

**EFICACIA DEL PROGRAMA DE EXTENSION DE
COBERTURA: Repercusiones para la Salud Pública
en Guatemala.**

(Tesis Doctoral)

**Autor: Alfredo Moreno Quiñonez
Director: Jorge Luis de León Arana**

GUATEMALA, OCTUBRE 2013

AUTORIDADES UNIVERSIDAD PANAMERICANA

**M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Rector**

**M. Sc. Alba Rodríguez de González
Vicerrectora Académica / Secretaria General**

**M. A. César Augusto Custodio Cobar
Vicerrector Administrativo**

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

**M. Sc. Alfred Kalschmitt
Decano**

**Dr. Carlos Interiano
Director Programa de Doctorado**

**Dr. Jorge Luis de León Arana
Director de tesis**

**Dr. Jesús de la Cruz Escoto
Revisor de Tesis**



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

DICTAMEN DE COMITÉ DE TESIS DOCTORAL

Nombre del Estudiante: **Alfredo Moreno Quiñonez**

Título de la tesis: **EFICACIA DEL PROGRAMA DE EXTENSION DE COBERTURA:
Repercusiones para la Salud Pública en Guatemala**

El Comité de Tesis,

Considerando:

Primero: Que ha leído el informe de tesis, donde consta que la estudiante en mención realizó la investigación de rigor, atendiendo a un método y técnicas propias de su campo.

Segundo: Que ha realizado todas las correcciones que le fueron planteadas en su oportunidad.

Tercero: Que dicho trabajo reúne las calidades necesarias de una investigación de doctorado.

Por tanto,

En su calidad de Comité de Tesis, emite **DICTAMEN FAVORABLE** para que continúe con los trámites de rigor.

Guatemala, 27 de abril de 2013

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Dr. Jorge Luis de León Arana
Director de Tesis

Doctor Jesús de la Cruz Escoto
Revisor de Tesis

Cc/estudiante
Archivo



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

APROBACIÓN DE REVISOR DE TESIS

El Director del Programa de Doctorado en Investigación Social

Virtud que el estudiante Alfredo Moreno Quiñonez ha finalizado su informe de tesis doctoral, de acuerdo al dictamen favorable emitido por su asesor, doctor Jorge Luis de León Arana.

ACUERDA:

Nombrar al doctor Jesús de la Cruz Escoto como REVISOR de dicho trabajo, debiendo emitir dictamen conjunto con el Dr. De León Arana después de su lectura.

Guatemala, 22 de Abril de 2013

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Vo.Bo. Dr. Carlos Interiano
Director del Programa

Cc/estudiante
Archivo



UNIVERSIDAD PANAMERICANA -UPANA-

DICTAMEN DEL DIRECTOR DE TESIS DOCTORAL

Nombre del estudiante: Alfredo Moreno Quinonez

Título de la Tesis: "EFICACIA DEL PROGRAMA DE EXTENSION DE COBERTURA": sus repercusiones para la salud pública en Guatemala.

Director de Tesis

Considerando

Primero: Que he leído el informe de tesis, donde consta que el estudiante en mención realizó la investigación de rigor, atendiendo a un método y técnicas propias de su campo.

Segundo: Que ha realizado todas la correcciones que le fueron planteadas en su oportunidad.

Tercero: Que dicho trabajo reúne las calidades necesarias de una investigación de doctorado.

Por tanto

En su calidad de Director de Tesis, emite **DICTAMEN FAVORABLE** para que continúe con los trámites de rigor.

Guatemala 15 de Marzo de 2013

"Sabiduría ante todo adquiere sabiduría"

Dr. Jorge Luis De León Arana
DIRECTOR DE TESIS

cc. Estudiante
cc. archivo



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

APROBACIÓN DE TEMA Y DIRECTOR DE TESIS

Licenciado
Alfredo Moreno Quiñonez
Presente

Distinguido Licenciado Moreno:

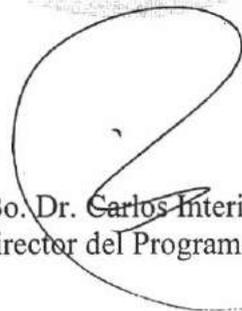
En relación a su solicitud de aprobación de tema de Disertación Doctoral cuyo título es "EFICACIA DEL PROGRAMA DE EXTENSION DE COBERTURA": repercusiones para la salud pública en Guatemala, me permito informarle que dicho tema ha sido aprobado.

Asimismo se le aprueba su solicitud para que el doctor Jorge Luis de León Arana dirija su trabajo de investigación, en cuanto a los aspectos metodológicos del mismo.

En virtud de lo anterior emite **DICTAMEN FAVORABLE** para que continúe con los trámites de rigor.

Guatemala, 04 de Febrero de 2013

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"



Vo.Bo. Dr. Carlos Interiano
Director del Programa



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

DICTAMEN DE DIRECTOR DE DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN SOCIAL

Nombre del Estudiante: **Alfredo Moreno Quiñonez**

Título de la tesis: **“EFICACIA DEL PROGRAMA DE EXTENSION DE COBERTURA”:
repercusiones para la salud pública en Guatemala**

El Director del Programa de Doctorado en Investigación Social,

Considerando:

Que ha tenido a la vista los dictámenes del Director de Tesis y Comité de Tesis, respectivamente, donde se hace constar que el estudiante en mención ha llenado los requisitos académicos de su Tesis Doctoral, cuyo título se hace constar en este documento.

Por tanto,

Extiende el presente Dictamen que faculta al interesado para que realice los pagos de rigor y demás trámites administrativos previos a fijar la fecha para realizar la Defensa de su Tesis.

Nombra como miembros del Tribunal de Graduación a los profesionales siguientes:

Doctor Jorge Luis de León Arana (Director)

Doctor Jesús de la Cruz Escoto (Revisor)

Doctor Carlos Interiano (Vocal)

Guatemala, 27 de mayo de 2013

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Dr. Carlos Interiano
Director Programa de Doctorado

Cc/estudiante
Archivo



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

ORDEN DE IMPRESIÓN DE TESIS DOCTORAL

Nombre del Estudiante: **Alfredo Moreno Quiñonez**

Título de la tesis: **“EFICACIA DEL PROGRAMA DE EXTENSION DE COBERTURA”:
repercusiones para la salud pública en Guatemala.**

El Decano de la Facultad de Ciencias de la Comunicación,

Considerando:

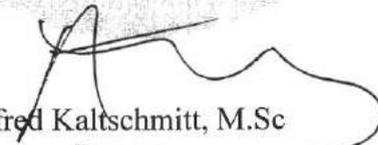
Que ha tenido a la vista los dictámenes del Director de Tesis, Comité de Tesis y del Director del Programa de Doctorado en Investigación Social, respectivamente, donde hacen constar que el estudiante en mención ha llenado los requisitos académicos de su Tesis Doctoral, cuyo título se hace constar en el informe de investigación.

Por tanto,

Autoriza la impresión de dicho documento en el formato y características que están establecidas para este nivel académico.

Guatemala, 26 de Agosto de 2013

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"


Alfred Kaltschmitt, M.Sc
Decano

Cc/estudiante
Archivo

El contenido del presente estudio es responsabilidad en su totalidad del autor.

Agradecimientos

A Dios: Ser Supremo que me ha acompañado siempre a lo largo de mi vida personal, profesional y académica.

A Mi Esposa: Doctora Silvia del Rosario González Paredes por su ayuda, comprensión y cariño, sin su apoyo no hubiera alcanzado este éxito.

A Mis Hijos: Alfredo y Cristina María porque ser ellos mi fuente de amor y estímulo para luchar en la vida, son mi fortaleza, para ellos dedicado este triunfo.

Agradecimiento en especial

Al Dr. Jorge Luis de León Arana por su apoyo técnico en el asesoramiento de esta tesis.

Al Dr. Jesús de la Cruz Scoto por su apoyo técnico en la revisión de esta tesis.

INDICE GENERAL

Índice de contenidos
Índice de tablas
Índice de gráficas
Índice de figuras
Abreviaturas
Glosario

INDICE DE CONTENIDOS

PARTE I. INTRODUCCIÓN

Pág.

CAPÍTULO 1..INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

1.1	La Reformas de Salud en América Latina	1
1.2	La Reforma de Salud en Guatemala y el Programa de Extensión de Cobertura	5
1.3	Marco de referencia metodológico para la realización del estudio	7
1.4	Objetivos del estudio	11
1.5	Tipo de estudio	11
1.6	Hipótesis de trabajo	12

CAPÍTULO 2..METODOLOGÍA Y FUENTES

2.1	Preguntas de investigación	13
2.2	Aspectos metodológicos	14
2.2.1	El método	15
2.2.2	El Diseño	19
2.2.3	Universo y muestra	20
2.2.4	Recolección de datos	20
2.3	Los instrumentos	22
2.3.1	variables	23
2.3.2	Indicadores	24
2.3.3	Medición de los indicadores	26
2.4	Análisis e interpretación de los datos	27
2.4.1	Modelo de análisis	27
2.5	Objeto de estudio	28
2.6	Fuentes de información	29
2.6.1	Fuentes primarias	29
2.6.2	Fuentes secundarias	29

PARTE II. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 3. SITUACION DE SALUD EN GUATEMALA: Determinantes y sus repercusiones.

	Pág.
3.1 La salud y sus determinantes	30
3.2 Características Demográficas	30
3.3 Empleo	32
3.4 Educación	33
3.5 Vivienda	35
3.6 Acceso a Servicios Públicos	37
3.7 Características Étnicas	38
3.8 Pobreza	41

CAPÍTULO 4. EL SECTOR SALUD EN GUATEMALA: La respuesta ante la Situación de Salud.

4.1 El Sector Salud	44
4.2 Regulación Sectorial	46
4.3 Provisión de Servicios	47
4.4 Acceso a Servicios	52
4.5 Aseguramiento de servicios	55
4.6 Recursos Físicos	56
4.7 Recursos humanos	58
4.8 Oferta y distribución de Recursos Humanos	59
4.9 Financiamiento	61

CAPITULO 5. SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN GUATEMALTECA: Características, contrastes e impacto en distintos grupos poblacionales.

5.1 Salud de la Niñez	67
5.2 Morbilidad	74
5.3 Mortalidad	76
5.4 Salud de los adolescentes	81
5.5 Salud de la mujer	84
5.6 Enfermedades Carenciales	91
5.7 Violencia	92
5.8 Cáncer	93
5.9 Mortalidad General	97
5.10 Salud de los adultos	98
5.11 Salud del adulto Mayor	100
5.12 Enfermedades emergentes y re emergentes	103

**CAPITULO 6. EL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA:
Sus fundamentos y Funciones.**

6.1	Rectoría	112
6.2	Orientación del Financiamiento	120
6.3	Armonización de la provisión de servicios	120
6.4	Financiamiento y aseguramiento	122
6.5	Provisión de servicios	126
6.6	Formación de recursos humanos	130
6.7	Gestión de Recursos Humanos	131
6.8	Medicamentos y otros productos sanitarios	133
6.9	Equipo y tecnología	134
6.10	Servicio de atención a las personas	134
6.11	Suministros de Salud	136

PARTE III. MARCO CONTEXTUAL

**CAPÍTULO 7. PUNTOS DE PARTIDA Y REQUERIMIENTOS
DE LA REFORMA DE SALUD EN GUATEMALA.**

7.1	Efectos sobre las funciones del sistema de salud.	140
7.2	Reforma de Salud y Equidad	148
7.3	Efectividad	149
7.4	Sostenibilidad	149
7.5	Participación Social	150
7.6	Efecto sobre el sistema de salud	150

**CAPÍTULO 8. EL ORIGEN DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN
DE COBERTURA -PEC-, EN EL MARCO DE LA
REFORMA DEL SECTOR SALUD EN GUATEMALA.**

8.1	Orígenes de la Reformas del Sector Salud	152
8.2	Políticas Públicas y los Sistemas de Salud	162
8.3	La Reforma de Salud y el Sistema de Salud	166
8.4	La Reforma de Salud en Guatemala	184

CAPÍTULO.10 EXCLUSIÓN SOCIAL EN GUATEMALA: Sus características y sus repercusiones para la salud.

10.1 Exclusión social y salud	210
10.2 Exclusión social en salud	215
10.3 Retos en exclusión en salud en Guatemala	221

PARTE IV. MARCO CONCEPTUAL

CAPÍTULO 11. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA: Concepto, Orígenes y Tipos de evaluación.

11.1 Concepto de evaluación de programas	224
11.2 Orígenes de la evaluación de programas	229
11.3 Tipos de evaluación de programas	231

CAPÍTULO 12. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA: Concepto, orígenes y dimensiones.

12.1 Evaluación del impacto en salud	244
12.2 Alcances de la evaluación del impacto en salud	253
12.3 Tipos, etapas y métodos de la Evaluación del impacto en salud	255
12.4 Aplicaciones de la evaluación del impacto en la salud	270
12.5 Dificultades metodológicas en la Evaluación del impacto en salud	273
12.6 Oportunidades y retos asociados a la Evaluación del impacto en salud	275

CAPÍTULO 13. EVALUACIÓN DE LA CONTRATACION EXTERNA DE SERVICIOS DE SALUD: Provisión de Servicios de Salud por organizaciones no gubernamentales.

13.1 La comprar de servicios externos para la atención a la salud	281
13.2 Antecedentes de la compara de servicios externos para la atención a la salud	283

PARTE V. ANALISIS DE RESULTADOS

CAPÍTULO 14. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

14.1 Eficacia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, según Pruebas Estadísticas.	302
14.2 Análisis Eficacia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, según logro de indicadores.	327
14.3 Discusión de resultados	342

PARTE VI. LA PROPUESTA

CAPÍTULO 15. LA PROPUESTA

15.1 Antecedentes	395
15.2 Fundamentos de la propuesta	399
15.3 Contenido de la propuesta	406

PARTE VII. CONCLUSIONES

CAPÍTULO 16. CONCLUSIONES

16.1 Eficacia del Programa de Extensión de Cobertura en la Mortalidad Infantil	410
16.2 Eficacia del Programa de Extensión de Cobertura en la Mortalidad Materna	412

PARTE VIII. BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULO 19. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	415
--	-----

INDICE DE TABLAS

Número	Tema	Página
Tabla 1.1	Indicador Razón de Mortalidad Materna (RMM).	26
Tabla 1.2	Indicador Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)	27
Tabla 3.1	Población según grupos de edad, años 1981,1994, 2002.	31
Tabla 3.2	Indicadores Nacionales de Empleo de Guatemala, 2004.	32
Tabla 3.3	Población según condición de alfabetismo y sexo, Censos, 1981,1994 y 2002.	34
Tabla 3.4	Servicios de agua y saneamiento básico en hogares por área urbana y rural, año 2000.	38
Tabla 3.5	Población en situación de pobreza general y de pobreza extrema por región.	43
Tabla 4.1	Acceso a los servicios de salud Guatemala.	55
Tabla 4.2	Recursos humanos del sector público. Guatemala 2005.	60
Tabla 4.3	Evolución del Gasto en Salud: Serie 1999 – 2004.	64
Tabla 5.1	Factores materno infantiles relacionados con la mortalidad de la niñez en Guatemala, 2002.	78
Tabla 5.2	Factores materno infantiles relacionados con la mortalidad de la niñez en Guatemala, 2002.	80
Tabla 5.3	Causas de Mortalidad Infantil en Guatemala, 2001 a 2005.	81
Tabla 5.4	Proporción de nacimientos asistidos por médicos o enfermeras	85

Número	Tema	Página
Tabla 5.5	Mortalidad Materna y su relación con algunos factores, Guatemala 2000.	88
Tabla 5.6	Casos de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-2003 - 2004.	90
Tabla 5.7	Casos de SIDA en Guatemala 2002-2004.	90
Tabla 5.8	Causas de Mortalidad General de Mujeres, 2004.	98
Tabla 6.1	Acceso a los servicios de salud Guatemala 2006.	117
Tabla 6.2	Financiamiento del Sistema de Salud en USD, Guatemala 1995 2003.	123
Tabla 6.3.	Número y capacidad de establecimientos asistenciales, Guatemala 2006.	128
Tabla 6.4.	Población cubierta por extensión de cobertura, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala 1999-2005.	129
Tabla 7.1	Objetivos del programa de la provisión privada de los servicios básicos de la salud.	145
Tabla 7.2	Características del SIAS según modelos de prestación de servicios directa, mixta y tradicional.	142
Tabla 9.1	Indicadores Seleccionados de los países del istmo centroamericano.	204
Tabla 9.2	Guatemala: Acceso a la Tierra y Formas de Tenencia por Jefatura de Hogar, en 1979 y 1998.	208
Tabla 10.1	Funciones de la protección social de salud en Guatemala.	214

INDICE DE GRAFICAS

Número	Tema	Página
Gráfico 5.1	Tendencias de la desnutrición crónica en Guatemala, según grupo étnico.	70
Gráfico 5.2	Prevalencia de Anemia en niños menores de cinco años por Región de Salud, Guatemala 1998.	73
Gráfico 5.3	Principales causas de morbilidad en población menor de un año. Guatemala 2004.	75
Gráfico 5.4	Principales causas de morbilidad en población de 1 a 4 años, Guatemala 2004.	76
Gráfico 5.5	Mortalidad en menores de 5 años, Guatemala 1987 – 2002	77
Gráfico 5.6	Tasas de enfermedad por enfermedades transmisibles, carenciales y Transmitidas por agua y Alimentos, 2001-2004.	83
Gráfico 5.7	Tendencia de la Tasa de Mortalidad en Guatemala 1989-1999.	86
Gráfico 5.8	Razón de Mortalidad Materna por departamentos, Guatemala 2000.	87
Grafico 6.4	Población cubierta por extensión de cobertura Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala 1999-2005.	129
Grafica 10.1	Promedio de gasto en salud de los hogares y su distribución según bienes y servicios de salud por regiones.	216
Grafica 10.2	Hogares cubiertos por la seguridad social según etnia y decil de ingreso.	217
Grafica 10.3	Hogares con Seguro Privado de Salud según etnia y decil de ingreso.	218
Grafica 10.4	Gasto directo de los hogares en bienes y servicios de salud según etnicidad del jefe de hogar.	218
Grafica 10.5	Hogares que realizan gastos en bienes y servicios de salud.	220

INDICE DE FIGURAS

Número	Tema	Página
Figura 7.1	Modelo de atención de extensión de cobertura, Guatemala	145
Figura 13.1	Modelo para la evaluación de la contratación externa de los servicios de salud.	285

ABREVIATURAS

- PEC:** Programa de Extensión de Cobertura.
- SIGSA:** Sistema de Información Gerencial en Salud.
- ONG:** Organización no gubernamental.
- CAIMI:** Centro de Atención Materno Infantil.
- OPS:** Organización Panamericana de la salud.
- OMS:** Organización Mundial de la salud.
- MSPAS:** Ministerio de Salud Pública y Asistencia social.
- PMMS:** Programa de Mejoramiento de los servicios.
- SIAS:** Sistema de Atención Integral en Salud.
- IGGS:** Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- INE:** Instituto Nacional de Estadística.
- TMI:** Tasa de Mortalidad Infantil.
- ENSMI:** Encuesta de Salud Materno Infantil.
- VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- INCAN:** Instituto Nacional de Cancerología.
- AID:** Agencia Internacional para el desarrollo.

GLOSARIO DE TERMINOS

PROGRAMA DE SALUD

Es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población.

EFICACIA

Se refiere a los "Resultados" en relación con las "Metas y cumplimiento de los Objetivos". Para ser eficaz se deben priorizar las tareas y realizar ordenadamente aquellas que permiten alcanzarlos mejor y más rápidamente.

Eficacia es el grado en que algo (procedimiento o servicio) puede lograr el mejor resultado posible.

COBERTURA

En términos generales se considera como cobertura el número de habitantes que tienen acceso a un cierto servicio de salud. En el marco de esta definición el riesgo que se corre es el de solamente mencionar estadísticamente el número de habitantes que están en contacto potencial con el servicio de salud, pero queda el interrogante si en verdad se está dando solución a los problemas de salud.

Se hace necesario considerar otros elementos que van más allá del simple número de habitantes que tienen acceso al servicio como ser: Infraestructura del servicio, tipo de demanda y capacidad de resolución, posibilidades reales de acceso, posibilidades de derivación a otros niveles de mayor complejidad, acceso a medicamentos siendo también de mucha importancia la situación geográfica: la población que habita en zonas urbanas tienen acceso a los diferentes niveles de atención, pero no es lo mismo la cobertura que brinda un centro de salud en zonas rurales dispersas.

EVALUACION DEL IMPACTO EN SALUD

La OMS define la evaluación del impacto en la salud (EIS) como una combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de las cuales se puede juzgar una política, programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos.

EVALUACION DE IMPACTO DE PROGRAMAS EN SALUD PÚBLICA

Una evaluación de impacto implica establecer evidencia de una relación causal entre el programa y los resultados de salud que se observan en la población.

El impacto se refiere a resultados del programa que pueden ser asociados a dimensiones de calidad de vida o desarrollo humano. Los cambios esperados pueden ser cualitativos o cuantitativos pero siempre deben ser medibles. Así, la evaluación de impacto puede definirse como un conjunto de actividades de investigación tendientes a establecer si el comportamiento observado en las variables de interés (variables de impacto) puede ser atribuido al programa. La meta es entonces establecer evidencias de una relación causal entre los resultados observados y las actividades del programa de salud.

La evaluación de impacto en salud está incluida dentro de un enfoque más general que se denomina investigación de resultados (outcomes research) y medición de resultados (outcomes measurement).

Parte I. Introducción

- **INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN.**
- **METODOLOGÍA Y FUENTES.**

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

1.1. LA REFORMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

Durante las últimas décadas y especialmente a lo largo de los noventa, América Latina y el Caribe han experimentado profundos procesos de reorganización de sus sistemas de salud. Los objetivos perseguidos fueron variados, asignándole mayor o menor peso relativo a cada uno. Entre ellos se destacan la redefinición en la estructura de financiamiento del sistema a fin de brindarle mayor sustentabilidad, la ampliación de su cobertura y acceso, especialmente en los sectores más desprotegidos y el incremento de la eficiencia en la prestación de servicios. Los instrumentos para lograr tales objetivos fueron muy variados: desde la integración institucional hasta la separación de funciones, desde la participación del sector privado en el gerenciamiento de seguros sociales hasta la contratación de actores no públicos en la provisión de servicios. (MACEIRA, 2007:12) (MACEIRA, 2001:8)

Las reformas de salud han sido objeto de gran debate en América Latina desde el inicio de los años noventa. Por un lado, hay aquellos que afirman que los instrumentos utilizados en la reforma no son apropiados y, sin hacer evaluaciones en profundidad sobre los motivos que llevan al éxito o al fracaso de las mismas, afirman

que los instrumentos utilizados en la reforma no han sido apropiados.¹ Por otro, hay los que dicen que las reformas han resultado en mejoras de eficiencia en la gestión y entrega de los servicios sin basar sus informaciones en adecuada evidencia factual o estadística. (CASSELS, 1995:329) (ZWI, 1995: 299)

Pero hay algunos elementos que poco han sido tomados en cuenta en los procesos de implementación de las reformas de salud, los cuales pueden ser resumidos en el compromiso político de los actores involucrados en consensuar y avanzar con el proceso de reforma y el grado de resistencia de determinados actores relevantes, como los profesionales de salud, en su implementación. (VASQUEZA, 2001: 30)

La realidad de América Latina muestra claramente que si no hay consenso del los actores cuanto al proceso de implementación y si los incentivos para que se logren este consenso no están puestos, difícilmente se podrá lograr un buen resultado en la implementación de los instrumentos de reforma, por más adecuados que estos sean al proceso de cambio deseado. (VASQUEZA, 2001: 32)

Otro elemento que es fundamental es el que está relacionado con la evaluación de los cambios e impactos derivados de los procesos de reforma, mismos que requieren de evaluaciones sistemáticas, pertinentes y permanentes, con el propósito de monitorear, supervisar y evaluar el proceso de cambio esperado. En tanto esto no se dé, no se tendrá evidencia sobre el impacto de los procesos de reforma en la región.

