

# Cuentas Nacionales de Salud

## Financiamiento de la Salud en Guatemala período 1995-2014



**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**-MSPAS-**

**Cuentas Nacionales de Salud**

**Financiamiento de la Salud en Guatemala período**  
**1995-2014**

**Autoridades**

**Licenciado Mariano Rayo**  
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

**Licenciada Elvira Orfina Salvatierra Peña**  
Viceministra Administrativa Financiera

**Doctora Velia Lorena Oliva Herrera**  
Viceministra técnica

**Doctor Juan Antonio Villeda Recinos**  
Viceministro de Atención en Salud

**Doctor Luis Arturo Morales Bustamante**  
Directora General del Sistema de Atención Integral de Atención en Salud

**Guatemala, 15 de diciembre de 2015**

## Presentación

Es satisfactorio para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social presentar a la comunidad nacional e internacional el Documento Financiamiento de la Salud en Guatemala, en un horizonte que comprende los años 1995-2014.

Esta publicación muestra la línea de trabajo adquirida por el Despacho Ministerial y las autoridades Ejecutivas del MSPAS, así como del apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud OPS/OMS, que va en el sentido de mostrar la forma en que han sido utilizados los recursos financieros del sector salud, en todo el sistema, en un planteamiento transparente y de larga data. Esto hace posible el análisis racional de la provisión de los recursos y abre la posibilidad de retomar políticas nacionales de impacto para el mediano y largo plazos, en función de las verdaderas necesidades de salud de la población. Sabemos que no bastan las propuestas de planes y estrategias si estas no están basadas en información confiable y oportuna.

Con esto queda claro el compromiso institucional que busca fortalecer la prestación de los servicios de salud a nivel nacional, a través del conocimiento de las tendencias del financiamiento y otras estadísticas sanitarias de utilidad, debidamente analizadas en el Marco de las Cuentas Nacionales de Salud, lo que trae consigo el reto de mantener estas publicaciones de forma continua y las capacidades que las generan, garantizando la estabilidad de los recursos físicos, humanos y tecnológicos que son necesarios.

Es oportuno señalar el apoyo de las instituciones que conforman el sector salud, en el sentido de servir la información estadística, ya que tanto los cuerpos técnicos como las autoridades, se están convenciendo cada vez más de la utilidad de hacer más accesibles y procesables los datos, en la línea de utilizar clasificaciones internacionales y metodologías estandarizadas para todos los países. A todas las entidades del sector salud mis agradecimientos y una muestra de lo que se puede hacer con la información que comparten.

## Acrónimos

AID	Agencia Interamericana de Desarrollo
BANGUAT	Banco de Guatemala
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CIU	Clasificación Industrial Internacional Uniforme
DESA	Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (Siglas en inglés)
EMA	Enfermedad, Maternidad y Accidentes
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
EUROSTAT	Oficina Europea de Estadísticas (Siglas en inglés)
FMI	Fondo Monetario Internacional
FUNDABIEM	Fundación Pro-bienestar del Minusválido
FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud
GGG	Gasto del Gobierno General
ICHA	Clasificación Internacional para Cuentas en Salud (Siglas en inglés)
ICHA HF	Cuentas del Financiamiento de la Salud
ICHA HP	Cuentas de Proveedores de Salud
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPC	Índices de Precios al Consumidor
ISFLSH	Instituciones Sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares
ISR	Impuesto Sobre la Renta
IVA	Impuesto al Valor Agregado
MARN	Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales
MINFIN	Ministerio de Finanzas Públicas
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

MUNISIAF	Sistema Integrado de Contabilidad Nacional de Municipalidades
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (Siglas en inglés)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEA	Población Económicamente Activa
PIB	Producto Interno Bruto
SAT	Superintendencia de Administración Tributaria
SCN	Sistema de Cuentas Nacionales
SHA	Sistema de Cuentas de Salud (Siglas en inglés)
SICOIN	Sistema de Contabilidad Integrada Gubernamental
SICOIN DES	Sistema de Contabilidad Integrada Gubernamental Descentralizada
SICOIN WEB	Sistema de Contabilidad Integrada del Gobierno Central
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud
UMN	Unidades Monetarias Nacionales
USAID	Agencia de Estados Unidos de América para el Desarrollo (Siglas en inglés)
URL	Universidad Rafael Landívar

## Contenido

.....	i
Presentación .....	3
Acrónimos .....	4
Introducción .....	9
Contexto nacional.....	13
Financiamiento de la salud a nivel nacional.....	18
Fuentes del financiamiento de la salud a nivel nacional .....	19
Evolución del financiamiento público en salud .....	20
Agentes del financiamiento público en salud.....	21
Tendencias del financiamiento municipal y de gobierno.....	22
Agentes de financiamiento del gobierno general y municipal .....	23
Evolución del financiamiento de la salud en el MSPAS.....	24
Financiamiento per cápita del MSPAS y de la Seguridad Social.....	25
Evolución del financiamiento de la salud en el Seguro Social.....	26
Evolución del financiamiento privado de la salud .....	27
Agentes del financiamiento privado en salud.....	28
Gasto en salud medido a través de los proveedores .....	29
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	29
Integración del gasto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	30
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social .....	32
Integración del gasto del IGSS como proveedor de servicios de salud.....	34
Gasto privado en salud .....	36
Gasto de las sociedades no financieras y de las instituciones sin fines de lucro.....	37
Evolución del financiamiento de los seguros privados de salud .....	38
Análisis del costo de los factores .....	39
Evolución del gasto en recursos humanos destinados a la prestación de servicios de salud.....	39
Integración del gasto en recursos humanos para la prestación de los servicios de salud en Guatemala .....	40
Evolución del gasto en medicamentos .....	41
Integración del gasto en medicamentos.....	42
Medición de las funciones de salud.....	44
Integración del gasto en hospitales.....	45

Asignaciones del gasto en salud por funciones .....	46
Ámbito metodológico.....	47
Medición de los agentes de financiación del gasto en salud (millones de UMN).....	47
Gasto total en salud: .....	47
Gasto del gobierno general en salud: .....	47
Administraciones territoriales: .....	48
Administración central: .....	48
Ministerio de Salud: .....	48
Otros ministerios .....	48
Autoridades locales y municipales:.....	48
Fondos de la seguridad social:.....	49
Resto del gasto del gobierno general en salud: .....	49
Gastos privados en salud:.....	49
Seguros privados: .....	49
Empresas y corporaciones privadas, excluidas las de seguros privados: .....	49
Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ONG) .....	50
Pagos directos de los hogares.....	50
Fondos del resto del mundo/Recursos externos: .....	50
Medición de proveedores y funciones en relación con el gasto sanitario (en millones de UMN) .....	51
Hospitales:.....	51
Hospitales financiados por el gobierno general: .....	51
Servicios de atención curativa y de rehabilitación: .....	51
Servicios de prevención y salud pública: .....	51
Administración y seguros de enfermedad .....	52
Medición del costo de los recursos (costos de producción) relacionados con el gasto sanitario (millones de UMN) .....	52
Medición del gasto en personal sanitario: .....	52
Medición del gasto en productos farmacéuticos: .....	52
Medición del gasto en funciones:.....	52
Remuneración de empleados sanitarios .....	53
Remuneración de empleados de la salud (públicos + privados): .....	53
Empleados del sector público:.....	53
Ingresos de autónomos (excedente de operación + ingreso mixto):.....	53

Productos farmacéuticos: .....	53
Gastos de capital: .....	54
Variables macroeconómicas (millones de UMN) .....	54
Producto interno bruto (PIB):.....	54
Gasto del gobierno general (GGG): .....	54
Gasto de consumo final privado (suma del gasto de los hogares + gasto de las instituciones sin fines de lucro): .....	54
Gastos de los hogares .....	54
Gasto de las instituciones sin fines de lucro:.....	55
Tipo de cambio (UMN por US\$): .....	55
Paridad del poder adquisitivo (UMN por US\$):.....	55
Población (en miles):.....	55
Índices de precios y cantidades: .....	55
Bibliografía .....	56



## Introducción

A partir de que Guatemala ratificara el convenio internacional 0038 de la OMS, según Decreto legislativo número 639 publicado en el Diario oficial, tomo LVI y número 32, el Estado de Guatemala quedó obligado anualmente a “transmitir sin demora a la Organización Mundial de la Salud, los informes y las estadísticas oficiales de salud” (Artículo 63, año 1949).

Como contraparte, según lo establece el Convenio Internacional 0041 y el artículo 11 del Decreto legislativo número 988, en donde Guatemala lo ratifica; la Organización Mundial de la Salud quedó como responsable de transmitir a todos los Estados miembros, tan pronto como sea posible, y por las vías adecuadas según el caso, toda la información que haya recibido, bajo el nombre de Informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales. El Decreto también aclara que en dichas publicaciones la OMS señalará igualmente la ausencia de los informes prescritos. En un recorrido histórico se estableció que durante el periodo 1950-1992 muchos países, incluyendo Guatemala, encontraron serias limitantes para poder responder al compromiso de las estadísticas de salud nacionales; en el país por ejemplo, en el nivel más accesible, los datos presentados eran parciales y contenían únicamente datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. También cabe aclarar que durante el periodo mencionado, los países que sí reportaron sus estadísticas utilizaron diversas metodologías, lo que limitó la comparación internacional y planteó la necesidad de buscar mecanismos de estandarización.

La estandarización de los reportes se hizo posible a partir del año 1993, cuando con apoyo de los organismos regionales, las estadísticas solicitadas por la OMS se estandarizaron en forma de Cuentas Nacionales de Salud, lo que ha hecho posible dar a conocer a nivel mundial el comportamiento de los principales indicadores del financiamiento de la salud de los países, entre otros datos de interés. Durante los años 1994 y 1995 se establecieron plataformas metodológicas de apoyo y a partir de 1995 los reportes anuales quedaron obligatorios. Guatemala como parte de los signatarios de la OMS inició su participación con la publicación del Informe de Cuentas Nacionales de Salud 1995-1997, documento que salió a luz en abril de 1999, la investigación se realizó con apoyo financiero de USAID y OPS/OMS, bajo subcontrato con *Harvard College* y la Asistencia Técnica de *Partnership for Health Reform* y FUNSALUD. Los fondos también sirvieron para la elaboración del informe Cuentas Nacionales de Salud 1998 que fue publicado un año después en mayo del 2000. Cabe mencionar que el Banco Interamericano de Desarrollo –BID-, la Organización Panamericana de la Salud –OPS-, el Banco Mundial –BM- y la Agencia Interamericana de Desarrollo –AID- comenzaron a coordinar sus actividades en función de las Cuentas Nacionales de Salud, explícitamente en 1997, colaboración que fue formalizada en junio del 2000 en el acuerdo “Agenda compartida para la salud en las Américas” (BID, 2002).

A partir de las publicaciones de los Manuales de las Cuentas Nacionales de Salud se logró establecer una base conceptual de normas de transmisión de los datos estadísticos y se propuso una clasificación internacional de las cuentas de salud (*International Classification for Health Accounts*, ICHA) que abarca tres dimensiones: funciones de atención de la salud, proveedores de servicios de atención de la salud y fuentes de financiación. La conceptualización básica que encierra la metodología de las Cuentas Nacionales de Salud responde a tres interrogantes primarias: ¿De dónde sale el dinero que se utiliza en el sector salud? (Cuentas del financiamiento: ICHA HF); ¿A dónde va el dinero de ese financiamiento? (Cuentas de proveedores: ICHA HP); y ¿Qué tipo de servicios ofrecen dichos proveedores? (Cuentas de funciones: ICHA HC) (BID, 2002). La ICHA de los proveedores se basa en la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU, revisión 3), clasificación que se utiliza en la Contabilidad Nacional (SCN93), lo que permite relacionar ambos tipos de información (BID, 2002).

En todos los casos la información necesita exhaustividad y coherencia interna, inclusive con los indicadores no monetarios (BID, 2002). El Manual de Cuentas Nacionales de Salud que se propuso a nivel internacional tuvo su origen en otros manuales propuestos por la Secretaría de Salud y Estadísticas de la OCDE (OECD 1977; OECD 1985; OECD 1987; OECD 1993 y OECD 1999) por supuesto dichos manuales fueron alimentados con opiniones de los expertos en estadísticas de salud de la EUROSTAT, OMS y OPS en una reunión de expertos en la ciudad de París año 1997 (BID, 2002). El manual se publicó con el objetivo de formar un sistema integrado de cuentas exhaustivas, internamente coherentes y comparables a escala internacional, que deben ser compatibles, en la medida de lo posible, con otras estadísticas económicas y sociales agregadas. Además de estos criterios de calidad, se persiguen la oportunidad y la precisión, así como la sensibilidad política y la pertinencia de los indicadores proporcionados en materia de salud (BID, 2002).

En los últimos años del siglo XX, los expertos en cuentas de salud coincidieron en afirmar que la compatibilidad metodológica con las normas contables del SCN 93 es una exigencia previa para que las cuentas de salud cumplan los criterios básicos de comparabilidad en el tiempo, entre países y con estadísticas económicas globales. Un esfuerzo coordinado que reúna a los especialistas en estadísticas de salud con expertos en cuentas nacionales sería una forma eficiente de evitar la duplicación de esfuerzos, especialmente en cuanto al diseño metodológico de un marco contable, pero también de hacer el mejor uso posible de las fuentes de datos existentes en este importante sector de las economías nacionales. Por tal razón varios países han adaptado sus Cuentas Nacionales de Salud al Sistema de Cuentas Nacionales, que es el punto de referencia central para las estadísticas económicas y sociales globales (BID, 2002).

Luego de varios años de ausencia, un taller llevado a cabo en Nicaragua en julio de 2003 nuevamente da un impulso a la elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud de Guatemala, proceso que se estaba realizando en sus pares centroamericanos y por eso, en el año 2004 se publica el Informe de Cuentas Nacionales 1999-2003. Cuatro años después, en 2007 se publica el cuarto informe denominado Situación de la Salud y su financiamiento 2004-2005. Luego del cuarto informe, un intento de actualización se realizó en el año 2010 con el Estudio Piloto de las Cuentas Nacionales de Salud de Guatemala periodo 2006-2008 pero el documento entregado no fue aceptado en los procesos de validación. Un nuevo intento se hace a finales del año 2011 el cual concluye con la publicación del Estado de las Cuentas Nacionales en Salud Guatemala 2006-2008, la más reciente publicación en esta materia se realizó en el mes de enero de 2015 con el Reporte de Guatemala al Informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales 1995-2013, cuyo proceso de validación se culminó con éxito en el mes de junio de 2015 cuando se informó al país que las estadísticas reportadas pasaron a formar parte del *Global Health Expenditure Database* del Observatorio Mundial de la Salud en la OMS. Este documento constituye una muestra del proceso de fortalecimiento institucional que se está dando a las estadísticas del financiamiento de la salud en el país, con la esperanza de que las publicaciones subsiguientes mantengan el mismo ritmo, en beneficio de los tomadores de decisión.

Se aclara que la elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud es un proceso de investigación complejo y de muchos recursos, tanto informáticos como humanos, y aunque el Ministerio de Salud y Asistencia Social tiene una estructura con diferentes niveles de información estadística y un nivel de agregación a nivel nacional que pudiera considerarse lo suficientemente útil para generar los datos de país, dicha información es insuficiente. La Cuentas Nacionales de Salud se deben presentar como dato de país, lo que significa la obligatoriedad de incluir información del Subsistema de Instituciones Públicas, del Subsistema de Entidades Privadas, del Subsistema de Entidades Autónomas y de las Organizaciones no Gubernamentales y Comunitarias que conforman el sector salud.

Hoy por hoy, a pesar de que Guatemala no ha mantenido el mismo ritmo de trabajo para la presentación de este informe en el pasado, este es un momento coyuntural para la institucionalidad de las Estadísticas Nacionales de Salud, momento en el cual el tema de las Estadísticas de país ha cobrado importancia dentro del Ministerio de Salud, sobre todo al darle seguimiento a la Recomendación número 4 de la Estrategia Mundial de Rendición de Cuentas, en la que se señala que “los países deben fortalecer las capacidades en Cuentas Nacionales de Salud (CNS), organizar los datos en marcos establecidos para la rendición de cuentas y analizar y utilizar la información en los procesos de políticas nacionales y de rendición de cuentas o de transparencia del gasto. Incrementar estas capacidades debe ser parte de esfuerzos a largo plazo para fortalecer los sistemas subyacentes de gestión del gasto público”. (Naciones Unidas, ISBN 978 92 4 356432 6, NLM: WA 310. Página 17).

Tal planteamiento, emitido en el año 2012, ha tenido eco a nivel nacional con la actual gestión administrativa del MSPAS y también porque el planteamiento hecho en el reporte de la agenda de desarrollo post 2015, señala la importancia del tema en las nuevas agendas políticas internacionales. Dicho planteamiento se pone de manifiesto en los siguientes términos:

“(...) Colaborar con la más alta prioridad y de manera transformadora en la construcción de la capacidad estadística de los gobiernos y el aumento de la capacidad de desglosar los datos... que permita: aumentar el debate público, la toma de decisiones basada en la evidencia, y una mayor rendición de cuentas.” 9 de julio, 2013

*Carta conjunta enviada por los líderes de siete instituciones multilaterales (FMI, BM, BID, BAD (África), BAD (Asia), BERD y BEI) al Secretario General de la ONU, con motivo de la publicación del Reporte del panel de alto nivel sobre la agenda de desarrollo post-2015.*

Además de la importancia política internacional, que en este momento tiene el tema de la rendición de cuentas, está claro que las dificultades financieras por las que atraviesa el Sistema de Salud de Guatemala serán más fáciles de corregir si los analistas y tomadores de decisiones cuentan con información detallada e histórica de los flujos financieros relativos al consumo de los bienes y servicios de salud. Mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia y avanzar hacia la reducción del pago directo de los hogares, que se convierte en la principal barrera al acceso de los servicios de salud, es una meta que se puede alcanzar con información.

En ese sentido, para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la información contenida en este documento es muy importante para fortalecer la coordinación intersectorial y sobre todo para iniciar el abordaje sistémico de los determinantes sociales de la salud, con la pretensión de orientar el uso futuro de los recursos en beneficio de un mayor conglomerado social.

## Contexto nacional

Guatemala es una República, que funciona con un gobierno democrático. Posee una extensión territorial de 108,889 kilómetros cuadrados. Dicha extensión está dividida administrativamente en 22 departamentos y 339 municipios. Funciona con un Gobierno Nacional, un Gobierno departamental que no es ejecutor y un Gobierno municipal (INE, 2011, pág. 5). Este último tiene autonomía respecto de los otros, según se establece en el Artículo 224 de la Constitución Política de la República (INE, 2012). El Instituto Nacional de Estadística de Guatemala reportó para el año 2014 una población de 15 millones 806,675 habitantes, con una densidad poblacional de 145 habitantes por kilómetro cuadrado, misma que varía en cada departamento. Al año 2014 un total de 7 millones 719,396 habitantes del país eran de sexo masculino y 8 millones 087,279 pertenecían al sexo femenino (INE, 2014).

En materia de salud la densidad poblacional influye en el alcance de la red de servicios, ya que dicha densidad es diferente para cada municipio y departamento. Mientras en algunos municipios existe una demanda superior a la capacidad instalada, en otros municipios la densidad de población es tan baja que se opera con una demanda mínima, y para lograr la atención estimada se ha decidido que un solo puesto de salud deba atender a varias comunidades, lo que hace que el servicio de salud se encuentre muy retirado del lugar de habitación de las familias (en algunos casos con distancias que superan los 100 kilómetros). En esos lugares no es posible encontrar servicios privados porque la demanda no los hace rentables. En el año 2012, según el Diagnóstico Nacional de Salud, la cobertura de los servicios de salud para muchas poblaciones del área rural se encontró extremadamente limitada (MSPAS, 2012).

La cantidad de la infraestructura de salud básica, por ejemplo (puestos y centros de salud) es difícil de modificar debido a que no ha sido planificada desde el sector público y no es rentable desde el sector privado. Entre un 70% y un 80% de los establecimientos existentes fueron construidos a partir de la Reconstrucción de 1977 (después del terremoto que afectó a la mayoría de departamentos del país), para el efecto se utilizaron diseños estandarizados, con capacidad para la cobertura de servicios en ciudades de 10,000 habitantes, cifra que está superada en la mayoría de municipios. Contabilizando la cantidad de puestos de salud existentes y su relación con la densidad poblacional de los municipios del país, el Diagnóstico Nacional de Salud determinó que el MSPAS alcanza una cobertura teórica de 57.4%, lo que implica un mayor esfuerzo en la planificación del incremento de la red de servicios (MSPAS, 2012). Los cinco departamentos con mayor densidad poblacional en el año 2013 fueron Guatemala, Sacatepéquez, Totonicapán, Sololá, y Quetzaltenango. En estos habitaron 512 personas por kilómetro cuadrado en promedio, sin contar el de Guatemala que por ser la metrópoli reportó una densidad de 1,532 habitantes por kilómetro cuadrado.

La situación de la red de servicios en estas áreas geográficas señala saturación, adicional al problema de la antigüedad de los edificios del tercer nivel de atención, (cítese como ejemplo, que el edificio del hospital General Roosevelt fue inaugurado el 15 de diciembre de 1955). Los cinco departamentos con menor densidad poblacional en 2013 fueron Baja Verapaz, El Progreso, Zacapa, Izabal y Petén con un promedio de 66 habitantes por kilómetro cuadrado. En estos lugares las personas deben recorrer grandes distancias para poder llegar a los servicios de salud, ya que los puestos y centros de salud se encuentran dispersos. Los departamentos que en el año 2013 registraron una densidad promedio de 181 habitantes por kilómetro cuadrado fueron: Chimaltenango, San Marcos, Suchitepéquez, Retalhuleu, Escuintla, Huehuetenango, Chiquimula, Jalapa, Jutiapa, Alta Verapaz, Santa Rosa y Quiché (INE, 2014).

