



Las cuentas de salud en Guatemala:

Estado de Implementación y
Necesidades de Fortalecimiento

Las Cuentas de Salud en Guatemala: Estado de Implementación y Necesidades de Fortalecimiento

Guatemala, 17 de Diciembre de 2008



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

Doctor Celso Cerezo Mulet
Ministro de Salud

Doctor Edgar González
Director de Planificación Estratégica

Departamento de Seguimiento y Evaluación:

Lic. Luis Armando Ruiz Morales (*Coordinador*)
Lic. Rafael Esquivel Gómez
Licda. Hilda de Rodríguez
Ing. Orlando Herrarte Carranza
Lic. Ángel Araujo



Banco Interamericano de Desarrollo:

Dorota Raciborska
Consultora de Salud de la División de Desarrollo Social
Washington DC

Nohora Alvarado
Especialista en Programas Sociales
Representación del BID Guatemala

Este documento fue elaborado por Ricardo Valladares Cardona bajo el auspicio del Programa de Alianza ASDI – BID en América Central. Sin embargo, los comentarios y opiniones aquí vertidos son responsabilidad exclusiva de su autor y no necesariamente reflejan la postura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) o del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Resumen

1. Se denomina cuentas de salud al esfuerzo de medición del gasto total destinado a la producción, distribución y consumo de bienes y servicios de salud en una delimitación geográfica y un tiempo determinados. Por ejemplo, las cuentas de salud pueden ser municipales, estatales o nacionales, en sentido geográfico, y trimestrales, anuales o quinquenales en sentido temporal. Su propósito es determinar el monto de los recursos destinados por todas las fuentes financieras, y captado por los fondos de salud, con los cuales se pagó a los proveedores para prestar todos los servicios comprendidos dentro de los límites convenidos del gasto en salud.
2. Los enfoques metodológicos para la medición del gasto en salud provienen de la contabilidad nacional, aunque algunos, como el modelo de la Escuela de Salud Pública de Harvard y el Sistema de Cuentas de Salud de OECD, apuestan por la *medición financiera* basada en matrices de fuentes y usos de fondos, y otros, como el enfoque de cuentas satélite, apuestan por la *medición económica* del valor agregado, basada en la distribución primaria y secundaria del ingreso y en matrices de insumo producto.
3. Guatemala se sumó a la iniciativa de cuentas de salud del proyecto “Colaboración para la Reforma de Salud”, auspiciado por USAID, en momentos en que la medición del gasto era vital para documentar avances en compromisos de los acuerdos de paz. Además, las cuentas de salud facilitaron elaborar una clasificación de líneas presupuestarias para la finalidad de salud, y desde 1998 son fuente de referencia para diversos analistas, entre ellos quienes contribuyen con los Informes Nacionales de Desarrollo Humano, con los Perfiles de Salud de Guatemala, y más recientemente con los Informes de Cumplimiento de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
4. A lo largo de estos años aumentó el personal y los equipos para hacer cuentas de salud, pero falta financiamiento, coordinación interinstitucional, capacitación y asistencia técnica. Nuevos actores han emergido con la actualización al sistema de cuentas nacionales 1993 en el Banco de Guatemala, y con el aumento de la observación ciudadana de los resultados de la gestión pública de la salud. Están surgiendo oportunidades para participar en redes regionales y en proyectos que buscan institucionalizar las cuentas de salud.
5. Para aumentar la legitimidad y sostenibilidad de las cuentas en salud, es importante estimular el diálogo cuando menos en cuatro aspectos: a) cómo mejorar la calidad de los registros primarios y los sistemas de costos; b) cómo fortalecer la precisión y solidez metodológica de los estimados; c) cómo estimular el análisis de los resultados y su aplicación al proceso de políticas públicas, dentro y fuera de la órbita estatal; d) cómo ampliar y diversificar la aportación de recursos para el sostenimiento de las cuentas de salud.

Siglas y Abreviaturas

<i>AGIS</i>	Asociación Guatemalteca de Instituciones de Seguros
<i>BANGUAT</i>	Banco de Guatemala
<i>COFOG</i>	Clasificación del gasto de gobierno por función
<i>COICOP</i>	Clasificación por propósito del gasto de los individuos
<i>COPNI</i>	Clasificación por propósito del gasto de entidades no lucrativas
<i>CTC</i>	Central de Trabajadores del Campo
<i>FEDECOAC</i>	Federación de Cooperativas de Ahorro y Consumo
<i>FENASTEG</i>	Federación Nacional de Sindicatos de Trabajadores del Estado de Guatemala
<i>ICEFI</i>	Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales
<i>INE</i>	Instituto Nacional de Estadística
<i>ISIC</i>	Clasificación Internacional de Actividades Industriales
<i>MSPAS</i>	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
<i>OCDE</i>	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>OPS</i>	Organización Panamericana de la Salud
<i>PRONAME</i>	Programa Nacional de Mediciones Económicas
<i>SB</i>	Superintendencia de Bancos
<i>SCN93</i>	Sistema de Cuentas Nacionales, versión de 1993
<i>SHA</i>	Sistema de Cuentas de Salud
<i>UNSI TRAGUA</i>	Unión Sindical de Trabadores de Guatemala

Contenido

1	¿Qué son las Cuentas de Salud?	7
1.1	Definición	7
1.2	Enfoques Metodológicos.....	8
1.3	Perspectivas de Armonización	9
2	¿Cuál es el grado de implementación de las cuentas de salud en Guatemala?.....	10
2.1	Antecedentes de las Cuentas	10
2.2	Serie de datos	12
2.3	Enfoque Metodológico	13
2.4	Fuentes de Información.....	14
2.5	Divulgación y usos.....	16
3	¿Cómo se puede fortalecer las cuentas de salud en Guatemala?	17
3.1	Registros básicos.....	17
3.1.1	Sector público	17
3.1.2	Sector de Entidades sin Ánimo de Lucro	19
3.1.3	Sector Privado	19
3.2	Desarrollo metodológico	20
3.3	De la información a la inteligencia	21
3.4	El mapa de actores	22
3.4.1	Actores que Regulan el Financiamiento de la Salud	22
3.4.2	Actores que Suministran Financiamiento para la Salud	23
3.5	Actores que utilizan el financiamiento.....	28
4	Opciones para fortalecer la sostenibilidad de las cuentas de salud.....	31
4.1	¿Para qué sirven las cuentas de salud?.....	31
4.2	¿Cada cuánto se informa sobre las cuentas?	31
4.3	¿Cómo se divulgan las cuentas?.....	32
4.4	¿Quién financia las actividades?.....	32
4.5	Quién hace las cuentas	32
4.6	¿Cómo se hacen las cuentas?	33
4.7	Actores relevantes	33

4.8	Líneas Estratégicas.....	35
5	Bibliografía.....	36
6	Anexos.....	39
6.1	Cita bibliográfica de los informes de cuentas de salud.....	39
6.2	Informes Disponibles para Descarga (PDF):.....	40
6.3	Entrevistas con Actores Claves.....	40

Tablas

Tabla 1.	Guatemala 1996-2005. Indicadores de Gasto en Salud	12
Tabla 2.	Guatemala, 1998-2008. Informes de Cuentas de Salud.	13
Tabla 3.	Guatemala, 1995-2006. Fuentes de información por componente de la estimación en los informes de cuentas de salud.	15

Gráficas

Gráfica 1.	La Ecuación del Financiamiento en Salud.....	7
Gráfica 1.	Armonización de los enfoques de cuentas de salud.....	10

1 ¿QUÉ SON LAS CUENTAS DE SALUD?

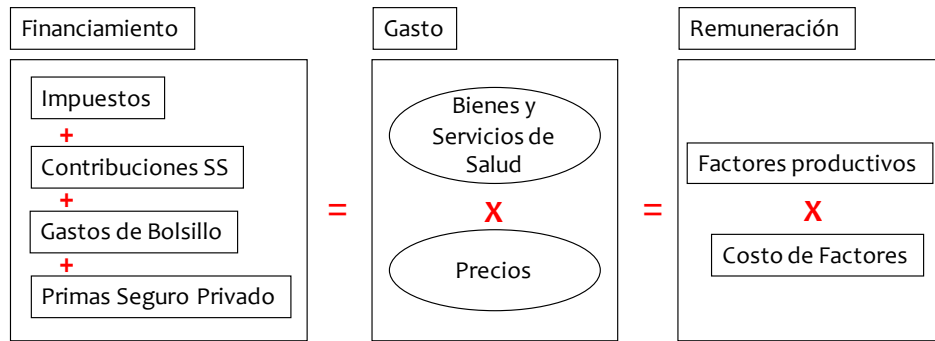
En este apartado se hace una breve exposición sobre las cuentas de salud, su significado e importancia, las opciones metodológicas para su desarrollo, y las perspectivas de integración de enfoques en el futuro próximo.

1.1 Definición

Se denomina cuentas de salud al esfuerzo de medición del gasto total destinado a la producción, distribución y consumo de bienes y servicios de salud en una delimitación geográfica y un tiempo determinados. Por ejemplo, las cuentas de salud pueden ser municipales, estatales o nacionales, en sentido geográfico, y trimestrales, anuales o quinquenales en sentido temporal. Su propósito es reunir los recursos movilizados por todas las fuentes financieras hacia los fondos de salud, con los cuales se pagó a los proveedores por prestar todos los servicios a usuarios finales, dentro de los límites convenidos del gasto en salud.

En los términos propuestos por la Guía del Productor de Cuentas Nacionales de Salud, las cuentas de salud son el monitoreo sistemático, integral y consistente de los flujos de recursos dentro del sistema de salud de un país, y en términos prácticos, son un conjunto de tablas de doble entrada que despliegan aspectos diversos del gasto en salud de un país.¹ Esta doble definición como captación y uso, sugiere que el proceso de las cuentas de salud consiste en reconstruir los mecanismos para captar financiamiento, mancomunarlo, distribuirlo entre los proveedores quienes compran factores productivos para la provisión de bienes y servicios de salud (Gráfica 1).

Gráfica 1. La Ecuación del Financiamiento en Salud



(2008) Ricardo Valladares Consulting

Fuente: Elaboración del autor con base en Mossialos, E (2002). Funding healthcare: Options for Europe.

¹ OMS (2004). **Guía del productor de cuentas nacionales de salud: con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios.** En línea: <http://www.who.int/nha/docs/Spanish%20Guide.pdf>

Cuando no se contaba con cifras del gasto total en salud, cada entidad actuaba basada en el conocimiento exclusivo de su propia ejecución presupuestaria. Actualmente, las cuentas de salud ofrecen la perspectiva integrada de los recursos invertidos en la salud y la forma en que se distribuyen.

Esta información es esencial para la formulación y evaluación de políticas, especialmente en el contexto de las reformas de salud. Además, permite integrar información de diversos países bajo principios y reglas contables similares, así como categorías y clasificaciones compatibles entre países y a lo largo del tiempo.

1.2 Enfoques Metodológicos

Aunque las diversas opciones metodológicas toman como puntos de partida la contabilidad nacional (SCN), en cuanto sistema de reglas, y la clasificación internacional de actividades industriales (ISIC), como delimitador de la frontera del gasto en salud, el énfasis del análisis y la presentación de resultados varía de una a otra opción, de las cuales cabe mencionar:

- a) *El enfoque de medición por fuentes y usos de fondos*, promovido por la Escuela de Salud Pública de Harvard, y descrito por Berman.² Se deriva del registro de gastos de salud en Estados Unidos. Los actores se dividen en fuentes, agentes y proveedores; otros ejes de clasificación son: funciones de atención y objetos de gasto. Siete de los primeros ocho países que participaron en la iniciativa conjunta entre USAID/PHR y OPS optaron por esta metodología, entre ellos, Guatemala. La iniciativa desarrolló cuatro talleres: en 1997, el de la Ciudad de México, en 1998, los de Quito, Ecuador, y Juan Dolio, República Dominicana, y en 1999, en San Salvador, El Salvador. En este último taller se hizo notar que la falta de definiciones, procedimientos y clasificaciones estandarizadas se constituía en problema, y que debía trabajarse en desarrollar guías metodológicas para mejorar la consistencia y comparabilidad de los resultados a través del tiempo y a lo largo del continente.³
- b) *El enfoque de medición por propósito del consumo final*, desarrollado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) utiliza las clasificaciones internacionales de gasto por propósito del consumo individual (COICOP), el gasto por funciones de gobierno (COFOG) y por propósito de entidades no lucrativas (COPNI). La OCDE ha publicado un la descripción del Sistema de Cuentas de Salud⁴ y la Oficina de Estadísticas de

² BERMAN, Peter (1997). **National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications**. Health Economics 6(1), pp11-30.