¹ Son muchos los instrumentos que pueden ser utilizados en las reformas de salud. Entre ellos se destacan la descentralización en el financiamiento y en la gestión del nivel central a los niveles locales de gobierno; el uso de nuevos mecanismos de pago a los proveedores (capitación, copagos, pagos por desempeño, etc.), la autonomía en la gestión y operación de los servicios públicos (hospitales y centros de salud), el cambio de los incentivos de financiamiento desde la oferta hacia la demanda, etc.

Varios modelos de reforma de salud fueron utilizados en América Latina, de estos y de la aplicación de los instrumentos de reforma, surgieron diversos problemas asociados a esta implementación.

Desde los años ochenta se han iniciado procesos de reforma del sector salud en casi todos los países de América Latina. Los establecimientos de salud estaban degradados, el personal desmotivado, la planificación y regulación eran obsoletas y las consecuencias eran unos servicios de mala calidad, mal distribuidos geográficamente y mal orientados en relación con las necesidades de la población. Las características de estas reformas son muy distintas aunque las razones para su puesta en marcha sean relativamente comunes. Los factores que diferencian tienen que ver con las características políticas del gobierno que las pone en marcha y su capacidad de implantar medidas que afectan intereses de grupos poderosos, la historia y la solidez del sistema de salud y el grado de organización social. (EDITORIAL, 2002: 2)

Luego de la crisis macroeconómica en el continente durante los años ochenta, la cual tuvo con amplias repercusiones en los sectores sociales en general, y el sector salud en particular, se encontraron ante un desafío: ¿Cómo atender las crecientes demandas de la población, contando con un Estado limitado en sus capacidades de definir políticas y financiar la prestación de servicios?. A partir de ello, se ensayaron diversos tipos de reformas, que incluyeron la descentralización en el manejo de los recursos hacia niveles locales, un intento de cambio en los incentivos a los proveedores de servicios y la utilización de los sistemas de seguro social como

herramienta para distribuir los fondos de salud más solidariamente y ampliar la cobertura. (UGALDE, 1995:525)

El origen de estos cambios reconoce diversas fuentes. Una de ellas es el Informe para el Desarrollo Mundial publicado en 1993 por el Banco Mundial, que propone una serie de prioridades en los mecanismos de financiamiento público para intervenir en salud, como así también sugiere la existencia de espacios de participación privada y competencia. El Banco Interamericano de Desarrollo, a partir de su Estrategia para los Sectores Sociales de 1996, intenta dar un nuevo impulso a estas reformas en el ámbito regional. Si bien los avances logrados en algunos de los casos fueron positivos, no existe consenso acerca de la dirección y efectividad de los mismos. (BANCO MUNDIAL, 1993:10) (FERNANDEZ: 1995:385)

El Informe de la Organización Mundial de la Salud (2000) propuso avanzar en la dirección propuesta por el Banco Mundial, se propuso diversos aspectos a ser considerados. Este debate no sólo incluyó aspectos de gestión y seguimiento de las reformas, sino también el diagnóstico, las prioridades y los instrumentos utilizados para reformar el sector salud y posteriormente evaluar sus resultados. En otros casos, se propuso profundizar en ciertos aspectos ya iniciados, tendientes a especificar los criterios para el uso de los recursos disponibles para satisfacer las demandas y necesidades de salud de la población. (OMS, 2000:5)

1.2. LA REFORMA DE SALUD EN GUATEMALA Y EL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA.

El proceso de Reforma del Sector Salud en Guatemala, se implementó para dar respuesta al problema de la extremada baja cobertura de los servicios de salud en el país. En 1995, el 46 % de la población no tenía acceso a servicios de salud y la población que quedaba fuera del área de influencia de los Centros de Salud era la más postergada. En 1996, se implementó el proceso de extensión de cobertura. Al 30 de junio de 1999, la extensión de cobertura llegó a 3.5 millones de habitantes, lo que representa un 76.8% de la población previamente no cubierta y todo sugiere que a diciembre del año 2000 se alcanzará en 1995 no tenía acceso a ningún servicio de salud. Por primera se ofreció, un conjunto de medicamentos básicos que están disponibles a los usuarios en forma gratuita en la comunidad.(MSPAS, 2007: 3) (BITRAN, 2004: 19)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia social (MSPAS) implementó el Sistema Integral de Atención de Salud -SIAS-, que tiene como base las estrategias de salud del Programa de Gobierno 1996-2000, las metas del Plan de Desarrollo y Construcción de la Paz, los Acuerdos de Paz y el Código de Salud. La aprobación de este último sirvió para apuntalar la organización del nuevo modelo de prestación de servicios, establecer las bases de la regulación sanitaria, establecer las nuevas modalidades para el financiamiento de la salud, la participación social y la intersectorial e interinstitucional.

El modelo de atención Extensión de Cobertura del Primer Nivel de Atención, intentó dar respuesta a las necesidades planteadas, con un enfoque de eficiencia, eficacia y equidad.

El principal objetivo de la reforma fue la extensión de un paquete básico de servicios y mejora en la calidad de los servicios básicos para el cuidado de la salud (PBS), orientada principalmente a la población del sector rural del país. Sin embargo, el verdadero impacto que genera el cuidado de estos servicios de atención primaria a cargo de las ONG no ha sido claramente evaluado.

Otros aspectos considerados en la reforma fueron medidas dirigidas a alterar la composición tradicional del gasto en salud, enfocándose en: 1) la inclusión de copagos para determinados servicios públicos; 2) el aumento de la proporción de organizaciones no gubernamentales comprometidas con la prestación de servicios para el Ministerio de Salud; 3) la presencia de empresas privadas o profesionales independientes como prestadores del Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social, y; 4) la creación del Programa de Accesibilidad a los Medicamentos (PROAM), especialmente en áreas rurales.

La extensión de cobertura de la provisión de servicios de salud a través del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- de servicios de salud, fue desde sus inicios producto de la alianza con organizaciones no gubernamentales que se desempeñan como prestadoras o administradoras de servicios de salud la prestación de los servicios básicos de salud se hace con la participación de la población en

viviendas y en centros comunitarios. El proceso de extensión de cobertura se enmarcó en las políticas de salud 1996-2000.

1.3. MARCO DE REFERENCIA METODOLÓGICO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

La incorporación explícita de procesos de evaluación en los sistemas y programas de salud ha llegado algo tardíamente, si los comparamos con otros tipos de programas de desarrollo. Ya desde los años 50 se realizaban evaluaciones en los Estados Unidos para buscar evidencias de efectividad en programas de capacitación laboral. (HRS, 1992:1301)

Actualmente se acepta que la implementación de cualquier intervención, programa, iniciativa o proyecto en salud debe contar desde su diseño con una metodología de evaluación que permita determinar el cumplimiento de sus objetivos, así como generar elementos que faciliten la toma de decisiones. Sin embargo, en términos generales esto no se cumple y en ocasiones los programas o proyectos no son evaluados en ninguna de sus fases de implementación, o no se evalúan tardíamente sin contar con los insumos necesarios para este propósito. No obstante la importancia de este tema, llama la atención la escasez de bibliografía internacional sobre la evaluación de programas de salud pública (FAVARO, 1988:28)

La mayoría de las organizaciones a implementar la investigación de evaluación para determinar la forma de mejorar un programa o para decidir si un programa debe continuar. Sin embargo, la investigación de la evaluación se puede utilizar para ayudar a las organizaciones a tomar decisiones pertinentes y válidas para todo el

ciclo de planificación de programas, desarrollo de programas, ejecución de programas y el funcionamiento del programa. Se argumenta que estas etapas son esenciales para la organización y el evaluador para ayudarles a proporcionar una adecuada evaluación de la eficiencia de un programa y su eficacia. (FAVARO, 1988:30)

La evaluación de los programas busca mejorar su ejecución – a través del incremento de su efectividad y su eficiencia – y/o proporcionar elementos para decidir si un programa debe continuar o puede ser reproductivo. La evaluación idealmente, debe ser capaz de generar la información necesaria para distribuir mejor la infraestructura y los recursos disponibles entre las actividades ya emprendidas o entre las que se pretenden desarrollar más adelante, y para tomar decisiones dentro el ciclo de planeación, desarrollo, implantación y operación el programa en el futuro. Esta modalidad de evaluación, denomina a evaluación del proceso, en algún momento debe completarse con una evaluación del impacto el programa. En el caso de los programas de salud, lo que se mide es el impacto sobre las condiciones de salud que dicho programa se propuso. (GOMEZ, 1999:401)

Existen muy pocas experiencias e evaluación el impacto de los programas en los indicadores de salud. Esto posiblemente se deba por un lado a que en muchos casos los programas no cuentan o definen una línea basal con sus respectivos indicadores y por otro, a la dificultad para medir objetivamente esos cambios y atributos confiablemente a las intervenciones implantadas, ya que las condiciones de salud de una población están determinadas no sólo por el acceso a los servicios de salud sino también por una gran variedad de factores sociales, económicos,

culturales y ambientales, cuya interacción suele modificarse en plazos relativamente largos. (GOMEZ, 1999:406)

En aquellos programas de salud que por su naturaleza emergente requieren adecuar sobre la marcha su dirección y contenidos – como es el caso de los programas dirigidos a poblaciones extremadamente marginadas y que son financiados en forma externa, la evaluación temprana de su impacto sobre la población objetivo puede ser útil para determinar su verdadero valor social y su sustentabilidad económica, sobre todo porque los recursos financieros con los que frecuentemente se implementan pasarán a formar parte, en algún momento, de la deuda de los países en los que se llevan a cabo. (MACKENBACH, 1997:359)

La Evaluación de impacto implica establecer evidencia de una relación causal entre el programa y los resultados de salud que se observan en la población. Como es bien sabido por los investigadores en cualquier campo, el establecimiento de relaciones causales es uno de los retos más grandes en la investigación científica. Entonces al realizar una evaluación de impacto es indispensable cumplir con los necesarios criterios de rigor científico. Para ello se requiere diseñar estudios que permitan controlar el efecto de las “terceras variables” o “variables confusoras”, que son aquellos otros factores que pueden afectar los resultados de salud y que no tienen que ver con las acciones del programa. (MACKENBACH, 1997:361)

El impacto se refiere a resultados del programa que pueden ser asociados a dimensiones de calidad de vida o desarrollo humano. Los cambios esperados pueden ser cualitativos o cuantitativos pero siempre deben ser medibles. Así, la

evaluación de impacto puede definirse como un conjunto de actividades de investigación tendientes a establecer si el comportamiento observado en las variables de interés (variables de impacto) puede ser atribuido al programa. La meta es entonces establecer evidencias de una relación causal entre los resultados observados y las actividades del programa de salud.

Se puede decir que la evaluación de impacto en salud está incluida dentro de un enfoque más general que se denomina investigación de resultados (outcomes research), y medición de resultados (outcomes measurement). (MACKENBACH, 1997:363)

1.4. OBJETIVO DEL ESTUDIO

1.4.1 General

Evaluar el impacto del programa de Extensión de Cobertura -PEC- del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud y Asistencia Social de Guatemala.

1.4.2 Específicos

1.4.2.1 Evaluar el impacto del programa de Extensión de Cobertura del Primer Nivel del Modelo de Atención sobre la mortalidad infantil, en los departamentos de Alta Verapaz, Baja Verapaz, Huehuetenango, Jalapa, Jutiapa, San Marcos, Santa Rosa y Sololá.

1.4.2.2 Evaluar el impacto del programa de Extensión de Cobertura del Primer Nivel del Modelo de Atención sobre la mortalidad materna, en los departamentos de en los departamentos de Alta Verapaz, Baja Verapaz, Huehuetenango, Jalapa, Jutiapa, San Marcos, Santa Rosa y Sololá.

1.5. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio Cuasi experimental para evaluar el impacto, del PEC en los municipios de los departamentos cubiertos en el primer nivel de atención de salud, durante el período de estudio seleccionado.

1.6. HIPÓTESIS DE TRABAJO

1.6.1 Hipótesis descriptivas

- La Mortalidad infantil mejoro en los distritos de los departamentos seleccionados para el estudio donde se implemento del programa de Extensión de Cobertura del Primer Nivel de Atención del Ministerio de salud de Guatemala.
- La Mortalidad materna mejoro en los distritos de los departamentos seleccionados para el estudio donde se implemento del programa de Extensión de Cobertura del Primer Nivel de Atención del Ministerio de salud de Guatemala.

1.6.2 Hipótesis Estadísticas

- Existe diferencia estadísticamente significativa en la razón de mortalidad materna entre los distritos de salud en donde existen atención brindada por el Programa de Extensión de Cobertura y los que no tienen este tipo de atención en el primer nivel de atención de los servicios de salud, en los departamentos seleccionados para el estudio
- Existe diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad infantil entre los distritos de salud en donde existen atención brindada por el Programa de Extensión de Cobertura y los que no tienen este tipo de atención en el primer nivel de atención de los servicios de salud, en los departamentos seleccionados para el estudio.

Capítulo 2

METODOLOGÍA Y FUENTES

En el presente capítulo se presentan las preguntas de investigación, los aspectos metodológicos de la investigación y sus características, el método utilizado y la muestra seleccionada.

Se describen las diferentes variables e indicadores utilizados para la medición del objeto de estudio, los instrumentos utilizados para la recolección de la información, así como el análisis estadístico utilizado.

2.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

Las preguntas de investigación consideradas en el estudio son las siguientes:

General

¿Cuál es el impacto del programa de Extensión de Cobertura del Primer Nivel del Modelo de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala?

Específicas

¿Cuál es el impacto del programa de Extensión de Cobertura del Primer Nivel del Modelo de Atención sobre la mortalidad infantil, en los departamentos de Alta

Verapaz, Baja Verapaz, Huehuetenango, Jalapa, Jutiapa, San Marcos, Santa Rosa y Sololá.?

¿Cuál es el impacto del programa de Extensión de Cobertura del Primer Nivel del Modelo de Atención sobre la mortalidad materna, en los departamentos de Alta Verapaz, Baja Verapaz, Huehuetenango, Jalapa, Jutiapa, San Marcos, Santa Rosa y Sololá.?

2.2. ASPECTOS METODOLOGICOS

Se utilizó un diseño cuasi experimental con resultados antes y después de la implementación de la reforma del sector salud en Guatemala (Intervención) en diferentes áreas del país.

Los métodos cuasi experimentales son aquellos que se utilizan más frecuentemente, ya que existe poca práctica de la experimentación social, especialmente debido a los altos costos en tiempo y en recurso que supone esta última. Por otra parte, las bondades que se citan en la experimentación se ven relativizadas en la medida de que muchas veces la realización práctica de la misma no es lo pura que debería ser para concluir fehacientemente sobre los impactos de los programas (CAMBELL, 1993) (LAST, 1995:17)

Con mayor frecuencia se trata de observar datos existentes que seguramente su concepción original no fue con el objetivo de evaluar programas específicos, combinados con datos que surgen de registros administrativos de la propia administración del programa. A esto se agregan los estudios que abordan las

relaciones macro y micro que da la teoría social y económica para explicar comportamientos, ya sea en el tiempo geográficamente. Estos avances, que han sido muy grandes a nivel de ciencias sociales, no son incorporados en los estudios experimentales, los que se sustentan fundamentalmente en el diseño de experimentos estadísticos. (CAMBELL, 1993)

El conjunto de datos disponibles, junto al conocimiento de la teoría social y económica, tiñen a los métodos cuasi experimentales de mayor relevancia, pero también los hace depender crucialmente de la disponibilidad de datos confiables, con diseños muestrales realizados en forma científicamente correcta.

La utilización de métodos cuasi experimentales es la práctica más extendida, aunque el nivel de rigurosidad y exactitud metodológica varía en forma muy importante. La necesidad de contar con bases de datos adecuados y comparables muchas veces limita la validez de los resultados estimados y pone en tela de juicio la credibilidad de la metodología, ya que es fácilmente debatible en función de la opción econométrica elegida para su modelización.

La falta de bases de datos estadísticamente confiables diseñados en forma coordinada con los programas de capacitación, muchas veces debido a la debilidad de los sistemas oficiales de estadística o la poca coordinación con otras áreas del Estado, hace difícil la utilización de estos métodos en forma precisa. (GIEVAS. 1991:567)

2.2.1 EL MÉTODO

En el presente estudio se utilizó el método Hipotético Deductivo, y el diseño de investigación de tipo evaluativo, para evaluar el impacto del programa de extensión de cobertura del Ministerio de Salud Pública en el primer nivel de atención de salud.

Este método ha sido propuesto por el filósofo contemporáneo Karl Popper, de origen austríaco; quien sostiene que el conocimiento científico no comienza con la observación, como indican los partidarios del método inductivo, sino con problemas.

El método hipotético-deductivo es el procedimiento que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. Tiene varios pasos esenciales: la observación del fenómeno a estudiar, creación de la hipótesis a estudiar para explicar el fenómeno, deducción de las condiciones o Método Hipotético-Deductivo, proposiciones más elementales que la propia hipótesis y la verificación o comprobación de los enunciados deducidos, comparándolos con la experiencia. (BUNGE, 1985)

El método obliga al científico a combinar la reflexión racional o momento racional (la formación de la hipótesis y la deducción) con la observación y la realidad o momento empírico (la observación y la verificación).

Las fases principales del método hipotético-deductivo son la observación, la construcción de hipótesis, deducción de consecuencias a partir de la hipótesis, contrastación empírica de los enunciados y formulación de leyes científicas. (POPPER, 1999)

La primera fase del método hipotético-deductivo es la observación. Con la observación se trata de partir de la experiencia de los sentidos, de la observación sensible de los hechos. La observación consiste en la simple apreciación de un hecho u objeto cualquiera que aporta datos directos acerca de un hecho natural o de un aspecto cualquiera de la realidad.

La segunda fase del método hipotético deductivo es la construcción de hipótesis explicativas. La palabra hipótesis deriva etimológicamente de lo puesto (thésis) por debajo, en la base (upó) significando que se establece una suposición para la resolución de un problema, es decir, la hipótesis es un enunciado que, si se cumpliera, permitiría entender el evento real problemático y la resolución del problema plantado. Es a partir de las observaciones realizadas como se pueden elaborar hipótesis que expliquen los datos de una manera unitaria y sistemática. Se trata de buscar una regularidad sencilla que explique los fenómenos observados. Las hipótesis operan como explicaciones provisionales que se confirmarán en mayor o menor grado, pero que aún aceptadas como leyes, no pueden considerarse como verificadas puesto que es imposible probar todos los casos posibles.

La tercera fase del método hipotético-deductivo es la deducción de consecuencias desde la hipótesis. La hipótesis es un enunciado provisional de carácter universal que predice lo que sucederá entre los objetos de la clase a que se refiere. Pero la hipótesis misma no se puede comprobar directamente sino ciertas consecuencias que se derivan lógicamente de ella.

Si la experiencia comprueba que las consecuencias deducidas de la hipótesis se cumplen efectivamente, la hipótesis quedará confirmada o reforzada. Si, por el contrario, las consecuencias no se cumplen realmente, la hipótesis habrá de ser abandonada y sustituida por otra de la que se deducirán nuevamente consecuencias a comprobar. La deducción se utiliza por parte de las ciencias experimentales con una función precisa: proporcionar al científico una serie de enunciados acerca de hechos de una clase para que queda experimentar si lo que en ellos predice sucede en realidad o no.

La cuarta fase del método hipotético-deductivo es la de contrastación empírica de los enunciados consecuentes de la formulación de la hipótesis, es decir, tratar de comprobar experimentalmente si las consecuencias derivadas de la hipótesis se cumplen efectivamente o no. La experimentación es distinta de la simple observación que se hacía en el primer momento del punto de partida ya que la simple observación carece de precisión cuantitativa y no altera las circunstancias en las que normalmente suceden los hechos. Un experimento consiste en la reproducción de determinados hechos provocando las circunstancias deseadas dentro de las cuales el científico quiere hacer la observación.

La quinta fase es la formulación de leyes científicas. Aunque deba aceptarse su carácter de provisionalidad, supone el último eslabón de la laboriosa actividad de la comunidad científica. Las leyes son enunciados que expresan el modo regular, estable y constante con el que suceden ciertos eventos reales con carácter de universalidad y necesidad. Esta universalidad y necesidad de las leyes hay que entenderlas del modo siguiente: la interpretación humana de los hechos de

observación y del conjunto de interpretaciones de ella ellos derivadas parece ser que los eventos reales sucederán necesariamente como la ley formula, pero teniendo en cuenta que las interpretaciones humanas están abiertas a renovarse y corregirse en el futuro.

Desde una perspectiva epistemológica, por tanto, hoy se tiende a acentuar el carácter hipotético de las leyes científicas tendiendo a considerarlas como meras hipótesis sobre la regularidad funcional de los eventos reales. Por eso Mario Bunge ha explicado el concepto de ley científica del modo siguiente: "Una ley científica es una hipótesis científica confirmada (convalidada) que afirma la relación constante entre dos o más variables, cada una de las cuales representa una propiedad de sistemas concretos".

2.2.2. DISEÑO

Se utilizó un diseño cuasi experimental con mediciones de resultados antes y después de la adopción de la reforma del sector de la salud en diferentes departamentos del país (Intervención).

Las series incluyeron:

- Datos de defunción desagregadas por sexo, grupos de edad y dos grandes grupos de causas de muerte.
- Causas de muerte materna e infantil
- Estimaciones de población por edad y sexo

2.2.3 UNIVERSO Y MUESTRA

2.2.4.1 Universo

El universo de estudio lo constituyen todos los departamentos que estuvieron cubiertos por el programa de extensión de cobertura del Ministerio de Salud Pública en el primer nivel de atención de salud, seleccionados para el período de estudio.

2.2.4.2 Muestra

La muestra del estudio la constituyen departamentos que estuvieron cubiertos por el programa de extensión de cobertura del Ministerio de Salud Pública en el primer nivel de atención de salud de manera “permanente” durante el período de estudio, siendo estos: Los departamentos de Alta Verapaz, Baja Verapaz, Huehuetenango, Jalapa, Jutiapa, San Marcos, Santa Rosa y Sololá.

