha experimentado con procesos de reforma que abren cursos inéditos de financiamiento y establecen formas estrechas de vigilancia sobre la utilización de los recursos del sector. Los centros de definición de políticas demandan con mayor insistencia criterios y datos que permitan seleccionar los cursos de acción más apropiados en este campo.

Adicionalmente, las nociones de descentralización, participación social y gobierno local encuentran un punto de confluencia muy concreto en la prestación de servicios de salud. Más que actores emergentes que simplemente se suman al sistema preexistente, los grupos de base y las organizaciones no gubernamentales están reconfigurando tanto el modelo de atención como los circuitos de financiamiento para la salud.

El estudio de las cuentas nacionales de financiamiento y gasto de salud abre una oportunidad altamente valorada para documentar el proceso de reforma por el que atraviesa el sector, y para alimentar el flujo de decisiones que habrán de darle orientación y persistencia a tal proceso de cambio. Es por ello que la Unidad Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se ha sumado a la iniciativa regional de estudio de las cuentas nacionales.

Los objetivos trazados para el presente estudio, en el marco de la iniciativa para las Cuentas en Salud en Latinoamérica, fueron los siguientes:

- > Determinar las fuentes de financiamiento del Sector Salud;
- > Determinar los agentes intermediarios del sector salud;
- > Determinar la distribución de esos fondos entre los proveedores y sus usuarios;

- > Cuantificar los recursos y su proporción con respecto al Producto Interno y otras variables e indicadores macroeconómicos;
- > Propiciar el uso de los datos por parte de los tomadores de decisiones en la política de salud
- > Con el presente informe se busca documentar el grado de alcance de tales objetivos.

2. El Sector Salud

2.1 Situación de Salud

En Guatemala, de cada mil niños que nacen, 54 mueren antes de cumplir un año de edad, y 14 fallecen antes de los 28 días. La mortalidad infantil en la población indígena es más de dos veces superior a la que presenta la población no indígena del área metropolitana. Aproximadamente el 70% de las muertes son causadas por la diarrea, infecciones respiratorias agudas y desnutrición.

La prevalencia de desnutrición en los niños menores de 5 años es de 57.2%, según la Encuesta Materno Infantil de 1995, y la desnutrición figura como la tercera causa más importante de mortalidad general (más del 5%). Seis de cada 10 mujeres lactantes sufren de anemia nutricional. La mortalidad materna es de 248 por 100,000 nacidos vivos. Las causas principales son hemorragia e infección. Las condiciones son mucho peores en las regiones más pobres del país (norte y noroccidental) y entre la población indígena y femenina.

Debe señalarse que varios de los problemas de salud son derivados de los bajos niveles de saneamiento ambiental y las deficiencias en la educación en salud de la población. Guatemala ofrece condiciones topográficas favorables para la transmisión de enfermedades por vectores, condiciones que se ven magnificadas por la falta de saneamiento y la existencia de la multiplicidad de depósitos de agua estancada. La malaria se encuentra presente en el 74% de la extensión territorial del país y, junto con el Dengue, la enfermedad de Chagas, la cisticercosis y la oncocercosis, constituyen causas importantes de morbilidad de la población guatemalteca.

2.2 Estructura del Sector Salud

2.2.1 Marco Jurídico de la Salud

El marco legal que orienta las acciones del sector salud comprende tres leyes principales: la Constitución Política de la República, en sus artículos 1,2,3 y del 93 al 100; la Ley del Organismo Ejecutivo en lo correspondiente al capítulo del MSPAS y el Código de Salud, aprobado a principios de octubre de 1997.

2.2.2 Sector Público de Salud

En la esfera pública de la acción en salud participa, en primer término y con calidad de rectoría en el sector, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Le sigue en importancia el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Las municipalidades participan en el sector salud en razón de que algunas de ellas tienen dispensarios y farmacias para la atención de población abierta en su jurisdicción. Además, existe una red de servicios dedicados a la atención de las fuerzas armadas, que forman parte del Ministerio de la Defensa y están a cargo de la dependencia denominada Sanidad Militar. El Ministerio de Gobernación, al cual se adscribe la Policía Nacional, opera un hospital para los efectivos de este cuerpo de seguridad. Finalmente, la inversión en salud ha crecido como

consecuencia de los Fondos Sociales, constituidos para combatir la pobreza y favorecer el desarrollo regional.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social está integrado en cuatro niveles básicos: El Nivel Superior o Despacho Ministerial; la Dirección General de Servicios de Salud que interpreta las políticas ministeriales normándolas a través de sus Divisiones técnico-normativas, al nivel técnico-administrativo que conforman 27 Jefaturas de Área de Salud y por último el nivel operativo formado por los hospitales, clínicas periféricas, centros de urgencias, maternidades cantonales, centros de salud y los puestos de salud, establecimientos que proveen atención sanitaria a la población. La estructura de organización anterior esta respaldada por el Acuerdo Gubernativo No. 741-84, de fecha 10 de septiembre de 1984. Se impulsa actualmente un anteproyecto de reglamento del MSPAS que propone una estructura organizativa más plana y funcional.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- es el segundo gran prestador de servicios de salud del sector público en Guatemala tanto por el nivel de cobertura, así como por el número de personal que labora en la prestación de servicios de salud. El IGSS es una entidad semi-autónoma que dirige sus acciones a los trabajadores asalariados afiliados, sus dependientes y al sector de jubilados (clases pasivas).

La Gerencia del Instituto de Seguridad Social cuenta con dos Subgerencias: la de Administración Financiera y la de Administración de Prestaciones. Esta última coordina el trabajo de los departamentos médicos (central y departamental) que a su vez supervisan las unidades operativas compuestas por hospitales, consultorios y puestos de salud. Las prestaciones pueden ser en dinero o en servicios; estas últimas están agrupadas en tres programas: enfermedad, maternidad y accidentes.

Sanidad Militar se encuentra bajo la dirección del Estado Mayor de la Defensa Nacional, tiene una cobertura menor a las del MSPAS y el IGSS, debido a que sus servicios están orientados básicamente a los miembros del Ejército y a sus dependientes en todo el país. Es de hacer notar que con frecuencia realizan jornadas médicas y odontológicas en localidades aisladas, participando también en desparasitación e inmunizaciones. El Centro Médico Militar es el principal establecimiento de salud de la institución armada y funciona con carácter semiprivado, que le permite hacer cobros por la atención de quien lo solicite. La información financiera de esta institución sigue considerándose estratégica y reservada, aunque cambios recientes en la política e imagen institucional permiten esperar mayor apertura en años venideros.

Las Municipalidades realizan en su circunscripción ciertas acciones en materia de salud, tales como atención médica que se efectúa en algunas zonas de la ciudad Capital y del interior del país a través de dispensarios y farmacias municipales. Además las Municipalidades realizan actividades preventivas en salud, a través de saneamiento del medio y clorinización del agua para el consumo humano. El Instituto de Fomento Municipal, INFOM, fue establecido como institución semiautónoma, de apoyo a las Municipalidades, pero recién en el presente año está asumiendo la responsabilidad de la construcción de las obras de infraestructura para abastecimiento de agua y disposición de excretas que previamente tuvo asignadas el MSPAS, a través de la Unidad Ejecutora de Proyectos de Acueductos Rurales, UNEPAR, el Programa de Agua y Saneamiento en el Altiplano, PAYSA, y la División de Saneamiento Ambiental del MSPAS.

Los Fondos Sociales. Estos fondos tienen una amplia responsabilidad en la recuperación de los niveles de inversión social, y fueron establecidos para apoyar la estrategia nacional de combate a la pobreza y agilizar el apoyo a nivel comunitario, de una forma que las dependencias tradicionales de gobierno no podrían ejecutar, dada la inadecuación de su sistema de financiamiento para la gestión de pequeños proyectos comunitarios. De nueve fondos activos en 1997, los fondos sociales que invierten en salud son el Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ), Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Comunitario (FSDC) y el Fondo de Inversión Social (FIS). Sus principales características se presentan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Guatemala, 1997. Características Básicas de los Fondos Sociales.			
Característica	FONAPAZ	FIS	FSDC
Fecha de Creación	Julio de 1991	Marzo de 1993	1992
Población meta	Población afectada por el conflicto y la pobreza en la ZONAPAZ	Población en situación de pobreza extrema y no extrema en áreas rurales	Población urbana y rural
Criterio de Selección	Mapeo de la pobreza del FIS	Mapeo de la pobreza	Proyecto priorizado por Consejos de Desarrollo
Tipo de proyecto	<ul style="list-style-type: none"> • Proyectos relacionados con la paz • Salud (infraestructura, equipamiento, servicios) • Educación (infraestructura, equipamiento, servicios) • Agua y Saneamiento Rural • Proyectos Productivos • Tramos carreteros 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud (infraestructura, equipamiento, servicios) • Educación (infraestructura, equipamiento, servicios) • Agua y saneamiento rural • Proyectos productivos • Tramos carreteros 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud (infraestructura) • Educación (Infraestructura) • Agua y saneamiento rural • Proyectos productivos • Tramos carreteros • Energía eléctrica • Vivienda
Porcentaje de financiamiento de contrapartida (municipalidades, beneficiarios)	21%	32%	46%
Días promedio transcurridos por proyecto entre la identificación a la terminación.	255	330	165

2.2.3 Sector Privado Lucrativo

El sector privado presta servicios a través de compañías de seguros, servicios médicos pre-pagados, centros médicos u hospitales, clínicas y establecimientos particulares, tanto en la ciudad Capital como en otras ciudades importantes del interior, especialmente en las cabeceras departamentales. El deterioro de la calidad de la atención en el sector público, principalmente durante la crisis económica de los ochenta y hasta principios de los noventa, se combinó con las pobres condiciones del empleo público para desatar un auge de establecimientos privados (ver cuadro 2), basado en la posibilidad de pluriempleo para los servidores públicos. En la actualidad, constituye un objetivo básico de la reforma mejorar la capacidad de regulación y control sobre estos establecimientos, que adolecen de acreditación y vigilancia por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Cuadro 2. Guatemala, 1997. Establecimientos Particulares de Salud por Departamento.							
No.	Departamento	Hospitales	Clínicas médicas	Clínicas Dentales	Farmacias	Droguerías	Laboratorios Clínicos
1	Guatemala	102	1,362	69	1,294	760	183
2	Quetzaltenango	12	60	1	108	19	16
3	Sacatepéquez	4	41	1	24	2	1
4	Escuintla	1	38	-	65	8	7
5	Suchitepéquez	5	29	4	45	4	4
6	Alta Verapaz	3	29	-	38	3	1
7	Jutiapa	2	26	1	41	-	-
8	Chiquimula	1	26	-	19	1	6
9	Santa Rosa	6	22	1	16	-	-
10	Chimaltenango	4	21	-	2	2	1
11	San Marcos	6	19	1	47	10	3
12	Izabal	1	17	-	35	1	4
13	Huehuetenango	6	16	-	26	6	6
14	Jalapa	-	15	-	25	-	3
15	Retalhuleu	3	11	-	47	1	1
16	Totonicapán	2	11	-	22	-	-
17	Progreso	2	10	-	5	-	1
18	Baja Verapaz	2	9	-	1	2	1
19	Sololá	5	8	2	5	-	-
20	Zacapa	4	7	1	38	-	4
21	Quiché	-	5	1	37	1	1
22	Petén	2	4	-	-	-	3
	TOTAL	171	1,786	81	1,940	819	242

Fuente: Dirección General de Servicios de Salud, MSPAS. Registro de establecimientos de salud, 1997.

2.2.4 Organizaciones No Gubernamentales

Los estudios o inventarios más recientes y completos¹ realizados en Guatemala identifican aproximadamente 1,100 organizaciones no gubernamentales que operan en el país. De éstas, el 18% declara que sus programas incluyen actividades relacionadas con la salud. De las 197 ONG con actividades de salud, la mayoría (80%) declaró realizar, entre otras, acciones en el campo de la medicina preventiva. Al revisar, a partir de fuentes secundarias, los objetivos y acciones desarrolladas por estas 197 organizaciones, fueron identificadas 39 que declaran como actividad única o más importante la prestación de servicios clínicos (medicina curativa) o de medicina preventiva. Los flujos financieros de estas 39 organizaciones están mayoritariamente orientados a acciones de salud y por lo tanto, pueden ser agregados en las cuentas nacionales sin riesgo de sobredimensionamiento del gasto en salud de las ONG.

Las 39 ONG dedicadas prioritaria o exclusivamente a acciones de salud cubren en conjunto los 22 departamentos de Guatemala. De éstas, 33 cubren simultáneamente más de un departamento. El mayor número de organizaciones se concentra en los departamentos de Guatemala, Sololá, Chimaltenango, Alta Verapaz, El Quiché, Totonicapán, San Marcos y Quetzaltenango. El cuadro 3 presenta la distribución de las ONG por región y departamento.

En el sector salud, las ONGs fueron vistas como fuente de competencia por recursos de cooperación internacional y en el plano operativo, hubo dificultades para coordinar actividades. Dentro del Sistema Integrado de Atención en Salud -SIAS-, éstas se reconocen como un importante actor para la extensión de cobertura, vía el financiamiento público de acciones de atención primaria a grupos de población sin acceso a servicios.

2.2.5 Otros Prestadores de Servicios

En Guatemala existe un acervo tradicional de prácticas de atención a la salud que se concreta en un conjunto de prestadores de servicios de un sistema paralelo de atención, no regulado, no registrado y sujeto a los inconvenientes de la informalidad. Desde los años setenta se ha intentado articular estos prestadores al sistema formal de servicios de salud, primero las comadronas tradicionales que fueron adiestradas para la identificación temprana de riesgos, atención higiénica del parto seguro, educación y atención a la puerpera y referencia de complicaciones a los servicios de salud. Sin embargo, posteriormente se ha sumado un conjunto de prestadores informales como naturistas, quiroprácticos, alópatas, etc. cuya cuantificación y registro por ahora resultan difíciles y se carece de fundamento legal para ejercer un control sobre estos grupos. Desde el punto de vista terapéutico puede haber criterios y casos diversos, pero es visible que existe una demanda de servicios para estos prestadores y por consiguiente, forman parte del gasto privado de bolsillo.

¹ Consejo de Población (1995). Inventario de ONG que trabajan en el Sector Social de Guatemala, con énfasis en Salud, Mujer y Desarrollo. El Consejo de Población, USAID, Guatemala.
PNUD-MINUGUA-Foro de Coordinaciones de ONG en Guatemala (1997). Directorio de ONG y entidades de desarrollo y derechos humanos en Guatemala. Guatemala.

Cuadro 3. Guatemala, 1997. Cobertura por Regiones y Departamentos de las ONG con Programas de Medicina Preventiva y Curativa. Cifras absolutas.		
Región	Departamento	No. de ONG por Departamento
I. Metropolitana	Guatemala	21
II. Norte	Baja Verapaz	9
	Alta Verapaz	12
III. Nor-oriente	El Progreso	6
	Izabal	7
	Zacapa	9
	Chiquimula	5
IV. Sur-oriente	Santa Rosa	6
	Jalapa	8
	Jutiapa	6
V. Central	Sacatepéquez	7
	Chimaltenango	14
	Escuintla	8
VI. Sur-occidente	Sololá	19
	Totonicapán	11
	Quetzaltenango	13
	Suchitepéquez	10
	Retalhuleu	8
	San Marcos	11
VII. Nor-occidente	Huehuetenango	10
	El Quiché	11
VIII. Petén	El Petén	4

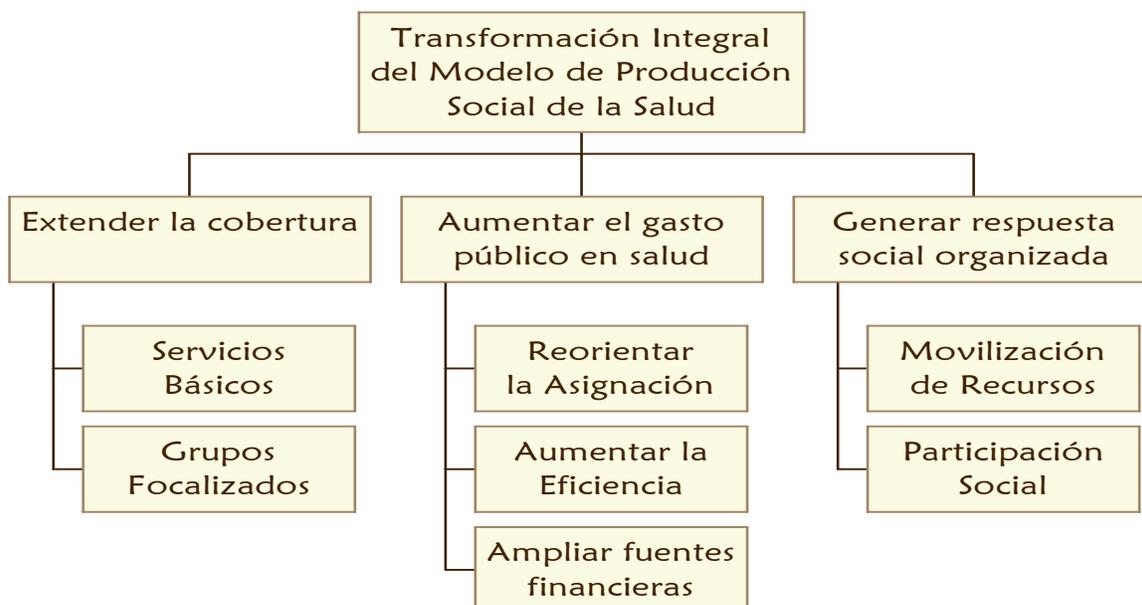
2.3 Principales Desafíos de Reforma del Sector Salud

El proceso de reforma del sector inició en 1995, para resolver los conflictos de un modelo de atención en salud agotado, más enfocado a curar que a evitar las enfermedades. Aún en 1996, 4 de 10 guatemaltecos carecían de acceso a la atención médica; los medicamentos aumentaban de precio y los hospitales enfrentaban colapsos financieros al menos cada 6 meses. La participación de entidades públicas y privadas se caracterizaba por la duplicación de esfuerzos y el derroche de recursos, sin que el Ministerio ejerciera su función de rectoría, entrampado en una estructura organizativa vertical y obsoleta. Tales condiciones del sector se confrontaban con una situación de salud que crece en complejidad: además de la persistencia de la mortalidad evitable, se había registrado ya un aumento de enfermedades crónicas y traumatismos, así como una mayor incidencia de lesiones intencionales.