³ MAGNOLI, Alessandro (2001) **Cuentas nacionales de salud en América Latina y el Caribe: Concepto, resultados y política de empleo**. Universidad de Harvard - BID / INDES.

⁴ OECD (2000). **A System of Health Accounts**. OECD Publications Service, París.

Salud del Reino Unido preparó una guía para facilitar su aplicación⁵. En este enfoque, se consideran fuentes los que en el enfoque de Harvard son agentes. Incluye otras clasificaciones, como categorías de enfermedad, edad y género de los usuarios, índices de precios en salud, comercio internacional en salud y otros, pero pocos países las han podido documentar.

- c) *El enfoque de medición del valor agregado*, también llamado de Cuentas Satélite, que aplica la metodología de contabilidad nacional para estimar el valor agregado sectorial. Las cuentas satélite proveen un marco para analizar con mayor detalle un aspecto de la vida económica y social en el contexto de la contabilidad nacional, como en el medio ambiente, el turismo, o la vivienda.⁶ Recientemente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró un manual para la preparación de cuentas satélite en salud.⁷

1.3 Perspectivas de Armonización

El Sistema de Cuentas en Salud de OECD está siendo revisado para alcanzar una mayor comparabilidad entre países y armonizar las cuentas financieras (orientadas al financiamiento y gasto) con las cuentas económicas (orientadas al PIB sectorial). Este proceso tomará algunos años todavía, pero se espera que contribuya a la unificación de criterios, a la clarificación de definiciones y a la estandarización de los procedimientos que aplican los países.⁸

La armonización de los enfoques de las cuentas de salud es totalmente factible. Sea que, como han hecho algunos países de América Latina,⁹ se empiece a partir de unas cuentas de salud hasta desarrollar una cuenta satélite, o que a partir de ésta se despliegue información más detallada para las necesidades de formulación y monitoreo de políticas en el sector salud, el objeto de análisis es el mismo flujo financiero, y la misma adición de valor, la misma cadena de transacciones y el mismo grupo de actores sociales involucrados (Gráfica 2).

En la reunión de expertos en cuentas de salud 2008, en la sede de la OECD en París, las propuestas de revisión fueron presentadas, y tanto los aportes como las propuestas están publicadas en la página de Internet dedicada al tema de la revisión

⁵ Office of National Statistics, UK (2004) **SHA Guidelines: Practical guidance for implementing A System of Health Accounts in the EU**. Eurostat Project: "Support Package for Applying the Manual of Health Accounts in the EU".

⁶ OECD (2003). **Glossary of Statistical Terms: "Satellite Accounts"**. OECD Statistics Portal: <http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=2385>

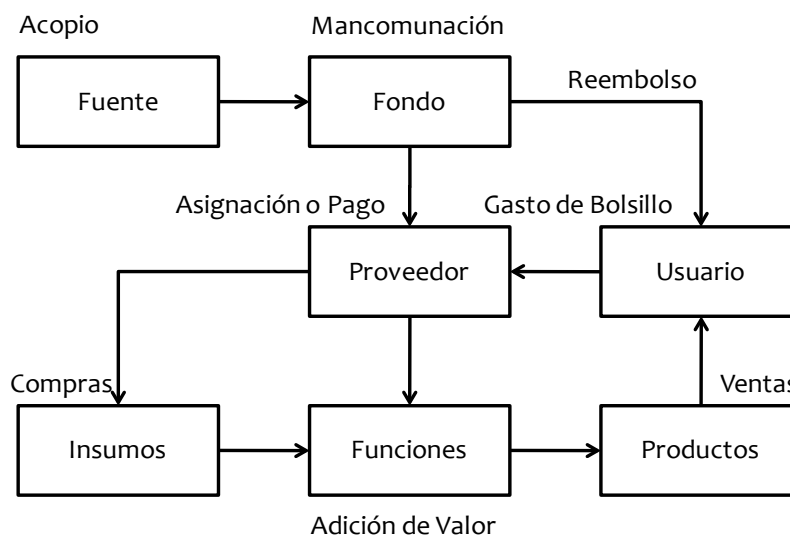
⁷ OPS (2005). **Manual de Cuentas Satélite de Salud: Propuesta**. Washington.

⁸ OECD (2008). **Integration of the SNA Sequence of Accounts into SHA**. Input Paper No. 5, Revision of SHA. En línea: <http://www.oecd.org/dataoecd/60/0/41315931.pdf>

⁹ Raciborska D., P. Hernández y A. Glassman (2008). **Accounting for Health Spending in Developing Countries**. Health Affairs 27, no. 5 (2008): 1371–1380; 10.1377/hlthaff.27.5.1371.

del sistema de cuentas de salud: <http://www.oecd.org/health/sha/revision>. El próximo año se desarrollarán talleres en cada región del mundo para consultar a los productores sobre las propuestas de cambio al sistema de cuentas de salud.

Gráfica 2. Armonización de los enfoques de cuentas de salud.



(2008) Ricardo Valladares Consulting

2 ¿CUÁL ES EL GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS CUENTAS DE SALUD EN GUATEMALA?

Aunque hace 12 años que el MSPAS está realizando las estimaciones, resulta válido preguntar en qué medida el país ha progresado en desarrollar ese “monitoreo sistemático, consistente e integrado” del gasto nacional de salud. Para responder esta pregunta, conviene revisar los antecedentes de las cuentas, examinar la serie de datos que se ha venido formando y explorar los desarrollos metodológicos y los avances en la divulgación y uso de los datos.

2.1 Antecedentes de las Cuentas

Guatemala fue uno de los ocho países que integraron la Red Latinoamericana de Cuentas de Salud entre 1997 – 1998, bajo la orientación técnica del proyecto “Colaboración para la Reforma de Salud”, auspiciado por USAID, y desde entonces ha producido estimaciones para 11 años continuos. Actualmente se está preparando la estimación de 2007.

Entre 1960 y 1995, Guatemala vivió un conflicto armado interno que terminó con la firma de los Acuerdos de Paz en 1996, diez años después de promulgada la nueva Constitución Política y de tener gobiernos civiles nombrados por elección popular. Uno de estos acuerdos, el de Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria (ASESA) declaró, entre otros compromisos de gobierno relativos a salud los siguientes:

- a) Aumentar en 50% el peso porcentual del gasto público en salud sobre el producto interno bruto, y
- b) Elevar el gasto preventivo hasta ser el 50% del gasto público en salud.

En el MSPAS, la Unidad Sectorial de Planificación de la Salud (USPS) era contraparte de la Secretaría General de Planificación (SEGEPLAN). Por esta razón, a partir de 1997 recibió la atribución de documentar e informar los avances en el cumplimiento de las metas cuantitativas en salud, que además de las relativas al gasto público en salud, también incluyeron reducciones en las tasas de mortalidad materna e infantil, mantener erradicada la polio y alcanzar la certificación del sarampión, establecer un sistema integrado de atención (SIAS), que articulase la medicina occidental con la tradicional, y desarrollar un programa de acceso a medicamentos (PROAM) para la población social y económicamente más vulnerable.

Esto coincidió con el lanzamiento de la Iniciativa de Cuentas Nacionales de Salud en América Latina, por parte de OPS y el proyecto de USAID “Colaboración para la Reforma de Salud”.

El primer estudio cubrió los años 1995-1997, y entre sus principales contribuciones cabe mencionar:

Además de cumplir este objetivo, el estudio permitió:

- a) Recoger la línea de base de los acuerdos (1995) e informar sobre la evolución del gasto en salud para los años siguientes;
- b) Identificar incongruencias entre las líneas de presupuesto (definidas por entidad ejecutora y renglón de gasto) y el uso final de los recursos públicos (programas y proyectos). Así, en el marco de la implementación piloto del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) en el MSPAS, durante 1998 se realizó un ajuste de las categorías del presupuesto para reflejar las funciones y programas identificados por medio de las cuentas de salud.
- c) A partir de 1998, sobre la base de la experiencia de las cuentas de salud fueron desarrolladas nuevas bases metodológicas para la programación operativa anual, que integraban demografía, epidemiología, metas programáticas, cálculo de insumos por servicio y listas de precios de los insumos, para hacer congruente la ejecución programática y la presupuestaria.

Durante los años siguientes, el equipo de trabajo del MSPAS continuó recabando la información y trasladándola a la Secretaría de la PAZ, con los informes de 1998, y 1999 al 2003. Sin embargo, las estimaciones de 2004-2005 no obtuvieron respaldo de la asistencia técnica del proyecto Colaboración para la Reforma (PHR), aunque el equipo de trabajo de la Unidad de Proyectos hizo varias adecuaciones al material y mantuvo el contacto con diversas organizaciones del sector para recolectar la información del gasto y el financiamiento de la salud, bajo el enfoque metodológico de la Escuela de Salud Pública de Harvard. Finalmente fue publicado como “Situación de Salud y su Financiamiento”, con fondos del Programa de Mejoramiento de

Servicios, financiado con un préstamo del BID. Recientemente se concluyó la elaboración del informe 2006 y se encuentra en edición para ser publicado.

En el plazo, las oportunidades de capacitación han sido escasas, con cupo sólo para una persona, en los talleres sobre Cuentas de Salud que se ofrecieron en El Salvador (1999), México (2001) y Panamá (2002). No se ha tenido la oportunidad de desarrollar en Guatemala una capacitación sobre Cuentas de Salud que cubra varias personas de distintas organizaciones.

Durante 2004, se realizó en Montelimar, Nicaragua, un encuentro latinoamericano para conocer los avances en la implementación de las cuentas, dar a conocer los avances en la armonización de las metodologías, y proponer la adopción de estos marcos, entre ellos la Guía del Productor de Cuentas Nacionales de Salud (OMS, 2003) en los países de la región. Para Guatemala este encuentro tuvo como efecto positivo el inicio de la apropiación del marco metodológico de OECD, concretamente la incorporación de algunos ejes de clasificación en la presentación de resultados de las estimaciones de 1999 a 2006.

2.2 Serie de datos

La información de cuentas de salud que la OMS publica en Internet es consistente y ratificada por la base de datos de las estimaciones realizadas por el MSPAS (Tabla 1).