2.2.4 RECOLECCION DE DATOS

El proceso de recolección de datos que se siguió en el presente estudio se realizó de acuerdo a las variables definidas y considero los siguientes pasos:

2.2.5.1 Revisión documental

- a. Revisión de antecedentes para lo cual se utilizaron documentos oficiales sobre la situación de la Provisión de Servicios de Salud del programa de extensión de cobertura en dos momentos:

- Un primer momento de la implementación del programa de extensión de cobertura del Ministerio de Salud Pública en el primer nivel de atención de salud el año 2001.
 - Un segundo momento como punto de corte de la implementación del programa de extensión de cobertura del Ministerio de Salud Pública en el primer nivel de atención de salud el año 2007.
- b. Identificación de los departamentos y distritos en los cuales brinda atención el programa de extensión de cobertura del Ministerio de Salud Pública en el primer nivel de atención de salud, durante período de estudio.

2.2.5.2 Revisión de tendencias

- a. Se visitó el Sistema de Información Gerencial en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para obtener información sobre: a) El número de defunciones infantiles y maternas por departamento y distrito, año, sexo y edad, del período de estudio.
- b. Se visitó el Instituto Nacional de Estadística INE, para obtener información sobre: a) La población de cada distrito por año, sexo y grupo de edad, del período de estudio.
- c. Se visitó el Instituto Nacional de Estadística INE, para obtener información sobre la población de nacidos vivos para cada distrito por año, sexo y grupo de edad, del período de estudio.

- d. Se elaboraron tablas de Excel para sistematizar la información de acuerdo a las variables de estudio.
- e. Se realizó una revisión de contenido, extensión y calidad de la información recolectada para garantizar corresponda a las variables de estudio.
- f. Finalmente se procedió a: a) Calcular tasas de mortalidad infantil para cada distrito por año, del período de estudio, b) Calcular razones de mortalidad infantil para cada distrito por año, del período de estudio, para el período de estudio.

2.3 LOS INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados para recolectar información en el presente estudio fueron los siguientes:

- a. Para la recolección de información sobre el número de defunciones infantiles y maternas por departamento y distrito, año, sexo y edad, del período de estudio, se utilizaron matrices de volcado de datos, luego se diseño tablas de Excel para el ingreso de datos.
- b. Para la recolección de información sobre la población de cada distrito por año, sexo y grupo de edad, del período de estudio, se utilizaron matrices de volcado de datos, luego se diseño una tabla de Excel, se procedió al llenado de las mismas.

2.3.1 VARIABLES

Las variables consideradas en el estudio son las siguientes:

- Dependiente: número de defunciones infantiles y maternas, expresadas en tasas y razones de mortalidad respectivamente.
- Independiente: Municipios y distritos de los distintos departamentos en donde el programa de extensión de cobertura -PEC- del Ministerio de Salud Pública en el primer nivel de atención.

La variable que medirá la intervención, considerada es: Si el distrito tiene prestación de servicios de salud a cargo del Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud Pública en el primer nivel de atención adopto.

Las variables consideradas para el análisis son de tres tipos:

- Variables de resultado
- Variables de exposición
- Variables que miden la intervención.

Las variables Resultado

Número de defunciones infantiles y maternas por departamento y distrito, año, sexo y edad.

Las variables de exposición

Población de cada distrito por año, sexo y grupo de edad, según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística INE.

Las variables utilizadas para medir la intervención

- Municipios que tienen provisión de servicios de salud por el Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social de Guatemala.
- Indica si Programa de Extensión de Cobertura brinda servicios de salud en el distrito el año en cuestión (con PEC = 1, sin PEC = 0).

2.3.2 LOS INDICADORES

Los indicadores seleccionados cumplen con los criterios de la calidad y utilidad de un indicador que está primordialmente definida por los siguientes criterios:

- Validez (si efectivamente mide lo que intenta medir).
- Confiabilidad (si su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados).
- Especificidad (que mida solamente el fenómeno que se quiere medir).
- Sensibilidad (que pueda medir los cambios en el fenómeno que se quiere medir).
- Mensurabilidad (que sea basado en datos disponibles o fáciles de conseguir).

- Relevancia (que sea capaz de dar respuestas claras a los asuntos más importantes de las políticas de salud).
- costo-efectividad (que los resultados justifiquen la inversión en tiempo y otros recursos).
- Sencillez (debe ser sencillo de administrar, de aplicar y de explicar).

Los indicadores para las variables consideradas en el estudio son los siguientes:

Indicador de Resultado

- a) Número de defunciones infantiles y maternas por departamento, municipio y distrito, año, sexo y edad, expresadas en tasas y razones respectivamente.
- b) Alcance de la meta de los indicadores del programa de extensión de cobertura -PEC- al final del periodo de estudio, en los departamentos seleccionados.

Indicador de exposición

- Número de población de cada departamento, municipio y distrito por año, sexo y grupo de edad, según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística INE.
- Número de nacidos vivos de cada departamento, municipio y distrito por año, sexo y grupo de edad, según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística INE.

Indicador de la intervención

Prestación de servicios de salud por el Programa Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social de Guatemala. Adopción reforma del sector salud en el distrito el período de estudio: con PEC = 1, sin PEC = 0.

2.3.3 MEDICION DE LOS INDICADORES

A continuación se presentan los criterios de medición de los indicadores trazadores propuestos para el estudio:

Tabla 1.1
Indicador Razón de Mortalidad Materna (RMM)

Nombre del indicador	Razón de Mortalidad Materna (RMM)
Definición	Es el número de defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos. Algunas veces se usa 1.000 o 10.000 nacidos vivos.
Tipo de indicador	Resultado
Definición operacional	$RMM = \frac{\text{Todas las defunciones ocurridas en un año}}{\text{número de nacidos vivos en ese año}} \times K$
Interpretación	La razón de mortalidad mide el riesgo obstétrico una vez que la mujer queda embarazada.
Que mide	Mide el riesgo obstétrico una vez que la mujer queda embarazada. La tasa de mortalidad materna (cuyo denominador es el número de mujeres en edad reproductiva) mide el riesgo de morir e incluye tanto la posibilidad de quedar embarazada (fecundidad) como de morir durante el embarazo o el puerperio.

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 1.2
Indicador Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)

Nombre del indicador	Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)
Definición	Es el número de defunciones de niños menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos en un determinado año.
Tipo de indicador	Resultado
Definición operacional	$TMI = \frac{\text{N}^\circ \text{ de defunciones de menores de 1 año}}{\text{N}^\circ \text{ total de nacimientos}} \times 1.000$
Interpretación	La tasa de mortalidad infantil indica la probabilidad de muerte de un sujeto durante su primer año de vida.
Que mide	Es un indicador útil de la condición de la salud no solo de los niños, sino de toda la población y de las condiciones socioeconómicas en las que viven. La tasa de mortalidad infantil es un indicador sensible de la disponibilidad, utilización y efectividad de la atención de la salud, particularmente, la atención perinatal.

Fuente: Elaboración Propia.

2.4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

2.4.1 MODELO DE ANALISIS

Para el análisis de los datos del presente estudio se utilizó el “*Modelo de Regresión de Poisson*” con efectos fijos, utilizando el paquete de análisis de datos STATA versión 12. Se estimaron modelos de efectos fijos, ya que estos permiten eliminar los sesgos de selección persistentes en el tiempo mediante la comparación de las variaciones anuales.

Se utilizó el modelo de regresión de Poisson ya que, como variable dependiente, el número de defunciones tiene una distribución de Poisson que toma valores enteros, positivos y generalmente pequeños.

La regresión de Poisson es equivalente a una regresión lineal de los logaritmos de las tasas de mortalidad. Los coeficientes exponenciados permiten estimar el riesgo relativo (RR) de morir. Los errores estándar de los coeficientes se estimaron mediante procedimientos robustos existentes en el paquete de análisis estadístico STATA versión 12, empleando el distrito como variable de conglomeración. Con los coeficientes y sus errores estándar se estimaron por máxima verosimilitud.

Con los errores estándar se calcularon intervalos de confianza de 95% (IC95%) para identificar la significación estadística de los efectos de las variables explicativas en la variable dependiente (mortalidad) en la regresión.

Con los coeficientes de los modelos de regresión se simularon las tasas de mortalidad con y sin atención de Programa de Extensión de cobertura -PEC-para los distritos y, por agregación, para las áreas estudiadas.

Las tasas simuladas "con atención del PEC" son, simplemente, las tasas predichas por el modelo de regresión y los valores observados de las variables explicativas del modelo. Las tasas simuladas "sin atención del PEC" son similares a las anteriores, excepto que la variable correspondiente toma el valor cero (sin PEC) en todos los años y distritos.

2.5 OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de estudio fueron los distritos o jurisdicciones de salud que son atendidas por el PEC, durante el periodo de estudio en comparación con los distritos o jurisdicciones de salud que no son atendidas por el PEC.



2.6 FUENTES DE INFORMACION

2.6.1 FUENTES PRIMARIAS

- Revisión y análisis de bases de datos del Sistema de Información Gerencial en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para obtener información sobre: a) El número de defunciones infantiles y maternas por departamento y distrito, año, sexo y edad, del período de estudio.
- Revisión y análisis de datos del Instituto Nacional de Estadística INE sobre: a) La población de cada distrito por año, sexo y grupo de edad, del período de estudio.
- Revisión y análisis de bases de datos del Instituto Nacional de Estadística INE sobre: sobre la población de nacidos vivos para cada distrito por año, sexo y grupo de edad, del período de estudio.

2.6.2 FUENTES SECUNDARIAS

Documentos oficiales "Memorias Anuales" , sobre la Provisión de Servicios de Salud del Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, en el primer nivel de atención de salud durante el período comprendido del año 2001 al 2007.

Parte II. Marco Teórico

- **SITUACIÓN DE SALUD EN GUATEMALA.**
- **EL SECTOR SALUD EN GUATEMALA.**
- **SITUACIÓN DE SALUD EN GUATEMALA.**
- **SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN GUATEMALTECA.**
- **EL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA.**

Capítulo 3

SITUACIÓN DE SALUD EN GUATEMALA: Determinantes y sus repercusiones.

3.1 LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

Se considera que salud es resultado de la interacción de distintos factores que interrelacionan con el individuo, los grupos poblacionales y la población para producir determinadas condiciones de salud, estos factores se denominan *determinantes de salud*; en el presente estudio se consideraran los siguientes: Características Demográficas, Empleo, Educación, Vivienda, Acceso a Servicios Públicos, Características Étnicas y Pobreza.

3.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Guatemala durante la década 1990-2000 (INE, 2009: 35) presentó una tasa media anual de crecimiento del 2.3%, la proyección de crecimiento proyectada hasta el 2010 es de 2.4%. La población pasó de seis millones en 1981 a once millones de habitantes en el 2002, Para el 2004, la población total se estimó en aproximadamente 12.4 millones de habitantes (cuadro 1). Para el 2015

(CELADE, 2009:82), se calcula que la población alcanzará los 16.2 millones de habitantes.

El país experimenta una transición demográfica caracterizada por un descenso de la mortalidad general y de la fecundidad, observándose también un descenso de la natalidad.

Tabla 3.1
Población según grupos de edad, años 1981,1994, 2002.

Grupos de edad	Censo 1981		Censo 1994		Censo 2002	
	Total	%	Total	%	Total	%
Total	6,054,227	100.0	8,331,874	100.0	11,237,196	100.0
0-14	2,715,728	044.9	3,666,192	044.0	4,750,021	42.3
15-17	0398,137	006.6	0581,481	007.0	0751,968	6.7
18-64	2,752,755	045.4	3,766,691	045.2	5,237,140	46.6
65 y más	0187,607	003.1	0317,510	003.8	00498,067	4.4

FUENTE: Elaboración propia en base a datos de los Censos Nacionales XI de población y VI de habitación 2002, Instituto Nacional de Estadística, INE.

La población se caracteriza por ser de tipo joven, concentrándose la mayor proporción en el grupo atareo de 0 y 17 años, la menor proporción de la población se encuentra en los mayores de 65 años (INE, 2002:87), más del 40% de la población pertenece a distintos grupos étnicos. En el país habitan 23 etnias que se ubican principalmente en los departamentos de Totonicapán, Sololá, Alta Verapaz y Quiché.

La mayoría de la población (54%) reside en el área rural (INE, 2002:89), proporción que ha venido descendiendo, por efectos de la urbanización. El Municipio de Guatemala tiene la mayor proporción de población urbana.

3.3 EMPLEO

La población total en edad de trabajar (PET) según la Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos (ENEI, 2004:60) del Instituto Nacional de Estadística, haciendo a con una mayor proporción en el área rural y con un predominio de mujeres trabajadoras. Esta misma fuente revela que existe un importante subempleo a nivel nacional, que representa el % de la población total del país, que se da más en el área urbana que rural y más e hombres que en mujeres.

Tabla 3.2
Indicadores Nacionales de Empleo de Guatemala, 2004.

INDICADORES	CARACTERISTICAS				
	TOTALES	URBANO	RURAL	HOMBRES	MUJERES
<i>Población en edad de trabajar</i>	8899971	4262929	4637042	4282057	4617914
<i>Población económicamente activa PEA</i>	4990230	2490236	2499994	3240963	1749266
<i>Población ocupada</i>	4834044	2380560	2453484	3149235	1684809
<i>Población en subempleo visible</i>	811136	434026	377109	471888	339247
<i>Tasa Global de Participación de la PEA</i>	56.04	58.42	53.91	75.69	37.88
<i>Tasa de ocupación específica</i>	96.87	95.6	98.14	97.17	96.32
<i>Tasa bruta de ocupación</i>	54.32	55.84	52.91	73.54	36.48
<i>Tasa de Subempleo visible</i>	16.25	17.43	15.08	14.56	19.39

FUENTE: Encuesta Nacional de Empleo e ingresos, ENEI. Instituto Nacional de Estadística, INE. Octubre 2004,

La población ocupada en el sector informal representa el 70.4% de la población total ocupada; en el área rural esa proporción es de 78.8% y en el área urbana no metropolitana 70.1% respectivamente, y que el 20.8% de la población ocupada en el país está constituida por personas de entre diez y

dieciocho años de edad, en tanto que para el área rural, una de cada cuatro personas empleadas pertenece a este grupo de edad, lo que significa que estos niños y jóvenes en edad escolar no acceden a los servicios educativos, lo que los coloca en situación de desventaja social, al no alcanzar un mayor nivel de instrucción que les permita insertarse en labores más tecnificadas y mejor remuneradas. (ENEI, 2004:68)

Esta situación laboral del país promueve el subempleo, el crecimiento del sector informal y el no acceso a la cobertura de los servicios de salud de la seguridad social, con las consecuencias negativas para la salud de los trabajadores.

3.4 EDUCACIÓN

La situación de educación puede medirse a través del indicador de alfabetismo. El número de alfabetos se incrementó en un 51.1% durante el período de 1994-2002, siendo el número mayor en las mujeres que en los hombres, 55.7% y 47% respectivamente. Según el Censo 2002, una de cada tres mujeres y de cada cuatro hombres son analfabetos. Si bien la situación educativa. (INE, 2002:96)

Tabla 3.3
Población según condición de alfabetismo y sexo, Censos,
1981,1994 y 2002.

Condición de alfabetismo y sexo		Censo 1981		Censo 1994		Censo 2002	
		Total	%	Total	%	Total	%
Total		4,561,185	100.0	6,503,403	100	8,921,367	100
	Hombres	2,263,178		3,174,502		4,328,450	
	Mujeres	2,298,007		3,328,901		4,592,917	
Alfabeta ²		2,607,421	57.2	4,202,619	64.6	6,350,188	71.2
	Hombres	1,441,032		2,239,123		3,292,222	
	Mujeres	1,166,389		1,963,496		3,057,966	
Analfabeta		1,953,764	42.8	2,300,784	35.4	2,571,179	28.8
	Hombres	822,146		935,379		1,036,228	
	Mujeres	1,131,618		1,365,405		1,534,951	

FUENTE: Censos Nacionales población y de habitación, 1981,1994 y 2002.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística para el año 2002, se estimaba que el 28.5% de la población entre 15 y 64 años de edad era analfabeta; correspondiendo al 61.2% de la población femenina y al 36.8% de la población masculina, (INE 2002:102). Sin embargo, esos porcentajes son mayores entre la población indígena, en la cual la tasa de analfabetismo es superior al 40%.

En los departamentos con más del 75% de población indígena como Quiché y Alta Verapaz, se registran tasas de analfabetismo del 54.4% y 50.7% respectivamente, (INE 2002:110). Con relación a la población indígena, la asistencia a la educación primaria se acercó al 70%, en tanto que en la población no indígena, en términos generales, fue superior al 80%.

² Alfabeta: persona que sabe leer y escribir un párrafo sencillo en español u otro idioma. La condición de alfabetismo se investigó en la población de 7 años y más de edad, según el XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación, 2002 (INE).

Sobre el nivel de escolaridad, medido por el máximo grado y nivel alcanzado por las personas de 7 años y más de edad que han asistido a la educación formal, el Censo 2002 muestra que el 50.7 por ciento ha aprobado algún año de primaria, el 16.4 por ciento ha cursado algún año del nivel medio, y solo el 3.6% tienen estudios universitarios. El 1.1 por ciento tiene estudios de primaria y el 28.2 por ciento no tienen ningún grado aprobado. (INE 2002:114)

Esta situación es similar cuando se analiza el nivel de escolaridad por área urbano y rural, encontrándose una situación más precaria en esta última, donde se reporta que un 38.8 por ciento de la población no tiene ningún grado aprobado a diferencia de un 16.7 por ciento en el área urbana.

Es importante destacar que las diferencias señaladas también se expresan cuando se analiza el nivel de escolaridad por sexo, encontrándose una mayor proporción de mujeres sin ningún grado aprobado respecto a los hombres tanto a nivel nacional pero principalmente a nivel rural. Esto es importante porque existe una relación directa entre educación y salud, de hecho las mujeres con adecuados niveles de educación toman decisiones adecuadas y oportunas para el cuidado y promoción de su salud y el de sus familias.

3.5 VIVIENDA

Sobre las características de la vivienda el tipo de vivienda definido como "tipo de local de habitación particular", en los tres últimos censos de habitación, una alta proporción corresponden a casa formal: 76.2 por ciento en 1981, 81.9%

en 1994 y 87.9 por ciento en 2002. La proporción de ranchos en 1981 era de 14.1 por ciento, comparado con 5.3 por ciento en 2002. (INE 2002:115)

Sobre las características de las viviendas la misma fuente reporta que los locales de habitación particulares con paredes exteriores de ladrillo, block y concreto aumentaron de 19.3 por ciento en el Censo de 1981 a 50.1 por ciento en el Censo del 2002, mientras que los que tienen paredes de adobe disminuyeron de 30.6 por ciento en 1981 a 24.3 por ciento en 2002. En este último Censo el 16.5 por ciento de las viviendas tienen paredes exteriores de madera y el 9.1 por ciento restante los materiales predominantes en las paredes exteriores son de lamina, bajareque, lepa, palo o caña u otro material de desecho. (INE 2002:115)

El material predominante de los techos de las viviendas es la lámina metálica con 67.3 por ciento, en 1981 representaba el 49.6 por ciento. Las viviendas de concreto han aumentado de 4.9 por ciento en 1981 a 14.6 por ciento en 2002. Así mismo en 1981 se registraba que el 19.4% de las viviendas tenían paja, palma o similares como material predominante en el techo, mientras el Censo de 2002 reporta 3.9 por ciento. También se ha observado una disminución de las viviendas con techo de asbesto cemento que para 1981 eran de 2.8 por ciento comparado con 1.7 por ciento en 2002. (INE 2002:117)

El material del piso, el 37.8 por ciento de las viviendas cuentan con piso de torta de cemento, el 20 por ciento tienen piso de ladrillo de cemento. En el

34.5% el piso es de tierra, y solamente en el 6.2% de las viviendas el piso es de ladrillo cerámico. (INE 2002:117)

Si bien las condiciones de la vivienda en el país han mejorado según los últimos tres Censos nacionales sigue predominando la baja calidad de las construcciones, la carencia de los servicios básicos; el restante 25% del déficit se refiere a la ausencia de soluciones habitacionales, lo cual provoca los fenómenos de hacinamiento y asentamiento de viviendas precarias en lugares de alto riesgo para desastres y con riesgos para la salud de la población.

3.6 ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS

Según Encuesta Nacional de Condiciones de Vida -ENCOVI-, (INE 2002: 65), el acceso a los servicios públicos básicos tiene relación directa con el desarrollo social y económico de la población. Este tipo de servicios son muy importantes por su impacto en la salud de las personas y sus familias. La situación en el país se caracteriza por tener un déficit en la cobertura de agua potable y saneamiento que alcanza el 41.5% de las viviendas a nivel nacional.

En el área rural se tiene que un déficit del 43.3% de las viviendas no cuentan con conexión a una red de distribución de agua y un 91.1% carecen de conexión a drenajes, a diferencia de los observado en el área urbana, que el déficit observado es que un 11% de viviendas carecen de conexión a la red de agua y un 23.6% permanece sin conexión a la red de drenaje respectivamente (INE 2002:68). La cobertura eléctrica nacional alcanzó 85.0% en el 2003.

Observándose también diferencias importantes entre las áreas urbanas y rurales.

Tabla 3.4
Servicios de agua y saneamiento básico en hogares por área urbana y rural, año 2000.

Tipo de servicio básico	Hogares / Área urbana	%	Hogares / Área rural	%
Con conexión de agua	846,711	89	703,466	56.7
Sin conexión de agua	104,943	11	536,311	43.3
Con conexión de drenaje	727,363	76.4	110,193	8.9
Sin conexión de drenaje	224,291	23.6	1, 129,604	91.1
Total de hogares	951,654	100	1, 239,797	100

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, INE. ENCOVI 2000.

Estas condiciones deficitarias en el acceso y calidad de los servicios de agua potable y alcantarillado sanitario, favorecen la aparición y propagación de un conjunto de enfermedades respiratorias, de transmisión hídrica y parasitaria, particularmente en áreas rurales del país.

3.7 CARACTERÍSTICAS ÉTNICAS

Guatemala es un país diverso en muchos sentidos. La conformación geológica del territorio, la disposición geográfica de los ambientes físicos y humanos, la diversidad de sus recursos naturales y de su población, tanto de sus orígenes como de sus identidades, de sus formas de vida y de sus características culturales.

Guatemala tiene una rica diversidad étnica y cultural: existen 23 grupos étnicos-lingüísticos³ diversos reconocidos oficialmente. La identificación de lo lingüístico con lo étnico se debe a la importancia que tiene el idioma en la identidad básica y en otras expresiones de la vida social. Con excepción del español, del Xinca y del Garífuna, el resto han sido agrupados bajo la denominación genérica de Mayas, debido a su origen lingüístico común.