Ante tales circunstancias, con la reforma del sector se propone alcanzar los objetivos que muestra el gráfico 1.

Gráfico 1. Objetivos de la Reforma del Sector Salud

OBJETIVOS



Para el alcance de los objetivos, el programa se subdivide en tres componentes: el desarrollo institucional, el financiamiento del sector y la ampliación y mejoramiento de los servicios de salud.

El componente de desarrollo institucional encara los desafíos de ampliar el marco jurídico y la capacidad regulatoria y el ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud; rediseñar los procesos y sistemas para mayor agilidad, flexibilidad y eficiencia en las operaciones; profundizar la descentralización y la desconcentración administrativa; y consolidar el proceso de cambio con la implantación de compromisos de gestión.

El componente destinado al financiamiento del sector persigue incentivar la participación privada y no gubernamental en la prestación de servicios de salud, a través de la descentralización financiera y la puesta en marcha de programas autosostenibles para aumentar la oferta de bienes y servicios de salud a la población. Estas orientaciones de la reforma encaran el desafío de reorientar el gasto a favor de la atención preventiva en salud y reasignar los recursos hacia las poblaciones postergadas en el acceso a servicios.

En el componente de ampliación y mejoramiento de servicios, las acciones están orientadas a la entrega de una canasta básica de servicios a la población tradicionalmente sin acceso a ellos, con amplia participación de proveedores no gubernamentales y teniendo como contrapartida la participación social en las acciones de salud y en la fiscalización de los programas. Junto a los anteriores, se plantea el desafío de elevar la calidad de atención, aspecto en el que resulta vital el desarrollo de los recursos humanos para la salud.

Se han alcanzado importantes avances en los distintos componentes², lo cual se refleja de diversas maneras en los flujos de financiamiento y gasto. Sin embargo, se tiene en perspectiva establecer un sistema de compensación de costos entre el MSPAS y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; desarrollar y consolidar mecanismos para la acreditación de prestadores privados, y el desafío mayor, que consiste en promover la universalidad de bienes asegurables de salud.

² Ver Presentaciones: "Financiamiento y Gasto en la Reforma del Sector Salud"

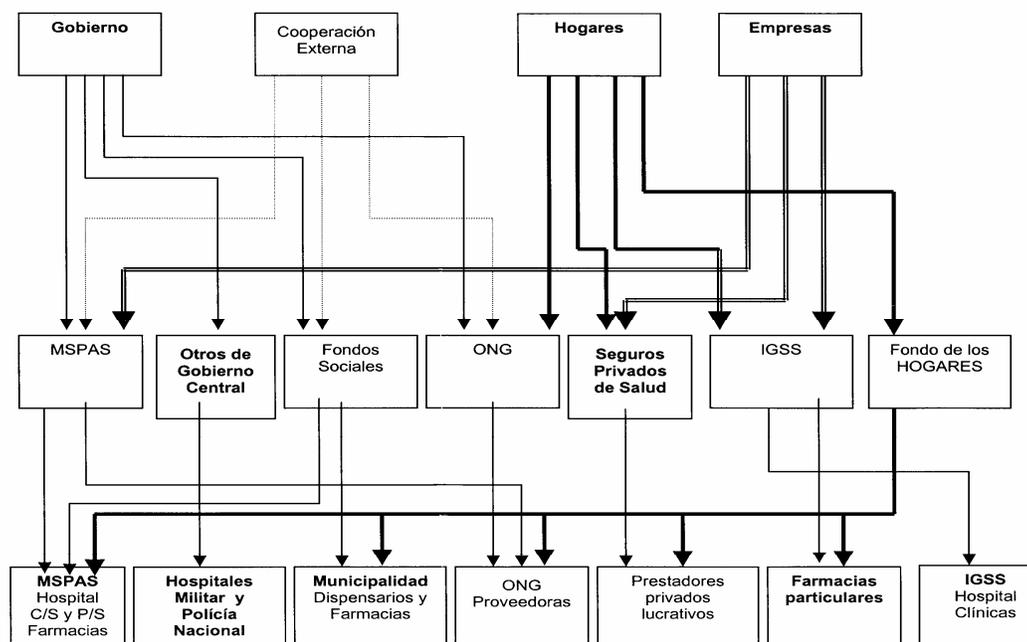
2.4 Sistema de Financiamiento del Sector Salud

El financiamiento de la salud puede provenir del presupuesto gubernamental, de convenios de cooperación internacional técnica o financiera; de aportes de los hogares o de las empresas.

Los fondos de gobierno se canalizan hacia agentes financieros públicos, como el MSPAS, otros ministerios (Ministerio de Comunicaciones, Transporte y Obras Públicas–MCTOP-, Ministerio de Gobernación–MINGOB-, Ministerio de la Defensa Nacional -MINDEF) y los Fondos Sociales (Fondo de Inversión Social–FIS-, Fondo Nacional para la Paz–FONAPAZ- y Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Comunitario -FSDC). Ciertas obligaciones del Tesoro favorecen a entidades de desarrollo local, algunas de las cuales invierten tales recursos en acciones de salud. La cooperación externa alimenta financieramente a las ONG, a los Fondos Sociales y al MSPAS. Por su parte, los hogares como fuente de financiamiento tienen diversos tipos de gasto: pago por servicios a MSPAS, ONG, IGSS y prestadores particulares; cuota laboral al IGSS, primas de seguros privados de salud, compra de medicamentos y otros suministros. Las empresas constituyen fuente de financiamiento para el IGSS, a través de la cuota patronal; también compran seguros privados de salud y finalmente, pagan por el servicio de análisis de muestras de alimentos y medicamentos que realiza el Laboratorio Unificado de Control de Medicamentos y Alimentos.

El financiamiento que captan estos agentes se distribuye entre diversos tipos de proveedores de servicios- Los establecimientos de servicio oficiales son financiados por el MSPAS, y también reciben apoyo de los Fondos Sociales, especialmente para la formación de personal de salud. Los hospitales de otros ministerios, como el Hospital de la Policía Militar y el Centro Médico Militar; Los establecimientos hospitalarios de otros ministerios, como el Hospital de la Policía Nacional y el Centro Médico Militar reciben financiamiento de gobierno central, a cargo de los presupuestos de Ministerio de Gobernación y Ministerio de la Defensa, respectivamente. Las municipalidades reciben financiamiento de los Fondos Sociales para obras de infraestructura de agua y saneamiento, fondos rotativos para farmacias y ventas sociales de medicamentos.

Gráfico 2. Flujos de Financiamiento en el Sector Salud



Como se aprecia en el gráfico, y se describe en los cuadros 4 y 5, existe bastante dispersión en los flujos de financiamiento, creando una red que abarca los subsectores público, privado lucrativo y privado no lucrativo. Para el caso de este primer intento de consolidación de las cuentas del sector, algunas de estas relaciones fueron imposibles de cuantificar en términos monetarios. Sin embargo, la mayoría ha sido registrada o estimada sobre la base de trabajo de campo y consulta a fuentes documentales.

Cuadro 4. Caracterización de los Flujos de Fuentes a Agentes		
Fuente	Agente	Transacción
Gobierno Central	Ministerio de Salud Ministerio de Gobernación Ministerio de la Defensa Nacional Ministerio de Comunicaciones, Transporte y Obras Públicas Fondos Sociales ONG y entidades de desarrollo social	Asignación presupuestaria Transferencias y aportes
Cooperación Externa	Ministerio de Salud Ministerio de Comunicaciones, Transporte y Obras Públicas Fondos Sociales ONG	Préstamos Donaciones
Hogares	Fondo de Hogares IGSS Seguros Privados de Salud ONG	Reserva de previsión de gastos en salud Cuotas laborales obligatorias para trabajadores afiliados Primas de Seguro Aportes voluntarios ocasionales (TELETON) o constantes (padrinos)
Empresas	Ministerio de Salud IGSS Seguros Privados de Salud	Pago por servicios de análisis de medicamentos y alimentos Cuotas patronales obligatorias para empresas inscritas Primas de seguro

Un aspecto que destaca en los flujos financieros es la multiplicidad de las vías por medio de las cuales los hogares financian el sistema de salud. Se ha extendido la práctica de recuperación de costos en establecimientos públicos y con ello, la mayor parte de proveedores reciben recursos del fondo de salud de los hogares. Como fuente financiera, también efectúa contribuciones voluntarias para el financiamiento de entidades de servicios de salud sin obtener contraprestaciones. Es por ello que el mayor volumen de gastos en salud proviene de los hogares, aún sin considerar la parte del financiamiento público que se alimenta de los impuestos indirectos.

La Encuesta de Demanda de Servicios y Gastos en Salud (INE, 1997) presenta información sobre la cadena de búsqueda de atención, la eficacia de los tratamientos y el costo asociado. Aún cuando esta información se circunscribe a cuatro departamentos del país, los resultados sugieren que la multiplicidad de proveedores, no sujetos a verificación de calidad y financiados por fuentes diversas, encierra altos niveles de ineficiencia en la asignación global de recursos a la salud, y que uno de los desafíos de la reforma sectorial consiste en el ordenamiento y la regulación de dichos flujos.

3. Las Cuentas Nacionales de Salud

El estudio contiene información relativa al período 1995-1997. Los datos más completos y confiables corresponden al sector público, ya que se basan en reportes impresos de la ejecución presupuestaria, emitidos por Contabilidad del Estado. La información sobre ONG corresponde a reportes de estas organizaciones, para el inventario efectuado por PNUD-MINUGUA-FORIN, antes citado, y al estudio de campo subcontratado por el Ministerio de Salud con GSD Consultores Asociados. A fin de construir las matrices, hubo que estimar algunos datos sobre ONG, como se describe en el anexo metodológico. La información sobre gasto de bolsillo fue reconstruida a partir de la base de datos de la Encuesta de Demanda de Servicios y Gastos en Salud del Instituto Nacional de Estadística (1997); algunas estimaciones para años previos se describen en el mismo anexo.

Los resultados indican que el gasto nacional en salud alcanzó las cifras y resultados comparativos que se exponen en el cuadro 5.

Cuadro 5. Gasto Nacional en Salud por Año y en relación al PBI (miles de quetzales de cada año)			
Año	Gasto Nacional en Salud	PBI	GNS/PBI
1995	1,901,071	85,156,700	2.23%
1996	2,045,862	95,495,000	2.14%
1997	2,431,316	107,915,500	2.25%

Siguiendo la metodología de Cuentas Nacionales, la información se presenta en cuatro matrices básicas: de fuentes a agentes o fondos; de agentes a proveedores de servicios; de agentes a programas; de proveedores a objetos o elementos de gasto.

3.1 El Flujo de Fuentes a Agentes

Los hogares constituyen la fuente más importante de financiamiento de la salud. Le siguen en importancia el gasto de gobierno y de las empresas (cuadro 6). La participación de las fuentes muestra un comportamiento oscilante en los tres años observados. Las fluctuaciones ocurren principalmente en el año intermedio, 1996. Sin embargo, es interesante que, frente al descenso del gasto de gobierno y la cooperación externa, se presenta un alza transitoria del peso porcentual de los hogares.

Cuadro 6. Peso Porcentual de las Fuentes en el Financiamiento de la Salud Guatemala, 1995-1997			
Fuente	1995	1996	1997
Gobierno	31.9%	31.7%	27.3%
Cooperación Externa	5.9%	5.3%	7.8%
Hogares	43.0%	44.2%	42.9%
Empresas	19.2%	18.8%	22.0%

Los agentes o fondos que captaron este financiamiento de las fuentes pertenecen al sector público, al subsector privado lucrativo o al no lucrativo (básicamente ONG). También se incluye un “fondo de los hogares”, para dar cuenta de los pagos que en forma directa efectúan los hogares en contraprestación a bienes y servicios de los proveedores de salud.

En el plazo estudiado, el gasto fluyó principalmente a través del fondo de hogares, seguido en importancia por el IGSS y el Ministerio de Salud. Los fondos sociales, de naturaleza multiprogramática, aún no constituyen fuente importante de financiamiento en salud, cuando la definición excluye la inversión en agua y saneamiento. Por otra parte, la contribución de las ONG podría estar subestimada, por limitarse a reportes de aquellas entidades con dedicación exclusiva al sector. Los valores en quetzales de cada año para la matriz de fuentes a agentes se presenta en el cuadro 8.

Agentes	1995	1996	1997
Ministerio de Salud	28.53%	26.57%	29.58%
Otros Ministerios	2.77%	0.67%	n.d
Fondos Sociales	0.18%	0.38%	0.32%
IGSS	27.82%	30.22%	30.54%
Subtotal Gasto Público	59.30%	57.84%	60.44%
ONG	3.99%	4.29%	4.17%
Seguros Privados	3.94%	4.15%	3.95%
Fondo de Hogares	32.78%	33.73%	31.44%
Subtotal Gasto Privado	40.70%	42.16%	39.56%
TOTAL	100.00%	100.00%	100.00%

Agentes	Fuentes				Total	Dólares Eua
	Gobierno	Cooperación Externa	Hogares	Empresas		
Ministerio de Salud	497,063,143.14	45,223,503.33			542,286,646.47	90,381,107.75
Otros Ministerios	52,682,253.60	n.d.			52,682,253.60	8,780,375.60
Fondos Sociales	3,439,000.00				3,439,000.00	573,166.67
IGSS	44,782,876.44	n.d.	153,878,510.60	330,295,424.07	528,956,811.11	88,159,468.52
Subtotal Gasto Público	597,967,273.18	45,223,503.33	153,878,510.60	330,295,424.07	1,127,364,711.18	187,894,118.53
ONG	8,618,235.10	67,058,510.05	121,276.84	-	75,798,021.98	12,633,003.66
Seguros Privados	n.d.	n.d.	39,650,890.00	35,162,110.00	74,813,000.00	12,468,833.33
Fondo de Hogares			623,095,670.44		623,095,670.44	103,849,278.41
Subtotal Gasto Privado	8,618,235.10	67,058,510.05	662,867,837.28	35,162,110.00	773,706,692.42	128,951,115.40
TOTAL	606,585,508.28	112,282,013.38	816,746,347.88	365,457,534.07	1,901,071,403.60	316,845,233.93
Dólares EUA	101,097,584.71	18,713,668.90	136,124,391.31	60,909,589.01	316,845,233.93	

Cuadro 8B. Matriz de Fuentes a Agentes. Guatemala, 1996.
(cifras en quetzales)

Agentes	Fuentes				Total	Dólares EUA
	Gobierno	Cooperación Externa	Hogares	Empresas		
Ministerio de Salud	511,859,716.22	31,685,448.81			543,545,165.03	90,590,860.84
Otros Ministerios	13,765,535.08				13,765,535.08	2,294,255.85
Fondos Sociales	7,677,000.00				7,677,000.00	1,279,500.00
IGSS	105,335,745.69	-	168,462,147.46	344,468,985.35	618,266,878.50	103,044,479.75
Subtotal Gasto Público	638,637,996.99	31,685,448.81	168,462,147.46	344,468,985.35	1,183,254,578.61	197,209,096.44
ONG	9,970,341.69	77,579,255.00	140,303.84		87,689,900.53	14,614,983.42
Seguros Privados			44,950,890.00	39,862,110.00	84,813,000.00	14,135,500.00
Fondo de Hogares			690,104,851.52		690,104,851.52	115,017,475.25
Subtotal Gasto Privado	9,970,341.69	77,579,255.00	735,196,045.36	39,862,110.00	862,607,752.05	143,767,958.68
Total	648,608,338.68	109,264,703.81	903,658,192.82	384,331,095.35	2,045,862,330.66	340,977,055.11
Dólares EUA	108,101,389.78	18,210,783.97	150,609,698.80	64,055,182.56	340,977,055.11	

Cuadro 8C. Matriz de Fuentes a Agentes. Guatemala, 1997.
(cifras en quetzales)

Agentes	Fuentes				Total	Dólares EUA
	Gobierno	Cooperación Externa	Hogares	Empresas		
Ministerio de Salud	621,432,969.81	97,839,868.12	-	-	719,272,837.93	116,011,748.05
Otros Ministerios	n.d				n.d.	n.d
Fondos Sociales	7,689,000.00				7,689,000.00	1,240,161.29
IGSS	25,850,818.74	-	226,541,364.62	490,043,993.02	742,436,176.39	119,747,770.39
Subtotal Gasto Público	654,972,788.55	97,839,868.12	226,541,364.62	490,043,993.02	1,469,398,014.32	236,999,679.73
ONG	9,667,945.26	91,617,223.19	162,315.98		101,447,484.43	16,362,497.49
Seguros Privados	-	-	50,959,323.03	45,190,343.06	96,149,666.09	15,508,010.66
Fondo de Hogares			764,320,358.32		764,320,358.32	123,277,477.15
Subtotal Gasto Privado	9,667,945.26	91,617,223.19	815,441,997.32	45,190,343.06	961,917,508.83	155,147,985.30
TOTAL	664,640,733.81	189,457,091.31	1,041,983,361.94	535,234,336.09	2,431,315,523.15	392,147,665.02
DOLARES	107,200,118.36	30,557,595.37	168,061,832.57	86,328,118.72	392,147,665.02	

3.2 El flujo de Agentes a Proveedores

En el plazo estudiado se observa que los proveedores de servicios privados lucrativos, el Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social consumen el mayor volumen de recursos para la salud, haciendo en conjunto poco menos del 85% del gasto de cada año (cuadro 10). Las farmacias particulares también poseen un peso porcentual considerable dentro de la distribución del gasto en salud.