Tabla 1. Guatemala 1996-2005. Indicadores de Gasto en Salud

Conceptos	1996	1997	1998	1999	Promedio	2000	2001	2002	2003	Promedio	2004	2005
Producto Interno Bruto	95,478.6	107,873.4	124,022.5	135,287.1	115,665.4	149,743.1	164,870.1	182,274.7	197,998.7	173,721.7	217,075.4	244,426.8
Gasto total de Gobierno	9,418.1	11,843.1	15,929.9	19,282.0	14,118.3	19,802.2	22,179.3	23,512.3	27,542.1	23,259.0	27,069.4	29,924.4
Gasto Social del Gobierno	5,014.9	7,132.9	8,264.5	8,264.5	7,169.2	8,734.3	10,427.7	11,444.0	13,153.9	10,940.0	13,342.8	15,770.3
Gasto total en Salud	2,045.9	2,431.3	5,245.5	6,401.2	4,031.0	8,291.6	8,966.2	9,529.8	10,645.5	9,358.3	11,352.0	12,558.6
Gasto Público en Salud *	1,183.3	1,469.4	2,562.9	3,091.9	2,076.9	3,261.8	3,411.1	3,481.4	4,064.0	3,554.6	4,211.1	4,545.9
Gasto Privado en Salud	862.6	961.9	2,682.5	3,309.3	1,954.1	4,991.9	5,549.6	6,008.0	6,421.5	5,742.8	7,100.0	7,998.5
Gasto Total del MSPAS	543.5	719.3	949.4	1,205.0	854.3	1,345.1	1,554.3	1,588.0	1,831.8	1,579.8	1,714.1	1,858.6
Gasto del Seguro Social	618.3	742.4	1,416.1	1,694.2	1,117.8	1,724.7	1,742.2	1,829.0	2,130.4	1,856.6	2,399.3	2,580.8
Gasto en salud por seguros privados	84.8	96.2	127.3	177.5	121.5	208.3	231.9	253.2	251.8	236.3	369.6	445.8
Gasto en salud directo de hogares	623.1	764.3	2,490.5	2,832.6	1,677.6	4,479.4	4,995.0	5,441.2	5,900.8	5,204.1	6,351.6	7,126.5
Gasto en salud ONG	87.7	101.4	64.7	292.2	138.3	304.2	322.7	313.6	268.9	302.4	379.1	426.2
Gasto en salud de cooperación internacional	109.3	189.5	167.5	152.9	154.8	281.1	225.5	214.1	399.7	280.1	194.9	206.4
Gasto en farmacos	447.1	473.1	1,983.2	2,196.5	1,275.0	2,507.2	2,679.3	2,825.2	3,039.1	2,762.7	3,538.2	3,614.4
Gasto total de hospitales	909.6	1,142.2	3,937.1	2,463.4	2,113.1	2,222.7	2,389.6	2,420.0	2,831.3	2,465.9	3,293.2	3,392.7
Gasto del gobierno en hospitales	324.1	375.4	460.6	601.3	440.4	754.5	752.9	761.4	878.8	786.9	900.2	924.1
Gasto del MSPAS en hospitales	324.1	375.4	460.6	521.0	420.3	654.0	699.5	731.8	856.7	735.5	883.9	905.9
Gastos del IGSS en hospitales	286.6	440.1	1,031.0	1,325.2	770.7	861.1	865.1	828.7	1,065.3	905.1	1,281.7	1,211.1
Población	10.2	10.5	10.7	11.0	10.6	11.2	11.5	11.8	12.1	11.7	12.4	12.7
Indicadores												
Gasto total en salud % del PIB	2.14	2.25	4.23	4.73	3.3	5.54	5.44	5.23	5.38	5.4	5.23	5.14
Gasto en Salud del Gob. en Gral % del PIB	1.24	1.36	2.07	2.29	1.7	2.18	2.07	1.91	2.05	2.1	1.94	1.86
Presupuesto ejecutado MSPAS % del PIB	0.57	0.67	0.77	0.89	0.7	0.90	0.94	0.87	0.93	0.9	0.79	0.76
Gasto total en Salud como % Gasto social gobierno	40.80	34.09	63.47	77.45	54.0	94.93	85.98	83.27	80.93	86.3	85.08	79.63
Gasto MSPAS como % Gasto Social Gobierno	10.84	10.08	11.49	14.58	11.7	15.40	14.91	13.88	13.93	14.5	12.85	11.79
Gasto MSPAS como % Gasto total del Gobierno	5.8	6.1	6.0	6.2	6.0	6.8	7.0	6.8	6.7	6.8	6.3	6.2
Gasto en Salud Privado como % Gasto total en Salud	42.16	39.56	51.14	51.70	46.1	60.20	61.89	63.04	60.32	61.4	62.54	63.69
Gto público en salud % Gasto total del Gobierno	12.56	12.41	16.09	16.04	14.3	16.47	15.38	14.81	14.76	15.4	15.56	15.19
Gasto en Salud Seg. Social % Gto. en salud Gob. Gral	52.25	50.52	55.25	54.79	53.2	52.88	51.07	52.54	52.42	52.2	56.98	56.77
Gto en Salud Rec. Externos % Gto en Salud Gob. Gral	9.24	12.90	6.54	4.95	8.4	8.6	6.61	6.15	9.84	7.8	4.63	4.54
Planes pre Pago Salud Privados % Gto Salud privado	9.83	10.00	4.75	5.36	7.5	4.17	4.18	4.21	3.92	4.1	5.21	5.57
Gto en salud Inst No Lucrativas % Gto. en Salud Priv.	10.17	10.54	2.41	9.04	8.0	6.09	5.81	5.22	4.19	5.3	5.34	5.33
Gto en Salud Directo Hogares % Gasto en Salud Priv.	72.24	79.46	92.84	85.60	82.5	89.73	90.01	90.57	91.89	90.5	89.46	89.10
Gasto Total en Fármacos % Gasto Total en Salud	10.29	9.59	37.81	34.31	23.0	30.24	29.88	29.65	28.55	29.6	30.89	28.71
Gasto Total en farmacos % Gasto Salud Privado	51.83	49.18	73.93	66.37	60.3	50.23	48.28	47.02	47.33	48.2	49.83	45.19
Gasto Total de hospitales % Gasto total en Salud	44.46	46.98	75.06	38.48	51.2	26.81	26.65	25.39	26.60	26.4	29.01	27.01
Gasto del Gobierno en hospitales % Gto Púb. en salud	27.39	25.55	17.97	19.45	22.6	23.13	22.07	21.87	21.62	22.2	21.38	20.33
Gasto del MSPAS en hospitales % Gasto total MSPAS	59.63	52.19	48.51	43.24	50.9	48.62	45.00	46.08	46.77	46.6	51.57	48.74
Gasto IGSS hospitales % Gasto Público en Salud	24.22	29.95	40.23	42.86	34.3	26.40	25.36	23.80	26.21	25.4	30.44	26.64
Gasto total en Salud percapita	200.58	231.55	490.23	581.93	376.1	727.30	772.90	850.90	925.70	819.2	922.9	988.9
Gasto Salud Gob. Gral per capita	116.01	139.94	239.52	281.08	194.1	286.10	294.10	310.80	353.30	311.1	339.6	357.9
Gasto en salud MSPAS per capita	53.28	68.50	88.73	109.55	80.0	118.00	134.00	138.10	159.30	137.4	138.2	146.3

Fuente: MSPAS (2008) Informe del estado de la salud y su financiamiento 2006 (en edición).

2.3 Enfoque Metodológico

A partir de la incorporación en la iniciativa de Cuentas Nacionales en Salud en 1997, Guatemala ha producido cinco informes, de los cuales se han publicado cuatro y el quinto está en fase de edición (Tabla 2). En total, estos informes contienen estimaciones para doce años que van de 1995 a 2006.

Tabla 2. Guatemala, 1998-2008. Informes de Cuentas de Salud.

Año	Autor	Título	Período que cubre
1998	MSPAS	Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala	1995 - 1997
2000	MSPAS	Informe de Cuentas Nacionales	1998
2004	MSPAS	Informe de Cuentas Nacionales	1999 – 2003
2007	MSPAS	Cuarto Informe: Situación de la salud y su financiamiento	2004-2005
En edición	MSPAS	Informe del estado de la salud y su financiamiento 2006	2006

Fuente: Elaboración del autor con base en los documentos citados en la tabla.

La revisión del contenido de los informes ha permitido identificar algunas características y variaciones en el enfoque metodológico a lo largo de los años:

- En el informe 1995-1997, las cuentas de salud son resultado de la estimación de cuatro matrices: a) de fuentes a agentes; b) de agentes a proveedores; c) de agentes a programas (funciones); d) de proveedores a objetos de gasto (costo de recursos), lo cual es consistente con el Modelo de Harvard.
- En los informes de 1999 a 2006, la lista de programas técnico médicos fue sustituida por la clasificación internacional de funciones de la salud (ICHA-HC) del Sistema de Cuentas Nacionales (SHA), y la Guía del Productor.
- Los informes de cuentas de salud para 1999 y siguientes no hacen un análisis de los flujos de financiamiento, sino se centran en informar los indicadores estándar de la OMS sobre gasto en salud. Las tablas de fuentes, agentes, proveedores, objetos de gasto, se presentan por años de la estimación y no cruzados entre sí (de fuentes a agentes, etc.), excepto en como anexos con todo el detalle.
- Los informes para 1998 y siguientes no tienen un capítulo sobre metodología, o apéndices metodológicos que expliquen el proceso de integración, las fuentes consultadas, el manejo estadístico para aprovechar las encuestas de condiciones de vida y los supuestos empleados para valores que debieron ser

estimados. Solamente por las clasificaciones y tablas de los anexos se puede identificar que se está aplicando la Guía del Productor de Cuentas de Salud, la cual se basa en gran medida en el Sistema de Cuentas de Salud (SHA) de la OCDE, pero incorpora una clasificación para fuentes primarias de financiamiento.

- No se cuenta con software de bases de datos orientado a cuentas de salud, con manuales de procedimientos de la unidad para estandarizar las operaciones, ni con registros sistemáticos de las imputaciones, estimaciones o aproximaciones realizadas para cada año de la estimación. El desarrollo metodológico y tecnológico para realizar cuentas de salud es muy incipiente, en parte debido a las limitaciones de recursos con las que funciona el departamento de Proyectos.
- El personal tiene a su cargo los estudios de pre-inversión de infraestructura, el seguimiento de las obras civiles que se están realizando, los planes de remozamiento o rehabilitación de infraestructura dañada por los desastres y otras muchas tareas de gran sensibilidad y urgencia. Las estimaciones de 2004 en adelante no han tenido apoyo de cooperación externa, sino han funcionado con algunos recursos para movilización que se obtienen en el propio MSPAS. Esto demuestra que solamente el elevado compromiso que guardan con la actualización de las cuentas es lo que ha permitido que no se rompa la continuidad de los informes.
- Los informes de cuentas de salud se enfocan principalmente en la descripción de la situación de salud que se capta en los establecimientos del MSPAS y del IGSS, la producción de servicios de estas dos entidades, y la composición, distribución y uso de los fondos del sector público de la salud, incluyendo las instituciones mencionadas, así como los ministerios de Gobernación y Defensa, los fondos sociales y las municipalidades. La atención es mucho menor a los gastos de salud de las empresas (distintos de las contribuciones patronales al IGSS) y el gasto de las ONGs (aparte de las que tienen convenios de extensión de cobertura con el MSPAS).

2.4 Fuentes de Información

A consecuencia de que los informes de cuentas de salud, con excepción del primero, carecen de una reseña metodológica, no es posible establecer con precisión las definiciones empleadas, los límites reconocidos, los procedimientos seguidos y las fuentes consultadas con relación a cada componente de la estimación.

Una revisión de los informes (Tabla 3) muestra que la información para el cálculo de las cuentas proviene de los informes de ejecución presupuestaria de las entidades gubernamentales, incluyendo el IGSS y las municipalidades (algunas se publican en Internet, y otras son accesibles por la coordinación con la Gerencia Financiera), una encuesta dirigida a agencias de cooperación y ONG, así como estimaciones de gasto de hogares basadas en las Encuestas de Condiciones de Vida realizadas por el INE.

Tabla 3. Guatemala, 1995-2006. Fuentes de información por componente de la estimación en los informes de cuentas de salud.

