

# Diagnóstico Nacional de **SALUD**



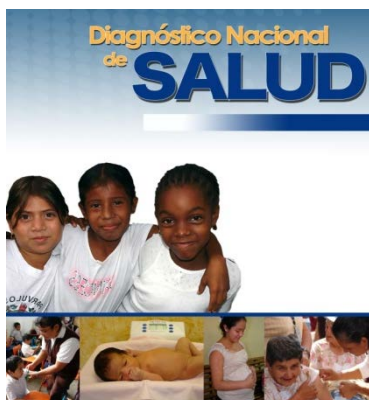
Guatemala, marzo 2012



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

# Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

## Diagnóstico Nacional de Salud



departamento de seguimiento y evaluación

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
6 avenida 3-45 zona 11, Ciudad de Guatemala de la Asunción  
Guatemala, Centro América.  
PBX: (502) 2474-4444  
[www.mspas.gob.gt](http://www.mspas.gob.gt)

Diseño de Portada: Unidad de diseño gráfico –DRPAP-  
Licda. Tanya Migoya & Lic. Carlos Castellanos  
Diseño interiores: Departamento de seguimiento y evaluación –UPE-  
Redacción y estilo: Lic. Edwin Rolando García Caal

Este documento puede reproducirse libremente únicamente citando la fuente



Dr. Francisco Alfredo Arredondo Mendoza  
**Ministro de Salud Pública y  
Asistencia Social**

Dr. Víctor Manuel Mejía Oajaca  
**Viceministro Administrativo**

Dr. Elmer Marcelo Núñez Pérez  
**Viceministro Técnico**

Dr. Roberto Alfonso Pérez Bran  
**Viceministro de Hospitales**

Dr. Manuel Roberto Calderón Pinzón  
**Unidad de Planificación Estratégica**

### **Equipo del Diagnóstico:**

#### **Unidad de Planificación Estratégica**

Lic. Luis Armando Ruiz Morales  
Coordinador Departamento de Seguimiento y Evaluación  
Dra. Liliana Barrera de España, Consultora  
Dr. Henry Arriaga, Consultor  
Dr. Guillermo Carranza - Consultor  
Ing. Antonio Rodríguez - Consultor

#### **Centro Nacional de Epidemiología**

Dr. Edgar Manuel Santos, Jefe Departamento de Vigilancia Epidemiológica  
Licda. Elba Iliana Lima, Jefe Departamento de Desarrollo Epidemiológico  
Dra. Lesbia Maribel Cuyán, Epidemióloga Departamento de Emergencias Epidemiológicas y  
Desastres

#### **Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas**

Dra. Maira Sandoval, Coordinadora Programa de Adolescentes

#### **Sistema de Información Gerencial en Salud**

Ing. Juan Carlos Umaña & Dra. Albina Guerra  
Asistentes Técnicos

#### **Unidad de Género de la Salud**

Dra. Lissette Vanegas  
Coordinadora



## Tabla de Contenido

PREÁMBULO .....	1
PRESENTACIÓN .....	3
RESUMEN EJECUTIVO.....	5
CONTEXTO GENERAL DEL PAÍS .....	9
CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD.....	11
CARACTERIZACIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA.....	11
RED DE SERVICIOS DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL - IGSS- .....	13
ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS DE SALUD .....	14
RECURSOS HUMANOS DEL MSPAS .....	15
RECURSOS HUMANOS DEL MSPAS - 2008-2011 - .....	16
RECURSOS HUMANOS DEL IGSS .....	18
PRODUCCIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD .....	18
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	19
AGUA Y SANEAMIENTO .....	33
GESTIÓN DEL RIESGO.....	36
PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD .....	39
FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN GUATEMALA .....	41
BRECHAS IDENTIFICADAS .....	53
CONCLUSIONES .....	57
RECOMENDACIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	60



## PREÁMBULO

La situación de la salud encontrada por las nuevas autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que asumieron en enero del 2012, revela que Guatemala es una de las naciones latinoamericanas, que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil (ENSMI) 2002 la desnutrición crónica (talla/edad) a nivel nacional fue 49.3%. La ENSMI 2008-2009 señala que la desnutrición crónica en niños < de 5 años, según referencia NCHS y OMS correspondientes fue de 43.4% y 49.8%; tasa de mortalidad infantil (30 por cada mil nacidos vivos) y un riesgo en mujeres de morir durante el embarazo, parto y puerperio (razón de mortalidad materna de 140 por cien mil nacidos vivos). El 90% del agua superficial (ríos, manantiales y lagos) presenta diversos grados de contaminación fecal, mientras que **la mayoría** de municipalidades no realiza acciones para clorar el agua de consumo humano lo que genera enfermedades transmitidas por agua y alimentos.

El sector salud está conformado por el MSPAS, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, el Ministerio de la Defensa, otros ministerios, secretarías, municipalidades, ONG y el sector privado, se encuentra fragmentado y disperso; sin una efectiva rectoría. Sólo el 32% de los centros y puestos de salud recibieron remozamiento en los últimos 5 años; el modelo de atención en práctica es de tipo biólogo, curativo, reactivo y desintegrado.

Se encontró un experimento de transición organizacional hacia un nuevo modelo integral de salud. Además, la red de servicios se recibió con un desabastecimiento y deficiencia de recurso humano, insumos, equipo e infraestructura en los tres niveles de atención. Se detectó un desorden en la categorización de los servicios de salud del primero y segundo nivel de atención, pues existen múltiples denominaciones para pequeñas variantes entre ellos, esto produce confusión en los usuarios y en el personal de salud. Existen servicios con funciones y atribuciones definidas pero sin respaldo jurídico, de recurso financiero, humano y equipo, lo que no garantiza la calidad de los mismos. Además, dicha red de servicios no se ha incrementado en proporción al crecimiento de la población ni en relación con la complejidad de la demanda.





**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

La cobertura de los servicios de salud para muchas poblaciones del área rural se encontró extremadamente limitada. Estas poblaciones solamente reciben del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) un paquete básico que no se ha modificado en más de 15 años. En algunos casos dicho paquete consiste en, una visita mensual única del médico o enfermera profesional a la comunidad. Dicho personal es contratado a través de las prestadoras y administradoras de los servicios de salud (organizaciones no gubernamentales) con funciones mayoritariamente curativas y poco preventivas.

En el tema del recurso humano se analizó que son insuficientes y el equipo que utilizan está en obsolescencia en los tres niveles de atención. El MSPAS cuenta con pocos incentivos para reclutar y mantener el personal capacitado en especialidades (de salud pública y clínicas) que fortalezcan el enfoque de la salud integral en la práctica.

El actual presupuesto del MSPAS es totalmente insuficiente para brindar los servicios mínimos de salud a toda la población. El presupuesto asignado a esta institución para el año 2012 representa el 1.08% del PIB. Asimismo, las nuevas autoridades heredaron una deuda de Q.134,595, 644.08 de la administración anterior.

Por lo anterior es imposible funcionar apropiadamente, sobre todo si no se adquieren recursos financieros con carácter urgente para cubrir el 100% de las necesidades identificadas en el presente diagnóstico.

Con la finalidad de enfrentar la problemática nacional y los desafíos presentes las nuevas autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social han implementado un Plan de Acción, el cual llevará progresivamente a mejorar la salud y el bienestar de la población guatemalteca, pero apostando a la participación interinstitucional y de la comunidad internacional.



## PRESENTACIÓN

El presente diagnóstico representa un esfuerzo concreto de las actuales autoridades del MSPAS por resolver y mejorar la situación de la salud en el país. Su principal objetivo es conocer la situación del proceso salud-enfermedad como fenómeno de grupo de la población y las atenuantes que lo rodean. Esto hace necesario identificar los daños a la salud, los servicios de atención, los factores condicionantes, los riesgos, los proveedores y el financiamiento; diagnóstico que debe mostrar la situación de la salud en Guatemala desde todos los enfoques posibles. Este documento a su vez será la base para la planeación estratégica 2012-2015.

Es de todos conocido que el gasto público en salud representa el 2.5% del PIB, de éste el MSPAS alcanza a participar hasta el 1.08%. Con estos recursos los servicios públicos cubren la red de servicios, misma que se encuentra dividida del primero al tercer nivel de atención. El 74% de los servicios está en el primer nivel, el 23% se encuentra en el segundo nivel y el 3% presta servicios de tercer nivel. En el año 2011 laboraron en todos los servicios 36,917 personas, siendo el 14% médicos, el 31% auxiliares de enfermería, el 6% enfermeras profesionales, el 34% personal administrativo y el 15% personal operativo.

De la población atendida por el sistema de salud, se maneja en la jerga común que el MSPAS cubre al 80% de la población, el IGSS a un 8%, las entidades privadas y privadas no lucrativas a un 4%. No obstante hay que resaltar que la cobertura real del MSPAS debe calcularse sobre el total de la población que necesita servicios de salud y no sólo de los que se acercaron a requerir los servicios. Asimismo, la participación del MSPAS no debe medirse sólo como parámetro del sector público, sino sobre el total de personas atendidas en el *sistema de salud*. Este dato durante el año 2011 (31,829,903 de consultas atendidas) permitió establecer que el 49.6% corresponde al MSPAS, el IGSS atendió al 15.7%, el sector privado al 34.3% y los ministerios de Gobernación y la Defensa al 0.4% únicamente. Bajo la concepción anterior, del total de consultas atendidas por el *sector público* durante el 2011, que alcanzaron 20,900,399 consultas, el MSPAS cubrió el 75.6% y el IGSS el 23.9%, mientras que los Ministerios de la Defensa y de Gobernación atendieron en conjunto el 0.5% de la demanda efectiva.

Adicional al panorama presentado es importante reconocer, como se verá en este informe, que Guatemala atraviesa una transición epidemiológica propia de los países en vías de desarrollo, que luchan por sobrevivir en sociedades influenciadas por modelos de desarrollo de índole occidental que han permitido aumentar las inequidades en salud. Esto exige cambios en los procesos y en la forma de concebir el derecho a la salud de las y los guatemaltecos, lo que requiere ejercer la rectoría del Ministerio de Salud como parte de un Sistema Nacional de Salud, en donde todos los sectores deben participar activamente en las acciones que conlleven a mejorar el estado de salud y bienestar de la población.



**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

La información sanitaria que se presenta ha sido actualizada a febrero del 2012, con la finalidad de tener de forma preliminar y no limitada una panorámica general del país, pero se aclara la intencionalidad de actualizar esta información cada 6 meses. De ello depende la toma de decisiones y las acciones en pro del bienestar del estado de salud de la población guatemalteca. Este no pretende ser un documento exhaustivo pero si un instrumento base de utilidad práctica y en estos momentos sumamente necesaria.

Dr. Francisco Arredondo  
**Ministro de Salud Pública y Asistencia Social**

## RESUMEN EJECUTIVO

El panorama global de la situación de salud de Guatemala, evidencia importantes brechas que resalta las deficiencias del sistema de salud y pueden ser resumidas como sigue.

**Aspectos generales.** Guatemala tiene una población proyectada de 15,073,397 habitantes para el año 2012, con una densidad poblacional de 138 habitantes por km<sup>2</sup>; el 51.5% de la población vive en áreas rurales y el 23% en el área metropolitana, lo que implica una mayor demanda de servicios de salud en estas áreas. El país presenta los siguientes índices: Analfabetismo 18%<sup>1</sup>, pobreza 56% y pobreza extrema 24%<sup>2</sup>. 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 más dispersa dificulta la prestación de los servicios de salud.

**Sistema de Salud y Red de Servicios.** El sistema de salud de Guatemala está segmentado en varios sub-sistemas, los cuales brindan atención a diferentes usuarios. A pesar del funcionamiento de los sub-sistemas **no existe la cobertura total**. Así mismo, los sub-sistemas en su interior están fragmentados, con vacíos reales de integración y coordinación lo cual posibilita la dualidad de funciones, mayor consumo de recursos, bajo rendimiento y grados altos de ineficiencia e ineficacia. Aunado a esto se observa también una débil función rectora del MSPAS.

Las personas atendidas por el **sector público** durante el 2011 alcanzaron 20,900,399 de consultas. En dicho monto participaron el MSPAS, el IGSS, los Ministerios de la Defensa y de Gobernación. Aunque se reconoce la participación de otros ministerios y entidades autónomas en la prestación de servicios de salud, no se cuenta con la información de las consultas realizadas. Los servicios prestados por el MSPAS tienen énfasis en el grupo materno infantil; aún así la red y los recursos utilizados son insuficientes para dar tratamiento a este y a los otros grupos poblacionales. Existen serios problemas de accesibilidad y de calidad en los servicios.

La red de servicios del Ministerio de Salud está distribuida en tres niveles de atención: el primer nivel con 1,101 establecimientos, el segundo nivel con 346 establecimientos y el tercer nivel con 45 hospitales. El primer nivel ha enfocado su atención a acciones curativas, cuando su actividad principal debe ser la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Presupuestariamente, la concentración de los recursos está dirigida a la red hospitalaria y no a la atención primaria de salud. La prevención y la promoción se encuentran rezagadas.

---

<sup>1</sup> CONALFA, año 2011

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estadística –INE- 2010

Otro problema observado es la necesidad de un ordenamiento y categorización de los servicios en el primero y segundo nivel de atención, con fortalecimiento legal y de recursos para su debido funcionamiento.

El IGSS cuenta con una red de servicios de 22 hospitales, 1 policlínica, 3 centros de atención integral, 36 consultorios, 11 puestos de salud, 2 unidades asistenciales, 2 salas anexo y 48 unidades integrales de adscripción.

El sector privado a través del Departamento de Regulación y Acreditación de los Establecimientos de Salud (DRACES) reporta el registro de 6,963 establecimientos de salud privados.

Dentro del sistema nacional de salud existen el hospital militar y el hospital de la policía nacional civil que atienden al personal de dichas instituciones.

**Situación Epidemiológica 2011.** Las primeras cuatro causas de morbilidad general son: infecciones respiratorias agudas, gastritis, parasitismo intestinal e infecciones de las vías urinarias, lo que representa el 75% del total de las consultas. Al realizar acciones preventivas se lograría reducir significativamente las mismas.

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 lo relacionado a la higiene, el hacinamiento, agua limpia y segura, red de drenajes y servicios básicos, entre otros. Es decir mejorar las capacidades para la prevención y promoción de la salud.

Es importante destacar que eventos crónicos degenerativos (infartos agudos del miocardio, accidentes cerebro vasculares, diabetes mellitus, cirrosis hepática), se incrementan en el país, por lo que es necesario promover tempranamente estilos de vida saludables.

Guatemala, es considerado el tercer país con más altos índices de muerte materna en América Latina, la razón de mortalidad materna es 140 por 100,000 nacidos vivos (año 2011); la tasa de mortalidad infantil es de 30 muertes por 1,000 nacidos vivos para el mismo periodo.

Las heridas por proyectil de arma de fuego ocupan el octavo lugar de todas las causas de mortalidad, siendo 10 veces mayor en hombres que en mujeres. Esto evidencia que la violencia repercute en el gasto de salud e incrementa las emergencias hospitalarias.

En las mujeres los tumores malignos del cuello del útero, hígado y estómago son los que reportan más casos, ligados estos problemas a la situación y condición de género.

La desnutrición crónica en menores de 5 años es de 43.4% para el 2009<sup>3</sup>. Para el año 2011 los casos de muerte asociados a desnutrición aguda en niños menores de 5 años sucedieron en los siguientes Departamentos, Alta Verapaz (22), Quetzaltenango (18), San Marcos (12) y Quiché (10).

Respecto a las enfermedades vectoriales se reportaron 3,281 casos de dengue, de los cuales el 78% son clínicos, 687 confirmados y 29 casos de dengue hemorrágico (con 11 defunciones atribuidas). Respecto a malaria se concentra en dos departamentos, (Escuintla y Zacapa) y dentro de estos, en los municipios de La Gomera (64%) y Gualán (24%). La prevalencia de VIH tiene una tasa de 15 x 100,000 habitantes, que es una prevalencia menor a lo estimado en las proyecciones, sin embargo, es necesario continuar con las acciones de promoción y prevención de los factores de riesgo para esta enfermedad.

En el 2011 se reportaron 724 casos de Rotavirus en menores de 5 años, que comparados con el año 2010 representan una disminución del 88% de los casos, por lo cual se recomienda realizar estudios de evaluación de eficacia y eficiencia de la vacuna.

**Agua y Saneamiento, su impacto en la salud.** Guatemala es un país rico en recursos hídricos pero el 90% de las fuentes superficiales se encuentra contaminada, 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 el 36% tiene conexión a red de drenajes.

El 60% de los hogares en el área urbana reciben los servicios del tren de aseo y solamente el 5% de los hogares rurales; únicamente el 35% de los desechos sólidos domiciliarios son depositados en rellenos sanitarios, el resto queda expuesto en el ambiente, lo que genera mayor contaminación y problemas en la salud de la población.

A lo anterior se suma que en la población rural el 86% de hogares utiliza el sistema endoenergético (carbón y leña) para la cocción de sus alimentos, esto contribuye a la degradación ambiental y al aumento de problemas respiratorios.

**Gestión del Riesgo.** Guatemala, es considerado como uno de los países más vulnerables del mundo, por efectos del cambio climático y ubicación. Las estrategias que se han formulado para minimizar los riesgos existentes, evitar otros e identificar vulnerabilidades en la población, también han puesto de manifiesto las vulnerabilidades en el financiamiento y en la infraestructura de los servicios de salud.

---

<sup>3</sup> V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, año 2008-2009

Al respecto se ha recomendado hacer alianzas estratégicas intra e inter sectoriales nacionales e internacionales. La vulnerabilidad a desastres, debe ser un eje fundamental del marco político y debe ser considerada como un factor importante en el desarrollo sostenible, tomando en consideración que existe una relación inversa entre sostenibilidad y vulnerabilidad, permitiendo de esta manera, afrontar la brecha que se tiene en el aspecto de gestión del riesgo a nivel de país. Únicamente 17 áreas de salud cuentan con equipos de respuesta inmediata a nivel local (48 equipos) por lo que se considera necesario cubrir las 12 áreas restantes.

