



Financiamiento y gasto en salud

Guatemala periodo 2016-201



GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE
GUATEMALA

MINISTERIO DE SALUD
PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL



Análisis técnico 2016-2017 sobre el financiamiento y gasto en salud en Guatemala

Unidad de Planificación Estratégica

Introducción

Las realidades y perspectivas del financiamiento y del gasto en salud en el país deben ser elementos importantes en la toma de decisiones presupuestarias y técnicas. Desde comienzos del año 2014 la población guatemalteca inició a percibir una crisis que se agudizó en el 2015 y a partir de allí se ha hecho permanente en el Sistema de salud. Esto obligó a los ciudadanos a tomar decisiones de financiamiento importantes que se observan en dos vías, la primera es una decisión drástica que implica reducir el gasto de bolsillo de los hogares a través de renunciar a las atenciones hospitalarias y de consulta externa pagadas. Esta decisión implica orientar sus acciones de recuperación de la salud directamente hacia las farmacias. Por la otra vía, para un estrato de la población más precavido, tales decisiones significaron recurrir a la compra de seguros médicos de consulta externa y hospitalización. La evidencia señala que los seguros médicos superaron ya el 50% de la siniestralidad total de los seguros de todo tipo, y en el caso de la compra de medicamentos, la curva de consumo de estos alcanzó en 2016, el mismo monto que el costo de la hospitalización y continúa ascendente. En el sector privado estas acciones han implicado orientar las inversiones hacia la construcción de clínicas médicas y la ampliación de los servicios de las aseguradoras.

De acuerdo con las tendencias del presupuesto ejecutado del sistema de salud, no existe evidencia de que Guatemala como Estado haya abandonado la garantía del Derecho a la salud de la población. Inclusive se observa cómo hay un crecimiento mayor para el presupuesto del Ministerio de Salud en 2017 en comparación con sus asignaciones históricas. Sin embargo, también es evidente que el Sistema de Salud, con sus mecanismos actuales de financiamiento no ha sido capaz de responder a un crecimiento acelerado de la demanda de servicios de salud como consecuencia de un incremento significativo en la morbilidad a nivel nacional. En los últimos 5 años la demanda de atenciones de salud ha crecido en 10 millones de nuevas consultas.

La crisis en el sector salud, representa un efecto de las dos crisis mundiales acontecidas en Estados Unidos y Europa, sumado a las catástrofes climáticas del periodo 2010-2017 que afectaron la capacidad productiva del país, impactando el crecimiento del Producto Interno Bruto y por lo tanto haciendo caer la carga tributaria, lo que limitó la liquidez del sector público nacional en general y por ende las asignaciones presupuestarias del MSPAS no pudieron ser mayores. Aun así, en 2015 la Junta Directiva del IGSS autorizó una contracción presupuestaria de 1,000 millones para el programa EMA, lo que originó desabastecimiento de medicamentos, principalmente en el segundo semestre del 2015 y para complicar más el panorama, la Junta Directiva en pleno, se vio involucrada en problemas de corrupción y fue puesta a disposición del Organismo Judicial.

Los factores internacionales, climáticos e internos antes mencionados también son la causa del incremento de la pobreza general en el país, lo que ha obligado a la población a recurrir a servicios de salud públicos y gratuitos, pero se ha topado con una barrera que tiene que ver principalmente con la capacidad instalada de este sector. Es evidente que el incremento presupuestario de los proveedores de salud no ha sido suficiente para incrementar su capacidad instalada. Ni siquiera ha permitido el remozamiento de los edificios que ya existen. Esto se ha agravado por la ocurrencia de movimientos sísmicos de intensidad significativa, el más reciente en 7 de septiembre de 2017.

En el caso del MSPAS por ejemplo, se contabilizan 84 centros de salud con grietas, 449 puestos de salud con filtraciones y esto se suma a 402 puestos de salud que no tienen servicio de agua, 54 puestos de salud con drenajes hacia la calle, 235 puestos de salud que no tienen servicio de energía eléctrica y en definitiva 976 servicios del primero y segundo nivel de atención con infraestructura en muy malas condiciones. Se ha calculado que el financiamiento necesario para corregir estos problemas rebasa a grosso modo los 2,000 millones de Quetzales, dinero que por supuesto, no se tiene. A esto hay que sumarle el estado estructural de los hospitales del MSPAS, que también deben ser objeto de inspección estructural.

Adicionalmente, en los últimos dos años, el tema del abastecimiento de medicamentos ha tenido que sufrir errores humanos y legales. En el año 2017 se observa una contracción de las compras en todo el Estado y como consecuencia se prevé desabastecimiento para el año 2018, no sólo de medicamentos sino de otros insumos en general.

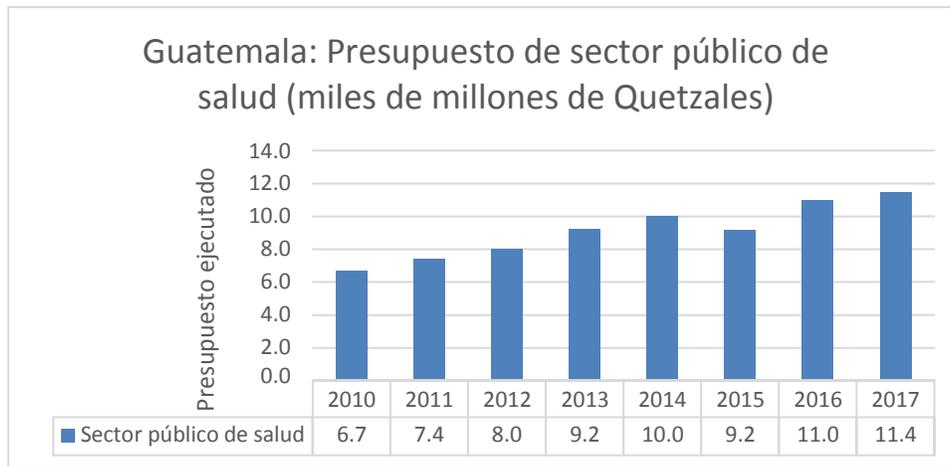
Otra situación de impacto es el crecimiento esperado de la nómina de sueldos y salarios del personal presupuestado en el MSPAS (011, 021, 022 y 031). Lo acordado en el Pacto Colectivo de Condiciones de Trabajo en 2014 muestra una tendencia de crecimiento acelerado de las necesidades de financiamiento para la planilla, principalmente porque los incrementos acordados se dan en un porcentaje no del sueldo base sino de la sumatoria de los bonos existentes (que también crecen porcentualmente a partir de 1 año de antigüedad), esto significa un círculo de incrementos que hace que los desembolsos realizados en un año pasen a constituir la base sobre la cual se aplicarán los incrementos presupuestarios de recursos humanos del año siguiente, esto ocurre en la misma lógica del cálculo del interés compuesto con capitalización anual.

Las principales consecuencias de estos acuerdos salariales son: una reducción de la capacidad de gestión institucional cuyo margen de desplazamiento se ve reducido año con año y la imposibilidad de incrementar sustancialmente la plantilla del personal de salud que permita enfrentar el incremento de la morbilidad.

Estos y otros elementos se analizan a continuación.