Estimación	Componente	Fuentes
1995-1997 (según anexo metodológico del informe)	Gasto Público	Informes de ejecución de presupuesto de las entidades públicas (ministerios, secretarías, fondos sociales y municipalidades).
	Gasto privado	Cuotas patronales y laborales a la seguridad social, de los informes anuales del IGSS. Cuotas de seguro privado y gastos de salud de las aseguradoras, de la Superintendencia de Bancos. Gasto directo de bolsillo, Encuesta de Gastos de Salud 1997. Aranceles pagados al MSPAS, informe de ingresos propios ante la Contraloría de Cuentas. Encuesta de gastos a ONG de salud, realizado por GSD Consultores.
	Cooperación externa	Cuestionario presentado a las entidades de cooperación externa, triangulado contra informes de SEGEPLAN y reportes del estudio de ONG.
1999-2003 (según el prólogo)	Entidades de salud públicas y privadas	Encuesta realizada por técnicos del departamento de proyectos, en visita directa a las instituciones por todo el país. Gasto de hogares a partir de INE 2000 Encuesta de Condiciones de Vida.
2004-2005 (según el prólogo y los reconocimientos)	Entidades de salud gubernamentales y principales ONG	Encuesta realizada por técnicos del departamento de proyectos, en visita directa a las instituciones por todo el país. Gasto de Hogares a partir de INE 2000, Encuesta de Condiciones de Vida.
2006 (según el prólogo y los reconocimientos)	Entidades de salud gubernamentales y principales ONG	Encuesta realizada por técnicos del departamento de proyectos, en visita directa a las instituciones por todo el país. Gasto de Hogares a partir de INE 2006, Encuesta de Condiciones de Vida.

Fuente: Elaboración del autor con base en los informes de Cuentas de Salud de Guatemala.

2.5 Divulgación y usos

Los estudios de cuentas nacionales han tenido poca difusión en el medio nacional, con excepción del informe de 2004-2005, del cual se imprimieron 500 ejemplares y también se distribuyeron copias electrónicas.

El primer estudio cubrió tres años, y fue presentado en dos talleres internacionales, en Ecuador y en República Dominicana. PHR imprimió y publicó electrónicamente los informes de los países participantes. Una gran cantidad de análisis sobre las cuentas de salud, las metodologías y el financiamiento de la salud en los países se refiere a este primer estudio.

El estudio de 1998 es poco conocido y poco citado. Su utilización interna tampoco está documentada. No ha tenido difusión y para el mismo equipo de cuentas nacionales es difícil localizar una copia de él.

El estudio de 1999 – 2003 aparece en documentos tan importantes como “Salud en las Américas” de la OPS, y en otros análisis de las tendencias del financiamiento de la salud. Aunque no fue dado a imprenta y no está publicado en Internet, fue utilizado en diversas publicaciones como el estudio de protección social en salud, el informe de avance de la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y otros.

El estudio de 2004 – 2005 tuvo amplia difusión y es citado en una gran diversidad de artículos, análisis, informes y documentos sobre tópicos diversos, desde los efectos de la Tormenta Stan hasta la disponibilidad asegurada de anticonceptivos.

Los resultados de las cuentas de salud constituyen un aporte regular durante la preparación de los Informes Nacionales de Desarrollo Humano, que anualmente coordina el PNUD con SEGEPLAN y otras entidades.

En el Anexo se ha incluido una muestra de documentos y páginas de Internet que hacen referencia a las cuentas de salud, con el propósito de ilustrar la variedad de los contextos en que la información es presentada y utilizada.

Los informes de cuentas de salud carecen de un formato regular, con contenidos estandarizados. El informe no es específico de financiamiento y gasto, sino destina una proporción importante del contenido a describir las condiciones de salud y la producción de servicios del MSPAS y del IGSS. Existe algo de desorden en la presentación de la información por sectores. No se presentan tablas resumen que reconstruyan el flujo entre categorías, sino una serie histórica para cada eje de clasificación. Además del informe analítico, no se producen versiones sintéticas para facilitar la comprensión y destacar los hallazgos más importantes de las cuentas.

Más importante aún, los informes no conectan con las preocupaciones y situaciones interesan a los tomadores de decisiones y formuladores de políticas y planes a mediano y largo plazo. Por estas razones, circulan principalmente entre analistas del financiamiento de la salud, dentro y fuera del país.

3 ¿CÓMO SE PUEDE FORTALECER LAS CUENTAS DE SALUD EN GUATEMALA?

Hasta la fecha, la persistencia del Departamento de Proyectos ha sido el recurso clave para que se tenga una serie actualizada de estimaciones de gasto nacional en salud, con el esfuerzo adicional de incorporar los esquemas de clasificación de la OECD. Sin embargo, también existen algunos aspectos que necesitan ser fortalecidos para una mayor calidad, utilidad y sostenibilidad de las cuentas de salud.

3.1 Registros básicos

En este apartado se revisan los progresos, las iniciativas y los desafíos que todavía existen para contar con registros primarios de calidad en cada uno de los componentes de las cuentas de salud.

3.1.1 Sector público

- **El Ministerio de Salud** forma parte de la implementación piloto del Sistema Integrado de Administración Financiera desde 1997. Esto le ha permitido contarse entre los primeros ministerios que poseen información sobre la distribución del gasto por dependencia, función, programa, área geográfica y rubro de gasto. El ministerio tiene un papel como agente financiero que compra servicios de salud a las ONG bajo convenio en extensión de cobertura, y esas transferencias se encuentran claramente registradas en la apertura presupuestaria. La ejecución presupuestaria del MSPAS y otras entidades de gobierno central en la función de salud puede consultarse en línea, y tiene actualización cada mes.¹⁰
- Las principales limitaciones en los registros del Ministerio de Salud no se encuentran en el registro de gastos sino en el consumo de productos, es decir, en la utilización de los factores productivos empleados en la entrega de servicios. Esto se debe, por una parte, a la obsolescencia de los sistemas de registros médicos, y por otra, a la inoperancia de los sistemas de monitoreo de costos, que existen solamente en algunos hospitales, con datos incompletos, inexactos y desactualizados. En el área de servicios de salud pública no existen siquiera unidades de producción que puedan asociarse a un costo, y en el área ambulatoria no está siendo monitoreado el costo, aunque podría hacerse a partir del ejemplo de la extensión de cobertura. La generación de un sistema de costos podría mejorar la precisión de las cuentas en relación con el consumo final de bienes y servicios de salud.¹¹

¹⁰ Ver: http://www.minfin.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=17&Itemid=21

¹¹ MSPAS (2007). **La situación de salud y su financiamiento: Cuarto Informe. Período 2004-2005.** Unidad de Planificación Estratégica. Guatemala. Pp. 9 y 56.

- **El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social** es, junto con el MSPAS, una de las mayores instituciones en cuanto a su alcance geográfico, infraestructura establecida y participación en el gasto nacional. En los últimos cinco años, el IGSS experimentó una mejora notable en sus registros, al vincular el sistema de costos con el registro de usuarios. Las estadísticas son ágiles para la prestación de servicios de salud y su financiamiento, pero además existe una Comisión de Gasto Catastrófico en Salud, que analiza el comportamiento epidemiológico, de utilización de servicios y de costos de atención en entidades como diabetes, cánceres, accidentes y SIDA, entre otras.¹² La Subgerencia de Planificación y Desarrollo del IGSS se ha interesado en establecer un marco de análisis conjunto del gasto en salud de las entidades de sector público, y examinar las opciones, los costos y las consecuencias de extender la cobertura de aseguramiento.¹³
- **Las Municipalidades** reciben casi un 60% de su presupuesto anual bajo la forma de transferencias de gobierno central; de estas, una parte proviene del situado constitucional y las otras son impuestos como el IVA-PAZ o impuestos a actividades económicas. Ingresos tributarios de las propias municipalidades, como el impuesto único sobre inmuebles (IUSI), y otros no tributarios, hacen un 30%.¹⁴ Las municipalidades destinan una parte del total de los recursos a salud, sea porque están específicamente destinados a esta finalidad, o por decisión propia del concejo. Los informes de las municipalidades sobre gasto en salud no son muy claros en cuanto al tipo de función o programa que se cubrió, con excepción de las inversiones en obra física.
- **El Ministerio de Finanzas** desarrolló el portal SIAF Muni, donde pueden consultarse los informes de ingresos y gastos municipales, por departamento, municipio, año fiscal, finalidad, y función. Para el nivel municipal, el resultado puede consultarse por objeto de gasto o por estructura programática. Para el nivel nacional, la consulta programática no es posible, ya que cada municipalidad tiene su propia red de estructuras programáticas.¹⁵ Al menos un 65% de las municipalidades está registrada en SIAF – Muni, y se espera que este porcentaje aumente, aunque está limitado por la autonomía municipal.
- **El Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI)**, bajo el auspicio del Proyecto Diálogo para la Inversión Social en Guatemala (USAID) está desarrollando actualmente una catalogación del gasto municipal con base en

¹² IGSS (2007) **Informe Anual de Labores 2006**. Guatemala. Pag. 62-64. http://www.igssgt.org/index.php?option=com_remository&Itemid=88&func=select&id=4

¹³ Comunicación personal con el Director del Departamento de Planificación, Dr. Vidal Herrera.

¹⁴ Espitia, Gonzalo (2004) **Descentralización fiscal en Centroamérica: Estudio Comparativo**. Edición: Coordinación Técnica de la CONFEDELCA y Cooperación Técnica Alemana (GTZ); San Salvador. Pp. 50.

¹⁵ Ver <http://siafmuni.minfin.gob.gt/siafmuni/GASTOSnew.aspx?pResolucion=1024>.

la clasificación del gasto de gobierno por función del gasto (COFOG), en la versión que aparece en el manual de transparencia fiscal del Fondo Monetario Internacional.¹⁶ La implementación de este estándar por las municipalidades permitiría hacer análisis comparativos e integrar el gasto en salud por función en las mismas categorías similares a las del SHA.

3.1.2 Sector de Entidades sin Ánimo de Lucro

- **Extensión de Cobertura.** Actualmente no menos de 93 ONG tienen 487 convenios con el MSPAS para prestar servicios en jurisdicciones en las que residen 4.6 millones de habitantes. Esta es una porción interesante del gasto de salud, pero también genera un flujo de información sobre otras fuentes financieras y destinos del gasto en las ONG de extensión de cobertura.
- **Sub-Receptores del Fondo Mundial.** Guatemala ha recibido tres subvenciones del Fondo Mundial para SIDA, Malaria y TB. El mecanismo de implementación, según explica el Receptor Principal, que es Visión Mundial, consiste en trasladar fondos a entidades sub-receptoras o unidades ejecutoras. Este es otro canal por el cual se puede llegar a muchas organizaciones en el territorio nacional, si se logra establecer la coordinación con Visión Mundial.
- **Medición del Gasto en SIDA.** La unidad de seguimiento de recursos de ONUSIDA ha estimulado en los países el desarrollo de estudios para la medición del gasto en SIDA. El Programa de ITS/VIH/SIDA del MSPAS ha desarrollado una red de organizaciones que informan sobre financiamiento y gasto dirigido a combatir la epidemia. La armonización metodológica con esta unidad podría facilitar la incorporación de estas informaciones en el análisis de cuentas de salud.
- **Fundaciones y Asociaciones Benéficas.** El presupuesto del MSPAS incluye transferencias a organizaciones benéficas, fundaciones y otras entidades que prestan servicios de salud. La negociación de estas asignaciones especiales se realiza en el marco de la aprobación de presupuesto, con las comisiones de Salud y de Finanzas del Congreso de la República. Involucrar a ambas comisiones en las cuentas de salud no solo permitiría obtener información sino abrir un espacio de debate sobre el financiamiento de la salud.

3.1.3 Sector Privado

- **Cuentas Nacionales del BANGUAT.** La información sobre el gasto de los hogares ha dependido tradicionalmente de encuestas de hogares como la ENGAS 1997, ENIGFAM 1999, ENCOVI 2002 y ENCOVI 2006. Con el cambio de metodología de contabilidad nacional al Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN93) el Banco de Guatemala (BANGUAT) introdujo una definición de salud

¹⁶ IMF (2007) **Manual on Fiscal Transparency**. En línea: <http://www.imf.org/external/np/pp/2007/eng/051507m.pdf>

que se divide en salud de mercado (privada) y salud no de mercado (pública).¹⁷ La información para la salud de mercado proviene de encuestas económicas continuas (EECONT) y trimestrales (EET), las cuales se realizan dentro del convenio firmado con el Instituto Nacional de Estadística para establecer el programa nacional de mediciones económicas (PRONAME).¹⁸ Esta nueva base para la información de gasto de hogares puede ofrecer una alternativa más continua que las encuestas de condiciones de vida. El departamento de Proyectos del MSPAS ya estableció contacto con la unidad de cuentas nacionales del Banco de Guatemala, y será importante establecer un marco de colaboración, en especial porque la salud no de mercado tiene como fuente de información la ejecución presupuestaria de la finalidad salud.