A nivel Nacional no existe un presupuesto asignado para gastos de emergencia en el sector salud, lo que limita la red de radiocomunicación a nivel nacional; no se cuenta con un análisis de vulnerabilidad, riesgos y amenazas en los servicios del primero y segundo nivel; no se dispone de una evaluación y mantenimiento periódico a los servicios de salud.

**Financiamiento de la salud.** El Gasto Total en Salud pasó de 3 mil a 20 mil millones de quetzales durante los años 1995 a 2010, con una tasa anual de crecimiento promedio de 41%. A pesar que ambos sectores (público y privado) crecieron similarmente su comportamiento respecto al PIB muestra un rezago en el sector público.

El estudio y análisis de las prioridades del sistema de salud de Guatemala debe por tanto reafirmarse a través de la mesa de cooperantes, en busca de las respuestas que permitan superar el desfinanciamiento del sector. Debe trasladarse la carga financiera de la salud al Estado, para reducir el impacto de este en las familias, pero para eso es necesaria una participación política multisectorial.

A pesar de que los Acuerdos de Paz no establecieron una meta clara en materia del financiamiento de la salud, se estandarizó como meta el 0.96 del PIB como porcentaje del gasto ideal a alcanzar para el año 2000, lo que no se logró.

En el análisis histórico del dato se descubre que el tema del financiamiento de la salud en Guatemala, no ha sido una preocupación institucional y responde al comportamiento de la oferta política expuesta en las diferentes coyunturas de Gobierno. El principal punto de inflexión en el financiamiento del gasto se da en el preciso momento de ratificar la gratuidad de la salud en el 2003, por parte del Congreso de la República, sin embargo, nunca se instalaron las condiciones para fortalecer al Sistema de Salud Pública de Guatemala para darle la capacidad de atender la demanda que se creaba.

Para enfrentar las brechas antes expuestas y contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, es necesario iniciar un proceso de cambio. Es necesario establecer estrategias funcionales que permitan obtener mayores beneficios, reducir riesgos y optimizar resultados. Hay que tomar en consideración la equidad en la distribución de recursos dirigidos a la atención primaria de la salud, ofreciéndole a la población guatemalteca el acceso universal a los servicios con un enfoque eficaz y digno.



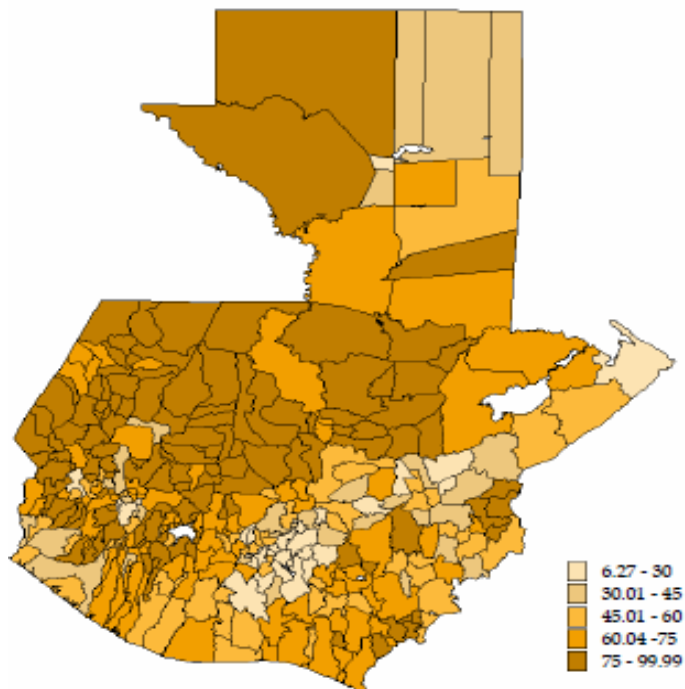
## CONTEXTO GENERAL DEL PAÍS

Guatemala es un país localizado en la parte norte del istmo centroamericano, con una extensión territorial de 108,889 kilómetros cuadrados, con una elevación de cero a cuatro mil metros sobre el nivel del mar y una población de 15,073,397 habitantes (proyección 2012 del INE). Políticamente están ubicados 22 departamentos, 334 municipios y 28,000 lugares poblados, teniendo en total 25 comunidades lingüísticas, divididas en cuatro pueblos (maya, garífuna, xinca y mestizos).

El país está ubicado entre los paralelos 13° 44' y 18° 30' latitud norte y entre los meridianos 87° 24' y 92° 14' al Este del meridiano de Greenwich, con una elevación extrema sobre el nivel del mar en el Volcán Tajumulco de 4,211 msnm (INSIVUMEH, 2012) y una elevación mínima de 0 msnm. El clima varía con temperaturas entre menos tres (-3) grados centígrados en regiones arriba de los 2,000 msnm, 14 grados centígrados en regiones menores a los 500 msnm y hasta 44 grados centígrados en los departamentos costeros.

El 52% de la población es menor de 20 años. La población menor de 30 años representa el 70% de la población total. El 51% de la población es de sexo femenino y el 32% son mujeres en edad fértil. Se ha calculado un total de 4,990,230 personas en la población económicamente activa. La esperanza de vida es de 75 años para mujeres y 68 años para hombres. El crecimiento vegetativo de la población al año 2010 era de 2.67%, una tasa de analfabetismo de 18.46% y una población rural de 51.5%. En el área metropolitana habita el 23% de la población y un 25.5% restante habita en áreas urbanas del interior del país. Del total de la población el 40% es indígena y habita en su mayoría en la región noroccidental del país, en donde coexisten los mayores índices de pobreza y ruralidad. La población creció en los últimos cinco años un 13%. (Guatemala hacia un Estado para el Desarrollo Humano, Informe Nacional 2009/2010, PNUD).

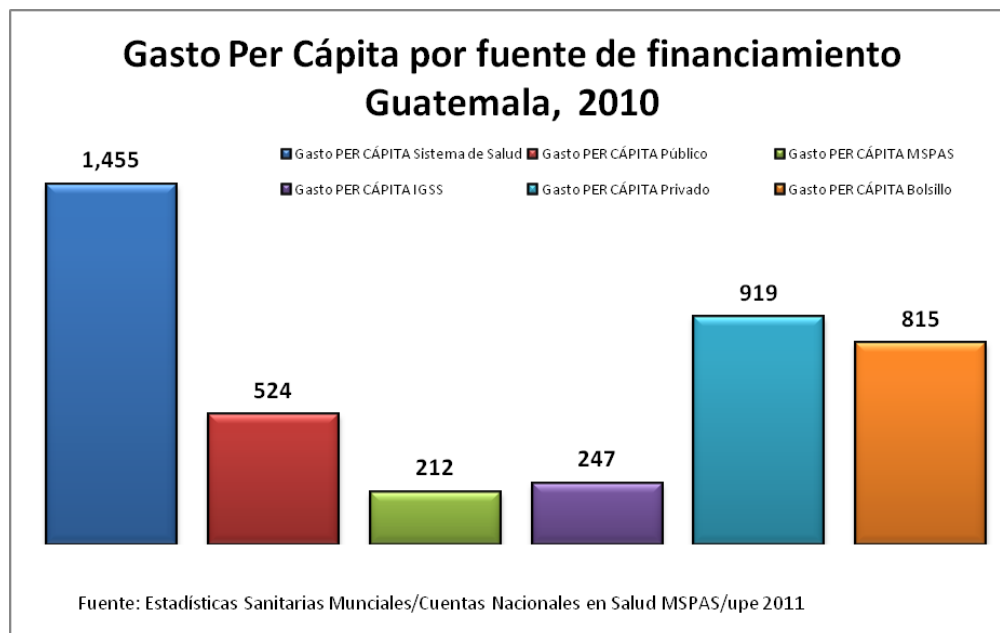
Mapa 1  
Pobreza General por Municipio





**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

El gasto público en salud al año 2010 fue el 2.5% del PIB y según OPS es el más bajo de Centroamérica (Situación de salud. Indicadores Básicos. OPS 2006). Otros índices: el Índice de Desarrollo Humano IDH 0.704, índice de Gini 53.6 medido en 2006 (PNUD, 2010); pobreza 56%, extrema pobreza 24%, el 41% de la población tiene acceso a la electricidad y el 30% tiene acceso al agua potable (PNUD. Informe de Desarrollo Humano 2009- 2010). El gasto per cápita en el sistema de Salud asciende a 1,455.00 quetzales, pero el del sector público es de Q524.00, correspondiendo al MSPAS Q212.00 y al IGSS Q247.00 per cápita. El gasto per cápita privado asciende a Q919.00 de los cuales Q815.00 corresponden al gasto de bolsillo per cápita.



La densidad poblacional del país es de 103 habitantes por kilómetro cuadrado. El departamento más poblado es Guatemala, con 3.1 millones de habitantes, seguido por Huehuetenango y Alta Verapaz, con 1.1 y 1 millón de habitantes respectivamente. (ENCOVI 2011). Desde los años '80 se han dado en nuestro país algunos procesos históricos que reconfiguraron el Estado. La actual Constitución data de 1985 y permitió que Guatemala retornara a un Estado de democracia. El país ha sido golpeado por los cambios socioeconómicos y políticos del contexto mundial pero también tiene un historial conflictivo. En 1996 se firmó la Paz firme y duradera, después de 36 años de conflicto armado interno. Esto fue producto de "Los Acuerdos de Paz", que propusieron la reformulación de políticas públicas y una reasignación de recursos financieros de acuerdo a nuevas prioridades. A la fecha dichos Acuerdos no han sido suficientes para generar transformaciones de fondo en el sistema de salud, caracterizado por una población profundamente desigual.

## **CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD**

El Sistema de Salud de Guatemala, tiene como propósito trabajar por la atención primaria de salud, sin embargo, la mayoría de sus acciones se centran en recuperar la salud y en reducir o compensar la incapacidad que se ha generado secundaria a un evento de enfermedad. Se puede decir que este sistema se formó como una mezcla de modelos de salud occidentales, que han ido orientando sus acciones hacia grupos “vulnerables”, hacia determinados “procesos o grupos de enfermedades” o hacia “grupos de personas” (grupos sociales, étnicos, situación económica, ocupación, o situación territorial de vivienda). Dentro de la normativa de salud, se cuentan 21 programas de salud, cada uno de ellos con lineamientos de ejecución específicos para cada ciclo de vida.

Se tiene dentro del mismo territorio subsistemas de salud con diferentes modalidades de financiamiento, que van dirigidos a diferentes estratos de 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.

## **CARACTERIZACIÓN DE LA AUTORIDAD SANITARIA**

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por Ley es la autoridad rectora de la prestación de servicios de salud en el país. Tiene dentro de su red en el primero, segundo y tercer nivel 1,492 servicios. Al primer nivel corresponden el 74% de los servicios, divididos en: puestos de salud, puestos de salud fortalecidos con fin de semana, puestos de salud fortalecidos y unidades mínimas. Al segundo nivel corresponde el 23% de los servicios, divididos en: centros de atención permanente, centros de salud, centros de atención al paciente ambulatorio, centros de atención integral materno-infantil, centros de urgencias médicas, maternidades cantonales, clínicas periféricas y servicios especializados. El tercer nivel representa el 3% de los servicios. Estos se identifican en la página siguiente.

Adicionalmente en el primer nivel de atención el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social financia el funcionamiento de 415 jurisdicciones que realizan sus actividades en 4,618 centros de convergencia. Estos utilizan infraestructura no perteneciente al MSPAS y en su mayoría no cuentan con los servicios mínimos que permiten proveer una atención digna a las personas. Los destinatarios de los centros de convergencia son atendidos una vez al mes por personal de salud, que provee paquetes básicos pero estos están restringidos únicamente a la atención de la mujer embarazada y a las niñas y niños menores de 5 años.

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

Es importante señalar que los establecimientos del primer nivel de atención están realizando, principalmente, una acción curativa, sin embargo su actividad principal debiera ser de prevención de enfermedades y de promoción de la salud. El segundo nivel cuenta con servicios de encamamiento. Sin embargo, en la actualidad únicamente se cuenta con 1,200 camas, principalmente para la atención del parto. El tercer nivel de atención lo conforman 45 hospitales, distribuidos de la siguiente manera: 13 hospitales distritales, 10 hospitales departamentales, 13 hospitales regionales y 9 hospitales de referencia nacional o de especialidades; en hospitales suman 7,718 camas.

<b>RED DE SERVICIOS DEL MSPAS AL AÑO 2011</b>		
<b>Nivel de atención</b>	<b>Servicios</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Primero</b>	Puestos de salud (PS)	777
	Puestos de salud fortalecidos fines de semana (PSF/FS)	245
	Puestos de salud fortalecidos (PSF)	64
	Unidades mínimas (UM)	15
	<b>Total primer nivel de atención</b>	<b>1,101</b>
<b>Segundo</b>	Centros de atención permanente (CAP)	180
	Centros de salud (C/S)	110
	Centros de atención del paciente ambulatorio (CENAPA)	40
	Centros de atención integral materno-infantil (CAIMI)	5
	Maternidad cantonal	4
	Centros de urgencias médicas (CUM)	3
	Clínicas periféricas	2
	Servicios especializados	2
<b>Total segundo nivel de atención</b>	<b>346</b>	
<b>Tercero</b>	Hospitales	45
	<b>Total tercer nivel de atención</b>	<b>45</b>
<b>TOTAL DE SERVICIOS A NIVEL NACIONAL DEL MSPAS</b>		<b>1,492</b>
Fuente: DG SIAS		

En el año 2011 se brindaron 15,797,269 consultas en el MSPAS, de las cuales el 67% se atendió en los servicios del primero y segundo nivel. Por parte del IGSS, en el año 2010 se atendieron 4,997,115 consultas de las cuales el 96% pertenecen al grupo de consultas externas y emergencias. Del total de consultas atendidas por el *sector público* durante el 2011, que alcanzaron 20,900,399 consultas, el MSPAS cubrió el 75.6% y el IGSS el 23.9%, mientras que los Ministerios de la Defensa y de Gobernación atendieron en conjunto el 0.5% de la demanda efectiva pública.

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

No obstante lo anterior hay que resaltar que la cobertura real del MSPAS debe calcularse sobre el total de la población que necesita servicios de salud y no sólo de los que se acercaron a requerir los servicios, este análisis se presenta más adelante.

Dentro de la atención efectiva, es importante considerar que la participación del MSPAS no debe medirse sólo como parámetro del sector público, sino sobre el total de personas atendidas en el *sistema de salud*. Este dato durante el año 2011 (31,829,903 de consultas atendidas) permitió establecer que el 49.6% de la atención correspondió al MSPAS, el IGSS atendió al 15.7%, el sector privado al 34.3% y los ministerios de Gobernación y la Defensa al 0.4% únicamente.

En materia de establecimientos se estableció que actualmente se carece de una normativa que regule el crecimiento y la categorización de la Red de Servicios de Salud; esto ha generado un desorden administrativo que inicia desde la comunidad, por no contar con el conocimiento real de sus necesidades, atraviesa los procesos de campaña y llega a nivel de oferta política a los actores sociales. Esto ocurre porque el sistema carece de procesos que permitan detectar las necesidades de atención. Hay una praxis metodológica que se debate entre la realidad, el poder político, la incertidumbre, el abuso de autoridad, el oportunismo y el desconocimiento, todo ello se expresa en el clientelismo y el patrimonialismo con que se han incrementado los servicios.

**RED DE SERVICIOS DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL -IGSS-**

El IGSS reportó una cobertura de atención para la población trabajadora afiliada en el año de 2011 de más de un millón de cotizantes (1,154,378 personas) y 153,248 pensionados. Los servicios estuvieron estructurados de la siguiente manera: por vejez 65,895 (43%), por sobrevivencia 75,605 (49.3%) y por invalidez 11,748 (7.7%). También se brindó atención a las esposas de los afiliados en atención de maternidad y a los hijos de los afiliados que eran menores de 7 años.

Total Derecho Habientes	Afiliados	Esposas	Hijos menores de 7 años	Pensionados programa de accidentes	Pensionados programas IVS	Jubilados del Estado	No afiliada
<b>2,781,527</b>	1,154,378	470,158	871,333	7,093	153,248	87,640	37,677

Fuente: Departamento Actuarial y Estadístico del IGSS. Cifras estimadas

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

La red de servicios del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se distribuye de la siguiente manera:

Descripción	Número
Hospitales	23
Policlínicas	1
Consultorios	36
Centros de Atención	4
Unidades Asistenciales	2
Unidades Integrales de adscripción	44
Salas Anexas	2
Unidades Periféricas	2
Puestos de Primeros Auxilios	11
<b>TOTAL</b>	<b>125</b>

Fuente: Departamento Actuarial y Estadístico del IGSS

### ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS DE SALUD

El Departamento de Regulación, Acreditación y Control de los Establecimientos de Salud (DRACES) es la dependencia del MSPAS responsable de autorizar las licencias para funcionamiento de los establecimientos del sector privado que prestan servicios relacionados con la salud. DRACES reporta el siguiente censo:

No.	ESTABLECIMIENTOS	LICENCIAS
1	Clínicas Médicas Generales	1,450
2	Clínicas Médicas Especializadas	1,948
3	Casas de Salud	18
4	Clínicas Dentales	978
5	Ópticas	306
6	Centros de Estética y Control de Peso Corporal	65
7	Centros de Cuidado Infantil	144
8	Centros Atención al Adulto Mayor	48
9	Centros de Medicina Alternativa	151
10	Centros de Atención Integral a Personas con Adicciones	46
11	Centros de Diagnóstico por Imágenes	147
12	Hospitales de día	32
13	Hospitales	71
14	Centros de Cuidado y Atención a Personas con Discapacidad Mental	3
15	Hogares Temporales	1

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

No.	ESTABLECIMIENTOS	LICENCIAS
16	Laboratorios Dentales	115
17	Laboratorios de Patología y Citología	39
18	Sanatorios	112
19	Centros de Atención Pre-hospitalaria	22
20	Clínicas de Psicología	131
21	Clínicas de Nutrición	54
22	Bancos de Sangre	19
23	Diálisis y Hemodiálisis	19
24	Laboratorios Clínico Básicos	35
25	Laboratorios Clínico Intermedios	569
26	Laboratorios Clínico Avanzados	139
27	Laboratorios Clínico Especializados	63
28	Gimnasios	150
29	Centros de Terapia Física y Rehabilitación	58
30	Centros de Abrigo y Protección	29
31	Centros de Recuperación Nutricional	1
	<b>TOTAL</b>	<b>6,963</b>

Fuente: DRACES/MSPAS

Durante el año 2,011 se estima que el sector privado prestó en total 10,929,504 consultas médicas y servicios de hospitalización, sin considerar los exámenes, estudios y procedimientos de laboratorio. Cabe aclarar que no es posible incluir estos últimos porque es necesario hacer comparables las consultas privadas con las prestadas por los otros sectores de la salud.