Cuadro 9. Peso porcentual de los proveedores en el gasto total de salud. Guatemala, 1995–1997			
Proveedores	1995	1996	1997
Ministerio de Salud	31.24%	27.40%	28.59%
IGSS	27.82%	30.22%	30.54%
Hospital Policía Nacional	0.25%	0.00%	0.23%
Municipalidades	0.29%	0.01%	n.d.
Subtotal Sector Público	59.61%	57.63%	59.36%
ONG proveedoras	2.27%	2.46%	2.94%
Privados Lucrativos	23.93%	25.14%	23.49%
Farmacias	10.00%	10.29%	9.59%
Subtotal Sector Privado	36.20%	37.89%	36.02%
Otros	4.19%	4.49%	4.62%
TOTAL	100.00%	100.00%	100.00%

Existen razones para sospechar subregistro el gasto de las municipalidades y de los hospitales militar y de la policía nacional. Sin embargo, el acceso a datos de estas entidades se dificulta, unas por ser parte de carteras estratégicas, y otras por ser autónomas y ejercer dicha autonomía limitando el escrutinio público.

Aunque es mayor el peso porcentual del gasto en el subsector público, merece atención el espacio financiero de las organizaciones con fines de lucro. La práctica médica privada, las farmacias comerciales y los establecimientos hospitalarios del sector privado ejercen el 35% de los gastos en salud, y sin embargo el país carece de mecanismos operantes de regulación de dicha práctica.

El financiamiento de los proveedores, como se presentó en el cuadro 9, proviene principalmente del fondo de los hogares (gasto de bolsillo) y se dirige a los prestadores privados; en menor proporción financia las actividades de establecimientos del Ministerio de Salud, por medio del pago de aranceles.

Los proveedores con un flujo más diversificado son los privados lucrativos, las ONG y el Ministerio de Salud; la diversidad de los flujos indica que las mismas fuentes están pagando, en distintos momentos y a distintos prestadores, por el mismo tipo de servicios. Existen múltiples traslapes no sólo en el financiamiento sino en la cobertura de atención; únicamente así se explica que el monto total del financiamiento de la salud no cubra a más del 60% de los pobladores del país, mayoritariamente urbanos; no pobres o en pobreza no extrema.

El cuadro 10 presenta los flujos de agentes a prestadores para los años 1995-1997; las casillas indicadas con n.d. (no disponible) señalan la existencia un flujo no cuantificado entre ese binomio agente-proveedor.

Cuadro 10A. Matriz de Agentes a Proveedores. Guatemala, 1995 (cifras en quetzales)									
Proveedores	Ministerio de Salud	Otros Ministerios	Fondos Sociales	IGSS	ONG	Seguros Privados	Fondo de Hogares	Total	Dólares
Ministerio de Salud	533,214,535.47	47,855,690.09	3,439,000.00				9,475,158.55	593,984,384.11	98,997,397.35
IGSS	-	n.d.		528,956,811.11				528,956,811.11	88,159,468.52
Hospital militar y Policía Nacional	-	4,826,563.51						4,826,563.51	804,427.25
Municipalidades	5,526,310.00	n.d.						5,526,310.00	921,051.67
Subtotal Sector Público	538,740,845.47	52,682,253.60	3,439,000.00	528,956,811.11	-	-	9,475,158.55	1,133,294,068.73	188,882,344.79
ONG proveedoras	3,545,801.00	-			26,878,129.53		12,730,580.86	43,154,511.39	7,192,418.56
Privados Lucrativos	-	-				44,109,000.00	410,802,907.91	454,911,907.91	75,818,651.32
Farmacias	-	-		n.d.			190,087,023.12	190,087,023.12	31,681,170.52
Subtotal Sector Privado	3,545,801.00	-	-	-	26,878,129.53	44,109,000.00	613,620,511.89	688,153,442.42	114,692,240.40
Otros					48,919,892.45	30,704,000.00		79,623,892.45	13,270,648.74
TOTAL	542,286,646.47	52,682,253.60	3,439,000.00	528,956,811.11	75,798,021.98	74,813,000.00	623,095,670.44	1,901,071,403.60	316,845,233.93
Dólares	90,381,107.75	8,780,375.60	573,166.67	8,159,468.52	12,633,003.66	12,468,833.33	103,849,278.41	316,845,233.93	

Cuadro 10B. Matriz de Agentes a Proveedores. Guatemala, 1996 (cifras en quetzales)									
Proveedores	Ministerio de Salud	Otros Ministerios	Fondos Sociales	IGSS	ONG	Seguros Privados	Fondo de Hogares	TOTAL	DOLARES
Ministerio de Salud	532,513,860.53	13,765,535.08	7,677,000.00				6,526,990.13	560,483,385.74	93,413,897.62
IGSS	-			618,266,878.50				618,266,878.50	103,044,479.75
Hospital militar y Policía Nacional	-	n.d.						-	-
Municipalidades	187,500.00							187,500.00	31,250.00
Subtotal Sector Público	532,701,360.53	13,765,535.08	7,677,000.00	618,266,878.50	-	-	6,526,990.13	1,178,937,764.24	196,489,627.37
ONG proveedoras	10,843,804.50	-			24,270,977.62		15,137,290.48	50,252,072.60	8,375,345.43
Privados Lucrativos	-	-				56,453,000.00	457,911,140.06	514,364,140.06	85,727,356.68
Farmacias	-	-					210,529,430.85	210,529,430.85	35,088,238.48
Subtotal Sector Privado	10,843,804.50	-	-	-	24,270,977.62	56,453,000.00	683,577,861.39	775,145,643.51	129,190,940.59
Otros					63,418,922.91	28,360,000.00		91,778,922.91	15,296,487.15
TOTAL	543,545,165.03	13,765,535.08	7,677,000.00	618,266,878.50	87,689,900.53	84,813,000.00	690,104,851.52	2,045,862,330.66	340,977,055.11
DOLARES	90,590,860.84	2,294,255.85	1,279,500.00	103,044,479.75	14,614,983.42	14,135,500.00	115,017,475.25	340,977,055.11	

**Cuadro 10C. Matriz de Agentes a Proveedores. Guatemala, 1997
(cifras en quetzales)**

Proveedores	Ministerio de Salud	Otros Ministerios	Fondos Sociales	IGSS	ONG	Seguros Privados	Fondo de Hogares	TOTAL	DOLARES
Ministerio de Salud	687,429,976.49		7,689,000.00				n.d.	695,118,976.49	112,115,963.95
IGSS	n.d.	n.d.		742,436,176.39				742,436,176.39	119,747,770.39
Hospital militar y Policía Nacional	5,630,000.00							5,630,000.00	908,064.52
Municipalidades		n.d.						-	-
Subtotal Sector Público	693,059,976.49	-	7,689,000.00	742,436,176.39	-	-	-	1,443,185,152.88	232,771,798.85
ONG proveedoras	26,212,861.44	-			27,212,028.25		18,121,014.32	71,545,904.01	11,539,661.94
Privados Lucrativos	-	-	-	-	-	58,048,000.00	513,029,080.56	571,077,080.56	92,109,206.54
Farmacias	-	-					233,170,263.43	233,170,263.43	37,608,107.00
Subtotal Sector Privado	26,212,861.44	-	-	-	27,212,028.25	58,048,000.00	764,320,358.32	875,793,248.01	141,256,975.48
Otros					74,235,456.19	38,101,666.09		112,337,122.27	18,118,890.69
TOTAL	719,272,837.93	-	7,689,000.00	742,436,176.39	101,447,484.43	96,149,666.09	764,320,358.32	2,431,315,523.15	392,147,665.02
DOLARES	116,011,748.05	-	1,240,161.29	119,747,770.39	16,362,497.49	15,508,010.66	123,277,477.15	392,147,665.02	

3.3 El flujo de Agentes a Funciones

El término “funciones”, o “programas”, indica el tipo de actividad institucional al que se asignan fondos. Para el caso del MSPAS y el IGSS, las funciones están predefinidas y se declaran sus montos en los presupuestos y en los informes de ejecución. En los años bajo estudio, hubo alguna dificultad para establecer el gasto por función, porque se asignaba por establecimientos, no por función; por ejemplo, en los establecimientos ambulatorios es difícil aislar y clasificar el gasto entre actividades de salud pública, atención preventiva a las personas y atención curativa. Agentes de otro tipo (ONG, fondo de hogares) son todavía menos precisos en su clasificación del gasto por actividades. En este apartado se muestra el resultado de la compilación y estimación de datos para el gasto de los agentes en diversas funciones.

Predomina el gasto en atención a las personas, principalmente en el área hospitalaria (cuadro 11). En forma combinada, las atenciones ambulatoria y hospitalaria representan poco menos del 80% del gasto. En los años bajo estudio, la proporción del gasto en atención hospitalaria mostró un comportamiento creciente, y la ambulatoria varió en el sentido inverso.

Cuadro 11. Estructura del Gasto en Salud por Funciones. Guatemala, 1995-1997			
Funciones	1995	1996	1997
Administración	10.49%	12.34%	9.15%
Programas Preventivos	4.02%	3.76%	4.50%
Atención médica ambulatoria	35.26%	34.41%	33.30%
Atención médica hospitalaria	42.36%	44.46%	46.98%
Infraestructura	4.34%	1.30%	2.63%
Otras	3.54%	3.72%	3.44%
TOTAL	100.00%	100.00%	100.00%

El gasto en programas preventivos de salud pública no alcanzó el 5% del gasto en salud y, como los datos reflejan, es el rubro más vulnerable en los años de contracción del gasto (en el ejemplo, 1996). En contraste, la diversidad de agentes intermediarios que canalizan los fondos a proveedores o los ejecutan por sí representan una carga administrativa de entre el 9% y el 12% del gasto en salud.

El flujo de agentes a funciones, se presenta en el cuadro 12, y muestra diferencias interesantes en la distribución del gasto de los agentes. El MSPAS y el IGSS invierten principalmente en la atención hospitalaria, en tanto que las ONG destinan una mayor proporción a programas preventivos. El gasto directo de los hogares se traduce en varias formas de atención ambulatoria y los fondos sociales y otros ministerios de gobierno invierten en forma preferente en infraestructura de servicios de salud.

Cuadro 12A. Flujo de Agentes a Funciones. Guatemala, 1995									
Funciones	Ministerio de Salud	Otros Ministerios	Fondos Sociales	IGSS	ONG	Seguros Privados	Fondo de Hogares	TOTAL	DOLARES
Adminis- tración	71,615,831.00	830,328.00	953,000.00	115,695,034.84	10,273,177.41			199,367,371.25	33,227,895.21
Programas Preventivos	22,361,174.00	-		19,040,953.11	19,371,721.18		15,705,898.28	76,479,746.58	12,746,624.43
Atención médica ambulatoria	174,870,049.00	4,686,233.07	106,000.00	76,163,812.45	17,594,474.49		396,814,632.90	670,235,201.92	111,705,866.99
Atención médica hospitalaria	254,814,203.00	-		285,614,296.70	10,213,689.22	44,109,000.00	210,575,139.25	805,326,328.18	134,221,054.70
Infraestructura	445,136.20	47,165,692.53	2,380,000.00	32,442,714.00	n.d.			82,433,542.73	13,738,923.79
Gastos no asignables a prog.	18,180,253.27	-		-	18,344,959.67	30,704,000.00		67,229,212.94	11,204,868.82
TOTAL	542,286,646.47	52,682,253.60	3,439,000.00	528,956,811.11	75,798,021.98	74,813,000.00	623,095,670.44	1,901,071,403.60	316,845,233.93
DOLARES	90,381,107.75	8,780,375.60	573,166.67	88,159,468.52	12,633,003.66	12,468,833.33	103,849,278.41	316,845,233.93	

Cuadro 12B. Flujo de Agentes a Funciones. Guatemala, 1996

Funciones	Ministerio de Salud	Otros Ministerios	Fondos Sociales	IGSS	ONG	Seguros Privados	Fondo de Hogares	TOTAL	DOLARES
Administración	65,443,600.00	151,000.00	480,000.00	173,120,143.82	13,317,973.81			252,512,717.63	42,085,452.94
Programas Preventivos	26,948,600.00			7,774,445.19	24,901,704.87		17394947.7	77,019,697.77	12,836,616.29
Atención médica ambulatoria	119,717,243.00		837,000.00	127,555,056.26	16,465,154.26		439,489,016.40	704,063,469.91	117,343,911.65
Atención médica hospitalaria	324,052,575.36			286,628,730.42	9,222,971.50	56,453,000.00	233,220,887.42	909,578,164.70	151,596,360.78
Infraestructura	398,337.20	13,614,535.08	6,360,000.00	6,288,059.19	n.d.			26,660,931.47	4,443,488.58
Otras	6,984,809.47			16,900,443.62	23,782,096.09	28,360,000.00		76,027,349.18	12,671,224.86
TOTAL	543,545,165.03	13,765,535.08	7,677,000.00	618,266,878.50	87,689,900.53	84,813,000.00	690,104,851.52	2,045,862,330.66	340,977,055.11
DOLARES	90,590,860.84	2,294,255.85	1,279,500.00	103,044,479.75	14,614,983.42	14,135,500.00	115,017,475.25	340,977,055.11	

Cuadro 12C. Flujo de Agentes a Funciones. Guatemala, 1997

Funciones	Ministerio de Salud	Otros Ministerios	Fondos Sociales	IGSS	ONG	Seguros Privados	Fondo de Hogares	TOTAL	DOLARES
Administración	88,724,411.84		358,000.00	117,911,910.00	15,589,445.80			222,583,767.64	35,900,607.68
Programas Preventivos	31,599,540.53			29,342,478.32	29,124,891.19		19265641.49	109,332,551.53	17,634,282.51
Atención médica ambulatoria	186,799,011.70		219,000.00	117,369,913.28	18,554,280.64		486,752,703.95	809,694,909.57	130,595,953.16
Atención médica hospitalaria	375,372,511.65			440,137,174.79	10,340,570.74	58,048,000.00	258,302,012.87	1,142,200,270.05	184,225,850.01
Infraestructura	36,777,362.21		7,112,000.00	19,957,973.00	n.d.			63,847,335.21	10,297,957.29
Otras				17,716,727.00	27,838,296.07	38,101,666.09		83,656,689.15	13,493,014.38
TOTAL	719,272,837.93	-	7,689,000.00	742,436,176.39	101,447,484.43	96,149,666.09	764,320,358.32	2,431,315,523.15	392,147,665.02
DOLARES	116,011,748.05	-	1,240,161.29	119,747,770.39	16,362,497.49	15,508,010.66	123,277,477.15	392,147,665.02	

3.4 El flujo de Agentes a Elementos de Gasto

Las remuneraciones al personal de salud constituyen el rubro principal del gasto (29%), siendo también importante la proporción gastada en medicamentos (20%). El equipo y material médico consume alrededor del 5% del gasto, y a los rubros como infraestructura y mantenimiento se destinan las menores cantidades de recursos. Los agentes utilizaron cerca del 25% de los recursos en la contratación de servicios médicos a terceros, lo cual implica que tres cuartas partes del financiamiento captado por los agentes se redistribuye entre ellos, asumiendo el papel de proveedores de servicios.

El análisis por agente muestra (cuadro 13) que las remuneraciones al personal están prácticamente determinadas por el MSPAS y el IGSS; si bien durante 1995 y 1996 el IGSS superó al MSPAS en el rubro de servicios personales, la situación se invierte en 1997, año en que se inició la equiparación salarial del personal del Ministerio respecto al IGSS.