En Guatemala, se registran 4.6 millones de indígenas que equivalen al 41% de la población total, pertenecientes a 23 etnias que se encuentran distribuidas en todo el país. Según el Informe de Desarrollo Humano 2006, el departamento de Guatemala, que tiene la mayor concentración urbana de todo el país, únicamente un 13 por ciento de su población se auto identificó como indígena en el último Censo. (INE 2002:120)

Los departamentos con mayor predominio de población indígena son: Totonicapán, (98.3%), Sololá (96.4%), Alta Verapaz (92.8%) y Quiché (88.8%), que se caracterizan por una alta ruralidad, cuya población es minifundista, viven principalmente de actividades agrícolas en condiciones precarias y un desarrollo humano inferior al de las poblaciones no indígenas y urbanas. (INE 2002:121)

Las características sociales, de desarrollo humano y culturales de los grupos indígenas en el país limitan su desarrollo y aumentan las desigualdades ya

³ *Grupos étnicos generalmente presentan, en grados diversos, algunos rasgos que los caracterizan, se refiere al sentido de las relaciones entre grupos, definidas por características lingüísticas, el parentesco, la solidaridad y una cultura.*

existentes en dicha población: la pobreza afecta 12% más a la población indígena que a la no indígena, además según los datos de la ENCOVI, el 82% de los pobres viven en el área rural. La mortalidad materna afecta más a mujeres indígenas, analfabetas, en departamentos con altos índices de pobreza y ruralidad, siendo el impacto de muerte materna tres veces superior en las mujeres indígenas, en comparación con las no indígenas. (INE 2002:72)

En cuanto a la atención del parto, la diferencia entre grupos étnicos es muy grande y se ha reducido levemente. Dadas las prácticas tradicionales de las mujeres indígenas se tiene que casi el doble de estas comparado con las mujeres ladinas dieron a luz en su casa, asistidas por comadrona. Las prácticas de las comadronas están enmarcadas en la cultura y rituales mayas, las cuales incluyen rezos antes y durante el parto, baños de vapor, disposición del cordón umbilical y de la placenta, libertad de la selección de la posición de dar a luz y el acompañamiento de la familia. Los servicios de salud pública no proveen ninguno de éstos por lo que resultan poco atractivos a las parturientas.

Las diferencias antes descritas por lo tanto, parecerían responder a preferencias culturales. La atención durante el post parto aunque es baja para la población general, la diferencia se acentúa para las mujeres indígenas. Sin embargo la atención postnatal es más alta para los niños: casi la tercera parte de los niños indígenas y la mitad de los niños no indígenas las recibe.

La sub-utilización de los servicios de salud según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005, se explica por su falta de *pertenencia cultural*. (ONU-Guatemala 2005: 117). En Guatemala la población maya tiene una concepción de la salud-enfermedad diferente a la de la población no indígena. La comprensión de la enfermedad no se basa únicamente en patologías o aspectos biológicos que denoten algún desequilibrio, sino que considera otros factores de orden social, ambiental y espiritual que también inciden en el padecimiento. Las terapias necesarias para restablecer la salud combinan aspectos de curación en todos estos órdenes, asignando terapias tanto para el individuo, su familia y la comunidad. Los terapeutas mayas diferencian entre las enfermedades de origen natural y las de origen espiritual, sobre natural y social.

Hasta hace pocos años, el sistema oficial de salud, minorizaba el conocimiento y las prácticas de salud no biomédicas. Con excepción de las comadronas, el personal de salud tradicional, no ha sido reconocido, ni incorporado para articular su labor con la del sistema de salud.

3.8 POBREZA

Según el Informe de Desarrollo Humano 2005. La diversidad Étnico Cultural. El acceso y la pertinencia cultural de los servicios de salud. Sistema Naciones Unidas en Guatemala. La carencia de bienes y servicios esenciales ilustran el fenómeno económico y social denominado pobreza que afecta a la mayoría de la población guatemalteca, y ésta tiene un carácter multidimensional. Sus

efectos se manifiestan por bajos ingresos, condiciones de vida y vivienda precarias, desnutrición, acceso limitado a los servicios públicos (salud y educación) que limitan el ejercicio de sus derechos civiles y políticos.

El 57% de la población se ubica bajo la línea de pobreza y el 16% están bajo la línea de pobreza extrema. En este contexto, la pobreza afecta al 56% de la de la población no indígena, (ONU-Guatemala 2005: 118).

Según los datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) para el año 2000, el 82% de los pobres vivían en el área rural y el 18% en el área urbana. Las regiones con mayores índices de pobreza son las regiones Norte y Nor occidente. En la primera, se observa una tendencia creciente, tanto en la pobreza general como en la pobreza extrema, afectando un 84% de su población; en la segunda, la pobreza afecta al 82.1% de sus habitantes, sin embargo se ha reducido el porcentaje de la población en condiciones de pobreza extrema (Tabla 3.5). Estas dos regiones se caracterizan por tener altos porcentajes de población indígena y una alta ruralidad, (INE 2002:130).

Tabla 3.5**Población en situación de pobreza general y de pobreza extrema por región.**

Región	Pobreza General		Pobreza Extrema	
	1994	2000	1994	2000
Total República	54.3	56.2	22.8	15.7
Región Metropolitana (I)	11.7	18.0	35.3	39.1
Región Norte (II)	75.3	84.0	35.3	39.1
Región Nororiente (III)	49.9	51.8	15.2	8.9
Región Sur oriente (IV)	65.5	68.6	24.2	20.1
Región Central (V)	43.1	51.7	7.7	8.7
Región Sur occidente (VI)	72.1	64.0	37.6	17.0
Región Nor occidente (VII)	79.2	82.1	37.0	31.5
Región Petén (VIII)	59.3	68.0	22.2	12.9

FUENTE: SEGEPLAN, Informe Anual 2004 Política de Desarrollo Social y Población.

La situación de pobreza provoca una mayor vulnerabilidad de los individuos, familias y comunidades frente a la aparición y propagación de una serie de enfermedades carenciales, infectocontagiosas y parasitarias, en las que las condiciones de hacinamiento, el humo intra domiciliario, la falta de agua de buena calidad, la deficiencia cuali cuantitativa de los alimentos, y la inadecuada disposición de residuos sólidos y líquidos perpetúan un mayor nivel de necesidad de servicios de salud, necesidad que no siempre se manifiesta como demanda, principalmente por la existencia de barreras culturales, idiomáticas, económicas o geográficas.

Los pobres y sobre todos los pertenecientes a grupos indígenas, residentes en áreas rurales y urbano marginales concentran un cúmulo de problemas de salud que inciden negativamente en su capacidad de inserción social, laboral, económica y política.

Capítulo 4

EL SECTOR SALUD EN GUATEMALA: La respuesta ante la situación de salud actual.

4.1 EL SECTOR SALUD

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el ente rector de la salud en el país, constituye la autoridad sanitaria⁴, y lleva el liderazgo en todos los procesos, definidos en las políticas de salud del gobierno; y es el responsable de velar por la salud de los habitantes, según en el artículo 4 del Código de Salud (Decreto Legislativo 90-97) en base a los principios de equidad, solidaridad y subsidiariedad, debiendo coordinar con los diferentes actores gubernamentales y no gubernamentales relacionados con la salud de la población.

El Código de Salud, artículo 8 (MSPAS, 1997:5), define al sector salud como:
“el conjunto de organismos e instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semi autónomas, municipalidades, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, cuya

⁴ En Guatemala la Autoridad Sanitaria se encuentra concentrada en el Ministerio de Salud Pública (MSPAS). La Constitución Política de la República reconoce que el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna y obliga al Estado a velar por la misma desarrollando a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación.

competencia u objeto es la administración de acciones de salud, incluyendo los que se dediquen a la investigación, la educación, la formación y la capacitación del recurso humano en materia de salud y la educación de salud a nivel de la comunidad”.

El sector salud (MSPAS, 1997:7) se define según el código de salud como “El Conjunto de personas naturales y jurídicas expresadas en organizaciones nacionales e internacionales, gubernamentales, no gubernamentales, autónomas, semi autónomas, comunitarias, públicas y privadas, incluyendo las escuelas formadoras, de investigación y educación, que de forma coordinada e integrada, realizan acciones de salud, bajo la rectoría del ministerio de salud.

Las responsabilidades del Ministerio de Salud en regulación y conducción son exclusivas y comparte con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales el aseguramiento, provisión de servicios, financiamiento y funciones esenciales de salud pública.

La estructura del ministerio establece como eje directivo el Despacho Ministerial el cual se apoya en dos vice ministerios: técnico y administrativo. Funcionalmente están conformadas cuatro Direcciones Generales: Dirección General del Sistema Integral de Atención de Salud; Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud; Dirección de Recursos Humanos y la Gerencia administrativa financiera. Las asesorías técnicas de apoyo y unidades como el Sistema de Información Gerencial en Salud, dependen

directamente del Ministro de salud y, son dependencias técnico normativas encargadas de normar, dirigir, supervisar, monitorear y evaluar los programas y servicios específicos. (OPS/OMS-USAID, 2007:23)

Las Políticas Nacionales de Salud son definidas cada cuatrienio por el gobierno democráticamente electo, tomando en cuenta los procesos de desarrollo ya establecidos y la definición de programas prioritarios. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social define Lineamientos los Planes Nacionales de Salud.

4.2 REGULACION SECTORIAL

La Regulación Sectorial está a cargo del Ministerio de Salud como el ente responsable de la regulación de los programas relacionados con la salud de la población. Dentro de la organización funcional del Ministerio, la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud es responsable de dictar la normativa y velar su cumplimiento a través de acciones de monitoreo y supervisión, contando para ello con un marco legal que permite sanciones de acuerdo a la magnitud del hecho. (OPS/OMS-USAID, 2007:25)

En cuanto a la regulación del ente rector del sector salud -El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-, la regulación que ejerce este es limitada a pesar de que existen instrumentos jurídicos - código de salud - este no se aplica y no existe voluntad política del MSPAS para asumir plenamente su rol regulador del sistema.

El ámbito de acción incluye el desarrollo de programas prioritarios, vigilancia y control de productos farmacéuticos y afines; de inocuidad de alimentos, y aspectos relacionados con publicidad; de condiciones sanitarias del medio ambiente (desechos hospitalarios, líquidos y sólidos) publicidad sobre tabaco y productos afines; y de registro y acreditación de establecimientos de salud y otros relacionados.

Algunas de las acciones de fiscalización se encuentran desconcentradas a nivel distrital (municipal) entre ellas la supervisión y control de calidad de agua y alimentos procesados. La acreditación de recurso humano en salud está bajo la responsabilidad de la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

4.3 PROVISION DE SERVICIOS

La provisión de servicios del Ministerio de Salud contempla tres niveles de atención de acuerdo a la complejidad de los servicios, y entrelazados a través del sistema de entre el segundo y tercer nivel. El primer nivel está integrado por servicios institucionales (Puestos de Salud y Centros de Atención Primaria), así como la prestación a través de contratación de administradoras y prestadoras de servicios no gubernamentales; esto ha permitido la extensión de cobertura a la población identificada como mayormente postergada. Los servicios prestados en el primer nivel están definidos como canasta básica que cuenta con 26 servicios, de ellos 8 dirigidos a la atención de la mujer, 8 a

niños y niñas, 6 a urgencias y enfermedades prevalentes y 4 al medio ambiente. (MSPAS-SIAS, 2002:21)

El Ministerio de Salud certifica a las prestadoras de servicios de salud previamente a la contratación. El costo del plan de servicios por usuario está predefinido de forma que la transferencia de recursos a las ONG's está en función de la población adscrita, (US\$ 5.33 / habitante / año para poblaciones asignadas de 10,000 habitantes de acuerdo a datos del año 2000). Los servicios del segundo nivel de atención son proporcionados de forma institucional por Centros de Salud y Centros de Atención Integral Materno-Infantil (CAIMI). (MSPAS-PMMS 2000: 10)

El tercer nivel lo constituyen los servicios prestados por los centros hospitalarios distritales, departamentales, regionales y de referencia nacional. La prestación del seguro social tiene los programas de atención por accidentes, enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y sobrevivencia para los afiliados y atención preventiva y curativa de los menores de cinco años para los hijos de afiliados. La cobertura de programas específicos nos igual en el país. En Escuintla y Suchitepéquez el seguro social cuenta con el programa de atención primaria. (MSPAS-PMMS 2000: 11)

La provisión de servicios de salud se brinda por un lado, por el gobierno a través de la red de servicios de salud en todo el país en los distintos niveles de salud en los que se organiza el sector y en menor proporción por la red de servicios privados.

De acuerdo a lo establecido en el Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Acuerdo Gubernativo 115-99), se define el modelo de atención, en el caso del primer nivel de atención, este se tiene centros comunitarios de salud, puestos de salud y puestos de salud fortalecidos. (MSPAS 1999: 2)

Centro comunitario de salud

Se entiende por Centro Comunitario de Salud, el establecimiento de menor complejidad de la red de servicios, que tiene bajo su área de responsabilidad programática una población menor de mil quinientos habitantes. En la prestación de servicios de salud del Centro Comunitario participan directamente miembros de la propia comunidad así como personal del Ministerio. Los recursos humanos propios de estos centros son los siguientes:

Por la Comunidad:

- a. El guardián de Salud
- b. El colaborador voluntario de vectores
- c. La comadrona tradicional capacitada

Y por el Ministerio de Salud personal ambulatorio:

- a. Auxiliar de enfermería/auxiliares de enfermería materno neonatales,
- b. educadores/as comunitarios/as en salud y educación,
- c. El técnico de salud rural,
- d. Médico o enfermero/a.

Las funciones de quienes intervienen en la prestación de servicios de salud en el Centro Comunitario, serán ejercidas de acuerdo a normas previamente establecidas.

Puesto de salud

El Puesto de Salud es el establecimiento de servicios públicos de salud de Primer Nivel de Atención ubicados en aldeas, cantones, caseríos y barrios de los municipios. Cubre dos mil habitantes como promedio y sirve de enlace entre la red institucional y el nivel comunitario. Brinda un conjunto de servicios básicos de salud definidos según normas en un horario de 8 horas de lunes a viernes; y el recurso humano básico conformado por el/la auxiliar de enfermería y el/la técnico/a de salud rural.

Puesto de Salud Fortalecido

Establecimiento de mayor complejidad del primer nivel de atención, ubicado en aldeas, cantones, caseríos, barrios o en algunas cabeceras municipales. Cubre una población promedio de 5,000 habitantes. Sirve de enlace entre la red institucional y la comunidad. Brinda un conjunto de servicios básicos de salud según normas, con horario de 8 horas, de lunes a viernes; y el recurso humano básico conformado por médico y /o enfermero/a., auxiliar de enfermería, técnico/a de salud rural y personal de apoyo administrativo. Presta servicios de promoción, prevención y curación de enfermedades.

La Provisión de los servicios de salud en el país se caracteriza por ser atomizada en los diferentes niveles de atención, con poca vinculación funcional entre proveedores (MSPAS; IGSS; privados) y no responde a una planificación sectorial de acuerdo a necesidades poblacionales existentes en el país.

La provisión de servicios de salud del primer nivel de atención se apoya en organizaciones prestadoras privadas para extender la cobertura de los servicios a través de un paquete de servicios básicos de salud, mismo que surge a partir de 1997 se establece la estrategia de Extensión de Cobertura en donde se definió la canasta básica de servicios de primer nivel y se adaptó la modalidad de establecer convenios con prestadoras y administradoras de servicios de salud, con el fin de tratar de disminuir las inequidades existentes en el acceso a los servicios de salud ⁵.

Programa de extensión de cobertura

Los equipos básicos de salud visitan como mínimo una vez al mes, los centros de convergencia o centros comunitarios para atender especialmente a las mujeres, llevar el control de crecimiento de los niños y las niñas, controles médicos, entrega de vitaminas, minerales y vacunas entre otros. También realizan visitas domiciliarias y el Facilitador Comunitario atiende diariamente 4 horas. Todas las atenciones y los medicamentos se ofrecen en Centros comunitarios para atención de emergencias.

Los paquetes de servicio básicos de salud son:

- Atención a la mujer
- Atención a la niñez
- Atención a urgencias
- Atención al medio ambiente

El sistema de provisión de servicios en el país tiene la característica de ser fragmentado y segmentado, ya que no existen enlaces funcionales ni

⁵ La Organización Mundial de la Salud-OMS, define acceso físico el servicio de salud ubicado a menos de 60 minutos de viaje.

separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria que tiene acceso a servicios diferenciados.

4.4 ACCESO A SERVICIOS

El Ministerio de Salud Pública es el ente rector del sector, llevando el liderazgo en todos los procesos, definidos a través de las políticas de salud del gobierno, así como también participar activamente con los diversos actores y someterse a auditorias sociales, (Flores, 2008:29).

Los servicios de salud en Guatemala están conformados por:

- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS),
- El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS),
- El sector privado lucrativo y no lucrativo,
- Los gobiernos locales,
- La medicina comunitaria tradicional y/o alternativa.

A partir del año 1997, el Ministerio de Salud Pública ejerce un papel financiador y regulador, a través de la presentación de servicios de ONG'S a poblaciones postergadas que carecían de cobertura de servicios públicos debido a la inaccesibilidad, se da inició a los procesos de descentralización y desconcentración administrativo – financiero, en las Direcciones de Áreas de Salud, las que tienen bajo su responsabilidad la conducción de la red de servicios de salud de su jurisdicción, integrada por hospitales, centros, puestos de salud y centros de convergencia comunitarios⁶. (OPS-USAID 2007: 23)

⁶ Área física dentro de una escuela, alcaldía u otra designada para el efecto y que cuenta periódicamente con un medico ambulatorio que atiende la demanda de consultas en la comunidad.

Con el Programa de Extensión de Cobertura el MSPAS ha incorporado al sistema a una población estimada de 4.0 millones, según la memoria epidemiológica del MSPAS del 2004, por lo que se estima que la cobertura alcanza el 71% de la población total, de la forma siguiente: 46% (5.6 millones de personas) institucionales, y el 25% (3.1 millones de personas) por medio de extensión de cobertura (Prestaciones de Servicios de Salud y Administradora de Servicios de Salud). (OPS- AID, 2007: 25)

El Instituto de Guatemalteco de Seguridad Social es una institución autónoma financiada a través de las contribuciones obligatorias de trabajadores y patronos, la Junta directiva es la autoridad superior que cuenta con representación de los distintos sectores. La cobertura de servicios de salud va dirigida a trabajadores formales afiliados al régimen y lo conforman los programas de accidentes, enfermedad común y maternidad, la que alcanza 8.2% (1.01 millones de personas) de la población. (OPS- AID, 2007: 27)

El subsector privado lucrativo está constituido por hospitales, sanatorios, clínicas, farmacias y laboratorios debidamente autorizadas por el Ministerio de Salud Pública, las cuales cubren el 8.2% de la población; el subsector no lucrativo está compuesto por las organizaciones no gubernamentales ONG'S y que en la actualidad suman más de mil distribuidas en todo el territorio nacional, trabajando en diferentes programas y áreas de influencia, y un sector de medicina tradicional de la cultura maya localizada a nivel rural e indígena. La población sin acceso a los servicios de salud se estima en 1.6 millones, equivalente al 13% de la población. (MSPAS, 2005: 35)

En Guatemala según la Encuesta Nacional de Condiciones de vida (ENCOVI 2000) reportó que solo el 10.7 % de la población adulta enferma viaja menos de 60 minutos para obtener atención en un servicio de salud. Existen brechas en cuanto al lugar de residencia: la población del área rural es la que mayores problemas de acceso físico muestra, tomando en cuenta que es la población con condiciones de vida mayormente deficientes, lo que complica el acceso por los costos de transporte. (INE, 2000: 131)

La cobertura de inmunizaciones ha sido próxima a los niveles útiles de cobertura establecidos por la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS 62.5% no existiendo desigualdad importante entre la cobertura del área rural y urbana (62.3 y 62.7 % respectivamente), con 62.5 promedio nacional. En general, se considera que el Programa de Inmunizaciones con esquemas completos, ha venido mejorando sustancialmente, pasando de una cobertura del 25 % en 1987 al 63 % en el 2002. (OPS/OMS-USAID, 2007:27)

Con el Programa de Extensión de Cobertura el MSPAS ha incorporado al sistema a una población estimada de 4.0 millones, según la memoria epidemiológica del MSPAS del 2004, por lo que se estima que la cobertura de este ministerio alcanza el 71% de la población total, de la forma siguiente: 46% (5.6 millones de personas) institucionales, y el 25% (3.1 millones de personas) por medio de extensión de cobertura (Prestaciones de Servicios de Salud y Administradora de Servicios de Salud). Por su parte, el IGSS según la misma fuente cubre el 8.2% (1.01 millones de personas) y los sanatorios y

hospitales privados tienen una cobertura de 8.2%. La población sin acceso a los servicios de salud se estima en 1.6 millones, equivalente al 13% de la población, (OPS/OMS-USAID, 2007:31).

Tabla 4.1
Acceso a los servicios de salud Guatemala.

Características	Acceso
Período	
1990-1994 (1)	54%
1995-1999	nd
2000-2005 (2)	89.70%
Zonas geográficas	
Urbana	14.40%
Rural	8.30%
Pertenencia étnica	
No indígena (3)	12.20%
Indígena (3)	8.70%
Nivel de atención	
Primer nivel (extensión de cobertura)	23.7
Segundo nivel (servicios institucionales, públicos y privados)	65.9

FUENTE: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005; (1) OPS/OMS 1994; (2) MSPAS 2004, (3) ENCOVI 2002.

El acceso a los servicios de salud en Guatemala presentan grandes diferencias en el país y grandes contradicciones, siendo las áreas rurales, la población indígena y el primer nivel de atención los que presentan las mayores deficiencias, a pesar de estar allí las mayores necesidades de salud de la población.

4.5 ASEGURAMIENTO DE SERVICIOS

En el país coexisten diversas formas de aseguramiento y provisión de servicios: públicos, seguridad social y seguros privados; los cuales están vinculados a una red de proveedores privados de servicios. La función de aseguramiento que cumplen tanto los seguros privados como la seguridad

social está poco desarrollada, y ambos esquemas cubren una porción menor a 25% de la población. Formalmente el Ministerio de Salud no tiene adscrita población; su responsabilidad es la totalidad de los habitantes del país. En el seguro social la afiliación se da por inscripción de empresas e instituciones públicas, posteriormente se inscriben los empleados y beneficiarios, aproximadamente el 17% de la población, (OPS/OMS-USAID, 2007:33).

4.6 RECURSOS FISICOS

El MSPAS tiene 2,845 unidades de salud, distribuidas en todo el país, cuenta con 6,030 camas de las cuales 2,349 se localizan en el departamento de Guatemala, 680 en Quetzaltenango, 293 en Sacatepéquez, 270 en Escuintla, 253 en Alta Verapaz, 203 en Quiché y el resto de departamentos cuenta con menos de doscientas camas. El departamento que menos camas hospitalarias tiene es el Progreso con 45 unidades. (MSPAS, 2003: 24)

Existen grandes diferencias entre departamentos en cuanto al número de camas, presentándose una concentración de estas en el departamento de Guatemala, de acuerdo al modelo centralizados de servicios de salud existente en el país.