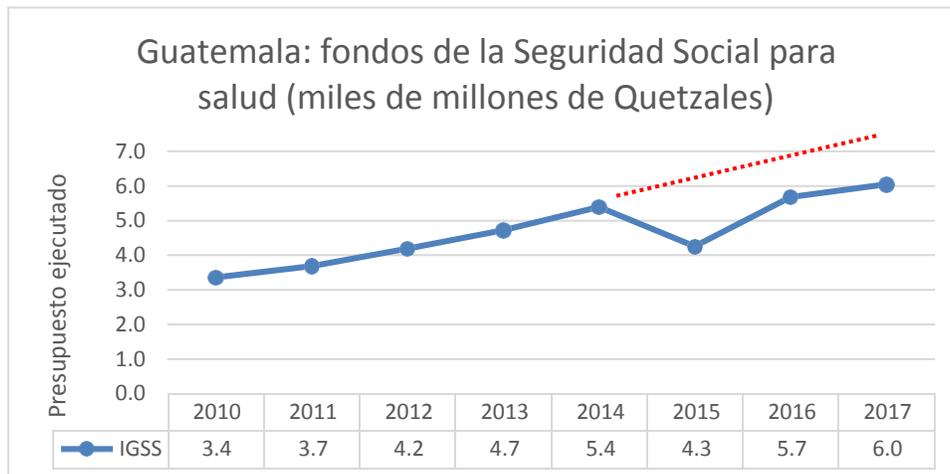
Presupuesto para el Sector Salud

El presupuesto para el Sector Público de Salud está constituido por las asignaciones presupuestarias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (en adelante denominado MSPAS), sumado a las asignaciones que el Seguro Social hace para el programa de Enfermedad, Maternidad y Accidentes de los afiliados (EMA-IGSS). Asimismo, se adicionan las asignaciones del Ministerio de la Defensa para el funcionamiento del Hospital Militar y las asignaciones que el Ministerio de Gobernación realiza para el funcionamiento del Hospital de la Policía Nacional Civil, estos últimos constituidos en el presupuesto de salud de las fuerzas armadas. Este presupuesto total se ejecutó durante el periodo 2010-2017 en montos que pasaron de 6,700 millones de Quetzales al inicio del periodo hasta 11,400 millones en el año 2017 (según las proyecciones realizadas a partir de la ejecución del 29 de septiembre de 2017).



Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud septiembre de 2017

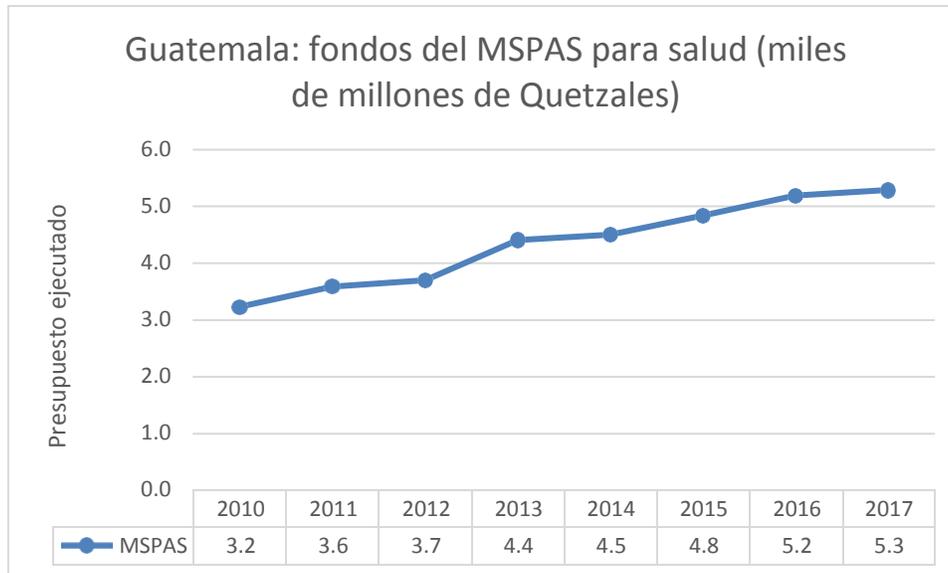
La caída del presupuesto total del año 2015, se realizó específicamente en el EMA-IGSS, mientras que el Ministerio de Salud y las fuerzas armadas mantuvieron incrementos. El ajuste del IGSS tiende a cambiar de tendencia a partir del 2016, cuando se recupera, pero cambia la pendiente de la curva.



Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud septiembre de 2017

Financiamiento y gasto en salud en Guatemala periodo 2016-2017

Es importante aclarar que el presupuesto que se reporta en el sector público de salud, corresponde específicamente a lo ejecutado en la prestación de servicios de salud; se excluye la parte de la asistencia social que realiza el MSPAS para la emisión de licencias, administración de cementerios, regulación de establecimientos expendedores de alimentos y de establecimientos privados que venden y manufacturan medicamentos. Por parte del Seguro social (IGSS) se excluye la parte de las prestaciones en dinero que realiza el IGSS por pensión, jubilación, sobrevivencia y aportes por cesantía laboral en periodo de enfermedad de los afiliados. Como se informó, el presupuesto del MSPAS no cambió la tendencia al incremento, durante el periodo.



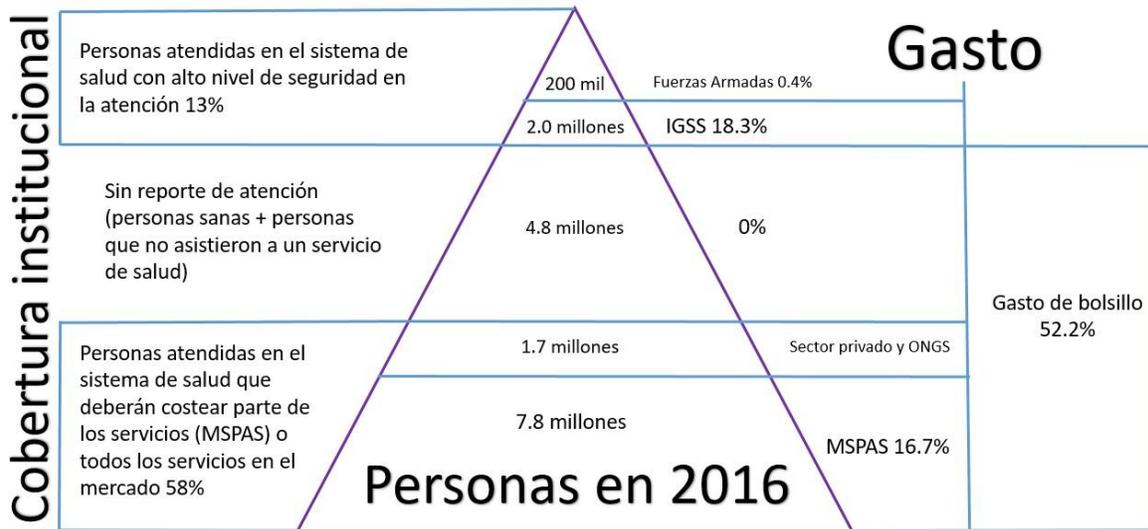
Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud septiembre de 2017

Se observa que el presupuesto del MSPAS para los servicios de salud ha mantenido crecimiento durante el periodo, pero lo ha hecho de forma más pronunciada en los años 2013 y 2016.

En los años 2012-2013 pasó de 3,700 millones de Quetzales a 4,400 millones. Asimismo, en los años 2015-2016 pasó de 4,800 millones de Quetzales a 5,300 millones. En ambos incrementos se nota que el Estado ha buscado garantizar el derecho a la salud de la población en momentos en que tal capacidad se ve reducida por otros proveedores, aunque cada entidad tiene sus propias limitantes, por otro lado, durante el año 2017 la baja ejecución presupuestaria del MSPAS fue significativa.

Por el lado del IGSS el presupuesto está dado en función de las contribuciones de los afiliados y sus patronos. Al respecto, el seguro social se ha propuesto “gestionar y controlar la recaudación y mora” a través de la implementación de procesos automáticos, como la planilla electrónica para los patronos de los afiliados. En el caso del MSPAS, las asignaciones presupuestarias están afectadas por limitantes estructurales, tales como la carga tributaria que cayó a partir del año 2014 por la también caída del Producto Interno Bruto del país, que ha tenido que enfrentar dos crisis económicas internacionales desde el 2008. Aun así, el MSPAS ha ejecutado, año tras año, un mayor presupuesto para la prestación de servicios de salud, pero al momento de alcanzar una asignación mayor como la del año 2017 (6,897 millones de Quetzales), su capacidad de ejecución limitada ha limitado también la ampliación de la cobertura.

Esta baja capacidad de ejecución es influyente en el alcance de los servicios de salud, sobre todo si se consideran las características específicas de país, que se pueden observar en la figura siguiente.