El idioma oficial del país es el Español pero también están reconocidos 22 idiomas mayas, un idioma Xinka y un idioma Garífuna. Cada población hablante de los 25 idiomas se encuentra distribuida en cada uno de los Municipios del país. Los 22 idiomas mayas reconocidos son: Achí, Akateko, Awakateko, Ch'ortí, Chalchiteko, Chuj, Itzá, Ixil, Jacalteko, K'iché, Kaqchikel, Mam, Mopán, Poqomam, Poqomchí, Q'anjob'al, Q'eqchí, Sakapulteko, Sipakapense, Tektiteko, Tz'utujil y Uspanteko (INE, 2012). Con la cantidad de idiomas que se reporta se ha determinado que en el país existe población bilingüe pero también se ha establecido que existe población monolingüe, lo que se convierte en una determinante de la salud ya que impacta directamente la calidad de la prestación de los servicios cuando no se posee personal de salud bilingüe. La producción de médicos bilingües es una debilidad que por el momento parece insuperable por las instituciones de formación universitaria que existen en el país. También se determinó que el MSPAS cuenta con pocos incentivos para reclutar y mantener personal capacitado en diferentes especialidades (de salud pública y clínicas) que fortalezcan el enfoque de la salud integral en la práctica (MSPAS, 2012).

En el Diagnóstico Nacional de Salud de 2012 se determinó que del total de la población que demanda servicios de salud en un año, al MSPAS asistieron el 49.6%, el IGSS atendió al 15.7%, el sector privado atendió al 34.3% y los ministerios de Gobernación y la Defensa atendieron únicamente al 0.4% de los demandantes. Dicha población reportaba un analfabetismo del 18%, una pobreza general de 56% y una pobreza extrema de 24% (MSPAS, 2012). Para el año 2014 esa situación no ha tenido mejoras. Al MSPAS asistió el 43.2% de la población, el IGSS atendió al 12.7%, el sector privado atendió al 10.8% y los hospitales de las fuerzas armadas reportaron una atención del 1.1%. Esta información, que de acuerdo con la metodología de las Cuentas Nacionales de Salud tiene un mayor nivel de rigurosidad y validación ha permitido determinar que un 32.2% de los habitantes de Guatemala no tuvo acceso a los servicios de salud, ya que no aparecen reportados en ninguna de las fuentes.

En Guatemala, la moneda nacional es el Quetzal (Q) que en el año 2013 se encontró con una tasa de cambio (UMN<sup>1</sup> por US\$) de 7.857 y en el año 2014 la variación alcanzó una tasa de cambio de 7.732.

---

<sup>1</sup> Unidad de Moneda Nacional (UMN). US\$ = Un dólar de los Estados Unidos de Norte América

El Producto Interno Bruto (PIB) nominal del año 2014 fue de 58,826.8 millones de US\$ mientras que el PIB per cápita del mismo año, con datos del INE, se ubicó en 2,877.6 US\$ (BANGUAT, 2014). La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) realizada en el año 2014 por el INE, ubica la mayor pobreza extrema en los departamentos de Alta Verapaz, Quiché, Chiquimula, Totonicapán y Sololá, lugares en donde el 40% de sus respectivos habitantes carecen de ingresos para cubrir sus necesidades mínimas vitales. Si se considera la población pobre en general, además de los departamentos mencionados, la ENCOVI sitúa entre los departamentos con mayor pobreza general a Huehuetenango, Jalapa, Baja Verapaz y Chimaltenango, no obstante, exceptuando a Sacatepéquez y Guatemala todos los departamentos del país registraron a más del 50% de sus respectivas poblaciones en la clasificación de pobres. En ese sentido, la gratuidad de los servicios de salud, la reducción del gasto de bolsillo de los hogares y el incremento de la red de servicios en estos lugares, se percibe como una prioridad. En el año 2013 el salario diario de la Población Económicamente Activa en el área rural y urbana se ubicó en 72.39 Quetzales y en el año 2014 el mismo alcanzó 76.01 Quetzales, pero sus gastos mínimos tuvieron el siguiente comportamiento:

Cuadro 1. República de Guatemala: Variación del precio de la Canasta Básica de Alimentos 2013-2014

Año	Mes	Costo diario	Costo mensual	Variación mensual	Variación interanual
2013	Septiembre	94.60	2,838.00	0.60	9.78
2013	Octubre	94.71	2,841.30	0.12	9.42
2013	Noviembre	96.55	2,896.50	1.94	11.02
2013	Diciembre	96.67	2,900.10	0.12	10.78
2014	Enero	97.41	2,922.30	0.77	10.72
2014	Febrero	97.65	2,929.50	0.25	8.80
2014	Marzo	98.17	2,945.10	0.53	8.13
2014	Abril	98.88	2,966.40	0.72	8.62
2014	Mayo	99.40	2,982.00	0.53	7.58
2014	Junio	100.41	3,012.30	1.02	6.48
2014	Julio	101.41	3,039.00	0.89	7.41
2014	Agosto	102.82	3,084.60	1.50	9.34
2014	Septiembre	104.12	3,123.60	1.26	10.06

Fuente: INE, Costo de la canasta básica alimentaria 2013-2014

Como parte del contexto de la salud debe considerarse que el 51.5% de la población vive en áreas rurales y el 23% en el área metropolitana. En el área metropolitana existe una intensa y desordenada urbanización, la cual contribuye a que la población sea más vulnerable a riesgos, enfermedades transmisibles infecciosas y una transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas degenerativas. En el área rural una población con mayores tasas de desnutrición y mayor pobreza dificulta la mejora de los indicadores de salud. Las primeras cuatro causas de morbilidad continúan siendo las infecciones respiratorias agudas, gastritis, parasitismo intestinal e infecciones de las vías urinarias, lo que representa el 75% del total de las consultas (MSPAS, 2012).

En el año 2014 el total de consultas en el Subsistema Público de Salud fue de 25.06 millones (incluyendo consultas, re consultas y emergencias; en el primero, segundo y tercer nivel de atención), asimismo se registraron 9.01 millones de primeras consultas (MSPAS, 2015). En el mismo año 2014 el sector privado reportó en total 1.8 millones de atenciones y 1.7 millones de primeras consultas, que incluye 11,614 atenciones proporcionadas a personas extranjeras (MSPAS, 2015).

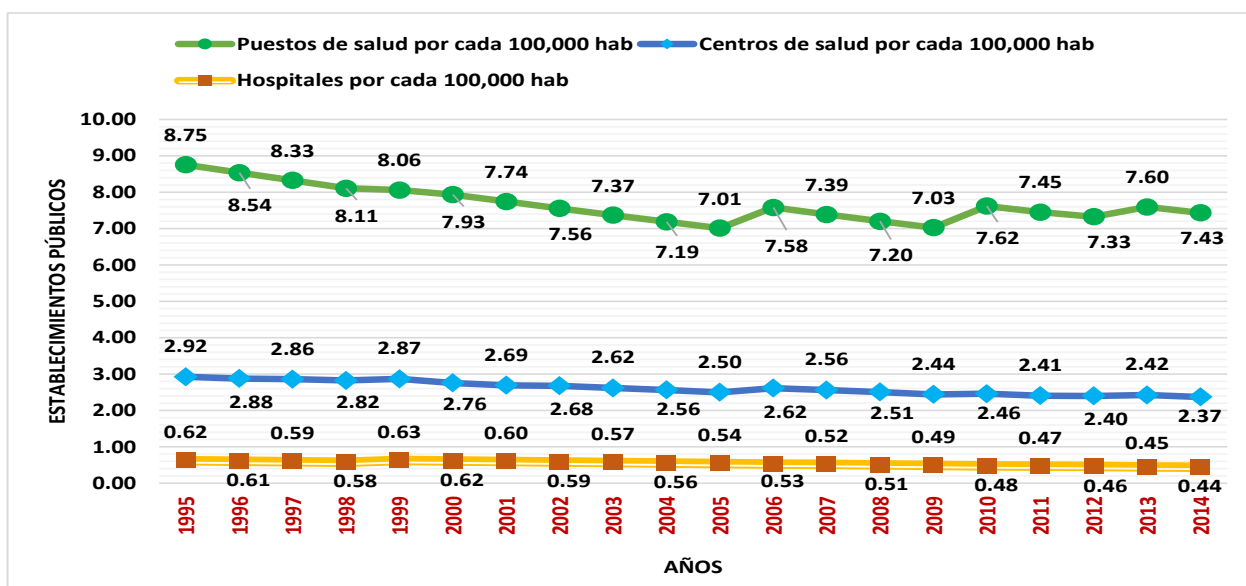
En los menores de un año el 64% de las causas de enfermedad corresponden a las enfermedades del sistema respiratorio y del oído, el 19% a las infecciosas y parasitarias y el 8% a las enfermedades de la piel, siendo todas las anteriores prevenibles a través de mejorar las acciones relacionadas a la higiene, al hacinamiento, agua limpia y segura, red de drenajes y servicios básicos, entre otros (MSPAS, 2012). A pesar de que Guatemala es un país rico en recursos hídricos se determinó que el 90% de las fuentes superficiales se encuentran contaminadas, situación que contribuye al incremento de la mortalidad infantil, a expensas de las enfermedades gastrointestinales. Cabe señalar que de acuerdo con el Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales (MARN) solamente el 69% de hogares tiene acceso a agua domiciliar y únicamente el 36% tiene conexión a red de drenajes. Estas determinantes señalan en qué áreas es necesario incrementar las inversiones (MSPAS, 2012).

Lo anterior no es fácil de lograr debido a la concentración de los recursos en todo el sistema de salud, que está dirigida a la red hospitalaria y no a la atención primaria de salud. En ese sentido, la prevención y la promoción se encuentran rezagadas. También es importante destacar que el incremento de eventos crónicos degenerativos en el país (infartos agudos de miocardio, accidentes cerebro vasculares, diabetes mellitus y cirrosis hepática), plantean claramente la necesidad de promover tempranamente estilos de vida saludables, lo que exige una adecuada reorientación del gasto tanto público como privado (MSPAS, 2012). La mayor dificultad para una adecuada reorientación del financiamiento se debe a que dentro del mismo territorio coexisten subsistemas de salud con diferentes modalidades de financiamiento, que van dirigidos a diferentes estratos de la población. Dichos servicios diferencian poder de pago, posición económica, clase social y tipo de inserción laboral. En todo el territorio se tienen unidades de salud de la red de servicios no integradas, que no han dado la posibilidad de estandarizar los servicios, la calidad y la asignación de recursos. Lo anterior ha provocado, segregación y segmentación y en conjunto, ha dado como resultado la debilidad del sistema de salud guatemalteco. Los servicios de mayor complejidad se han concentrado en áreas urbanas en donde el porcentaje de la población asalariada es mayor y cuenta con un mejor acceso a los servicios de salud, situación que afecta a las poblaciones rurales más vulnerables (MSPAS, 2012). En el tema de los recursos humanos una complicación radica en el hecho de que no existe una producción adecuada de profesionales de la salud en el país; las universidades del país no egresan a los profesionales necesarios. La Universidad de San Carlos de Guatemala tiene una tasa de deserción aproximada de 81.46%, en las universidades privadas la deserción es de 40% y en las escuelas de enfermería la deserción se ubica en 15%. Es necesario anotar que las universidades del país necesitan corregir las causas de las altas tasas de



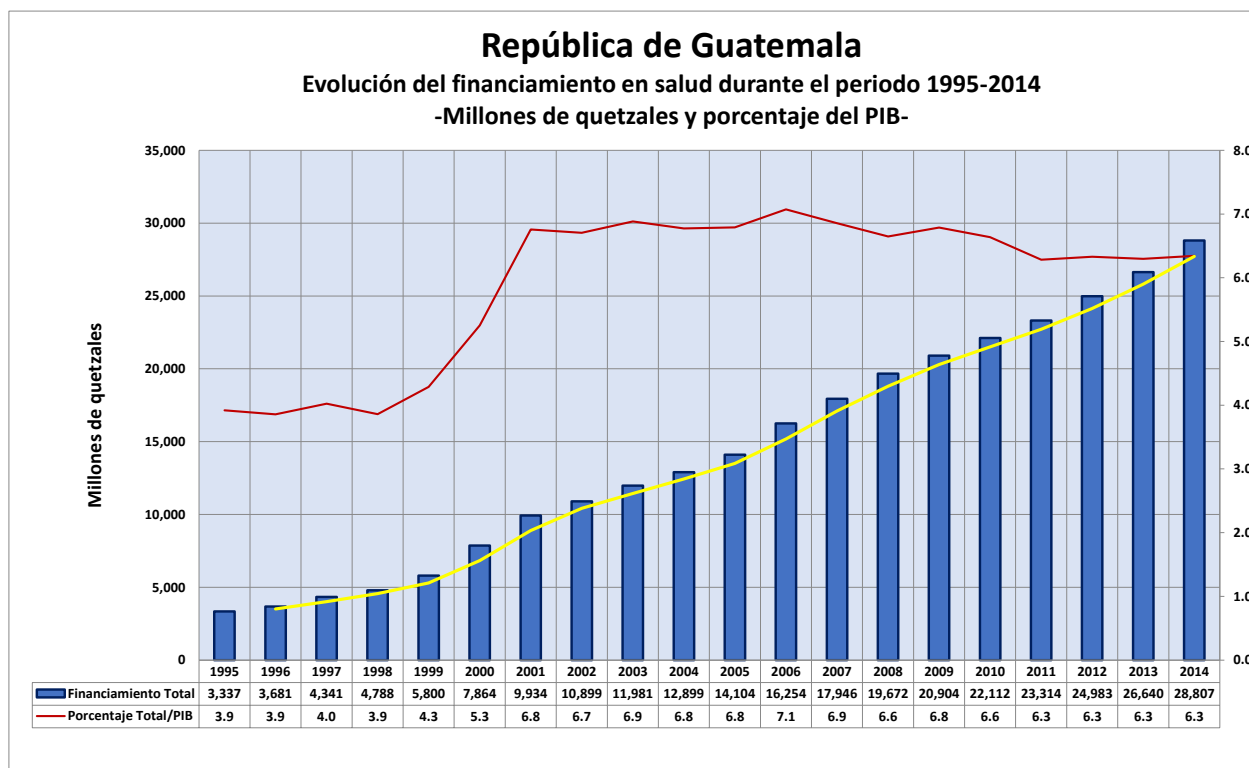
deserción, revisar la calidad de la educación, lo que debe ampliarse hasta el nivel primario y secundario, de tal forma que se pueda asegurar una buena formación previa a optar por una carrera de las ciencias de la salud (MSPAS, 2012). Este primer apartado permite concluir que el agua potable, los drenajes, la pobreza y el riesgo, tanto ambiental como económico (incluyendo el riesgo de violencia), al que se mantiene sometido un alto porcentaje de la población son las dimensiones del entorno que caracterizan la demanda de servicios de salud y que determinan el nivel de esfuerzo en el tema del bienestar social que se debe alcanzar en conjunto, no sólo por parte del sector salud. Asimismo, no se debe olvidar que la prestación de los servicios de salud según la legislación vigente, hace coexistir intereses de mercado y de no mercado. Estos elementos explican por qué la demanda de servicios de salud tiene una tendencia creciente, que no es atribuible únicamente al crecimiento de la población. En este caso puede analizarse que en el año 2011 el MSPAS registró un total de 13.9 millones de consultas, en el año 2012 las atenciones se elevaron a 14.7 millones de consultas, en el año 2013 fueron 17.5 millones y en el año 2014 se ubicaron en 18.7 millones, lo que permite comprender la permanente crisis que la red de servicios del MSPAS ha evidenciado año tras año. El IGSS por su parte inició en 2011 con 5.4 millones de consultas, en 2012 subió a 5.6 millones, en el año 2013 llegó a 6.1 millones de consultas y en el 2014 se ubicó en 6.2 millones de consultas, situación que también muestra incremento, no obstante, a diferencia del MSPAS las programaciones presupuestarias del IGSS han buscado responder al crecimiento de la demanda. Las fuerzas armadas en el año 2011 atendieron 170,820 consultas, en el año 2012 170,588 consultas, en el año 2013 se incrementaron a 172,057 y en el año 2014 se incrementaron nuevamente a 173,528 consultas. El sector privado reportó 1.61 millones de consultas en el año 2011; 1.96 millones en el año 2012; 1.91 millones en el año 2013 y 1.82 millones en el año 2014. A este comportamiento hay que agregar el efecto del crecimiento poblacional.

Gráfica 1. Guatemala: Tendencias de la capacidad instalada en salud del sector público



Fuente: MSPAS. Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre de 2015.

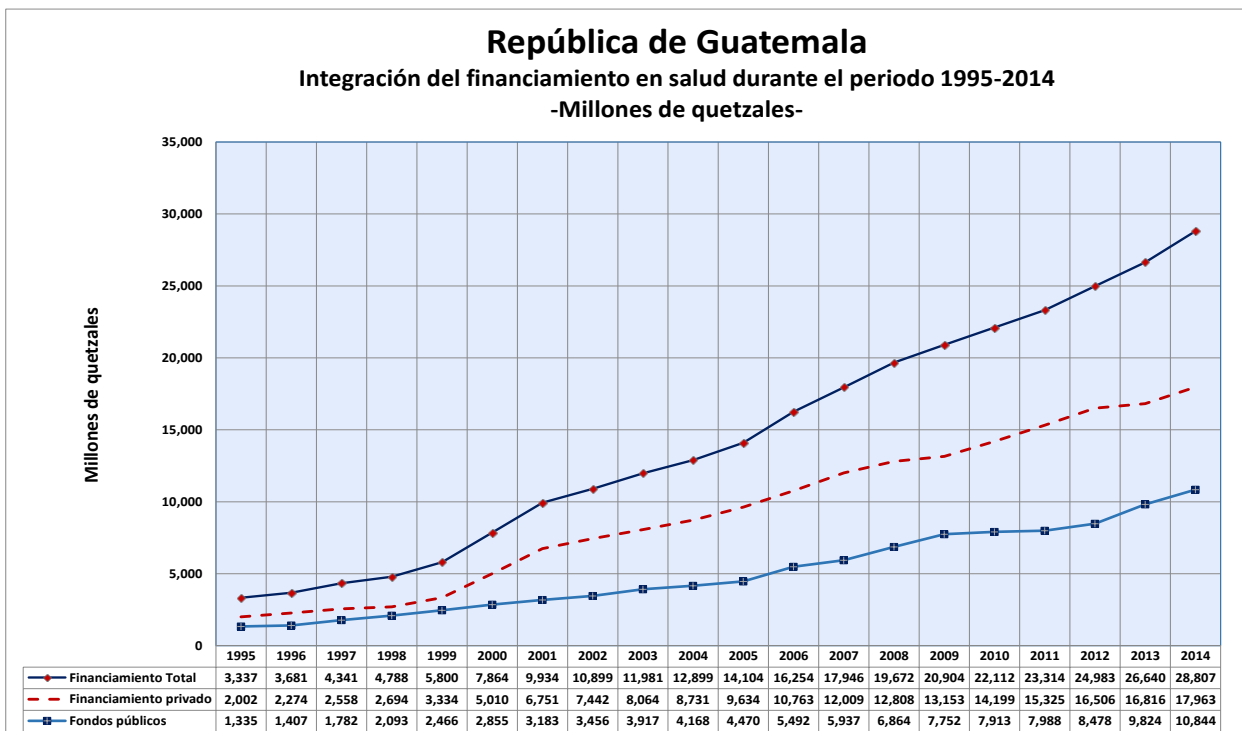
## Financiamiento de la salud a nivel nacional



Gráfica 2. Evolución del financiamiento en salud. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

El financiamiento de la salud a nivel nacional ha mantenido un comportamiento incremental en toda su historia (línea amarilla), pero dicho incremento fue más pronunciado en el periodo 1998- 2001 (línea roja). En cambio en términos del PIB mantuvo un acomodamiento durante el periodo 1995-1998 en una media del 4% del PIB, lo que se repite en el periodo 2001-2009 con una media del 6.8% del PIB (línea roja). A partir de 1999 se reforma el sistema de salud y como consecuencia el financiamiento del sector se eleva significativamente. De acuerdo a su historia, dicho financiamiento se ubicó en 28,807 millones de Quetzales para el 2014; un 6.3% del PIB. Sin embargo, se debe tener cuidado en el análisis, ya que si bien el peso del financiamiento en salud sobre la producción nacional había alcanzado 7.1% del PIB en 2006, y tiende a la baja en los años posteriores, estos cambios se deben al crecimiento de la economía, cuya variación fue superior al incremento del financiamiento en salud y no como resultado de mejores inversiones. Para explicar los incrementos del financiamiento se debe considerar que las necesidades se satisfacen a precios de mercado y el incremento en el precio de los insumos utilizados en la prestación de los servicios de salud, tiene una fuerte influencia en el comportamiento incremental del financiamiento (precios y tipo de cambio). Entonces, lo que estos datos muestran es que en el sistema de salud (público y privado) se financiaban 28 Quetzales mensuales por persona en 1995 y que ahora los mismos servicios deben ser financiados con 152 Quetzales por persona a precios corrientes.