- **Gastos en salud de las empresas.** En Guatemala, las empresas tienen una serie de gastos traslapados de salud. Por ley tienen que asegurar a sus empleados, pero es probable que también necesiten comprar seguro médico a los ejecutivos, para que no tengan que ir a una clínica u hospital del IGSS. También sucede que tienen médico de la empresa, quien hace chequeos y autoriza ausencias por enfermedad, o brinda primeros auxilios, en especial en plantaciones o instalaciones alejadas de centros urbanos. Las empresas también dan dinero a fundaciones gremiales (como Fundazúcar o Funcafé) y otras entidades que prestan servicios de salud, y hacen aportes ordinarios o extraordinarios a proyectos municipales o ministeriales en respuesta a desastres, o por campañas de vacunación, etc. Dado que los gastos de las empresas están infravalorados en la medición actual de gastos en salud, será importante estudiar a profundidad este componente de la estimación. La Fundación Visión Guatemala está interesada en apoyar el intercambio con los grupos empresariales para facilitar esta cuantificación, así como la medición del impacto de las enfermedades sobre la productividad y el desempeño económico del país.¹⁹

3.2 Desarrollo metodológico

Las acciones sugeridas para fortalecer las cuentas de salud desde una perspectiva metodológica son:

- **Programa de Capacitación** dirigido al personal del MSPAS (principalmente pero no restringida al equipo de planificación estratégica) y otras

¹⁷ BANGUAT (2007) **Sistema de Cuentas Nacionales 1993: Aspectos metodológicos**. Tomo I. Abril de 2007. Pag. 60. http://www.banguat.gob.gt/cuentasnac/TOMO_I.pdf

¹⁸ BANGUAT (2008) **Avances en el Proceso de Mejoramiento de las Estadísticas de Cuentas Nacionales**. Seguimiento de las Principales Recomendaciones de la Misión ROSC del FMI. Al 30 de junio de 2008. Pp. 25-32. <http://www.banguat.gob.gt/publica/doctos/avance300608.pdf>

¹⁹ Comunicación personal con Mario García Lara, director de la Fundación 2020 y antiguo subgerente del área económica del Banco de Guatemala.

dependencias dentro de una red de análisis de gasto público, que forme parte de la red de cuentas de salud; con el propósito de crear competencias para analizar el financiamiento de la salud y aplicar la metodología de cuentas.

- **Integración del Marco Metodológico.** Es necesario partir de un análisis crítico de la metodología actualmente aplicada en cada componente, fuente y procedimiento de estimación para detectar debilidades e inconsistencias, y definir opciones congruentes con la metodología internacionalmente aceptada. Sobre esta base, debe integrarse un marco metodológico que incluya las definiciones, clasificaciones, reglas contables y procedimientos estandarizados de las cuentas en salud. Así, más entidades pueden participar en la integración de los componentes de las cuentas, existiendo condiciones para que las partes estén coordinadas y sean compatibles. El equipo de la Unidad de Proyectos podría preparar una breve propuesta para buscar financiamiento para un proyecto sobre este componente.
- **Desarrollo de Herramientas Informáticas.** Para facilitar la puesta en aplicación del nuevo marco metodológico, es importante mejorar las herramientas que se utilizan para la recolección de los datos, así como para procesamiento de los datos, el análisis estadístico / contable y la publicación. Esto incluye los formularios de captura de datos, cuadros de vaciado, bases de datos para integrar la información, plantillas de publicación y diagramas de apoyo a la realización de estimaciones. Para desarrollar esta parte, también podría buscarse apoyo financiero por medio de una propuesta.
- **Programa de Divulgación.** Además de generar un bosquejo estandarizado de contenidos, tablas y gráficos para los informes de cuentas de salud, orientado a usuarios no expertos en financiamiento de la salud, y sensible a las cuestiones de mayor interés para los tomadores de decisiones de financiamiento, organización y entrega de servicios de salud, es importante planificar el proceso de divulgación de los resultados. Esto demanda segmentar las audiencias y generar productos adecuados a cada una de ellas.

3.3 De la información a la inteligencia

La inteligencia ha sido definida como la capacidad de los organismos de adaptar su conducta de acuerdo con la información que reciben sobre cambios en el ambiente.²⁰ Es función de los organismos obtener información, verificar si es correcta, valorar si es relevante, juzgar si demanda un cambio de conducta, comandar la acción adaptativa, y verificar el resultado.²¹

²⁰ Colvin, S. (1921) **Intelligence and its measurement: A symposium.** The Journal of Educational Psychology. 1921, 12(3), 136-139.

²¹ UNITED STATES (1990) **Intelligence Analysis: Field Manual No. 34.3.** Headquarters, Dept. of the Army. Washington D.C. March 15, 1990. Pp 2-1 a 2-18.

Una pieza de información es más valiosa cuanto más inesperada sea. Para la organización, es requisito contar con un esquema de “umbrales” para los valores normales, por arriba o por debajo de los cuales puede estar ocurriendo una falla de veracidad del dato o un evento extraordinario que demanda atención.²² Las series históricas, debidamente auditadas y reconstruidas, pueden servir para generar esos umbrales, como ya se aplica en salud en el caso de los corredores epidemiológicos.

En el caso del financiamiento de la salud, la gran cantidad de datos que contienen los informes, y una orientación del análisis más a las condiciones de salud y la producción de servicios que a los cambios en el financiamiento, plantea dificultades a los lectores para condensar, valorar y utilizar la información. Para desarrollar una audiencia que siga con atención los resultados de las cuentas nacionales, deben definirse, de preferencia con participación de los interesados, aquellos indicadores que pueden valorarse como “signos vitales” del financiamiento de la salud, y crear los recursos de presentación de datos que resulten más claros para la interpretación de las diferentes audiencias.

Generalmente, la parte más débil en el ciclo de la inteligencia en las organizaciones es la que inicia con el juicio sobre la necesidad de adaptar la conducta, sigue con la elección e implementación de dicha conducta y concluye con la verificación del resultado para reiniciar el bucle. Un reexamen de la definición de inteligencia, que es la adaptación del comportamiento ante cambios en la información de contexto, nos muestra que es esencial la acción pronta, deliberada y controlada para conocer su efectividad. Por esta razón, una de las audiencias claves para las cuentas de salud reside en los actores sociales que determinan la puesta en acción de las reorientaciones tácticas frente a cambios en el entorno financiero de la salud.

3.4 El mapa de actores

En el marco del presente informe se consideran actores sociales del financiamiento de la salud los aparatos de dirección de las organizaciones que regulan, suministran, utilizan o vigilan el nivel, la distribución y la calidad del gasto en salud.

3.4.1 Actores que Regulan el Financiamiento de la Salud

La función de regulación es una de las más débiles, no porque sea alta la discrecionalidad, sino porque las atribuciones del papel de regulación a menudo no son ejercidas por las entidades designadas por la ley.

Entre los reguladores se puede contar el *Congreso de la República*, el cual tiene el doble papel de establecer legislación pertinente a la programación presupuestaria, conocer y aprobar los proyectos de presupuestos anuales del gobierno central. También es responsable de ejercer vigilancia sobre las actuaciones de las entidades

²² SHANNON, Claude (1949) **A Mathematical Theory of Communication**. The Bell System Technical Journal. Vol. 27, 379-423. Julio – Octubre de 1949. Pp. 21, 23, 30.

de gobierno, en particular aquellas que implican el consumo, la afectación o la obligación futura de recursos del Estado.²³

La *Superintendencia de Bancos* es la entidad que regula el funcionamiento de los seguros en Guatemala, incluyendo seguros de enfermedad y accidentes.²⁴ El IGSS tiene el mandato de rectoría de los esquemas de aseguramiento en salud,²⁵ sin embargo hasta el momento ha carecido de medios para ejercer efectivamente esa función.

El MSPAS es regulador de la prestación de servicios de salud por el sector privado, aunque generalmente esta función se circunscribe a la habilitación de establecimientos y proveedores privados para iniciar o ampliar su práctica.²⁶ Los problemas de calidad y precios son competencia del *Ministerio de Economía*, el cual cuenta con una dirección para atención al consumidor.²⁷

En cuanto a la estimación del gasto nacional en salud, las reglas contables efectivas en este momento corresponden a la adaptación metodológica realizada por el *Banco de Guatemala* sobre la base del Sistema de Cuentas Nacionales de 1993. De acuerdo con su ley orgánica, el Banco de Guatemala es la entidad responsable de conducir el proceso de contabilidad nacional.²⁸

3.4.2 Actores que Suministran Financiamiento para la Salud

La *Dirección técnica de presupuesto (DTP)* es la dependencia del Ministerio de Finanzas Públicas responsable de formular el Proyecto de Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado para cada ejercicio fiscal. Asigna a cada dependencia un nivel máximo de gasto, la cual deberá realizar la programación institucional y presentar su anteproyecto de presupuesto a la DTP, la cual realiza análisis y ajustes técnicos, antes de integrar el Proyecto de Presupuesto y presentarlo al Gabinete Económico del

²³ GUATEMALA. Decreto 63-94. **Ley Orgánica del Organismo Legislativo**, Arts. 27 inciso b, 55, inciso f., Guatemala, 1 de diciembre de 1994.

²⁴ GUATEMALA. Decreto 18-2002. **Ley de Supervisión Financiera**. Cap. I Superintendencia de Bancos, Art. 1. Guatemala, 25 de abril de 2002.

²⁵ GUATEMALA. Decreto 295. **Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**. Art. 47, inciso b, Art. 70, inciso d, Arts. 71 y 72. Guatemala, 30 de octubre de 1946.

²⁶ GUATEMALA. Acuerdo Gubernativo 115-99. **Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**. Art. 2, Art. 29, Art. 30 inciso c., Art. 33.

²⁷ GUATEMALA. Decreto No. 006-2003. **Ley de Protección al Consumidor y Usuarios**. Guatemala, 18 de febrero de 2003.

²⁸ GUATEMALA. Decreto 16-2002. **Ley Orgánica del Banco de Guatemala**. Arts. 59 y 62. Guatemala, 10 de mayo de 2002.

país.²⁹ Tanto en la etapa de asignación de techos como en la de ajustes, el papel de la DTP es determinante del nivel de recursos para la salud, y generalmente es una instancia de negociación del presupuesto para entidades que ejercen la función salud y asistencia social, como el MSPAS, el Ministerio de Gobernación (Hospital de la Policía), Ministerio de la Defensa Nacional (Sanidad Militar), Ministerio de Agricultura (Seguridad Alimentaria), Secretarías y otras entidades (FONAPAZ) y Obligaciones a cargo del Tesoro (FSDC). El *Congreso de la República*, como fuera mencionado, conoce y aprueba el Proyecto de Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado, según lo ha remitido el Presidente de la República.

Los *Consejos de Desarrollo* nacional, regionales, departamentales, municipales y comunitarios proponen la asignación de recursos de pre-inversión e inversión pública, conocen e informan sobre la ejecución del año fiscal anterior, y participan en la obtención de financiamiento para ejecución de planes y programas en su ámbito territorial.³⁰ Por esta razón, son actores relevantes en el proceso de asignación de recursos a programas y proyectos de salud en las diferentes zonas del país.