Cuadro 13A. Flujo de Agentes a Elementos de Gasto. Guatemala, 1995

Elemento de Gasto	Ministerio de Salud	Otros Ministerios	Fondos Sociales	IGSS	ONG	Seguros Privados	Fondo de Hogares	TOTAL	DOLARES
Servicios Personales	282,224,832.43	-	953,000.00	264,564,184.49	n.d.	-		547,742,016.92	91,290,336.15
Servicios No Personales	32,064,314.42	-	-	30,099,877.14	n.d.	-		62,164,191.56	10,360,698.59
Servicios Médicos	9,072,111.00	-	-		n.d.	44,109,000.00	433,008,647.32	486,189,758.32	81,031,626.39
Medicamentos	79,887,340.03	2,204,533.07	106,000.00	107,624,336.93	8,552,637.78	-	190,087,023.12	388,461,870.93	64,743,645.15
Equipo y material médico	34,586,287.58	14,348,196.41	644,000.00	55,743,222.04	n.d.	-		105,321,706.03	17,553,617.67
Eq. Y mat. No médico	90,786,388.36	-	-	30,262,095.91	n.d.	-		121,048,484.27	20,174,747.38
Infraestructura	445,136.20	35,299,196.12	1,736,000.00	24,401,160.07	n.d.	-		61,881,492.39	10,313,582.07
Mantenimiento	2,650,905.25	830,328.00	-	4,764,495.41	n.d.	-		8,245,728.66	1,374,288.11
Gastos No Clasificados	10,569,331.20	-	-	11,497,439.12	67,245,384.20	30,704,000.00		120,016,154.52	20,002,692.42
TOTAL	542,286,646.47	52,682,253.60	3,439,000.00	528,956,811.11	75,798,021.98	74,813,000.00	623,095,670.44	1,901,071,403.60	316,845,233.93
Dólares	90,381,107.75	8,780,375.60	573,166.67	88,159,468.52	12,633,003.66	12,468,833.33	103,849,278.41	316,845,233.93	

Cuadro 13B. Flujo de Agentes a Elementos de Gasto. Guatemala, 1996

Elemento de Gasto	Ministerio de Salud	Otros Ministerios	Fondos Sociales	IGSS	ONG	Seguros Privados	Fondo de Hogares	TOTAL	DOLARES
Servicios Personales	286,298,974.53	-	480,000.00	296,456,465.59	n.d.			583,235,440.12	97,205,906.69
Servicios No Personales	30,595,608.88	-		33,252,831.33	n.d.			63,848,440.21	10,641,406.70
Servicios Médicos	11,031,304.50	-	423,000.00		n.d.	56,453,000.00	479,575,420.67	547,482,725.17	91,247,120.86
Medicamentos	68,990,900.10		414,000.00	159,250,809.18	7,915,482.52		210,529,430.85	447,100,622.65	74,516,770.44
Equipo y material médico	41,599,789.28	5,307,646.44		63,246,201.17	n.d.			110,153,636.89	18,358,939.48
Eq. Y mat. No médico	97,501,389.57	-		36,737,335.31	n.d.			134,238,724.88	22,373,120.81
Infraestructura	398,337.20	8,306,888.64	6,360,000.00	6,288,059.19	n.d.			21,353,285.03	3,558,880.84
Mantenimiento	144,051.50	151,000.00		6,134,733.11	n.d.			6,429,784.61	1,071,630.77
Gastos No Clasificados	6,984,809.47	-		16,900,443.62	79,774,418.01	28,360,000.00		132,019,671.10	22,003,278.52
TOTAL	543,545,165.03	13,765,535.08	7,677,000.00	618,266,878.50	87,689,900.53	84,813,000.00	690,104,851.52	2,045,862,330.66	340,977,055.11
Dólares	90,590,860.84	2,294,255.85	1,279,500.00	103,044,479.75	14,614,983.42	14,135,500.00	115,017,475.25	340,977,055.11	

Cuadro 13C. Flujo de Agentes a Elementos de Gasto. Guatemala, 1997

Elemento de Gasto	Ministerio de Salud	Otros Ministerios	Fondos Sociales	IGSS	ONG	Seguros Privados	Fondo de Hogares	TOTAL	DOLARES
Servicios Personales	363,067,155.18	n.d.	358,000.00	358,274,361.00	n.d.			721,699,516.18	116,403,147.77
Servicios No Personales	42,198,739.62	n.d.		58,174,000.00	n.d.			100,372,739.62	16,189,151.55
Servicios Médicos	31,842,861.44	n.d.			n.d.	58,048,000.00	531,150,094.88	621,040,956.32	100,167,896.18
Medicamentos	71,112,446.19	n.d.	219,000.00	160,034,806.28	8,905,963.04		233,170,263.43	473,442,478.94	76,361,690.15
Equipo y material médico	49,262,851.80	n.d.		72,582,452.20	n.d.			121,845,304.00	19,652,468.39
Eq. Y mat. No médico	115,778,359.95	n.d.		40,758,829.91	n.d.			156,537,189.86	25,247,933.85
Infraestructura	36,777,362.21	n.d.	7,112,000.00	27,877,000.00	n.d.			71,766,362.21	11,575,219.71
Mantenimiento	9,233,061.54	n.d.		7,018,000.00	n.d.			16,251,061.54	2,621,138.96
Gastos No Clasificados	-	n.d.		17,716,727.00	92,541,521.39	38,101,666.09		148,359,914.48	23,929,018.46
TOTAL	719,272,837.93	-	7,689,000.00	742,436,176.39	101,447,484.43	96,149,666.09	764,320,358.32	2,431,315,523.15	392,147,665.02
Dólares	116,011,748.05	-	1,240,161.29	119,747,770.39	16,362,497.49	15,508,010.66	123,277,477.15	392,147,665.02	

4. Análisis y Usos de los Resultados

Los flujos presentados sobre el financiamiento y el gasto en salud en Guatemala, en los años 1995 a 1997 constituyen la primera revisión completa que se efectúa en el país, articulando los datos oficiales, que se producen regularmente, con información de reciente captación, sobre el gasto de los hogares y el espacio financiero de las ONG. Es prudente que, antes de interpretar esta información, se hagan algunas advertencias sobre los alcances y limitaciones de la investigación, especialmente las que ilustran sobre la calidad de los datos.

En cierto sentido, este primer ejercicio de contabilidad social en salud es realmente una evaluación de la factibilidad del registro, consolidación y análisis continuo de las cuentas nacionales de salud. La investigación permitió al equipo de trabajo familiarizarse con la lógica y la terminología de las cuentas nacionales, además de estimular la toma de contacto con las personas que, al interior de las instituciones, realizan las tareas de registro y ordenamiento de la información financiera. Durante el taller de presentación de resultados, se logró despertar el interés por trabajo colaborativo con la sección de Cuentas Nacionales del Banco Central, con el Instituto Nacional de Estadística (existe actualmente un activo proceso de acercamiento, que en breve se traducirá en un convenio de cooperación) y con el propio Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

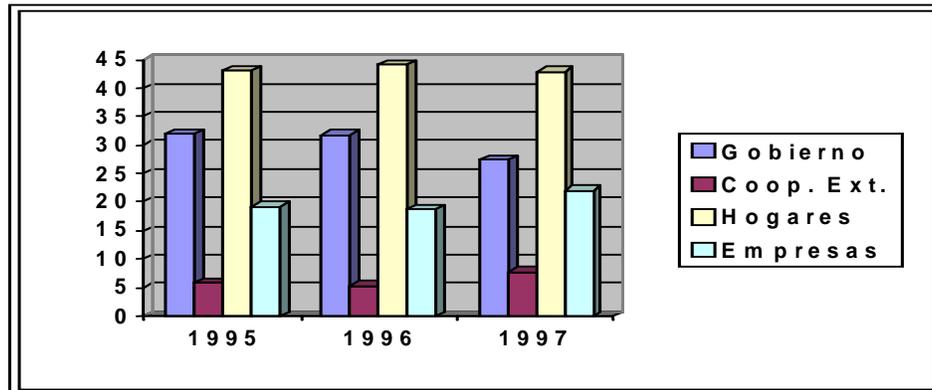
Aparte de la riqueza del proceso, debe advertirse que muchos de los datos son estimativos. Las cifras oficiales de la ejecución presupuestaria del MSPAS, del IGSS y de otros ministerios se consideran preliminares. Las cifras del gasto en ONG están circunscritas a aquellas organizaciones que se dedican exclusivamente a la prestación de servicios de salud, no a las multisectoriales. El gasto de los hogares y su composición es una estimación a partir de la encuesta realizada sobre gasto en salud por el Instituto Nacional de Estadística en cuatro departamentos del país, en 1997. Los resultados fueron ajustados para los años anteriores, con base en el crecimiento de población.

Se considera que los datos presentados corresponden a la tendencia del financiamiento de la salud en Guatemala. Sin embargo, su principal valor reside en estimular y permitir identificar las áreas de investigación para profundizar, y los temas del flujo financiero donde deberá depurarse la información. También ha permitido evaluar estrategias alternativas para la recolección y organización de los datos.

4.1 Análisis de los Flujos de Financiamiento y Gasto en Salud

En el plazo bajo estudio, el gasto nacional en salud (GNS) fluctuó en torno al 2.2% del PIB, lo que representa un gasto per cápita de US\$ 35 aproximadamente. En los tres años, la fuente principal de financiamiento fueron los hogares, con alrededor del 43% del gasto nacional de salud. Tres cuartas partes de ese gasto lo destinaron los hogares al pago directo a proveedores (gasto directo de bolsillo), y el 25% restante cubrió las contribuciones al seguro social, primas de seguros privados y aportes a ONG.

Gráfico 3. Participación Porcentual de Fuentes 1995-1997

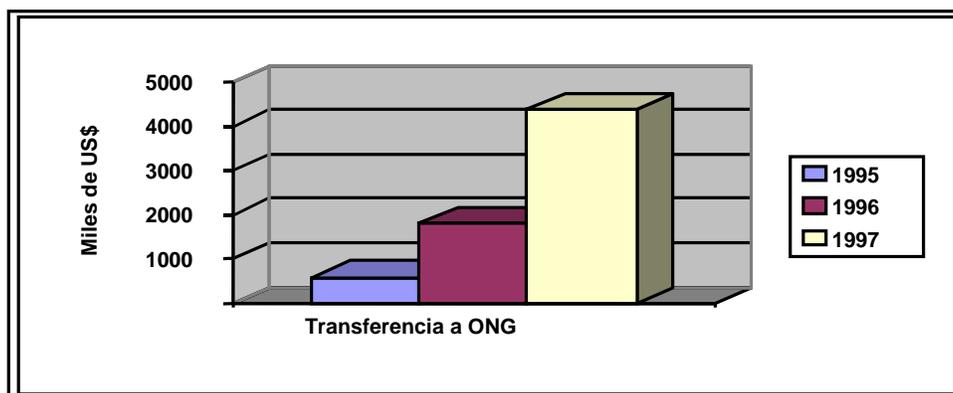


El financiamiento es inequitativo y duplicativo, considerando la baja cobertura de servicios que existe en el país, los altos niveles de pobreza extrema y no extrema, la predominancia de impuestos indirectos como fuente de ingresos fiscales que financian el gasto público en salud y la prevalencia de un perfil sociosanitario que demanda fuertes inversiones en salud pública.

La asignación del gobierno a los gastos en salud mostró un comportamiento decreciente: 31.9%, 31.7 y 27.4% en 1995, 1996 y 1997, respectivamente. Durante 1995, el IGSS captó el 16% del gasto gubernamental en salud; en los años siguientes, el 93% del gasto de gobierno fue retenido por el MSPAS, pues en lugar de continuar siendo el depositario de la cuota patronal del Estado, como hasta 1995, se trasladó esta función a las Obligaciones del Tesoro, y finalmente dicho pago no se hizo efectivo.

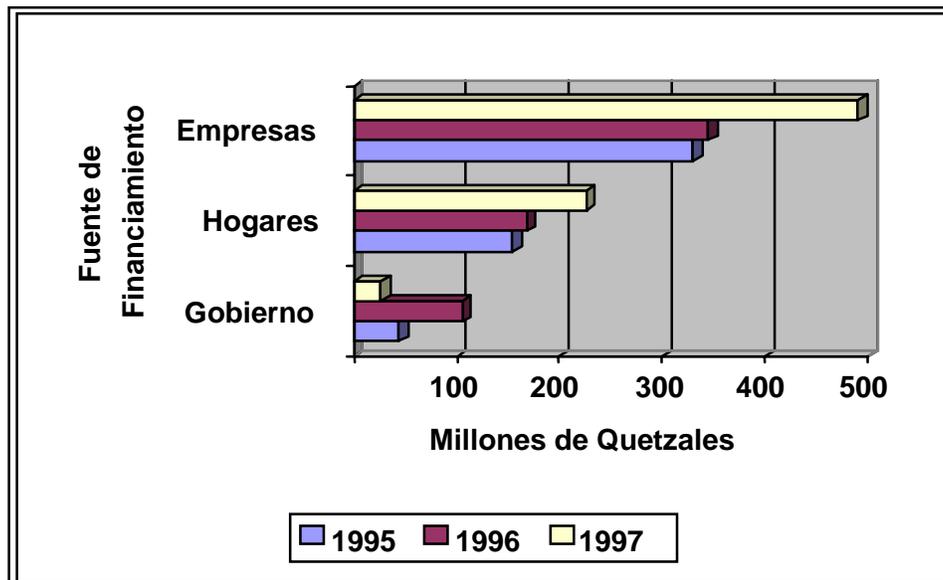
Hasta 1995, año en que inició el programa de reforma sectorial de salud, la mayor parte de las asignaciones del MSPAS como agente intermediario de financiamiento en salud eran dirigidas a sus propios establecimientos y en una proporción insignificante hacia otras entidades públicas. En los años 1996 y 1997 se percibe una mayor apertura al financiamiento de entidades no gubernamentales, reflejando así la política de extender cobertura por medio de otros prestadores de servicios.

Gráfico 4. Evolución de las Transferencias del MSPAS a Proveedores No Gubernamentales. 1995-1997



Esto también es consistente con las orientaciones de reforma del sector salud, en el sentido de cambiar el papel del MSPAS en el sistema de salud, reduciendo su perfil eminentemente proveedor (consumió alrededor del 27% del gasto nacional de salud asignado a proveedores) y fortaleciendo el rol rector, regulador y de agente intermediario del financiamiento en salud.

Gráfico 5. Financiamiento del IGSS por Fuente. 1995-1997.



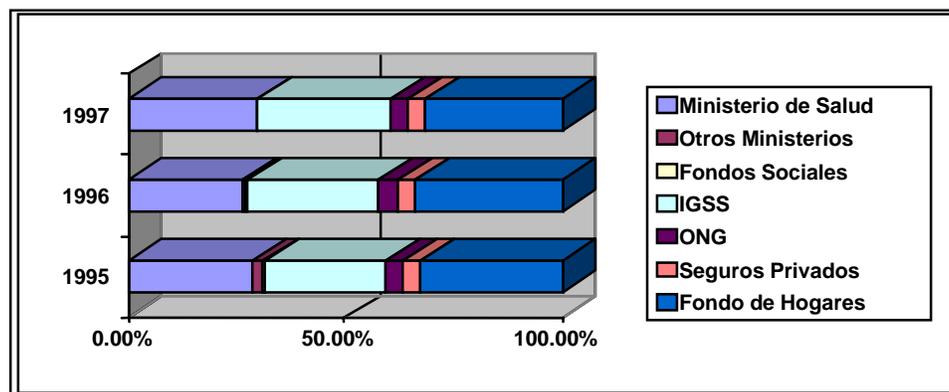
El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social–IGSS- con algo más que la mitad de usuarios del MSPAS, derivó en total Q.528, Q.618 y Q.742 millones en los años 1995, 1996 y 1997, respectivamente. Sus ingresos tuvieron un comportamiento relativo ascendente, principiando con el 27% y terminando el período con el 30% del gasto nacional de salud. En los tres años, la principal fuente de financiamiento del IGSS fueron las empresas, por medio de cuotas, intereses y recargos que significaron el 62%, 55% y 67% de sus ingresos, en los años correspondientes. Desde el punto de vista de las orientaciones de reforma, lo anterior refleja que la limitada cobertura de seguridad social en el país beneficia a los trabajadores del sector formal, principalmente urbano; las acciones para extender cobertura a otros sectores donde predomina el autoempleo podría modificar la estructura de financiamiento. Por otra parte, si las empresas aportan la mayor parte del financiamiento, existe la posibilidad de incentivar los programas de salud en las empresas y a la vez descongestionar los servicios de consulta externa y hospitalización, a través de sistemas de reversión de cuotas para aquellos patronos que ofrezcan servicios de salud a los empleados.

Sin embargo, en el plazo estudiado el IGSS no presentó registro de subcontratación de servicios médicos para sus afiliados. Durante 1998 se están realizando los estudios legales, financieros y técnico médicos para externalizar algunos servicios, como la consulta médica de los pensionados, la atención del parto sin complicaciones y la atención de enfermos renales crónicos.

Como entidades, el IGSS y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) constituyen los agentes intermediarios principales. Sin embargo, el fondo que los hogares destinan para el gasto de bolsillo en salud, es uno de los fondos más importantes en su peso relativo, y durante 1995, 1996 y 1997, significó el 32.8%, 31% y 38% respectivamente. En realidad, los hogares aportan al gasto en salud de diversas maneras. Sus pagos indirectos, en cuotas al seguro social (en promedio, 29% de los ingresos del IGSS) y aportes voluntarios a entidades no gubernamentales (0.02% del

ingreso de las ONG como agentes) se suman a los gastos directos a proveedores, con un peso porcentual como fuente del 43%.