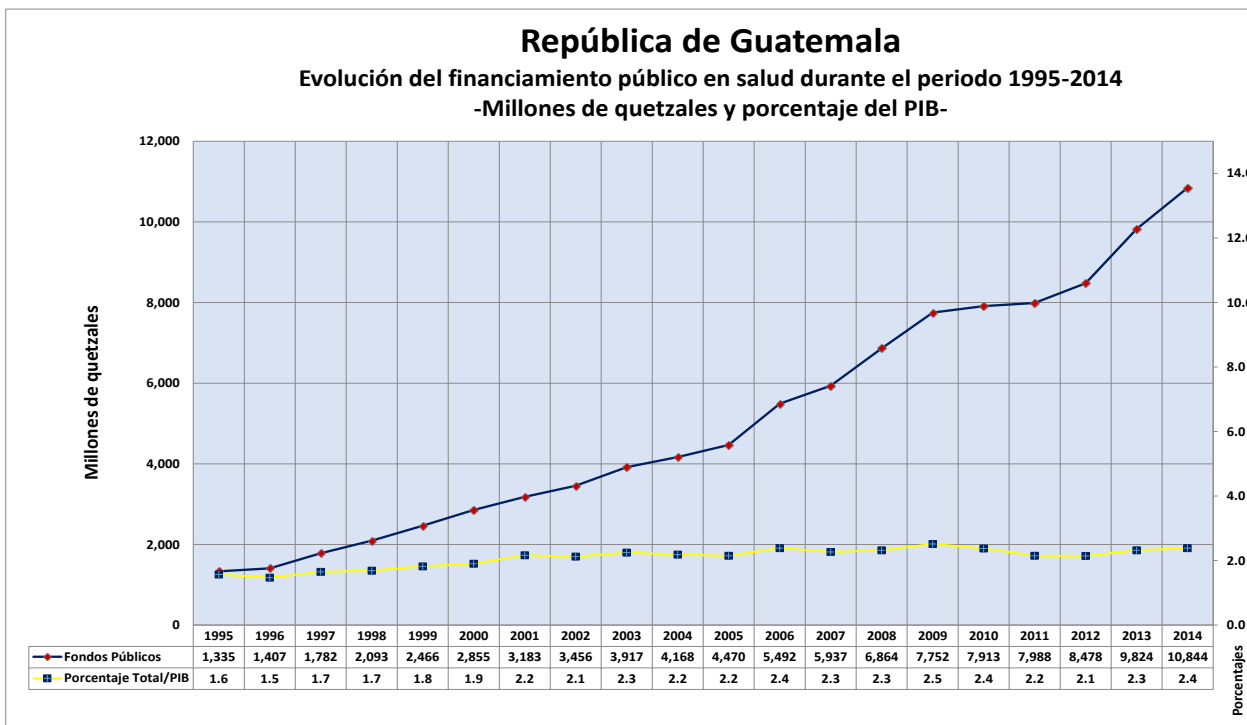
## Fuentes del financiamiento de la salud a nivel nacional



Gráfica 3. Fuentes del financiamiento en salud. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

El financiamiento de la salud a nivel nacional tiene únicamente dos fuentes, el sector público y el sector privado. El financiamiento externo se encuentra incluido en el presupuesto público o en el financiamiento privado, por cuanto toma la forma de préstamos o donaciones. En ese sentido se observa con la línea roja punteada que el sector privado continúa siendo la principal fuente de recursos en el sector salud a nivel nacional. La distancia que el financiamiento privado tiene respecto del financiamiento público fue en el año 2014 de 7,119 millones de Quetzales. Merece atención el cambio de pendiente en la curva del financiamiento privado, que se da a partir del año 1999. Se nota que a partir de ese año las políticas en materia de salud posibilitaron una mayor distancia entre estos dos tipos de financiamiento. Cuando se llega al año 2014 el financiamiento privado alcanzó 17,963 millones de Quetzales y su variación respecto del año 2013 fue mayor a mil millones. El repunte de los fondos del sector público en el año 2012 respecto de lo reportado en el año 2011 y su aceleración al año 2014 ha logrado reducir la distancia con los fondos privados. Este efecto se debió al incremento en el presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, aunque el efecto se redujo debido a un acomodamiento de recursos en las asignaciones presupuestarias del Seguro Social y también debido a una reducción de las asignaciones públicas en las otras entidades financieras, específicamente del Gobierno Central y de las municipalidades. Esto significa que si el Ministerio de Salud hace 10,000 nuevas contrataciones de médicos, estas personas renunciarán de los otros sectores para trasladarse al Ministerio de Salud. Para un análisis específico de este comportamiento véase la Gráfica 4.

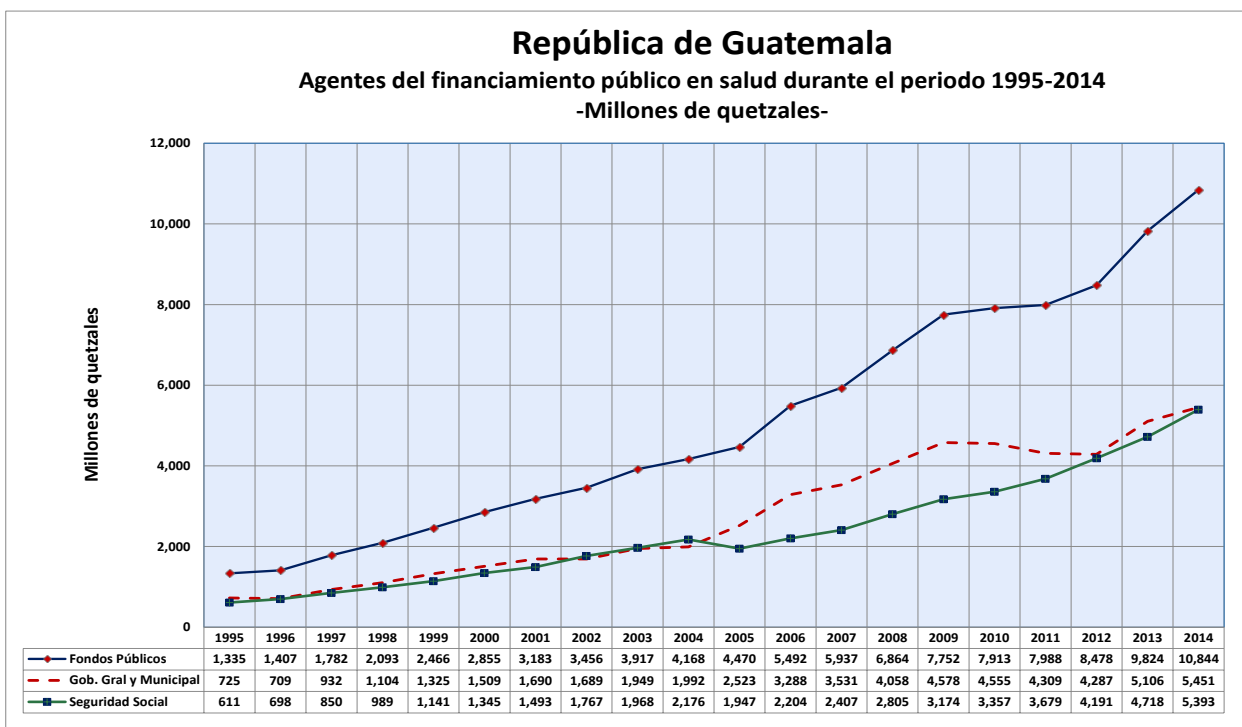
## Evolución del financiamiento público en salud



Gráfica 4. Evolución del financiamiento público en salud. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

El financiamiento en salud del sector público ha mantenido un comportamiento alcista; más llamativo en los años 2012-2014 (línea azul), sobre todo porque del 2009 al 2011 el financiamiento público se mantuvo invariante. Del 2005 al 2009 también se registraron tendencias incrementales similares pero los orígenes de dichos cambios fueron diferentes. En el año 2005 el incremento se originó específicamente en el renglón de las Secretarías del Ejecutivo, las intervenciones realizadas por el Fondo Nacional para la Paz y el apoyo en infraestructura del Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda, así como un aporte menor pero incremental del Ministerio de la Defensa. El incremento en el año 2012 es responsabilidad del presupuesto del MSPAS, lo que elevó el gasto público en salud. En el año 2014 el financiamiento público alcanzó 10,844 millones de Quetzales, el más alto de los presupuestos públicos de salud del periodo 1995-2014; sin embargo, parece que dicho incremento en el MSPAS motivó la reducción de las inversiones en este rubro para las otras entidades del Gobierno, lo que se observa al ver el dato del porcentaje del PIB que se mantiene muy cercano al 2.3% alcanzado en los años 2003, 2007, 2008 y 2013. El único año en que el financiamiento público fue más representativo en términos de PIB fue el del año 2009 cuando alcanzó el 2.5% del PIB. Esta información señala con claridad que una mejora en el financiamiento de la salud necesita estar acompañada de cambios en la producción de médicos, infraestructura y otros recursos, para que los incrementos no produzcan acomodo.

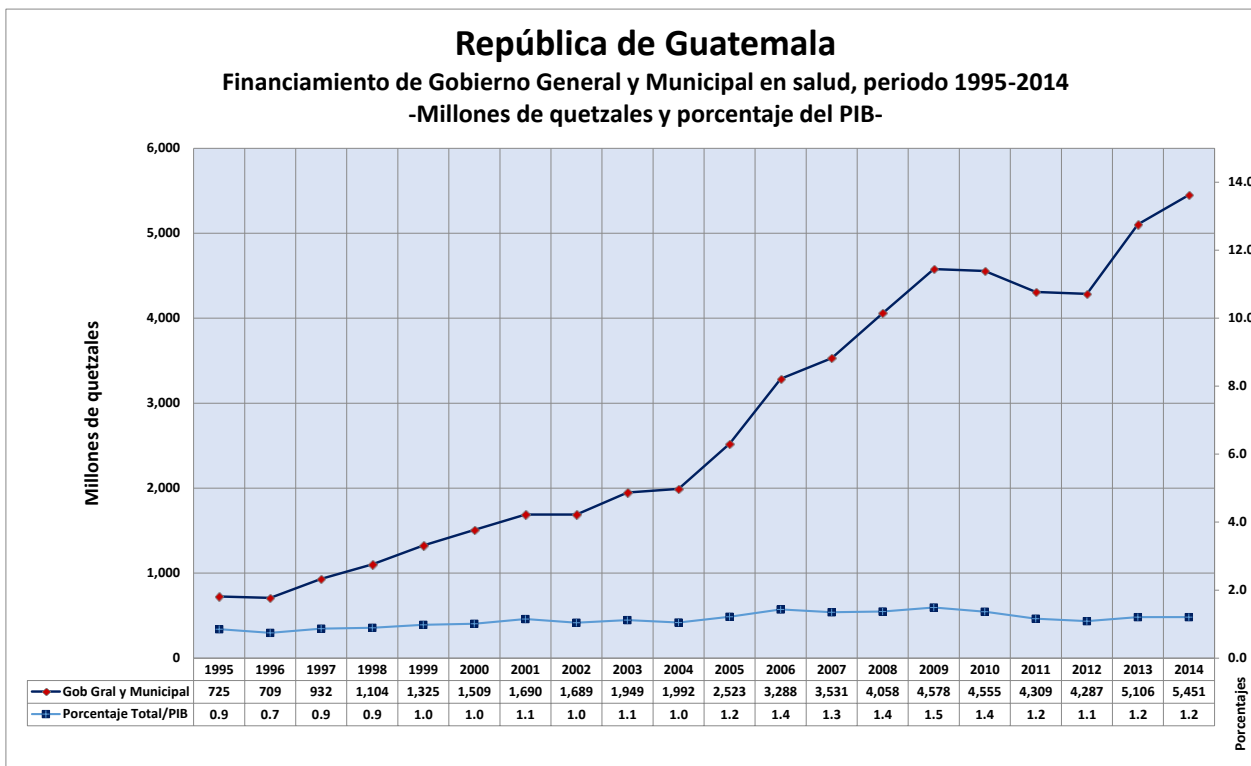
## Agentes del financiamiento público en salud



Gráfica 5. Agentes del financiamiento público en salud. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

El financiamiento de la salud que proviene de fondos públicos está integrado por las aportaciones del Gobierno General y Municipal más las aportaciones del Seguro Social. Los fondos públicos durante el periodo 2009-2011 registraron leves diferencias incrementales, lo que le da a la curva una forma casi horizontal. El cambio de la tendencia inicia con el financiamiento de la salud asignado en el año 2012 y se hace más incremental en el año 2013 cuando el financiamiento del Gobierno General y municipal pasa de 4,287 millones de quetzales a 5,106 millones. A pesar de que el financiamiento del Gobierno General y municipal traía una tendencia a la baja desde el año 2009, debe considerarse que dichos fondos son mucho mayores al financiamiento que se obtiene del Seguro Social, que sólo en el año 2004 fue mayor al resto de fondos públicos. Estos fondos de la Seguridad Social contribuyeron al financiamiento de la salud en el año 2013 con 4,718 millones de quetzales cuyo monto es menor a la participación del Gobierno Central y municipal que alcanzó en el mismo año los 5,106 millones de quetzales. Es importante aclarar que el presupuesto del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- es mucho mayor, pero aquí sólo se considera el financiamiento que el IGSS asigna al Programa de Enfermedad, Maternidad y Accidentes y se excluye el financiamiento a los otros programas como el de Invalidez, Vejez y Supervivencia.

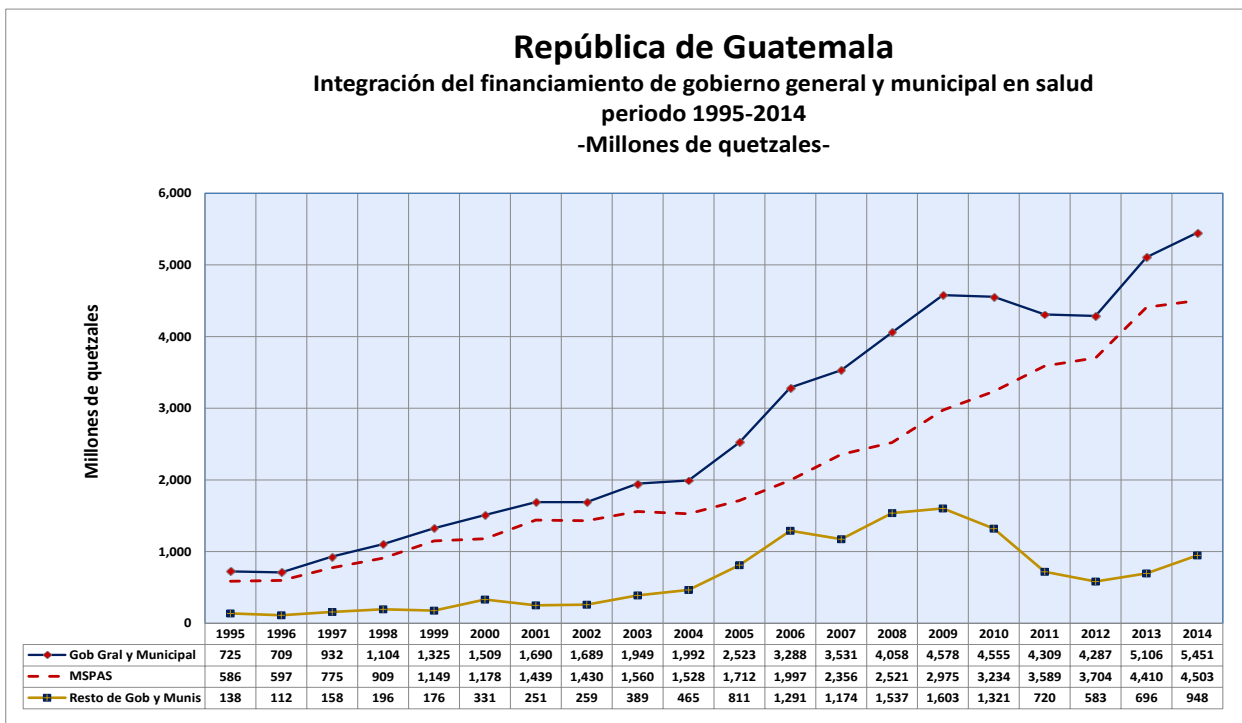
## Tendencias del financiamiento municipal y de gobierno



Gráfica 6. Tendencias del Financiamiento de Gobierno. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

El Gobierno General y Municipal financió la salud con una tendencia incremental desde 1995 hasta 2009, pero dicha tendencia cambió desde el año 2010 hasta el año 2012 en donde se asignaron 4,287 millones de Quetzales en contraposición a los 4,309 millones de Quetzales asignados en el 2011 y sobre todo un dato mucho menor a los 4,578 millones de Quetzales asignados en el año 2009. En este mismo periodo 2009-2011 el presupuesto del MSPAS que se encuentra integrado como parte del Gobierno General registró una meseta, lo que también repercutió en la tendencia a la baja. La tendencia errática de este tipo de gasto durante toda su historia, depende de acciones independientes que realizan las 338 municipalidades que tienen un gobierno autónomo, así como lo programado en el Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda para la ampliación y remodelación de centros y hospitales; las acciones del Ministerio de Educación en sus programas de prevención o las acciones específicas de las Secretarías y otras dependencias del Ejecutivo. Tales instituciones no operan de manera coordinada, lo que se refleja en las tendencias del financiamiento. En el año 2014 a pesar del incremento en el financiamiento, la tendencia sigue siendo un 1.2% del PIB que ya se había alcanzado en el año 2005, lo que indica que todos los incrementos en el financiamiento no favorecen la prestación de servicios de salud, sino que responden al comportamiento de los precios de los insumos (ver porcentajes del PIB).

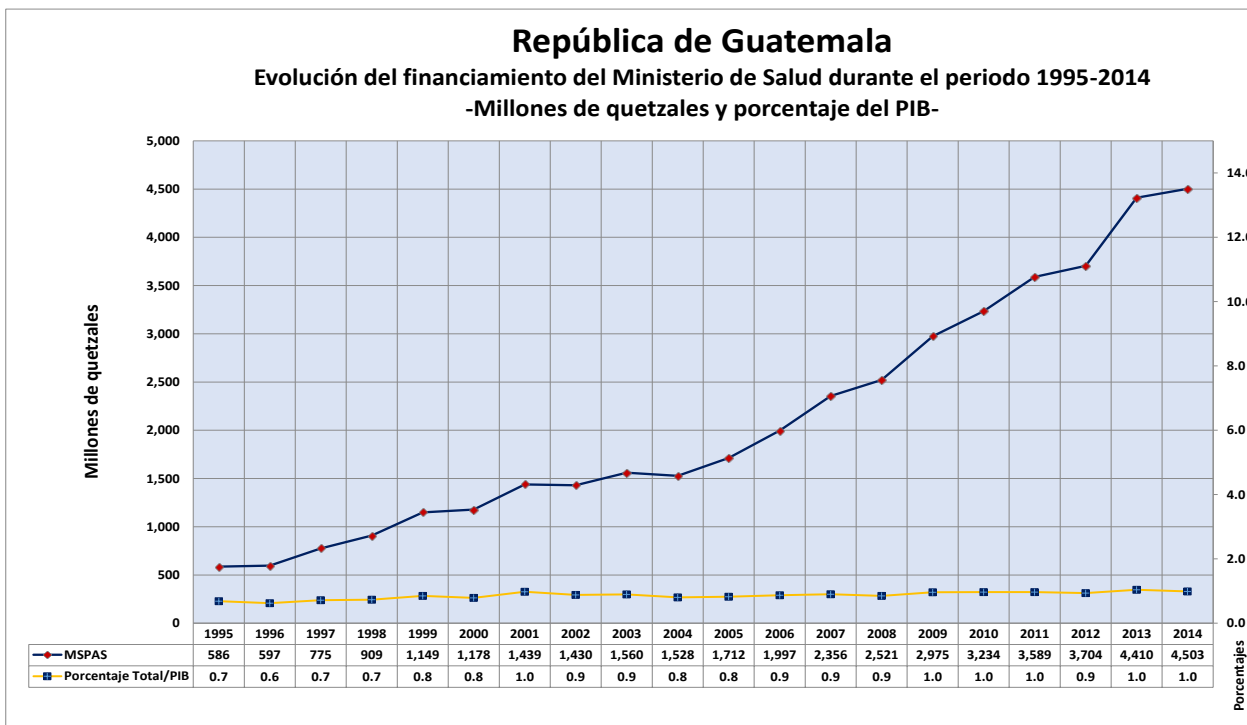
## Agentes de financiamiento del gobierno general y municipal



Gráfica 7. Agentes del financiamiento de Gobierno. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

El MSPAS es el principal financista de los servicios de salud prestados en el Gobierno General. En esta gráfica se representa por la línea punteada. En los años 2012-2014 su presupuesto se elevó considerablemente al pasar de 3,589 millones de Quetzales en 2011 a 4,503 millones en el año 2014 (devengados). En un reporte del Sistema de Contabilidad Integrada del Ministerio de Finanzas Públicas (SICOIN) el monto es mayor, pero como financiamiento de la salud, no se consideran los recursos asignados a la asistencia social, por ejemplo la administración de los cementerios o de las Escuelas de Formación. A pesar de esta tendencia en el presupuesto del MSPAS, el gasto total del Gobierno Central fue influenciado por el comportamiento del gasto en salud del resto del gobierno y el gasto municipal en salud. Como se observa en la primera curva de abajo hacia arriba, a partir del 2009 el resto del gobierno y las municipalidades financiaron a la baja los servicios de salud, pasando de 1,603 millones de Quetzales en 2009 a 583 millones en 2012 con una leve recuperación en el año 2013 para alcanzar los Q948 millones en 2014. Esta variación parece responder a una concentración del financiamiento de la salud en la entidad rectora (MSPAS) contrario a lo que podría considerarse un incremento presupuestario en el MSPAS. El comportamiento se explica por la capacidad del sistema para reaccionar. Las universidades no producen médicos a la velocidad requerida por un incremento de presupuesto, por lo tanto mayores contrataciones en el MSPAS significan renuncias en los otros.