Para fines político-administrativos, Guatemala se divide en 333 municipios, agrupados en 22 departamentos, y éstos, en ocho regiones. *Las municipalidades* son entidades autónomas,³¹ y por mandato constitucional reciben un aporte de recursos equivalente al 10% del presupuesto general de ingresos ordinarios del Estado. El 90% de estos fondos deben utilizarse en programas y proyectos de educación, salud preventiva, infraestructura y otros que influyan en la calidad de vida de los habitantes.³² Otras asignaciones a las municipalidades provienen de la recaudación de los impuestos: IVA-PAZ, circulación de vehículos y distribución de petróleo crudo. Las municipalidades que aún no están recaudando el Impuesto Único sobre Inmuebles (IUSI) también reciben una transferencia por hasta el 70% del monto recaudado. Por regla general, se establece que los fondos transferidos a las municipalidades deben utilizarse, entre otros fines, para la salud preventiva. Por esta razón, hay un flujo de fondos de municipalidades hacia la salud que es importante cuantificar y determinar sus fuentes y usos.

Los *Fondos Sociales* movilizan recursos para diversos fines, incluyendo proyectos de infraestructura en salud, como el Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ), establecido para la reconstrucción de estructuras productivas y sociales dañadas por el conflicto armado, y el Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Comunitario (FSDC), el cual transfiere aportes a los Consejos de Desarrollo para financiar proyectos de salud,

²⁹ GUATEMALA (2005). **Manual de Formulación Presupuestaria**. Pag. 2. Ministerio de Finanzas Públicas, enero de 2005.

³⁰ GUATEMALA (2002) Decreto 11-2002: Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. Arts. 3, 6 (e) – (j), 8 (f) – (i), 10 (f) – (i), 12 (f) – (j), 14 (h) – (k).

³¹ GUATEMALA (1985) **Constitución Política de la República de Guatemala**. Art. 253.

³² Op. cit., Art. 257, reformado de 8% a 10%, por consulta popular de enero de 1994.

educación e infraestructura, con recursos clasificados como Obligaciones a Cargo del Tesoro.³³ Para el año 2008, los recursos asignados con la finalidad de prestar servicios sociales y particularmente la función de salud y asistencia social a Secretarías y otras entidades (FONAPAZ) y obligaciones a cargo del tesoro (FSDC), fueron de QTZ 664 millones y QTZ 41.6 millones, respectivamente.³⁴ Los fondos reciben propuestas y solicitudes para los programas y proyectos en las áreas de intervención mencionadas, y en tal sentido influyen sobre el volumen de recursos orientado a la salud.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social recauda contribuciones obligatorias de patronos y trabajadores, para destinarlos a gastos administrativos, pensiones y servicios de atención en salud. Con los recursos captados provee financiamiento para su red de establecimientos y también contrata proveedores privados de servicios de salud.

Una parte del financiamiento público proviene originalmente de préstamos realizados a las instituciones financieras internacionales, entre ellas el *Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial)*: Préstamo BM 7357-GU, "Salud y nutrición materno infantil"³⁵ y el *Banco Interamericano de Desarrollo*: Préstamo BID 1852/OC-GU, "Programa de Fortalecimiento de la Red Hospitalaria", y Préstamo BID Sectorial "Programa de Inversión en Capital Humano".³⁶

También existen entidades de cooperación internacional en salud, algunas de las cuales informaban a la extinta Unidad de Coordinación de Programas y Proyectos, pero este control pasó a ser ejercido por el departamento de Cooperación Internacional de la Unidad de Planificación Estratégica del MSPAS. Sin embargo, estos registros se circunscriben a cooperación dirigida hacia el sector público, y existe poca cobertura de los flujos hacia ONG y fundaciones privadas, universidades e institutos de investigación.

Para el año 2006, el financiamiento de fuentes externas fue estimado en 0.88% del total (QTZ 139 millones). El mismo informe reconoce que esta cantidad equivale al 34% de lo reportado por SEGEPLAN.³⁷ Sin embargo, SEGEPLAN no registra las aportaciones recibidas por organizaciones de sociedad civil en forma directa, ni el

³³ GOMEZ, JC y M Geffner (2005). **Guatemala: Fortalecimiento de las Finanzas Municipales para el Combate a la Pobreza**. Documento presentado en el Seminario Regional "Financiamiento Municipal y Superación de la Pobreza Urbana", CEPAL, Santiago de Chile 5 y 6 de mayo de 2005.

³⁴ GUATEMALA (2008) **Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la Nación: Cuadros Globales No. 14**. Ministerio de Finanzas Públicas.

³⁵ IBRD (2007) **Loan Agreement: Loan Number 7357-GU**, Maternal and Infant Health and Nutrition Project, May 18, 2007, International Bank for Reconstruction and Development.

³⁶ GUATEMALA (2008) **Proyecto de Presupuesto de Salud 2009**. Ministerio de Finanzas Públicas.

³⁷ MSPAS. **Situación de Salud y su Financiamiento 2006**. MSPAS – Unidad de Planificación Estratégica. (en edición para publicación). Pp. 63-65.

costo de las becas otorgadas a los guatemaltecos para formación o capacitación en salud.

Por otra parte, existen transferencias en especies o en dinero por fuera de las organizaciones de cooperación, especialmente en respuesta a desastres, que rara vez son contabilizados y documentados apropiadamente. Las remesas familiares forman parte de los recursos del resto del mundo que pueden tener destino específico hacia salud pero no están siendo registradas.

Las empresas constituyen uno de los sectores poco representados en las estimaciones más recientes del gasto en salud. No aparecen contabilizadas las clínicas de empresa, las fundaciones privadas (como FUNCAFE y FUNDAZÚCAR), los aportes a UnitedWay (en Guatemala, Fondo Unido), los recursos con que las empresas contribuyen al sostenimiento de varias actividades de salud, incluyendo la rehabilitación de personas con discapacidades, retos especiales o enfermedades graves. Solamente se registran como “empleadores”, y su aporte se reduce a la cuota patronal que pagan a la seguridad social. Sin embargo, muchas empresas pagan además un seguro privado para los ejecutivos o el personal de oficina; incluso algunas empresas están adoptando la modalidad de contratar a su personal por servicios profesionales (no en relación de dependencia) y pagarles seguros de vida y médico, sin contribuir a la seguridad social.

Es muy importante caracterizar y cuantificar los flujos de gasto de las empresas bajo diversos modelos de financiamiento de la salud, y relacionarlo con los cambios en las modalidades de empleo, que están determinando una reducción de la proporción de la PEA que tiene acceso a la seguridad social.³⁸

La Asociación Guatemalteca de Instituciones de Seguros (AGIS) reúne a 16 de las 17 aseguradoras que operan en el país.³⁹ Las empresas de seguros cubren los ramos de vida; accidentes y enfermedades; terremoto, incendio y líneas aliadas; vehículos automotores y otros ramos. La profundización del seguro total en América Latina (primas netas como porcentaje del PIB) oscila entre 3.5% en Panamá y 0.8% en Guatemala, mientras que en Estados Unidos y Canadá es del 8.8% y 7% respectivamente. Los seguros de enfermedad y accidentes han tenido la menor participación entre el conjunto de ramos asegurables, aún cuando a partir de 1987 empezaron a crecer con mayor dinamismo que otras ramas.⁴⁰ La AGIS está interesada en superar la fragmentación de la industria del seguro, reducir los costos administrativos y operacionales, así como en promover la privatización de la seguridad social y las pensiones.

³⁸ IGSS (2007). **Informe Anual de Labores 2006**. Pag. 41

³⁹ AGIS en Internet: www.agis.com.gt

⁴⁰ ISCAPC (1998). **Estudio de Mercado de seguros en la región de ISCAPC**.

El sector más importante en el financiamiento de la salud son los hogares, que en forma directa adquieren bienes y servicios de salud. Sin embargo, la participación de los hogares en la discusión y el análisis del gasto en salud es muy difícil, si no se toman en cuenta los mecanismos y espacios de representación ciudadana. Las formas de representación de la población guatemalteca, entre otras, pueden ser:

- a) *Congreso de la República*: por medio de sus comisiones de Finanzas Públicas; Salud y Asistencia Social; Extraordinaria Fiscalizadora de Compras de Salud; Extraordinaria Nacional por la Transparencia; Previsión y Seguridad Social; Protección del Consumidor y el Usuario.⁴¹
- b) *Organizaciones Sindicales*: Central de Trabajadores del Campo (CTC), con 20 sindicatos afiliados; Confederación de Unidad Sindical de Guatemala (CUSG), con 180 sindicatos y 13 Federaciones Sindicales afiliadas; Central de Trabajadores de Guatemala (CGTG) con 23 sindicatos afiliados; Unión Sindical de Trabajadores de Guatemala (UNSI TRAGUA), con 29 sindicatos afiliados; Federación Sindical de Trabajadores de la Alimentación, Agroindustria y Similares (FESTRAS) con 13 sindicatos afiliados, Federación Nacional de Trabajadores del Estado de Guatemala (FENASTEG) con 13 sindicatos afiliados; Federación Sindical de Empleados Bancarios y de Seguros (FESEBS) con 9 sindicatos afiliados.⁴²
- c) *Organizaciones Empresariales*: La Coordinadora de Asociaciones Agrícolas, Comerciales, Industriales y Financieras (CACIF) aglutina diversas cámaras y asociaciones gremiales empresariales.⁴³ Estas asociaciones incluyen desde las corporaciones más grandes hasta las medianas y pequeñas empresas. El espectro social diverso se concentra en un foco de representación y defensa que, sin embargo, no ha problematizado el contraste entre las distintas formas en que paga por la salud y los beneficios que de cada canal de contribución se obtiene para las empresas y sus colaboradores.
- d) *Cooperativas*. Los hogares y las personas en el sector informal y en áreas rurales tienen acceso limitado al financiamiento bancario, por lo cual el sector cooperativo ha crecido, especialmente en el interior del país. Las cooperativas están agrupadas en federaciones,⁴⁴ que les ofrecen representación de sus intereses, servicios financieros de segundo piso, capacitación y asistencia técnica, soporte a los proceso informáticos. Entre las Federaciones más importantes cabe citar las siguientes:

⁴¹ CONGRESO DE GUATEMALA: <http://www.congreso.gob.gt/gt/comisiones.asp>

⁴² OIT-ETM: <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/mdtsanjose/worker/sindi/gt.htm>.

⁴³ CACIF: www.cacif.org.gt

⁴⁴ GUATEMALA (1979) Acuerdo Gubernativo 7/79, **Reglamento de la Ley de Cooperativas**, Arts. 34, 35.

- FENACOAC: Federación Nacional de Cooperativas de Ahorro y Crédito de Guatemala, fundada en 1963, con 27 cooperativas afiliadas, con 144 puntos de servicio en los 22 departamentos del país.⁴⁵
- FEDECOCAGUA: Federación de Cooperativas Agrícolas de Productores de Café de Guatemala, fundada en 1969, es una organización de 20,000 productores de café, además de un centro de acopio para la exportación de tejidos típicos de la Asociación de Tejedoras “María Auxiliadora”.⁴⁶
- FEDECOVERA: La Federación de Cooperativas de las Verapaces fue fundada en 1976, y actualmente aglutina 36 cooperativas con una población estimada en 60,000 productores de café, té, cardamomo y madera, y además atiende 33 grupos de pequeños agricultores organizados.⁴⁷
- ARTEXCO: Fundada en 1972, obtuvo su personería jurídica hasta 1976, la Federación de Cooperativas de Producción Artesanal Artexco agrupa 11 cooperativas que suman 3,200 asociados.⁴⁸
- CONFECOOP: La Confederación de Cooperativas de Guatemala fue establecida en 1979, y conduce 10 Federaciones de Cooperativas.

Las cooperativas son una forma de representación de sectores de la población total y trabajadora, pero además algunas de ellas ofrecen servicios médicos, contribuyen para la seguridad social de los empleados de la cooperativa y algunas también cobran primas de seguro dentro de los préstamos que otorgan. Como representantes de hogares que producen, ahorran o consumen, y son vulnerables frente a los riesgos de enfermedades y lesiones, las federaciones del movimiento cooperativo son una audiencia clave para la discusión sobre financiamiento de la salud, además de un área no explorada de entidades que realizan inversiones en salud.