Sobre el indicador relación de habitantes/cama más alta se establece en el departamento de Chimaltenango con 6,865 habitantes por cama, seguido de Sololá con 5,157 habitantes por cama, Huehuetenango 5,149 habitantes por cama y San Marcos con 4,643 habitantes por cama. Los departamentos con

menor proporción habitante/cama son Sacatepéquez con 926 habitantes por cama y Quetzaltenango con 993 habitantes por cama. (INE, 2003:12)

Se observan diferencias importantes en cuanto a la relación por habitante por cama entre departamentos del país, lo cual evidencia un déficit de este tipo de recurso, lo cual puede deberse a un déficit real o a una mala gestión hospitalaria.

La red de servicios del MSPAS en el *primer nivel de atención* cuenta con 1,244 centros de convergencia, 926 puestos de salud, 300 unidades mínimas. En el *segundo nivel de atención*, cuenta con 249 centros de salud tipo B, 32 tipo A, 16 maternidades cantonales, 3 clínicas periféricas y 32 centros integrados. En el *tercer nivel de atención*, se cuenta con 43 hospitales, de los cuales 2 son de referencia nacional, 7 considerados de función específica o especializada, 8 hospitales regionales, 16 departamentales, 5 distritales y 5 de contingencia. (INE, 2003:14)

Se observa una alta cantidad de servicios de atención curativa en el nivel central, que corresponde al departamento de Guatemala; este tipo de servicios atienden al 25% de la población del país que se encuentra ubicada en este nivel de atención, lo que indica las inequidades⁷ existentes en cuanto a la atención de la salud en el país. El problema de la equidad en todos sus aspectos está convirtiéndose a paso acelerado en uno de los temas más

⁷ Inequidad en salud: Diferencias en salud que no solo son innecesarias y evitables sino que, además, se consideran incorrectas e injustas en: Whitehead, Margaret., Dahlgren Göran. Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población- Parte 1. Centro Colaborador de la OMS para la Investigación Política de los Determinantes Sociales de la Salud, Universidad de Liverpool. 2010. P 16.

debatidos en el ámbito de la salud, al reconocerse que para eliminarla no basta con mejorar el nivel sanitario medio.

4.7 RECURSOS HUMANOS

Desde 1999 la estructura funcional del Ministerio de Salud incluye la Dirección General de Recursos Humanos con los departamentos de Capacitación, Formación y Administración. Una de las políticas del Ministerio de Salud 2004-2008 incluye el fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud.

En el año 2005 según el estudio sobre el Perfil del Sistema de Salud de Guatemala, en Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma (Febrero 2007), se reportó que el total de trabajadores del Ministerio de Salud en todas las categorías era de 23,357. La contratación del recurso humano se realiza a través de diferentes renglones presupuestarios que incluyen personal permanente y por contratos temporales, el 80% del personal se encuentra contemplado en el renglón permanente. (OPS/OMS-USAID, 2007:35)

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social incluye en su nómina un total de 12,283 trabajadores de los cuales el 91% es permanente. El seguro social en la Política de Modernización, Sistematización, Eficiencia Integral y Calidad (2004), establece la actualización del manual de perfiles de puestos para elevar la calidad de los procesos de selección, contratación, inducción, capacitación y evaluación del desempeño. No se cuenta con información del subsector privado. (OPS/OMS-USAID, 2007:36)

La concentración de recursos humanos en el área metropolitana y la escasez de médicos con especialidades básicas en los hospitales departamentales provocan un gran déficit en la capacidad resolutive a nivel ambulatorio y hospitalario. La distribución de los recursos humanos es un reflejo de un modelo asistencial centralizado y volcado hacia la atención médica curativa.

4.8 OFERTA Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

El MSPAS cuenta con 34,965 empleados entre los cuales se tienen 3,511 médicos 1,372 enfermeras 6,703 auxiliares de enfermería, 14,218 administrativos y 9,161 operativos. La mayoría del recurso humano de salud se concentra en el nivel central donde se encuentra el 25% de la población del país. (OPS/OMS-USAID, 2007:37)

El personal médico del MSPAS se concentra principalmente en el Departamento de Guatemala, donde se reportan 1,575 médicos; en los departamentos en Quetzaltenango 280, en Escuintla 129, Santa Rosa 124, en Suchitepéquez 122 y en Quiché 105, el resto de departamentos reportan una menor cantidad de médicos, siendo Sololá y El Progreso los departamentos con menor personal médico, 32 y 37 médicos respectivamente. (OPS-USAID, 2007:37)

La relación médico por habitantes tiene una distribución desigual entre departamentos, se observan en los departamento de Sololá: un medico por 10,959 habitantes por médico, Alta Verapaz 1 médico por 10,162 habitantes

San Marcos 1 médico por 9,756 habitantes, Huehuetenango 1 médico por 9,569 habitantes comparado con el departamento de Guatemala tiene que tiene 1 médico por cada 1,754 habitantes, indicando una alta concentración de este recurso humano. (OPS/OMS-USAID, 2007:39)

En relación al recurso humano de enfermería, se encuentra mayormente concentrado en los departamentos de Guatemala (437), y Quetzaltenango (129). Los departamentos con menor cantidad de enfermeras son El Progreso (13) y Baja Verapaz (17) enfermeras, respectivamente.

Tabla 4.2
Recursos humanos del sector público. Guatemala 2005.

Institución	2005		
	Médicos	Enfermeras	Enfermeras auxiliares
MSPAS	3175	1274	6611
IGSS	1794	4629	
Total	4969	12514	

FUENTE: Dirección de Recursos Humanos MSPAS, 2006,
Instituto Guatemalteco de Seguro Social, Memoria 2000.
** Incluye todo el personal paramédico*

Existen grandes contradicciones administrativas en cuanto a la distribución de los recursos humanos del sector salud en el país, el 53% de la fuerza laboral del Ministerio de Salud se encuentra en el departamento de Guatemala. El 31% del personal se encuentra en el primero y segundo nivel de atención, el 62% en área hospitalaria y el resto a nivel central técnico, normativo y

administrativo. En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, cerca del 80% de todo el personal de salud, se concentra en la región metropolitana.

4.9 FINANCIAMIENTO

Desde el año 1997 el análisis de Cuentas Nacionales de Salud a cargo de la Unidad de Planificación Estratégica del Ministerio de Salud, ha permitido identificar la orientación del gasto en salud, pero no es utilizado de forma sistemática para monitoreo o evaluación del mismo. Si bien existe la decisión de establecer equitativamente el financiamiento de la salud de acuerdo a los niveles de atención, aun persiste concentración mayor al 50% en el tercer nivel de atención. En el período 1999-2003 el financiamiento de los niveles uno y dos, donde se realizan la mayor parte de acciones preventivas aumentó de 36% a 43%. (OPS-USAID, 2007:42), (BITRAN, 2004:2)

El financiamiento de salud por parte del MSPAS se define anualmente en base a la Programación Operativa Anual que conlleva un análisis de las prioridades desde el nivel departamental ajustado a los techos presupuestarios asignados. Si bien la decisión final del financiamiento en grandes grupos de acciones presupuestarias recae en el Nivel Central del Ministerio de Salud, quien lo presenta al Ministerio de Finanzas públicas donde se revisa y ajusta; finalmente es aprobado por el Congreso de la República.

El financiamiento del sector salud del país es mixto: El sub sistema público es financiado por el Gobierno a través de la recaudación de impuestos, El sub sistema de la seguridad social es pagado por los empresarios a través del

pago de cotizaciones al IGSS y por el gobierno para protección de sus trabajadores, en ambos casos existen deudas importantes que no han sido pagadas al instituto, siendo la mayoritaria la de este último; y El finalmente el subsistema privado que es pagado con gasto de bolsillo de quienes utilizan este tipo de servicios. (BITRAN, 2004:5)

Los resultados del sector salud, a pesar de la inversión que se hace, los resultados que se obtienen son los siguientes: Bajas coberturas de los programas, Baja calidad en la provisión de servicios, limitada inversión en salud, insatisfacción de los usuarios y poca mejoría en el estado de Salud de la población.

El estudio de *Cuentas Nacionales en Salud* del período 1999 al 2003 expresa que la principal fuente de financiamiento del gasto en salud de Guatemala son los hogares cuyo aporte representa el 65% del total de los recursos del sector. En orden de importancia, la segunda fuente es el Gobierno de la República, con un aporte del 19% de los recursos. Luego, siguen los empleadores con el 10%, la cooperación internacional con un 2.9% y por productos financieros de los depósitos en el sistema bancario 2.5% de los recursos totales. (PHR, 1998:13)

Sobre el comportamiento de las fuente de financiamiento durante ese mismo período, llama la atención que mientras el aporte del subsector público disminuyó pasando de un 27.1% en 1999 a 19.7% en el 2003, el sub sector

privado, se incrementó de 70.5% a 77.2% en esos mismo años, efecto propiciado por el incremento de los gastos de bolsillo. (PHR, 1998:14)

El Ministerio de Salud en su doble condición de agente financiero y proveedor de servicios, gastó en promedio un 46% de los recursos en acciones del tercer nivel de atención, otro 40% de los recursos los consumió en las acciones del primero y segundo nivel y un 14% en la administración.

Cuando se analiza el gasto del Ministerio de Salud por programas, se evidencia que la mayor asignación fue para las acciones de inmunización. El gasto de los hogares está destinado a la compra de medicamentos principalmente, seguido del gasto en consultas, exámenes y servicios de hospitalización. Cuando el análisis se desagrega geográficamente, el gasto en salud varía significativamente, porque mientras que en el área urbana, los hogares destinan el 83% de su gasto en salud en los cuatro conceptos descritos anteriormente, los hogares del área rural, destinan el 72.7% en la compra de medicamentos.

El gasto en salud con respecto al Producto Interno Bruto (PIB) durante el periodo de 1999 al 2003 oscila entre un 4.73 a 5.54%. Sin embargo, la tendencia de esta relación es decreciente. El gasto público en salud con respecto al PIB, también experimenta una tendencia decreciente. (PHR, 1998:15)

El gasto per cápita, el gasto público y el gasto del MSPAS, se incrementaron considerablemente con tasas promedio de 4.9, 9.9 y 8.0% respectivamente.

Esto es particularmente importante, especialmente para el gasto general del gobierno y del MSPAS, que se mantuvieron por arriba de los niveles inflacionarios. Sin embargo es importante destacar que la distribución del gasto en salud no sigue una proporcionalidad en función del tamaño de la población, situación socioeconómica, acceso a los servicios médicos, lo cual evidencia una inequidad en el gasto, lo cual profundiza la marginalidad y desigualdad de la población. (PHR, 1998:17)

Tabla 4.3
Evolución del Gasto en Salud: Serie 1999 – 2004.

Indicadores	1999	2000	2001	2002	2003	(2)2004
Gasto en salud / PIB (%)	4.7	5.5	5.4	5.2	5.4	5.1
Gasto en salud del Gobierno / PIB (%)	2.3	2.2	2.1	1.9	2.1	1.8
Gasto MSPAS como % Gasto total del Gobierno	6.2	6.8	7.0	6.8	6.3	6.2
Gasto en Salud Privado / Gasto Total en Salud (%)	51.7	60.2	61.89	63.04	60.32	63.69
Gasto Total en Fármacos / Gasto Total en Salud (%)	34.31	30.24	29.88	29.65	28.55	28.71
Gasto Total en Fármacos / Gasto Salud Privado (%)	66.37	50.23	48.28	47.02	47.33	45.08
Gasto total en salud per cápita (Q)	576.7	727.3	772.9	850.9	925.7	988.9
Gasto Salud Gobierno General per cápita (Q)	278.5	286.1	294.1	310.8	353.4	357.9
Gasto en salud MSPAS per cápita (Q)	108.6	118	134	138.1	159.3	146.3

FUENTE: Ministerio de Salud Pública. Situación de la Salud y su Financiamiento. Período 1999 – 2003, (2) Situación de de la Salud y su Financiamiento. Período 2004-2005.

El desafío del sector es mejorar la eficiencia y calidad del gasto en salud para que los servicios asistenciales alcancen realmente a la población más necesitada tanto en cantidad como en calidad.

Durante el período 1999-2005, el gasto total en el sistema de salud en Guatemala creció a un ritmo superior al 10% anual. Esto implicó que el gasto aumentara en

casi un 100% en un período de 6 años (de Q 6, 401 millones a Q12, 558 millones). Esta cantidad equivale a 6.5% del Producto Interno Bruto (PIB) del país. Esto es un porcentaje considerable, es importante conocer quién provee ese financiamiento, qué servicios y bienes obtiene a cambio, y con qué equidad y eficiencia se financia y ejecuta el gasto del sistema de salud de Guatemala. (MSPAS, 2004:35)

En Guatemala la inversión privada ha sido tradicionalmente la principal fuente de financiamiento en salud, y continúa creciendo: en 1999 casi tres cuartas partes (70.5%) eran de fuentes privadas, para 2005 había llegado a 79.7%. Esto incluye tanto los gastos “de bolsillo” que hacen los hogares en pagos directos por bienes y servicios de salud, como las contribuciones patronales que hacen las empresas al IGSS. (USAID, 2008:2)

Sin embargo, dentro del gasto privado son los hogares quienes asimilan la mayor parte del gasto en salud. Se estima que para el año 2005 los hogares emplearon más de Q. 8,500 millones en bienes y servicios para la salud, que es casi 70% de lo destinado a salud en el país. Esta proporción es más alta que la que destina a la salud los hogares de cualquier otro país en Latinoamérica y el Caribe. Más aún, esta carga está creciendo más rápidamente que el gasto público y de las empresas. (USAID, 2008:5)

Tomando en cuenta que la mitad de la población del país vive en condiciones de pobreza, y que los gastos en salud provienen en su mayoría del bolsillo de las personas, estos desembolsos se convierten en catastróficos para la economía

familiar y personal, y contribuyen a generar más pobreza y más enfermedad e inequidades en salud en la población.

Finalmente es importante destacar que ante el escenario ante los problemas del financiamiento de la salud en Guatemala, los esfuerzos para la búsqueda de soluciones deberán estar dirigidos a la creación de políticas públicas claras que garanticen una mayor participación pública en el financiamiento a través de la tributación, el aseguramiento público y social, una red amplia de servicios públicos de salud y una regulación firme del mercado de servicios y seguros privados de salud, para alcanzar una mayor equidad y eficiencia del sistema de salud.

Capítulo 5

SITUACION DE SALUD DE LA POBLACION GUATEMALTECA: Características, contrastes e impacto en distintos grupos poblacionales.

5.1. SALUD DE LA NIÑEZ

5.1.1 ESTADO NUTRICIONAL

Las carencias nutricionales han afectado a la población guatemalteca y particularmente a la niñez por muchas décadas; diversos estudios han documentado deficiencias tanto de energía como de macro nutrientes (proteína), como deficiencias específicas de vitaminas y minerales (micronutrientes).

La desnutrición en Guatemala afecta a un total de 756.000 niños menores de 5 años a nivel nacional y es dos veces más alta que la del segundo país de la región con mayores niveles de desnutrición. (Banco Mundial 2003). Un agravante a este panorama es que estos no sólo son los peores índices de desnutrición del continente, sino que además existe desigualdad en los indicadores al interior del país, lo que hace que la situación sea extremadamente dramática en el área rural, en las regiones donde la población es mayoritariamente indígena, y en los hogares donde las madres carecen de educación formal, (MARTÍNEZ, 2005:20).

De acuerdo a datos de la Organización Panamericana de la Salud -OPS- (2006), la desnutrición crónica infantil en menores de cinco años en Guatemala, asciende a 48.7% (el índice más elevado en América Latina) con una anemia nutricional que afecta al 26% de los niños entre 1-5 años y al 36% de las mujeres en edad fértil. (URCULLO, 2006:3)

Guatemala hizo algunos avances en cuanto a la reducción de la desnutrición (Banco Mundial 2003), desde un 59% en 1987 hasta un 44% en 2000; sin embargo, la proporción de reducción anual durante ese período fue 1.7%, la más bajo de América Latina y el Caribe.

A pesar de los avances en cuando a la reducción de la desnutrición en el país en el período referido, la situación de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) de la población se caracteriza por una insuficiencia del suministro global de alimentos respecto a las necesidades nutricionales, un entorno social y económico que limita el acceso a los alimentos en un alto porcentaje de la población, un patrón de consumo de alimentos que no llena los requerimientos de nutrientes y unas condiciones de higiene y saneamiento que sumadas a un pobre acceso y baja demanda de servicios de salud de la población no permiten una adecuada utilización biológica de los alimentos. (MSPAS, 2009:5)

No obstante la evidencia presentada sobre la desigualdad en los resultados de la desnutrición, cabe aclarar que esta, no necesariamente está asociada a la escasez de alimento por efectos de la pobreza. El Banco Mundial señala que en Guatemala coexisten niños con retraso en el crecimiento y madres con

sobrepeso, lo que respalda la premisa que, salvo cuando se producen hambrunas, la existencia de alimentos y la posibilidad de los hogares de acceder a ellos no son la principal causa de la desnutrición.

Según las Encuestas *Nacionales de Salud Materno Infantil de 1987 y de 2002*, la proporción de niños con Desnutrición oscilo entre 33% y 23% en el período 1987-2002. La *Desnutrición Aguda (peso para edad)*, como indicador del estado nutricional actual en el mismo período, oscilo entre 1.5 y 1.8%. La *Desnutrición Crónica (peso para talla)* la proporción de desnutridos oscilo entre un 58% en 1987 y un 49% en el 2002. (MSPAS-ENSMI, 2002: 191)

Durante el período en estudio se observa que hay una tendencia de incremento de la Tasa de Desnutrición Aguda, no así en la desnutrición crónica (baja talla para la edad en menores de 5 años), que se presento una disminución en el período reportado; lo cual puede explicarse por la limitante que tienen los macro indicadores, que no siempre reflejan las diferencias que existen entre departamentos y al interior de los departamentos del país.

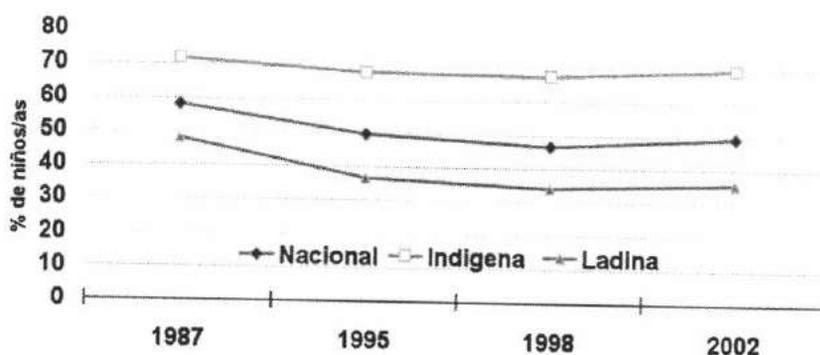
El Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, reporta para el período 2004-2005 en los departamentos del occidente del país, como Totonicapán y Huehuetenango, la prevalencia de desnutrición crónica alcanza valores de hasta 70% y 80%, que unos de los departamentos con mayores niveles de pobreza y con mayor proporción de población indígena en el país. (MSPAS-ENSMI, 2002: 194)

Según el Banco Mundial (2003) las brechas de desnutrición crónica (baja talla para la edad en menores de 5 años) entre grupos y regiones de Guatemala en el 2002 fue mayor en el área rural (6/10 niños) que en la urbana (4/10), fue más alta en hogares indígenas (7/10) que en los no indígenas (4/10) y mayor en niños con madres sin educación formal (7/10 niños) que en niños con madres con estudios secundarios y superiores (2/10). (MSPAS-ENSMI, 2002: 196)

Esta situación información indica claramente que la prioridad de atención la tiene la población indígena que se ubica en su mayoría en áreas rurales y es una población con bajo nivel educativo, el cual está estrechamente vinculado con el nivel socioeconómico.

En los últimos 20 años. Ha habido un descenso de aproximadamente 15 puntos porcentuales en la prevalencia de desnutrición a nivel nacional, éste ha ocurrido en las poblaciones ladinas; no así en los grupos indígenas donde las prevalencias prácticamente no se han modificado en este período. (Gráfico 5.1)

Gráfico 5.1
Tendencias de la desnutrición crónica en Guatemala, según grupo étnico.



FUENTE: Encuestas de Salud Materno Infantil 1987, 1995, 1998, 2002. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala

Si bien, los datos nacionales nos proveen de información útil para la definición de políticas públicas relacionadas con la salud y nutrición, la desagregación por grupos sociales y áreas geográficas es indispensable para la focalización de intervenciones.

El escenario de desnutrición en que vive la población guatemalteca se puede explicar de acuerdo a las malas condiciones sociales en que viven la mayoría de poblaciones en el país, y que finalmente se traducen en exclusión social en salud, limitando el derecho a la salud de población y al acceso a los servicios de atención sanitaria.

En Guatemala, cuatro de cada cinco niños desnutridos son pobres. La tasa de desnutrición es más alta entre los niños pobres que entre los no pobres (64% de pobres extremos y 53% de todos los niños pobres, en comparación con 27% de los niños no pobres). Los niños pertenecientes al quintil más pobre son cuatro veces más propensos a presentar desnutrición que sus contrapartes en el quintil superior (62% y 16%, respectivamente). (MSPAS-ENSMI, 2002: 198)

La pobreza es un factor determinante en la génesis de la desnutrición, porque limita el acceso de la población a condiciones materiales de existencia para tener una vida digna y poder con ello poder mantener y cuidar su salud.

Según la *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*, las Regiones de Salud, con las prevalencias más altas de desnutrición son: la región Nor-Occidente con una prevalencia de 68% y 31% de desnutrición crónica y global respectivamente. Las regiones menos afectadas son la Metropolitana y la Central,

que puede estar relacionado a mejores condiciones de seguridad alimentaria y acceso a servicios públicos en general.

5.1.2 DEFICIENCIAS DE MICRONUTRIENTES

Como en el caso de la situación nutricional la niñez guatemalteca presenta deficiencias importantes de micronutrientes a pesar del esfuerzo programas de fortificación de productos de consumo como el azúcar con vitamina 'A' y la sal con yodo. Según la, las principales deficiencias de estos elementos son las siguientes: (MSPAS, 1995: 5). (PACHÓN, 2010: 12)

5.1.2.1 DEFICIENCIA DE HIERRO

La Proporción de niños anémicos en Guatemala es de 40%, casi 2 de cada 3 niños y niñas entre 6 y 11 meses de edad tienen anemia, lo que sugiere que las reservas repletas tempranamente son consumidas y el hierro proveniente de la dieta no es suficiente para llenar los requerimientos.