## Evolución del financiamiento de la salud en el MSPAS

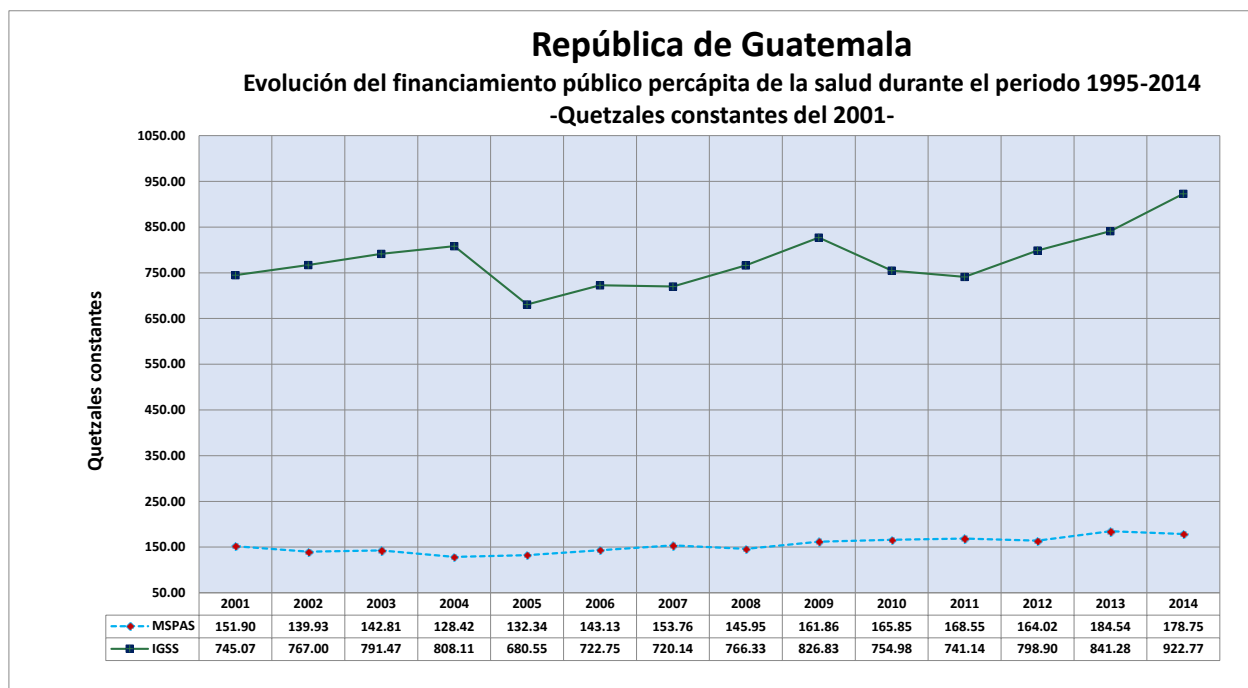


Gráfica 8. Evolución del financiamiento del MSPAS. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

El MSPAS como rector de la salud a nivel nacional además de ser financista de los servicios de salud públicos también debe regir el sistema. Sin embargo, la tendencia de sus aportaciones no ha sobrepasado el 1% del Producto Interno Bruto de Guatemala. La meta a partir de la firma de los acuerdos de paz (año 1996), estuvo definida en los siguientes términos “El Gobierno se compromete a aumentar los recursos destinados a la salud: Como mínimo, el Gobierno se propone que el gasto público ejecutado en salud en relación al producto interno bruto, para el año 2000, sea incrementado en 50% respecto del gasto ejecutado en 1995. Esta meta será revisada al alza en función de la evolución de la situación fiscal” (URL, 1996). De acuerdo con la lectura real del compromiso, se observa que el financiamiento público en 1995 era de 1.56% del PIB y su incremento en 50% era alcanzar un financiamiento de 2.35% del PIB, monto que se alcanzó en el año 2006. Sin embargo, en muchos escritos se interpreta que la meta sólo se refería al MSPAS, lo que significa que esta institución debió asignar un financiamiento en el año 2000 de 1.03% del PIB. Esto se observa logrado en el transcurso de los años, pero la expresión “meta revisada al alza” podría interpretarse como la inclusión del crecimiento demográfico y la inflación, lo que hace necesario un análisis más profundo de la financiación. Con los datos que se presentan es fácil comprender que el colapso de los servicios de salud recibe la influencia del crecimiento poblacional, de los precios, y el estancamiento de la red de servicios del Ministerio de Salud.



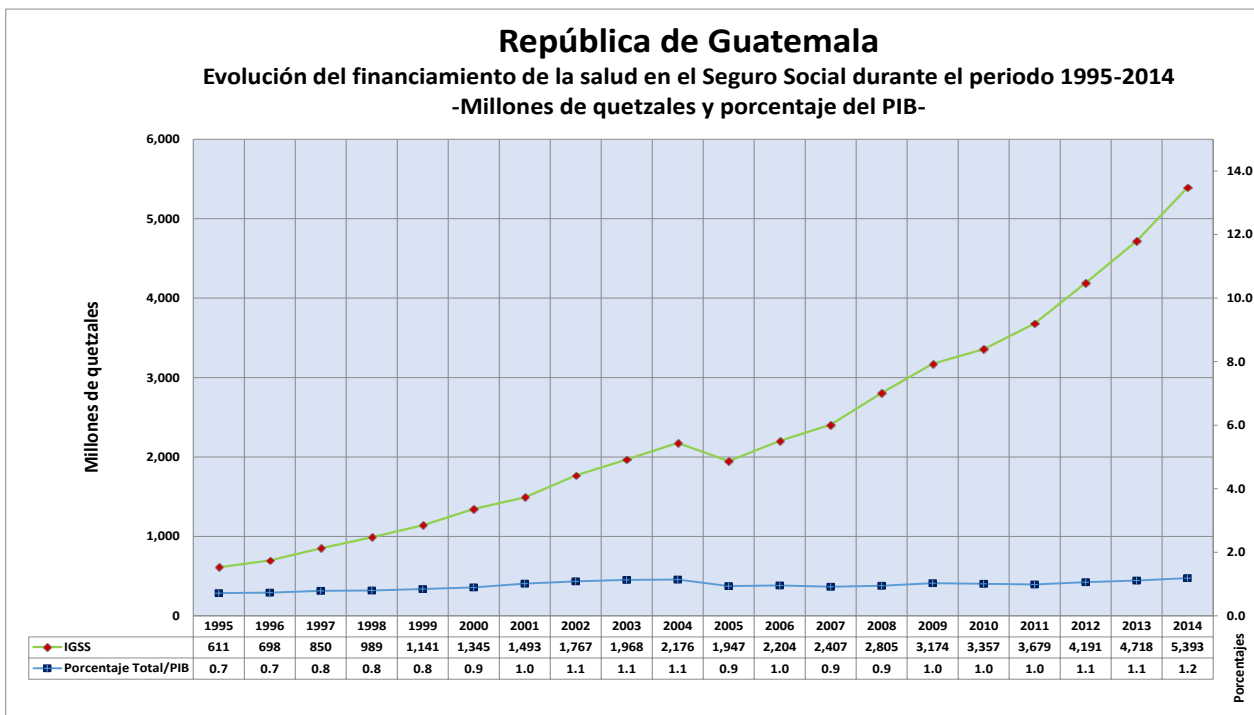
## Financiamiento per cápita del MSPAS y de la Seguridad Social



Gráfica 9. Financiamiento per cápita MSPAS-IGSS. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

Con la intención de realizar un análisis más objetivo del financiamiento de la salud, se realizó una comparación de los valores per cápita del financiamiento del MSPAS y del IGSS; estos valores se presentan en función de la población objetivo y a precios constantes para eliminar el efecto inflacionario. En el caso del IGSS se consideró el total de la población beneficiaria. En el caso del MSPAS a la población nacional se le restó la población beneficiaria del IGSS. En ese sentido se habla del financiamiento en función de las variables demográficas y de la inflación. Como se observa, las aportaciones per cápita del MSPAS iniciaron la década del 2001 con asignaciones de 151.9 Quetzales constantes por persona y se llegó al año 2014 con asignaciones de 178.75 Quetzales constantes por persona, esto en 2014 equivale a una asignación per cápita de 23.83 dólares de los Estados Unidos al año por habitante para prestar servicios de salud y 2 dólares mensuales por persona. El Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud ha señalado que las necesidades mínimas de financiamiento público en salud se sitúan en \$40 por habitante al año (OMS, 2001) lo que señala la brecha a cubrir. Las asignaciones del IGSS en cambio son mayores. En el 2001 el IGSS asignaba por beneficiario un monto de 745.07 Quetzales anuales y al año 2014 dicho financiamiento se elevó a 922.77 Quetzales. Además de observar fallas en la equidad, se esperaría que la población asegurada, en términos del financiamiento, esperara del IGSS un servicio con una calidad diferenciada.

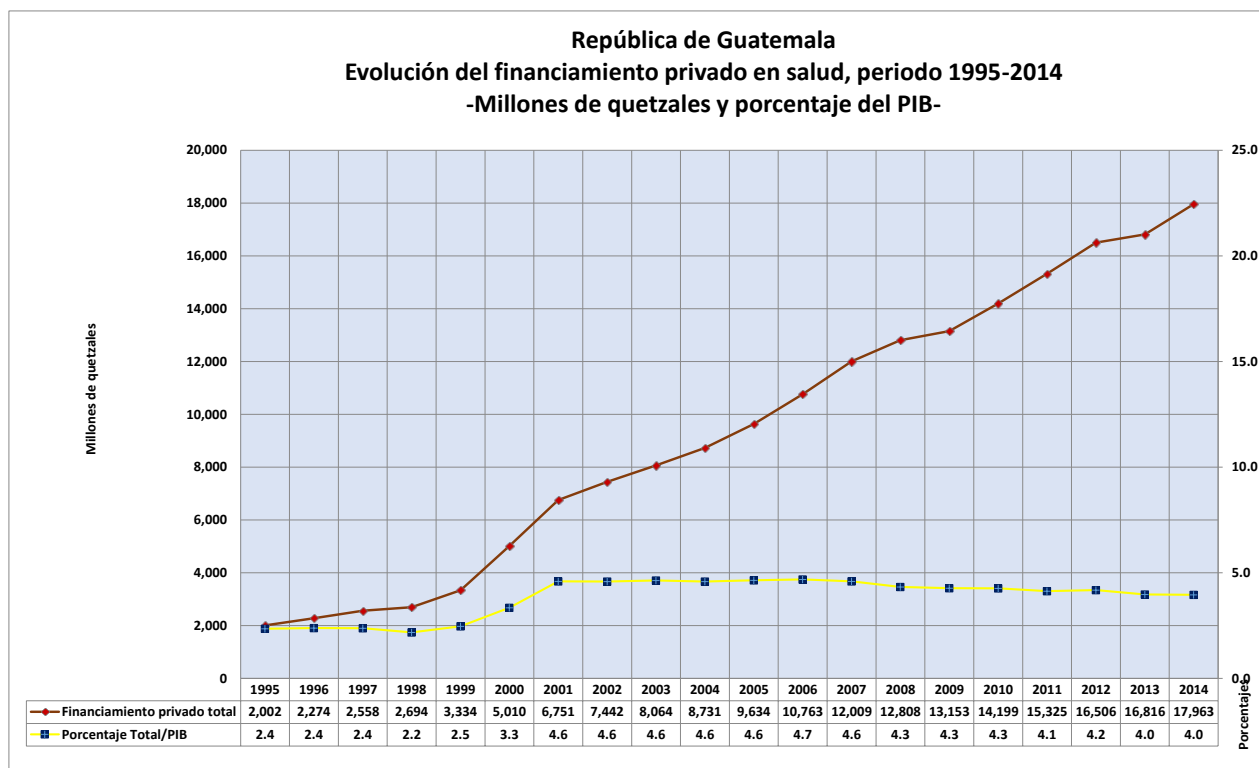
## Evolución del financiamiento de la salud en el Seguro Social



Gráfica 10. Evolución del financiamiento en el IGSS. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

La población del sector formal que integra la Población Económicamente Activa del país (PEA), recibe servicios de salud con proveedores financiados por el Seguro Social. Dichos fondos se ubicaron en un 1.2% del PIB en el año 2014. Este dato refleja un comportamiento alcista comparado con el Producto Interno Bruto, ya que desde el año 2002 el IGSS había logrado financiar la salud a una tasa del 1.1% del PIB, indicador que se logró subir hasta el año 2014. Parece ser que dicho financista actualiza el presupuesto en función de la variación de los precios. Las funciones que el IGSS financia en salud están divididas en tres programas: Accidentes, Maternidad y Consulta externa (EMA). Metodológicamente, el Sistema de Cuentas Nacionales de Salud o *System of Health Accounts* (SHA) no permite la inclusión de las prestaciones por invalidez, vejez y sobrevivencia como gasto en salud, ni las compensaciones por tiempo no laborado que forman parte de los programas del IGSS. Por tal razón el financiamiento de la salud por parte del Seguro Social tiene un tratamiento previo y se considera únicamente el presupuesto devengado. En el año 2014 esta entidad alcanzó su punto más alto de financiamiento en salud al ejecutar un presupuesto de 5,393 millones de Quetzales devengados, lo que no incluye las inversiones del programa EMA que participan en el sector financiero nacional. Las variaciones en la tendencia del 2005 al 2014 tienen influencia de los servicios contratados ya que el IGSS está pagando a proveedores privados la atención de pacientes en aquellos municipios cuya demanda de beneficiarios es baja.

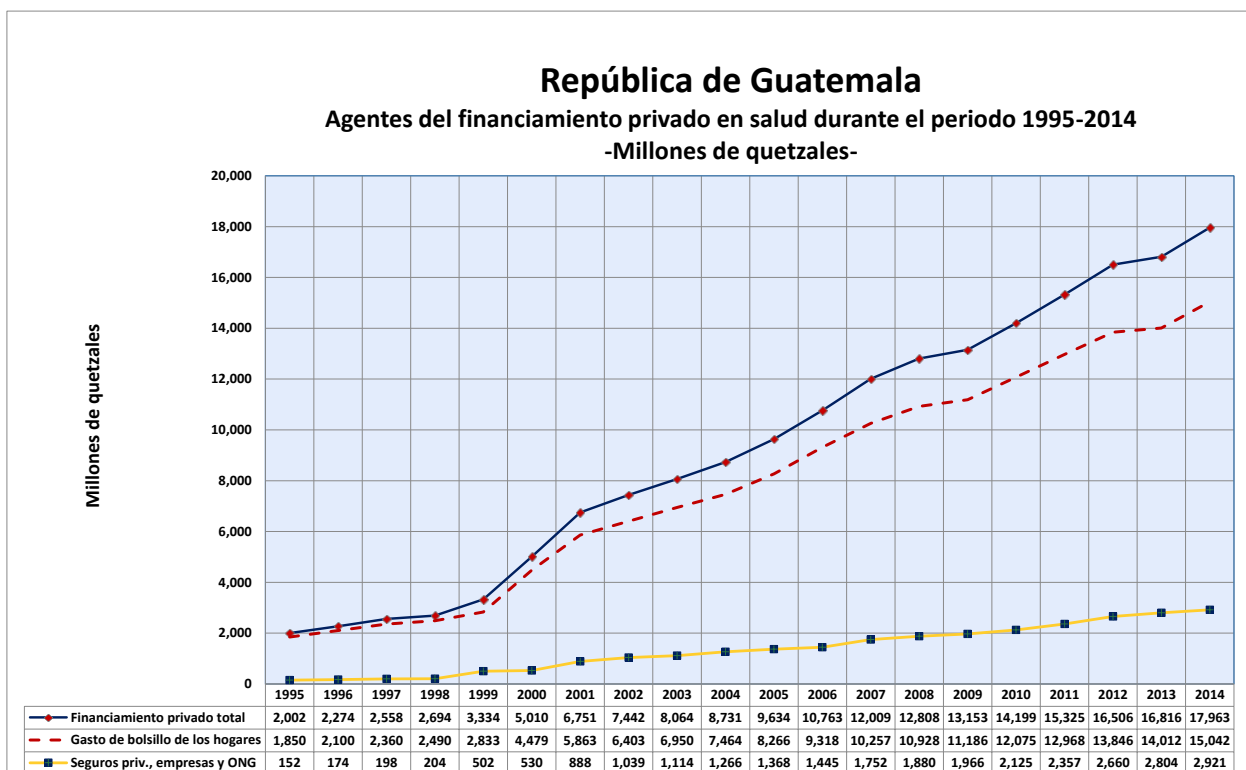
## Evolución del financiamiento privado de la salud



Gráfica 11. Gasto privado en salud. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

El financiamiento privado de la salud para el año 2014 fue comparable con el 4% del Producto Interno Bruto de ese año. Su tendencia entre los años 2006 y 2014 en términos de PIB fue a la baja, al descender de 4.7% en 2006. En términos absolutos el financiamiento privado de la salud fue de 17,963 millones de Quetzales para el año 2014. En el periodo 1995-2014 el gasto privado evolucionó de un porcentaje del 2.4% a un 4.0% del PIB, lo que se considera una carga muy alta para la población que es la principal financista de los gastos privados, pero insuficiente para atender las demandas de la población desde una visión de país. La tendencia del financiamiento privado cambió a partir de 1999 y se reafirmó en un nuevo nivel en el año 2001, cuando pasó de 2.5 a 4.6% del PIB, esto como efecto de las políticas de reforma implementadas. En este rubro participan los hogares, las empresas de seguros, las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (también conocidas como Organizaciones No Gubernamentales) y las firmas (también llamadas sociedades no financieras). Estas últimas representan los montos que las empresas asignan para la salud de sus propios trabajadores, un monto adicional a las aportaciones patronales al Seguro Social, que puede erogarse para financiar clínicas médicas instaladas al interior de las mismas empresas. La integración de los gastos privados se detalla a continuación.

## Agentes del financiamiento privado en salud



Gráfica 12. Agentes del financiamiento privado. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

Los hogares financiaron la salud en 2014 con 15 mil millones de Quetzales y una tendencia incremental que podría explicarse con el comportamiento de los precios. Sin embargo, es de considerar que la falta de una normativa que regule el precio de las atenciones privadas en salud, ya sea de consulta externa o de hospitalización, afecta el gasto de bolsillo de manera estratificada y limita el análisis con precios promedio. Si se utiliza como variable determinante el precio de los insumos, se tendría que el gasto de bolsillo, que 1995 ameritó un monto de 1,850 millones de Quetzales, requeriría en el año 2013 un monto de 7,346 millones de Quetzales como producto de la inflación; sin embargo, como el gasto de bolsillo es mucho mayor, se evidencia un incremento en las erogaciones que no son explicadas por el comportamiento de los precios de las atenciones sino por otras variables. La gratuidad de los servicios públicos decretada en 2008 no impactó más allá del año 2009 la tendencia incremental del gasto de bolsillo. Los seguros privados de salud, divididos en seguros de enfermedad y de hospitalización, también muestran una tendencia al alza, esto se debe al incremento de la tasa de siniestralidad que en el año 2003 era de 25% y en 2014 cambió al 43%. Las firmas, en los últimos años también han incrementado sus gastos en salud. Todo ello se reúne en un monto total de 2,921 millones de Quetzales para el año 2014 y a pesar de ser tres financistas, no sobrepasan el 30% del financiamiento privado. Esto significa que los pagos del 70% se realizan directamente al acceder a los servicios de salud.

## Gasto en salud medido a través de los proveedores

### Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

El MSPAS como rector de la salud a nivel nacional posee la infraestructura más grande para la provisión de los servicios de salud, con características de gratuidad. En los acuerdos de paz se determinó una brecha muy grande entre las demandas de la población y la prestación de los servicios por parte de esta entidad. La meta a partir de la firma de los acuerdos de paz (año 1996), era regionalizar los servicios de salud, así como implementar programas nacionales de salud integral para la mujer, lo cual implica el acceso a servicios apropiados de información, prevención y atención médica. Se propuso abordar la salud como prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, así como incrementar en 50% el gasto ejecutado en 1995 (URL, 1996). Sin embargo, en esa oportunidad no se consideró que un número estático, no respondía al comportamiento del crecimiento de la demanda, ya que este es equivalente a su tasa de natalidad. Al mismo tiempo, es importante considerar que el tema de la infraestructura es vital para la prestación de servicios de salud de calidad y por lo tanto la planificación de la red de servicios en función del crecimiento de la demanda amerita disponer de fondos presupuestarios que no se corresponden con el comportamiento normal de atención de los proveedores. Al mejorarse la prestación de los servicios de salud y por consecuencia al reducir los índices de mortalidad, también se motiva un incremento en la demanda de servicios de salud para la población. Eso hace necesario un análisis más profundo del tipo de gasto que no se quedan sólo en el plano de la prestación de servicios de salud, sino que aborda otros temas, como el de la infraestructura. Según se observa en el cuadro 2 el tercer nivel de atención no ha tenido cambios significativos desde 1975.

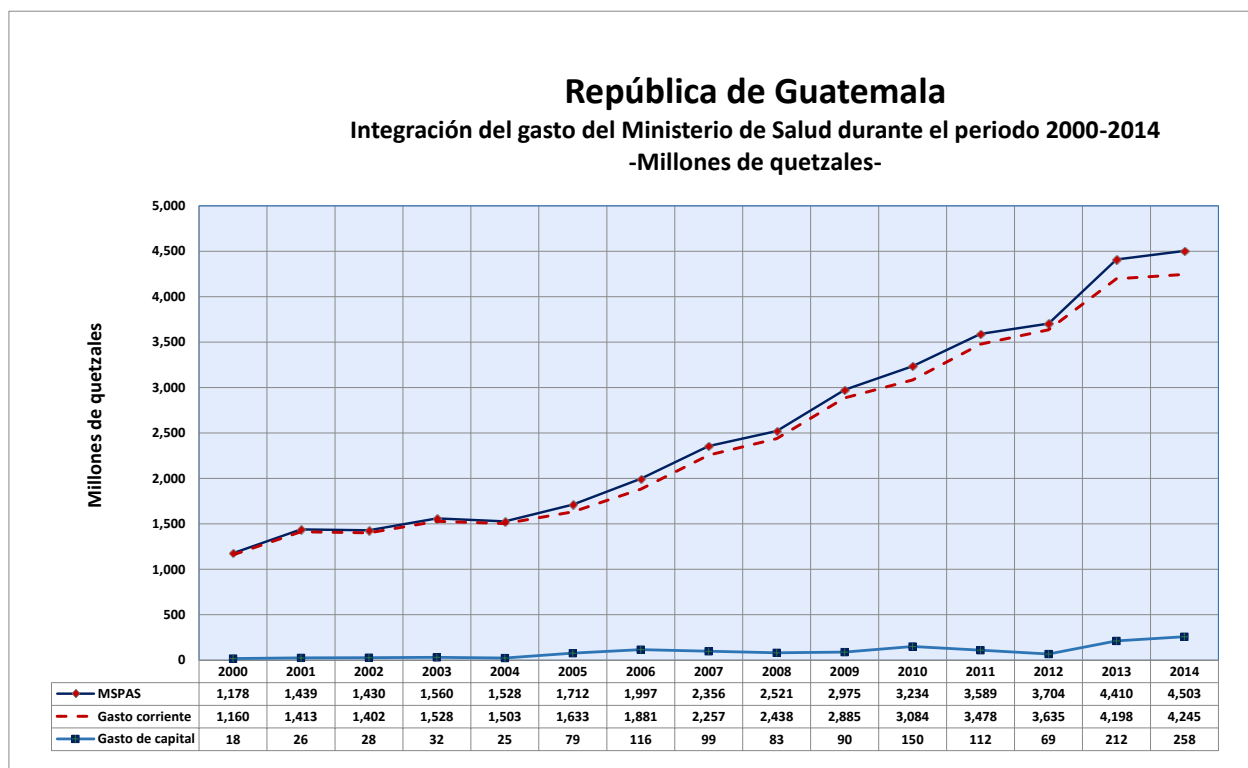
Cuadro 2. Red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala

Descripción	1975	1985	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2006	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Red de servicios</b>	<b>559</b>	<b>1,031</b>	<b>1,031</b>	<b>1,033</b>	<b>1,036</b>	<b>1,058</b>	<b>1,068</b>	<b>1,093</b>	<b>1,147</b>	<b>1,147</b>	<b>1,147</b>	<b>1,147</b>	<b>1,150</b>	<b>1,150</b>	<b>1,184</b>	<b>1,186</b>	<b>1,308</b>	<b>1,429</b>	<b>1,433</b>	<b>1,448</b>	<b>1,531</b>	<b>1,531</b>
Puestos de salud existentes	435	780	780	782	785	803	803	819	857	857	852	850	848	845	860	867	966	1,076	1,079	1,088	1,158	1,158
Centros de salud B existentes	89	184	184	184	184	188	198	206	221	221	226	228	229	231	249	243	259	267	267	270	277	277
Centros de salud A existentes	0	32	32	32	32	32	32	32	33	33	33	33	37	38	32	33	40	43	44	46	52	52
Hospitales	35	35	35	35	35	35	35	36	36	36	36	36	36	36	43	43	43	43	43	44	44	44

Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, septiembre de 2015

En el año 1975, la red de servicios del MSPAS como proveedor tenía únicamente 559 establecimientos, el tercer nivel estaba constituido por 35 hospitales que a la fecha no han recibido el tratamiento de infraestructura que se hace necesario, lo que podría llevar al colapso de la red. También hay que considerar que la modalidad para incrementar la red de servicios en muchos casos se hace viable a través de la elevación de categoría de un servicio inferior, lo que señala que nuevos hospitales no significan edificios nuevos. En 1998 se tenían 38 centros de salud tipo A (con encamamiento) y para el año 1999 estos centros se habían reducido a 32 debido a que 6 fueron elevados a la categoría de hospital.