3.5 Actores que utilizan el financiamiento

El sector proveedor de servicios de salud en Guatemala comprende entidades públicas, como las áreas de salud y hospitales del MSPAS, las direcciones regionales y hospitales del IGSS, la red de consultorios y el hospital de Sanidad Militar y el Hospital de la Policía Nacional. Las ONG contratadas para extender la cobertura de servicios de salud son proveedores privados que operan con financiamiento público y se

⁴⁵ FENACOAC en Internet: www.fenacoac.com.gt

⁴⁶ FEDECOCAGUA en el comercio justo: <http://www.transfairusa.org/pdfs/profiles/Fedecocagua.pdf>

⁴⁷ FEDECOVERA en Internet: <http://www.fedecovera.com/>

⁴⁸ ARTEXCO en Internet: <http://www.infomipyme.com/docs/gt/sidel/artexco.htm>

registran como entidades sin fines de lucro que atienden hogares. Todas estas entidades tienen en común: depender del ciclo presupuestario para sus asignaciones; registrar su ejecución mensual en el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF); y realizar liquidaciones anuales de presupuesto a las cuales se tiene acceso público, incluso por medio de Internet.

En cuanto al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, éste debe presentar un informe contable de resultados y rendir informe ante la contraloría de cuentas. Además, prepara una memoria de labores con las prestaciones y sus gastos asociados. La memoria tiene un rezago de dos años, pues el último informe publicado data de 2006.⁴⁹ Dentro del IGSS, el Comité de Seguimiento a Enfermedades Catastróficas realiza análisis estadísticos y financieros para identificar y contener los incrementos del gasto en entidades crónicas, accidentes y SIDA. Este comité sería un aliado valioso para proveer información actualizada al proceso de cuentas de salud.

Otras ONG que prestan servicios con financiamiento de donaciones, aportes y subvenciones internacionales (como las del Fondo Mundial para combatir el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis – FMSMT) son más difíciles de alcanzar por búsqueda individual. Es necesario tomar en cuenta que la Ley de ONG indica que el control de estas organizaciones es competencia de la Contraloría General de Cuentas, y que la recepción de donaciones debe hacerse contra recibo en formularios autorizados por la Superintendencia de Administración Tributaria.⁵⁰ En este sentido, la Contraloría General de Cuentas es una fuente potencial de información anual sobre ingresos y gastos de ONG para funciones de salud.

Bajo la denominación de proveedores privados entendemos varios subcomponentes. Los hospitales, consultorios y centros de atención diurna están registrados en el Departamento de Registro, Acreditación y Certificación de Establecimientos de Salud (DRACES). Algunos de ellos forman parte de redes autorizadas de proveedores para las entidades de seguro privado en el ramo de enfermedad y accidentes, de forma que sus gastos son reportados a la Superintendencia de Bancos (SB). En el sitio de internet de la SB (www.sib.gob.gt) se encuentran las estadísticas históricas de las empresas de seguros, incluyendo el estado de resultados por ramo. Sin embargo, la información publicada cubre hasta junio de 2004. Para ese año, fue reportado un ingreso en primas netas de retención devengadas por QTZ 189 millones, y QTZ 116.5 millones en siniestralidad (gastos médicos), con una utilidad neta después de gastos de operación, balance de años anteriores e impuestos de QTZ 7 millones.⁵¹

⁴⁹ IGSS/Descargas: http://www.igssgt.org/index.php?option=com_remository&Itemid=88&func=select&id=4

⁵⁰ GUATEMALA (2003). Decreto 02-2003, **Ley de Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo**. Congreso de la República. Arts. 15 y 16.

⁵¹ Superintendencia de Bancos: http://www.sib.gob.gt/es/Entidades-Supervisadas/Informacion_de_las_Entidades_Supervisadas/frame.asp?id=/es/entidades-supervisadas/informacion_de_las_entidades_supervisadas/INFORMACION_TRIMESTRAL/SEGUROS/200406/CUAD3Poo.htm (Al 30 de Junio de 2004).

Esto sugiere que la información de la SB es valiosa para el proceso de cuentas, aunque sería conveniente determinar si no se ha actualizado porque dejó de solicitarse o si se capta pero simplemente no ha sido publicada en Internet.

Otros proveedores de servicios se encuentran fuera de las redes de aseguramiento y resulta difícil alcanzarlos. El INE realizó recientemente una Actualización del Directorio Nacional de Empresas y sus Locales (DINEL), y lo ha publicado en forma de CD. El directorio contiene datos básicos del establecimiento, sus actividades económicas (principal, secundaria y auxiliar), personal ocupado, y transacciones con el exterior, entre otras.⁵² A partir de esta base se desarrollarán las encuestas continuas y las trimestrales, para la estimación de cuentas en salud. Será interesante determinar si a partir del tipo de actividad (usando el código ISIC) es posible agrupar los establecimientos de salud y sus locales.

De cualquier forma, será necesario continuar utilizando la encuesta de condiciones de vida (ENCOVI), que se ha venido actualizando cada cuatro años, para realizar estimaciones sobre el gasto en salud de los hogares, y triangular algunas partes con los resultados de la encuesta de salud materno infantil (ENSMI), cuya versión más reciente ha sido recogida y está en fase de procesamiento.

Lo que esta revisión sugiere es que el análisis de los gastos de hogares pueden mostrar cuál es el patrón (estructura y crecimiento) de los gastos de los hogares en establecimientos públicos y privados, así como en planes de prepago y aseguramiento, incluyendo seguridad social. Además, se podría buscar qué variables son mejores predictoras del crecimiento y la composición de estos gastos, con el fin de actualizar la información anualmente.

⁵² Publicado en el portal de SAT:

http://portal.sat.gob.gt/portal/components/com_docman/dl2.php?archive=0&file=U2VwXogjdA4LnBkZg==

4 OPCIONES PARA FORTALECER LA SOSTENIBILIDAD DE LAS CUENTAS DE SALUD

A continuación se presentan los resultados de las reflexiones e intercambios sostenidos en el curso del presente trabajo con diversos actores y sectores (Anexo). La situación propuesta difiere cualitativa y cuantitativamente de la situación actual, y su adopción requiere discusión, consenso y respaldo político.

4.1 ¿Para qué sirven las cuentas de salud?

Situación Encontrada	Situación Propuesta
1. Estadísticas de gasto publicadas en informes de agencias internacionales	a) Analizar la magnitud y distribución del impacto del gasto de bolsillo, y monitorear la protección financiera
2. Análisis de cumplimiento del derecho a la salud como parte de los DESC	b) Monitorear el gasto de los principales fondos públicos y contributivos, especialmente en prioridades de salud y grupos vulnerables
3. Análisis comparativo entre países sobre estudios de cuentas de salud	c) Determinar el aporte del sector salud a la economía nacional, en términos de valor agregado y balanza de pagos

4.2 ¿Cada cuánto se informa sobre las cuentas?

Situación Encontrada	Situación Propuesta
1. La mayoría de las publicaciones están compuestas por dos o más años de estimación, y se publican como mínimo con dos años de atraso.	a) Producir boletines de gasto público en forma trimestral, con el cuarto trimestre presentando el cierre fiscal.
2. Los contenidos, cuadros y figuras son distintos cada vez, y no se pone énfasis en un problema relevante	b) Realizar estimaciones anuales completas, consistentes en estructura y contenido, que pongan en relieve un aspecto vital de la política de salud.
3. Las series estimadas no se revisan con base en la información que va produciéndose.	c) Revisar las series cada 5 años, con base en encuestas del INE, y hacer análisis profundo de los resultados.

4.3 ¿Cómo se divulgan las cuentas?

Situación Encontrada	Situación Propuesta
1. Los estudios han sido impresos, pero no se ha invertido en su divulgación y análisis.	a) Circular los boletines de gasto público a una lista de analistas, difusores y tomadores de decisiones
2. Algunas versiones electrónicas han sido publicadas en Internet por el MSPAS y otros (1995-7 y 2004-5).	b) Utilizar la Red de Cuentas de Salud para las Américas, la OPS y la OMS como espacios de divulgación electrónica de los estudios, así como en la página web del MSPAS.
3. Los informes que usan las cifras generalmente no hacen una cita completa del contenido sino lo reportan como cifras del MSPAS.	c) Promover foros de discusión durante y después de elaborados los estudios, y promover su inclusión en el texto y anexos estadísticos de los informes de desarrollo humano.

4.4 ¿Quién financia las actividades?

Situación Encontrada	Situación Propuesta
1. El primer estudio se realizó con una subvención de USAID PHR.	a) Considerar esta información un bien público de salud y promover su financiamiento con fondos ordinarios del Estado.
2. Los estudios posteriores se han hecho con financiamiento del MSPAS, provenientes de ingresos regulares y del préstamo BID para la reforma de salud.	b) Compartir el costo de los estudios entre unidades que pueden realizar segmentos de la estimación como INE, IGSS, BANGUAT, SIAF y MSPAS

4.5 Quién hace las cuentas

Situación Encontrada	Situación Propuesta
1. El MSPAS principio a hacer cuentas en forma independiente de otras entidades.	a) Promulgar la creación de una instancia interinstitucional responsable de las cuentas de salud
2. Posteriormente se constituyó un comité de información en salud, pero	b) Establecer un marco común de reglas, procedimientos, formatos y contenidos para la integración de los

Situación Encontrada	Situación Propuesta
dejaron de reunirse.	sub-análisis de cada entidad.
3. Actualmente se elaboran estadísticas de gasto en forma independiente entre PNUD, IGSS, MSPAS y BANGUAT	c) Determinar cuál de las organizaciones será responsable de integrar la estimación y convocar a las sesiones para interpretación de los resultados.

4.6 ¿Cómo se hacen las cuentas?

Situación Encontrada	Situación Propuesta
1. El enfoque metodológico y los procedimientos contables que se siguen están basados en el modelo de Harvard.	a) Desarrollar metodología y herramientas y capacitar al personal para implementar una cuenta satélite de salud, con las entidades productoras de datos, bajo un mecanismo de coordinación nacional.
2. Las clasificaciones de SHA y la Guía del Productor han sido incorporados desde 1998 a los estudios.	b) Ampliar el campo de la cuenta satélite con las matrices básicas de SHA y Guía del Productor para mantener comparabilidad de la serie y responder cuestiones importantes para fines de políticas públicas.
3. El BANGUAT está produciendo mediciones de valor agregado en salud con base en el sistema de cuentas de 1993.	c) Realizar una revisión retroactiva de las series de cuentas nacionales con base en la información disponible para mejorar la calidad de las estimaciones.
4. El IGSS monitorea el gasto total, en accidentes laborales y no laborales y en enfermedades catastróficas.	d) Integrar los aspectos relevantes para cada una de las entidades participantes en el conjunto de los temas de política a ser destacados en las diversas ediciones de las cuentas.

4.7 Actores relevantes

La tabla siguiente muestra algunos de los actores relevantes para el desarrollo y la sostenibilidad de las cuentas de salud en Guatemala. Las categorías de participación se refieren al papel que pueden jugar

Entidad	Fuentes	Productores	Usuarios	Financiadores
Sector Público				
Ministerio de Salud	x	x	x	x
Banco de Guatemala	x	x	x	X
IGSS	x	x	x	x
Secretaría de Planificación	x		x	x
Congreso de la República	x		x	x
Ministerio de Finanzas	x		x	
Secretaría de la Paz	x		x	
Gabinete Social			x	
INE	x	x		x
Contraloría de Cuentas	x	x		
Sector Privado				
Confederaciones Cooperativas	x	x	x	x
Redes de ONG	x	x	x	x
Cámaras Empresariales	x		x	x
Centros de Investigación	x		x	
Confederaciones Sindicales			x	
Prensa, Medios			x	
Sector Externo				
Sistema de Naciones Unidas (OPS, PNUD, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, etc.)	x		x	x
Cooperación bilateral (USAID,	x		x	x

Entidad	Fuentes	Productores	Usuarios	Financiadores
ASDI, CIDA, CECI, otros)				
Fundaciones internacionales (Soros, Gates, CARSO)	x		x	x
Fondo Global	x			

4.8 Líneas Estratégicas

En las entrevistas realizadas surgieron algunos temas sobre directrices con impacto en el mediano y corto plazo que impactarían en la institucionalización y sostenibilidad de las cuentas de salud.