Gráfico 6. Peso Porcentual de los Agentes Financieros dentro del Gasto Nacional de Salud 1995-1997



Esta elevada proporción del gasto de los hogares dentro del gasto social es posible porque los hogares realizan varias acciones en respuesta a sus problemas de salud, enfrentando una baja eficacia y costos crecientes en la atención. De acuerdo con estimaciones del gasto de bolsillo basadas en la Encuesta de Demanda de Servicios y Gastos en Salud (INE, 1997), el peso del gasto en salud dentro del gasto total del hogar asciende al 3.36%. Ajustando los valores del gasto de los hogares a los rubros que comprenden el gasto corriente (alimentación, vivienda, vestuario, educación, etc.), el porcentaje del gasto en salud se eleva al 6.07%. En los departamentos del país que padecen mayor precariedad, el gasto en salud sobre el gasto total es menor, pero al hacer la relación con el gasto corriente, se eleva su importancia en los departamentos más precarios (gráficos 7 y 8). Esto significa que los gastos en salud afectan en forma más acusada a la población más pobre y reducen el acceso de ésta a la canasta básica de bienes y servicios.

Desde la perspectiva de reforma en salud que el país ha emprendido, para elevar la eficiencia del gasto de los hogares será necesario ejercer un control más estrecho sobre los proveedores, ya que no existen mecanismos de acreditación, garantía de calidad e información al usuario, pero también es importante considerar una reforma del sistema de financiamiento de los servicios, que reduzca la cadena de atención, duplicativa en tratamientos y costos, que siguen los hogares; que estimule el desempeño de calidad de la atención y mantenga la libertad de elección de proveedor. Aunque esto se muestra complejo, las experiencias de otros países en la universalización de bienes asegurables de salud puede proveer lecciones importantes al proceso de reforma en Guatemala.

Así, la reforma de salud, específicamente en materia de financiamiento y gasto, puede producir impactos más importantes en la estrategia nacional de combate a la pobreza que la propia prestación de los servicios tradicionales por el Ministerio de Salud. Puesto que el gasto en salud de los hogares, dentro del sistema actual, reduce el acceso a la canasta básica de bienes y servicios (que demarca la línea de la pobreza), aquellos cambios en el financiamiento que reduzcan la carga sobre los hogares mediante la eficiencia del gasto y la costo efectividad de las acciones, elevará el ingreso disponible con mayor impacto en la población más pobre.

Gráfico 7. Gasto en Salud como Porcentaje del Gasto Total del Hogar, por Departamentos. 1997

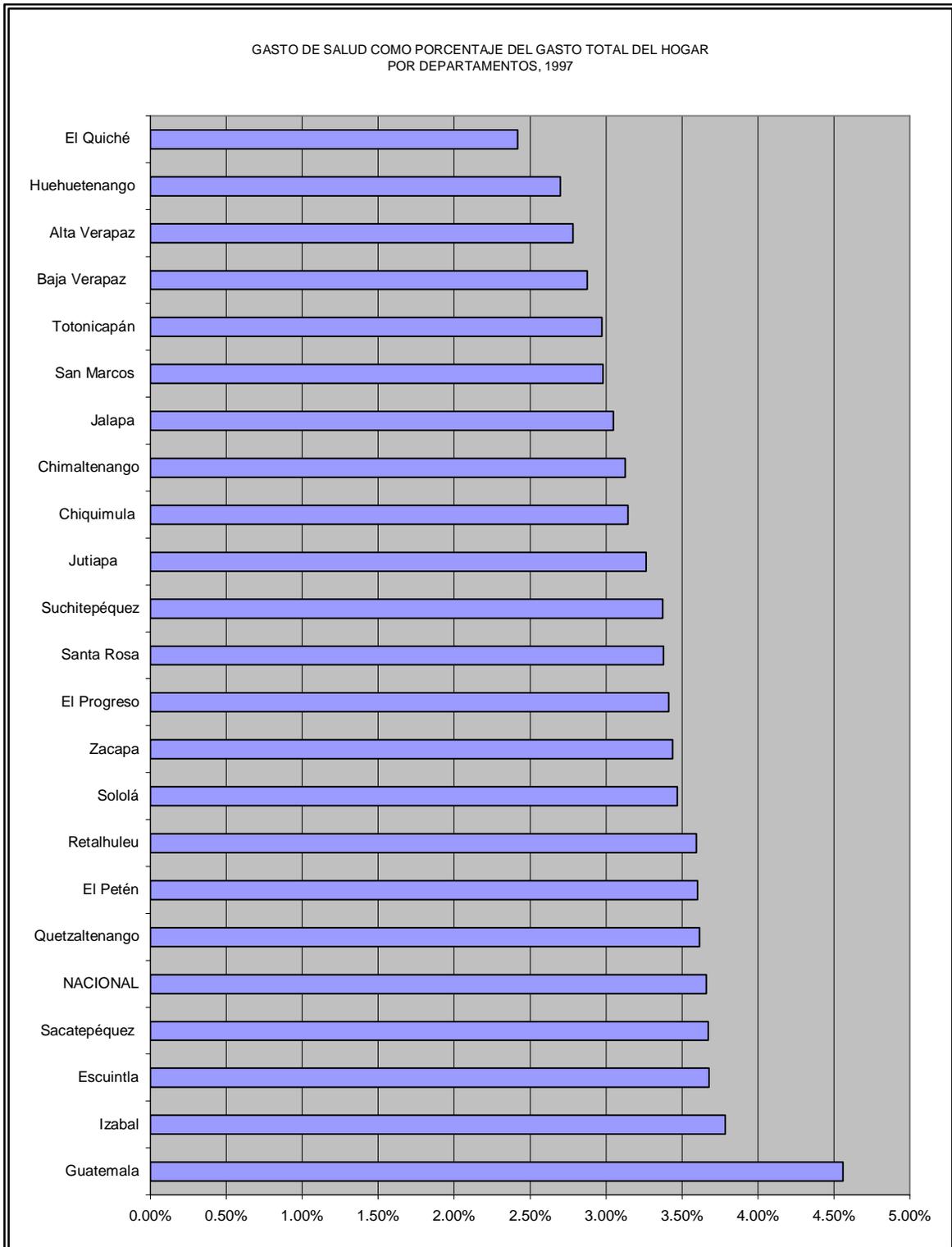
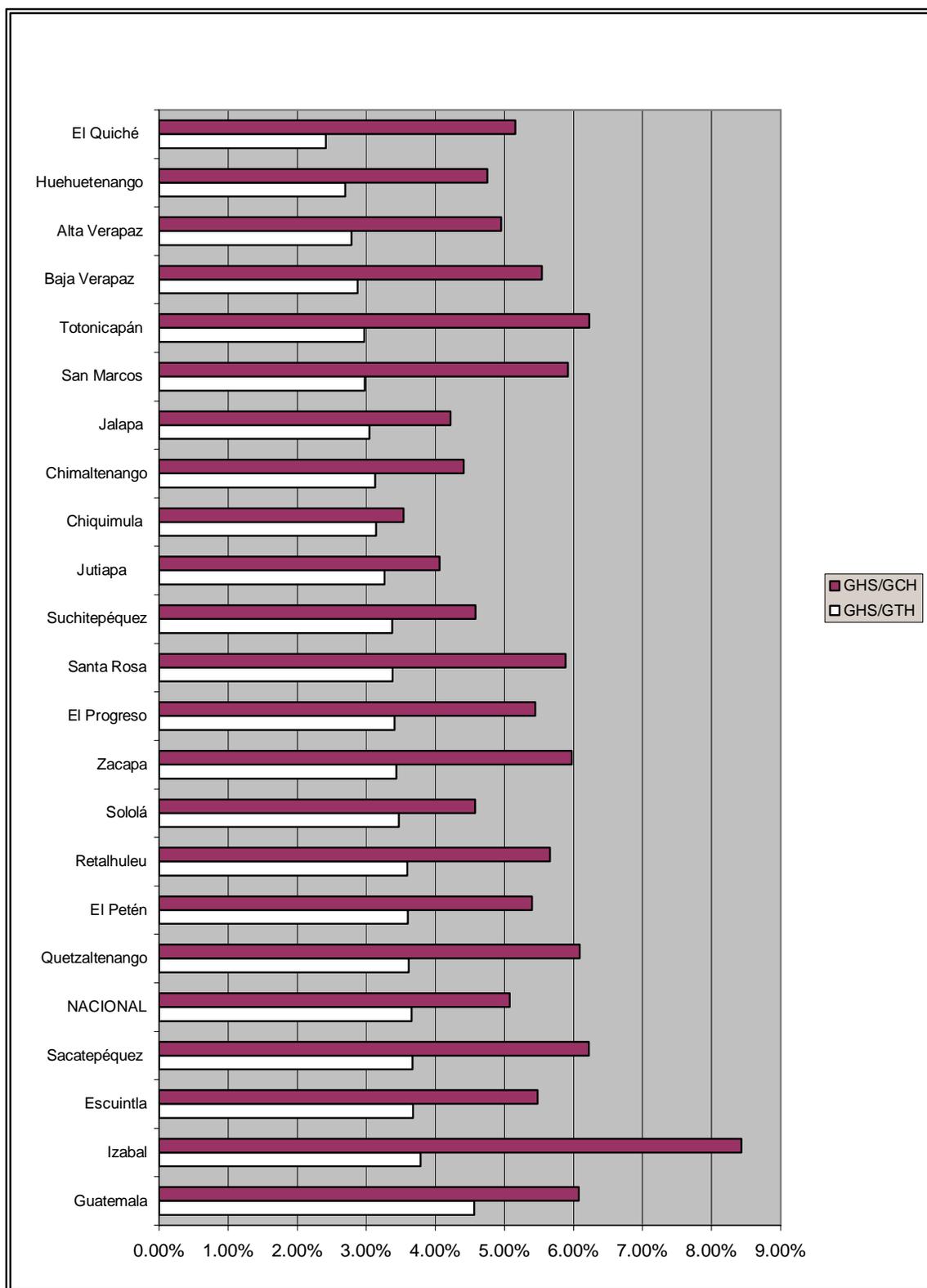


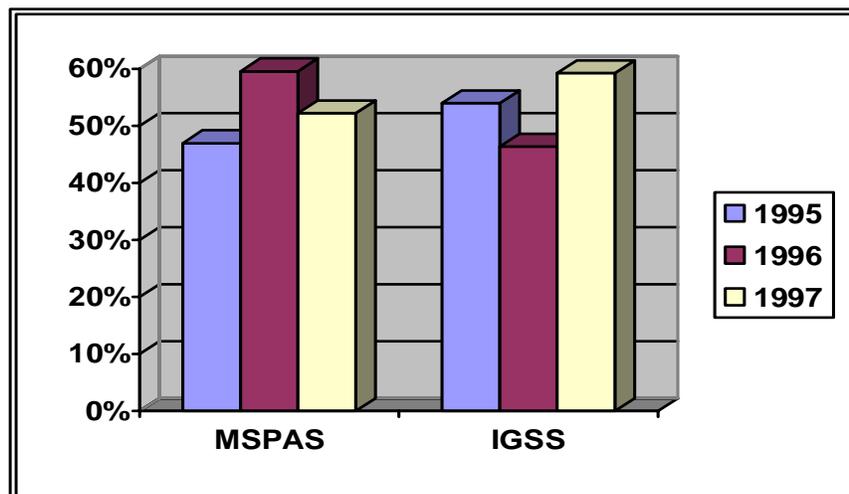
Gráfico 8. Gasto en Salud de los Hogares como Porcentaje del Gasto Total (GTH) y del Gasto Corriente (GCH), por Departamentos. 1997.



Tanto como resulta interesante el nivel y la distribución de los flujos de financiamiento, lo es la composición del gasto por funciones y elementos. Esta materia encierra particular significado en el caso de Guatemala: los Acuerdos de Paz establecen que para el año 2,000 el gasto público en programas preventivos deberá alcanzar un monto similar al de los gastos en la recuperación de la salud. Los resultados muestran un cuadro de difícil interpretación. Por una parte, no existe un sistema de registro de los gastos de atención ambulatoria que clasifique en forma separada la atención preventiva a las personas. Por otra parte, la mayoría de los agentes intermediarios, con excepción de las ONG, destinan un porcentaje pequeño de sus recursos a la atención preventiva.

De hecho, lo que muestra la clasificación de agentes a funciones es un cierto énfasis funcional del gasto que distingue a los agentes entre sí. El MSPAS y el IGSS, que a lo largo de los años han establecido la más amplia red de servicios hospitalarios, gastan un elevado porcentaje de sus recursos en este tipo de atención (gráfico 9).

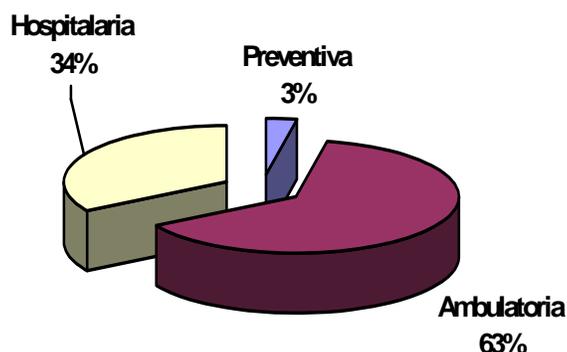
Gráfico 9. Gasto en Atención Hospitalaria como Porcentaje del Gasto Total del Agente: MSPAS e IGSS, 1995-1997



Los seguros privados, cuyo mercado es aún incipiente en Guatemala, se dedican exclusivamente a cubrir emergencias y traumatismos que requieren atención hospitalaria. Los fondos sociales y otros ministerios invierten principalmente en el desarrollo de infraestructura de servicios (construcción, remodelación y equipamiento de centros de salud y hospitales operados por el MSPAS).

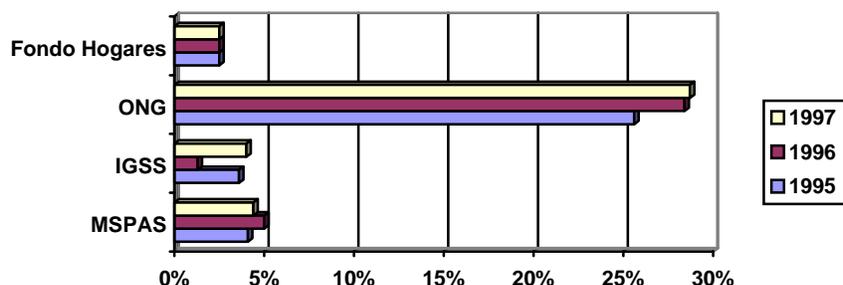
En el caso de los hogares, los resultados de la Encuesta de Demanda de Servicios y Gastos en Salud (INE, 1997) indican que la mayor parte del gasto de bolsillo se dirige a bienes y servicios de atención ambulatoria (gráfico 10). Los gastos de atención preventiva constituyen un 3% del total. Un tercio del gasto directo de bolsillo cubre las atenciones hospitalarias de tipo diverso, que tienen menor ocurrencia que la consulta médica pero significan costos más altos para las familias.

Gráfico 10. Composición del Gasto de Hogares por Funciones. 1997.



La evidencia obtenida señala que existirán dificultades para el cumplimiento de la meta contenida en los acuerdos de paz respecto al gasto en atención preventiva. Dicha meta fue trazada y avalada en la mesa de negociación sin que existiera una definición operacional de lo comprendido en este tipo de atención. Por otra parte, en este concepto se combinan los programas de salud pública con la atención preventiva a las personas, y este último rubro se mezcla con el gasto en atención ambulatoria de manera que es complicado establecer su monto. Finalmente, la meta fue establecida en ausencia de datos sobre las condiciones vigentes al momento de la firma del acuerdo; quizás por ello no se dimensionó adecuadamente el conjunto de implicaciones que traería para la recomposición del gasto en salud. Los datos también sugieren que el gasto preventivo es altamente vulnerable a los ajustes presupuestarios del sector público, tanto por la sensibilidad política del componente hospitalario, como por las demandas operacionales de los distintos componentes donde ya hay compromisos de gasto. La atención preventiva, como se ha puesto en evidencia durante la extensión de cobertura en el presente año, requiere de muchas actividades que, por sí mismas, no implican costos elevados como tendría, por ejemplo, un egreso hospitalario (gráfico 11).

Gráfico 11. Gasto en Atención Preventiva como Porcentaje del Gasto Total del Agente. 1995-97.



Es por ello que el programa de extensión de cobertura se realiza por medio de contratos con entidades no gubernamentales, que demuestran tener la capacidad administrativa y experiencia en la entrega de servicios a la población. El sector ONG, como se aprecia en el gráfico, aún en la delimitación efectuada a entidades que trabajan exclusivamente en el sector, destina una mayor proporción de sus recursos a la protección y promoción de la salud.

Cabe sin embargo, hacer una aclaración. En las condiciones de salud que actualmente experimenta la población guatemalteca, las principales acciones preventivas hacen relación con el saneamiento básico y la provisión de agua potable.