## Integración del gasto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social



Gráfica 13. Integración del gasto del MSPAS. Fuente: MSPAS/SIGSA, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, enero de 2015

La línea punteada representa el gasto corriente y hasta el año 2004 era casi el 100% de los gastos del Ministerio de Salud. Se observa en el tema del gasto de capital, que el presupuesto ejecutado del MSPAS es mínimo. En ese sentido, el crecimiento de la red de servicios se explica porque los puestos de salud se incrementan con infraestructura básica y una enfermera auxiliar, lo que no requiere de grandes inversiones. Los puestos de salud suelen ser elevados a centros de salud y posteriormente a hospitales cuando los cambios no necesitan una erogación financiera alta. Cuando un hospital es construido por otras fuentes financieras, el MSPAS tiene problemas para asumir los costos de integración porque no posee presupuesto para absorber planillas, costos fijos, mantenimiento e insumos. Al año 2014 únicamente se utilizaron para infraestructura 258 millones de Quetzales y como se observa en la línea punteada de la gráfica, el gasto corriente es el que mantiene la tendencia histórica de los gastos de salud del MSPAS. Esta situación amerita una transformación de los programas de prevención, ya que no sólo es necesario intervenir en la prevención de las enfermedades sino también se debe prevenir una merma considerable en la capacidad instalada de la institución, para atender el incremento de la demanda. El deterioro de la red de servicios del MSPAS se hace evidente en los medios de comunicación y en la evaluación social, porque las construcciones datan del año 1979 o anteriores (por lo menos en 35 hospitales) y se prevé una situación coyuntural en el corto plazo.

La integración del gasto en salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha sido posible, gracias a la mejora en los registros contables del presupuesto Nacional. El Ministerio de Finanzas Públicas de Guatemala ha preparado documentos en su página web con los presupuestos ejecutados por cada institución de Gobierno desde el año 1995, lo que mejora notablemente el proceso de cálculo de las Cuentas Nacionales de Salud (MINFIN, 2015). Al extraer un reporte del Sistema de Contabilidad Integrado Nacional (SICOIN) por programas, se encuentra el detalle programático de la ejecución presupuestaria de esta institución, lo que se observa en el cuadro siguiente:

Cuadro 3. República de Guatemala/MSPAS: Presupuesto total devengado según programas, en millones de quetzales

Descripción	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Administración Institucional	85	75	92	156	198	239	201	161	165	172	196	217	251	204	245	224	224	636	152	166
Vigilancia Del Sistema De Salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	47	12	16	24	131	22	137	909	906
Desarrollo Del Recurso Humano	12	13	13	14	14	15	15	17	16	17	17	72	81	98	122	132	144	178	154	190
Acciones de prevención	22	24	32	18	18	9	21	17	22	16	21	15	201	245	104	22	1,394	1,225	1,045	1,097
Recuperación de la salud	487	502	619	740	943	946	1,209	1,244	1,368	1,356	1,487	1,729	1,980	2,102	2,638	2,891	1,886	1,740	2,180	2,205
Proyectos De Infraestructura De Salud	0	0	37	1	0	0	26	28	32	19	39	22	7	0	0	0	89	11	146	151
Partidas No Asignables	18	17	18	20	32	40	50	77	88	86	99	135	16	20	103	186	218	301	350	350
<b>Total</b>	<b>625</b>	<b>630</b>	<b>811</b>	<b>950</b>	<b>1,205</b>	<b>1,249</b>	<b>1,523</b>	<b>1,544</b>	<b>1,691</b>	<b>1,665</b>	<b>1,859</b>	<b>2,236</b>	<b>2,548</b>	<b>2,685</b>	<b>3,236</b>	<b>3,587</b>	<b>3,977</b>	<b>4,228</b>	<b>4,935</b>	<b>5,066</b>

Fuente: SICOIN WEB y Presupuesto del MSPAS

Con la información precedente se hace posible la separación entre los gastos de Asistencia Social y los Gastos de Salud, como se presenta a continuación.

Cuadro 4. República de Guatemala: cálculo del gasto en salud del MSPAS, en millones de quetzales

República de Guatemala: Cálculo del gasto en salud del MSPAS, en millones de quetzales																				
Descripción	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Administración de los servicios de asistencia social	8.915	4.372	4.575	7.816	9.905	11.95	10.06	8.065	8.27	8.58	9.815	10.86	72.53	24.2	16.24	11.22	11.22	31.81	7.609	8.3
Servicios de asistencia social	18.1	16.56	18.21	20.3	32.07	40.1	50.3	76.7	87.6	86.2	98.8	135	16.2	19.88	103.2	186.1	217.5	301.1	349.7	350.5
(+) Administración del financiamiento de la salud	76.38	71.07	86.93	148.5	188.2	227	191.1	153.2	157.1	163	186.5	206.3	178.1	179.7	228.5	213.1	213.1	604.3	144.6	157.7
(+) Vigilancia Del Sistema De Salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46.84	11.8	15.8	23.6	131.4	21.7	136.7	909	906.3	
(-) Desarrollo Del Recurso Humano en	12.1	12.64	13.18	13.72	14.25	14.8	14.7	16.7	16.4	16.9	17.3	71.7	80.9	98	121.5	131.5	144	177.6	154.3	189.7
(+) Acciones de prevención	22.4	23.9	31.6	18.32	17.98	9.2	21.4	17.4	21.7	15.6	20.6	14.9	201.5	245.1	104.2	22.3	1394	1225	1045	1097
(+) Recuperación de la salud	487.1	501.5	619.3	740.4	942.7	945.6	1209	1244	1368	1356	1487	1729	1980	2102	2638	2891	1886	1740	2180	2205
(+) Proyectos De Infraestructura De Salud	0.45	0.4	36.8	1.454	0	0	26.3	27.9	32.3	18.6	39	21.6	6.6	0	0	0	88.8	11.25	145.9	151.3
(-) Programa de accesibilidad de medicamentos	0	0	0	0	0	3.654	8.237	11.95	18.47	25.46	20.77	21.97	22.02	21.36	19.91	23.48	14.63	13.29	14.17	14.35
<b>Total</b>	<b>586</b>	<b>597</b>	<b>775</b>	<b>909</b>	<b>1,149</b>	<b>1,178</b>	<b>1,439</b>	<b>1,430</b>	<b>1,560</b>	<b>1,528</b>	<b>1,712</b>	<b>1,997</b>	<b>2,356</b>	<b>2,521</b>	<b>2,975</b>	<b>3,234</b>	<b>3,589</b>	<b>3,704</b>	<b>4,410</b>	<b>4,503</b>

Fuente: SICOIN WEB y Presupuesto del MSPAS

Nótese que han sido separados los gastos de administración de los servicios de asistencia social, así como el costo de dichos servicios. Los rubros que tienen signo positivo (+) se suman, los rubros que tienen signo negativo (-) no se consideran en la sumatoria de los gastos de salud. El resultado de la sumatoria es el dato de las Cuentas Nacionales de Salud que se emplean en este documento. En las Cuentas Nacionales que elabora el Banco de Guatemala, es necesario excluir otros datos que para dicha metodología no son parte de los servicios de salud, como por ejemplo, la infraestructura en salud, las acciones de prevención y las acciones de vigilancia (SCN93, 2014, pág. 182), encontrar una coincidencia entre ambas metodologías fue importante para lograr la transparencia del dato y sobre todo para lograr información de actualidad. Esta afirmación se ejemplifica a continuación.

Cuadro 5. República de Guatemala: sincronización de datos entre MINFIN y BANGUAT

Servicios de atención médica	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
IGSS (millones de Q)	1,255.5	1,409.3	1,576.5	1,699.1	1,752.3	1,917.1	1,966.6	2,351.1	2,643.0	2,916.3	3,102.7	3,699.1
MSPAS (millones de Q)	1,230.2	1,261.0	1,389.4	1,371.4	1,507.3	1,744.1	2,181.7	2,347.0	2,742.6	2,913.2	3,280.5	3,279.0
<b>Total</b>	<b>2,485.7</b>	<b>2,670.3</b>	<b>2,965.9</b>	<b>3,070.5</b>	<b>3,259.6</b>	<b>3,661.2</b>	<b>4,148.3</b>	<b>4,698.1</b>	<b>5,385.6</b>	<b>5,829.5</b>	<b>6,383.2</b>	<b>6,978.1</b>

Fuente: MINFIN-SICOIN WEB

BANGUAT: Cuadro de Oferta y Utilización, producto 59, oferta total (en millones de quetzales de cada año)

Descripción	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 p/
Producción de las actividades relacionadas con la salud humana	6,492.4	6,979.5	7,756.3	8,291.7	8,989.6	10,133.0	11,399.7	12,615.5	13,830.5	15,063.7	16,396.9	17,817.8
Actividades de mercado	4,006.7	4,309.2	4,790.4	5,221.2	5,730.0	6,471.8	7,251.4	7,917.4	8,444.9	9,234.2	10,013.7	10,839.6
Actividades de no mercado	<b>2,485.7</b>	<b>2,670.3</b>	<b>2,965.9</b>	<b>3,070.5</b>	<b>3,259.6</b>	<b>3,661.2</b>	<b>4,148.3</b>	<b>4,698.1</b>	<b>5,385.6</b>	<b>5,829.5</b>	<b>6,383.2</b>	<b>6,978.1</b>
Gasto MSPAS	1,230.2	1,261.0	1,389.4	1,371.4	1,507.3	1,744.1	2,181.7	2,347.0	2,742.6	2,913.2	3,280.5	3,279.0
Gasto IGSS	<b>1,255.5</b>	<b>1,409.3</b>	<b>1,576.5</b>	<b>1,699.1</b>	<b>1,752.3</b>	<b>1,917.1</b>	<b>1,966.6</b>	<b>2,351.1</b>	<b>2,643.0</b>	<b>2,916.3</b>	<b>3,102.7</b>	<b>3,699.1</b>

Fuente: BANGUAT, SCN93 tomo II, página

Servicios de atención médica (millones de quetzales)

Programa EMA	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Servicios de atención médica	<b>1,255.5</b>	<b>1,409.3</b>	<b>1,576.5</b>	<b>1,699.1</b>	<b>1,752.3</b>	<b>1,917.1</b>	<b>1,966.6</b>	<b>2,351.1</b>	<b>2,643.0</b>	<b>2,916.3</b>	<b>3,102.7</b>	<b>3,699.1</b>	<b>4,090.2</b>	<b>4,555.1</b>
Gastos de administración del programa EMA	233.3	357.9	392.0	476.7	195.0	284.0	336.0	337.0	361.6	359.2	395.5	213.7	485.3	588.6
Otros gastos	249.7	62.1	198.3	217.0	265.1	239.3	260.4	282.8	271.2	292.2	319.2	358.8	380.5	428.4
Infraestructura	3.7	0.0	0.0	0.0	0.0	2.3	104.0	115.5	162.3	73.2	172.7	266.5	134.9	246.2
<b>Total</b>	<b>1,492.5</b>	<b>1,767.2</b>	<b>1,968.5</b>	<b>2,175.8</b>	<b>1,947.3</b>	<b>2,203.5</b>	<b>2,406.6</b>	<b>2,803.5</b>	<b>3,166.9</b>	<b>3,348.6</b>	<b>3,670.9</b>	<b>4,179.3</b>	<b>4,710.4</b>	<b>5,389.9</b>

Fuente: Sicoin Web, Memorias de labores del IGSS y Boletines financieros

Como puede observarse, la coincidencia de la información es muy importante para poder contar con información actualizada, lo que hace posible presentar el dato de manera oportuna, a partir de la entidad que lo publique primero, dando oportunidad a mejores análisis.

## Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Una función del IGSS, derivada de lo apuntado en la Constitución Política de la República de Guatemala, es la de recaudar las contribuciones de empresas y empleados para el sostenimiento y funcionamiento del régimen de seguridad social (IGSS, 2009). Con esos recursos financieros, el Instituto protege a la población afiliada y a sus beneficiarios contra las contingencias ocasionadas por accidentes en general, accidentes de trabajo, enfermedad, maternidad, incapacidad temporal, invalidez, vejez, orfandad y viudez (IGSS, 2009).



Lo anterior significa dos tipos de prestaciones: en salud y en dinero; por un lado consultas médicas (diagnóstico, tratamiento y medicamento), y por otro el pago de prestaciones en dinero por suspensión médica, o por haber completado los requisitos para obtener una pensión. Metodológicamente el gasto en salud se refiere únicamente a la prestación de servicios médicos sin incluir las prestaciones por suspensión médica. Las funciones del IGSS nacieron en 1946 por Decreto 295 del Congreso de la República. A partir de ese entonces, se ha caracterizado por tener el segundo lugar en el tema de la red de servicios de salud.

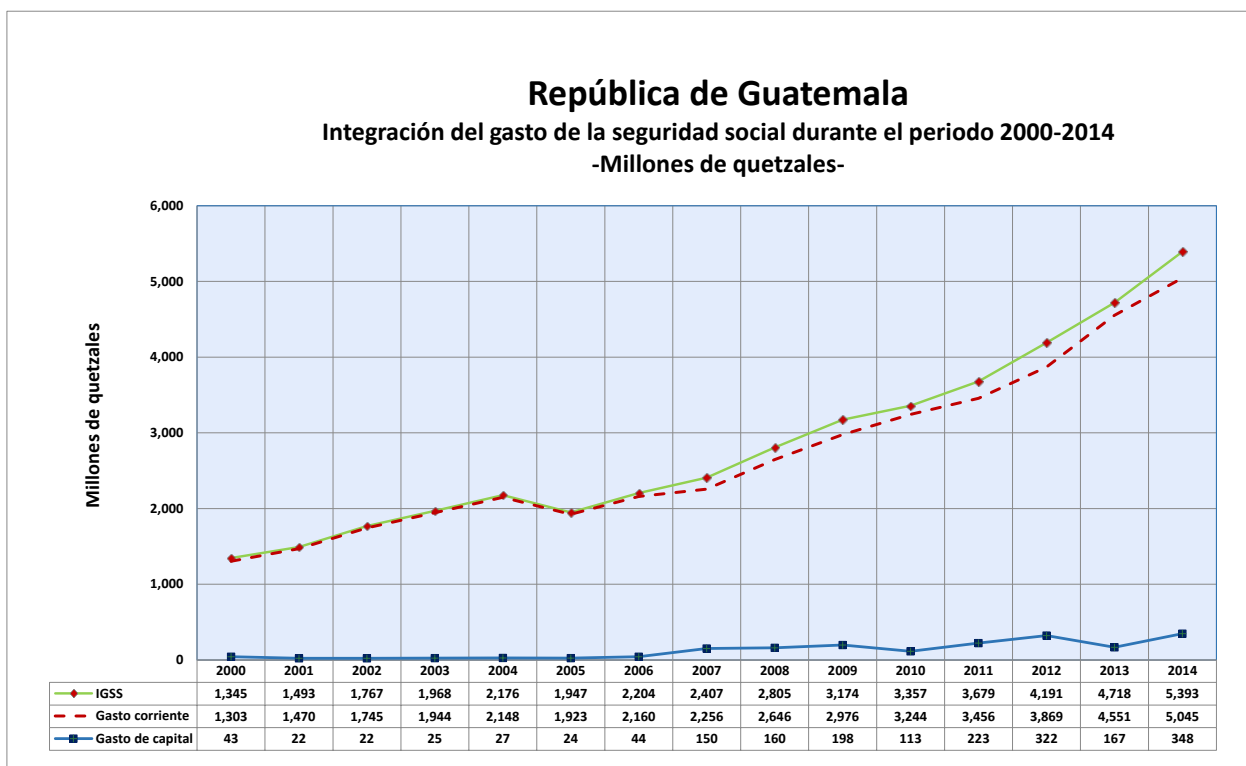
Cuadro 6. Red de servicios del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Descripción	1995	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2012	2013	2014
Unidades Integrales		31	59	59	58	52	42	42	43	43	43
<b>Red de servicios</b>	<b>73</b>	<b>79</b>	<b>80</b>	<b>81</b>	<b>81</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>81</b>	<b>81</b>	<b>81</b>
Puestos de Salud	16	16	16	16	16	13	12	11	11	11	11
Consultorios	30	36	37	38	38	38	39	40	43	43	43
Salas Anexas	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Hospitales	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24

Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, septiembre de 2015

La red de servicios del IGSS de forma diferente a la red de servicios del MSPAS tiene un comportamiento incremental y decremental. Desde la creación de las unidades integrales de adscripción en el año 2002, algunos servicios han funcionado de manera condicionada por la demanda; al reducirse la demanda hasta el nivel de los costos fijos el servicio tiende a eliminarse y en su lugar se ha implementado una unidad integral de adscripción, con la función de hacer una clasificación del tipo de demanda que plantea cada paciente para referirlo a un centro asistencial privado, al cual el IGSS le paga por paciente atendido y patología de la atención. En ese sentido, la eliminación de puestos de salud va de la mano con la creación de las unidades integrales de adscripción. Asimismo, esta modalidad ha posibilitado la ampliación de cobertura en otros departamentos en donde la red de servicios del IGSS estaba limitada. Sin embargo, en términos de infraestructura se nota un comportamiento inercial. Aunque se ha mejorado el tema de la inversión física a partir del año 2007, el impacto de esta inversión sobre la infraestructura total en la red de servicios del IGSS es muy bajo.

## Integración del gasto del IGSS como proveedor de servicios de salud



Gráfica 14. IGSS: integración del gasto. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

Las inversiones del IGSS para mejorar la infraestructura de la red de servicios de salud han tenido movimientos incrementales a partir del año 2007. El monto más alto se logró en 2014 con 348 millones de Quetzales. Sin embargo, como se observa en la tendencia general del gasto en salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social orienta la mayor proporción de su gasto al rubro de gasto corriente. El gasto corriente del IGSS en el año 2014 fue de 5,045 millones de Quetzales, una cifra mayor a lo gastado en el año 2013 cuando alcanzó un gasto corriente de 4,551 millones de Quetzales y mayor a las cifras en el mismo rubro de los años anteriores. Durante el periodo comprendido del año 2000 al año 2014 el gasto corriente ha sido el principal rubro de gasto de los fondos de la seguridad social para la prestación de los servicios de salud a nivel nacional, lo que también debiera tender a un análisis precautorio sobre el tema del colapso de la infraestructura. Desde el año 1995 a la fecha, el IGSS cuenta con 24 hospitales y sólo se ha incrementado en 13 consultorios, manteniendo un comportamiento precautorio. A pesar de haber sido creado el 30 de octubre de 1946 mediante el Decreto Legislativo 295, Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que aún se encuentra vigente y que establece la ruta de sus modificaciones hacia la atención de grupos mayores de población, de acuerdo con lo establecido en su Plan Estratégico 2013-2017 página 1, no se han dado las condiciones económicas, políticas y sociales, para llegar al concepto de seguridad social general.

Los gastos del programa EMA del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social son datos publicados en las Memorias de labores, Informes de Labores y Boletines Estadísticos del IGSS, disponibles en la Web. Dicha información fue corroborada por reportes del SICOIN WEB del Ministerio de Finanzas Públicas de Guatemala, desde el portal SICOIN DES. En estos reportes, se muestra que el programa EMA ha sido constituido por los rubros siguientes:

Cuadro 7. República de Guatemala/IGSS: rubros de la ejecución presupuestaria del programa EMA

Descripción	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Servicios de atención médica	529	618	742	843	1,041	1,154	1,256	1,409	1,577	1,699	1,752	1,917	1,967	2,351	2,643	2,916	3,103	3,699	4,090	4,555
Gastos de administración del programa EMA	49	74	88	112	99	164	233	358	392	477	195	284	336	337	362	359	395	214	485	589
Otros gastos	75	98	58	79	437	380	250	62	198	217	265	239	260	283	271	292	319	359	380	428
Infraestructura	32	6	20	34	0	27	4	0	0	0	0	2	104	115	162	73	173	266	135	246
<b>Total</b>	<b>611</b>	<b>698</b>	<b>850</b>	<b>989</b>	<b>1,141</b>	<b>1,345</b>	<b>1,493</b>	<b>1,767</b>	<b>1,968</b>	<b>2,176</b>	<b>1,947</b>	<b>2,203</b>	<b>2,407</b>	<b>2,804</b>	<b>3,167</b>	<b>3,349</b>	<b>3,671</b>	<b>4,179</b>	<b>4,710</b>	<b>5,390</b>

Fuente: Sicoin Web, Memorias de labores del IGSS y Boletines financieros

Para la contabilidad del gasto en salud según la metodología del SHA, es necesario considerar el dato de servicios de atención médica, gastos de administración del programa EMA y los gastos en infraestructura. En las Cuentas Nacionales que elabora el Banco de Guatemala, únicamente han sido considerados los servicios de atención médica, los otros datos que para dicha metodología no son parte de los servicios de salud han sido excluidos.