Fuente: MSPAS/UPE. Tendencias del Gasto en Salud. Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, junio de 2017

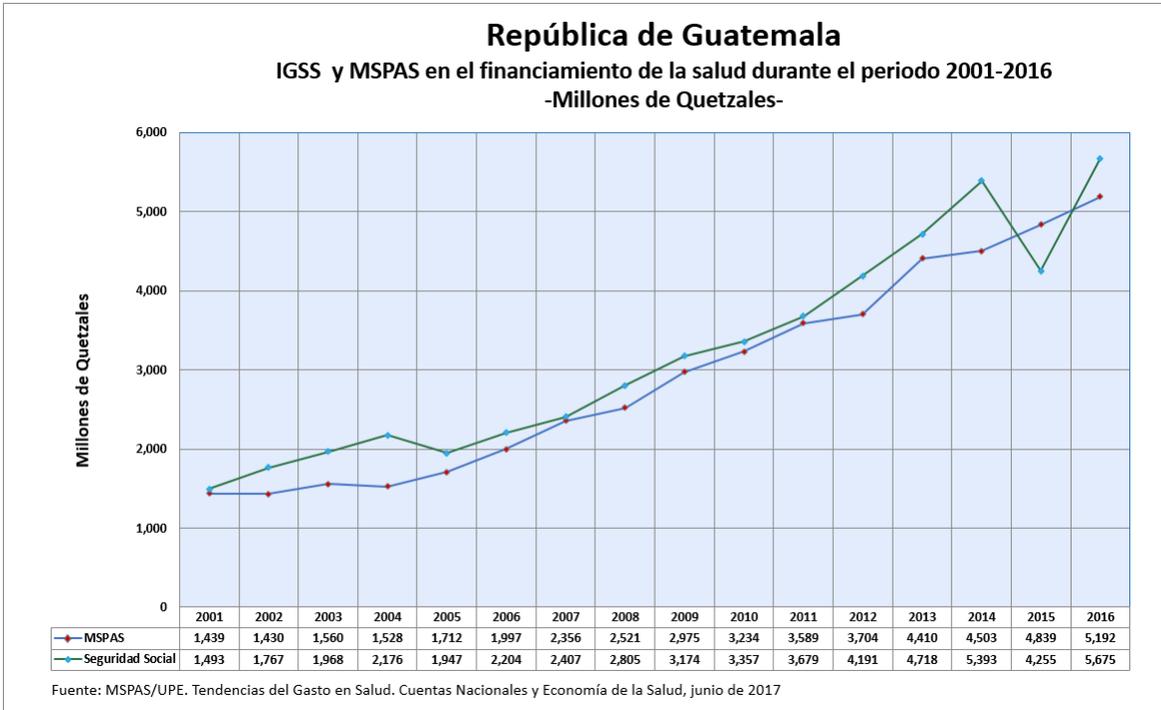
El sistema de salud guatemalteco está fundamentalmente respaldado por el gasto de bolsillo. Los hogares financian con sus propios recursos y de forma directa el 52.2% del gasto en salud. Estas aportaciones incluyen un complemento a la atención del MSPAS, ya que a pesar de haber alcanzado a una población en 2016 de 7.8 millones de habitantes, los pacientes atendidos en el MSPAS deben costear parte del tratamiento institucional y adicionalmente comprar los medicamentos y el equipo médico de apoyo (muletas, sillas de ruedas, medidores, etc.), según las recetas extendidas. En el gasto de bolsillo también se incluyen los complementos y pagos realizados a las ONG proveedoras de servicios de salud y por supuesto los pagos por la atención en establecimientos del sector privado.

El IGSS, en conjunto con los hospitales de las fuerzas armadas, atienden únicamente al 13% de la población. El sector privado cubrió las necesidades de salud de 1.7 millones de personas en 2016, aunque en ese caso el financiamiento fue 100% responsabilidad de los hogares. Otros financistas tienen una participación mucho menor.

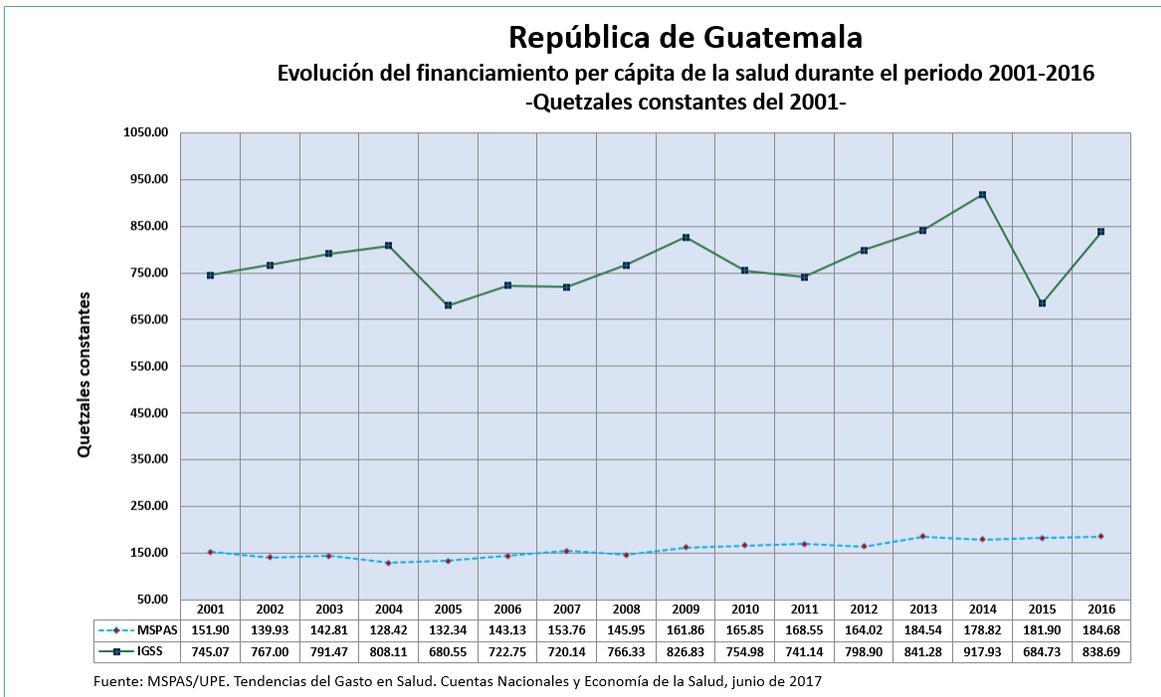
Dos aspectos muestran la debilidad financiera del sistema de salud. La primera está dada por la disparidad entre el financiamiento del MSPAS y el financiamiento del IGSS como los dos grandes proveedores de servicios de salud.

A pesar de que históricamente los presupuestos de ambas instituciones se han apropiado el reconocimiento de ser los dos grandes financistas de servicios de salud en el país, en realidad quien establece los niveles de financiación es el Ministerio de Salud. Cuando el IGSS observa que la tendencia de sus erogaciones es mayor al MSPAS realiza ajustes inmediatos para corregir el gasto, obsérvese como ejemplo, lo ocurrido en los años 2004 y 2014.

Financiamiento y gasto en salud en Guatemala periodo 2016-2017



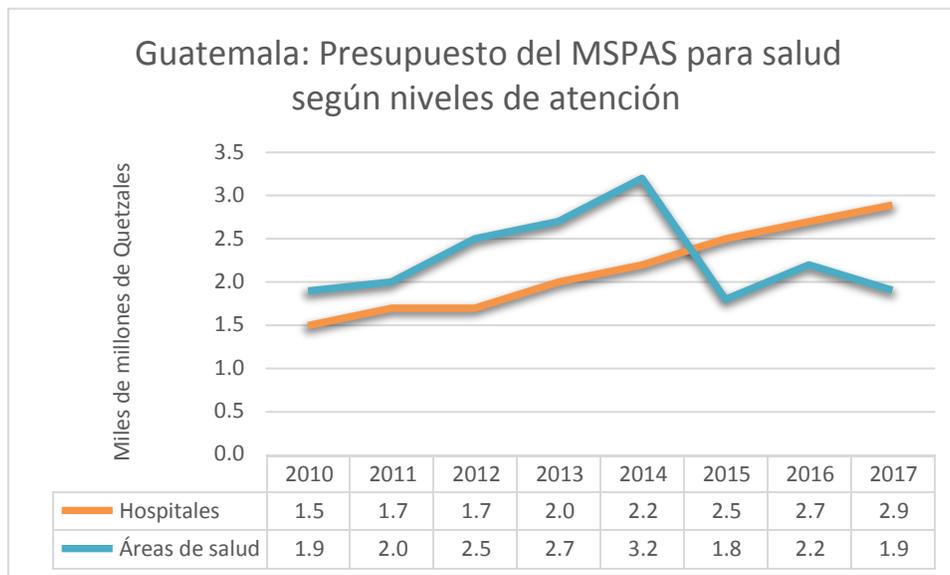
Sin embargo, ambos presupuestos no son comparables, por cuanto están orientados a grupos de población diferentes en magnitud. El análisis per cápita de la figura siguiente aclara este asunto.