El componente de agua y saneamiento se cuenta entre los rubros más elevados del presupuesto de funcionamiento del MSPAS. Es el principal rubro de cooperación externa. No se incluye en el presente informe únicamente para fines de comparabilidad internacional. Recientemente, la inversión en agua y saneamiento fue trasladada al Instituto Nacional de Fomento Municipal; pero en el plazo estudiado constituyeron un eje fundamental de la estrategia preventiva del MSPAS.

Aparte de las fluctuaciones que muestra el gasto administrativo en el período, es notorio que se destina una alta proporción de recursos a esta función en entidades como el IGSS y fondos sociales (Gráfico 10). Los datos son insuficientes para afirmar que exista o no eficiencia en ese gasto, a nivel institucional; lo que puede afirmarse, y se ha dicho, es que reduciendo la dispersión y el traslape entre agentes intermediarios podría disminuir el peso del gasto administrativo en el gasto nacional de salud.

La clasificación por elemento de gasto mostró dificultades en las ONG, seguros privados y fondo de hogares; por ello, las afirmaciones sobre esta distribución deben tomarse con cautela.

El gasto en remuneraciones al personal es el rubro más elevado en instituciones como el MSPAS y el IGSS. Sin embargo, su peso relativo está disminuyendo a favor de otros rubros. En términos absolutos, el gasto en remuneraciones creció en ambas instituciones, aunque en el MSPAS el crecimiento fue mayor, debido a la política de equiparación progresiva de los salarios respecto al que recibe el personal del IGSS.

Gráfico 12. Gasto Administrativo como Porcentaje del Gasto Total del Agente. 1995-1997.

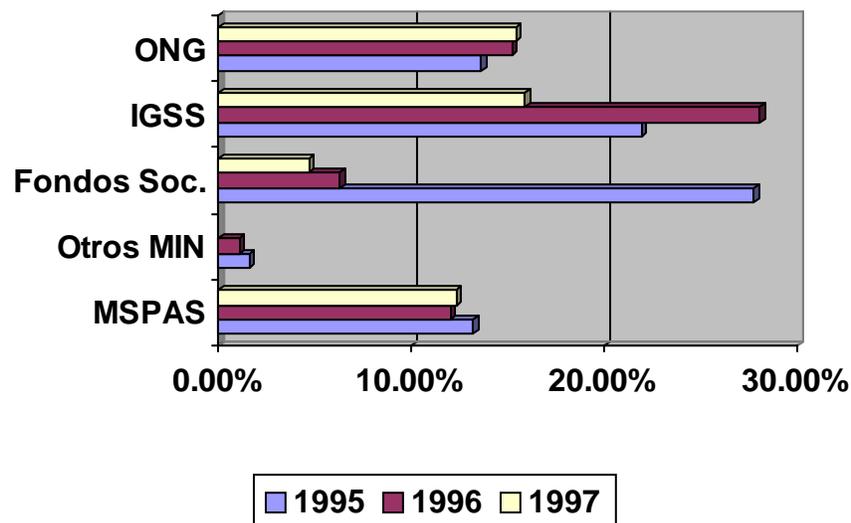


Gráfico 13. Índice de variación en el gasto en Servicios Personales en el MSPAS e IGSS, 1995-1997.

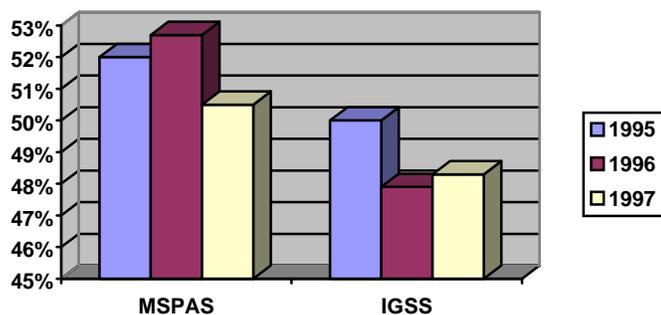


Gráfico 14. Gasto en Servicios Personales en MSPAS e IGSS como porcentaje del gasto total, 1995-1997.

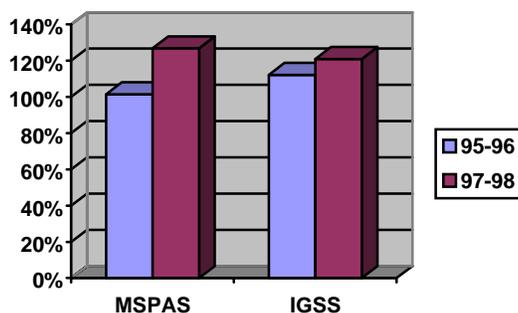


Gráfico 15. Peso porcentual de los Elementos de Gasto dentro del Gasto Nacional de Salud, 1995-1997

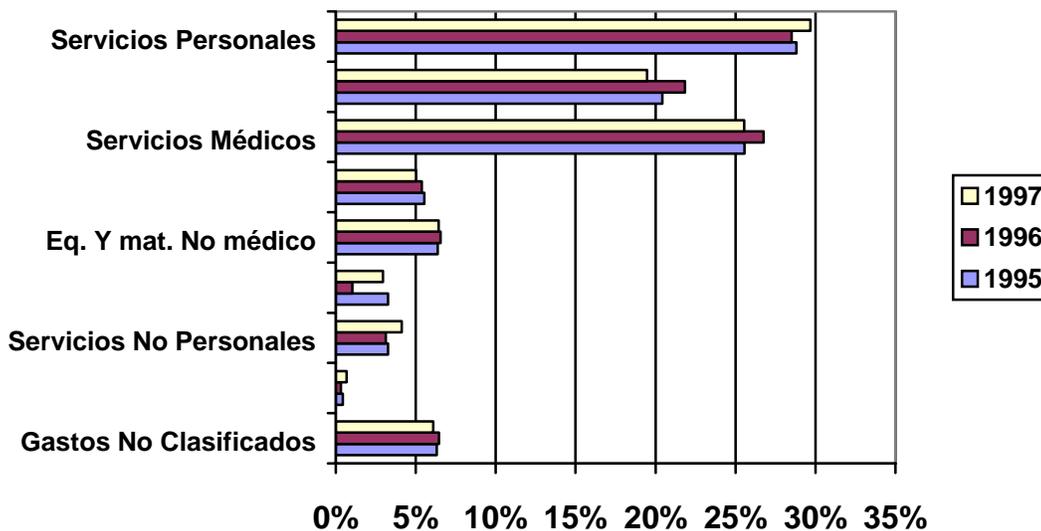
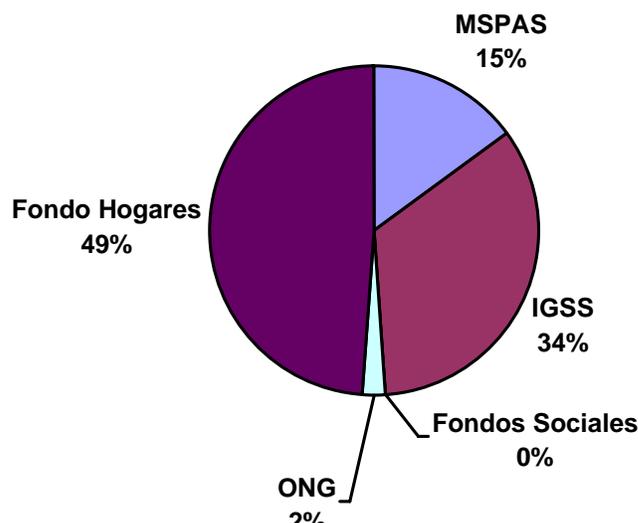


Gráfico 16. Peso Porcentual de los Agentes dentro del Gasto en Medicamentos. 1997



El gasto en medicamentos significó un 20% del gasto nacional de salud. De los más de US\$ 70 millones gastados en medicamentos, las principales compras corresponden al fondo de hogares, con el 49% del gasto en este rubro; el IGSS gastó el 34% y el MSPAS el 15%.

Los medicamentos consumen alrededor del 31% del gasto directo de bolsillo.

Dentro del gasto público, el gasto en medicamentos tiende a disminuir, como consecuencia de importantes reducciones de precio obtenidas mediante la negociación centralizada y compra descentralizada que en forma conjunta con el Ministerio de Finanzas Públicas están efectuando el MSPAS y el IGSS.

Las compras de medicamentos que realizan ONG y fondos sociales son mínimas en comparación con el total; las primeras, porque la prestación de servicios clínicos no es su función principal, sino las actividades preventivas. Los segundos, porque tales compras solamente sirven para el equipamiento mínimo de la infraestructura de salud.

Finalmente, debe notarse el rubro de “servicios médicos”. En este se aglutina la compra de servicios a proveedores que realizan los agentes. De acuerdo con las cifras, apenas un cuarto del gasto de los agentes supone la subcontratación de servicios a otros proveedores. Esto es bastante bajo, si se considera que entre los agentes están los hogares, los cuales gastan el 69% de los recursos del fondo de pagos directos en la contratación de servicios médicos. Los hogares tienen un peso porcentual dentro de la contratación de servicios médicos del 86%. Esto significa que los proveedores particulares tienen su mercado principal en los hogares y existe poca vinculación entre los agentes financieros y estos proveedores.

Las orientaciones de reforma plantean explícitamente una mayor participación de otros proveedores, a la vez que un perfil creciente como agentes financieros para las instituciones públicas. Parte de la complejidad envuelta en esto reside en que debe ordenarse la participación de los agentes, para simplificar y hacer más eficiente el flujo de intermediación, pero a la vez, debe crearse el marco regulatorio y financiero para la subcontratación de servicios privados bajo términos de aseguramiento de la salud a grupos actualmente no cubiertos por la seguridad social.

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

1. El gasto nacional de salud en Guatemala es una proporción pequeña y relativamente estable del PBI, oscilando en torno al 2.2%. Por habitante, se consumen en el país anualmente US\$ 35 a US\$ 37; el 43% de dichos recursos son aportados, en pagos directos o indirectos, por los hogares.
2. El gasto de gobierno en materia de salud tuvo entre 1995 y 1997 un comportamiento creciente (de US\$ 101 a US\$ 107 millones) en términos absolutos; sin embargo, su participación porcentual descendió del 32% al 27%. El gasto público se canalizó en forma preferente (arriba del 90%) hacia el Ministerio de Salud como agente; sin embargo, se aprecia un crecimiento de la financiación de actividades sanitarias de ONG con fondos públicos, en correspondencia con la política gubernamental para la extensión de cobertura.
3. Casi el 80% del gasto en salud fue destinado a la atención médica ambulatoria y hospitalaria; esta última captó el 46% del gasto en 1997, mientras que la atención ambulatoria decreció como proporción del gasto total. La atención preventiva a las personas fue difícil de aislar dentro de la atención ambulatoria; sin embargo, se recuperó la proporción del gasto en programas preventivos y de salud pública, mismos que no llegan al 5% del gasto nacional en salud.
4. Las remuneraciones al personal constituyen el principal elemento de gasto, principalmente para las instituciones del sector público (alrededor del 50% de su ejecución presupuestaria). Los medicamentos, que consumen el 20% del gasto nacional de salud, son el destino de gasto del 31% de los recursos del fondo de hogares. De los más de US\$ 70 millones gastados en medicamentos, las principales compras corresponden al fondo de hogares, con el 49% del gasto en este rubro; el IGSS gastó el 34% y el MSPAS el 15%.
5. La contratación de servicios médicos se incluyó como elemento de gasto, y ocupa la cuarta parte de los gastos en salud; para los hogares, este rubro comprende el 69% de los gastos de bolsillo; sin embargo, la práctica de subcontratación de servicios privados es aún incipiente para otros agentes que también son prestadores de servicios.
6. Los resultados indican que, en Guatemala, el financiamiento es inequitativo y duplicativo, considerando la baja cobertura de servicios que existe en el país, los altos niveles de pobreza extrema y no extrema, la predominancia de impuestos indirectos como fuente de ingresos fiscales que financian el gasto público en salud y la prevalencia de un perfil sociosanitario que demanda fuertes inversiones en salud pública y atención preventiva.

5.2 Recomendaciones

1. El análisis de las cuentas nacionales de salud ofrece importantes insumos para el diseño de política pública y la orientación de los programas de reforma, por lo cual es imprescindible establecer un sistema de estadísticas continuas así como espacios interinstitucionales de análisis que permitan el monitoreo de los flujos de financiamiento y gasto y provean fundamento racional

a las decisiones estructurales y coyunturales que afectan la composición y dinámica del sector salud.

2. En Guatemala, considerando la dispersión y traslape funcional de los agentes intermediarios, parece impostergable modificar el papel del MSPAS en el sistema de salud, reduciendo su perfil eminentemente proveedor y fortaleciendo el rol rector, regulador y de agente intermediario del financiamiento en salud.
3. La limitada cobertura de seguridad social en el país beneficia principalmente a los trabajadores del sector formal urbano; las acciones para extender cobertura a otros sectores donde predomina el autoempleo podrían modificar la estructura de financiamiento. Por otra parte, dado que las empresas aportan la mayor parte del financiamiento de servicios médicos de la seguridad social, existe la posibilidad de incentivar los programas de salud en las empresas y a la vez descongestionar los servicios de consulta externa y hospitalización, a través de sistemas de reversión de cuotas para aquellos patronos que ofrezcan servicios de salud a los empleados.
4. Para elevar la eficiencia del gasto de los hogares será necesario ejercer un control más estrecho sobre los proveedores, ya que no existen mecanismos de acreditación, garantía de calidad e información al usuario, pero también es importante considerar una reforma del sistema de financiamiento de los servicios, que reduzca la cadena de atención, duplicativa en tratamientos y costos, que siguen los hogares; que estimule el desempeño de calidad de la atención y mantenga la libertad de elección de proveedor. Aunque esto se muestra complejo, las experiencias de otros países en la universalización de bienes asegurables de salud puede proveer lecciones importantes al proceso de reforma en Guatemala.
5. Los datos sobre el gasto en atención preventiva indican que existirán dificultades para el cumplimiento de la meta contenida en los acuerdos de paz (que el 50% del gasto público deberá hacerse, para el año 2,000, en atención preventiva). Dicha meta fue trazada y avalada en la mesa de negociación sin que existiera una definición operacional de lo comprendido en este tipo de atención. Por otra parte, en este concepto se combinan los programas de salud pública con la atención preventiva a las personas, y este último rubro se mezcla con el gasto en atención ambulatoria de manera que es complicado establecer su monto. Finalmente, la meta fue establecida en ausencia de datos sobre las condiciones vigentes al momento de la firma del acuerdo definitivo de paz; quizás por ello no se dimensionó adecuadamente el conjunto de implicaciones que traería para la recomposición del gasto en salud. Será necesario revisar y reflexionar sobre los datos que arrojan las cuentas nacionales para generar expectativas más realistas sobre el particular.
6. El sistema de adquisición de medicamentos del MSPAS e IGSS ha permitido importantes ahorros institucionales, que se piensa volcar a la población con la red no lucrativa de distribución de medicamentos (PROAM). Considerando que, de los más de US\$ 70 millones gastados en medicamentos, las principales compras corresponden al fondo de hogares, con el 49% del gasto en este rubro, se recomienda impulsar el programa de accesibilidad de medicamentos para trasladar a la población los beneficios del nuevo sistema de compra consolidada a través de farmacias estatales y municipales y botiquines rurales.
7. Las orientaciones de reforma plantean explícitamente una mayor participación de otros proveedores, a la vez que un perfil creciente como agentes financieros para las instituciones públicas. Parte de la complejidad envuelta en esto reside en que debe ordenarse la participación de los agentes, para simplificar y hacer más eficiente el flujo de intermediación, pero a la vez, debe crearse el marco regulatorio y financiero para la subcontratación de servicios privados bajo términos de aseguramiento de la salud a grupos actualmente no cubiertos por la seguridad social.

Anexo 1: Metodológico

El Gasto en Salud como Porcentaje del PIB: ¿Por qué disminuyó, de 3.3% en 1990 a 2.2% en 1997?

Introducción

La estimación del gasto nacional de salud para 1997, efectuada como parte del estudio de Cuentas Nacionales de Salud en Guatemala, arrojó como resultado un gasto total de US\$ 405,219 miles, para un año en el que el PIB alcanzó los US\$ 17,985,917 miles. Como porcentaje del PIB, el gasto en salud alcanzó el 2.25%, cifra inferior a la reportada para 1990 (3.3%) por el estudio “*Gasto Nacional y Financiamiento del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa*” (OPS/OMS, 1994. Programa de Políticas de Salud, División Salud y Desarrollo. Serie Informe sobre Iniciativas Especiales No. 10).

La disminución en el gasto en salud como porcentaje del PIB, ¿tiene fundamento explicativo o señala un error en la estimación de 1997? El propósito de este documento es presentar las razones y evidencias que permitan evaluar si es válida la estimación de 1997.