La siguiente forma parte de la serie de datos publicada por el BANGUAT en las actividades de producción relacionadas con la salud humana (SCN93, 2014, pág. 182). La información se localiza en los cuadros estadísticos en Excel (Cuadros de Oferta y Utilización serie 2001-2012p) que fueran publicados en la página del BANGUAT (<http://www.banguat.gob.gt/inc/main.asp?id=86002&aud=1&lang=1>). El cuadro que corresponde al año 2001 es el Cuadro 6.2 producto 59: Actividades relacionadas con la salud humana, oferta total, en millones de quetzales de cada año.

Cuadro 8. BANGUAT: oferta total de las actividades relacionadas con la salud humana (en millones de quetzales de cada año)

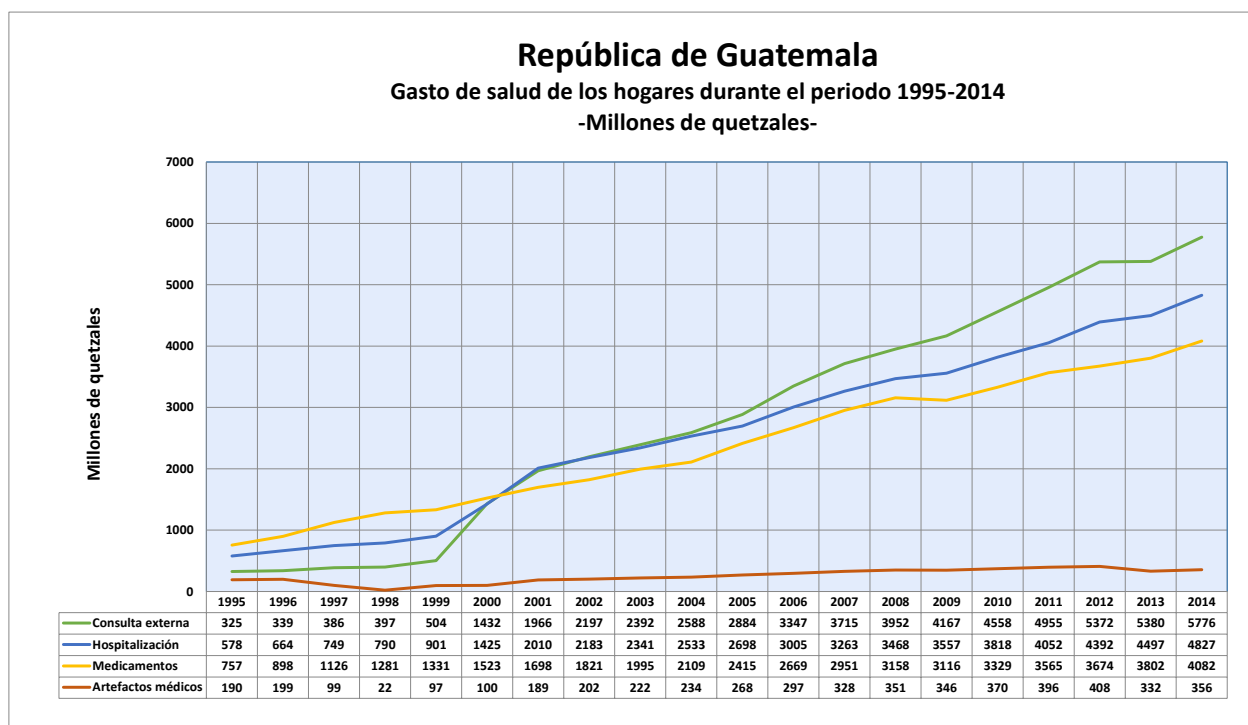
Descripción	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 p/
<b>Oferta total</b>	<b>6,492</b>	<b>6,979</b>	<b>7,756</b>	<b>8,292</b>	<b>8,990</b>	<b>10,133</b>	<b>11,400</b>	<b>12,616</b>	<b>13,831</b>	<b>15,064</b>	<b>16,397</b>	<b>17,818</b>
Actividades de mercado	4,007	4,309	4,790	5,221	5,730	6,472	7,251	7,917	8,445	9,234	10,014	10,840
Actividades de no mercado	2,486	2,670	2,966	3,070	3,260	3,661	4,148	4,698	5,386	5,830	6,383	6,978
Gasto MSPAS	1,230	1,261	1,389	1,371	1,507	1,744	2,182	2,347	2,743	2,913	3,280	3,279
Gasto IGSS	1,256	1,409	1,577	1,699	1,752	1,917	1,967	2,351	2,643	2,916	3,103	3,699

Fuente: BANGUAT, SCN93 serie 2001-2012p, Cuadros en Excel/ Cuadro de Oferta y Utilización, producto 59, oferta total.

Como se observa existe congruencia con la información de las Cuentas Nacionales de Salud, que además de incluir la información contenida en el SCN93 adiciona otros gastos en salud como los de infraestructura y los gastos de administración del programa EMA.

## Gasto privado en salud

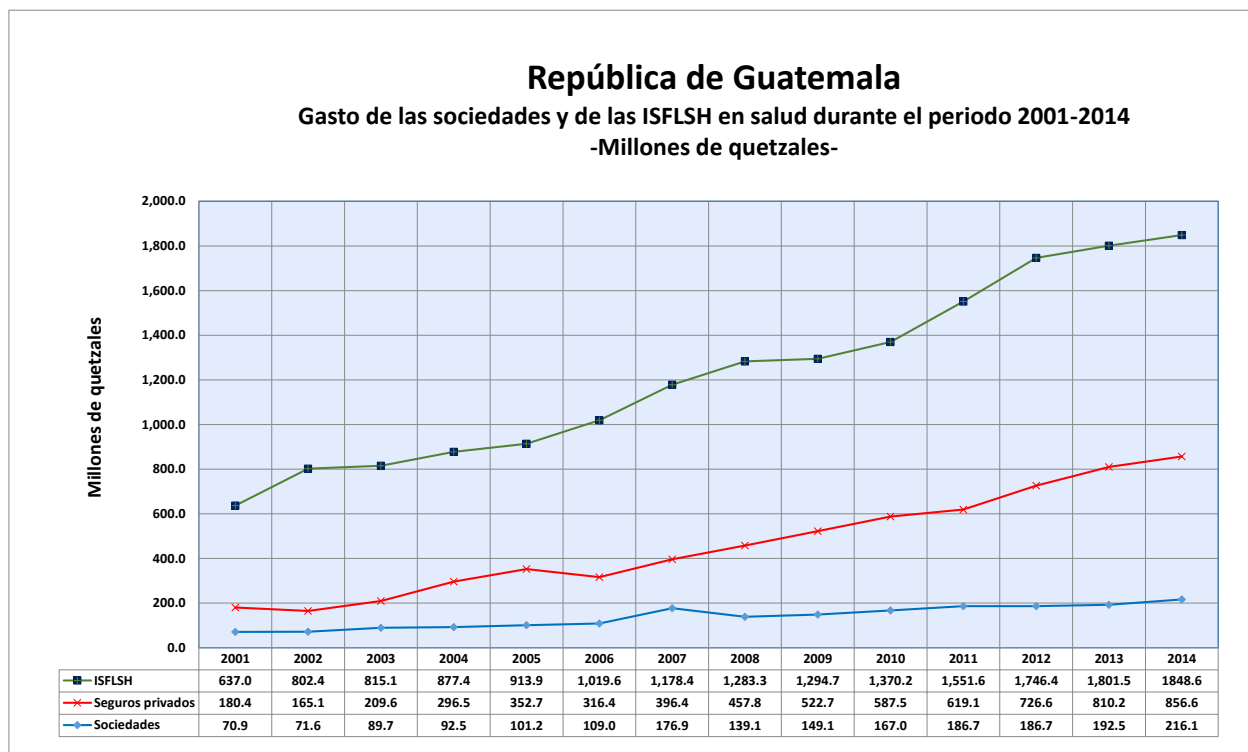
El gasto de bolsillo sirvió para financiar la adquisición de productos farmacéuticos, artefactos médicos, equipo médico, servicios de consulta externa y servicios de hospitalización por parte de las familias. En este financiamiento no se incluyen asignaciones a los productos de cuidado personal ni al pago de seguros médicos, rubros que se analizan por aparte. El comportamiento del gasto en salud descrito tiene una marcada diferencia a partir del año 1999.



Gráfica 15. Gasto de salud de los hogares. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

Según se observa, el gasto que más llama la atención es el que se refiere a los servicios de consulta externa, que en 1995 tenían una erogación de 325 millones de Quetzales, manteniéndose en un perfil bajo hasta el año 1999. A partir del año 2000 los gastos que las familias hicieron en estos servicios cobraron importancia en la estructura del gasto de bolsillo y para el año 2014 los servicios de consulta externa se ubicaron en 5,776 millones de Quetzales constituyéndose en el principal rubro del gasto de salud de las familias. Nótese que antes del año 2000 el mayor costo para la salud de las familias estaba constituido por el rubro de medicamentos, sin embargo entre el año 2000 y 2001 este gasto fue también superado por el costo de los servicios de hospitalización, el cual pasó de 578 millones de Quetzales a 4,827 millones para el año 2014.

## Gasto de las sociedades no financieras y de las instituciones sin fines de lucro

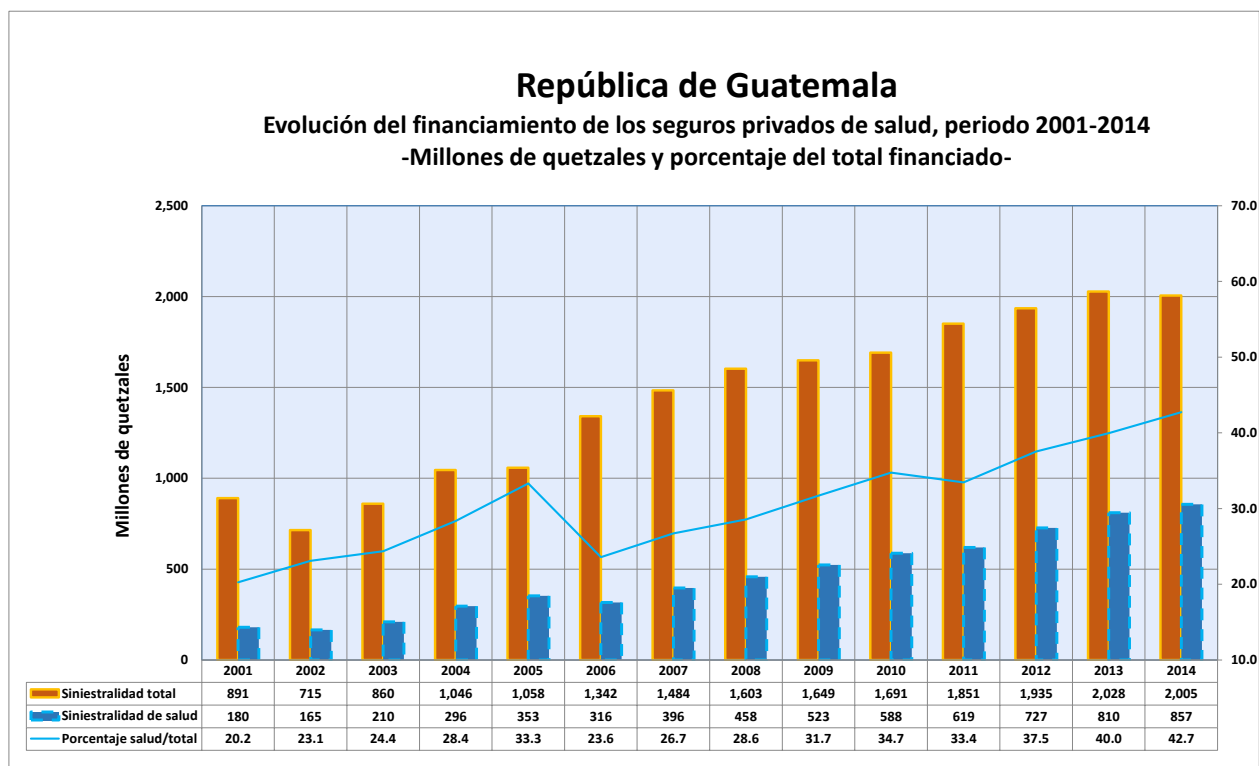


Gráfica 16. Gasto de salud de las sociedades y las ISFLSH. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

Las Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares en materia de salud han tenido un comportamiento incremental con aceleraciones en tres periodos, el primero que finaliza en el año 2002 cuando alcanzan un gasto total de 802.4 millones de Quetzales, luego de un periodo constante y vuelven a tener un repunte a partir del año 2005 que finaliza en el año 2008 cuando alcanzan a erogar 1,283.3 millones de Quetzales en servicios de salud, nuevamente a partir del año 2010 tienen un comportamiento incremental que finaliza en el año 2012 con 1,746.4 millones de Quetzales. En 2014 gastaron Q1, 848.6 millones. Las sociedades no financieras, principalmente las industrias alimenticias y las actividades de servicios, han incrementado sus gastos en salud al pasar de 70.9 millones en el año 2001 hasta alcanzar los 216.1 millones en el 2014.

Los seguros privados que financian servicios de hospitalización y consulta externa también han tenido un comportamiento incremental, exceptuando en el periodo 2005-2006 cuando pasaron de una erogación de 352.7 millones de Quetzales en 2005 a la baja con 316.4 millones para el año 2006, a partir de este año continuaron con incrementos hasta el 2014 en donde cubrieron 856 millones en la siniestralidad de salud. Este subsector puede analizarse por separado.

## Evolución del financiamiento de los seguros privados de salud



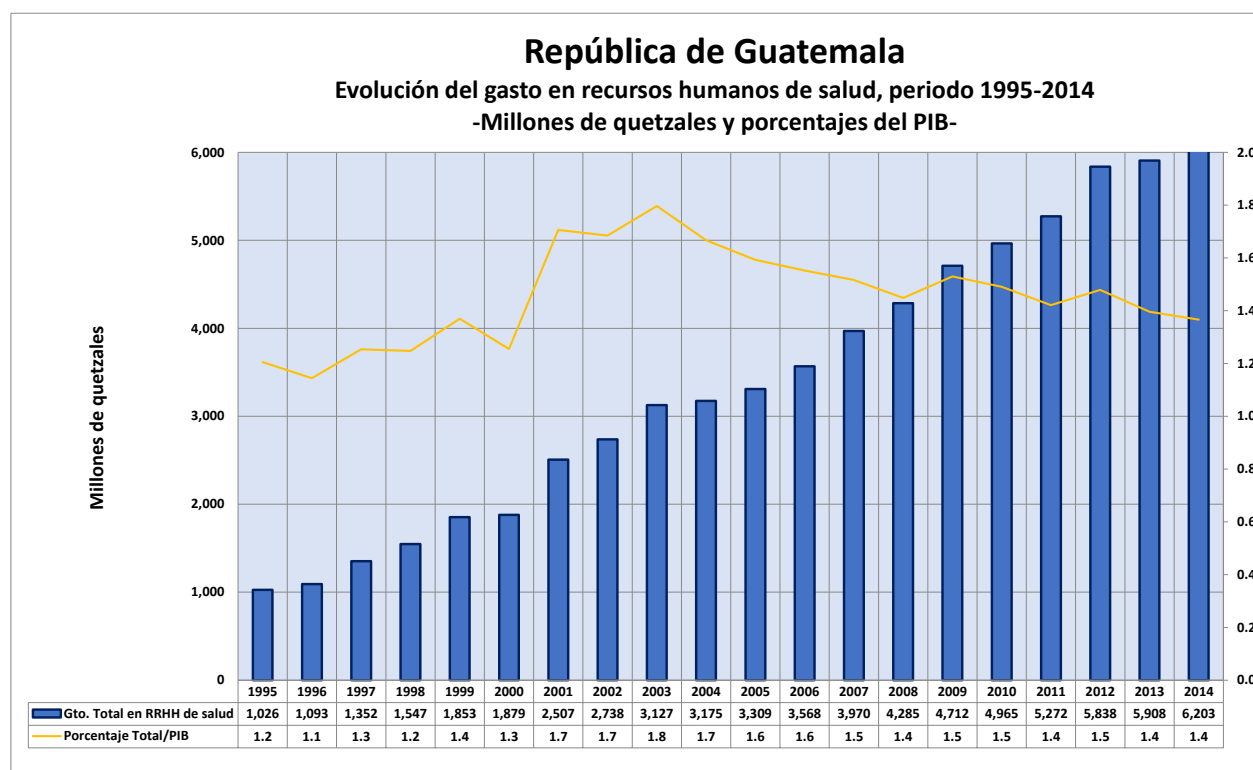
Gráfica 17. Seguros privados en el sector salud. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

A partir del año 2001 se observa un comportamiento incremental en el pago de la siniestralidad de los seguros médicos. Este cambio incremental pasó en 2001 de 180 millones de Quetzales en el cobro de seguros de hospitalización y enfermedad a un monto de 857 millones de Quetzales por el mismo concepto en el año 2014. Esto significa que en 14 años, la siniestralidad de los seguros de salud cambió sobre el total de la siniestralidad de los seguros en general al pasar de una participación del 20.2% a un peso porcentual del 42.7% del total de siniestralidad pagada. Por supuesto, se observa también que hay una tendencia incremental a la compra de seguros médicos por parte de la población durante el periodo de análisis en el ramo de seguros no de vida, que es la parte que se corresponde a los seguros de salud. En la siniestralidad de salud no se consideró la siniestralidad de los seguros de accidente y de viaje, porque metodológicamente este tipo de seguros no consiste en un pago por servicios médicos, sino por daños a terceros, incluyendo daños materiales. Los seguros que sí se consideran son aquellos pagos que se hacen directamente a los proveedores de servicios de salud o a los asegurados contra presentación de facturas por servicios médicos o de hospitalización.

## Análisis del costo de los factores

El principal insumo que se emplea en la prestación de servicios de salud se refiere al pago de sueldos y salarios, el segundo tiene que ver con el consumo de medicamentos. Al respecto, se observa que durante el periodo 1995-2014 ambos rubros mantienen el comportamiento incremental del resto del gasto en salud.

## Evolución del gasto en recursos humanos destinados a la prestación de servicios de salud

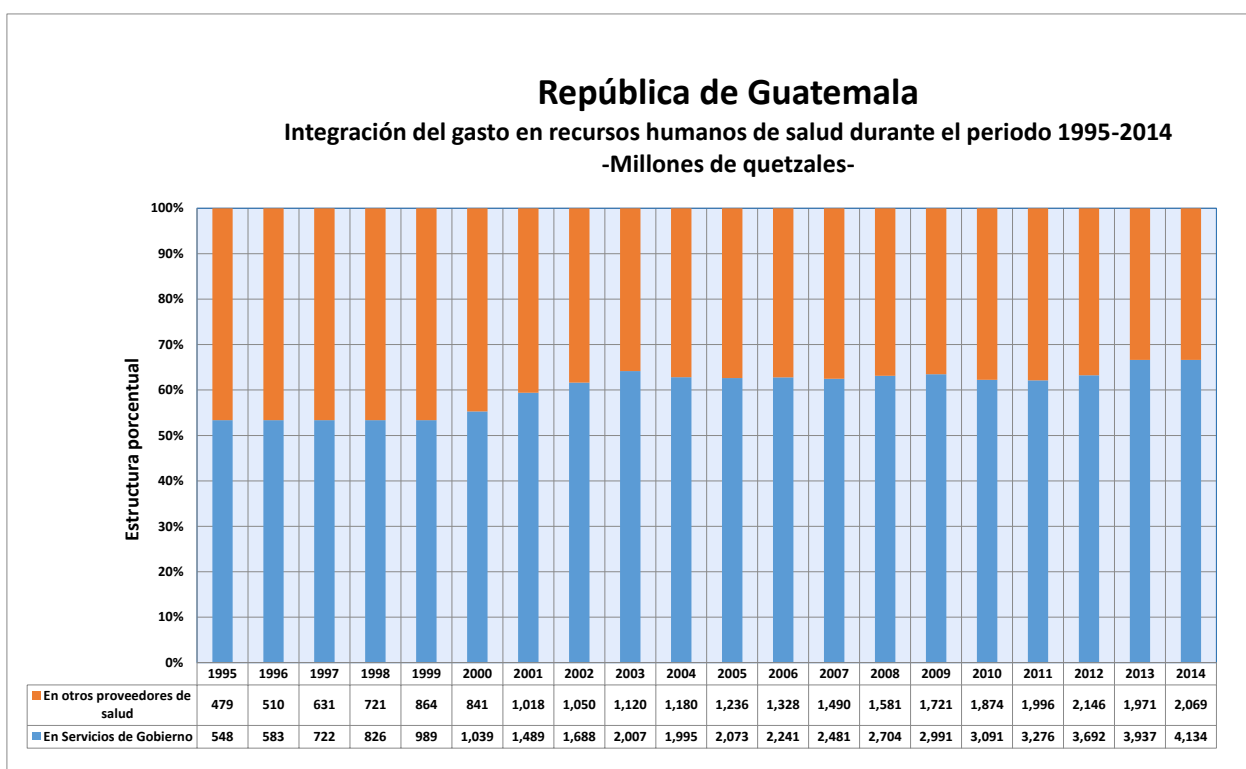


Gráfica 18. Recursos humanos en salud. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

Las remuneraciones a los empleados representan los alcances de la provisión de servicios de salud. Una mayor plantilla de personal de salud representa mayor alcance en la atención de los servicios, si se compara con la densidad poblacional. De manera global, los gastos en recursos humanos se han visto incrementados por dos razones, una de ellas es el incremento de la plantilla, que en el Ministerio de salud alcanzó los 10,000 empleados nuevos entre los años 2012 y 2014. La otra forma de incrementar el gasto en recursos humanos tiene que ver con las prestaciones laborales y el aumento de salarios. Todos estos elementos influyeron para que en el año 2014 el monto del gasto en Recursos humanos alcanzara 6,203 millones de Quetzales, una participación del 1.4% si se compara con el Producto Interno Bruto.