## RECURSOS HUMANOS DEL MSPAS

Uno de los desafíos de Toronto 2005 plantea que “todos los países de la región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por cada 10,000 habitantes” para el año 2015, en todos los servicios de salud.

En el año 2011 se obtuvo en el MSPAS una razón de 11 profesionales por cada 10,000 habitantes. Cabe mencionar que, según el manual de medición de metas, los profesionales de la salud deben estar integrados por médicos, enfermeras y obstetras. Si analizamos la brecha para el total de habitantes de la República, la contratación debe crecer aproximadamente el 3 por millar (0.003) o sea 36,784 profesionales de la salud.

En ese sentido contabilizando la cantidad de puestos de salud existentes y su relación con la densidad poblacional de los municipios del país, el MSPAS alcanza una cobertura teórica de 57.4%. Para cubrir la demanda se requiere de 29,427 profesionales de la salud para alcanzar la meta, en lugar de los 18,578 actuales.



**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 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%. También hay que anotar que las universidades del país necesitan, además de corregir las causas de las altas tasas de deserción, revisar la calidad de la educación y esto debe ampliarse hasta el nivel primario y secundario, para asegurar una buena formación previa a optar por una carrera de las ciencias de la salud.

Del personal actual en el MSPAS el 14% son médicos y enfermeras, el 31% son auxiliares de enfermería de baja formación académica previa, en quienes recae la responsabilidad de brindar la atención. El 49% corresponde al personal administrativo. Es aceptable considerar que el MSPAS debe automatizar procesos para reducir el personal administrativo en beneficio de profesionales de la salud que actúen mejorando la calidad de los servicios, pero también es importante considerar que la tarea administrativa no debe estar en manos de médicos, a menos que se les capacite en las ciencias de la administración, ya que en este aspecto es en donde han redundado muchas de las debilidades administrativas y financieras del servicio.

A continuación se presentan los cuadros que muestran la distribución del recurso humano en sus distintas categorías:

**RECURSOS HUMANOS DEL MSPAS - 2008-2011 -**

CONCEPTO	2008	2009	2010	2011
<b>TOTAL</b>	<b>23,339</b>	<b>23,426</b>	<b>34,986</b>	<b>36,917</b>
<b>Médicos</b>	3,176	3,178	4,484	5,058
<b>Enfermeras</b>	1,274	1,278	1,991	2,212
<b>Auxiliares de enfermería</b>	6,619	6,621	10,507	11,308
<b>Personal administrativo</b>	6,683	6,711	12,356	12,732
<b>Personal operativo</b>	5,587	5,638	5,648	5,607

Fuente: DGRRHH/MSPAS

De acuerdo con la información establecida, el personal médico es el que menos ha crecido en las contrataciones del periodo, por lo que la prestación de los servicios de salud actualmente descansa sobre el personal de enfermería de menor categoría (auxiliares). Los siguientes cuadros muestran características particulares de la contratación.



**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

<b>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social</b>	
<b>Número de Empleados por Etnia - Año 2011 -</b>	
<b>Etnia</b>	<b>Personal</b>
Mestizo	31,820
Maya	4,827
Xinca	233
Garifuna	37
<b>TOTAL</b>	<b>36,917</b>

Fuente: DGRRHH/MSPAS

<b>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social</b>						
<b>Número de empleados por Sexo y Renglón - Año 2011-</b>						
<b>Renglón</b>	<b>Mujeres</b>	<b>%</b>	<b>Hombres</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>011</b>	12,701	62	7,785	38	20,486	55
<b>021</b>	696	47	784	53	1,480	4
<b>022</b>	113	45	138	55	250	1
<b>029</b>	833	52	768	48	1,601	4
<b>031</b>	689	42	952	58	1,641	4
<b>182</b>	5,774	66	2,975	34	8,749	24
<b>189</b>	1,328	49	1,382	51	2,710	7
<b>TOTAL</b>	<b>22,133</b>	<b>59</b>	<b>14,784</b>	<b>41</b>	<b>36,917</b>	<b>100</b>

Fuente: DGRRHH/MSPAS

<b>Distribución del Pago del Personal del MSPAS, por renglón presupuestario Guatemala, 2011</b>		
<b>Renglón presupuestario</b>	<b>Total Q.</b>	<b>%</b>
011: Personal permanente	987,214,831	44.1
021: Personal supernumerario	58,028,563	2.6
022: Personal por contrato	135,086,792	6.0
029: Otras remuneraciones del personal temporal	78,431,429	3.5
031: Jornales	135,689,350	6.1
182: Servicios médico sanitarios	557,951,902	24.9
189: Otros estudios y/o servicios	193,271,312	8.6
419: Otras transferencias a las personas	92,969,439	4.2
<b>TOTAL</b>	<b>2,238,643,619</b>	<b>100.0</b>

Fuente: SICOIN WEB

## RECURSOS HUMANOS DEL IGSS

El recurso humano del IGSS se encuentra distribuido de acuerdo con lo que informa la siguiente tabla:

Distribución del personal según área de servicio	
Año 2011	
Área	Trabajadores
Administrativa	4,214
Enfermería	4,082
Técnica	1,985
Profesional de la Salud	1,808
Servicios de Apoyo	1,514
Ejecutiva	758
<b>Total</b>	<b>14,361</b>
Fuente: Base de datos División de Contrataciones del IGSS	
Nota: No incluye temporales, proyectos, jornaleros y flotantes	

## PRODUCCIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD

El MPAS a través de su red de servicios brindó durante el año 2011 servicios de salud a casi 3 millones de pacientes nuevos, atendiendo 15 797,269 de consultas.

Las tablas que se muestran a continuación, describen el comportamiento de las consultas en los últimos cuatro años a nivel general y desagregado por niveles de atención.

Producción de Consultas Pacientes nuevos periodo 2008 a 2011				
	2008	2009	2010	2011
Consultas	3,126,397	3,856,018	3,559,070	2,896,078
Consultas Registradas todos los pacientes periodo 2008 a 2011				
	2008	2009	2010	2011
Primeras Consultas	6,714,984	8,532,606	8,980,409	9,059,269
Reconsultas	2,026,959	2,570,973	4,084,219	3,886,317
Emergencias	1,058,528	1,311,623	3,154,727	2,851,683
<b>TOTAL</b>	<b>9,800,471</b>	<b>12,415,202</b>	<b>16,219,355</b>	<b>15,797,269</b>

Fuente: SIGSA/MSPAS

## PRODUCCIÓN DE CONSULTAS POR NIVELES DE ATENCIÓN

Los siguientes cuadros presentan el detalle de la producción según niveles de atención:

PRIMER NIVEL				
	2008	2009	2010	2011
Primeras Consultas	3,374,708	4,417,789	4,375,793	4,158,506
Reconsultas	937,771	1,184,749	1,232,018	1,079,491
Emergencias	47,723	67,251	78,045	65,245
<b>TOTAL</b>	<b>4,360,202</b>	<b>5,669,789</b>	<b>5,685,856</b>	<b>5,303,242</b>
SEGUNDO NIVEL				
	2008	2009	2010	2011
Primeras Consultas	2,808,773	3,555,525	3,501,044	3,880,758
Reconsultas	591,318	857,447	966,582	975,073
Emergencias	291,250	426,891	461,484	489,273
<b>TOTAL</b>	<b>3,691,341</b>	<b>4,839,863</b>	<b>4,929,110</b>	<b>5,345,104</b>
TERCER NIVEL				
	2008	2009	2010	2011
Primeras Consultas	531,503	559,292	1,103,572	1,020,005
Reconsultas	497,870	528,777	1,885,619	1,831,753
Emergencias	719,555	817,481	2,615,198	2,297,165
<b>TOTAL</b>	<b>1,748,928</b>	<b>1,905,550</b>	<b>5,604,389</b>	<b>5,148,923</b>
<b>Egresos</b>			<b>531,060</b>	<b>366,129</b>

Fuente: SIGSA/MPAS

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Las condiciones de vida de la población guatemalteca se reflejan en los daños documentados a su salud, debido a enfermedades infecciosas y carenciales, crónicas, degenerativas y las derivas del estilo de vida de cada grupo poblacional, asimismo daños documentados por lesiones y adicciones que presentan variantes de intensidad según los ámbitos geográficos, demográficos, económicos, étnicos y de género. Todos estos factores evidencian inequidades que deben ser abordadas de manera integral.

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

<b>INDICADORES BÁSICOS DE SALUD</b>				
		<b>2008*</b>	<b>2009*</b>	<b>2010**</b>
Tasa de mortalidad infantil		19.7	22.3	30
Razón de mortalidad materna 1/		139.7	139.7	140
Tasa de mortalidad general		5.1	4.1	3.0
Tasa de fecundidad		82.6	73.4	70.2
Tasa de natalidad		20.4	18.9	14.7
Porcentaje desnutrición crónica en niños < 5 años***	NCHS	43.4	43.4	n/d
	OMS/OPS	49.8	49.8	n/d
Porcentaje de partos en adolescentes		19	18	20
Población migrante		645,716	650,564	675,163

\* INE, año 2010. 1/ Estudio Nacional de mortalidad materna, 2011  
 \*\* Memoria de Vigilancia Epidemiológica  
 \*\*\* Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009

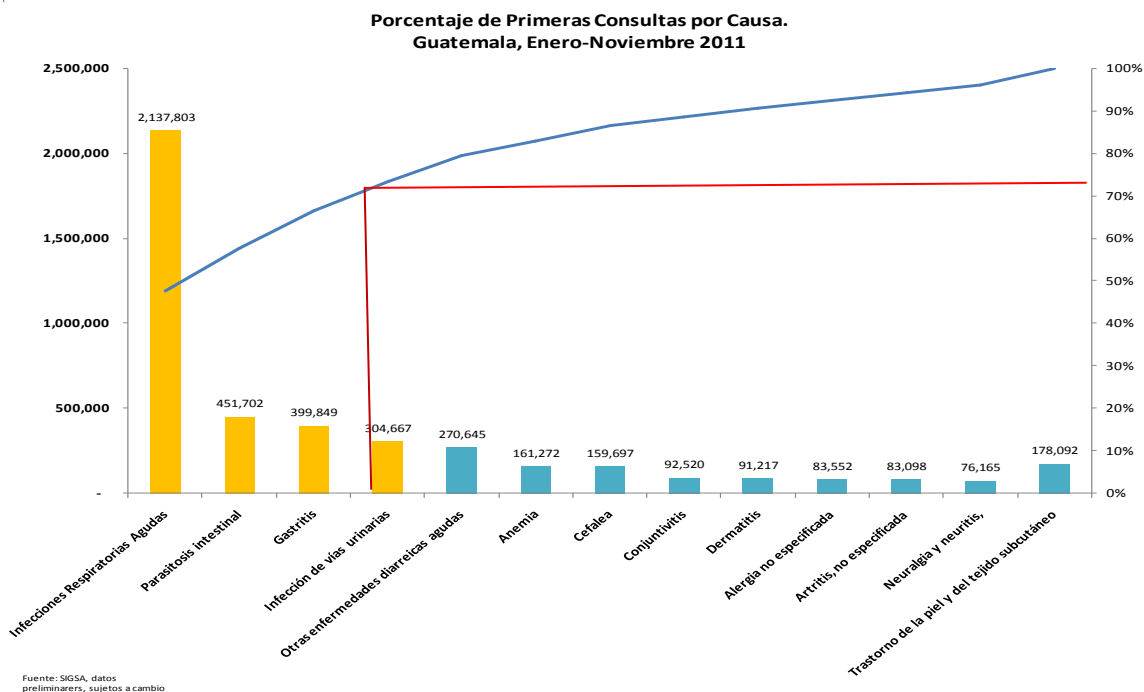
Fuente: Elaboración propia/MSPAS

Según el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), durante el año 2011 los eventos que ocupan el mayor número de primeras consultas por morbilidad (4,490,279) a los servicios de salud en todos los grupos de edad son las infecciones respiratorias agudas con el 31%, seguidos de parasitosis intestinal, infecciones de las vías urinarias y gastritis (6% cada una). Del total de primeras consultas realizadas, el 61% pertenece a mujeres. Los Departamentos que más casos reportan de morbilidad son Huehuetenango, Escuintla y Guatemala.

<b>Primeras 10 Causas de Morbilidad General Nacional año 2011 - Enero a Noviembre</b>			
<b>Descripción Diagnóstico</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
<b>Infecciones Respiratorias Agudas</b>	1,234,579	903,224	2,137,803
<b>Parasitosis intestinal</b>	304,699	147,003	451,702
<b>Gastritis</b>	254,182	145,667	399,849
<b>Infección de las vías urinarias</b>	242,913	61,754	304,667
<b>Otras enfermedades diarreicas agudas</b>	144,398	126,247	270,645
<b>Anemia</b>	119,751	41,521	161,272
<b>Cefalea</b>	126,755	32,942	159,697
<b>Conjuntivitis</b>	54,029	38,491	92,520
<b>Dermatitis</b>	53,092	38,125	91,217
<b>Alergia no especificada</b>	51,214	32,338	83,552
<b>Total</b>	<b>2,745,294</b>	<b>1,744,985</b>	<b>4,490,279</b>

Fuente: SIGSA/MSPAS

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
 Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012



De acuerdo al análisis de porcentajes acumulados (Pareto) si se disminuyeran estas 4 causas, se estarían minimizando hasta en un 75% las consultas por morbilidad.

Causas de Morbilidad en menores de 1 Año - Año 2011 de Enero a Noviembre			
Descripción Diagnóstico	Femenino	Masculino	Total
Resfriado Común	97,861	88,315	186,176
Otras infecciones respiratorias agudas	36,932	33,954	70,886
Otras enfermedades diarreicas agudas	27,822	26,145	53,967
Neumonía y bronconeumonías	17,735	19,172	36,907
Amigdalitis aguda no especificada	15,362	14,741	30,103
Dermatitis no especificada	7,559	6,629	14,188
Conjuntivitis no especificada	6,402	5,711	12,113
Infección intestinal bacteriana no especificada	5,101	4,841	9,942
Trastorno de la piel y del tejido subcutáneo no especificado	4,898	4,068	8,966
Amebiasis no especificada	4,622	3,776	8,398
<b>Total</b>	<b>315,189</b>	<b>292,317</b>	<b>607,506</b>
Fuente: SIGSA/MSPAS			

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

Al analizar las causas por grupos de edad, se estableció que en los menores de 1 año, de un total de 607,506 consultas, el 64% corresponde a enfermedades del sistema respiratorio y del oído (resfriado común, neumonías, faringitis, otitis, etc.); el 19% a enfermedades infecciosas y parasitarias y el 8% a enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.

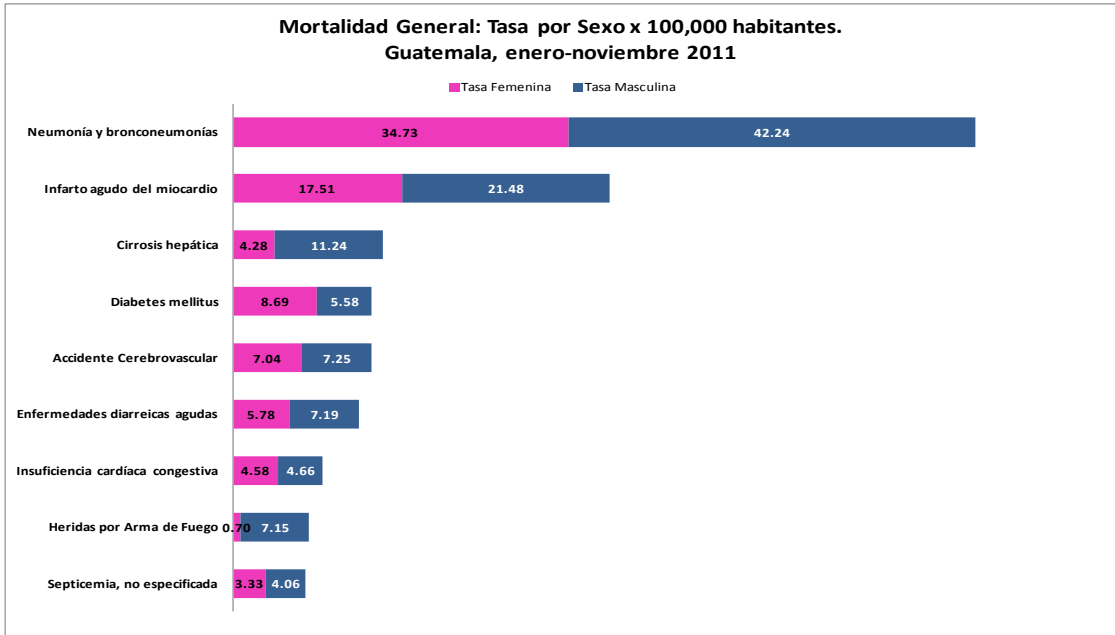
En el grupo de edad de menores de 5 años, del total de consultas registradas en el año 2011 (2,021,384) las enfermedades del sistema respiratorio y del oído y las enfermedades infecciosas y parasitarias representan el 84% del total, encontrando en este grupo de edad: traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa con el 2%.