Sin inflación y dividiendo el presupuesto ejecutado dentro de la cantidad de pacientes atendidos es posible observar que hay diferencia entre la cantidad de presupuesto que se utiliza en estas instituciones para atender a una persona. Posiblemente el IGSS esté gastando de más o el MSPAS esté gastando de menos en relación con las necesidades reales de atención.

Lo que sí se observa es que existe una brecha de servicios de salud diferenciados a partir de las asignaciones financieras institucionales. Lo anterior implica necesariamente hacer el análisis de eficiencia y eficacia de los proveedores, sobre todo cuando se observa que el gasto de bolsillo per cápita es superior al per cápita de estas dos instituciones. Pero a este tipo de análisis sólo se puede llegar si se conocen las enfermedades atendidas en toda la cadena de provisión. Esto está lejos ya que ambas entidades no cuentan con la información estadística que permita el seguimiento financiero de los pacientes, para cambiar este estado de las cosas, deberán inicialmente utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para el registro de sus fichas clínicas por paciente y contar con un código único de identificación sin importar el servicio que se preste.

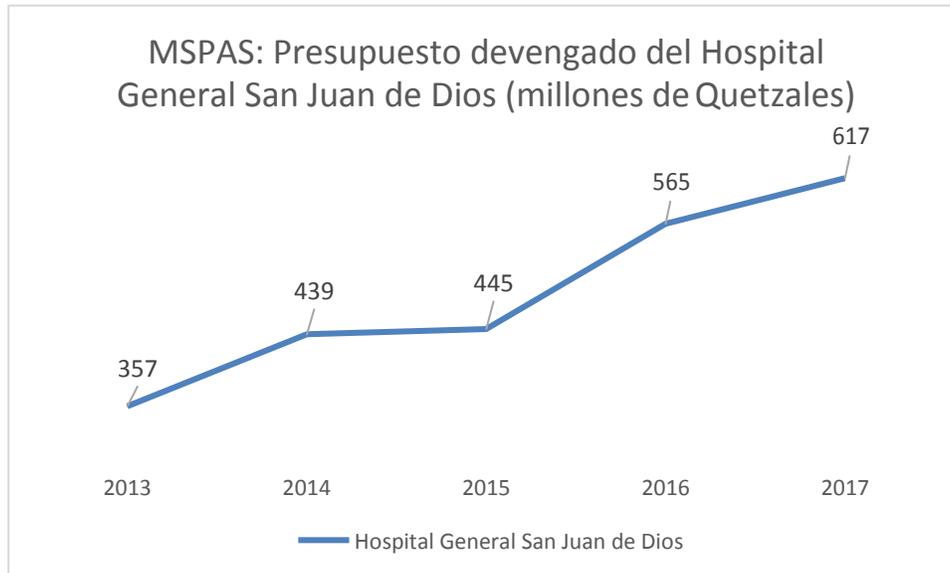
El otro tema en análisis es la distribución presupuestaria al interior de la misma institución. La gráfica siguiente muestra cómo dentro del MSPAS se han tomado decisiones presupuestarias que señalan las prioridades políticas del gasto.



Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud septiembre de 2017

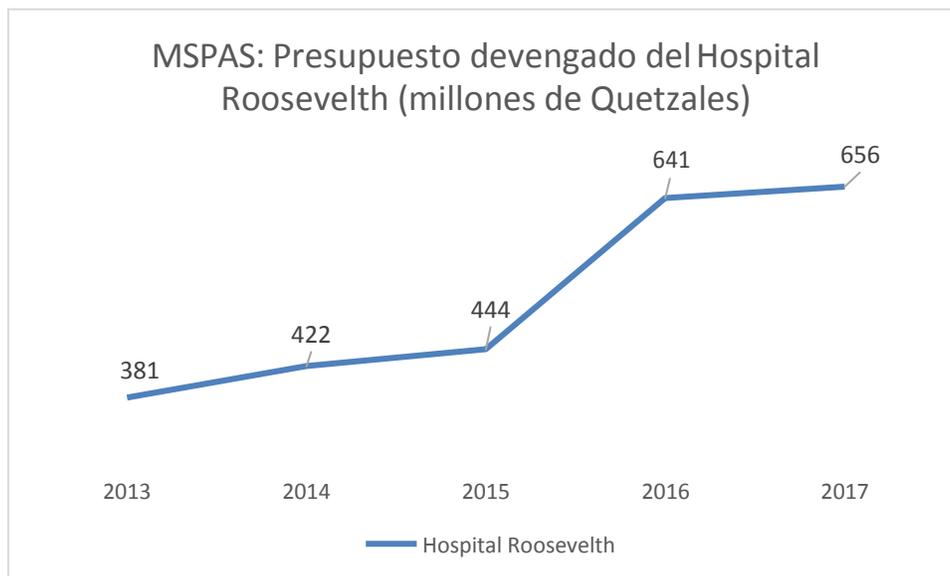
Hasta el año 2014 la prioridad presupuestaria del MSPAS estaba centrada en las áreas de salud, a partir del año 2015 y ante la crisis del sistema de salud, se redujo el presupuesto de las áreas y se incrementó el presupuesto de los hospitales. Se observa como al año 2017 la tendencia es a incrementar esa brecha.

Adicional al incremento del presupuesto hospitalario que sobrepasa el presupuesto de los servicios de salud del primero y segundo nivel de atención, se observa que, sobre un total de 44 hospitales, los incrementos de presupuesto sirvieron específicamente para los dos hospitales principales, Roosevelt y San Juan de Dios. A pesar de estos incrementos, ambos nosocomios reportan problemas financieros y desabastecimiento hasta en un 30% de sus insumos. Asimismo, autoridades de ambas instituciones han denunciado necesidades financieras para la recuperación de su capacidad instalada, específicamente por la falta de máquinas médicas y por la obsolescencia de la infraestructura de quirófanos.



Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud septiembre de 2017

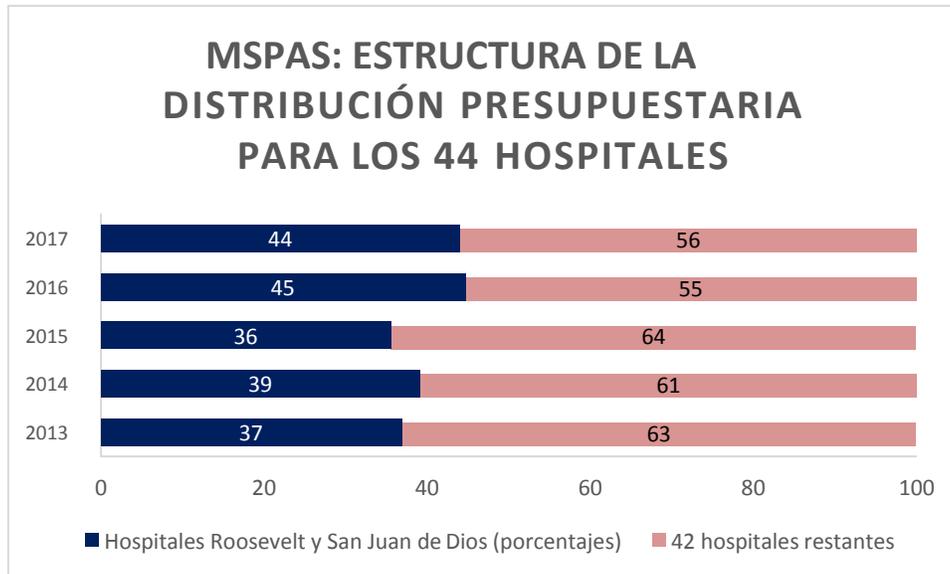
El hospital San Juan de Dios ha duplicado su presupuesto en un plazo de 5 años y se observa que los incrementos financieros han sido constantes.



Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud septiembre de 2017

El Hospital Roosevelt ha tenido incrementos sustanciales a partir de la crisis del año 2015, aunque su tendencia al incremento no ha sido constante. Se observa que el presupuesto de 2016 fue significativo, pero sólo funcionó como un ajuste a la tendencia de los incrementos del periodo 2013-2015 que debieron ser mayores, lo que llevó a esta entidad a funcionar con deuda y a colapsar presupuestariamente en el año 2015. El problema adicional que se observa es que de 44 hospitales únicamente estos dos han tenido incrementos significativos, a pesar de eso están en crisis.

Es importante hacer la observación de que el presupuesto asignado para los 42 hospitales restantes del MSPAS muestran necesidades financieras comparables con las necesidades financieras de los puestos y centros de salud. En el año 2017 el presupuesto del Roosevelt y San Juan de Dios unificado se consumió el 44% de los recursos dispuestos para la atención hospitalaria a nivel nacional.



Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud septiembre de 2017

Los elementos antes analizados muestran la necesidad de hacer una profunda reforma estructural en el sistema de salud, ya que alimentar el comportamiento histórico de las asignaciones presupuestarias con incrementos reaccionarios no mejoran la prestación de los servicios, únicamente postergan la existencia de esquemas de financiamiento incapaces de atender las crecientes demandas de la población.

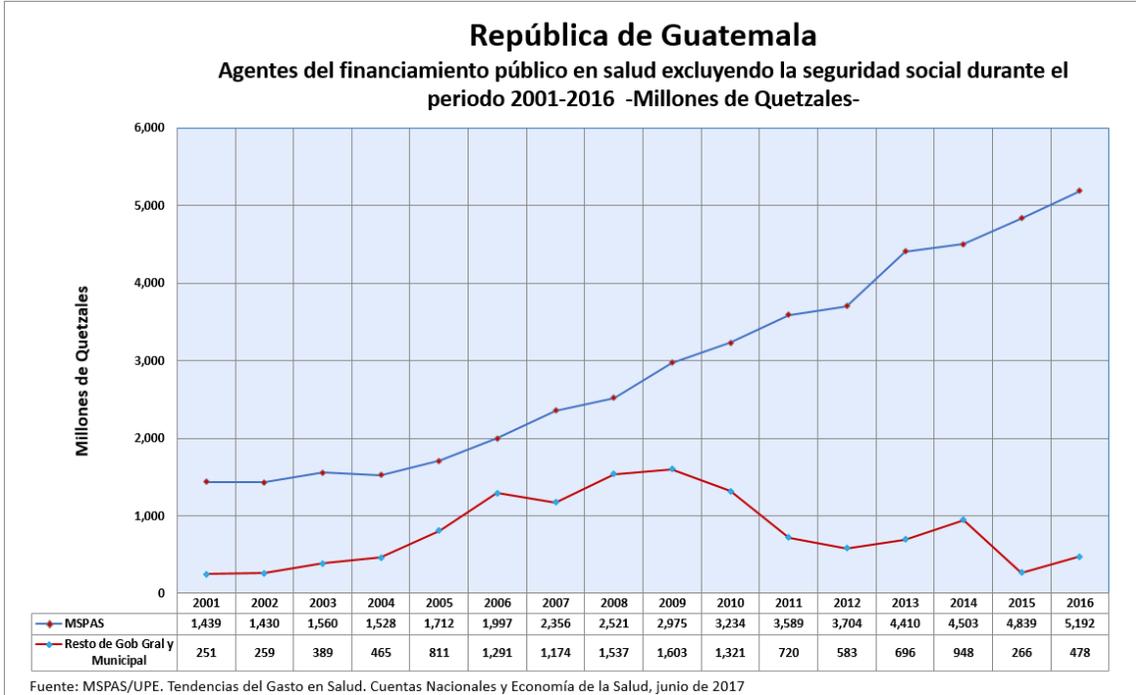
Al hablar de población es posible analizar la asignación presupuestaria comparada con las condiciones económicas de los demandantes de servicios de salud. Un esquema de financiamiento apropiado debiera asignar mayor presupuesto a aquellas poblaciones que muestran menos capacidad económica para reaccionar a las enfermedades. Esto para evitar que un padecimiento se constituya en un gasto catastrófico para las familias.

El crecimiento acelerado de la morbilidad en el país tiene orígenes geográficos. Un análisis general del deterioro social y económico del país, como consecuencia de fenómenos naturales y sociales que no son manipulables por el Gobierno de Guatemala, muestra por qué los acontecimientos recientes han impactado en el crecimiento de los índices de pobreza, y en definitiva explican el crecimiento acelerado de la morbilidad en el país.

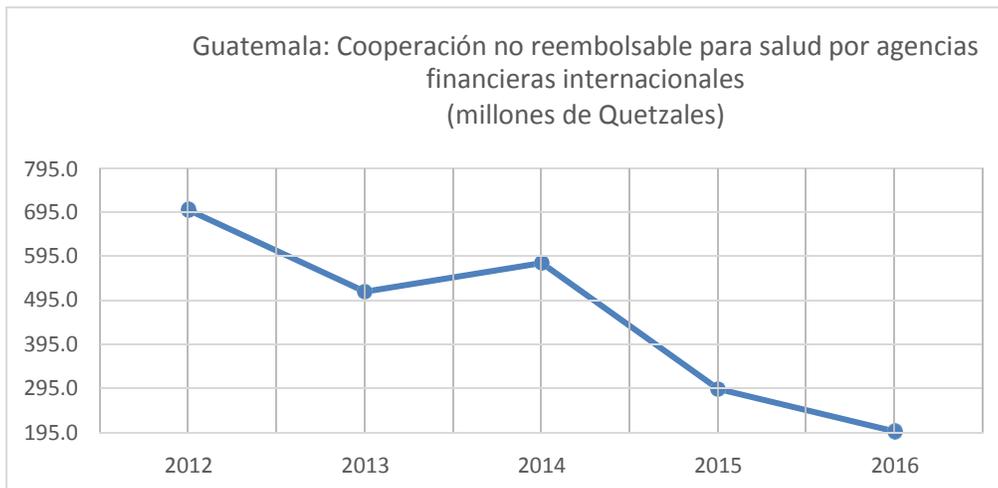
Inicialmente hay que reconocer que las acciones dispersas de las instancias que invierten en salud no solucionan la crisis, hállese de programas de gobierno paliativos que sólo provocan un incremento del gasto en salud, al mismo tiempo que repercuten en la pérdida de recursos, los cuales al momento de cambiar el escenario político cambiarán el destino del gasto.

Financiamiento y gasto en salud en Guatemala periodo 2016-2017

Esto se trae a colación debido a que en este análisis no se está considerando que existen innumerables instituciones que atienden las necesidades de salud (por ejemplo, las municipalidades y las ONG), pero como se observa a continuación dichos presupuestos se han venido reduciendo dejando la responsabilidad directa del financiamiento de los proveedores de salud en el MSPAS.