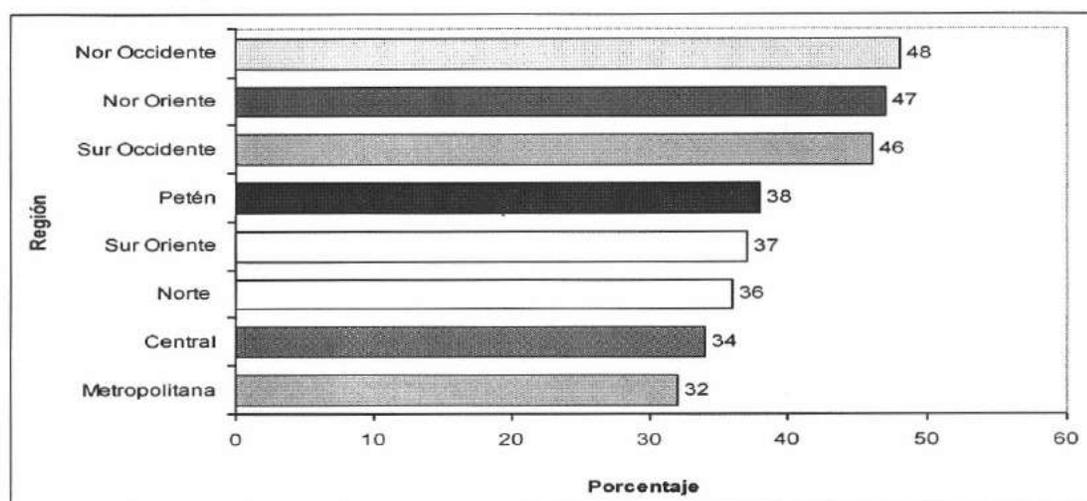
Los niños desnutridos generalmente tienen deficiencia de hierro, así mismo la las enfermedades recurrentes contribuyen a la deficiencia de hierro en los niños y niñas por los siguientes mecanismos: a) reduciendo la ingesta de nutrientes en general; b) aumentando los requerimientos para la formación de proteínas implicadas en la respuesta inmunológica; y c) aumentando las pérdidas.

En cuanto a la distribución de la deficiencia de hierro en el país se observa que existen diferencias importantes entre regiones. Poco más de la mitad de niños de

12 a 23 meses tiene deficiencia de hierro (56%). Las regiones más afectadas por la deficiencia de hierro son el Occidente (Norte y Sur) y la región Nor-Oriente. (Gráfico 5.1). (PACHÓN, 2010: 22)

Las regiones más afectadas son aquellas que tienen mayor concentración de población en pobreza y con población indígena.

Gráfico 5.2
Prevalencia de Anemia en niños menores de cinco años por
Región de Salud, Guatemala 1998.



FUENTE: Encuesta Nacional Nutricional Ministerio de Salud Guatemala 1998, P. 43.

5.1.2.2 DEFICIENCIA DE YODO Y VITAMINA A

En los años 80's y 90's 15% de los escolares tenían manifestaciones clínicas de deficiencia de yodo, como el bocio. Sin embargo la encuesta nacional de micronutrientes realizada por el MSPAS en 1995 reveló que la ingesta de yodo (evaluada por la excreción urinaria) era adecuada en la población escolar. (PACHÓN, 2010: 28)

Deficiencia de Vitamina 'A'. La proporción de niños menores de 5 años con deficiencia de vitamina 'A' (Retinol por debajo de 20mcg/DL) fue de 16%. Los más afectados fueron los menores de 2 años. (PACHÓN, 2010: 32)

5.1.2.3 DEFICIENCIA DE ACIDO FOLICO

Hay pocos estudios sobre los niveles de ácido fólico en mujeres embarazadas, sin embargo la información sobre niños que nacen con defecto del tubo neural, malformación compatible con deficiencias de Ácido Fólico, ayuda a dar una idea sobre esta deficiencia. La poca variación de la tasa de defecto del tubo neural entre el 2001 y el 2003 (19.2; 23.2 y 18 x 10,000 nacidos vivos) que se observa en los hospitales, hace meritorio la revisión de la estrategia de suministro de Ácido Fólico a las embarazadas.⁸

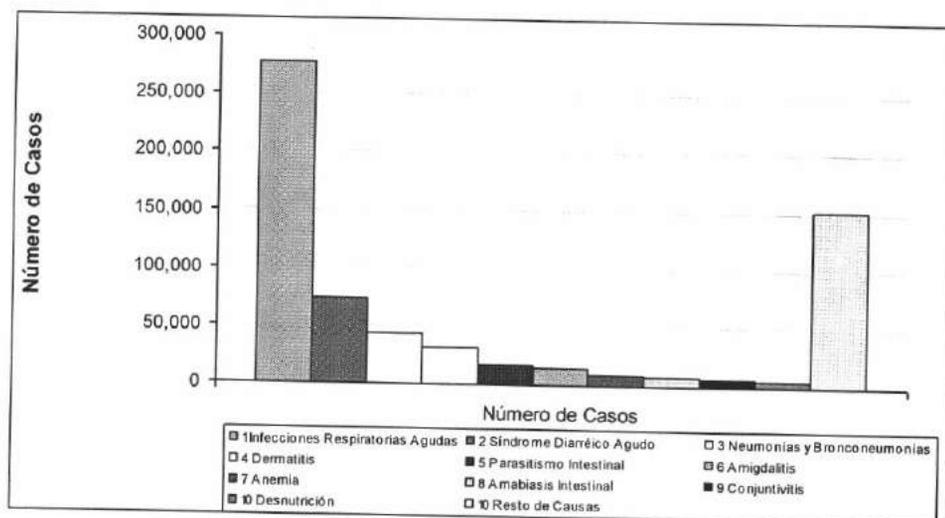
5.2. MORBILIDAD

Las tres principales causas de morbilidad en población infantil registradas en el MSPAS son las infecciones respiratorias agudas con un 43.6 %, el síndrome diarreico agudo con un 11.5 % y las neumonías con el 6.7%. (Grafica 5.3) Estos problemas de salud están asociados a la condición inmunológica y nutricional deficiente de los infantes, e influenciados por condicionantes estructurales como la pobreza en que vive la mayoría de la población, la cual determina el acceso a los servicios básicos como las

⁸ *Ibíd.*

condiciones de vivienda y el abastecimiento de agua potable, así mismo son factores que inciden directamente en la morbilidad prevalente en la población, y los hábitos higiénicos de las familias.

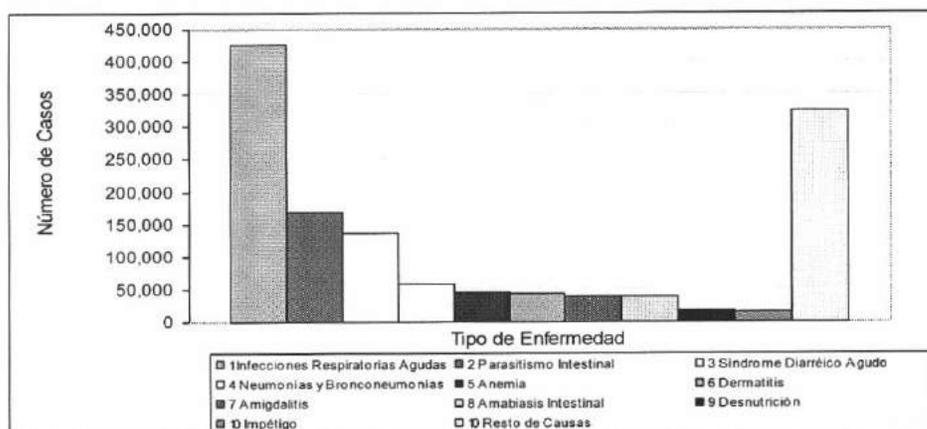
Gráfico 5.3
Principales causas de morbilidad en población menor de un año. Guatemala 2004.



FUENTE: Sistema de Información Gerencial en Salud, -SIGSA- MSPAS, Base de datos sobre morbilidad 2004.

En la población de niños y niñas de 1 a 4 años, las enfermedades más frecuentes son las infecciones respiratorias agudas con un 32.5 %, el parasitismo intestinal con un 12.9%, y el síndrome diarreico agudo 10.3%.(Gráfico 5.4)

Gráfico 5.4
Principales causas de morbilidad en población de
1 a 4 años, Guatemala 2004.



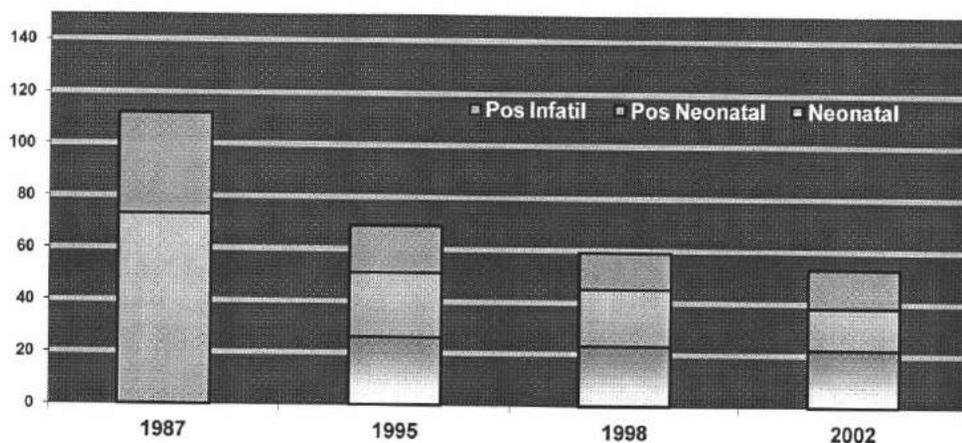
FUENTE: Sistema de Información Gerencial en Salud –SIGSA- MSPAS, Base de datos sobre morbilidad 2004.

Los factores asociados principales a estas enfermedades son los mismos que fueron citados para el caso de la población infantil (menores de 1 año).

5.3 MORTALIDAD

Según la *Encuesta de Salud Materno Infantil 2002*, la mortalidad de menores de 5 años, tanto en neonatos, post neonatos la infantil propiamente dicha ha tenido una tendencia hacia la disminución durante el período comprendido de 1987 al 2002, se estima que la tasa de mortalidad de la niñez se ha reducido en 60 puntos, sobre todo a expensas de la reducción en la mortalidad post infantil, (Gráfico 5.5.). (MSPAS-ENSMI, 2002: 169)

Gráfico 5.5
Mortalidad en menores de 5 años, Guatemala 1987 – 2002



FUENTE: Encuestas de Salud Materno Infantil 1987, 1995, 1998, 2002.
 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Capítulos
 mortalidad infantil y de la niñez Guatemala.

Existen diversos factores relacionados con la mortalidad en la niñez, según la *Encuesta de Salud Materno Infantil 2002*, reporta que existen diferencias de acuerdo al sexo: mayor mortalidad infantil y en la niñez en el sexo masculino (50 x 1000nv y 66 x 1000 menores de 5 años respectivamente respecto al femenino (37 x 1000nv y 51 x 1000 menores de 5 años respectivamente), también se observan diferencias en los hijos respecto a la *edad materna al nacer*, observándose tasas más altas cuando las niñas y niños son producto de madres menores de 20 años y las mayores de 40 años, es decir en los extremos de la vida, (Tabla 5.1.). (MSPAS-ENSMI, 2002: 171)

Tabla 5.1
Factores materno infantiles relacionados con la mortalidad
de la niñez en Guatemala, 2002.

Factores	Tasas de mortalidad				
	Neonatal	Post neonatal	Infantil	Post Infantil	En la niñez
Sexo del Niño					
Masculino	29	22	50	17	66
Femenino	18	19	37	15	51
Edad materna al nacer					
Menos de 20 años	28	23	51	12	62
20 a 29 años	22	17	39	15	53
30 a 39 años	21	22	42	19	31
40 a 49 años	53	40	93	26	116
Orden de nacimiento					
Primero	30	17	47	13	59
Segundo ó tercero	18	18	36	11	47
Cuarto ó quinto	24	21	45	17	61
Sexto ó más	25	27	52	31	81
Intervalo-nacimientos					
Menos de 2 años	26	32	58	20	77
Dos años	20	18	38	17	54
Tres ó más años	18	13	30	11	41
Ladino	22	18	40	13	52
Educación Materna					
Sin escolaridad	29	28	57	25	81
Primaria	22	18	40	11	50
Secundaria ó más	11	06	17	04	21

FUENTE: Encuesta de Salud Materno Infantil 2002. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala 2002. Capítulo 8 Pp. 169-178.

Otros factores relacionados con la mortalidad de la niñez en Guatemala son el *área de ubicación de los hogares de los niños*; aquellos que pertenecen a hogares del área rural presentan mayor riesgo de morir antes de llegar al primero y al quinto año de vida, riesgo que en comparación con los niños de hogares del área urbana se incrementa en un 40% y 50% respectivamente, (Tabla 5.2). (MSPAS-ENSMI, 2002: 172)

El riesgo de muerte también tiene diferencias entre *regiones y grupos étnicos*, según la misma fuente en cuanto a la diferencia entre regiones del país: la región de salud *Sur Oriente* presenta la mayor Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y de Mortalidad en la Niñez (TMN), 66 x 1000nv y 83 x 1000 menores de 5 años respectivamente; en comparación con niños del *Área Metropolitana* (TMI: 21 x 1000 y TMN: 28 x 1000 respectivamente). Los niños del *Área Sur Oriente* tienen un riesgo dos veces mayor de morir antes del primer año de vida, (Tabla 5.2). (MSPAS-ENSMI, 2002: 173)

La Tasa de Mortalidad Infantil y de Mortalidad de la Niñez es mayor entre los *indígenas*, 49 x 1000nv y 69 x 1000 menores de 5 años respectivamente, comparado con los *ladinos* (40x 1000nv y 52 x 1000 menores de 5 años respectivamente). Estas diferencias se deben a las condiciones de exclusión social en que viven las poblaciones indígenas en el país. (Tabla 5.2)

Otro factor importante identificado es el relacionado con la *educación materna*: *encontrando una relación inversamente proporcional entre educación y mortalidad infantil y mortalidad de la niñez, los hijos de madres sin escolaridad tienen una mayor mortalidad* (TMI: 57 x 1000 y TMN: 81 x 1000 respectivamente), que los hijos de madres que tienen estudios de secundaria y más (TMI: 17 x 1000 y TMN: 21 x 1000 respectivamente). (MSPAS-ENSMI, 2002: 174)

Tabla 5.2
Factores materno infantiles relacionados con la mortalidad
de la niñez en Guatemala, 2002.

Factores	Tasa de mortalidad				
	Neonatal	Post neonatal	Infantil	Post Infantil	En la niñez
Área					
Urbana	21	14	35	11	45
Rural	25	23	48	18	66
Región					
Metropolitana	13	08	21	08	28
Norte	30	21	51	16	66
Nor-Oriente	31	22	53	21	73
Sur-Oriente	33	32	66	19	83
Central	26	29	55	11	66
Sur-Occidente	23	23	46	22	67
Nor-Occidente	26	21	47	20	66
Petén	25	18	42	21	62
Grupo Étnico					
Indígena	26	24	49	21	69
Ladino	22	18	40	13	52

FUENTE: Encuesta de Salud Materno Infantil 2002. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala 2002. Capítulo 8 Pp.169-178.

Las causas de mortalidad más frecuentes en niños y niñas guatemaltecas, según el *Sistema de Información Gerencial de Salud del Ministerio de Salud Pública y Social*, son las enfermedades infecciosas, Aparecen en los primero lugares las enfermedades respiratorias con predominio de la las neumonías y las enfermedades causadas por agua y alimentos, estas han mostrado una tendencia sostenida durante el período comprendido del 2001 al 2005, (Tabla 5.3). Este perfil epidemiológico es propio de un país en vías de desarrollo, cuya población ha sido excluida socialmente lo que limita su acceso a los bienes y servicios para mejorar su salud (MSPAS-SIGSA, 2001-2005)

Tabla 5.3
Causas de Mortalidad Infantil en Guatemala, 2001 a 2005.

Causas	2001	2002	2003	2004	2005
Neumonías	46,4	45,1	44,2	48,4	48,6
Enfermedades causadas por agua y alimentos	18,8	18,6	17,1	15,8	17,9
Otras septicemias	3,5	4,6	4,0	4,7	4,0
Fiebre de origen desconocido	3,9	3,7	3,7	3,0	2,8
Desnutrición proteico energética	2,9	2,6	2,4	2,2	1,9
Otras causas	2,9	1,8	1,6	1,4	1,2

FUENTE: *Sistema de Información Gerencial en Salud -SIGSA- MSPAS, Bases de datos sobre morbilidad 2001-2005.*

5.4 SALUD DE LOS ADOLESCENTES

La salud de adolescentes (10 a 19 años de edad) y de jóvenes (15 a 24 años de edad) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de las y los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que éstos en comparación con los niños y los adultos mayores, sufren de pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas. Sin embargo, aunque gran parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante la adolescencia misma, sí lo

hacen en años posteriores. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia. (OPS, 1998: 25)

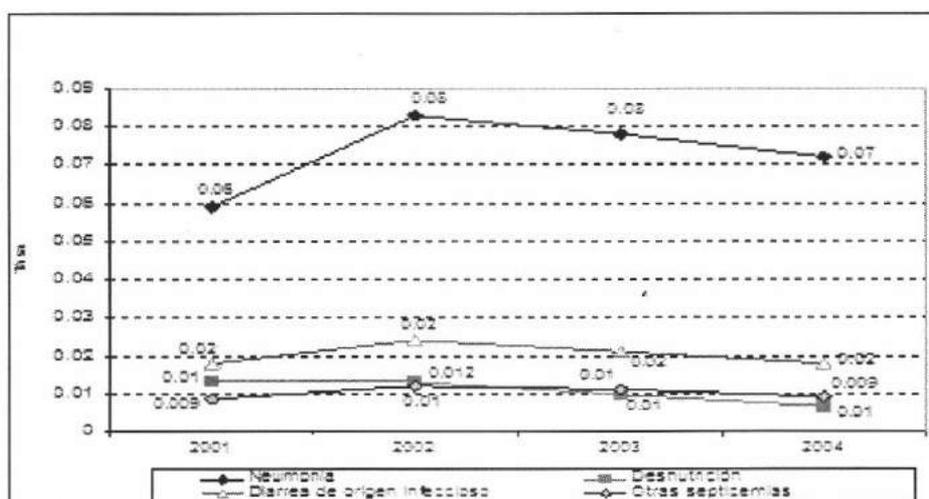
5.4.1 MORTALIDAD

En el periodo 2001-004 la mortalidad de adolescentes se caracteriza por: a) Presentar dos diferentes perfiles de Mortalidad por causas violenta y por enfermedades transmisibles y b) Afecta principalmente al género masculino. El 32% de las muertes que ocurren en esta etapa de la vida es debido a causas violentas, de ellas más de la mitad (54%) es por causa de Heridas por Arma de Fuego. La mortalidad ocasionada por armas de fuego es la primera causa de muerte en este grupo de edad; en los departamentos: Guatemala, Chiquimula, Escuintla e Izabal la tasa específica de muertes por causa en adolescentes es mayor que la tasa nacional, aunque de forma general estos departamentos tienen tasas de mortalidad por causas violentas superiores al promedio nacional. (MSPAS-SIGSA, 2001-2005)

Las tasas de mortalidad de adolescentes y jóvenes son bajas en comparación con los otros grupos etáreos y la mayoría de las muertes son debidas a causas externas (accidentes, homicidios y suicidios). En la mayoría de los países, los accidentes de tráfico son la causa más importante de mortalidad en este grupo etáreo. (OPS, 1998:76)

Las causas de muerte relacionadas a enfermedades transmisibles y carenciales presentan una tendencia hacia la disminución desde el 2002 como se puede observar en el Gráfico 5.6.

Gráfico 5.6
Tasas de enfermedad por enfermedades transmisibles, carenciales y Transmitidas por agua y Alimentos, 2001-2004.



FUENTE: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Base de datos sobre morbilidad 2001-2004.

Las Tasas Específicas de Mortalidad por neumonías y por diarreas reportadas son superiores al promedio nacional en los departamentos: Totonicapán y Sololá de la Región Sur Occidental; Quiché y Huehuetenango de la Región Nor Occidental; caracterizándose estos departamentos por ser mayoritariamente de población indígena, con alta ruralidad, alta proporción de población dispersa y de difícil acceso. La mayoría de muertes (65%) en adolescentes se dan los varones. (OPS, 1998:76)

5.5 SALUD DE LA MUJER

5.5.1 MORTALIDAD MATERNA

En Guatemala la mortalidad materna es una de las principales causa de muerte entre las mujeres, esta constituye un daño extremo que algunas mujeres sufren durante la etapa reproductiva de sus vidas y está asociada a una baja disponibilidad y calidad de los servicios de salud, las malas condiciones socioeconómicas, desnutrición y las consecuencias de la marginalidad y exclusión social. (MASPAS, 1995: 8)

En Guatemala, la mayor parte de las muertes maternas ocurren entre mujeres indígenas, según el informe sobre la Línea Basal de Mortalidad Materna (2000), la tasa de mortalidad materna para este grupo es tres veces mayor (211 muertes por 100.000 nacimientos) que para el grupo no-indígena (70 muertes por 100.000 nacimientos), también existen diferencias importantes en la tasa de mortalidad materna entre departamentos.

Los departamentos Alta Verapaz, Petén, Sololá, Totonicapán, Huehuetenango y el Quiché, e Izabal la mortalidad materna está por encima del promedio nacional, estos departamentos tienen los niveles más altos de pobreza, baja accesibilidad a los servicios de salud, las tasas de fecundidad más altas, y la menor proporción de nacimientos asistidos por médicos o enfermeras comparado con otros grupos de población (Tabla 5.4). (MASPAS, 1995: 8)

Tabla 5.4
Proporción de nacimientos asistidos por médicos o enfermeras.

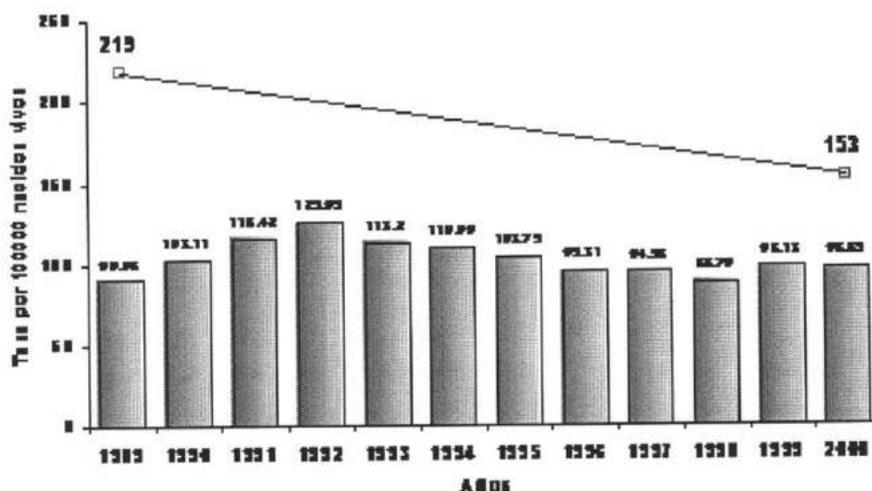
Tipo de población	Años		
	1987	1995	1998-99
Todas las mujeres	34	35	41
Indígenas	16	12	17
Ladinas	48	52	55

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987, 1995, 1998-9, capítulos salud materno infantil. Capítulos Salud Materno Infantil.