<b>Primeras diez causas de Morbilidad en mujeres de 15 a 59 años, año 2011</b>	
<b>Diagnóstico</b>	<b>Total</b>
Gastritis, no especificada	<b>214,092</b>
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	<b>191,945</b>
Resfriado Común	<b>181,091</b>
Otras infecciones respiratorias agudas	<b>116,613</b>
Amigdalitis aguda, no especificada	<b>100,840</b>
Anemia de tipo no especificado	<b>77,177</b>
Parasitosis intestinal, sin otra especificación	<b>68,243</b>
Cefalea debida a tensión	<b>59,945</b>
Otros trastornos especificados no inflamatorios de la vagina	<b>52,797</b>
Neuralgia y neuritis, no especificadas	<b>49,370</b>
Fuente: SIGSA/MSPAS	

Del total de consultas realizadas por el grupo de mujeres de 15-59 años de edad, (1 452,234) las primeras causas de atención fueron las afecciones respiratorias agudas (29%), enfermedades del aparato genitourinario (19%), enfermedades del aparato digestivo (15%) y enfermedades del sistema osteo-muscular y del tejido conectivo (10%).

### ***Mortalidad***

Las primeras causas de mortalidad registradas por SIGSA, cuya fuente primaria es el Registro Nacional de las Personas (RENAP) durante los meses de enero-noviembre 2011, se observan en la siguiente gráfica.



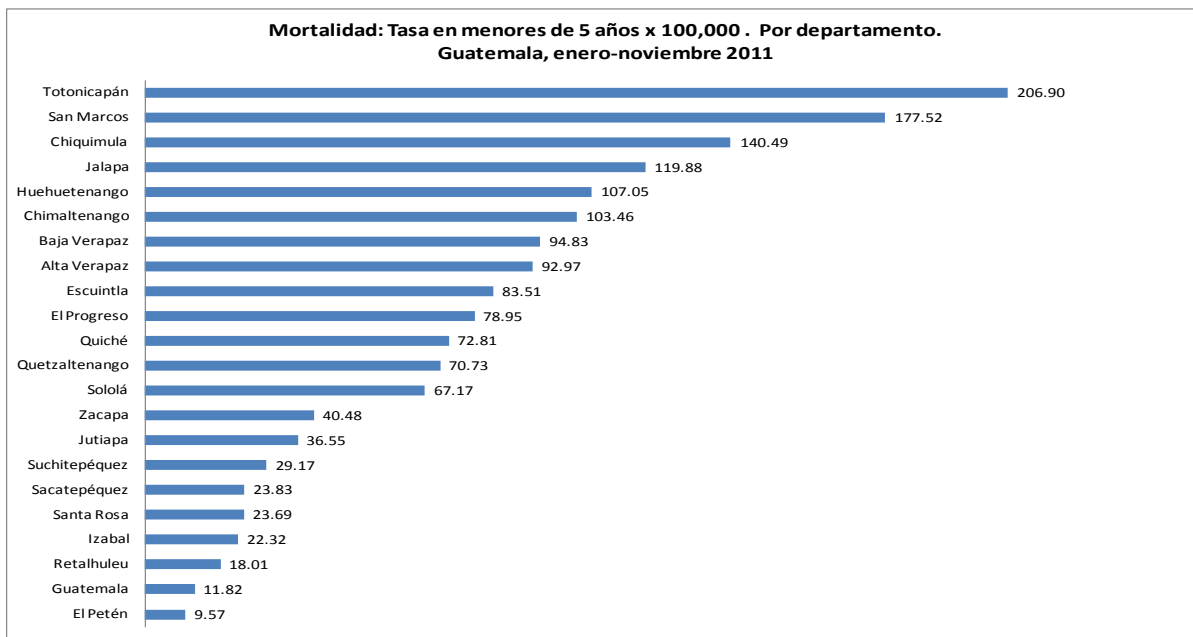
Es importante señalar que eventos crónico-degenerativos (infartos agudos al miocardio – IAM-, accidentes del área cerebro vascular –ACV-, diabetes mellitus –DM- y cirrosis hepática –CH-) han desplazado a eventos infecciosos como las diarreas de los primeros lugares de mortalidad general en el país. Esto puede ser atribuible a los cambios de estilo de vida de la población como el sedentarismo, la alimentación no saludable y el estrés, entre otros.

Las heridas por proyectil de arma de fuego ocupan el octavo lugar como causa de mortalidad, con una tasa 10 veces mayor en hombres que en mujeres (7.15 y 0.75 x 100,000 habitantes).

En menores de 5 años la principal causa de mortalidad son las neumonías y las bronconeumonías (164 x 100,000); las enfermedades infecciosas y parasitarias (66 x 100,000) y las afecciones originadas en el periodo perinatal (37 x 100, 000). Para el año 2010, la tasa de mortalidad infantil (en menores de cinco años) según el Banco Mundial fue de 32x1,000 nacidos vivos.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT/countries/GT-XJ-XN>





Fuente SIGSA, fuente primaria RENAP

Los departamentos que presentan las tasas más altas de mortalidad en menores de 5 años son Totonicapán, San Marcos, Chiquimula y Jalapa.

En cuanto a los menores de 1 año, la primera causa de mortalidad siempre corresponde a las enfermedades del sistema respiratorio y del oído (326 x 100,000), seguidas por las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (170 x 100,000) y enfermedades del sistema circulatorio (32 x 100,000).

La mortalidad en el grupo de mujeres de 15-54 años reporta, entre las primeras causas las neumonías y bronconeumonías (7.6 x 100,000); de infarto agudo del miocardio (5.12 x 100,000) y las de diabetes mellitus (4.7 x 100,000).

Llama la atención que los diagnósticos de tumor maligno del cuello del útero (2.64 x 100,000), el tumor maligno de estómago (1.84 x 100,000) y el tumor maligno de hígado (1.06 x 100,000) son frecuentes en este grupo de edad.

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

<b>Primeras 10 causas de morbilidad del servicio de consulta externa a nivel nacional en el IGSS. Riesgo de enfermedad. Año 2011</b>		
<b>Diagnóstico</b>	<b>Número de casos</b>	<b>%</b>
Hipertensión esencial (primaria)	368,751	33.99%
Diabetes mellitus no insulino dependiente	150,521	13.88%
Caries dental	107,630	9.92%
Gastritis no especificada, enfermedad péptica	97,269	8.97%
Diagnóstico no específico o Desconocido	75,580	6.97%
Rinofaringitis aguda (resfrió común)	64,926	5.99%
Gastritis y duodenitis	60,679	5.59%
Control de salud de rutina del niño	55,052	5.07%
Infección de vías urinarias sitio no especificado	52,846	4.87%
Caries dental no especificada	51,556	4.75%
<b>Total</b>	<b>1,084,810</b>	<b>100.00%</b>
Fuente: IGSS/Depto. Actuarial y estadístico.		

El cuadro evidencia que los afiliados padecen de enfermedades crónicas no transmisibles que responden al cambio del estilo de vida, pero que tienen la capacidad de disminuir su calidad de vida y producir complicaciones severas que encarecen la atención que requieren y pueden dejar secuelas graves en la persona.

<b>Primeras 10 causas de mortalidad a nivel nacional en el IGSS. Año 2011</b>		
<b>Diagnóstico</b>	<b>Número de casos</b>	<b>%</b>
Hipertensión esencial (primaria)	315	8.68%
Diabetes mellitus no insulino dependiente	201	5.54%
Septicemia no especificada, choque séptico	769	21.18%
Neumonías y bronconeumonías	309	8.51%
Diagnóstico no registrado	1,308	36.03%
Síndrome nefrítico crónico	230	6.34%
Insuficiencia respiratoria no especificada	138	3.80%
Paro cardíaco, no especificado	128	3.53%
Insuficiencia respiratoria aguda	116	3.20%
Hemorragia gastrointestinal, no especificada	116	3.20%
<b>Total</b>	<b>3,630</b>	<b>100.00%</b>
Fuente: IGSS/Depto. Actuarial y estadístico		

De la mortalidad que ocurre en los servicios del IGSS, el 36% no tienen diagnóstico, el 21% ocurren por septicemia, el 20% se ocurren por enfermedades crónicas no transmisibles y el resto por causas infecciosas.

### ***Eventos bajo vigilancia especializada***

- ***Mortalidad Materna:***

Según información del SIGSA, el Centro Nacional de Epidemiología -CNE- y el Programa Nacional de Salud Reproductiva, se han reportado 383 muertes de mujeres por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio durante el año 2011. Los departamentos de Alta Verapaz (53 muertes), Huehuetenango (52 muertes), Quiché (42 muertes) y San Marcos (34 muertes) son los que más casos reportan. Estos departamentos aglutinan al 65% de los casos. Al realizar la distribución por grupos de edad se establece que las mujeres de 40 a 44 años de edad presentan la tasa más alta (622 x 100,000 n.v.); seguida del grupo de 35-39 años (341 x 100,000n.v.)<sup>5</sup>.

Las causas principales de la mortalidad materna son hemorragias (40%), trastornos hipertensivos en el embarazo (26%) y sepsis (11%).

### **Riesgo Reproductivo en la Adolescencia**

Guatemala se encuentra ubicada entre los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial, siendo el tercer país con más altas tasas de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de América latina. El promedio de hijos de mujeres en estos rangos de edad es de 3.8 de acuerdo a datos de la ENSMI 2008/20009, 9.5% de las jóvenes de 15 a 24 años relató haber tenido su primer embarazo antes de los 15 años, el 48.5% entre los 15 y 17 años y el 25% entre los 18 y 19 años.

Según el Estudio Nacional de Muerte Materna, publicado en 2011, la razón de mortalidad materna se incrementa en ambos extremos de la edad reproductiva: tiene un alto nivel en adolescentes de 10-14 años (219.1x100,000 N.V) y luego alcanza su máximo en el grupo de 40 a 44 años (370.2x 100,000 N.V). Entre las primeras causas de muerte materna en adolescentes de 10 a 19 años están la hipertensión, las hemorragias y la sepsis.

---

<sup>5</sup> Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

Según datos del SIGSA y del Programa Nacional de Salud Reproductiva, en el 2010 se atendieron 47,559 partos en adolescentes, correspondiendo al 19.9% del total de partos, el 17% (55 casos) de las muertes maternas ocurrió en este grupo poblacional.

**Distribución de partos y muertes maternas, según la edad**  
**Guatemala, 2010**

Edad de la madre	No. de partos	%	No. muertes maternas	%
10 a 19 años	47,559	20	55	17
20 a 34 años	167,538	70	187	58
Mayores de 35 años	24,189	10	79	25
<b>Total</b>	<b>239,286</b>	<b>100</b>	<b>321</b>	<b>100</b>

Fuente: SIGSA/MSPAS

Cuando se analiza el nivel de educación, según el Estudio Nacional de Muerte Materna (2011) cerca del 50% de las muertes maternas ocurren en mujeres analfabetas, asimismo, se ha demostrado que las muertes maternas tienen su mayor incidencia en poblaciones pobres, indígenas y rurales, las que por su condición de vida no han tenido la oportunidad de acceder a una educación formal.

**Muertes Maternas por nivel de escolaridad**  
**Guatemala, 2011**

Escolaridad	Número	%
Sin estudio	239	48.4
Primaria	199	40.3
Secundaria	46	9.3
Universidad	10	2.0
Total	494	100

Fuente: Estudio de Muerte Materna SEGEPLAN/MSPAS 2011.

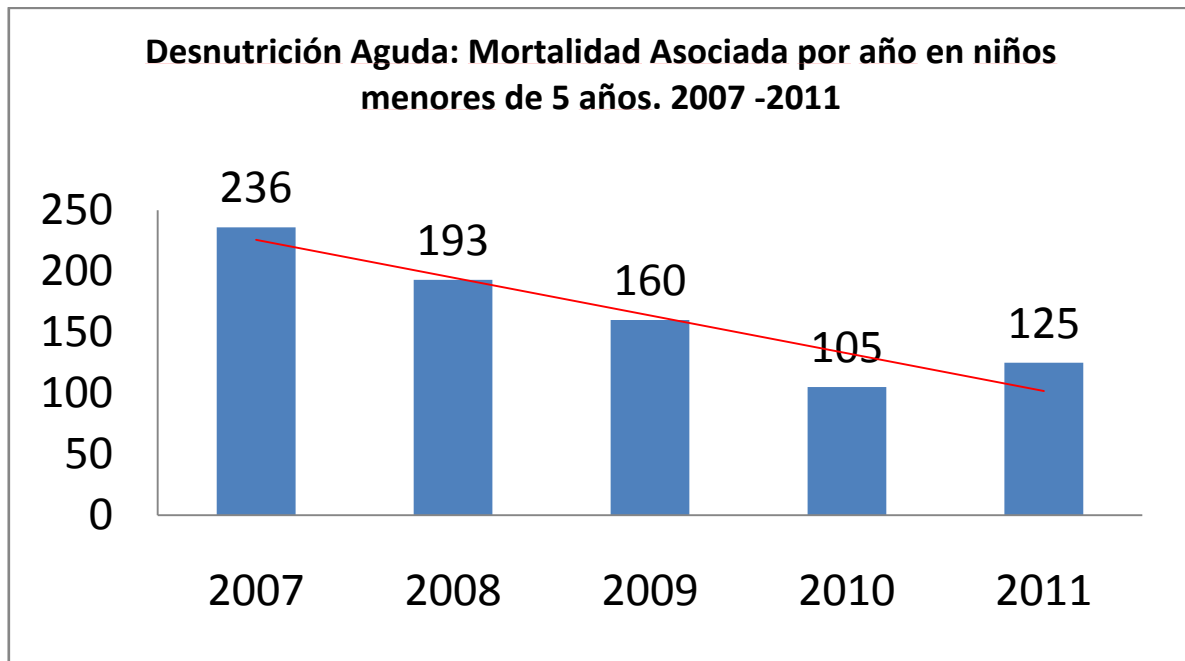
La educación sobre el uso de los métodos de planificación familiar se inicia, la mayoría de las veces, después de que las jóvenes tienen su primer hijo, lo que refleja que los servicios de salud preventiva atienden a partir de la maternidad adolescente, pero no antes del inicio de la sexualidad activa o del inicio de la primera relación sexual; si así se hiciera, se podría evitar la reproducción temprana y los factores de riesgo que esto implica.

Según datos del Departamento de Promoción y Educación para la Salud (PROEDUSA) del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) 2010, funcionan 128 Espacios Amigables para Adolescentes (estrategia de promoción de la salud) en la red de servicios del primero y segundo nivel de atención. Existen 15 Centros Interactivos (Centros de Información para Adolescentes) que cuentan con computadoras, internet y materiales informativos en salud ubicados igual número de servicios de salud del segundo nivel. Sólo se cuenta con una clínica de Atención Integral para Adolescentes en el tercer nivel de atención en el Hospital General San Juan De Dios. Hay tres clínicas ubicadas en centros de salud a nivel metropolitano (Zona 3, 7 y el Amparo) de reciente apertura, con escaso equipamiento y poco personal para funcionar.

- **Desnutrición Aguda**

Durante el año 2011 se identificaron 13,118 casos de desnutrición aguda (Peso/Talla) en menores de 5 años en todo el País. Los departamentos más afectados fueron Chiquimula (0.32%), Jalapa (0.30%), Zacapa (0.28%) y Totonicapán (0.22%). La vigilancia de este evento inicia en el año 2009, luego de la crisis surgida en el corredor seco del país.

En cuanto a la mortalidad por este evento observamos que en el período 2007 – 2011 el problema ha disminuido, aunque con un leve repunte en el año 2011.



Fuente: CNE/MSPAS

Los departamentos que más reportan casos de mortalidad por desnutrición proteica energética aguda –DPE- fueron Alta Verapaz (22), Quetzaltenango (18), San Marcos (12) y Quiché (10).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil (ENSMI) 2002 la desnutrición crónica (talla/edad) a nivel nacional fue 49.3%. La ENSMI 2008-2009 señala que la desnutrición crónica en niños < de 5 años, según referencia NCHS y OMS correspondientes fue de 43.4% y 49.8%.

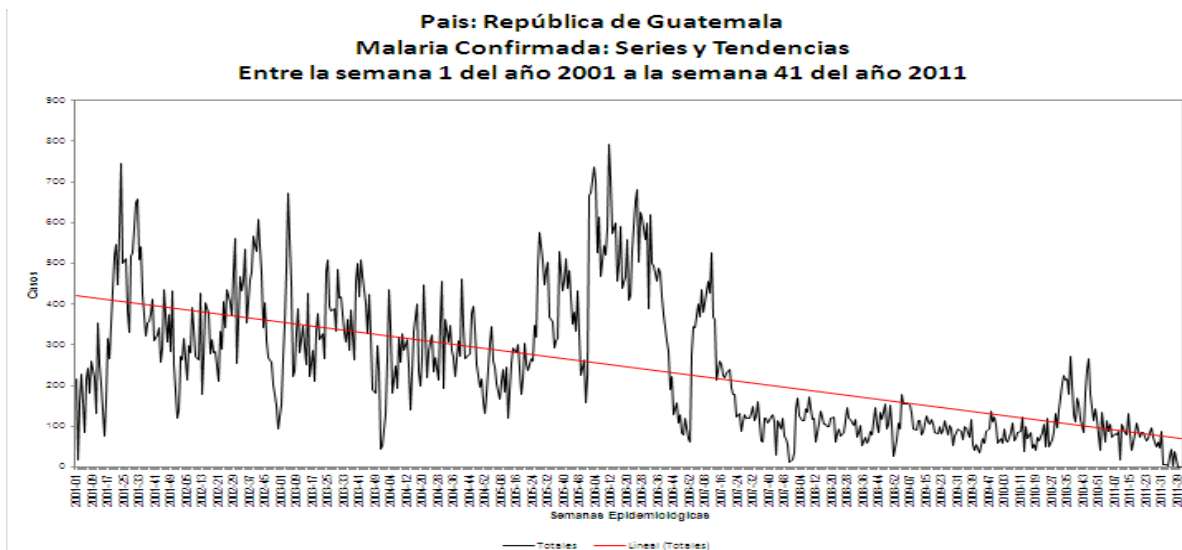
### *Dengue*

Durante el año 2011 se reportaron 3,281 casos de dengue, de los cuales el 78% fueron clínicos, con 687 confirmados y 29 casos de dengue hemorrágico. Hubo 11 defunciones atribuidas a Dengue. En comparación con el año 2010 no fue un año epidémico para este evento.