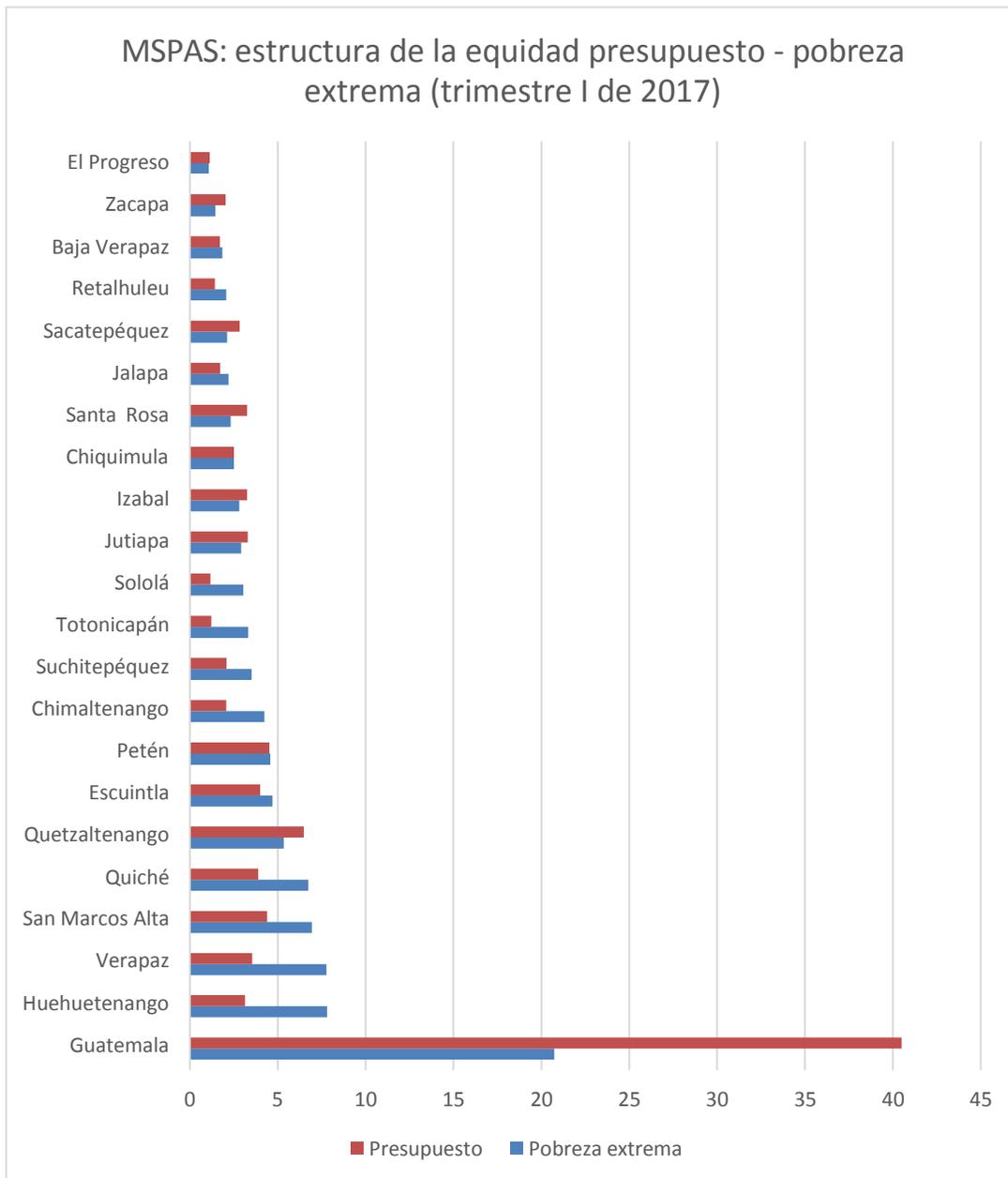


Desde el año 2009 las municipalidades han venido reduciendo sus aportaciones a la recuperación de la salud de la población, lo mismo ha ocurrido con el resto del Gobierno General. Por supuesto que existen razones económicas para ese retiro, principalmente cuando es necesaria la recuperación de la capacidad productiva del país ante la pérdida de puentes, carreteras y casas, como consecuencia de los fenómenos climáticos y sísmicos de ocurrencia reciente. La comunidad internacional también ha retirado su apoyo.



Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud septiembre de 2017

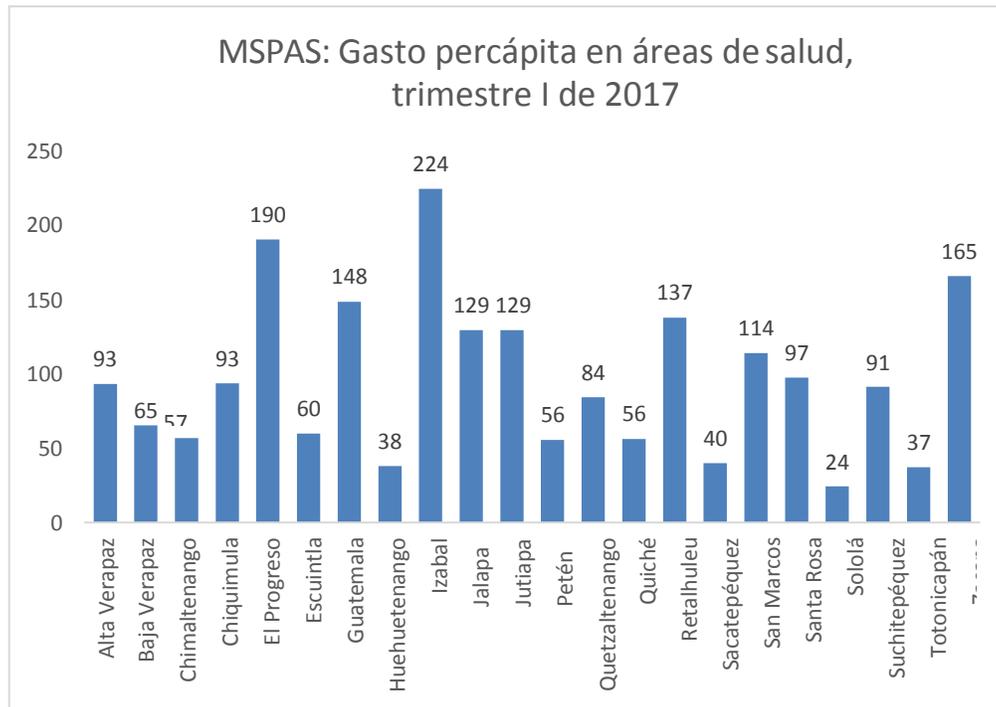
Las razones presentadas señalan que para evaluar el impacto del presupuesto para la salud pública es conveniente utilizar únicamente la información financiera del MSPAS y cómo responde ésta a las condiciones económicas de la población.



Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud septiembre de 2017

Nótese que el porcentaje de asignación presupuestaria debiera ser mayor (barras rojas) que el porcentaje de pobreza a nivel departamental. Esto en el presupuesto del MSPAS se cumple únicamente en los departamentos de Guatemala, Quetzaltenango, Jutiapa, Izabal, Santa Rosa, Sacatepéquez, Zacapa y El Progreso. Un total de 14 departamentos y una cantidad muy alta de municipios no cuentan con el financiamiento apropiado para la atención de la salud en el sector público.

El análisis per cápita de las asignaciones departamentales muestra los lugares que necesitan intervención.



FUENTE: Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, 2017. Análisis sobre la calidad del gasto

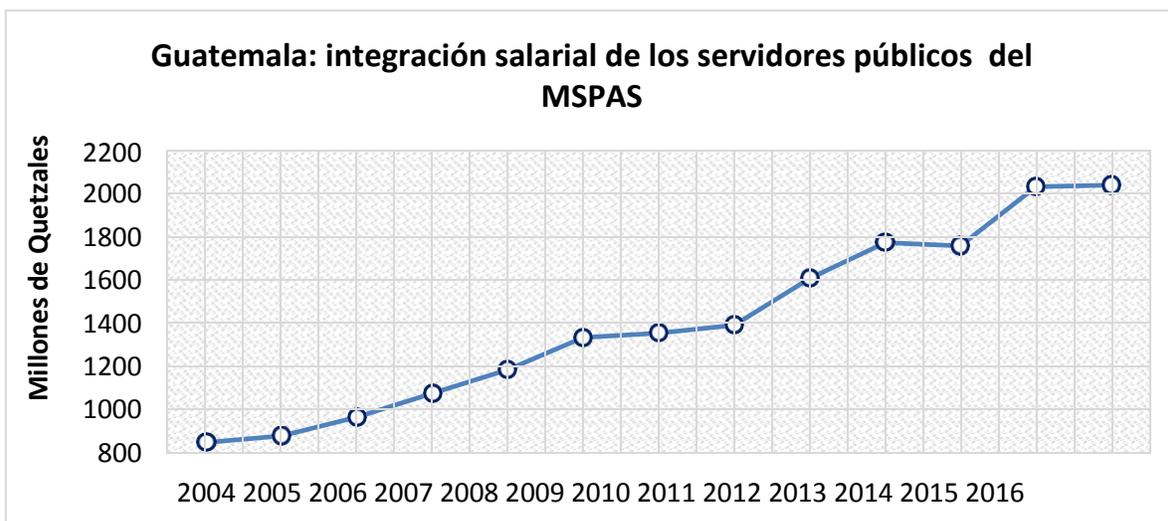
Cuando se observa que, en Sololá, el sistema público de salud está gastando 24 Quetzales por persona atendida en un trimestre, se evidencia por qué la población guatemalteca siente el abandono del Estado en materia de salud. Al observar que Sololá y Totonicapán figuran entre la población con más altas tasas de desnutrición se señala la inequitativa distribución de los recursos con que se cuenta.