Sobre las causas de la muerte materna es importante destacar que más de la mitad de las muertes maternas son debido a causas evitables: sangrado excesivo, infecciones, hipertensión inducida por el embarazo, o abortos realizados de manera poco segura, (MASPAS, 1995: 9).

La tendencia de la tasa de mortalidad materna en el país ha sido descendente (Grafico 5.7), el estudio '*Línea Basal de Mortalidad Materna en el año 2000*' encontró una Razón de Mortalidad Materna -RMM- de 153 defunciones asociadas a embarazo, parto ó puerperio por cada 100,000 nacidos vivos, aunque cabe mencionar que se estima un sub registro nacional de 44% de muertes maternas. (MASPAS, 1995: 9)

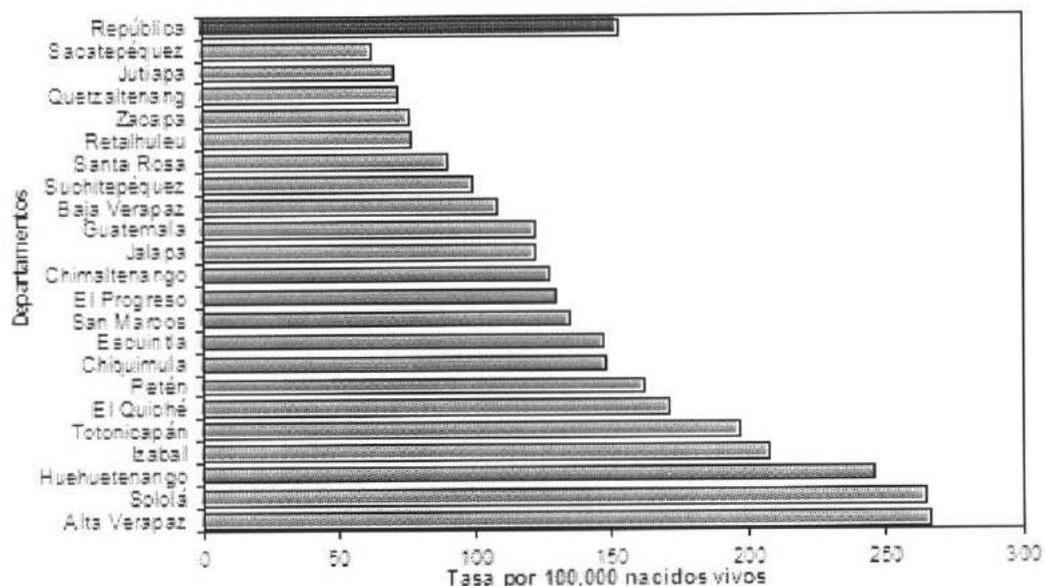
Gráfico 5.7
Tendencia de la Tasa de Mortalidad en Guatemala 1989-1999



FUENTE: Informe final de Línea basal de Mortalidad Materna (2000), MSPAS 2003, Pp. 8-9.

A pesar de la tendencia de la disminución de la mortalidad materna a nivel nacional, en las distintas regiones y departamentos del interior del país hay diferencias muy importantes; tal es el caso de los departamentos de Huehuetenango, Sololá, Izabal, Guatemala y Totonicapán en los cuales la Razón de Mortalidad Materna supera las 175 x 100,000nv, y en Alta Verapaz hasta un 266 x 100,000nv (Gráfico 5.8).

Gráfico 5.8
Razón de Mortalidad Materna por departamentos, Guatemala 2000.



FUENTE: Informe final de Línea basal de Mortalidad Materna (2000), MSPAS 2003. P.18.

Al analizar la mortalidad materna con relación algunos factores, según el estudio de la Línea Basal de Mortalidad Materna (2000) se evidencia que las madres sin ninguna escolaridad tienen tasas más altas (66.5 por 100,000 nv) que aquellas madres que tienen estudios universitarios (1.5 por 100,000 nv). (Tabla 5.5). El mismo patrón se observa en el caso de edad de la madre, encontrándose mayor mortalidad en los grupos extremos de la vida y la tendencia es el aumento de las muertes conforme aumenta la edad de la madre, también se identifican diferencias en relación al grupo étnico en donde las mujeres indígenas tienen tasas de 211 por 100,000 nv, comparado las tasas de las mujeres ladinas que tienen 70 por 100,000 nv. (MASPAS, 1995:9)

Tabla 5.5
Mortalidad Materna y su relación con algunos factores,
Guatemala 2000.

Factor	Categoría	Tasa de Mortalidad Materna
Escolaridad	Sin escolaridad	66.5
	Primaria	28.5
	Secundaria	03.5
	Universitaria	01.5
Edad	10 – 14	077
	15 – 19	110
	20 – 24	107
	25 – 29	122
	30 – 34	185
	35 – 39	280
	40 – 49	415
Etnia	Indígena	211
	Ladina	070

FUENTE: Informe final de Línea basal de Mortalidad Materna (2000), MSPAS 2003. Pp.22-24.

5.5.2 ATENCION PRENATAL

La atención prenatal es una de las acciones muy importantes para el cuidado de la salud materna tanto para la identificación de riesgos a la salud materna y del feto durante el embarazo, como para la promoción de la salud durante ese período, según las Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil -ENSMI- de 1987, 1995 y 1998-99, la cobertura de atención prenatal brindada por personal de salud institucional se ha incrementado de un 34%, reportado para el año 1987, hasta un 60% reportado en el año 1998; aunque ha habido un aumento importante durante este periodo, la atención del parto sigue siendo insuficiente , lo cual limita a las madres la accesibilidad a los servicios de



salud y con ello poder evitar un mayor número de muertes maternas. (MSPAS-ENSMI, 1987: 13), (MSPAS-ENSMI, 1995: 5), (MSPAS-ENSMI, 1998: 97)

5.5.3 ATENCION DEL PARTO

La atención del parto es una de las acciones importantes para disminuir o evitar la mortalidad materna, debido la atención este por parte de personal calificado, permite la detección oportuna de complicación y permite la referencia temprana a los servicios de salud de partos complicados. Aunque entre 1987 y el 2002 se ha incrementado de un 29% a 41% la atención institucional del parto en el país, esta proporción varía de acuerdo distintas características según el estudio de Línea basal de Mortalidad Materna (2000). Ese mismo estudio también destaca que la mayor parte de mujeres en ocurren las muertes maternas que residen en el área rural son indígenas, sin escolaridad y los partos son atendidos en sus casas. (MSPAS-ENSMI, 1998: 98)

5.5.4 INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL - ITS

Los registros del MSPAS del 2003 al 2004 indican que los casos de mujeres afectadas por herpes, papilomatosis y chancro blando se han incrementado de forma significativa (Tabla 5.6). El impacto de las ITS en mujeres está asociado a problemas reproductivos en el futuro. Además, este problema incrementa el riesgo de adquirir VIH de 2 a 10 veces más y en el caso del VIH/SIDA a la transmisión vertical del mismo. (MSPAS-SIGSA, 2003-2004)

Tabla 5.6
Casos de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-2003 -2004.

Tipo ITS	Total en el 2003	Mujeres	Total en el 2004	Mujeres
Tricomoniasis	7629	7375	7375	7629
Herpes	2779	2716	4812	1616
Papilomatosis	0507	0723	1127	0427
Chancro Blando	0181	0070	0137	0061

FUENTE: Sistema de Información Gerencial en Salud –SIGSA- MSPAS, Base de datos sobre morbilidad 2003-2004.

5.5.5 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA – VIH

El MSPAS reportó al año 2004, que el número de personas con SIDA (Tabla 5.7), durante el periodo de 1984 - 2004 era de 7,374 afectados, (Tabla 5.7). El 29.38% (2,166) de estos casos corresponden al sexo femenino. Cuadro El acumulado de fallecidos de 1984 - 2004, eran 780 personas de las cuales el 23.08 % son mujeres. (MSPAS-SIGSA, 2003-2004). (MSPAS, 2003:5)

Tabla 5.7
Casos de SIDA en Guatemala 2002-2004

Años	2002	2003	2004
Mujeres	955	1,583	2,166
Hombres	2,804	4,176	5,193
Total	3,759	5,769	7,374

FUENTE: Sistema de Información Gerencial en Salud –SIGSA- MSPAS, Base de datos sobre morbilidad 2003-2004.

Los registros evidencian que el crecimiento de la epidemia del VIH – SIDA durante este mismo período para mujeres ha sido de un 126.80 %, mientras que en hombres la variación ha sido de un 85%. Este fenómeno propicia un incremento significativo en el riesgo de transmisión de la enfermedad madre-hijo. (MSPAS, 2003:7)

5.6 ENFERMEDADES CARENCIALES

5.6.1 ANEMIAS

El ministerio de Salud Pública y Asistencia social reporta en su memoria de vigilancia epidemiológica sobre la Morbilidad General de enfermedades no transmisibles reporta que la proporción de Anemia es mayor en mujeres (14.3%) que en hombres (10.1%). Este problema se agudiza entre las mujeres en edad reproductiva donde la proporción es aún mayor 20%. (MSPAS- ENSMI, 2002: 199)

El riesgo de Anemia es mayor en las mujeres con edades comprendidas de 15 a 19 años (28%), que residen en área rural (22%), que son indígenas (24%) y las que no tienen ningún nivel de escolaridad (25%). Contrariamente esta enfermedad en mujeres de residencia urbana la proporción es significativamente inferior (16.5%), las no indígena (17.8%) y con educación superior (11.2%). (MSPAS- ENSMI, 2002: 1999)

5.7 VIOLENCIA

La Encuesta de Salud Materno Infantil 2002 reporta un 15% de las mujeres encuestadas habían sido víctimas de violencia física desde los 15 años. Se reportaron diferencias entre la proporción de mujeres indígenas (33%) y mujeres ladinas (22%). El tipos de violencia más frecuente reportados fueron la violencia verbal (25%), física (9%) y sexual (4%). Es importante mencionar que como el caso de otra enfermedades se identificó que los casos de violencia fueron en mujeres con menor escolaridad y las de mayor edad. (MSPAS- ENSMI, 2002: 250).

Estos hallazgos concuerdan con lo reportado en otros estudios, en los cuales se reporta que las mujeres con bajo nivel de escolaridad y de mayor edad son mayormente afectadas por la violencia física, y se debe a que existe una cultura machista, particularmente entre los indígenas, sometiendo a las mujeres a violencia física, estos patrones de comportamiento violento frecuentemente pasan de generación en generación, perpetuando el ciclo de la violencia hacia la mujer.

Sobre abusos sexuales la misma fuente reporta que el 7% de las mujeres encuestadas han sido abusadas sexualmente. El abusador sexual de las menores varía de acuerdo a la edad de la abusada, en el caso de las mujeres de 12 años fueron otro familiar o un amigo o conocido. En las mayores de 12 años fue un amigo o conocido y en segundo lugar un desconocido. La violencia sexual ocurre más frecuentemente por primera vez en la niñez y

adolescencia. Casi la mitad (46%) fue perpetrada en adolescentes comprendidas entre los 10 y 14 años, llama la atención que el 20% de las encuestadas reportó que el abuso sexual había ocurrido antes de los 10 años de edad. (MSPAS- ENSMI, 2002: 253)

Esta situación es un problema importante de salud pública, en general es el resultado de un desequilibrio en el poder que tiene una persona hacia otra. Se suman otros factores como son las condiciones de hacinamiento en que viven las poblaciones y las relaciones de género por la desigualdad en que se distribuye el poder, también se presenta mayormente en mujeres indígenas y con bajo nivel de escolaridad.

5.8 CANCER

El Cáncer es un importante problema de salud pública en Guatemala, las tendencias de los principales tipos de cáncer son a aumentar su incidencia a través del tiempo. Las estadísticas más recientes proporcionados por el Instituto Nacional de Cancerología y La Liga Nacional Contra el Cáncer, corresponden a 1994. En ellas se registran 2,530 nuevos casos de cáncer en donde el 73% *corresponde al sexo femenino*, con una relación de 2.7 casos por cada caso masculino. (INC-LNCC, 1994: 12)

Esta situación se debe a que ha mejorado la expectativa de vida en el país, lo cual se traduce a que el perfil epidemiológico cambie de un predominio de enfermedades infecciosas que afectan mayoritariamente a la población a otro

donde prevalecen las enfermedades crónicas y degenerativas propias de las poblaciones de mayor edad entre las cuales destaca el cáncer.

Las cinco localizaciones más frecuentes en ambos sexos ese año (1,994) fueron: Cuello del útero (cervix), piel, mama, estómago, y ganglios linfáticos que suman el 63.8% del total de los casos. Las cinco localizaciones más frecuentes en mujeres fueron en su orden: Cuello del útero, mama, piel, estómago, ovario, trompas de falopio y ligamento ancho; que suman el 74% del total de casos femeninos registrados. (INC-LNCC, 1994: 16)

Entre 1995 y 1997 el 58% de los fallecidos por cáncer fueron mujeres (Carlos Waldheim et al, INCAN 2002) En el 2002 de los 2,355 nuevos casos de cáncer detectados por el Instituto Nacional de Cancerología de Guatemala - INCAN- 73% eran mujeres. El cáncer más frecuente reportado fue el de Cérvix (49%), el cual está asociado epidemiológicamente al virus de papiloma humano; el segundo tipo de cáncer identificado como más frecuente fue el cáncer de mama (14%). (INC-LNCC, 1995: 10), (INC-LNCC, 2002: 20)

Este patrón puede explicarse por el hecho de actualmente las mujeres consultan más a los servicios y que se hacen exámenes de rutina para la detección temprana y oportuna de los tipos de cáncer que mas las afecta, traduciéndose en una mayor identificación y detección de este tipo de problemas de salud.

Las cinco localizaciones más frecuentes en hombres fueron en su orden: Estómago, piel, ganglios linfáticos, sistema hematopoyético y próstata que

suman el 49% del total de casos masculinos registrados. En 1,994 el cáncer de estómago paso a ocupar el primer lugar y los casos de cáncer de testículo, que en 1,991 estaba en cuarto lugar, en 1,994 quedan fuera de la lista de las 10 primeras localizaciones, que fueron sustituidas por los del sistema hematopoyético. En cuanto a la edad, no ha existido variación, al igual que en 1,985 la mayoría de casos se presentan en personas mayores de 55 años. (INC-LNCC, 2002: 25)

Este patrón puede explicarse por que actualmente existe una detección temprana y oportuna de los distintos tipos de cáncer que afecta a los hombres, traduciéndose en una mayor identificación y detección de ciertos tipos de cáncer como el hematopoyético que ahora se detectan con mayor frecuencia que antes, lo que hacer variar el número de casos y los tipos de cáncer reportados.

5.8.1 CANCER DE CERVIX

De 1985 a 1990 la tasa de incidencia reportada fue 41 y 52 casos por cada 100,000 mujeres mayores de 20 años respectivamente (Hernández- Enríquez, 1991), con una tasa de mortalidad que varió entre 13 y 17 x 100,000 mujeres mayores de 20 años. Las mujeres más afectadas fueron las que tenían edad comprendida entre 30 y 69 años (87%) y las residentes de los departamentos de Guatemala, Escuintla, Jutiapa, Izabal, Santa Rosa Suchitepéquez, San Marcos y Quetzaltenango. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1999.). (INC-LNCC, 2002: 27)

Es importante destacar que los departamentos donde mayormente se reportan casos de cáncer de Cervix son de población no indígena, esto se puede explicar a que las mujeres indígenas no consultan a los servicios para hacerse examen de papanicolau por cuestiones de orden culturales y por decisiones machistas de sus parejas, lo cual evita que se tenga reportes de mayores casos otros departamentos.

En 2003, 67,6% de las mujeres notificaron haberse realizado un examen de Papanicolaou en algún momento de su vida (77,0% de las mujeres en la zona urbana y 58,1% en la zona rural); entre las mujeres indígenas, 42,3%, y entre las no indígenas 73,7%. (OPS, 2007: 398)

5.8.2 CANCER DE MAMA

En 1994 la Tasa de Mortalidad por Cáncer de Mama en mujeres mayores de 20 años registrada por MSPAS fue de 5 por 100,000 mujeres mientras que para 1995 -1997 la tasa reportada fue de 7.5. Se han identificado como factores de riesgo: menarquía temprana, ser mayor de 55 años, historia familiar de cáncer de mama, sedentarismo, primer embarazo posterior a los 30 años, tabaquismo y dietas ricas en grasa. (Instituto Nacional de Cancerología de Guatemala, 1995 -1997, (OPS, 2007: 398).

Los reportes de este tipo de cáncer indican que va en aumento, pudiéndose explicar que se está haciendo una mayor detección del mismo del mismo, y que por su ubicación es más fácilmente detectable que otro tipo de cáncer

que afecta a las mujeres, sin embargo se deberán seguir haciendo esfuerzos por aumentar la detección temprana y oportuna para evitar la letalidad del mismo.

5.9 MORTALIDAD GENERAL

En cuanto a la mortalidad general el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, reporta entre las primeras causas de mortalidad general de Guatemala por sexo del año 2004, las enfermedades infecciosas, (neumonía, bronconeumonía, enfermedad diarreica aguda, desnutrición) y casusas a enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, metabólicas y cáncer).

Este patrón de la mortalidad general se puede explicar por la transición epidemiológica y demográfica que está atravesando la población guatemalteca, el cual hace que coexistan tanto enfermedades infecciosas propias de un país subdesarrollado, así como enfermedades crónicas y degenerativas como es el caso del cáncer y las enfermedades cardiovasculares propias de países desarrollados. (Tabla 5.8)

Esta situación impone retos a los prestadores de servicios de salud, ya que por un lado deben responder a los problemas de salud que en países desarrollados ya han sido resueltos o que tienen muy bajas tasas de incidencia y prevalencia, y por otro, atender las enfermedades crónicas que constituyen una alta carga de atención para los servicios de salud.

Tabla 5.8
Causas de Mortalidad General de Mujeres, 2004

Primeras 10 causas de Mortalidad	Cantidad	%
Neumonía y Bronconeumonías	4,233	18.04
Diabetes mellitas	961	4.10
Infarto agudo del miocardio	940	4.01
Enfermedad Diarreica Aguda	865	3.69
Insuficiencia cardiaca	769	3.28
Accidente cerebro vascular	718	3.06
Desnutrición proteínico calórica	710	3.03
Cáncer Gástrico	558	2.38
Septicemias	437	1.86
Cáncer Cérvico uterino	409	1.74
Resto de Causas	12,864	54.82
Total general	23,464	100.00

FUENTE: Sistema de Información Gerencial de Salud del Ministerio salud Pública y Asistencia Social, Bases de datos sobre mortalidad 2005.

5.10 SALUD DE LOS ADULTOS

5.10.1 MORTALIDAD

La mayoría de muertes en este grupo de ocurren hombres siendo las principales causas de muerte en orden de frecuencia las siguientes: Neumonías, Enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol, Enfermedades de transmitida por agua y los alimentos, Enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio y las secundaria a causas violentas.

Los patrones de mortalidad varían de acuerdo a las regiones y departamentos a donde la población pertenece. Las características del perfil epidemiológico de la mortalidad en el país responden a las

características socio demográficas, sociales, culturales y geográficas de las distintas regiones y departamentos.

En las regiones Sur, Nor Oriental, Escuintla, Petén y Guatemala se caracterizan por tener una alta frecuencia de las muertes ocasionadas por Heridas por Armas de Fuego. Estas regiones se caracterizan por tener población mayoritariamente ladina, con proporción variable de pobres. Este patrón se explica por factores de tipo sociocultural que predispone a las poblaciones a tener conductas violentas, que predisponen a este tipo de muertes.

En las regiones Sur Occidental y Nor Occidental, en que la población es mayoritariamente indígena, con alta proporción de pobres y rural las causas de muertes asociadas a enfermedades infecciosas, de transmisión agua y alimentos; presentan tasas que están por encima del promedio nacional de mortalidad por dichas causas, estas poblaciones se distribuyen espacialmente con mucha dispersión lo que dificulta la provisión de servicios básicos por parte de los prestadores y la accesibilidad a los mismos por parte de los usuarios.

En los hombres de 25 a 44 años de edad, la tasa de mortalidad general fue de 5,94 por 1.000. Las principales causas de muerte fueron los homicidios, con una tasa de 95 por 100.000, los eventos de intención no determinada (93 por 100.000), los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (56,4 por 100.000), la cirrosis (55,2 por

100.000), la influenza y neumonía (41,3 por 100.000) y el VIH/sida (23,1 por 100.000). (INE, 2004:12)

5.10.2 MORBILIDAD

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (SIGSA) para el año 2005, el 83% de las causas de consulta a los servicios de salud la constituyen las enfermedades respiratorias, carenciales, las transmitidas por el agua y los alimentos y en menor proporción las infecciones urinarias y afecciones del aparato reproductor femenino. La demanda de atención por morbilidad a los servicios de salud es predominantemente por el sexo femenino. (INE, 2004:20)

El mayor patrón de consulta de parte de las mujeres, se explica por el mayor contacto que tienen ellas por problemas de salud materna infantil, lo que hacen que tengan un mayor contacto con los servicios de salud.

5.11. SALUD DE ADULTO MAYOR

La población de 60 años y más ha presentado un aumento sostenido en las últimas décadas. En 2002 este grupo de edades representaba 6,3% de la población total y constituía 5% de la población en la zona rural y 4% en la zona urbana. Se ha estimado que 6% de los mayores de 60 años viven solos y no cuentan con apoyo familiar, tienen acceso limitado a los servicios de salud y baja cobertura de la seguridad social; solo 12,2% reciben una pensión o jubilación. (CEUR, 2010:3)

5.11.1 MORTALIDAD

Las primeras causas de muerte en los hombres mayores de 65 años fueron: influenza y neumonía, enfermedades cerebro vasculares, desnutrición, anemias nutricionales, enfermedades isquémicas del corazón y complicaciones de insuficiencia cardiaca. En las mujeres de 65 años y más las primeras cinco causas de defunción fueron: influenza y neumonía, enfermedades cerebro vasculares, desnutrición y anemias crónicas, diabetes, y complicaciones de insuficiencia cardiaca. (OPS, 2007:399)

Este patrón de muerte en el grupo de edad referido es propio de la edad y se debe en el caso de los problemas cardiovasculares y metabólicos como la Diabetes a trastornos de malfuncionamiento de los sistemas vascular y metabólico, asociados a cambios degenerativos estructurales y funcionales; en el caso de las enfermedades de tipo nutricional estas se deben a alimentación deficiente debido a malos hábitos alimenticios, no acceso a alimentación adecuada por malas condiciones socioeconómicas y algunos casos por abandono familiar.