Hay circulación de los serotipos D1, D2 y D4 en el país prevaleciendo la mayor incidencia del serotipo D1. Los Departamentos con mayor incidencia de Dengue son Escuintla, Quiché, Chiquimula y Baja Verapaz; los grupos de edad más afectados están entre 25 a 35 años, seguido del grupo de 10 a 14 años. No hay diferencias significativas por sexo.

### *Malaria*

Los diagnósticos de malaria durante el año 2011 se concentraron en dos departamentos (Escuintla y Zacapa). Dentro de estos, en los municipios La Gomera (64%) y Gualán (24%). Durante las 52 semanas epidemiológicas se reportaron al SIGSA 2,664 casos confirmados de malaria a una tasa de 22 x 100,000 habitantes, siendo el *Plasmodium Vivax* el más frecuente a nivel nacional, con un 98% del total de casos registrados. Hay que hacer notar que en comparación con el año 2010 se registraron únicamente la mitad de casos, tendencia que se ha venido observando desde hace varios años.



Fuente:CNE/MSPAS

### *VIH-VIH Avanzado*

Durante el año 2011 se reportaron al sistema de información<sup>6</sup> un total de 2,315 casos nuevos de VIH y 684 casos nuevos de VIH Avanzado, equivalentes a un 17% menos que el año 2010. Quetzaltenango (6.55 x 10,000 habitantes), Izabal (4.2 x 10,000) y Escuintla (2.58 x 10,000) presentan las tasas más altas de infección de VIH-VIH Avanzado del país.

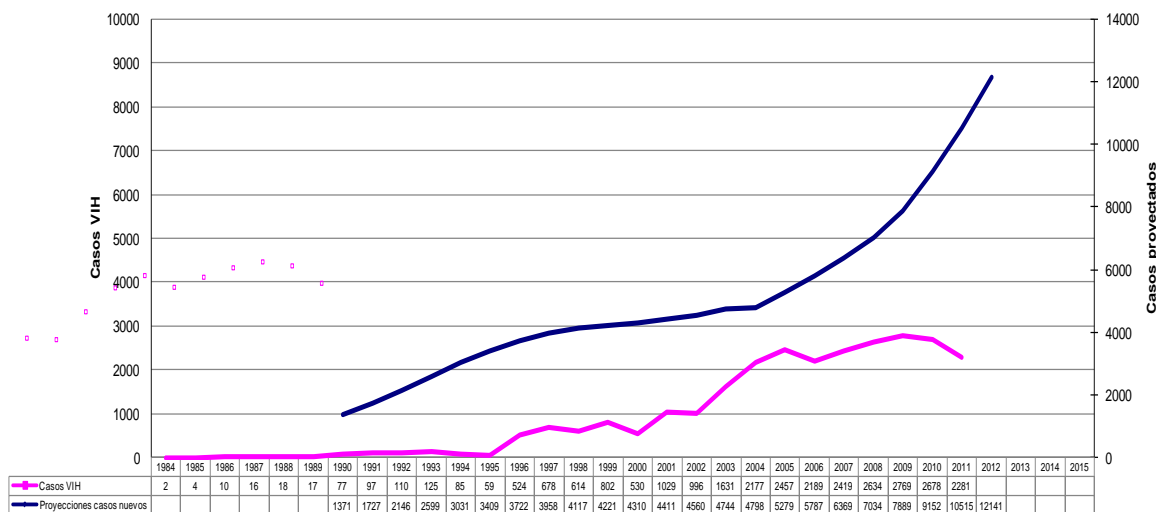
Desde el año 1984 se tiene registro acumulado de 26,927 casos.

El 55% de los casos son reportados en el sexo masculino y 45% en el sexo femenino, los grupos de edad más afectados son 25-29 años (19%), seguido de los grupos de 20-24 y 30-34 años (15% cada uno). La prevalencia de este evento continúa en un rango menor al 0.01% de la población total del país, esto es equivalente a una tasa 15x100,000 habitantes, una prevalencia menor a lo estimado en las proyecciones realizadas por las entidades encargadas de monitorear el VIH-VIH Avanzado.

<sup>6</sup> Datos de Vigilancia centinela de VIH-VIH Avanzado 2011



**VIH y VIH avanzado: Casos comparados con  
 Estimaciones y Proyecciones  
 Guatemala 1990 - 2012**

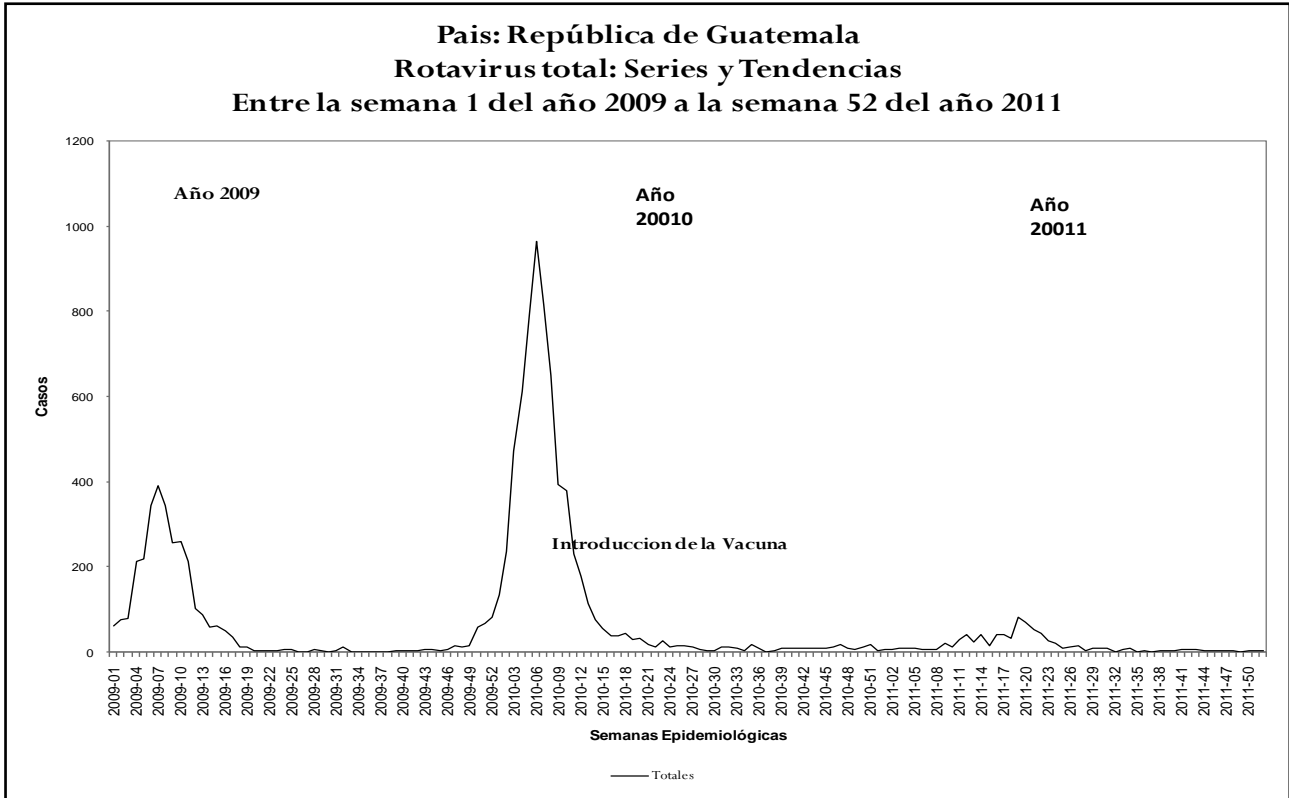


### *Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua*

Durante el año 2011 se reportaron 378,602 casos de enfermedades transmitidas por alimentos y agua. Los casos reportados incluyen diarreas, hepatitis, intoxicaciones alimentarias y otras. En todo el país tienen incidencia en el 2.6% de la población total lo que comparado con el año 2010 representa una disminución del 29% de casos registrados.

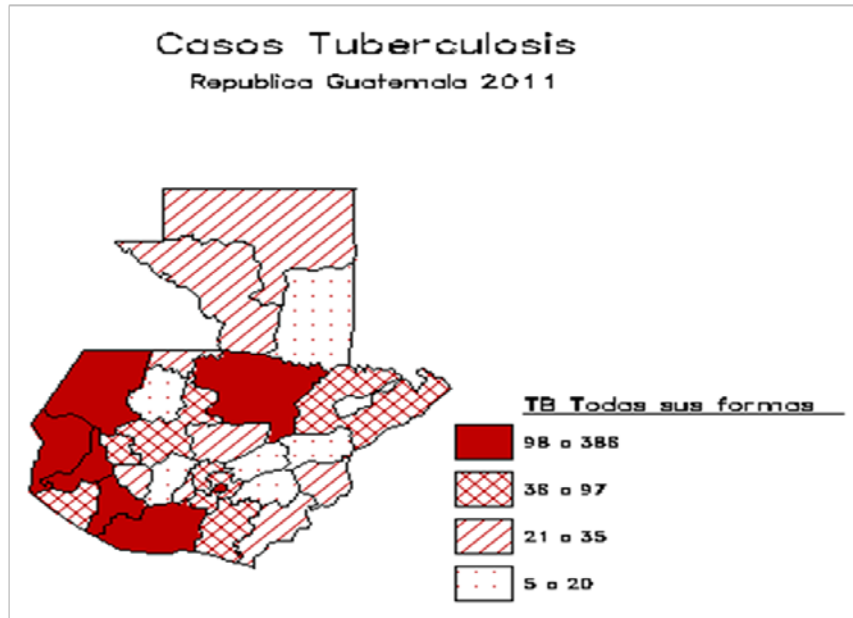
Los departamentos que más casos de enfermedades transmitidas por alimentos reportan a nivel nacional son, Quiché (5% de la población), Chiquimula (4.8%), Jalapa (4.4%) y Zacapa (4.5%). El grupo de edad más afectado es el de menores de 5 años, no hay diferencias significativas entre sexos.

En cuanto al Rotavirus, en el 2011 fueron reportados 724 casos en menores de 5 años: comparados con el año 2010 (5,932 casos), representa una disminución del 88%. En una serie temporal podemos observar el efecto que ha tenido la introducción de la vacuna en este evento. La vacuna aplicada actualmente contiene los virus que han circulado en los últimos 3 años. Los Departamentos que más casos reportaron fueron Escuintla (160 casos), Quiché (134 casos) y Huehuetenango (113 casos). No hay diferencia significativa por sexo.



*Tuberculosis*

Durante el año 2011, el Programa Nacional de Tuberculosis identificó 2,025 casos nuevos en todo el país, equivalentes a 14 casos por 100,000 habitantes. Los departamentos con mayor incidencia de tuberculosis fueron Escuintla, Alta Verapaz, San Marcos, Huehuetenango, Quetzaltenango y Suchitepéquez.



## AGUA Y SANEAMIENTO

Guatemala es un país rico en recursos hídricos, fuentes de agua con volumen suficiente para satisfacer las necesidades de agua potable. Cabe señalar según el Departamento de Salud y Ambiente, que el 90% de las fuentes superficiales se encuentran contaminadas, lo cual ha incidido en que más de un 40% de la población no tenga acceso a agua potable y se tengan tasas de mortalidad infantil superiores resultados de enfermedades diarreicas.

El MSPAS mantiene la vigilancia epidemiológica y ha puesto en operación el programa de Vigilancia de la Calidad del Agua -PROVIAGUA-. Según el Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales (MARN) en el año 2009, el 69% de hogares tuvo acceso a agua domiciliar y el 36% tuvo conexión a la red de drenajes. El 60% de hogares en el área urbana tuvo los beneficios del tren de aseo mientras que solamente el 5% de los hogares rurales tuvo acceso a este tipo de servicio; sólo el 35% de los desechos sólidos domiciliarios son depositados en rellenos sanitarios, el resto queda libre en el ambiente o se deposita en los cuerpos de agua superficiales.

A nivel rural el 86% de hogares utiliza el sistema dentro energético (carbón y leña) para cocinar sus alimentos. Situación que en el área de saneamiento tiene que ver con las enfermedades de las vías respiratorias.

• **IMPACTO DE LA CALIDAD DEL AGUA EN LA SALUD**

Entre las enfermedades relacionadas con la mala calidad del agua, que tienen incidencia en Guatemala, se encuentran la diarrea, la hepatitis, la malaria y el dengue.

El tratamiento del agua para consumo humano, según el Código de Salud y el Código Municipal<sup>7</sup> es responsabilidad directa de las municipalidades, pero pocas cuentan con plantas de tratamiento de agua potable y muy pocas cuentan con plantas de tratamiento de agua servidas.

Las condiciones de los servicios de agua para consumo humano y de saneamiento básico, que se vinculan directamente con las causas de enfermedades más comunes y de mortalidad, registran valores anuales altos, así lo muestra el cuadro siguiente:

**Casos de diarreas e infecciones respiratorias agudas**

Patología	2009	2010	2011
Diarreas	518,848 (tasa 37 x 1000 hab)	560,473 (tasa 39 x 1000 (hab)	397,286 (tasa 27 x 1000 hab)
Infecciones respiratorias agudas	2,192,230 (tasa 156 x 1000)	2,567,541 (tasa 158 x 1000)	2,004,779 (tasa 136 x 1000)

Fuente: Boletín Epidemiológico CNE/MSPAS 2011.

**Sistemas de abastecimiento de agua, vigilados y tratados en el 2011**

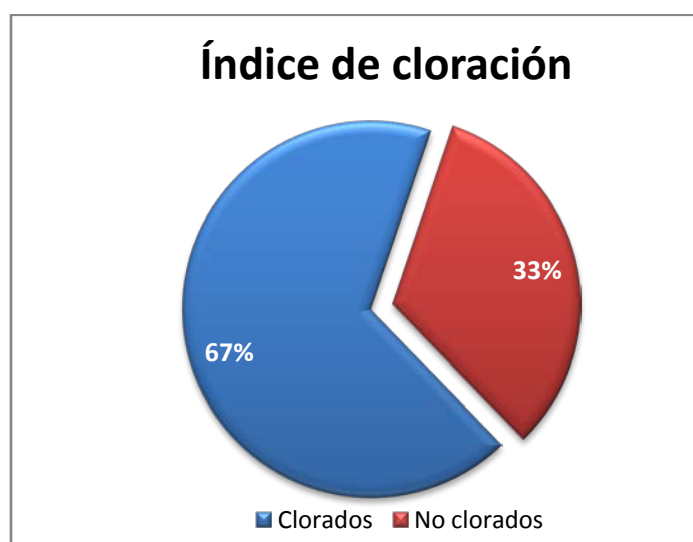
No.	Actividad	Total
1	Sistemas de abastecimientos de agua y pozos mecánicos con niveles adecuados de cloro residual	11,375
2	Sistemas de abastecimiento de agua y pozos mecánicos vigilados	23,529

Fuente: SIGSA/MSPAS.

De los 23,529 sistemas de agua y pozos mecánicos vigilados, el 33% presenta niveles adecuados de cloro residual y el 67% presenta contaminación bacteriológica. Los departamentos que presentan mayor contaminación bacteriológica son: Escuintla, Alta Verapaz, Petén, El Progreso, Jutiapa y Chimaltenango.

<sup>7</sup> Código de Salud, (Decreto 90-97) artículo 80, Código Municipal (Decreto Ley 12-2002), artículo 68, literal a)

Durante el año 2011 el MSPAS, a través de las Áreas de Salud, realizó 43,899 acciones de vigilancia de la calidad del agua, para evaluar cloro residual en los sistemas de abastecimiento de agua. Los resultados se presentan en la siguiente gráfica.



Fuente: Departamento de Regulación de los Programas de Salud y Ambiente.

Puede apreciarse que hay una cobertura importante para la cloración de servicios de agua, pero en el caso del acceso a redes de drenaje para la disposición de las aguas servidas, la cobertura es significativamente menor.

**Disposición y clasificación de desechos sólidos hospitalarios.  
 Guatemala, año 2010**

Desechos sólidos				
Desechos sólidos hospitalarios*	bio-infecciosos	punzo cortantes	especiales	comunes
<b>10,756,871 libras</b>	32 %	4 %	3 %	61 %

Fuente: Vice-ministerio hospitales año 2010

En el año 2010 los hospitales manejaron los desechos sólidos de la siguiente manera: 20 utilizaron el servicio de empresas registradas para el trata de desechos hospitalarios, 8 quemaron sus desechos en el Cementerio General y los 17 restantes los quemaron dentro del mismo hospital, aunque no de manera adecuada ya que las temperaturas no eran las ideales.

## GESTIÓN DEL RIESGO

Según la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres del Sistema de Naciones Unidas, Guatemala es uno de los países más vulnerables por efectos del cambio climático en el mundo y por su ubicación, en la que destaca la confluencia de tres placas tectónicas continentales, una cadena de treinta y tres volcanes (y cuatro activos). Hidrológicamente cuenta con tres grandes vertientes: Pacífico, Atlántico y Golfo de México. Asimismo cuenta con treinta ocho ríos de caudal alto; situación que hace al país susceptible a inundaciones y deslizamientos.

### Planes de Contingencia de las Direcciones de Áreas de Salud (DAS)

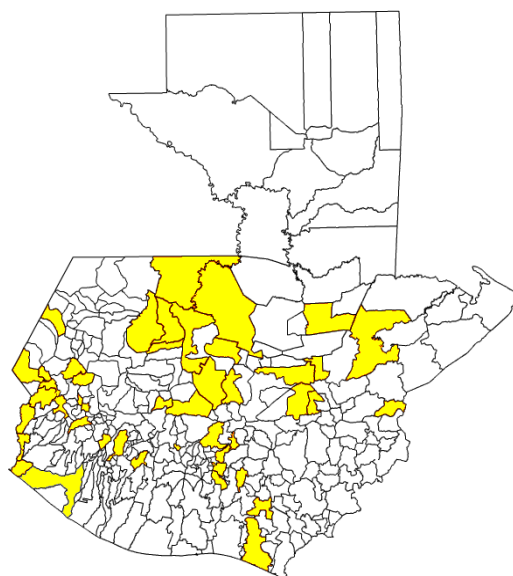
De 23 planes de contingencia revisados en 2011, el 52% se encuentran elaborados de acuerdo con la guía establecida. Los planes con una mejor estructura pertenecen al área de Chimaltenango, Escuintla y Chiquimula. Por el contrario, los más débiles en la estructura de su plan, pertenecen a Suchitepéquez, Totonicapán y al área Ixil.