- Revisar los cuestionarios de las encuestas de salud materno infantil, de empleo, agrícolas, de condiciones de vida, de peso y talla, de actividad empresarial y otras, y solicitar aspectos de información de gasto en salud que contribuyan a aumentar la cobertura y precisión en las estimaciones.
- Ejecutar la estimación por componentes descentralizados, para aumentar el enfoque y la consistencia de los datos. Por ejemplo, el gasto municipal, el gasto de ONG, el gasto de gobierno central, el gasto de empresas, las importaciones y exportaciones en salud, el gasto de hogares, pueden ser otros tantos componentes que podrían desarrollarse mejor en las entidades que manejan esa información.
- Establecer como elemento unificador guía metodológica, instrumentos, bases de datos, cuadros de salida, bosquejo de contenidos del informe y protocolos de distribución, divulgación y utilización de resultados.
- Realizar una programación de los ciclos de actualización de datos básicos, distinguiendo entre los que tienen actualización más frecuente y los que requieren plazos más prolongados, como las encuestas de hogares, para alinear los productos de divulgación y sus contenidos con los datos actualizados disponibles y la demanda de datos para toma de decisiones.
- Con base en lo anterior, integrar el presupuesto multianual – multiinstitucional de las cuentas de salud y sus fuentes, como base para negociar la participación de las entidades, promover la promulgación del ente coordinador, y favorecer el inicio de las acciones de desarrollo metodológico, capacitación e investigación.

5 BIBLIOGRAFÍA

- 1) BANGUAT (2007) **Sistema de Cuentas Nacionales 1993: Aspectos metodológicos.** Tomo I. Abril de 2007. Pag. 60.
http://www.banguat.gob.gt/cuentasnac/TOMO_I.pdf
- 2) BANGUAT (2008) **Avances en el Proceso de Mejoramiento de las Estadísticas de Cuentas Nacionales.** Seguimiento de las Principales Recomendaciones de la Misión ROSC del FMI. Al 30 de junio de 2008. Pp. 25-32.
<http://www.banguat.gob.gt/publica/doctos/avance300608.pdf>
- 3) BERMAN, Peter (1997). **National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications.** Health Economics 6(1), pp11-30.
- 4) COLVIN, S. (1921) **Intelligence and its measurement: A symposium.** The Journal of Educational Psychology. 1921, 12(3), 136-139.
- 5) ESPITIA, Gonzalo (2004) **Descentralización fiscal en Centroamérica: Estudio Comparativo.** Edición: Coordinación Técnica de la CONFEDELCA y Cooperación Técnica Alemana (GTZ); San Salvador.
- 6) GOMEZ, JC y M Geffner (2005). **Guatemala: Fortalecimiento de las Finanzas Municipales para el Combate a la Pobreza.** Documento presentado en el Seminario Regional “Financiamiento Municipal y Superación de la Pobreza Urbana”, CEPAL, Santiago de Chile 5 y 6 de mayo de 2005.
- 7) GUATEMALA (1979) **Acuerdo Gubernativo 7/79, Reglamento de la Ley de Cooperativas.** Congreso de la República
- 8) GUATEMALA (1985) **Constitución Política de la República** de Guatemala. Asamblea Nacional Constituyente.
- 9) GUATEMALA (2002) **Decreto 11-2002: Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural.**
- 10) GUATEMALA (2003). **Decreto 02-2003, Ley de Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo.** Congreso de la República.
- 11) GUATEMALA (2005). **Manual de Formulación Presupuestaria.** Pag. 2. MInisterio de Finanzas Públicas, enero de 2005.
- 12) GUATEMALA (2008) **Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la Nación: Cuadros Globales No. 14.** Ministerio de Finanzas Públicas.
- 13) GUATEMALA (2008) **Proyecto de Presupuesto de Salud 2009.** Ministerio de Finanzas Públicas.
- 14) GUATEMALA. Acuerdo Gubernativo 115-99. **Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** Art. 2, Art. 29, Art. 30 inciso c., Art. 33.

- 15) GUATEMALA. **Acuerdo Gubernativo 115-99. Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** Congreso de la República.
- 16) GUATEMALA. Decreto 16-2002. **Ley Orgánica del Banco de Guatemala.** Arts. 59 y 62. Guatemala, 10 de mayo de 2002.
- 17) GUATEMALA. Decreto 18-2002. **Ley de Supervisión Financiera.** Cap. I Superintendencia de Bancos, Art. 1. Guatemala, 25 de abril de 2002.
- 18) GUATEMALA. Decreto 295. **Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.** Guatemala, 30 de octubre de 1946.
- 19) GUATEMALA. Decreto 63-94. **Ley Orgánica del Organismo Legislativo,** Arts. 27 inciso b, 55, inciso f., Guatemala, 1 de diciembre de 1994.
- 20) GUATEMALA. Decreto No. 006-2003. **Ley de Protección al Consumidor y Usuarios.** Guatemala, 18 de febrero de 2003.
- 21) IBRD (2007) Loan Agreement: Loan Number 7357-GU, **Maternal and Infant Health and Nutrition Project,** May 18, 2007, International Bank for Reconstruction and Development.
- 22) IGSS (2007) **Informe Anual de Labores 2006.** Guatemala. Pag. 62-64. http://www.igssgt.org/index.php?option=com_remository&Itemid=88&func=select&id=4
- 23) IMF (2007) **Manual on Fiscal Transparency.** En línea: <http://www.imf.org/external/np/pp/2007/eng/051507m.pdf>
- 24) ISCAPC (1998). **Estudio de Mercado de seguros** en la región de ISCAPC.
- 25) MAGNOLI, Alessandro (2001) **Cuentas nacionales de salud en América Latina y el Caribe: Concepto, resultados y política de empleo.** Universidad de Harvard - BID / INDES.
- 26) Mossialos, E., Dixon A., Figueras, J. and Kutzin, J.,(eds.). **Funding health care: options for Europe,** European Observatory on Health Care Systems, 2002.
- 27) MSPAS (2007). **La situación de salud y su financiamiento: Cuarto Informe. Período 2004-2005.** Unidad de Planificación Estratégica. Guatemala. Pp. 9 y 56.
- 28) MSPAS. **Situación de Salud y su Financiamiento 2006.** MSPAS – Unidad de Planificación Estratégica. (en edición para publicación). Pp. 63-65.
- 29) OECD (2000). **A System of Health Accounts.** OECD Publications Service, París.
- 30) Office of National Statistics, UK (2004) SHA Guidelines: **Practical guidance for implementing A System of Health Accounts in the EU.** Eurostant Project: “Support Package for Applying the Manual of Health Accounts in the EU”.
- 31) OMS (2004). **Guía del productor de cuentas nacionales de salud: con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios.** En línea: <http://www.who.int/nha/docs/Spanish%20Guide.pdf>

- 32) OPS (2005). **Manual de Cuentas Satélite de Salud: Propuesta**. Washington.
- 33) Raciborska D., P. Hernández y A. Glassman (2008). **Accounting for Health Spending in Developing Countries**. *Health Affairs* 27, no. 5 (2008): 1371–1380; 10.1377/hlthaff.27.5.1371.
- 34) SHANNON, Claude (1949) **A Mathematical Theory of Communication**. The Bell System Technical Journal. Vol. 27, 379-423. Julio – Octubre de 1949. Pp. 21, 23, 30.
- 35) UNITED STATES (1990) **Intelligence Analysis: Field Manual No. 34.3**. Headquarters, Dept. of the Army. Washington D.C. March 15, 1990. Pp 2-1 a 2-18.

6 ANEXOS

6.1 Cita bibliográfica de los informes de cuentas de salud

- MAGNOLI, Alessandro (2001) **Cuentas nacionales de salud en América Latina y el Caribe: Concepto, resultados y política de empleo**. Universidad de Harvard - BID / INDES. <http://indes.iadb.org/pub/I-17UE-Es.pdf>
- RATHE, Magdalena (2005) **Análisis de las Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana 2002**. Fundación Plenitud, Santo Domingo.
- BITRÁN, Ricardo y Enrique Saint Pierre (2004). **Modelo de Financiamiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala**. USAID – MSPAS.
- BARILLAS, Edgar y R Valladares (2002). **Protección Social en Salud: Guatemala**. Informe de GSD Consultores para OPS/OMS y MSPAS. En: www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=214
- OPS (2007) **Health in the Americas: Guatemala**. Volume II: Countries. <http://www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesing/Guatemala%20English.pdf>
- OPS (2007) **Perfil de Salud de Guatemala**. Monitoreo de los procesos de reforma. Washington, DC. <http://www.lachealthsys.org/documents/perfildelsistemadesaluddeguatemala-ES.pdf>
- PROYECTO DIALOGO (2008) **¿Quién financia el sistema de salud en Guatemala?** Serie Análisis de Política no. 1. Diálogo para la Inversión Social en Guatemala, USAID | AED.
- ABRAMSON, Wendy, Anabella Sánchez, y Nadia Olson (2006) **Diagnóstico de la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos en Guatemala: Fortalezas y Retos de los Servicios de Planificación Familiar en Guatemala**. Guatemala: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadh227.pdf
- GUATEMALA (2007) **Séptimo informe periódico de Guatemala** en cumplimiento del artículo 18 de la Convención contra la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Período 2004 – 2007. http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/CEDAW.C.GUA.7_sp.doc
- CEPAL – SEGEPLAN (2005) **Efectos en Guatemala de las lluvias torrenciales y la tormenta tropical Stan**, Octubre de 2005. <http://www.segeplan.gob.gt/stan/docs/InformeGuatemala.pdf>
- VALLADARES, Ricardo (2006). **Situación y tendencias del financiamiento de la salud en Guatemala**. PHR+ / Calidad en Salud.

- OMS: Bibliografía de Cuentas: <http://www.who.int/nha/bib/en/index.html>

6.2 Informes Disponibles para Descarga (PDF):

- PROYECTO DIÁLOGO para la Inversión Social en Guatemala (USAID|AED): http://www.proyectodialogo.org/documents/salud/cuentas_salud_1998.pdf
- OPS-USAID: Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=27&Itemid=244

6.3 Entrevistas con Actores Claves

La segunda etapa del proceso comprende una serie de entrevistas con actores claves. Aunque ha habido conversaciones iniciales con la mayoría de las entidades y personas referidas en la tabla, está previsto cubrir un ciclo de entrevistas basadas en las propuestas de este informe sobre las cuales se alcance consenso.

Entidad	Cargo	Nombre
Asociación Nacional del Café	Director Fundación del Café	Mynor Maldonado
Fundación Visión Guatemala	Director	Mario García Lara
IGSS	Director Planificación	Vidal Herrera Herrera
Ministerio de Salud Pública	Gerente General	Albertico Orrego
Ministerio de Salud Pública	Subdirector de Planificación	Edgar González
Ministerio de Salud Pública	Equipo de Cuentas de Salud	Rafael Esquivel, Gutiérrez, Juan Luis Orantes
Observatorio del Gasto Social / CIIDH y Coordinadora de ONG y Cooperativas de Guatemala (CONGCOOP)	Coordinadora de Monitoreo del Gasto en Salud	Edna Calderón
OPS	Asesor Desarrollo de Servicios	Rigoberto Centeno
Secretaría de Planificación	Secretaria General	Karin Slowing Umaña
USAID	Director Proyecto Diálogo para la Inversión Social	Félix Alvarado
UNDP	Directora Informe de	Linda Asturias

Entidad	Cargo	Nombre
	Desarrollo Humano	
BID	Especialista en desarrollo social	Nohora Rocío Alvarado
INE	(pendiente)	(pendiente)
BANGUAT	(pendiente)	(pendiente)