Por último, en este breve y no exhaustivo análisis es importante considerar el destino del gasto en salud durante el proceso de producción de los servicios. Al utilizar este enfoque se observa que únicamente dos insumos son los prioritarios en el MSPAS. El primero es la remuneración de los recursos humanos, el segundo es el gasto en medicamentos y material médico quirúrgico. Aparecen en una tercera posición las transferencias a instituciones de salud nacionales e internacionales. En este tercer rubro es necesario aclarar que dichas transferencias se hacen en respuesta a la legislación establecida que ordena al MSPAS a trasladar montos específicos de financiamiento a los Bomberos Voluntarios, a la Asociación de obras sociales del Hermano Pedro, al Club de Leones, a la Cruz Roja Guatemalteca, a FUNDABIEM, a UNICAR, a Caritas Arquidiocesana, al INCAP, a OPS y en fin a un total de 45 entidades que no se pueden considerar en la prestación de servicios de salud del MSPAS. Por lo tanto, ese tercer rubro de gasto queda fuera del análisis para medir el impacto de la atención por la vía presupuestaria. El resto de insumos tienen erogaciones insignificantes a nivel nacional.



Fuente: MSPAS (2017). CNYES. Comportamiento financiero por objeto del gasto. Primer semestre de 2017.

Los alimentos para los internos hospitalarios y los reactivos de laboratorio se ubican en una tercera posición de gasto. En esta gráfica se evidencia el comportamiento inercial del gasto público en salud y la razón por la cual la maquinaria y el equipo médico, la infraestructura incluido el remozamiento y la reparación de hospitales, la implementación de nuevos servicios de energía eléctrica y la ampliación de cobertura están fuera de alcance. El gasto en Recurso Humano es creciente y no significa mayor cantidad de trabajadores. La forma de remunerarlos es técnicamente errónea.



Fuente: MSPAS (2016). Cuentas Nacionales y Economía de la Salud. Por qué hay crisis en salud. Diciembre de 2016.

El recurso humano del MSPAS está integrado por servidores públicos y personal temporal. En la gráfica se puede observar el comportamiento de los sueldos y salarios de los servidores públicos. Este grupo de recursos humanos pasó invariable entre los años 2004 y 2015 modificándose entre 21,008 y 21,855 trabajadores. Únicamente en el año 2016 dicho personal se incrementó para alcanzar 25,549 trabajadores. Este cambio no afectó la remuneración de dicho año por cuanto aún no se cumplió el primer año de antigüedad a partir del cual se aplican los incrementos salariales por la vía de bonos de aplicación mensual y bonos de aplicación anual.

Con esta información se puede determinar que el costo de la planilla de personal del MSPAS cambió de 800 millones de Quetzales hasta 2,000 millones de Quetzales sin tomar en cuenta la remuneración de los trabajadores por contrato (029, 036, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188 y 189), los servidores públicos han incrementado sus sueldos y salarios como resultado de los bonos aprobados.

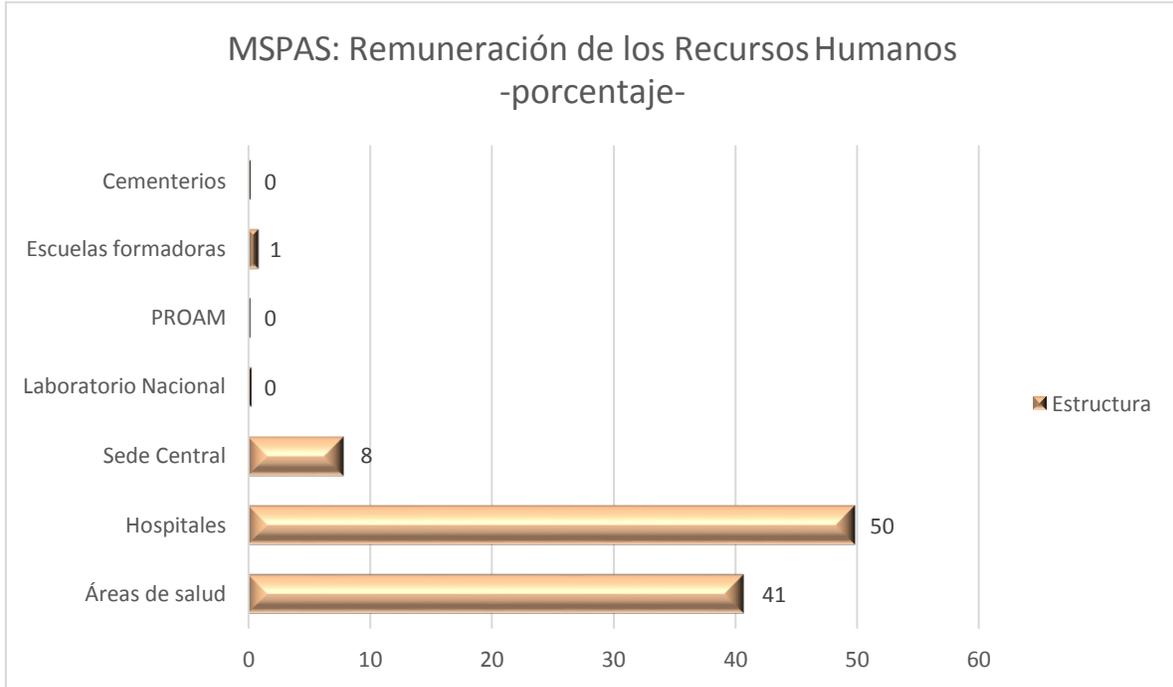
Los beneficios de tales trabajadores son de dos tipos, bonos anuales y bonos mensuales. Entre los bonos anuales se cuentan: el Bono anual Decreto 74-78, Bono Acuerdo Gubernativo 642-89, Bono Acuerdo Ministerial 414-2014, Bono Decreto 42-92, Bono Acuerdo Ministerial 1454-2009, Bono Acuerdo Ministerial 446-2014 y Bono APRA/ONSEC-DTP 1571-2013. Entre los bonos mensuales se cuentan: Bono Acuerdo Gubernativo 327-90, Bono Acuerdo Gubernativo 838-92, Bono Acuerdo Gubernativo 580-97, Bono Decreto 37-2001, Bono Acuerdo Ministerial 529-2001, Bono Acuerdo Ministerial 998-2002, Bono Acuerdo Ministerial 2385-2005, Bono Acuerdo Ministerial 791-2007, Bono Acuerdo Ministerial 958-2009 y Bono Acuerdo Ministerial 403-2012.

La característica de la mayoría de bonos es la aplicación de un porcentaje sobre el salario base, porcentaje que crece (5%, 10%, 20%, 40%, 60%, 80%, 100%) conforme avanzan los años de antigüedad del trabajador, pero llama la atención el último bono que se inició a pagar en septiembre del año 2013 por la aprobación del Pacto colectivo de Condiciones de trabajo, en el cuál se establece que los porcentajes de dicho Bono no se aplicarán al salario base sino que se deben aplicar a la sumatoria del sueldo base con los otros bonos mensuales recibidos. El primer pago de este controversial bono denominado (BAR), se hizo en el mes de junio de 2015 y se pagó de forma retroactiva a partir del mes de septiembre de 2013 teniendo como consecuencia un incremento significativo en el costo de la planilla.

Y dónde se paga más en concepto de recursos humanos. Según la información de la ejecución presupuestaria del año 2017, el mayor porcentaje de destino del gasto en recursos humanos ocurrió en los hospitales del MSPAS. En segundo lugar, se ubicó el pago de salarios y honorarios en las áreas de salud para las administraciones departamentales, los centros de salud y los puestos de salud.

El tercer lugar lo ocuparon las erogaciones de recursos humanos pagadas en la sede central que implica el Edificio Central en la Zona 11 capitalina y los edificios anexos, incluyendo el edificio del SIAS en la zona 1 capitalina y los edificios de las zonas 9 y 10, siempre en la ciudad capital. Luego de las escuelas formadoras el resto de las erogaciones de recursos humanos son mínimas.

Financiamiento y gasto en salud en Guatemala periodo 2016-2017



Fuente: MSPAS (2017). CNYES. Comportamiento financiero por objeto del gasto. Primer semestre de 2017.