### Integración de Equipos de Respuesta Inmediata a nivel local (ERI)

Actualmente se cuenta con 48 equipos de respuesta inmediata a nivel local, en 17 áreas de salud teniendo proyectada la capacitación a nivel local en 12 para el 2012. Se tiene la intención de formar recurso humano con capacidad para identificar y dimensionar la vulnerabilidad y el riesgo de sus localidades y fomentar en ellos la cultura de gestión de riesgo, pero no se han planificado los recursos para hacerlo.

DAS	No. ERI Confirmados	No. Personal Capacitado
San Marcos	10	35
Huehuetenango	1	5
Guate Central	4	16
Guate Nororiental	2	9
Guate Noroccidente	4	17
Guate Sur	2	8
Quetzaltenango	1	3
Sololá	2	7
Zacapa	1	3
Izabal	1	5
El Progreso	2	5
Santa Rosa	2	9
Baja Verapáz	3	10
Alta Verapáz	4	15
Quiché	4	10
Ixil	3	13
Ixcán	2	5
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>175</b>

Fuente: Base de Datos ERI, CNE/DECAP 2011





## Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012

### Análisis de riesgos y vulnerabilidades

La Unidad de Respuesta Rápida y Asistencia Técnica (URRAT), dentro de sus actividades ha realizado un análisis de las vulnerabilidades a las que está expuesto cada departamento del país, incluyendo los asentamientos humanos en situación de riesgo. La situación se detalla en el siguiente cuadro:

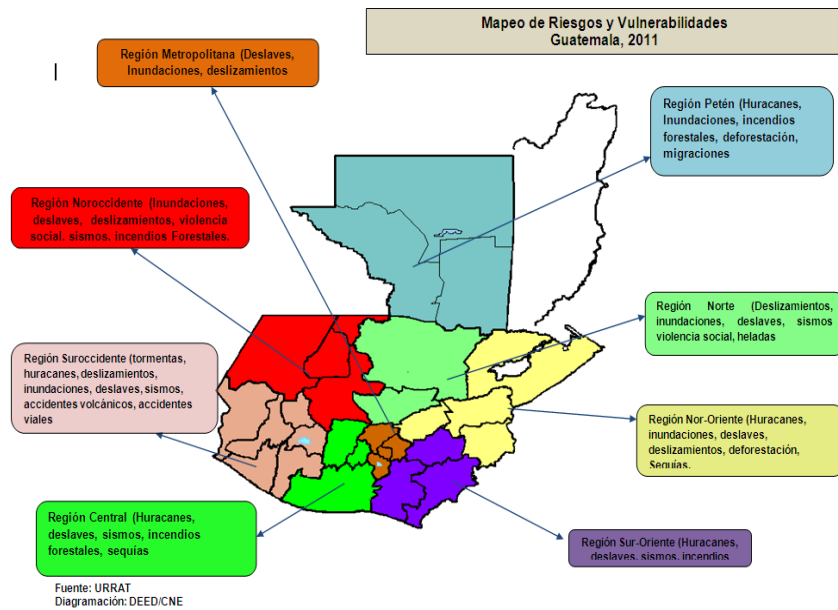
DAS	Tormentas	huracanes	Deslizamientos	Inundaciones	Deslaves	Sismos	Asentamientos humanos	Accidentes volcánicos	Incendios	Deforestación	Sequias	Mala Nutrición	violencia social	accidentes viales	Migraciones	Heladas
Guatemala Central	X	X	X	X	X	X	X									
Guatemala Sur						X	X	X								
Guatemala Noroccidente																
Guatemala Nororiental			X	X	X						X					
Izabal		X		X	X											
Ixcán			X	X		X										
Sacatepéquez	X	X		X	X	X		X								
Chiquimula		X								X	X		X			
Huehuetenango				X	X											
Petén Sur Oriental									X	X					X	
Petén Sur Occidental										X					X	
Petén Norte		X		X					X	X					X	
Retalhuleu				X												
Alta Verapaz			X	X	X	X							X			
Baja Verapaz				X							X					X
Totonicapán																
Santa Rosa			X	X							X	X				
Zacapa			X	X		X				X	X					
El Progreso			X	X	X	X			X		X					
Jutiapa				X	X	X			X							
Jalapa			X	X		X										
Quetzaltenango			X	X	X											
Chimaltenango					X	X			X	X				X		
Ixil			X	X									X			
Escuintla		X			X	X			X		X					
Solola	X		X	X												
San Marcos	X	X	X	X	X	X		X						X		
Quiché			X	X		X			X		X		X			
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

Fuente: URRAT/SIAS, Diagramación DEED/CNE

Siete departamentos son más susceptibles a huracanes, veinte departamentos son vulnerables ante inundaciones, catorce departamentos se encuentran en zona de sismos y doce departamentos tienen comunidades en situación de riesgo a deslaves. Las acciones preventivas del área de salud debieran asignar mayor cantidad de recursos tanto humanos como financieros a estas áreas de tal forma que la respuesta ante eventos descritos pueda ser inmediata y acorde a las necesidades de cada caso.

# Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

## Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012



Nota: los colores en el mapa no indican intensidad de los eventos.

### Sistema de Radiocomunicación

La información de las Direcciones de Áreas de Salud (DAS) y sus respectivos hospitales que llega en tiempo real, actualmente es posible en el 40% (12/29) la debilidad está en la falta de mantenimiento o desajustes de las repetidoras. Cabe mencionar que la radio comunicación es un medio de comunicación vital para asegurar la fluidez de la información de una forma rápida y de bajo costo en situación normal y principalmente bajo efectos de desastres sin embargo, se estimó que hace falta una inversión económica de Q300,000.00 para invertir a nivel de las 29 DAS y de los 45 hospitales a nivel nacional. La red de radio comunicación debe prever ampliarse a otras áreas geográficas de mayor riesgo, situación que debe ser prevista por el CNE/MSPAS.

- **Riesgo y vulnerabilidad en los servicios de salud**

En el primer censo de infraestructura, recursos humanos y equipamiento de la red de servicios de salud del MSPAS, realizado en el primero y segundo nivel de Atención y que abarcó el detalle de la información de 82 municipios prioritarios, se estableció que Guatemala como país tiene una cobertura del 57.37% con áreas de salud, situación que mantiene a la institución alejada de la prestación universal de los servicios de salud. En los municipios prioritarios censados se encontró con las siguientes situaciones:

1. El 31% de los locales que prestan los servicios no presenta accidentes geográficos a menos de 100 metros de distancia, un 37% no se especifica, un 10% está situado en quebradas y un 9 % existe en un río colindante; el 5% está a la orilla de un barranco.
2. El 65% de los servicios se abastecen de agua de lluvia o la acarrean.
3. En el 63.9% de los servicios la disposición de excretas se realiza en fosas sépticas, y letrinas; algunos no tienen un lugar específico.
4. El 79.69% no tienen comunicación telefónica.
5. El 5% de los servicios tiene abastecimiento de energía eléctrica por medio de panel solar y motores de combustible.
6. Un 10% de los edificios fueron construidos antes de 1976, en los últimos 4 años sólo se ha construido el 16% de los edificios censados.
7. Solamente el 32% de los servicios ha recibido algún tipo de mantenimiento correctivo, remozamiento o reconstrucción después de su construcción.

### **Gestión del riesgo hospitalario**

Se han realizado evaluaciones de seguridad hospitalaria en 5 establecimientos de la red, en los cuales están presentes tanto las amenazas como los riesgos. Existen hospitales que no tienen formados y activados los comités de riesgo.

## **PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD**

Tomando en cuenta el perfil epidemiológico que se presenta en el país, la educación y la promoción de la salud se convierten en estrategias principales para impulsar la base cultural de la buena salud. El análisis presupuestario del MSPAS señala la necesidad de asignar un presupuesto específico para dichas actividades, aunque para eficientar el gasto es necesario mejorar la coordinación con todos los sectores.

A principios del 2012 se encontró en el SIAS, material que impulsa la estrategia de municipios saludables, definida como aquel municipio donde todas sus autoridades, instituciones, organizaciones y ciudadanos trabajan conjuntamente para mejorar la salud y la calidad de vida de su población, mediante la promoción y el fortalecimiento de la participación ciudadana; la promoción e implementación de políticas públicas saludables; el mejoramiento de los ambientes y entornos; la promoción de prácticas de vida saludables y la mejora continua de la calidad de sus servicios públicos (salud, educación, etc.). Sin embargo, la estrategia municipios saludables, aunque es una estrategia de promoción encaminada a desarrollar aquellos elementos de los determinantes de la salud que son responsabilidad de los gobiernos y sociedad civil, no tiene respaldo presupuestario.

La estrategia de **escuelas saludables** en el sector educación juega un papel importante en la promoción de estilos de vida saludables, en parte por el papel protagónico de los maestros, quienes promueven cambios positivos en los alumnos y en sus comunidades. El maestro es un líder reconocido, que con los conocimientos adecuados puede contribuir en la promoción de estilos de vida saludables en la comunidad escolar.

Una escuela saludable es un establecimiento educativo del nivel primario, en donde la comunidad educativa (maestros, alumnos, padres de familia), desarrolla y promueve conocimientos, habilidades y destrezas encaminados al cuidado integral de la salud personal, familiar, comunitaria y la atención del ambiente. Esta estrategia para tener impacto necesita, convenios inter institucionales, financiamiento y operativizar las guías curriculares.

La promoción de **prácticas saludables** es una estrategia que facilita la coordinación y el desarrollo de actividades de promoción para el cambio de comportamiento de prácticas y estilos de vida saludables y prevención de las enfermedades, de una población en general; lo anterior de acuerdo al calendario y perfil epidemiológico local, a problemas de salud emergentes y campañas de prevención específicas. A pesar de estar planteada, el perfil epidemiológico local no es analizado y por lo tanto las acciones y campañas no aterrizan.

La gestión y el fortalecimiento de las instancias de articulación y coordinación distrital y comunal, para promover acciones de promoción de la salud en los planes de desarrollo local, sí llegara a existir, favorecerá la articulación sectorial y comunitaria y por ende contribuirá a la mejora de la calidad, equidad, eficiencia y efectividad de los servicios de salud. Un reto político altamente necesario de abordar.

La **promoción de los servicios de salud**, es una estrategia que fortalece los procesos de implementación de acciones de promoción y participación comunitaria para el conocimiento y la utilización adecuada y oportuna de los servicios de salud por parte de la población. Cada proveedor de los servicios debiera apostar parte de sus recursos a la promoción, tomando en consideración que esta es general e incluyente contrario a la atención sanitaria, en donde el consumidor es quién decide qué, cuánto, cómo y cuándo utilizar los servicios de salud.

Los servicios de salud actuales no consideran la amplitud del concepto. Se define servicio de salud como el lugar en donde el usuario y la usuaria reciben atención médica integral de acuerdo a sus necesidades. Incluye desde la salud preventiva, curativa y de recuperación orientada a la persona, a la familia y a la comunidad. Los servicios prestados intentan responder a los retos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio planteados por las Naciones Unidas sin embargo, prestar servicios de salud no es únicamente incrementar el acceso a los servicios de salud para reducir así la mortalidad infantil, el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades, y mejorar la salud materna, sin considerar la existencia de otros factores.

Con base en lo anterior, la evaluación de estrategias en los servicios de salud al 2011 se describe como sigue:

Estrategias de promoción y educación en salud MSPAS	Resultados
Municipios Saludables	S/D
Escuelas Saludables	S/D
Espacios Amigables para Adolescentes	15
Promoción de Prácticas Saludables	S/D
Promoción de los Servicios de Salud	S/D

Fuente: PROEDUSA/DGSIAS 2011

## FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN GUATEMALA

### Gastos en Salud

El Gasto Total en Salud<sup>8</sup> -GTS- se refiere al gasto total del sistema de salud, en el que se ve reflejado el comportamiento del gasto público y privado. Este gasto actualmente se considera como una inversión estratégica para el mantenimiento y recuperación de la salud de los guatemaltecos. EL GTS incluye los recursos utilizados para el consumo de bienes y servicios relacionados a la asistencia en salud, la adquisición de bienes y equipo médico, los gastos preventivos y la administración del sistema.

El comportamiento del gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB), según la serie mostrada, en la página siguiente, creció sostenidamente hasta el año 2006. Al inicio la gráfica muestra una breve aceleración a partir del año 1999 hasta el año 2001, a partir de allí se estabiliza y durante 5 años se mantiene sin variación alguna, esto permite evidenciar una mejora en el financiamiento de la salud. Para el año 2006 se observa que el GTS alcanzó su punto más alto y a partir de ahí se evidencia un declive permanente, al punto de que en los últimos cuatro años el GTS regresó a los niveles de gasto que se tenían hace cinco años.

<sup>8</sup> Nota técnica, la información se basa en los estudios que proveen las Cuentas Nacionales en Salud, a través de los informes sobre las Estadísticas Sanitarias en Salud y el estudio Estado de las Cuentas Nacionales en salud, Guatemala 2006–2008. Departamento de Seguimiento y Evaluación de la Unidad de Planificación Estratégica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En el caso del gasto para el sector público<sup>9</sup>, a partir del año 1999, se mantuvo en una banda del 2.2% y 2.5%, lo que evidencia una pobre participación del sector ante los desafíos que presenta la salud en Guatemala.

Está claro que el sector público en su conjunto muestra el mismo comportamiento del gasto del año 2003, once años atrás. Cabe destacar que en el año 2003 se reafirmaron como temas de importancia para el Congreso de la República<sup>10</sup> los aspectos relacionados a las Obligaciones del Estado. Se indica *que debe velarse por la salud de los habitantes; para que se garantice la prestación del servicio de salud a toda persona guatemalteca en forma gratuita*. Esta condición *no* tuvo los efectos esperados, dado que no se acompañó con los temas de fortalecimiento del sistema de salud. Por ende, como producto se observa que el gasto privado creció según las necesidades de atención de la sociedad guatemalteca.

El gasto privado corresponde a la compra al sector privado de los servicios de salud por parte de la población; también se le conoce como gasto de bolsillo o gasto de los hogares.

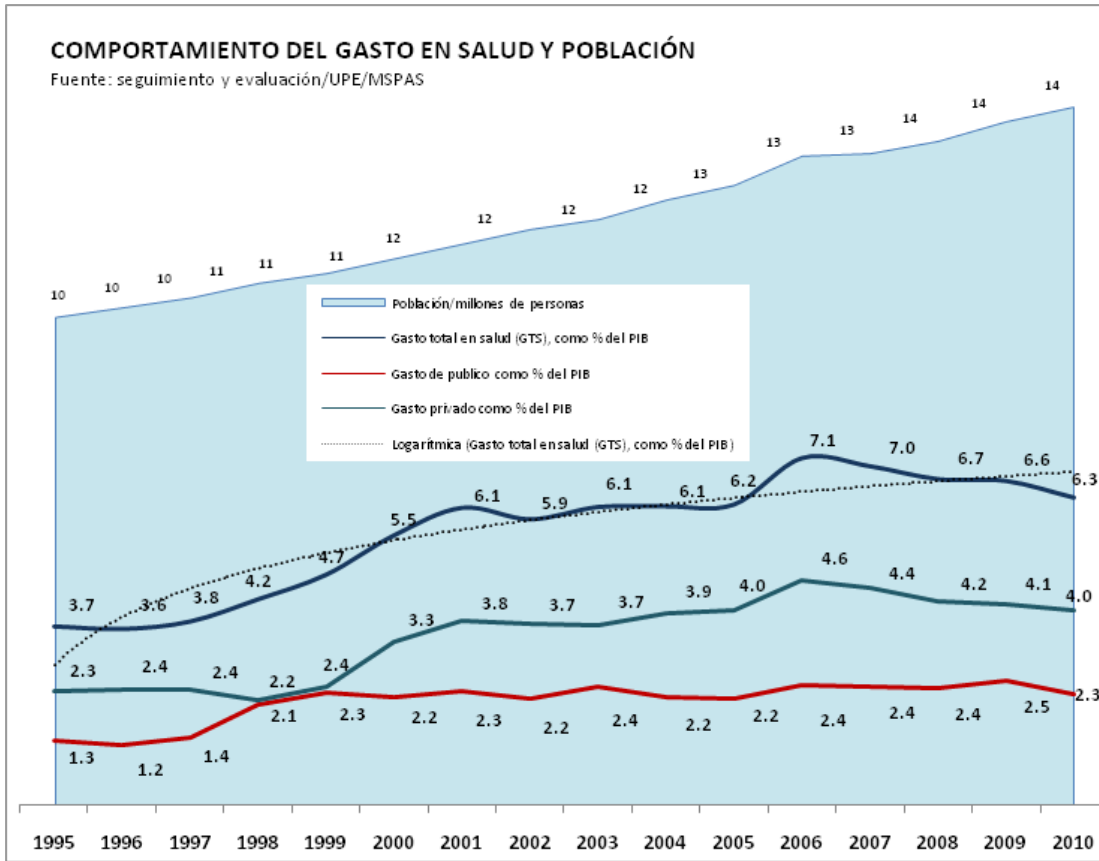
Por otro lado, se observa que en Guatemala se mantiene una tasa de crecimiento poblacional de 2.67%. En el gráfico se ilustra como la población mantiene ese crecimiento constante, mientras que el gasto total se estabiliza y señala de estancamiento o el moderado crecimiento que ha tenido. Esta da cuenta que la brecha que se generará en un futuro será cada vez más amplia y por tanto insuperable.