Asimetría en los ritmos de crecimiento

El gasto nacional de salud, de acuerdo con la estimación 1990, alcanzó el 3.3% del PIB para ese año. Si el PIB de 1990 fue de Q. 34,291 millones, entonces la estimación del gasto en salud para ese año, asciende a Q. 1,131.6 millones. La estimación de 1997 propone que el gasto nacional de salud alcanzó el 2.25% del PIB, el cual fue estimado en Q. 107,915.5 millones. El gasto en salud se calcula para 1997 en Q. 2,431.3 millones. En términos corrientes, en 1997 el PIB fue 3.15 veces más elevado que en 1990; el gasto nacional de salud de 1997 fue 2.15 veces más elevado que en 1990. El gasto en salud se duplicó, pero el PIB se triplicó. Como resultado, la proporción del gasto en salud sobre el PIB decreció, pese a que mantuvo un comportamiento creciente.

Cuadro 1. Gasto en Salud como Proporción del PIB en 1990 y 1997			
	1990	1997	1997/1990
PIB	34,291.0	107,915.5	3.15
Gasto en Salud	1,131.6	2,431.3	2.15
GNS/PIB	3.3%	2.25%	0.68

Estudios anteriores (Govindaraj, R. et al., 1994. *Health Expenditures in Latin America*. The World Bank. Latin American and Caribbean Technical Department) han encontrado que el porcentaje del PIB destinado al gasto nacional de salud no es elástico al ingreso, aunque éste si tiene un impacto visible sobre el gasto público en salud.

Sin embargo, el año de 1990 fue, entre 1950 y 1997, el que registró la tasa más alta de inflación: 60.64%. Durante los dos años siguientes se mantuvo una férrea disciplina fiscal; el sector público mantuvo el gasto igual a los ingresos y en 1993, se introdujo una reforma constitucional que impide al Banco Central prestar dinero al gobierno. La tasa de inflación cayó a 13.73% y siguió disminuyendo

hasta que, a partir de 1995, se mantuvo en menos de dos dígitos. Contra la estimación de OPS/OMS para 1990, el gasto público como porcentaje del PIB no alcanzó el 1.16% sino 0.93% y el año siguiente (1991) disminuyó a 0.8%. Durante el resto del quinquenio 90-94, el gasto público en salud como porcentaje del PIB se mantuvo por debajo del 1% y entre 1995 y 1997 (años comprendidos en el estudio de Cuentas Nacionales de Salud) sus incrementos fueron menos que proporcionales al incremento del PIB, en términos corrientes.

Bases para la estimación del Gasto Privado en Salud

El citado estudio del Banco Mundial arrojó una estimación todavía más audaz: para 1990, estimó que el gasto nacional en salud ocuparía el 5% del PIB, colocando a Guatemala por encima de Venezuela, Perú y Paraguay, así como de varias islas del Caribe. El 58% de dicho gasto sería de financiación privada, ya que el gasto privado en salud representaría un 2.93% del PIB. Dichos resultados son explicables, al conocer el procedimiento de estimación del sector privado: fueron empleadas ecuaciones predictivas, basadas en una muestra de países del mundo entero, en las cuales se incluyeron resultados de una estimación previa sobre el gasto público y que después se aplicaron a un conjunto de países latinoamericanos. En todo caso, sus conclusiones aclaran que no se encontró relación entre el gasto privado en salud como porcentaje del PIB y los indicadores de salud, la región geográfica o el gasto público en salud. Nótese que un 5% del PIB en Guatemala corresponde a la tercera parte del producto industrial.

El estudio de OPS/OMS utilizó, como base para la estimación del gasto privado en salud, la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares efectuada en 1979/1980. Esto significa que la estimación de 1990 debió hacerse sobre supuestos de lo que ocurrió durante poco más de una década. No cualquier década, sino aquella en que la crisis económica y política tocó su punto más álgido. Devaluación, inflación, recorte de gastos estatales, eliminación de subsidios, impuesto al valor agregado, migraciones masivas por el conflicto armado; todos ellos fenómenos inéditos en la sociedad guatemalteca, que ocurrieron en forma combinada durante la “década perdida”, con imprevisibles efectos sobre los gastos en salud.

Para tomar la dimensión de lo que esto significa, nótese que el censo de población en el que se basaron las estimaciones de la época también databa de 1980; el censo efectuado en 1994 reportó un sobredimensionamiento de población, en las estimaciones de 1980, de alrededor de 2 millones de personas.

Si bien el nivel de gasto privado pudo sobreestimarse, su estructura no difiere en forma significativa de la reportada por la estimación de CNS 1997. Si es visible que la proporción del gasto de los hogares en salud creció en el período. Su composición, y su participación en el gasto en salud, parecen similares.

Cuadro 2. Comparación de resultados de la proporción del gasto del hogar destinado a salud, por grupos de gasto, entre la estimación de OPS-90 y la Encuesta de Gastos en Salud INE 1997			
Grupos	OPS 90	Grupos	INE 97
1	1.3%	1	1.5%
2	1.7%	2	2.1%
3	2.2%	3	3.2%
4	1.3%	4	3.8%
		5	3.1%
TOTAL	1.64		3.0%

Cuadro 3. Distribución de los Gastos en Salud de los Hogares, según estimación de OPS-90 y Encuesta de Gastos de Hogares 1997 del INE.		
	OPS-90	INE-97
Medicamentos	43.5%	30.5%
Atención Ambulatoria	44.8%	33.2%
Atención Hospitalaria (1)	9.5%	33.8%
Atención Preventiva		2.5%
Otros	2.2%	
TOTAL	100%	100%

(1) En la estimación OPS-90, este rubro está incluido entre el gasto en medicamentos.

Cuadro 4. Peso porcentual en el PIB del gasto de los principales agentes del financiamiento en salud, 1980, 1990 y 1997			
	1980	1990	1997
Gobierno central	0.80%	1.20%	0.67%
Seguridad Social	0.60%	0.50%	0.69%
Hogares	1.54%	1.60%	0.71%
ONG y seguros privados			0.18%
TOTAL	2.9%	3%	2.25%

Si comparamos en el cuadro anterior las cifras de 1980 y 1997, vemos el principal descenso en el gasto de los hogares. En el mismo período, el porcentaje de población pobre pasó de 53% a 75%. El PIB per cápita, en términos reales, no ha llegado a alcanzar el nivel de 1980. Según la Encuesta Nacional Sociodemográfica, en 1989 el 20% superior de la población captaba el 63% del ingreso, y el país exhibía un coeficiente de Gini de 59.6, solamente superado a nivel mundial (según el Informe sobre el desarrollo mundial 1997, Banco Mundial) por Brasil, con 63.4. Parece evidente que las estimaciones de 1990, tanto de OPS/OMS como del Banco Mundial, realizadas sobre un grupo de países y centradas en variables del gasto en salud, no recogen la dinámica interna que en países como Guatemala produjo la contracción del ingreso real, ante el cual es sensible el gasto en salud, toda vez que, como se sabe, posee una elasticidad más que proporcional al ingreso.

El bajo gasto en salud como proporción del PIB también llamó la atención en términos comparativos con otros países de la red CNS; para ilustrar las diferencias de Guatemala con los otros siete países, se presentan los cuadros basados en la estimación de OPS, a continuación.

Cuadro 5. Gasto Privado Directo en Salud, como porcentaje del PIB	
Pais	1990
El Salvador	3.70
Nicaragua	3.42
República Dominicana	3.28
Bolivia	3.10
Ecuador	2.80
México	2.76
Perú	2.30
Guatemala	1.54

OPS/OMS. Financiamiento y Gasto en Salud en las Américas, 1994.

Countries	Year	%
El Salvador	1990-91	4.20
Nicaragua	1984	4.80
República Dominicana	1984	4.90
Bolivia	1990-91	4.40
Ecuador	1994-95	2.90
México	1992	3.40
Perú	1991	2.20
Guatemala	1979-81	2.00

OPS/OMS. Financiamiento y Gasto en Salud en las Américas, 1994.

Country	Year	Total	1st	2nd	3rd	4th
El Salvador						
Nicaragua						
República Dominicana						
Bolivia	1994-95	4.4	2.2	3.3	3.4	5.3
Ecuador	1991	4.2	3.3	4.5	4.2	3.8
México	1992	3.5	4.1	3.9	3.1	3.3
Perú	1985-86	3.9	3.2	3.3	4	4.6
Guatemala	1979-81	1.6	1.3	1.7	2.2	1.3

Considérense las diferencias del peso del gasto privado sobre el PIB, del gasto en salud como porcentaje del gasto total del hogar, y de la distribución de éste por cuartiles, respecto a otros países dentro de la red CNS, y por triangulación, se hará explicable la diferencia que existe en el porcentaje del PIB destinado a salud.

Categorías comprendidas en la definición del gasto en salud

De acuerdo con el Informe sobre Iniciativas Especiales No. 10 del Proyecto de Economía y Financiamiento de la Salud (OPS/OMS) titulado “Gasto Nacional y Financiamiento del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la década de los noventa”, la estimación del gasto de salud para 1990 incluyó categorías tales como: “transferencias a instituciones de beneficencia, programas especiales de salud (nutrición, población, planificación familiar)” (pag. 25) y “gastos en programas de salud pública y sanidad y el gasto en investigaciones” (pag. 26). El porcentaje reportado en este estudio como gasto público en salud sobre el PIB, corresponde al gasto sectorial de salud del gobierno central, sin descuentos de ninguna clase.

En el estudio de cuentas nacionales se han practicado recortes, cuya magnitud se detalla en el anexo 1. Baste decir que, solo respecto al Ministerio de Salud, los recortes alcanzaron los 91 millones de quetzales para 1997. En el caso de la Seguridad Social, el Programa de Enfermedad, Maternidad y Accidentes fue incluido en la estimación de OPS-90; en la estimación CNS-97, se descontó de este programa las prestaciones en dinero y se tomaron únicamente las prestaciones en servicio. Los fondos sociales, que efectúan inversiones en infraestructura de salud, fueron considerados únicamente como

financiadores de construcción y equipamiento de instalaciones de salud, así como de programas de capacitación al personal, descontándose las inversiones en agua y saneamiento. Por la misma razón, el Ministerio de Comunicaciones, Transporte y Obras Públicas, cuyo gasto en salud se cuenta entre el grupo de “Otros Ministerios” sufrió reducciones importantes.

Limitaciones de la estimación del PIB

Aunque el Banco Central de Guatemala está desarrollando esfuerzos en el orden conceptual y metodológico para establecer el Sistema de Cuentas Nacionales 1993, durante los años comprendidos en la presente estimación, se tomó como base el Producto Interno Bruto cuyo año base es 1958. Analistas nacionales e internacionales coinciden en señalar la fragilidad de esta estimación frente a la evidencia de crecimiento, y la noción corriente respecto a este indicador del desempeño global de la economía es que suele incurrirse en sobreestimación.

Tanto el Banco Central como el Instituto Nacional de Estadística producen cifras periódicas sobre el comportamiento de la inflación; sin embargo, entre el IPC calculado por el INE y el que genera el Banguat se producen discrepancias generalmente por infraestimación de la inflación por parte del Banguat. Esto incide en que los valores deflactados del PIB también tengan limitaciones de confiabilidad y que su sesgo sea hacia el sobredimensionamiento.

Dado que una parte importante de la actividad económica agrícola es autoconsuntiva y otra parte, también importante, pertenece al sector informal urbano, las cifras estimativas sobre estos sectores ofrecen serias dudas en cuanto a su validez.

Esto afecta a la estimación del gasto en salud como porcentaje del PIB, porque el cociente es más reducido si el denominador está sobreestimado.

Subestimación del gasto en salud para 1997

Se reconoce que los cálculos del gasto nacional de salud son conservadores. Se ha tenido especial cuidado en evitar que la discrepancia entre la estimación y el gasto real ocurra por exceso.

Las principales áreas donde se identifica esta subestimación son:

- a) *El gasto de ONG.* Solamente se incluyó a las entidades cuya actividad exclusiva o principal es la atención clínica o preventiva de salud. Sin embargo, existen varias organizaciones de orientación multiprogramática, que invierten en educación para la salud, distribución de medicamentos, capacitación de promotores de salud y otras acciones similares.
- b) *Otros Ministerios, 1997.* Debido a que no se ha tenido acceso a los reportes de ejecución presupuestaria de estas entidades, el dato de su gasto en salud se presenta como “no disponible” en la estimación para 1997.
- c) *Gasto de las Empresas.* Las estimaciones para los años comprendidos en el estudio no incluyen el gasto directo de las empresas en la provisión de servicios a sus empleados, a través de clínicas dentro de las empresas o el reembolso de gastos médicos a sus empleados. Aunque no es una práctica muy extendida en el país, algunas empresas industriales clasificadas como grandes, generalmente transnacionales, ofrecen este tipo de prestación a sus empleados.
- d) *Gasto directo de bolsillo.* La estimación del gasto de bolsillo parece satisfactoria en la mayoría de los casos, sin embargo, se presume que adolece de subestimación para el caso de la ciudad de Guatemala, en donde se concentra tanto la oferta de servicios privados hospitalarios y especializados, como la población de más altos ingresos del país. Se espera

que la Encuesta de Ingresos y Gastos del INE, actualmente en fase de recolección, provea valores regionales para ajustar la estimación actual.

Anexo 2: Reseña Metodológica

El estudio de los flujos de financiamiento y gasto en salud 1995-1997 fue efectuado, en primer lugar, por generar información de base para orientar el proceso de reforma que impulsa el Ministerio de Salud. Sin embargo, dado que el proyecto nacional forma parte de una iniciativa regional, requiere de ciertas condiciones favorables a la comparabilidad internacional de los datos. Ello motivó que el informe se generase sobre bases metodológicas congruentes con los lineamientos técnicos de PHR–Harvard, sin que ello limite las posibilidades del país para efectuar ulteriormente sus propios análisis sobre esquemas categoriales distintos. Este anexo describe, para los fines del informe presentado, la delimitación del concepto de gasto en salud, las clasificaciones y definiciones de categorías relevantes de gasto, las fuentes de información sobre cada segmento estudiado–fuentes, agentes y proveedores públicos y privados- así como los procesos de estimación seguidos en el caso de datos incompletos o muestrales.

Definición y Delimitación del Gasto en Salud

El gasto en salud fue definido como la utilización de recursos financieros con el propósito explícito y primario de proteger, promover, recuperar o rehabilitar la salud. Por ende, incluye las acciones preventivas de salud pública (alcance colectivo, bienes públicos de salud), la atención preventiva a las personas (orientada a promover o proteger su salud) y la atención curativa (ambulatoria y hospitalaria).

Dentro de las acciones preventivas de salud pública no fue incluida la inversión en agua y saneamiento, por las razones siguientes:

- > La construcción de sistemas de distribución de agua entubada, letrinas, drenajes y alcantarillado constituyen infraestructura social básica que, sin embargo, por sí misma, no ofrece garantías de mejorar la salud de la población; dicho resultado depende de la educación que la población reciba para su utilización y mantenimiento, de la vigilancia sanitaria que se ejerza sobre ellos y del aseguramiento de su salubridad; tales funciones, en el país, corresponden al Ministerio de Salud y los gastos efectuados en dichas funciones sí se recogen dentro del gasto en salud y aparecen en el presupuesto como gasto de funcionamiento.
- > A partir de 1998, en el presupuesto de gobierno las inversiones en agua y saneamiento fueron excluidas del sector salud y asistencia social, se les consideró atribución municipal y sus recursos han sido transferidos a los fondos sociales y al Instituto Nacional de Fomento Municipal–INFOM. En previsión del establecimiento de un sistema continuo de registro y análisis de los flujos de financiamiento y gasto en salud, es conveniente que, para fines de comparabilidad intertemporal, la línea de base de las CNS excluyan este rubro.
- > Desde la perspectiva de comparabilidad internacional, las inversiones en agua y saneamiento no se incluyen en el gasto en salud, principalmente en los países desarrollados y algunos países en desarrollo que han alcanzado coberturas aceptables en agua y saneamiento. En países como Guatemala, el déficit de agua y saneamiento es tan elevado, que las inversiones en este ítem ocupan hasta una cuarta parte del presupuesto de inversión en salud y pueden ofrecer resultados equívocos al compararse con otros países que han

excluido este rubro de su gasto en salud.

Los gastos de previsión social/asistencia social también fueron excluidos del concepto de gasto en salud. Tales gastos incluyen las transferencias a entidades de beneficencia, hogares de ancianos, prestaciones en dinero por incapacidad temporal, por invalidez, vejez o sobrevivencia, ayudas para entierros y otras transferencias monetarias a personas.

Algunas entidades, como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social–MSPAS y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social–IGSS realizan contribuciones a organismos internacionales y aportan al sostenimiento de entidades gubernamentales no directamente relacionadas con la salud (como la Superintendencia de Bancos). Estas transferencias no fueron incluidas dentro de la definición de gasto en salud.

Tampoco se incluyó dentro del gasto en salud de cada año la cancelación de la deuda flotante, es decir, los pagos efectuados sobre gasto causado en años anteriores. Las operaciones financieras del IGSS que supusieron gasto (intereses, comisiones, etc.) tampoco fueron incluidas.

La definición restringida del gasto en salud puede ofrecer importantes diferencias respecto a la suma de los presupuestos ejecutados por las instituciones, ya que los recortes mencionados constituyen una parte voluminosa del gasto. En los anexos sobre el subsector público de la atención se presentan las cifras del gasto total, el gasto específico de salud y los rubros no incluidos.