La partición de este gasto entre sectores señala que el sector público tiene una cuota mayor, lo que aclara en primer lugar que hay una mayor plantilla de personal respecto del sector privado, y en segundo lugar que existe la necesidad de profundizar en investigaciones que permitan evaluar el tema de la productividad laboral y la equidad en la remuneración. Al observar la tendencia como porcentajes del PIB, se observa que entre los años 2001 y 2008 los recursos humanos en salud estuvieron mejor remunerados, ya que siendo menores a la plantilla actual de recursos humanos (año 2014), la comparación con el PIB alcanzó hasta un 1.8% en 2003, mientras que en años recientes son más los trabajadores y la comparación con el PIB sólo logró un porcentaje de 1.4%, por supuesto este comportamiento tiene que ver también con la productividad nacional que a partir del 2009 fue mayor. A continuación se muestran las cifras que hacen posible la comparación del costo del factor humano entre sectores.

## Integración del gasto en recursos humanos para la prestación de los servicios de salud en Guatemala



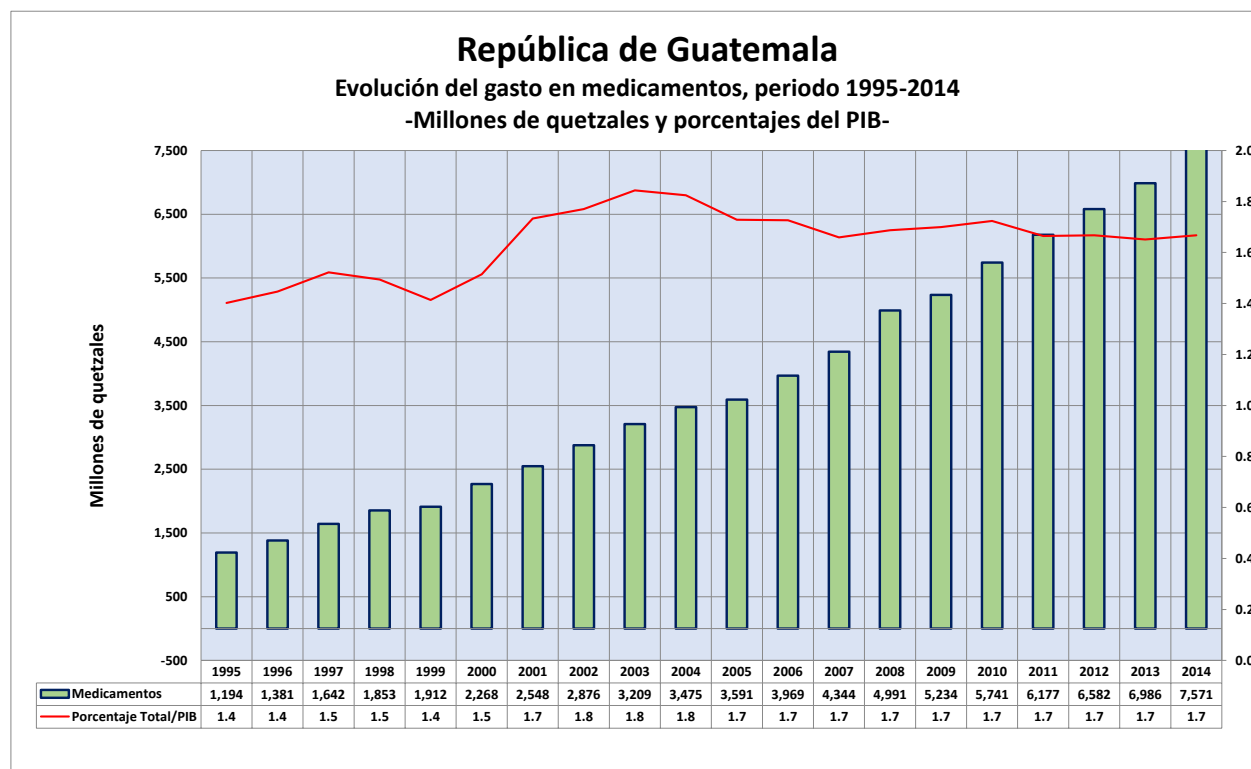
Gráfica 19. Integración del gasto en RRHH. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

En el año 2014, los servicios de gobierno erogaron en el rubro de remuneración a los asalariados un total de 4,134 millones de Quetzales, en comparación con un monto de 2,069 millones de Quetzales erogados en el sector privado para el mismo concepto y el mismo año.



La diferencia entre el sector público y el sector privado, aunque mantiene la misma posición era mucho menor en 1995. Esto pone de manifiesto que los incrementos salariales y de plantilla en el sector privado han crecido a un ritmo menos acelerado que en el sector público. Si bien el sector público incluye una mayor plantilla de personal, la variabilidad de los salarios es mayor en función de la demanda, la cual en el sector privado es mucho menor. Las presiones sindicales y las bonificaciones salariales que han llegado hasta un total de 5 según los pactos colectivos, presionan para que el gasto en recursos humanos en el sector público sea mayor. También es observable un decremento en el gasto en recursos humanos de los otros proveedores de salud como consecuencia de una reducción en las contrataciones de las organizaciones que no son Gobierno, esto se debe a que la producción de recursos humanos en salud de las Universidades permanece constante, y el Ministerio de Salud realizó contrataciones mayores a partir del 2012, lo que significó un traslado de recursos humanos de los otros sectores hacia el Ministerio de Salud, produciendo un acomodamiento de factores productivos. Los salarios en el sector privado también están motivados por la forma de contratación, ya que los galenos por ejemplo, tienen contratos por horas lo que garantiza el ahorro en prestaciones laborales y el pago por productividad.

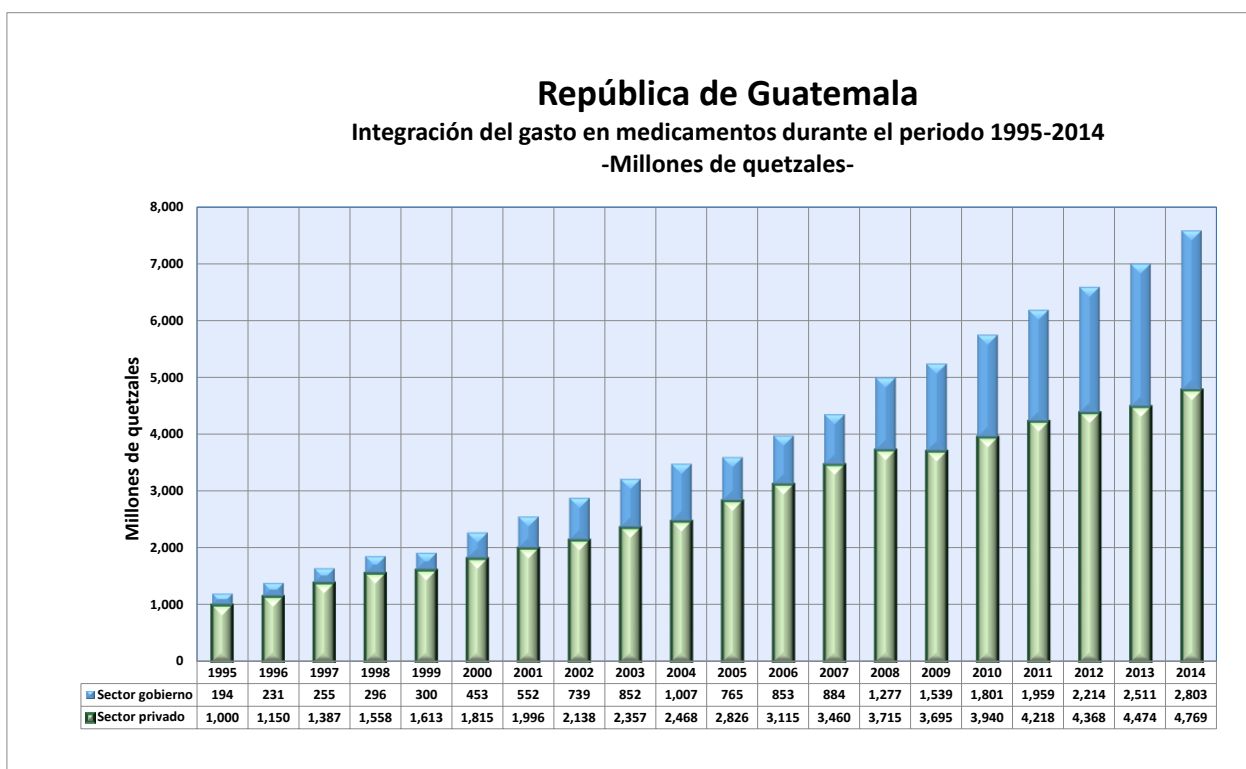
## Evolución del gasto en medicamentos



Gráfica 20. Evolución del gasto en medicamentos. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

La compra de medicamentos como porcentaje del PIB, se ha mantenido constante en 1.7% desde el año 2005 hasta el año 2014, aunque en términos monetarios el gasto en este factor ha variado de 1,194 millones de Quetzales en 1995, hasta alcanzar los 7,571 millones de Quetzales en el año 2014. La estabilidad que se observa en el indicador tiene que ver con el comportamiento del Nivel General de Precios que también influencia las variaciones en el PIB. En otras palabras, la tendencia del gasto en medicamentos tiene total influencia de las variaciones en los precios de mercado. Guatemala reporta 70 fabricantes autorizados de productos farmacéuticos, residentes y 2 compañías farmacéuticas multinacionales que fabrican medicamentos localmente, sin embargo, no hay capacidad de producción de materias primas ni en el tema de investigación y desarrollo, lo que refleja una tendencia a depender del comportamiento internacional de precios de materias primas. Los productores nacionales únicamente se encargan de la formulación y el re-empaque de formas farmacéuticas definitivas. Hasta el año 2012, el Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines del MSPAS reportó la comercialización de 16,676 productos farmacéuticos registrados en el país. Tales medicamentos se fiscalizan en función de lo establecido en la Convención Única sobre Estupefacientes (año 1961), el Protocolo de 1972 que la enmienda, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (1971) y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988).

## Integración del gasto en medicamentos



Gráfica 21. Integración del gasto en medicamentos. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

El gasto en medicamentos para el Sistema de Salud de Guatemala proviene de dos fuentes de financiamiento, sector privado y sector gobierno. En el consumo de medicamentos del sector privado, el gasto de hogares tiene mayor peso sobre otros proveedores de servicios de salud, ya que representa el 85% del total de las erogaciones privadas. En el año 2014 el sector gobierno consumió 2,803 millones de Quetzales en este tipo de gasto, lo que comparado con la compra total de medicamentos representa 37%. Este comportamiento no ha sido constante, ya que en 1995 el gobierno únicamente consumía el 16% del monto total de medicamentos adquiridos; es a partir del año 2004 cuando el sector gobierno logra mayor intervención en el mercado de medicamentos, al mismo tiempo el gasto privado se incrementa ostensiblemente. En el sector público, los medicamentos adquiridos por el MSPAS son mucho menores al monto erogado por el Seguro Social. En el año 2014 el Ministerio de Salud gastó para la prestación de servicios de salud un total de 498 millones de Quetzales en estos productos, mientras que el Seguro Social adquirió por el mismo concepto un total de 2,281 millones de Quetzales. Las diferencias sustanciales tienen que ver con las patologías tratadas, ya que el IGSS provisiona el 100% de las necesidades en medicamentos de sus pacientes, en tanto que el Ministerio de Salud provisiona únicamente medicamentos de nivel básico. El detalle de ese comportamiento se refleja en el cuadro 9.

Cuadro 9. Gasto en medicamentos realizado por el Gobierno de Guatemala durante el periodo 1995-2013 (millones de Q)

Descripción	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
MSPAS renglón 266	80	69	71	100	96	102	109	115	122	154	140	154	164	252	344	411	496	531	477	512
(-) Programa de accesibilidad de medicam	0	0	0	0	0	4	8	12	18	25	21	22	22	21	20	23	15	13	14	14
Medicamentos de MSPAS	80	69	71	100	96	99	101	103	103	129	119	132	142	230	324	388	482	518	463	498
Medicamentos Hospital de la PNC	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	5	6	8	9	4
Medicamentos Hospital Militar	5	1	3	5	2	4	6	5	5	6	8	9	8	8	12	12	11	9	10	10
Medicamentos resto del Gobierno Central	1	1	1	1	7	33	23	17	41	1	1	9	10	8	9	29	44	4	3	5
Medicamentos Gobierno descentralizado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	3	4	3	3	4	4	5	2
Medicamentos IGSS	108	159	179	188	193	316	420	613	701	869	634	699	719	1,024	1,184	1,362	1,411	1,669	2,020	2,281
Medicamentos municipalidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	2	2	4
Total consumo de Gobierno en medicamentos	194	231	255	296	300	453	552	739	852	1,007	765	853	884	1,277	1,539	1,801	1,959	2,214	2,511	2,803

Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, septiembre de 2015, con reportes del SICOIN, MINFIN, renglón presupuestario 266

El MSPAS reportó la compra de medicamentos por un monto total de 512 millones para el año 2014, sin embargo 14 millones fueron vendidos a los hogares a través del programa de accesibilidad de medicamentos, un servicio social que esta institución presta desde el año 2000, para que los hogares puedan adquirir las medicinas al costo. En ese sentido el consumo de medicamentos realizado por el MSPAS fue de 498 millones, los cuales fueron utilizados en la prestación de servicios de salud. El consumo de medicamentos en el MSPAS mantiene una tendencia de incremento como respuesta al incremento de la demanda y se aclara que con un porcentaje de desabastecimiento del 15% anual, tales compras no se dan abasto para cubrir las necesidades de la población, además que desde el año 2000 ha sido política institucional proporcionar en los servicios de consulta externa recetas para que los pacientes realicen la compra de medicamentos en las farmacias locales.

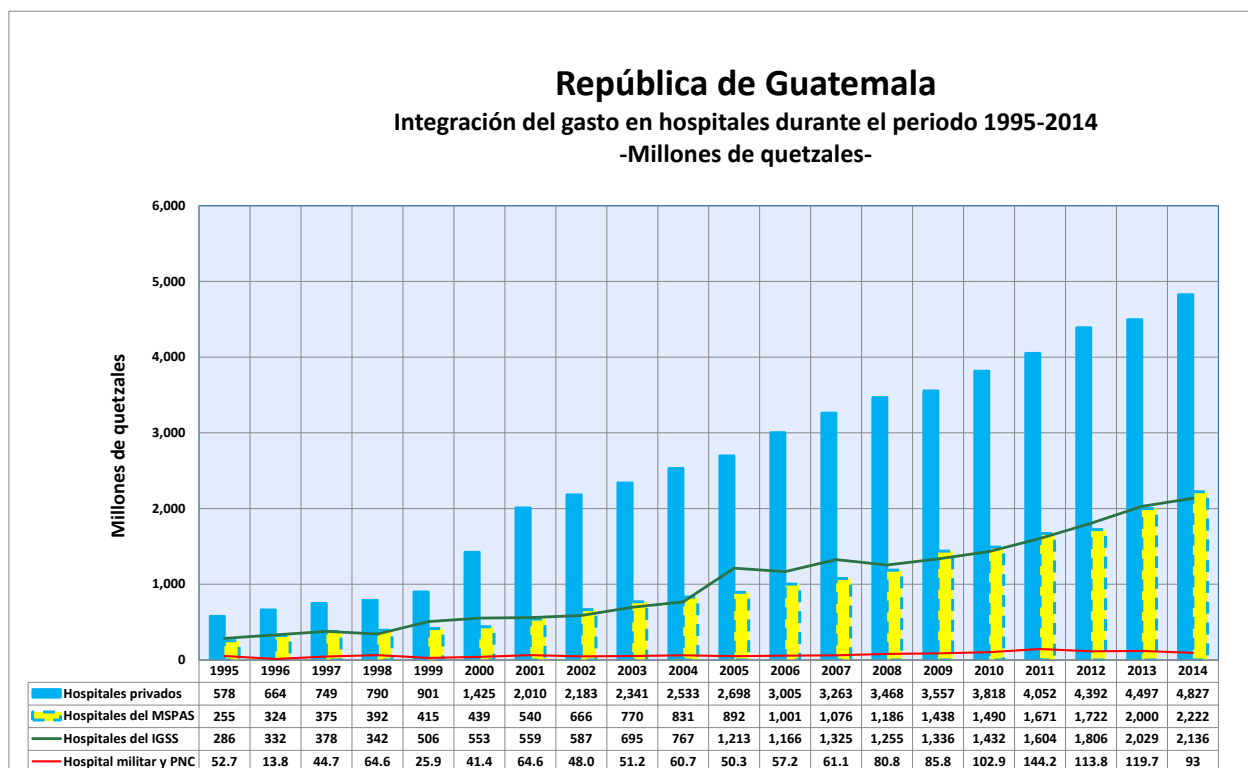
Se observa que el mayor consumo de medicamentos se realizó en el IGSS, entidad que ha mantenido la primacía histórica en la compra de medicamentos del sector público y quien en definitiva condiciona la tendencia en el consumo público de medicamentos. Otras entidades del gobierno como el Hospital Militar con un consumo de medicamentos de 10 millones de Quetzales y el hospital de la PNC con un consumo de 4 millones de Quetzales ambos en el año 2014, muestran una tendencia errática, en función de las necesidades de consumo. Las municipalidades realizaron en el año 2014 compras de medicamentos por un monto de 4 millones de Quetzales, lo que representa el 36% del consumo de medicamentos del resto de gobierno (que no incluye MSPAS, IGSS, PNC y Militar). Dentro de los 11 millones de Quetzales consumidos en medicamentos por parte del resto de gobierno, hay una participación de las instituciones descentralizadas (Bomberos Voluntarios, Comité Olímpico Guatemalteco, Confederación Deportiva Autónoma de Guatemala y otros) por un monto de Q2 millones.

## Medición de las funciones de salud

Las funciones de salud se pueden medir con la evaluación de los servicios hospitalarios y no hospitalarios, así también separando los servicios de asistencia curativa y de rehabilitación con los servicios de prevención, de enfermería de larga duración, los servicios auxiliares y la administración no hospitalaria, esta última como una función de rectoría de los servicios de salud y de la planificación de los mismos.

Durante el último decenio (2005-2014), la producción hospitalaria en el MSPAS mantuvo una tendencia creciente. En el año 2005 fueron atendidas 3,356,531 consultas, en el año 2006 las consultas alcanzaron 3,002,811 atenciones; en el año 2007 las consultas fueron 3,559,002; en el año 2008 las mismas fueron 4,024,560 atenciones; en el año 2009 las consultas fueron 4,497,313, en el año 2010 alcanzaron 4,619,016 atenciones; en el año 2011 se incrementaron a 4,735,651 consultas; en el año 2012 alcanzaron 4,855,739 atenciones y en años más recientes, específicamente en el año 2013 las atenciones se ubicaron en 5,048,503 consultas, mientras que en el año 2014 fueron atendidas 5,029,671 consultas. Nótese que en un decenio las consultas hospitalarias en el MSPAS se incrementaron en 1.6 millones de atenciones, que incluyen consulta externa, emergencias, partos e intervenciones quirúrgicas. En el IGSS la consultas totales del año 2010 se ubicaron en 4,833,910 atenciones; en el año 2011 ascendieron a 5,184,724 consultas; en el año 2012 se ubicaron en 5,550,041 consultas, en el año 2013 reportaron 6,097,072 y en el año 2014 llegaron a 6,194,864 atenciones. En el caso del IGSS estas cifras representan las consultas externas, hospitalización, emergencias y atenciones privadas pagadas por el IGSS, lo que hace un poco difícil hacer la separación de las atenciones netamente hospitalarias, pero se considera que estas representan un 50% del total de las atenciones reportadas. A continuación se presenta la medición del gasto en hospitales en todo el Sistema.

## Integración del gasto en hospitales



Gráfica 22. Gasto en hospitales. Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, diciembre 2015

Teóricamente se cree que la efectividad del primero y segundo niveles de atención redundaría en una reducción de los costos en hospitales, lo que no se observa en la gráfica 22. En el periodo de análisis (1995-2014), se observa un cambio significativo en la tasa de crecimiento del gasto en salud hospitalaria, lo que tiene una fuerte influencia de la siniestralidad (accidentes y violencia). Esta situación se hizo evidente a partir del año 1999, cuando el ejército se reduce a la mitad y la guerrilla paraliza sus actividades, dando lugar a la repatriación de los connacionales exiliados.

Los hospitales privados fueron financiados en el 2014 con 4,827 millones de Quetzales, en tanto que los hospitales del IGSS recibieron 2,136 millones y los hospitales del MSPAS 2,222 millones. Los hospitales Militar y de la PNC en conjunto erogaron únicamente 93 millones de Quetzales lo que les ubica en la cuarta posición reflejando una contracción en este tipo de gasto lo que viene sucediendo desde el año 2012. Estas posiciones eran las mismas que las reportadas en el año 1995, aunque con montos menores. El MSPAS cuenta con 44 hospitales, el IGSS cuenta con 24 hospitales y en el Sector privado se reportan 71 hospitales, aunque adicionalmente se reportan en este sector 32 hospitales de día.

## Asignaciones del gasto en salud por funciones

En materia de funciones, es observable que la mayor asignación del gasto en el Sistema de Salud se hace en priorizando los servicios de asistencia curativa y de rehabilitación. En 1995 fueron erogados 2,106 millones de Quetzales en este concepto con un crecimiento muy acelerado a partir del año 2001, hasta llegar a 19,061 millones de Quetzales en el año 2014. Los datos se presentan en el Cuadro 10.