---

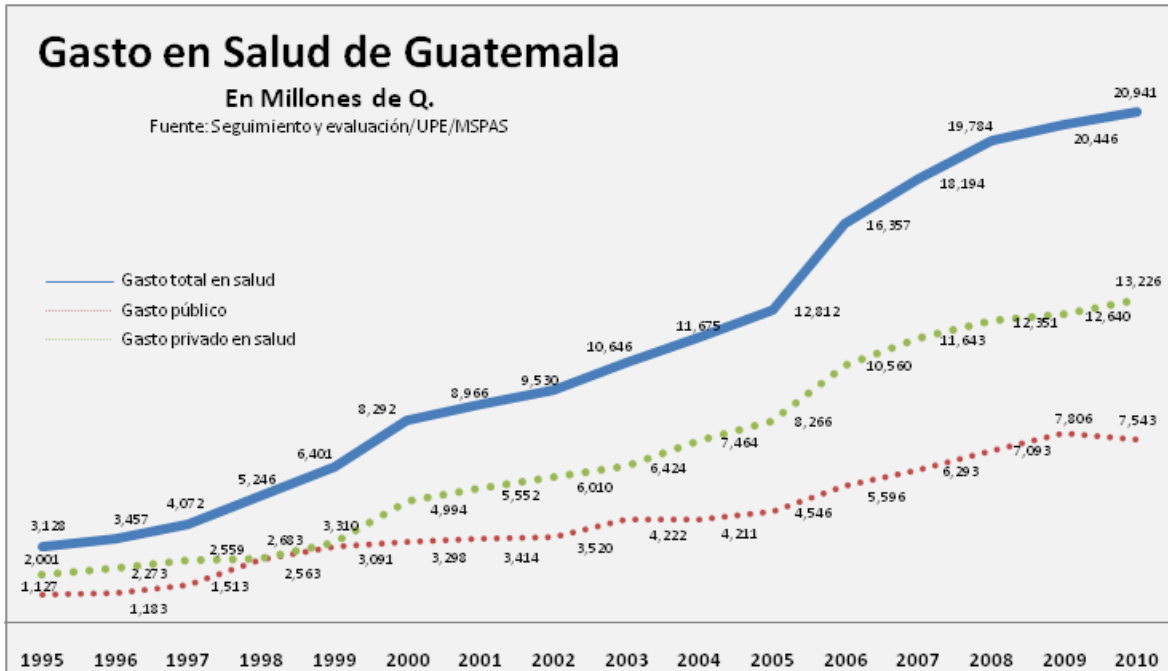
<sup>9</sup> Gasto del sector público, incluye a las dependencias de gobierno que ejecutan funciones de salud de manera directa, tales como el MSPAS, MINDEF, MINGOB, secretarías de estado –FONAPAZ-, y otras instituciones tales como –FIS-, instituciones autónomas como el IGGS y recursos provenientes de las municipalidades y otras instituciones que participan de manera indirecta, tales como MINEDUC en los temas de seguridad alimentaria, MAGA a través del sostenimiento de la calidad de la producción alimentaria -salud y ambiente-, etc.

<sup>10</sup> Decreto del Congreso de la República de Guatemala, Número 53-2003 que reforma al artículo 4 del código de Salud, Decreto Número 90-97 del Congreso de la República. Gratuidad de la Salud.





El GTS pasó de 3 mil a 20 mil millones de quetzales durante los años 1995-2010, habiendo crecido en 604.9% con una tasa anual promedio de 40.3%; mientras que el sector de bolsillo creció 595% con una tasa anual promedio de 40%, y el sector público creció a razón de 623.1%, con una tasa anual promedio de 41%, a pesar que ambos sectores, público y privado crecieron similarmente, su comportamiento respecto al PIB muestra un rezago en el sector público.



### Cooperación Externa

Los recursos financieros y técnicos que brinda la cooperación externa provienen principalmente de organismos internacionales, tales como: la Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud OMS/OPS, la Embajada de Cuba, Embajada de Suecia, Embajada de Venezuela, Banco Mundial, Unión Europea, Banco Interamericano de Desarrollo, Agencia Cooperación Internacional de la República de Japón –JICA-, Agencia de Cooperación Internacional de la República de Corea –KOICA-, Agencia de Desarrollo de los Estados Unidos –USAID-, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo –AECID-, Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA-; Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH Sida –ONUSIDA-, Programa Mundial de Alimentos PMA, UNICEF, PNUD, Save The Children, Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades -CDC, Comité Internacional de la Cruz Roja (CIRC), Plan Internacional, Visión Mundial, Medicus Mundi, Medicus Mundi Biskaia, ChilFund, Verde y Azul/Intervida y Christoffel Blinden Mision, entre otros. Es importante destacar que con la firma de los acuerdos de Paz, refrendados

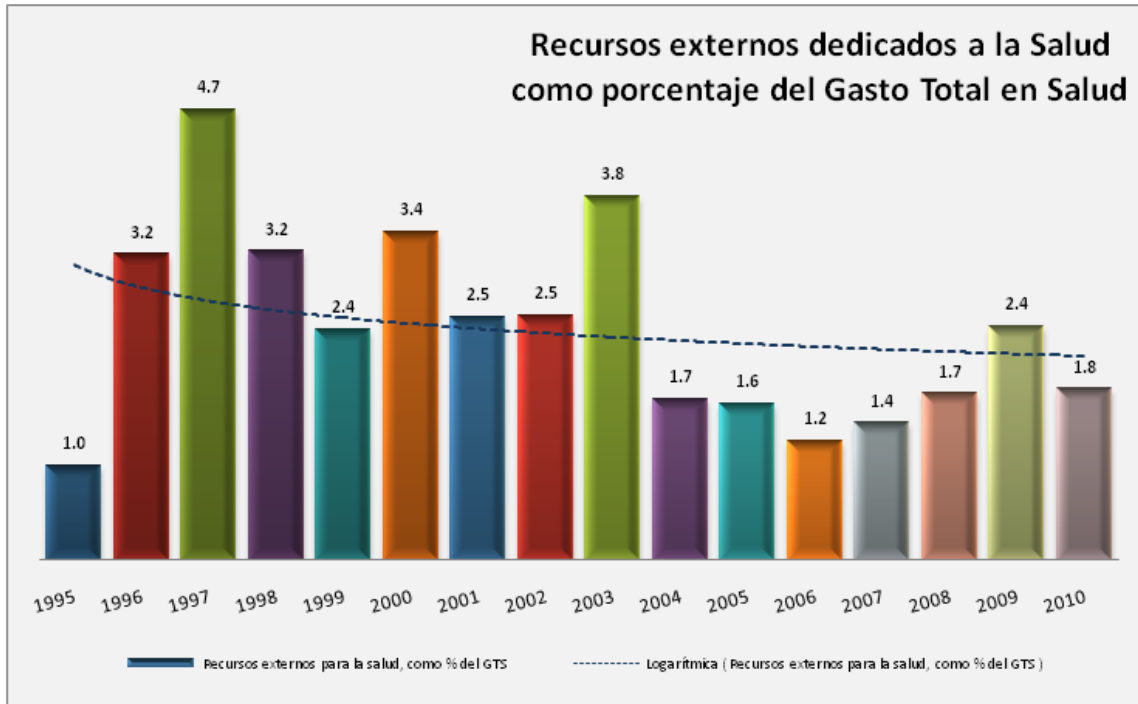
en las reuniones de Antigua I y Antigua II, en el año 2010, el Grupo de Donantes G-13 organizó sus acciones a través del diálogo y consenso entre los sectores de salud.<sup>11</sup>

La participación de la cooperación ha sido importante para el desarrollo de la salud en Guatemala, en el siguiente apartado se hace una breve exposición de esta cooperación. Actualmente se evidencia, que su participación financiera ha crecido de manera paulatina, mostrando un comportamiento irregular entre alzas y bajas, pero con una tendencia de crecimiento en el largo plazo. Esta cooperación a partir de la firma de la paz, representa montos superiores a los 150 millones de quetzales, observándose que creció sostenidamente hasta el año 2003. Para el año siguiente (2004) se observa una drástica caída hasta niveles del año 1997.



Otra lectura al comportamiento del financiamiento externo, se observa cuándo se le compara con el gasto de la cooperación como porcentaje del GTS. Se muestran tasas de participación que oscilan entre 2 y 4% durante 10 años, posteriormente cae a una participación entre el 1.5 y 2.4%. Este comportamiento en el largo plazo (longitudinalmente) muestra una tendencia a contar con menos participación que la cooperación. Se observa que los mejores niveles de cooperación como porcentaje del gasto sucedieron en los años 1997, 2000 y 2003. En el año 2009 se observa una participación porcentual similar a la de 1999 (diez años atrás).

<sup>11</sup> <http://new.paho.org/gut>. Representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Guatemala.

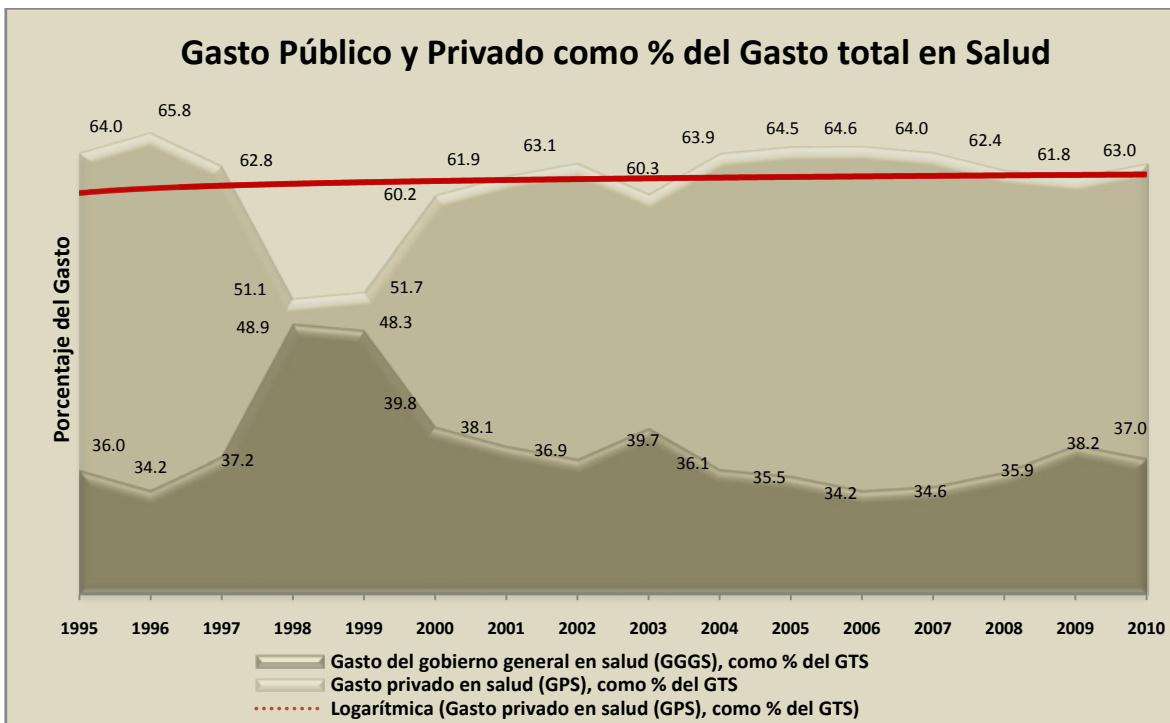


El estudio y análisis de las prioridades del sistema de salud de Guatemala debe por tanto, reafirmarse a través de la mesa de cooperantes, encontrando las respuestas que permitan superar el desfinanciamiento del sector bajo los preceptos constitucionales, las declaraciones contenidas en la ley de gratuidad y fundamentalmente en superar las inequidades dadas en materia de salud por parte del sistema. Debe trasladarse la carga financiera de la salud al Estado, dado que las familias son las que tienen mayor gasto en salud (costos a la salud familiar) como se detalla posteriormente.

### **Gasto per cápita del Sistema de Financiamiento de la Salud Pública y Privada**

Los porcentajes del gasto público y privado muestran una diferencia sustancial entre ambos sectores. En el momento en que crece el gasto privado, el gasto público se contrae en la misma proporción. Los puntos donde se observa una pequeña diferencia porcentual entre ambos gastos se da durante los años '98-99, luego se estabiliza y mantiene una constante que oscila entre el 60 y el 65% de los gastos dedicados a la salud privada. Este comportamiento para el sector público corresponde al 35 y 40% de participación. Es importante recordar que los gastos de la salud privada, representan principalmente los recursos monetarios que la población utiliza para el pago de atención médica, consejería, insumos médicos y equipo médico; mismos que son dedicados a la prevención, atención y rehabilitación de la salud de las familias.

La salud privada se brinda a las personas que cuentan con los recursos financieros para sufragarla, de manera que ésta se dirige a la población que tiene la capacidad de pago o capacidad de crédito; mientras que el gasto público proviene principalmente del financiamiento público.



Fuente: seguimiento y evaluación/UPE/MSPAS

### Gasto per cápita 2000 y 2010

El gasto per cápita total dedicado a la salud de la sociedad guatemalteca pasó de Q.737 a Q.1,455; mostrando una tasa de crecimiento del 97%. En dólares este gasto per cápita pasó de \$95 a \$180 con una tasa de crecimiento de 90%.

El gasto per cápita como expresión del **gasto del gobierno** general en salud (gasto público) muestra un comportamiento similar pero en menor escala, dado que este se incrementó de Q.239 a Q.524 representando una tasa de crecimiento de 78.6%, al analizarlo por institución prestadora de los servicios, vemos que el MSPAS incrementó su gasto en salud al haber pasado de Q.134 a Q.212 lo que representó una tasa de crecimiento de 57%, inferior en 38 puntos porcentuales al gasto total (97%) y en 20 puntos porcentuales menor al gasto público (78.6%).

Situación similar sucede con los **gastos de la seguridad social** (IGSS) dado que el gasto en salud de dicha institución pasó de Q.153 a Q.246, con una tasa de crecimiento del 61% inferior en 36 puntos porcentuales al gasto total y menor en 19 puntos porcentuales al gasto público.

El gasto per cápita como expresión del **gasto privado** pasó de Q.444 a Q.919, mostrando una tasa de crecimiento de 107%, cuya expresión en dólares pasó de \$57 a \$114, habiendo crecido en 99%. Esta situación se vio influenciada principalmente por el gasto de bolsillo o de los hogares, dado que pasó de Q.398 a Q.815 millones, con una tasa de crecimiento de 105%. El comportamiento de esta variable en dólares muestra un cambio de \$51 a \$101 con una tasa de 97% de incremento.

Para los casos de las ONG, los datos mostraron un crecimiento de 163% dado que el gasto de estas instituciones pasó de Q.27 a Q.71. En dólares se observa que pasó de \$4 a \$9 per cápita. Mientras que las sociedades (empresas privadas que pagan servicios médicos a sus empleados) crecieron en quetzales 11,296% y en dólares 10,879%.

El gasto privado mantiene una brecha respecto a las instituciones públicas de 28 puntos porcentuales, (106% versus la tasa de crecimiento público de 78%). Está situación comparada con las tasas de crecimiento del MSPAS muestra una brecha de 49 puntos porcentuales menor a la tasa privada 106% y para el IGSS de 46 puntos porcentuales menor a la tasa privada. El comportamiento del sistema de contrataciones privados que reporta un incremento en la solicitud de facturas por honorarios plantea dos condiciones negativas a la población, por un lado, el trabajador al perder la relación de dependencia no será cubierto por la seguridad social o privada; por tanto en el mediano plazo la cobertura de atención a la salud del MSPAS tenderá a crecer y si el financiamiento mantiene el comportamiento descrito la brecha será mayor.

### **Gasto público y Acuerdos de Paz**

Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria –ASESA-

Los Acuerdos de Paz tenían por objeto impulsar reformas sustantivas que permitieran corregir los principales problemas de la sociedad. De ahí que atacar los problemas de inequidad, marginación, discriminación y abusos a la humanidad se convirtieron en *slogans* publicitarios y metáforas del quehacer para corregir dichos problemas. En particular, el ASESA permite a la sociedad realizar actividades relacionadas al desarrollo social para mejorar la condición de vida y en su apartado de salud, indica que deben realizarse esfuerzos para reformar el sector salud, asumir como fundamento el derecho a la salud, eliminar la discriminación y ejercer efectivamente el desempeño del Estado para el cumplimiento de sus responsabilidades y deberes.



Entre las variables<sup>12</sup> que se indican como temas sustanciales se encuentran la dirigida a la población de bajos recursos. Para el efecto menciona que deben “crearse las condiciones para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad a la población de bajos recursos. 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 PIB, para el año 2000, se ha incrementado en 50% respecto al gasto ejecutado en 1995. Esta meta será revisada al alza en función de la evolución de la situación fiscal” (sic).<sup>13</sup>

El desempeño que ha tenido el MSPAS respecto al cumplimiento de los Acuerdos de Paz en los primeros años ha sido satisfactorio dado que la meta de incrementar en 50% adicional al gasto del año 1995 (0.96% del gasto ejecutado) para el año 2000 fue superada en 1999 por 0.11 puntos. Este compromiso fue superado durante un lapso de cinco años, posteriormente este gasto fue reduciéndose y por tanto se volvió a mostrar una brecha entre el ideal y lo efectivamente realizado.

A pesar que los Acuerdos de Paz no establecieron una meta clara, se estandarizó como meta el 0.96 como porcentaje del gasto ideal a alcanzar; se procedió a transversalizarlo para el período 1995-2010. De igual manera la meta escasamente fue superada y se mantiene un comportamiento que permite que el gasto en salud del MSPAS gire adherido a la meta del 0.96.