En el caso de los medicamentos, el cuadro siguiente resume los montos de financiamiento en el Sistema público de salud.

República de Guatemala: Gasto en medicamentos en el sector salud

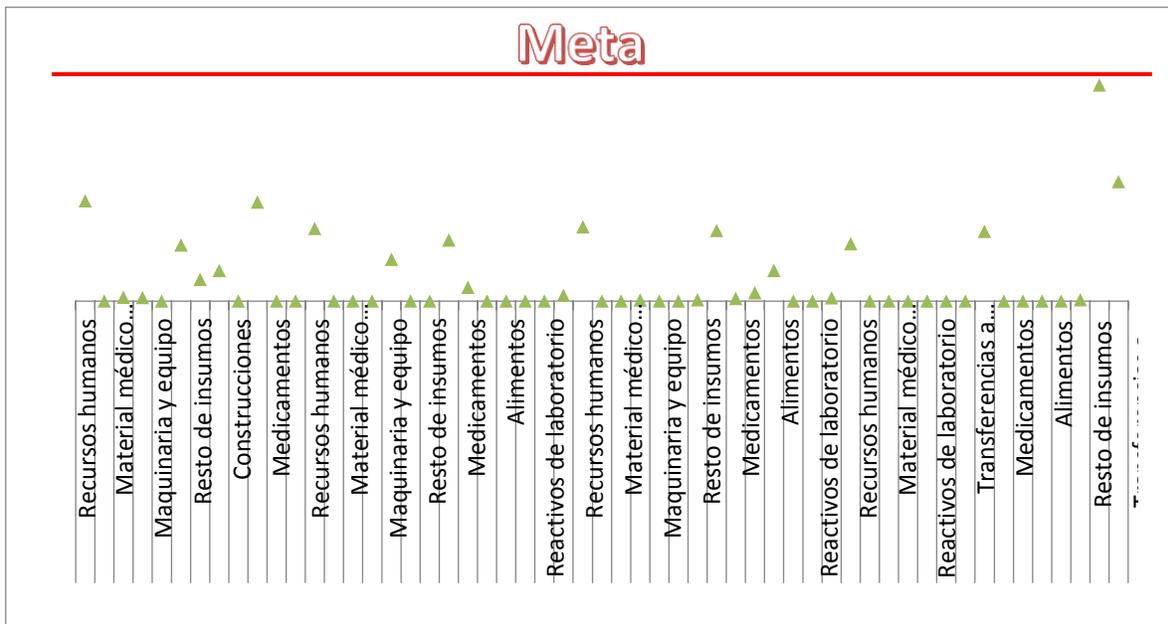
| Descripción | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| MSPAS renglón 266 | 411 | 496 | 531 | 477 | 512 | 691 | 868 |
| (-) PROAM | 23 | 15 | 13 | 14 | 14 | 22 | 11 |
| Medicamentos de MSPAS | 388 | 482 | 518 | 463 | 498 | 669 | 858 |
| Medicamentos Hospital PNC | 5 | 6 | 8 | 9 | 4 | 5 | 6 |
| Medicamentos Hospital Militar | 12 | 11 | 9 | 10 | 10 | 8 | 8 |
| Medicamentos resto Gob Central | 29 | 44 | 4 | 3 | 5 | 2 | 2 |
| Medicamentos Gobierno Desc. | 3 | 4 | 4 | 5 | 2 | 2 | 2 |
| Medicamentos IGSS | 1,362 | 1,411 | 1,669 | 2,020 | 2,281 | 2,629 | 2,384 |
| Medicamentos municipalidades | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 5 |
| Total, Gobierno | 1,801 | 1,959 | 2,214 | 2,511 | 2,803 | 3,317 | 3,264 |
| Consumo de medicamentos privado | 3,940 | 4,218 | 4,368 | 4,474 | 4,769 | 5,399 | 5,708 |

Fuente: MSPAS, Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, junio 2017, con reportes del SICOIN, MINFIN, renglón presupuestario 266 y estructura del gasto de bolsillo

Nótese que la participación del MSPAS no es tan significativa como las compras que realiza el IGSS para una menor población.

Ahora bien, todo lo analizado respecto del financiamiento de la salud tiene un elemento interno que afecta el desempeño de los programas planificados (administración institucional, salud materna infantil, desnutrición infantil, recuperación de la salud, etc.). Al hacer una evaluación sobre los niveles de eficiencia en la ejecución presupuestaria se observa que, en función de la meta de gasto establecida para el mes de septiembre de 2017, la gestión de áreas y hospitales es deficiente y el mayor logro se da en el rubro de recursos humanos, pero hay muchas actividades planificadas que tienen niveles de ejecución mínimos en relación con lo previsto en el POA.

MSPAS: evaluación de la ejecución presupuestaria en función de las metas de gasto a septiembre de 2017.



Fuente: MSPAS (2017). CNYES. Comportamiento financiero por objeto del gasto y programas presupuestarios.

Conclusiones

Guatemala cuenta con indicadores nacionales de salud que muestran amplias brechas frente a las metas asumidas internacionalmente. Esto se ve reflejado en un alto riesgo de enfermar y morir por causas evitables, así como por altas tasas de discapacidad por causas evitables, relacionadas con procesos de determinación social de la salud (ejemplo: pobreza, desigualdad, discriminación, violencia, dinámicas poblacionales, exposición geográfica al riesgo).

El gasto público en salud se concentra en el gasto del MSPAS y el gasto del IGSS en salud, los cuales en 2016 se encontraban cada uno en 1.1% del PIB, lo que se ha mantenido invariable desde 1995.

A pesar de los incrementos presupuestarios del MSPAS, en general, se puede afirmar que el presupuesto del Ministerio se encuentra en un estancamiento histórico, debido a las características estructurales del sistema de salud. Asimismo, se observa un problema adicional a partir del año 2017 y es la incapacidad de lograr las metas de ejecución presupuestaria lo que hace prever desabastecimiento en el futuro próximo.

El gasto de salud del MSPAS, clasificado por el costo de los factores, da cuenta que el rubro de recursos humanos mantiene la mayor participación del gasto en salud de la institución

Un nivel de análisis del gasto en salud a nivel territorial y por unidades ejecutoras del MSPAS, nos indica que el mayor gasto en salud de esta institución se concentra en el departamento de Guatemala, seguido por Quiché, Huehuetenango, San Marcos y Alta Verapaz. En el caso de Guatemala, este gasto se explica por la concentración de cuatro áreas de salud con una red de servicios casi exclusivamente conformada por un segundo nivel que tiene un mayor costo de operaciones que el primer nivel de atención que es mayoritario en el resto de departamentos y con varios hospitales en su red de servicios, particularmente los dos hospitales más grandes de referencia nacional donde se atiende a la población de todo el país.

De hacer una recomendación, se puede decir que es urgente realizar una mejora de la capacidad resolutive de los servicios metropolitanos del segundo nivel de atención con especialistas, medicamentos, insumos médico quirúrgico y equipamiento con el fin de disminuir la saturación de los dos principales hospitales nacionales de referencia y fortalecer a nivel nacional las redes de referencia y contra referencia, porque si se continúa reaccionando en una mayor asignación presupuestaria del Roosevelt y el San Juan de Dios, el presupuesto institucional tenderá a colapsar, debido a las condiciones de pago de los factores de producción, principalmente recursos humanos y medicamentos.

Es importante hacer una planificación específica para invertir en la recuperación de la capacidad instalada y ver las posibilidades de ampliar la cobertura a nivel de establecimientos de salud formales.

Bibliografía

MSPAS (2016). Cuentas Nacionales y Economía de la Salud. ¿Por qué hay crisis en salud? 45 páginas

MSPAS/UPE, 2017. Cuentas Nacionales de Salud. Tendencias del financiamiento de la salud, periodo 2010-2016. Junio de 2017. 156 páginas.

MSPAS/UPE, 2017b. Cuentas Nacionales y Economía de la Salud, julio de 2017. Análisis sobre la calidad del gasto en la ejecución presupuestaria institucional del año 2017 al primer trimestre. 84 páginas.

MSPAS (2017). Cuentas Nacionales y Economía de la Salud. Comportamiento financiero institucional por objeto del gasto. Primer semestre de 2017. 114 páginas.