Definición y clasificación de las Fuentes de Financiamiento

En congruencia con el esquema conceptual de las cuentas nacionales de salud, fueron identificadas cuatro fuentes de financiamiento: el gobierno, la cooperación externa, las empresas y los hogares.

Gasto de Gobierno: El financiamiento proveniente de ingresos ordinarios y extraordinarios de gobierno y canalizado hacia agentes gubernamentales y no gubernamentales, en las categorías admitidas por la definición correspondiente, fue considerado gasto público en salud. El gasto de gobierno, en millones de quetzales, fue de 610 (1995), 648 (1996) y 664 (1997). De este total, la proporción captada por agentes gubernamentales fue de 98.5%. De acuerdo con las estimaciones del gasto nacional de salud, el financiamiento gubernamental creció a un ritmo menor que el de otras fuentes, por lo que su participación fue decreciendo en el período: 31.9% (1995), 31.7% (1996) y 27.3% (1997). Cabe aclarar que el gasto público en salud no corresponde enteramente al gasto ejecutado en el sector “Salud y Asistencia Social” dentro del presupuesto de gobierno, por los recortes inherentes a la definición de gasto en salud. En el anexo sobre el subsector público de la atención se presenta el reporte de ejecución del gasto sectorial de salud y su distribución por agentes, además de los rubros no incluidos para la presente estimación.

Cooperación Externa: Los gastos de gobierno cubiertos con donaciones y préstamos de la cooperación multi y bilateral, así como los recursos externos captados por las ONG fueron agrupados en la denominación de Cooperación Externa como fuente de financiamiento. Desde cierta perspectiva, los préstamos al gobierno pueden considerarse como gasto de este último, debido a que, en cierto momento, serán reembolsados con recursos internos de gobierno. Sin embargo, para la presente estimación prevaleció el criterio de tomar los gastos actuales de sus fuentes actuales, y no tomar como actuales compromisos diferidos sobre los cuales hay incerteza de cumplimiento. La cooperación externa hacia el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es exclusivamente técnica y no existe registro institucional de su monto y cuantía; por ello, el flujo se indica como no disponible (n.d.). La cooperación externa tuvo en el período 1995-1997, una participación creciente, en términos

porcentuales y en millones de quetzales: 112 (5.9%), 109 (5.3%), 189 (7.8%) respectivamente. Con excepción de 1995, cuando el sector público de salud captó el 29% del financiamiento externo, la distribución de la cooperación internacional fue equivalente entre organismos gubernamentales y no gubernamentales.

Empresas: Bajo esta denominación se integró el financiamiento proveniente de las cuotas patronales a la seguridad social y el pago de primas de seguros de salud colectivos. Los aportes patronales constituyeron alrededor del 90% de los gastos en salud de las empresas incluidos en la presente estimación. En relación con los seguros privados, la información certificada de la Superintendencia de Bancos no clasifica las primas de acuerdo con el tipo de cliente: personas o empresas; para estimar el gasto de empresas y de hogares en seguros privados se tomó la proporción de primas colectivas (47%) reportadas al equipo de cuentas nacionales por dos importantes aseguradoras de las siete que existen en el país. Esta proporción corresponde al año de 1997; sin embargo fue aplicada también a los años 1995 y 1996, aunque la impresión de los agentes de seguros es que, en años anteriores, fue más modesta la toma de seguros de salud por personas individuales. En todo caso, no se espera que dicha presunción introduzca sesgos importantes a la distribución del gasto, ya que el valor total de las primas, como porcentaje del gasto nacional de salud, fue en todos los años inferior al 2% (ver anexo sobre Seguros Privados de Salud). Se acepta que en la presente estimación podría estar subestimado el gasto de las empresas, dado que en el sector industrial, particularmente en algunas empresas grandes de las ramas agroindustrial y manufacturera, se conoce de la existencia de clínicas médicas y reembolso de gastos a los empleados, sin que exista registro centralizado de dichos desembolsos.

Hogares: Los hogares aportan al financiamiento de la salud mediante pagos directos o indirectos. Los pagos indirectos fueron considerados un flujo de fuentes (hogares) a agentes (seguridad social, seguros privados, aportes voluntarios a ONG). Los pagos directos a proveedores fueron considerados un flujo de agentes (fondo de hogares) a proveedores. El fondo de hogares es un constructo que permite consolidar y explicar el papel de los hogares en la distribución directa de recursos a proveedores, funciones y elementos de gasto. Los pagos al Ministerio de Salud fueron extraídos de la ejecución presupuestaria de ingresos específicos (fondos privativos de los establecimientos) y restados del gasto en salud obtenido de la estimación basada en la Encuesta de Gastos en Salud 1997 (Instituto Nacional de Estadística). El procedimiento de estimación se explica en un apartado posterior de este anexo. La principal motivación para desarrollar el esfuerzo de incluir los datos del sector público en el año 1997 fue la disponibilidad de información del gasto de hogares para dicho año; para años anteriores, se consideró un crecimiento del gasto proporcional a la población y la tasa de inflación, como se explica en el apartado de este anexo sobre la estimación del gasto de los hogares. De acuerdo con la estimación, los hogares aportaron en 1995, 1996 y 1997, como fuente, en términos porcentuales y en millones de quetzales, 817 (43%), 903 (44%) y 1,043 (43%) respectivamente. Dentro de estos totales, el fondo de los hogares abarcó aproximadamente tres cuartas partes del gasto de hogares.

Definición y Clasificación de los Agentes y Fondos

En el sector salud de Guatemala, varias entidades ocupan el papel de agentes financieros, captando el financiamiento y asignándolo a proveedores de servicios. De acuerdo con los resultados de esta estimación, los agentes del sector público (MSPAS, IGSS, otros Ministerios) asignaron los recursos principalmente a sus propias unidades de prestación de servicios, aunque en los tres años bajo estudio, se percibe una modesta orientación a la apertura para transferir recursos a otros prestadores. En el sector privado, funcionan como agentes financieros algunas organizaciones no gubernamentales que captan financiamiento de hogares, del gobierno o de la cooperación externa, y lo asignan a programas y proyectos de ONG proveedoras de servicios o sus propias unidades de

atención en salud. También se consideran agentes a los seguros privados de salud, que por medio de las primas de seguro captan financiamiento con el cual se cubren los gastos derivados de la siniestralidad y que ejecutan directamente los proveedores privados de servicios de salud.

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: El MSPAS percibió, en los años 1995-1997, recursos de fuentes gubernamentales y de cooperación externa, principalmente. Los recursos captados de hogares, a partir de 1996, no fueron reportados por las entidades de servicio. El cuadro muestra el resumen de los gastos totales (no específicamente de salud) ejecutados por el MSPAS, según fuente de financiamiento.

Cuadro 1. Ejecución Presupuestaria 1995-1997 del Ministerio de Salud, según Financiamiento. En miles de Quetzales de cada año y Porcentaje.						
Financiamiento	1995		1996		1997	
	Q. miles	%	Q. miles	%	Q. miles	%
De Gobierno	601,117	89.0%	528,396	83.8%	712,669	87.9%
Recursos Ordinarios	577,858	85.6%	527,709	83.7%	632,248	78.0%
Recursos Extraordinarios	23,259	3.4%	687	0.1%	80,421	9.9%
De Cooperación Externa	64,767	9.6%	102,067	16.2%	97,840	12.1%
Préstamos	34,742	5.1%	77,157	12.2%	62,095	7.7%
Donaciones	30,026	4.4%	24,910	4.0%	35,745	4.4%
De Hogares	9,475	1.4%		0.0%		0.0%
Ingresos Específicos	9,475	1.4%		0.0%		0.0%
TOTAL	675,359	100.0%	630,463	100.0%	810,509	100.0%

FUENTE: Los datos de 1995 y 1996 provienen del informe de ejecución presupuestaria originado por Contabilidad del Estado; los de 1997 provienen de hojas tabulares de la Dirección Técnica del Presupuesto, Ministerio de Finanzas Públicas.

El gasto reportado en el cuadro anterior incluye gastos no compatibles con la definición de gasto específico de salud, que no fueron incluidos en la estimación. La distribución por fuente y el peso porcentual de los rubros incluidos y no incluidos en cada año se presenta en el cuadro 2.

Cuadro 2. Gasto Total del MSPAS 1995-1997. Valor en miles Quetzales de cada año y Peso Porcentual de los Rubros Incluidos y no Incluidos.						
	1995		1996		1997	
	Q. miles	%	Q. miles	%	Q. miles	%
De Gobierno	601,117		528,396		712,669	
Incluido	497,063	82.7%	511,860	96.9%	621,433	87.2%
No Incluido	104,054	17.3%	16,536	3.1%	91,236	12.8%
De Cooperación Externa	64,767		102,067		97,840	
incluido	45,224	69.8%	31,685	31.0%	97,840	100.0%
No Incluido	19,544	30.2%	70,382	69.0%	—	0.0%
De Hogares	9,475					
Incluido	9,475	100.0%				
No Incluido	—	0.0%	—		—	
Total	665,884		630,463		810,509	
Incluido	542,287	81.4%	543,545	86.2%	719,273	88.7%
No Incluido	123,597	18.6%	86,918	13.8%	91,236	11.3%

FUENTE: Elaboración propia con base en las hojas de cálculo para la estimación de las Cuentas Nacionales de Salud, Subsector Público y las ejecuciones presupuestarias 1995-1997 del MSPAS según reportes de Contabilidad del Estado y Dirección Técnica del Presupuesto.

En el período, el peso de los rubros no incluidos fue decreciendo para la fuente Gobierno, en tanto que en el caso de la cooperación externa el comportamiento fue extremadamente oscilante. Debe notarse que a partir de 1997 el gasto en agua y saneamiento dejó de formar parte de la ejecución presupuestaria del MSPAS. También debe aclararse que a partir del mismo año, entró en vigencia una nueva apertura presupuestaria para el MSPAS y una nomenclatura diferente para los elementos de gasto. El cuadro 3 detalla los elementos de gasto excluidos del gasto de salud del MSPAS.

Cuadro 3. Rubros no incluidos en el Gasto de Salud reportado para el MSPAS 1995-1997, según fuente de financiamiento. cifras en miles de Quetzales de cada año.						
	Rubros No Incluidos	1995		1996		1997
		Gobierno	Cooperación	Gobierno	Cooperación	Gobierno
531	Sistemas de agua potable, por contrato		19,544		70,382	
615	Ayuda para funerales	26		11		28
619	Otras transferencias directas a personas	1,078		207		639
641	Cuota patronal al IGSS	85,185		-		
651	Cuotas a organismos internacionales	9,813		726		20,127
669	Otras becas a particulares	5,161		6,680		
751	Aportes de capital para entidades internacionales			4,319		
791	Diversas transferencias de capital			775		
811	Deuda flotante	2,791		3,809		
855	Adquisición de derechos			10		
Otros rubros, Clasificación 1997						
981	Gastos devengados no pagados					41,253
534	Transferencias a entidades descentralizadas y autónomas financieras					16,724
412	Prestaciones póstumas					86
552	Transferencias a organismos e instituciones internacionales					4,478
453	Transferencias a entidades descentralizadas y autónomas no financieras					33
473	Transferencias a organismos regionales					665
416	Becas de estudio en el interior					7,201
	TOTAL	104,054	19,544	16,536	70,382	91,236

2. Otros Ministerios: El Ministerio de Comunicaciones, Transporte y Obras Públicas (MCTOP) recibe asignaciones de gobierno para la ejecución de proyectos de servicios de salud (construcción y equipamiento) que serán operados por el MSPAS, como proveedor de servicios. El Ministerio de la Defensa Nacional (MINDEF) y el Ministerio de Gobernación (MINGOB), poseen establecimientos hospitalarios para sus efectivos y los familiares de éstos. Hubo dificultades para obtener información de los gastos de salud de las instituciones de seguridad nacional; además, las cifras de ejecución presupuestaria de otros ministerios no estuvieron disponibles para el año de 1997. En todo caso, para los años en que se dispuso de cifras, el gasto de otros ministerios no alcanzó el 3% del gasto nacional de salud.

Se analizó el informe de ejecución presupuestaria de estos ministerios, con la intención de detectar, cuando menos, aquellos elementos de gasto que se relacionan directamente con la atención médica. Sin embargo, debido al proceso de reordenamiento de las categorías y la nomenclatura de renglones y objetos de gasto, el reporte de ejecución—y la ejecución misma— de estas entidades agrupó los medicamentos, material médico quirúrgico y otros insumos críticos del proceso de atención en el renglón 200 “Resumen de otros renglones del grupo [de suministros]”. Los datos incompletos obtenidos para estos ministerios se presentan por elemento de gasto, correspondientes a 1995 y 1996 en el cuadro 4.

Cuadro 4. Elementos de Gasto del agente “Otros Ministerios”, 1995-1996. Cifras en miles de quetzales de cada año.									
cod	Descripción	1995				1996			
		MCTOP	MINDEF	MINGOB	TOTAL	MCTOP	MINDEF	MINGOB	TOTAL
173	Mant. de Equipo Méd. San.	680	150		830	151			151
265	Productos Sanitarios	31			31				
266	Prod. Medicinales y Farm.	10	2,195		2,205				
295	Útiles Menores Médico Quirúrgicos		381		381				
331	Equipo Médico Quirúrgico	9	1,406		1,414				
332	Equipo Hospitalario	11,827	320		12,147	5,308			5,308
333	Equipo para Laboratorios Méd. San.		75		75				
338	Otros equipos Médico San.		300		300				
525	Edificios para Hospitales por Contrato	32,445			32,445	7,276			7,276
526	Reparaciones Extraord. Edif. Hosp. Contrato	2,855			2,855	1,031			1,031
	TOTAL	47,856	4,827	n.d.	52,682	13,766	n.d.	n.d.	13,766

Referencias

MCTOP: Ministerio de Comunicaciones Transporte y Obras Públicas

MINDEF: Ministerio de la Defensa Nacional

MINGOB: Ministerio de Gobernación

FUENTE: Informe de Ejecución Presupuestaria 1995 y 1996. Ministerio de Finanzas Públicas.

Se acepta que existe subestimación en el gasto de otros ministerios, por las razones arriba apuntadas; las acciones para institucionalizar el sistema de cuentas nacionales de salud deberán incluir el involucramiento de dichas instituciones y el esfuerzo inicial de rescatar los valores correspondientes a los años comprendidos en este estudio basal.

3. Fondos Sociales: La estimación del gasto en salud de los fondos sociales se construyó con base en reportes solicitados y recibidos específicamente para la investigación. Por tal razón, fue excluida desde el principio cualquier erogación dirigida a los gastos en agua y saneamiento.

Para la identificación de la fuente de financiamiento de los fondos, hubo que suponer que eran enteramente financiados por el gobierno central, ya que los fondos dependen de la Secretaría de la Presidencia, que distribuye los recursos propios y externos entre los fondos, sin que haya registro de las fuentes sino de la utilización final del presupuesto global de la dependencia.

Bibliografía

Consejo de Población (1995). Inventario de ONG que trabajan en el Sector Social de Guatemala, con énfasis en Salud, Mujer y Desarrollo. El Consejo de Población, USAID, Guatemala.

PNUD-MINUGUA-Foro de Coordinaciones de ONG en Guatemala (1997). Directorio de ONG y entidades de desarrollo y derechos humanos en Guatemala. Guatemala. [Ver anexo Presentaciones: “Financiamiento y Gasto en la Reforma del Sector Salud”]

Publicaciones de la Iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe

- 1- Metodología para el Monitoreo y la Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial en América Latina y el Caribe (español/inglés)
- 2- Línea Basal para el Monitoreo y la Evaluación de las Reformas Sectoriales en América Latina y el Caribe (español/inglés)
- 3- Análisis del Sector Salud en Paraguay (en preparación)
- 4- Clearinghouse on Health Sector Reform
- 5- Informe de Relatoría – Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores (Lima, Perú, 16-17 de Noviembre de 1998) (Español/Inglés)
- 6- Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud (también Partnerships for Health Reform No. SIR 1S: Medición de resultados de la reforma del sector salud en cuanto al desempeño del sistema: Guía de indicadores)
- 7- Mecanismos de Pago a Prestadores en el Sistema de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizacional en Países en Desarrollo (también Partnerships for Health Reform No. MAR 2/WP 2S)
- 8- Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia (también Partnerships for Health Reform No. SIR 8S)
- 9- Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador (también Partnerships for Health Reform No. SIR 9S)
- 10- Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala (también Partnerships for Health Reform No. SIR 10S)
- 11- Cuentas Nacionales de Salud: México (también Partnerships for Health Reform No. SIR 11S)
- 12- Cuentas Nacionales de Salud: Perú (también Partnerships for Health Reform No. SIR 15S)

Ediciones Especiales

- 1- Cuentas Nacionales de Salud: Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en América Latina y el Caribe (también Partnerships for Health Reform No. SIR 7S)

Para ordenar ejemplares adicionales de las publicaciones producidas por Partnerships for Health Reform, refiérase a:

Iniciativa para la Reforma para el Sector Salud para América Latina y el Caribe
Partnerships for Health Reform
Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, MD 20814, USA
Fax (301) 652-3916, E-mail: phr-infocenter@abtassoc.com
Visite nuestra página electrónica: www.phrproject.com