Cuadro 10. Gasto por funciones de salud en Guatemala durante el periodo 1995-2013 (millones de Q)

Gasto por funciones	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	2,106	2,425	2,844	3,082	3,553	4,913	6,134	6,884	7,573	8,188	8,830	10,012	10,857	11,873	12,981	14,094	15,155	16,448	17,952	19,061
Servicios de atención de enfermería de larga duración	11	13	14	16	17	17	21	24	29	35	36	38	44	47	57	59	60	65	76	71
Servicios auxiliares	175	165	180	213	242	355	546	507	538	664	699	756	832	1,084	1,352	1,498	1,658	1,764	1,818	1,902
Servicios de prevención y salud pública (HC.6)	129	65	108	182	339	283	385	202	159	39	42	83	320	320	218	322	387	218	376	385
Administración y seguros médicos (H	140	161	190	289	323	431	465	544	589	697	437	561	594	604	690	664	735	930	764	902

Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, septiembre de 2015.

La segunda función que tiene un crecimiento acelerado durante el periodo es la de servicios auxiliares, estos gastos están integrados por servicios de laboratorio, diagnósticos de imagen y servicios de transporte de pacientes. En el monto que se reporta se incluyen los gastos de bomberos municipales y bomberos voluntarios, así como servicios privados de transporte de pacientes como el 911, también se incluyen los servicios auxiliares de laboratorio contratados por el IGSS en el sector privado y los servicios auxiliares contratados por los proveedores privados de servicios de salud. En 1995 los servicios auxiliares alcanzaron 175 millones de Quetzales, en tanto que al año 2014 se reportó un gasto de 1,902 millones de Quetzales, dando evidencia de la tendencia en el gasto de este tipo de servicios. En un tercer lugar del gasto en funciones, se encuentra la administración de rectoría y planificación de los servicios de salud, así como la administración de los servicios de aseguramiento de hospitalización y enfermedad. En 1995 se gastaron 140 millones de Quetzales en esta función y se llegó al año 2014 con una erogación de 902 millones de Quetzales.

La función de prevención se desarrolla principalmente en el sector público. En este gasto se incluye la ejecución de los programas a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como otros programas de prevención ejecutados por el Ministerio de Educación y las Secretarías de la Presidencia de la República. En el año 1995 se ejecutaron 129 millones de Quetzales para prevenir la enfermedad y en el año 2014 dicho gasto se incrementó a un monto de 385 millones de Quetzales, un gasto que ya se había alcanzado en el año 2001, lo que indica un comportamiento casi horizontal a partir de esa fecha. El último rubro de las funciones de salud en el Cuadro 10 es el de enfermería de larga duración, en donde se incluyen los gastos de atención en servicios de los hospitales de salud mental y hogar de ancianos, para el sector público y las instituciones sin fines de lucro como FUNDABIEM para el sector privado.

## Ámbito metodológico

En esta edición se validaron los datos relativos al gasto en salud utilizando fuentes oficiales de información, como el Sistema Integrado de Contabilidad Nacional, el Informe de Cuentas Nacionales, el Sistema de Información Gerencial en Salud, el Sistema Integrado de Contabilidad Nacional de las Municipalidades y el Sistema Integrado de Contabilidad Nacional de las entidades Descentralizadas y Autónomas de Guatemala (SICOIN WEB, SIGSA, MUNISIAF Y SICOINDES, respectivamente). Las variables macro y los datos de población fueron tomados de los organismos especializados, como el Banco de Guatemala, el Ministerio de Finanzas Públicas y el Instituto Nacional de Estadística, por lo que los datos publicados se encuentran armonizados. Dada la revisión profunda de los sistemas en mención, en este reporte se están haciendo correcciones a las estimaciones publicadas con anterioridad, solicitando a la OMS que pueda hacer las rectificaciones pertinentes, dado el grado de avance que se presenta en la compilación estadística de país en años recientes. Las cifras en que se basan los porcentajes se expresan en millones de unidades monetarias nacionales (UMN). Los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística en el caso de población son referenciales ya que para comparaciones internacionales, la Organización Mundial de la Salud utiliza las estimaciones de población preparadas por la División de Población de las Naciones Unidas, la EUROSTAT y la OCDE aunque dichas organizaciones internacionales reciben las cifras de población del INE de Guatemala.

### **Medición de los agentes de financiación del gasto en salud (millones de UMN)**

#### **Gasto total en salud:**

Estos son los recursos utilizados para el consumo de bienes y servicios relacionados con la asistencia sanitaria, así como para la adquisición de bienes de equipo. Se calcula a partir de la suma de los gastos en salud en que han incurrido el gobierno general y el sector privado.

#### **Gasto del gobierno general en salud:**

Este dato es la suma de gastos por mantenimiento, recuperación o mejora de la salud pagados en efectivo o en especie por entidades de gobierno tales como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, otros ministerios como el Ministerio de la Defensa en el caso del Hospital Militar y sus clínicas de consulta externa, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (sin contabilizar por duplicado las transferencias del gobierno a la seguridad social).

El gasto de Gobierno General en Salud incluye las transferencias a los hogares para compensar costos de la atención médica y fondos extrapresupuestarios para financiar los bienes y servicios de salud, pero no incluye las prestaciones proporcionadas a los trabajadores bajo el concepto de salarios no percibidos por causa de enfermedad.

### **Administraciones territoriales:**

Este dato representa la suma de los gastos en salud realizados por todas las entidades de gobierno, con autoridad política sobre toda la nación, una región o mancomunidad, o una circunscripción municipal, excluidas las transferencias intra-gubernamentales.

### **Administración central:**

Es el gasto en salud realizado por entidades de gobierno con autoridad sobre el territorio nacional de un país. El gobierno central y las secretarías pertenecen a este rubro.

### **Ministerio de Salud:**

Representa el gasto en salud de la institución representante del Estado que actúa en el país como proveedora y supervisora de los servicios de salud. Tiene también a su cargo la función rectora del sector salud.

### **Otros ministerios**

Es el gasto en salud realizado por otras instituciones fuera del MSPAS que pertenecen al Organismo ejecutivo del Estado. En este caso se contabilizan los hospitales a cargo del Ministerio de la Defensa, y del Ministerio de Gobernación, incluyendo si existieran en estos, programas específicos de atención en salud.

### **Autoridades locales y municipales:**

Es el gasto en salud de las entidades de gobierno local. En el país representa la administración de 338 municipalidades al año 2013 que mantienen un gobierno local de forma autónoma.



### **Fondos de la seguridad social:**

Es el gasto en salud realizado por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Abarca sólo los planes de seguridad social que están controlados en los programas de enfermedad, maternidad y accidentes, excluye la parte de prestaciones laborales y pagos por invalidez, vejez y sobrevivencia. Comprende los pagos directos a proveedores de atención médica y productos médicos, así como los reembolsos a los hogares y las prestaciones en especie a los afiliados cuando su destino sea la recuperación de la salud.

### **Resto del gasto del gobierno general en salud:**

Suma la cantidad que gastan en servicios de salud los fondos o entidades públicos no enumerados anteriormente. Incluye los programas de salud del Ministerio de Educación para la prevención de la drogadicción, la distribución alimentaria para reducir la desnutrición y el gasto de las instituciones que participan del proyecto “Pacto Hambre Cero”. Asimismo, incluye los gastos en clínicas médicas de personal del resto de Ministerios y Secretarías del Organismo Ejecutivo.

### **Gastos privados en salud:**

Es la suma de los gastos en salud realizados por entidades privadas, tales como compañías o mutuas de seguro médico, ISFLSH, corporaciones y cuasi-corporaciones residentes, no controladas por el gobierno y que ofrecen servicios de salud o su financiación. El gasto privado también incluye el gasto de los hogares.

### **Seguros privados:**

Es el Gasto en salud realizado por aseguradoras privadas. El seguro privado puede ser contractual o voluntario, y las condiciones y las prestaciones, o la canasta de prestaciones, son acordadas con carácter voluntario por el agente asegurador y los beneficiarios. Por consiguiente, no están controlados por unidades del gobierno con el fin de ofrecer prestaciones sociales a sus miembros. No incluye seguros de accidente.

### **Empresas y corporaciones privadas, excluidas las de seguros privados:**

Es el gasto en servicios de salud realizado por todas las corporaciones y cuasi-corporaciones residentes no controladas por el gobierno, excluido el gasto canalizado a través de la seguridad social y los seguros médicos privados.

El gasto de las empresas, también llamadas Sociedades No Financieras, comprende los pagos directos a los proveedores de atención sanitaria y de productos médicos, así como los reembolsos a los hogares y la provisión de servicios en especie a los empleados, y a veces a sus familiares. Incluye los gastos que se realizan en clínicas de personal así como por la provisión de medicamentos.

### **Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ONG)**

Es el gasto en salud realizado por las ISFLSH, que no están ni controladas ni financiadas predominantemente por el gobierno, que ofrecen bienes o servicios a los hogares, gratuitos o a precios que no son económicamente significativos. Entre ellas las gestionadas fundamentalmente con fondos externos.

### **Pagos directos de los hogares**

Es el gasto en salud de los hogares en forma de pago directo y discrecional. Se divide en gastos por servicios hospitalarios, gastos por consulta externa, gastos en medicamentos y gastos en equipos médicos. Un hogar consiste en una persona o un pequeño grupo de personas que comparten el mismo recinto habitacional y parte o la totalidad de los ingresos y la riqueza y que consumen colectivamente algunos productos y servicios, principalmente el alojamiento y la comida. Por definición el gasto en salud de los hogares es gasto corriente.

### **Fondos del resto del mundo/Recursos externos:**

Es la suma de los recursos canalizados hacia la salud, por todas las unidades institucionales no residentes, que realizan transacciones con las unidades residentes o que mantienen con estas otro tipo de relaciones económicas. Recursos que consten explícitamente o no, como destinados a la salud, pero que son utilizados como medios de pago de bienes y servicios de salud por agentes de financiación del gobierno o el sector privado. Incluye donaciones, préstamos y recursos en efectivo o en especie.

## **Medición de proveedores y funciones en relación con el gasto sanitario (en millones de UMN)**

### **Hospitales:**

Este rubro abarca los establecimientos autorizados cuya actividad principal es suministrar servicios médicos, de diagnóstico y tratamiento, lo que incluye médicos, enfermeras y otros servicios de salud para pacientes ingresados y los servicios especializados de alojamiento que requiere este tipo de pacientes.

Los hospitales también pueden ofrecer servicios ambulatorios (consulta externa) como actividad secundaria. Los hospitales proporcionan a los pacientes ingresados servicios que en muchos casos sólo pueden prestarse utilizando instalaciones y equipos especializados, que constituyen una parte importante e integral del proceso de producción. Los hospitales así considerados son: Hospitales del MSPAS, Hospitales del IGSS, Hospital Militar, Hospital de la PNC y Hospitales privados.

### **Hospitales financiados por el gobierno general:**

Comprende los servicios financiados por cualquier hospital público (incluyendo los hospitales de la seguridad social).

### **Servicios de atención curativa y de rehabilitación:**

Comprende los servicios médicos y paramédicos prestados durante un episodio de atención curativa o de rehabilitación. Estos servicios pueden consumirse en hospitales o en establecimientos de atención sanitaria ambulatoria (consulta externa) y en la comunidad o en otros centros de atención integrada.

### **Servicios de prevención y salud pública:**

Comprende servicios concebidos para mejorar el estado de salud de la población, por oposición a los servicios curativos, que corrigen un problema de salud. Ejemplos típicos son las campañas y los programas de vacunación. En este rubro se incluyen todos los programas específicos del MSPAS tales como VIH, Tuberculosis, etc. En total existen 18 programas.

## **Administración y seguros de enfermedad**

La administración sanitaria y los seguros de enfermedad son actividades de las aseguradoras privadas, de las administraciones centrales (MSPAS e IGSS) y de las administraciones de seguridad social. Incluyen la planificación, gestión, regulación y obtención de fondos, y la tramitación de las solicitudes de pago por las prestaciones suministradas por el sistema proveedor de servicios. Se excluye la administración de los proveedores de atención de la salud, que no se trata como función independiente en la ICHA, sino que se incluye en la valoración de las funciones de los servicios, como el caso de la administración de hospitales.

## **Medición del costo de los recursos (costos de producción) relacionados con el gasto sanitario (millones de UMN)**

### **Medición del gasto en personal sanitario:**

El gasto en recursos humanos considera: a) la remuneración de empleados de la salud: en la economía y en las administraciones públicas y, b) remuneración de los profesionales sanitarios por cuenta propia o que trabajan en el sector privado, en firmas que no son proveedores de salud y en las ISFLSH (ONG). La metodología es coherente con las normas internacionales de contabilidad del Sistema de Cuentas Nacionales aplicadas en el campo de la salud. Aunque se aclara que la información sobre remuneración de los empleados no abarca a los trabajadores subcontractados y a los de otros sectores que no se hacen visibles en los Estados Financieros de las Empresas.

### **Medición del gasto en productos farmacéuticos:**

Este rubro considera: a) el gasto total en productos farmacéuticos total, b) la financiación pública y c) la financiación privada. El gasto está calculado a partir de los precios de adquisición sin aplicar deflaciones, ni precios base. En ese sentido el consumo de productos farmacéuticos se mide como el equivalente de las adquisiciones reportadas en la Contabilidad Nacional. Estos datos no contemplan el suministro directo de productos farmacéuticos donados.

### **Medición del gasto en funciones:**

En el reporte se han introducido algunos datos nuevos que aportan información sobre las funciones relacionadas con servicios de atención curativa y de rehabilitación, servicios de prevención y salud pública y administración y seguro de enfermedad.

## **Remuneración de empleados sanitarios**

### **Remuneración de empleados de la salud (públicos + privados):**

Sueldos y salarios en efectivo, además de cualquier forma de prestación, pagos por horas extraordinarias o por trabajo nocturno, subsidios y el valor de los pagos en especie por la realización de actividades sanitarias. Incluye los pagos por turnos médicos.

### **Empleados del sector público:**

Contiene la suma de los pagos del gobierno destinados a remunerar a los trabajadores de las entidades de salud, cualquiera que se la base de generación de ingresos, incluidos los posibles recursos externos. Abarca los sueldos y salarios y las distintas formas de prestaciones sociales, pagos por horas extraordinarias o trabajo nocturno, gratificaciones y subsidios, y el valor de los pagos en especie por realización de actividades sanitarias.

### **Ingresos de autónomos (excedente de operación + ingreso mixto):**

Esta clase incluye principalmente el ingreso de los médicos, dentistas y otros profesionales de la salud por cuenta propia, farmacéuticos, personal de laboratorio y radiólogos no constituidos en sociedad que los sistemas estadísticos pueden monitorear como ejercicio privado. Se puede medir como (excedente de operación) o (Ingreso mixto), que se refiere al excedente o el déficit tras la exclusión de los gastos de operación por las empresas no constituidas en sociedad. Implícitamente contiene un elemento de remuneración por el trabajo realizado por el propietario u otros miembros del hogar, que no puede diferenciarse del beneficio del propietario como empresario pero excluye el excedente de operación procedente de los inmuebles por él ocupados. La información proviene de la Contabilidad Nacional que elabora el Banco de Guatemala.

### **Productos farmacéuticos:**

Son los productos farmacéuticos, productos químicos de uso medicinal y productos botánicos utilizados con fines sanitarios, prescritos o no. Comprende en la medida de lo posible los gastos correspondientes a episodios de atención hospitalaria y ambulatoria (consumo intermedio en las cuentas nacionales de ingresos y productos), así como los medicamentos de venta sin receta proporcionados por establecimientos con financiación privada.

### **Gastos de capital:**

Es el valor de los activos no financieros que se adquieren, se utilizan o experimentan algún cambio en su valor durante el periodo considerado. Los activos pertenecientes al sistema de salud incluyen nuevas adquisiciones, remodelaciones mayores y el mantenimiento de activos tangibles e intangibles que se usan repetida o continuamente en procesos de producción de atención sanitaria, en periodos superiores a un año. Las principales categorías de clasificación son edificios, equipo de capital y transferencias de capital. Los gastos de capital incluyen remodelaciones mayores, reconstrucción o ampliación de los activos fijos existentes, ya que estas intervenciones pueden mejorar o ampliar el periodo previsto de vida útil del activo.

## **Variables macroeconómicas (millones de UMN)**

### **Producto interno bruto (PIB):**

El PIB es publicado por el Banco Central (BANGUAT).

### **Gasto del gobierno general (GGG):**

Este dato se corresponde a los gastos consolidados de todos los niveles de gobierno, autoridades territoriales (gobierno central, gobiernos municipales, Consejos Departamentales de Desarrollo y sus divisiones), Instituto Guatemalteco de seguridad social y fondos extrapresupuestarios, incluidos los gastos de capital y los recursos de origen externo. El dato lo proporciona el Ministerio de Finanzas públicas a través de sus portales y Sistemas de información en línea.

### **Gasto de consumo final privado (suma del gasto de los hogares + gasto de las instituciones sin fines de lucro):**

Es el valor de los bienes y servicios consumidos por los hogares y las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (consumo final). El dato es proporcionado por la Contabilidad Nacional.

### **Gastos de los hogares**

Se refiere al gasto de consumo final, incluido el gasto imputado, realizado por los hogares residentes, es el concepto de consumo individual de bienes y servicios, comprendidos los vendidos a precios que no son económicamente significativos. Este dato es proporcionado por la Contabilidad Nacional.

**Gasto de las instituciones sin fines de lucro:**

Es el gasto de consumo final de las ISFLSH que abarca el gasto realizado por las ISFLSH residentes en concepto de consumo de bienes y servicios, incluido el gasto imputado.

**Tipo de cambio (UMN por US\$):**

Promedio de unidades en las que se negocia el quetzal (moneda nacional) en el sistema bancario, expresado en dólares de los Estados Unidos de América US\$ (promedio anual de estimaciones diarias).

**Paridad del poder adquisitivo (UMN por US\$):**

Unidad monetaria común que toma en cuenta las diferencias del promedio anual del poder adquisitivo - relativo. Es un dato proporcionado por la OMS.

**Población (en miles):**

Población residente de facto, no de jure, proporcionada por la División de Población de las Naciones Unidas.

**Índices de precios y cantidades:**

Producto Interno Bruto-Índice de precios (2000=100), proporcionado por la Contabilidad Nacional. El índice de precios refleja un promedio de los cambios proporcionales en los precios de un conjunto de bienes y servicios durante un periodo de dos años. En este caso (índice de precios para el PIB), de todos los bienes y servicios que constituyen el producto interno bruto tomando como referencia el año 2000.

## Bibliografía

- BANGUAT. (15 de febrero de 2014). *Publicaciones recientes*. Obtenido de Guatemala en cifras, febrero 2014: <http://www.banguat.gob.gt/inc/ver.asp?id=/publica/guatemalaencifras2013.htm&e=111017>
- BID. (2002). *Sistema de Cuentas de Salud*. (S. d. Publicaciones, Ed., & M. Huber, Trad.) Washington, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- DESA. (2014). *Publicaciones de la División de Población*. New York: Naciones Unidas. Obtenido de <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/development/population-development-database-2014.shtml>
- IGSS. (2009). *Informe Anual de Labores 2009*. Guatemala: Departamento de Estadísticas Actuariales.
- INE. (2011). *Caracterización Estadística de Guatemala*. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística de Guatemala. Recuperado el 10 de Enero de 2015, de <http://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas/caracterizacion-estadistica>
- INE. (2012). *Caracterización Estadística de Guatemala*. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística de Guatemala. Recuperado el 10 de Enero de 2015, de <http://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas/caracterizacion-estadistica>
- INE. (2014). *Estadísticas demográficas*. Guatemala: INE, Departamento de Estadísticas Sociodemográficas. Obtenido de <http://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas/tema-indicadores>
- INE. (15 de febrero de 2015). *Instituto Nacional de Estadística*. Obtenido de Publicaciones: Índice de Precios al Consumidor: <http://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas/publicaciones>
- LaNación. (25 de Septiembre de 2014). Economía Nacional: Agujero fiscal en la SAT. (W. Manager, Ed.) *La nación*, pág. 32. Obtenido de <http://www.lanacion.com.gt/continua-agujero-fiscal-en-la-sat/>
- MINFIN. (2014). *Proyectos de presupuesto 2013 y 2014*. Presentación HTLM, Ministerio de Finanzas Públicas, Estadísticas financieras, Guatemala. Recuperado el 12 de Enero de 2015, de <http://www.minfin.gob.gt/archivos/proypre2014/inicio.htm>
- MINFIN. (27 de marzo de 2015). *Ministerio de Finanzas Públicas*. Obtenido de Estadísticas Financieras: Situación financiera de la administración central 1995-2014: <http://www.minfin.gob.gt/>
- MINFIN. (2 de Enero de 2015). *Portal del Ministerio de Finanzas Públicas de Guatemala*. Obtenido de Gasto/ ejecución presupuestaria por entidad: <http://www.minfin.gob.gt/archivos/estadisticas/doc203.pdf>
- MSPAS. (2012). *Diagnóstico Nacional de Salud*. Guatemala.
- MSPAS. (4 de 11 de 2015). Base de datos de morbilidad en el sector público. Guatemala, Guatemala.
- SAT. (2014). *Información Pública*. Estadísticas de recaudación, Superintendencia de Administración Tributaria, Unidad de Información Pública, Guatemala. Recuperado el 10 de 12 de 2014, de <http://portal.sat.gob.gt/sitio/index.php/unidad-de-informacion-publica.html>



- SCN93. (2014). *Sistema de Cuentas Nacionales 1993 -SCN93-* (Vol. Vol. II). (BANGUAT, Ed.) Guatemala: Departamento de Estadísticas Económicas. Obtenido de <http://www.banguat.gob.gt/inc/main.asp?id=100281&aud=1&lang=1>
- SIB. (30 de 12 de 2014). *Información del Sistema Financiero*. Obtenido de Boletines de Estadísticas: Quinto boletín trimestral: <http://www.sib.gob.gt/web/sib/informacionfinanciera/boletinestadisticas>
- URL. (1996). *Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria*. (U. R. Landívar, Ed.) México D. F.: URNG/Gobierno de Guatemala.

**Gobierno de Guatemala**  
Ministerio de Salud Pública  
y Asistencia Social



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
**Américas**