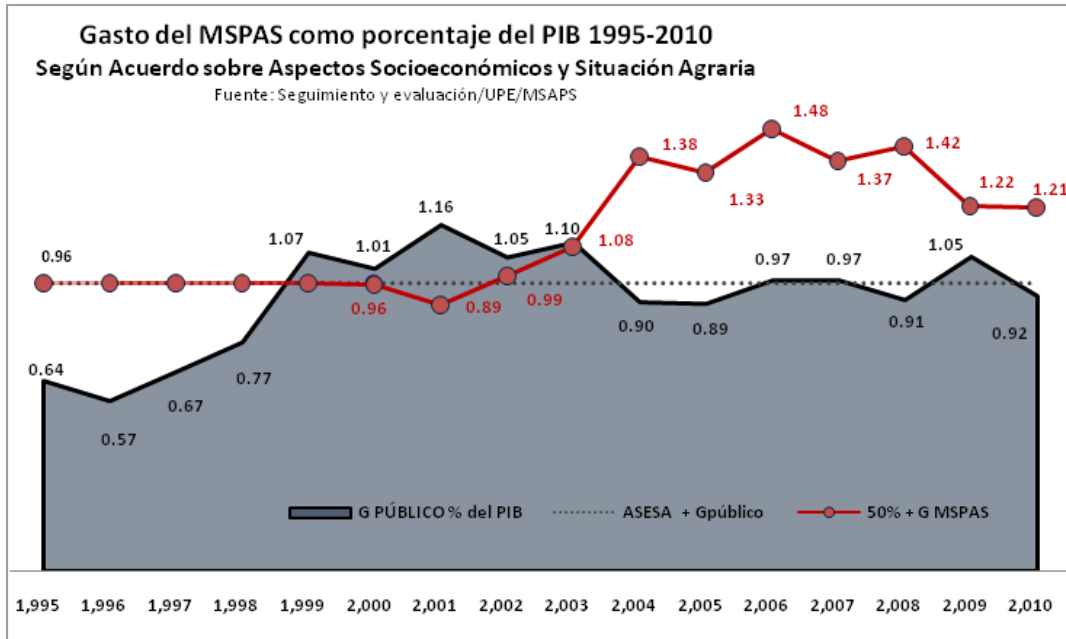
La cuestión en sí, radica en cierto conformismo por parte de las instancias de salud en girar alrededor de una meta que pudo haber sido superada de manera permanente a partir del 1999. Estas acciones evidencian que el tema del financiamiento de la salud en Guatemala no ha sido una preocupación institucionalizada y responde a las preocupaciones de la oferta política expuestas en las diferentes coyunturas. Por demás está indicar que el principal punto de inflexión se da en el preciso momento de ratificar la gratuidad de la salud en el 2003 por parte del Congreso de la República. Este tema raya de buena voluntad pero nunca se instalaron las condiciones para fortalecer al MSPAS y al Sistema de Salud Pública de Guatemala. De mantenerse esta situación, las posibilidades de cumplir con los compromisos expuestos en los Acuerdos de Paz nunca podrán superarse y el tema del Derecho a la Salud se verá afectado de manera permanente.

---

<sup>12</sup> Se refieren a la concepción integral de la salud; las atribuciones del ministerio de salud, a la población de bajos recursos, las prioridades de atención, a los aspectos relativos a insumos y equipamiento médico y los temas relativos a la medicina indígena y tradicional.

<sup>13</sup> [www.arias.or.cr/publicaciones/FA05035107.pdf](http://www.arias.or.cr/publicaciones/FA05035107.pdf). Acuerdos sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria. Acuerdo Sustantivo/México, D.F. 6 de mayo 1996. Sección II. Desarrollo Social. Apartado B. Salud, numeral 23.

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**



**Presupuesto 2012**

La información presupuestaria del sector público plantea lo siguiente:

**a. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

PRESUPUESTO ASIGNADO AÑO 2012 - PRESUPUESTO EJECUTADO AÑO 2011				
Reglón	Grupo	Asignado 2012	Ejecutado 2011	Diferencia (Asignado - ejecutado)
0	0	Q 1,463,550,232.00	Q 1,394,474,266.49	Q 69,075,965.51
100	1	Q 964,825,478.00	Q 1,043,513,211.05	Q (78,687,733.05)
200	2	Q 1,301,141,062.00	Q 1,032,492,502.64	Q 268,648,559.36
300	3	Q 218,129,973.00	Q 81,382,011.78	Q 136,747,961.22
400	4	Q 380,069,065.00	Q 422,910,977.59	Q (42,841,912.59)
900	9	Q 107,238,187.00	Q 2,149,597.41	Q 105,088,589.59
<b>TOTAL</b>	<b>MSPAS</b>	<b>Q 4,434,953,997.00</b>	<b>Q 3,976,922,566.96</b>	<b>Q 458,031,430.04</b>

Fuente: SICOIN

En el presupuesto 2012 se destina un 33% para pago de salarios en el reglón 0 pero al que hay que sumar un 15% más para salarios que está incluido en el grupo 1 para pago de reglón 182 a 189 lo que hace que el total de gasto en salarios sea 48% del presupuesto. Es importante hacer notar la asignación para el reglón 266 que se refiere a productos medicinales de Q 767,647,095.00 (17%).

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

**b. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**

El IGSS reportó un presupuesto de ingresos para el 2011 de Q 4,158,654,333.00 y un gasto de 3,488,573,769.00 para sus programas de Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA), presentando un gasto en servicios contratados de Q403,250,970.00.

**Ejecución Presupuestaria**  
**Programa de**  
**Enfermedad, Maternidad y Accidentes:**

Rubro de Egresos	2011
Actividades Centrales	385,578,312
Servicios de Atención Médica	3,102,995,457
<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>3,488,573,769</b>

Nota: No incluye gastos indirectos, que son aproximadamente el 8%

El IGSS reporta un incremento de gasto por enfermedades Crónicas Catastróficas de la siguiente manera:

Enfermedad	Gasto por año en millones
Cáncer	63
Insuficiencia Renal Crónica	59.6
VIH	36
Cardiovasculares Quirúrgicas	22.5
Esclerosis Múltiple	21.8
<b>Total</b>	<b>202.9</b>
Fuente: memoria de labores IGSS/2010	



**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

## **BRECHAS IDENTIFICADAS**

La brecha de los servicios de salud en la red del (MSPAS), de acuerdo al modelo actual, con una base poblacional de 15 millones de habitantes, se establece en 4,449 puestos de salud y 1,161 centros de salud, lo que permitiría aumentar la cobertura a un 92%<sup>14</sup> esto representa financieramente Q.14,180,328,500.00

Adicional al financiamiento del primer año; para que la prestación de los servicios mejore sustancialmente, se necesitan cada año Q.4,030,690,200.00 adicional. Hay que tomar en cuenta que estos costos se basan en salarios y funcionamiento para la red de servicios del 1ro y 2do nivel de atención.

Para el caso de las inversiones en infraestructura (obra civil e equipamiento) para la red proyectada se requiere de Q.9,271,377,300.00

Para mantenimiento de la red actual son necesarios Q.75,180,000.00 y para la red proyectada Q. 376,790,000.00 adicionales.

En caso de desastres que provoquen daño a la infraestructura se necesita crear un fondo mínimo de Q.7 millones adicionales anualmente. Actualmente el MSPAS no realiza las acciones para recuperar sus bienes de manera inmediata al desastre.

Para investigación, desarrollo de tecnología, equipamiento específico (telecomunicaciones - licenciamiento y software - capacitaciones y formación), para la nueva red proyectada, se deberá contar con Q.493.7 millones. Por otro lado, el MSPAS necesita de legalizar los bienes inmuebles que actualmente ocupan, de manera que es necesaria una inversión de 540,000.00

En resumen, para adecuar la red de servicios del MSPAS a las necesidades poblacionales es necesario que el presupuesto de la institución alcance tres veces el porcentaje del PIB actual y disminuir la brecha entre el gasto público y el gasto privado en salud.

Deuda (Cuentas por Pagar): El Ministerio de Salud Pública viene arrastrando una deuda de Q.705,004 del año fiscal 2,010 de los cuales el 50 por ciento corresponden a los regiones presupuestarios 266 (medicamentos) y 295 (equipo médico quirúrgico).

En el ejercicio fiscal 2011 se adeuda un total de Q.133,890,640 siendo las unidades ejecutoras con mayor deuda El Hospital General San Juan de Dios (31.5 millones) y el Hospital Roosevelt (54 millones). El resto de la deuda se encuentra dividida en 64 unidades ejecutoras (760 proveedores).

---

<sup>14</sup> El 8% restante es cubierto por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

Cuatro millones de la deuda se encuentran destinados para el pago de recursos humanos. La deuda pendiente impide que 19 unidades ejecutoras que finalizaron el año fiscal sin deuda puedan abastecerse de insumos para su funcionamiento.

Abastecimiento: Al 31 de diciembre del año 2011 el 21% de las áreas de salud se encontraban con niveles de abastecimiento de medicamentos por debajo del 65%, 31% por debajo del 85% y el resto estaba abastecido de un 85 a un 98%.

En 26 hospitales (60%) de la red, se encontró niveles de abastecimiento de medicamentos por debajo del 85 por ciento y el 49 por ciento de los mismos presentó abastecimiento médico quirúrgico por debajo del 85%.

Debido a que 300 trabajadores del Ministerio de Salud fueron despedidos y se encuentran pendientes de reinstalación laboral, el MSPAS visualiza una deuda aproximada de treinta millones de quetzales y de persistir la negativa a la reinstalación dicha deuda aumentará.

**Principales brechas institucionales**

Nivel	Necesarios	Actuales	Brecha
Puestos de Salud	6,029	1,101	4,499
Centros de Salud	1,507	346	1,161

Recurso humano y Funcionamientos	Financiamiento anual Necesario Q.	Cantidad de establecimientos	Brecha Q.
Puestos de Salud	255,000.00	4,499	1,147,245,000.00
Centros de Salud	2,722,800.00	1,059	2,883,445,200.00
<b>TOTAL</b>			<b>4,030,690,200.00</b>

Infraestructura	M <sup>2</sup>	Obra Civil y Equipamiento	Necesarios	Brecha
Puestos de Salud	168	Q.1,230,000.00	4,499	Q.5,533,770,000.00
Centros de Salud	441	Q.3,219,300.00	1,161	Q. 3,737,607,300.00
<b>TOTAL</b>				<b>Q. 9,271,377,300.00</b>



**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

Servicio	Cantidad	Mantenimiento preventivo	Brecha Actual Q.	Cantidad Deseada	Mantenimiento preventivo	Brecha proyectada Q.
Puestos de salud	1,101	40,000	44,040,000	6,029	40,000	241,160,000
Centro de Salud	346	90,000	31,140,000	1,507	90,000	135,630,000
<b>TOTAL</b>			<b>75,180,000</b>	<b>TOTAL PROYECTADO</b>		<b>376,790,000</b>

Descripción	Cantidad	Fondo de Desastres	Brecha Actual
Servicios con daño	180	Q. 40,000.00	Q.7,200,000.00
<b>TOTAL</b>			<b>Q.7,200,000.00</b>

Inteligencia: desarrollo tecnología investigación	Cantidad Actual	Cantidad Equipo, tele comunicaciones, licenciamiento, formación, Software	Brecha Actual Q.	Cantidad Proyectada	Cantidad Equipo, tele comunicaciones, licenciamiento, formación, Software	Brecha Proyectado Q.
Puestos de Salud	1,101	49,000.00	53,949,000	6,029	49,000	295,421,000
Centros de Salud	346	130,000.00	44,980,000	1,507	130,000	195,910,000
Investigaciones diversas	40	60,000.00	2,400,000	40	60,000	2,400,000
<b>TOTAL</b>			<b>101,329,000</b>	<b>TOTAL PROYECTADO</b>		<b>493,731,000</b>

Legalidad de la tierra	Brecha Q.
64% de terrenos no están en propiedad, contratar personal de derecho	540,000.00
Fuente: elaboración propia	



**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
**Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

## CONCLUSIONES

1. La situación del sistema de salud del país, encontrada al año 2012 revela que Guatemala es una de las naciones latinoamericanas con las tasas más altas de desnutrición crónica (43.4%) y desnutrición infantil (48%), mortalidad infantil (30x1,000 nacidos vivos), mortalidad materna (140x100,000 nv); así como embarazos en adolescentes, contaminación del agua para consumo humano y una inminente vulnerabilidad a desastres, aunado a la deficiente cobertura de los servicios de salud.
2. El sistema de salud está dividido en subsistemas que a su vez están fragmentados, segmentados, sin coordinación e integración, lo cual no ofrece acceso a la calidad de los servicios necesarios para la totalidad de la población Guatemalteca.
3. Los modelos de atención en salud del país son predominantemente curativos, reactivos, dispersos, limitados, por ello ofrecen resultados no óptimos en la salud y bienestar de la población en general.
4. La red de servicios de salud del MSPAS se encuentra deficiente en cantidad y calidad; con equipo obsoleto y recurso humano insuficiente, lo que no responde a las expectativas de salud de las y los guatemaltecos.
5. La red de servicios de salud del MSPAS se encuentra con problemas de organización, categorización, legalización, financiamiento, políticas de desarrollo del recurso humano, equipamiento e insumos médicos.
6. La transición epidemiológica que Guatemala atraviesa evidencia un impacto simultáneo de eventos de salud infeccioso y carencial con crónicos degenerativos y de estilos de vida, los que se suman a los riesgos ambientales.
7. Las nuevas autoridades del MSPAS heredaron una deuda de Q.134,595, 644 de la anterior administración lo que compromete seriamente la prestación de los servicios con calidad y oportunidad, según el presupuesto aprobado.
8. La información limitada de determinantes ambientales (calidad del aire, contaminación visual y auditiva, radioactividad, desechos sólidos y hospitalarios, etc.) restringe la planificación de acciones dirigidas desde un abordaje integral.
9. El financiamiento de la salud y los recursos humanos del sector público son insuficientes y se focalizan en el departamento de Guatemala y en áreas urbanas en donde las condiciones de vida son mejores que en las áreas rurales, fomentando y manteniendo la inequidad, al tenor del crecimiento poblacional.

10. El Gasto Total en Salud pasó de 3 mil a 20 mil millones de Quetzales, del año 1995 al 2010, del cual el 60% corresponde al pago directo de las personas, el resto corresponde a gasto del sector público.
11. El Ministerio de Salud cuenta con un débil sistema de supervisión, monitoreo y evaluación; su estructura no permite coordinar a sus dependencias con instituciones sectoriales, en ese sentido no es posible evidenciar el impacto de las estrategias que implementa el sistema en su conjunto.
12. La salud de las y los guatemaltecos está condicionada por los determinantes sociales de la salud, de los cuales el sector salud incide directamente en cuatro. Esto señala que la salud y el bienestar de un individuo, la familia y la comunidad son responsabilidad de todos los sectores y de múltiples actores de la sociedad, por lo que la participación de otras dependencias del gobierno y sectores sociales en la garantía de la salud es una necesidad latente.

## **RECOMENDACIONES**

1. El sistema nacional de salud debe orientarse a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, sin dejar a un lado la atención sanitaria.
2. Es recomendable una política de desarrollo del recurso humano que permita la dignificación del personal de la salud y reducir la tasa de rotación del personal.
3. Fortalecer los servicios del sector salud con perspectiva de género y pertinencia cultural.
4. Introducir dentro del sistema de salud un programa de mejoramiento continuo de la calidad, que permita mejorar las condiciones en que se brinda y se recibe la atención de salud.
5. Mejorar sustancialmente el financiamiento de la salud por parte del Estado para disminuir el gasto de bolsillo.
6. Redefinir y reasignar de manera prioritaria las metas contenidas en los Acuerdos de Paz, con la finalidad de superar en el mediano plazo las brechas que se generan en el financiamiento de la salud.
7. El tema del financiamiento de la salud en Guatemala debe institucionalizarse y monitorearse a través de las cuentas nacionales de salud, de tal forma que la información dé respuestas a las instancias políticas de coyuntura. El análisis del financiamiento no debe abordar únicamente los temas presupuestarios y del gasto de renglones. El financiamiento debe rescatar los contenidos de lo dispuesto en materia de gratuidad de la prestación de los servicios de la salud y esto tiene que ver con infraestructura, recursos e impactos.
8. Fortalecer y ejercer la rectoría del MSPAS en el Sistema Nacional de Salud con la finalidad de promover la movilización de todos los actores y sectores de la sociedad en pro de la salud y del bienestar de las y los guatemaltecos.
9. Implementar y garantizar el funcionamiento y sostenibilidad del Modelo Básico de Salud (MBS) para fortalecimiento del primer nivel de atención.
10. Implementar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada de la OMS.
11. Institucionalizar las perspectivas de género y étnicas en materia de salud.
12. Gestionar e incrementar recursos financieros para la salud, provenientes de los diferentes sectores del país y de la cooperación externa.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión Nacional de Alfabetización CONALFA. Año 2011.
2. Instituto Nacional de Estadística -INE-. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, et al. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil ENSMI 2008-2009.
3. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población. 2010.
4. Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales -MARN- Informe año 2009.
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Centro nacional de Epidemiología CNE, Boletín Epidemiológico, año 2011.
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de regulación de los Programas de Salud y Ambiente, Informe año 2011.
7. Ministerio de salud Pública y asistencia social, Ministerio de educación. Carta Acuerdo Biministerial "Prevenir con educación". 2009.
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro Nacional de Epidemiología CNE. Vigilancia Centinela de VIH-VIH Avanzado, año 2011.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema Integral de Atención de Salud (SIAS). Planes de Contingencia 23 Direcciones de Área de Salud, DAS. Año 2011.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema Integral de Atención de Salud (SIAS) Informe de la Dirección General, año 2010.
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Acuerdo Ministerial 595-2010. 18 de marzo del año 2010.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Capacitación. Informe de Capacitación. Año 2011.
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Emergencias Epidemiológicas y Desastres -DEED/CN- Informe Anual 2011.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Seguimiento y Evaluación de la Unidad de Planificación Estratégica -UPE- Estudios de las Cuentas Nacionales en Salud. Estadísticas Sanitarias en Salud y Estudio del Estado de Cuentas Nacionales en Salud. Guatemala 2006-2008.
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema de Información Gerencial en Salud -SIGSA. Informe Gerencial del Sistema Gerencial en Salud. 2011
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Respuesta Rápida y Asistencia Técnica -URRAT-. Análisis de riesgos y vulnerabilidades, año 2011.
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad Especial de Ejecución Administrativa para el control del Agua -UAAPS- Política Nacional de Agua Potable y Saneamiento, año 2011.
18. Organismo Legislativo de Guatemala. Código de Salud, (Decreto 90-97) artículo 80.
19. Organismo Legislativo de Guatemala. Código Municipal (Decreto Ley 12-2002), artículo 68, literal a.
20. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD- Informe de Desarrollo Humano. año 2010.
21. Registro Nacional de las Personas. -RENAP- 2011.
22. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia-SEGEPLAN- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, Estudio Nacional de Mortalidad Materna, año 2007 Guatemala, Serviprensa, noviembre de 2011.





**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**



Guatemala, marzo 2012