La primera causa de muerte en este grupo de población es la neumonía, debido a entre otros factores a la alta prevalencia de enfermedades respiratorias que presentan algunos departamentos como Alta Verapaz, Baja Verapaz, Chimaltenango, Huehuetenango, Quiche, San Marcos y Sololá, mayor que la tasa nacional, la segunda causa mortalidad que afecta a este grupo son las enfermedades carenciales como la es Desnutrición Proteico

Calórica que se presenta con altas tasa de mortalidad en los departamentos de Escuintla, Alta Verapaz, Baja Verapaz, Chimaltenango, Quiche, Sacatepéquez y Sololá, todos ellos con niveles altos niveles de pobreza y exclusión social. (MSPAS-SIGSA, 2005)

Otra causa importante de mortalidad en este grupo de población lo constituyen las enfermedades Crónicas no Transmisibles, entre las que se mencionan: El Infarto Agudo del Miocardio que presenta tasas más altas de mortalidad en algunos departamentos, y los Accidentes Cerebro Vasculares presentan tasas altas de mortalidad en otros departamentos. No existen diferencias importantes por sexo en la mortalidad de este grupo excepto para el caso de la mortalidad por causas violentas. (MSPAS-SIGSA, 2005)

5.11.2. MORBILIDAD

Las causas de morbilidad que afectan a este grupo son: las Enfermedades Transmisibles (Neumonía, Diarreas y enfermedades de la Piel); las carenciales (Anemia y la Desnutrición Proteico Calórico) las lesiones, enfermedades osteo musculares y la hipertensión y Diabetes. En el caso de estas últimas enfermedades tienen altas repercusiones tanto para los pacientes por ser dependientes de tratamientos de alto costo, con alto riesgo de complicaciones y discapacidad, y para los servicios de salud constituyen una alta carga de atención en términos operativos y financieros. (MSPAS-SIGSA, 2005)

5.12. ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES

Los cambios demográficos, económicos, sociales y epidemiológicos y la migración por los que transita el país, permiten la presencia de enfermedades emergentes y re emergentes como lo son el VIH-SIDA, Malaria, Dengue y Tuberculosis. (OPS, 2007:6)

5.12.1 VIH/SIDA

Se notificaron 8.685 casos de sida (tasa según casos notificados de 79,4 por 100.000 habitantes) entre enero de 1984 y agosto de 2005. Los siguientes departamentos concentran 77% de los casos: Suchitepéquez (tasa de 150,1 por 100.000 habitantes), Guatemala (149,5), Izabal (136,8), Escuintla (128,2), Retalhuleu (127,1) y Quetzaltenango (109,7). La razón de masculinidad ha variado de 8:1 en 1988 a 2:4 en 2005. Este marcado descenso se inició en 1997. La epidemia tiende a crecer en la población general. Al grupo de 15 a 49 años de edad le corresponden 83,2% de todos los casos, y al de 20 a 34 años, 52,1% de todos los casos. La vía de transmisión más frecuente es la sexual, con 94,4%, y la de madre a hijo 5%. (MASPAS- PNVIH/SIDA, 2006:2)

No hay informe de casos de transmisión por uso de drogas inyectables. La principal forma de transmisión es por vía sexual, y los estudios demuestran que los grupos con mayor prevalencia son el de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y el de mujeres trabajadoras del sexo (MTS); ellos se han convertido en la población puente para la transmisión a grupos de heterosexuales y a mujeres no dedicadas al comercio del sexo, lo cual

también ha incrementado el número de casos por transmisión vertical. La cobertura de tratamiento con antirretrovirales en adultos fue de 68%. Se observan avances en cuanto al cumplimiento de la ODM 6, medido por el indicador de la tasa de uso de anticonceptivos, que ha pasado de 4,5% en 1987 a 57% en 2002. (OPS, 2007:402)

Las demás infecciones de transmisión sexual se atienden en los servicios de salud por demanda espontánea de la población. Estudios puntuales han encontrado una prevalencia de sífilis de 13% en HSH y 10% en MTS. Las trabajadoras del sexo tienen una prevalencia de 21,9% para cualquier otra infección de transmisión sexual. No se ha logrado ampliar la cobertura en los niveles locales del uso de la estrategia de manejo sindrómico de estas infecciones. (OPS, 2007:402)

Actualmente existen reportados 9,743 casos de VIH y SIDA, 2,880 personas son mujeres y de estas el 82% (2,371) se encuentran en el rango de mujeres en edad fértil (MEF). Se esperan 355 embarazos en el año, correspondientes al 15% de la población de MEF las cuales suman 2,371 mujeres. (MSPAS-PNVIH/SIDA, 2002:4)

El 83.2 % de todos los casos de infección ocurre entre las edades de 20 a 39 años. De estos el grupo de edad de 20–34 años aporta 52.1% de todas las personas con VIH (grupo correspondiente a PEA, (gráfica 25). Asimismo, existe notificación de casos de SIDA en niños y niñas entre 4 y 14 años, con causas de infección atribuidas a hemo transfusión y abuso sexual. La

población económicamente activa con VIH y SIDA representa 9,212 personas, representando el 94% de la epidemia.

En total, de enero de 1984 hasta julio del 2006, el Programa Nacional de SIDA a reportado 9,743 casos de SIDA que corresponde a una tasa según casos notificados de 91.7 por 100,000 habitantes. (Gráfica 27) con un marcado aumento en la prevalencia de casos al transcurrir del tiempo. Viéndose un marcado aumento a partir del 1996, quizás debido al mejoramiento de los sistemas de información gerencial en el país. (MSPAS, 2009:3).

La distribución geográfica de la epidemia de VIH-SIDA en Guatemala coincide con las rutas de desarrollo económico del país, a través de los departamentos con mayor actividad comercial (grafica 28). Estas rutas son también las descritas para la migración externa en el país la cual para el año 2005 tuvo un flujo de 813,820. (MEMORIA DE LABORES MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, 2005)

Los departamentos que presentan las tasas más altas de VIH y SIDA son los siguientes: Suchitepéquez 163.27, Guatemala 156.04, Izabal 148.7, Escuintla 155.8, Retalhuleu 141.64 y Quetzaltenango con 116.91 por 100,000 habitantes. En éstos seis departamentos se concentra el 77.3% de los casos de SIDA notificados. En el período 2000 – 2005 se ha reportado 65.40% de los casos de SIDA. Se conforma así un corredor que partiendo de la costa Atlántica, en Izabal, atraviesa el centro del país y termina en la frontera con México en el municipio de Tecún Umán. (BANCO MUNDIAL, 2006:2)

En cuanto a la mortalidad general por edad y género existen muy pocas muertes debido a la falta de una sistematización en la recolección de datos sobre este parámetro, según PASCA la tasa de mortalidad general por SIDA para el año 2001 fue de 7.0 x 1,000 habitantes y para el año 2005 fue de 6.5 x 1,000 habitantes. (BANCO MUNDIAL, 2006:5)

5.12.1 MALARIA

Guatemala presenta condiciones climáticas y ambientales que permite la endemicidad de la malaria. Los diversos efectos de desastres naturales a los que está expuesto el país por su ubicación geográfica, especialmente las inundaciones, favorecen que el problema se magnifique y dificulte su control. La malaria se presenta sobre todo en el norte del país.

En 2005 se diagnosticaron por laboratorio un total de 39.571 casos, con un índice parasitario anual (IPA) de 4,94 por 1.000 habitantes; 53,3% de los casos se registraron en el departamento de Alta Verapaz, 25,85% en Petén y 5% en Ixcán (22,23); 17,1% de los casos correspondieron a menores de 5 años, 32% al grupo de 5 a 14 años de edad, y 40% al de 15 a 49 años. (MSPAS, 2005:4)

La incidencia es mayor en el sexo masculino (54% de los casos). El agente responsable fue *Plasmodium vivax* en 96% de los casos. Los vectores presentes en las zonas de transmisión son *Anopheles albimanus*, *A. pseudopuntipennis* y *A. darlingi*. Las acciones de detección y tratamiento se

llevan a cabo en el ámbito comunitario. Hubo siete defunciones por malaria en 2003 y una en 2004. (MSPAS, 2005:9)

En 2002, el IPA para todo el país fue de 7,37 por 1.000; en las regiones de alto riesgo llegó a 44,66 por 1.000. De un total de 197.113 láminas tomadas en 2002, 35.540 fueron positivas (18,03%) (23). El índice de morbilidad y mortalidad maláricas pasó de 0,4 en 1990 a 3,1 por 1.000 en 2002 (empeoró casi 8 veces). Puesto que este es uno de los indicadores utilizados para evaluar el avance en cuanto al cumplimiento del ODM 6 (combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades) será preciso redoblar los esfuerzos para alcanzar ese objetivo. (MSPAS, 2005:14)

Al interior de los departamentos existe concentración de la malaria en áreas identificadas actualmente como de alto riesgo, sobresaliendo en este caso Alta Verapaz con la mayor incidencia del país (aproximadamente el 40 %), en este departamento las condiciones ambientales (precipitación pluvial, humedad y temperatura), de calidad de vivienda, ruralidad y de las condiciones de vida en general; favorecen la permanencia de transmisión. (Programa Nacional de ETV)

En promedio el 1 % de los casos son causados por *P. Falciparum*, principalmente en los departamentos de Alta Verapaz (1.8 a 5 %) y Peten (2 %). De los 332 municipios de país, 267 (79%) representan áreas consideradas endémicas. (MSPAS, 2005:7)

Con una población expuesta en áreas de transmisión de 8, 566,059 (66% de la población del país). El índice parasitario anual de 7.51 (2004). Los casos

en menores de cinco años representan en promedio el 13 % del total reportado. Los escolares el 31 %, el joven y adulto el 46 % y el adulto mayor 10%. Se manifiesta que el 23 % de los casos se adquieren intra domiciliariamente y el resto fuera del domicilio. (MSPAS, 2005:12)

5.12.3 DENGUE

El dengue representa uno de los mayores problemas de salud en el país por su alta transmisión urbana y periurbana donde la densidad poblacional es mayor. De los 332 municipios 147 están en alto riesgo de transmisión. Desde 1987 en que se presentó nuevamente la infección por dengue en el país, ha tenido una tendencia permanente al aumento; en 1990 y 1991 se consideraron años epidémicos con un aumento notable de casos en el país especialmente a expensas de los departamentos de Guatemala, Escuintla, Zacapa, El Progreso y Baja Verapaz. (MSPAS, 2005:28)

Entre los principales factores condicionantes para que se mantenga la transmisión se encuentra el mal manejo del almacenamiento de agua en los domicilios, permanencia de utensilios que permiten los criaderos de mosquito *Aedes* cerca y dentro de las viviendas y comunidades. (MSPAS, 2005:32)

El dengue se presenta en 80% de las zonas del país, aunque 57% de los casos se concentran en las áreas sanitarias de Guatemala, Alta Verapaz, Escuintla, Zacapa y Petén Norte. En 2003 se diagnosticaron por laboratorio un total de 828 casos y en 2005, 688 (24). La mayoría de los casos correspondieron a personas de 15 a 30 años de edad. En 2003 hubo cuatro

casos de dengue hemorrágico y una defunción. El 52% de los casos correspondieron a hombres. En Guatemala circulan los cuatro serotipos; el diagnóstico serológico está centralizado en el Laboratorio Nacional de Salud. (MSPAS, 2005:235)

5.12.4 TUBERCULOSIS

La Tuberculosis es uno de los problemas de salud prevalentes en el país, los casos de tuberculosis pulmonar confirmada por baciloscopia, muestra que la población más afectada se encuentra entre las edades de 15 a 44 años de edad.

En 2005 se diagnosticaron 3.727 casos nuevos de tuberculosis en todas sus formas. Esta cifra corresponde a 23,7% de los casos esperados según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Fueron diagnosticados por laboratorio 2.420 casos con baciloscopia positiva (BK+), lo que representa una tasa de 17,75 por 100.000 habitantes, que corresponden a 48% de los esperados según estimaciones de la OMS. (OPS, 2007:401)

En los últimos 14 años, la tendencia de casos nuevos de tuberculosis en todas las formas (pulmonares con baciloscopia positiva para bacilos ácido alcohol resistente BAAR+, extra pulmonares y pediátricos) ha tenido un comportamiento horizontal, con tasas que oscilan entre 19,80 (2001) y 27,33 (2005) por 100.000 habitantes para todas las formas de tuberculosis, y entre 14,30 (2001) y 17,75 (2005) para las formas BK+ (27). Existe una baja detección en los servicios de salud (48%) y regulares tasas de curación (75%),

y aún no se alcanzan las metas mundiales y nacionales sugeridas (75% de detección y 85% de curación). Hay una débil estructura de red de laboratorios. (OPS, 2006:15)

El incremento de casos se ha visto influido por la presencia de la coinfección con el VIH/sida, que se presenta en 25% a 30% de los pacientes VIH positivos. Existe una polifarmacorresistencia primaria de 3%. , la tuberculosis en este grupo se puede considerar como socialmente grave ya que es el grupo de población económicamente activo. Este grupo de edad por su actividad sexual activa presenta estrecha relación de la tuberculosis con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y que como es sabido, entre el 40% y 60% de los infectados por VIH pueden desarrollar tuberculosis pulmonar. (OPS, 2006:17)

Se observan avances en relación con el ODM 6 (combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades), medidos por la tasa de morbilidad asociada a la tuberculosis por 100.000, que pasó de 32 en 1990 a 24 en 2001. (OPS, 2006:25)

Capítulo 6

EL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA: Fundamentos y Funciones.

Los sistemas de salud tienen metas intrínsecas - Mejorar la salud de la población, Aumentar la capacidad de respuesta a las expectativas de la población y asegurar la equidad de la contribución financiera-. Mejorar la salud de la población debe reflejar la salud de las personas a lo largo de la vida e incluir como componentes esenciales la mortalidad prematura y los episodios de salud no mortales. (Murray, 2000:717)

En el estudio y la evaluación de los sistemas de salud, interesa tanto el nivel medio de salud de la población como las desigualdades en la distribución de la salud de la población. La segunda de las metas intrínsecas consiste en acrecentar la capacidad de respuesta del sistema de salud a las expectativas legítimas de la población. (DONABEDIAN, 1972:103)

En el caso de la salud, no interesa únicamente el nivel medio de capacidad de respuesta, sino también las desigualdades en su distribución. Preocuparse por la distribución de la capacidad de respuesta entre las personas supone un interés implícito en las diferencias relacionadas con factores sociales, económicos, demográficos y de otro tipo. (ALVIS, 2004:11)

La tercera de las metas se refiere La equidad de la contribución financiera. Para conseguir la equidad en la financiación del sistema de salud es necesario hacer frente a dos desafíos principales: En primer lugar, los hogares no deben verse obligados a empobrecerse o a pagar una parte excesiva de sus ingresos para obtener la atención sanitaria que necesitan. Es decir, para garantizar la equidad en la contribución financiera se requiere un grado importante de mancomunación de los riesgos financieros. En segundo lugar, la contribución de los hogares pobres al sistema de salud debe ser menor que la de los ricos. (MURRAY, 2001)

En efecto, no sólo tienen menores ingresos, sino que destinan una mayor parte de ellos a satisfacer necesidades básicas como la alimentación y la vivienda. La contribución al sistema de salud debe reflejar esta diferencia entre ricos y pobres en cuanto a los ingresos disponibles. (DONABEDIAN, 1982:975)

Además de las tres metas principales de los sistemas de salud existen muchos otros objetivos que se han destacado en los debates sobre el desempeño de los sistemas de salud, como el acceso a la atención, la participación de la comunidad, la innovación y la sostenibilidad. Aunque no se duda de su importancia, se trata de metas instrumentales cuya consecución permitirá aumentar el nivel de salud, la capacidad de respuesta y la equidad en la financiación de la atención a problemas de salud de la población.

6.1. RECTORIA

El sistema nacional de salud de Guatemala está conformado por tres grandes subsectores, tradicionalmente poco articulados entre sí, pero que actualmente

están conformando nuevas redes de relaciones en el marco de la reforma sectorial. El subsector público incluye al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Ministerio de Salud) y al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). El subsector privado se divide en lucrativo y no lucrativo y con la reforma del sector salud, está emergiendo un modelo donde el Ministerio de Salud Pública fortalece su papel conductor y regulatorio, el IGSS el de intermediación financiera y los proveedores particulares ofertan sus servicios a ambos. (USAID, 2010) (OPS, 2010:23), (FLORES, 2008:29)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es la dependencia designada para ejercer la rectoría del sector salud, es el ente rector de la salud en el país y lleva el liderazgo en todos los procesos, definidos en las políticas de salud del gobierno; así como también participa activamente con los diversos actores y se somete a auditorías sociales. (FLORES, 2008:29)

En Guatemala la Autoridad Sanitaria se encuentra concentrada en el Ministerio de Salud Pública (MSPAS). La Constitución Política de la República reconoce que el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna y obliga al Estado a velar por la misma desarrollando a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. (GUATEMALA, 1985)

En el artículo 4 del Código de Salud (Decreto Legislativo 90-97) el Estado en cumplimiento de velar por la salud de los habitantes manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiariedad define al Ministerio de Salud Pública

como el ente rector de la salud en el país, coordinando con los diferentes actores gubernamentales y no gubernamentales relacionados con la salud de la población. Las responsabilidades del Ministerio de Salud en regulación y conducción son exclusivas y comparte con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales el aseguramiento, provisión de servicios, financiamiento y funciones esenciales de salud pública. (GUATEMALA, 1985).

Estructuralmente, el Despacho Ministerial constituye el eje concéntrico, apoyándose directamente en los vice ministerios: técnico y administrativo. Funcionalmente están conformadas cuatro Direcciones Generales: Dirección General del Sistema Integral de Atención de Salud; Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud; Dirección de Recursos Humanos y la Gerencia administrativa financiera. Las asesorías técnicas de apoyo y unidades como el Sistema de Información Gerencial en Salud, dependen directamente del Despacho Ministerial y, son dependencias técnico normativas encargadas de normar, dirigir, supervisar, monitorear y evaluar los programas y servicios específicos. (MSPAS 1999)

6.1.1. CONDUCCION DE LA POLÍTICA GENERAL DE SALUD

Las Políticas Nacionales de Salud son definidas cada cuatrienio por el gobierno democráticamente electo, tomando en cuenta los procesos de desarrollo ya establecidos y la definición de programas prioritarios, socializándose por diferentes medios electrónicos y escritos a los que tienen acceso los actores involucrados y la sociedad civil.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reconoce dentro de los Lineamientos del Plan Nacional de Salud 2004-2008 la misión de conducción, regulación, promoción y garantía de la salud de la población, orientada a la salud preventiva y uso de los recursos con equidad, calidad, eficiencia y transparencia a corto, mediano y largo plazo; ejerciendo el liderazgo dentro del sector y la sociedad civil organizada, asegurando la participación dentro de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. (MSPAS, 2004: 16)

Para el cumplimiento de la misión impuesta se ha establecido el sistema de información gerencial en salud como instrumento de registro y monitoreo de la situación de salud, a través de la generación de información proveniente de fuentes intra y extra institucionales; en el caso de estadísticas vitales y demográficas es el Instituto Nacional de Estadística (INE) el ente responsable por mandato constitucional de las mismas. (MSPAS, 2004: 20)

La información generada principalmente sobre morbilidad, utilización y producción de servicios de salud desagregada por área geográfica y servicios, en algunos aspectos por género, es utilizada para la elaboración de las programaciones operativas anuales de cada uno de los niveles de atención.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) implementó el Sistema Integral de Atención de Salud–SIAS-, que tiene como base las estrategias de salud del Programa de Gobierno 1996-2000, el Código de Salud , las metas del Plan de Desarrollo y Construcción de la Paz y los Acuerdos de

Paz. El modelo de atención intenta dar respuesta a las necesidades planteadas, con un enfoque de eficiencia, eficacia y equidad.

La política de salud ha tomado en cuenta la atención primaria de salud desde la declaración de Alma Ata, sin embargo muchos de los intentos no han sido sostenibles. Desde 1997 se operativiza esta política a través de la estrategia de Extensión de Cobertura en donde se definió la canasta básica de servicios de primer nivel y se adaptó la modalidad de establecer convenios con prestadoras y administradoras de servicios de salud, con el fin de tratar de disminuir las inequidades existentes en el acceso a los servicios de salud. (MSPAS, 2010:2)

El proceso de extensión de cobertura se enmarcó en las políticas de salud 1996-2000 que incluyen: reordenamiento, descentralización y modernización del sector salud; aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios básicos de salud; mejoramiento de la eficiencia en la gestión de los recursos y calidad de la atención en hospitales, centros y puestos de salud; promoción del desarrollo y modernización de la gerencia de los recursos de las instituciones que conforman el sector; promoción de la salud y de ambientes saludables para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población; aumento de la cobertura y mejoramiento de la calidad del agua de consumo humano y ampliación de la cobertura de saneamiento básico rural; participación y fiscalización social en la gestión pública de los servicios de salud.; y fortalecimiento de la capacidad de conducción de la cooperación técnica en salud.

El programa de Gobierno 1996-2000, los Acuerdos de Paz, el Código de Salud y las políticas de salud, proporcionan el marco legal de referencia que da respaldo al Sistema Integral de Atención en Salud.

La aprobación del nuevo Código de Salud sirvió para apuntalar la organización del nuevo modelo de prestación de servicios, establecer las bases de la regulación sanitaria, establecer las nuevas modalidades para el financiamiento de la salud, la participación social y la relación intersectorial e interinstitucional.

Una de las políticas de salud establece como prioridad dentro del nuevo modelo de atención, la Extensión de Cobertura del Primer Nivel de Atención.

Tabla 6. 1
Acceso a los servicios de salud Guatemala 2006

Nivel de desagregación de la información	Acceso
Periodo	
1990-1994 (1)	54%
1995-1999	nd
2000-2005 (2)	89.70%
Zonas geográficas	
Urbana	14.40%
Rural	8.30%
Pertenencia étnica	
No indígena (3)	12.20%
Indígena (3)	8.70%
Nivel de atención	
Primer nivel (extensión de cobertura)	23.7
Segundo nivel (servicios institucionales, públicos y privados)	65.9

FUENTE: *Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005, versión electrónica-cd. Guatemala 2005.*

La OMS define acceso físico el servicio de salud ubicado a menos de 60 minutos de viaje, en el caso de Guatemala la Encuesta Nacional de

Condiciones de vida (ENCOVI 2000) reportó que solo el 10.7 % de la población adulta enferma viaja menos de 60 minutos para obtener atención en un servicio de salud. Existen brechas en cuanto al lugar de residencia: la población del área rural es la que mayores problemas de acceso físico muestra, tomando en cuenta que es la población con condiciones de vida mayormente deficientes, lo que complica el acceso por los costos de transporte. (INE-ENCOVI, 2000)

La participación de la cooperación externa en proyectos y programas de atención a la salud definida de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Plan Nacional de Salud y coordinada por el Ministerio de Salud, con el propósito de lograr la institucionalización de procesos de forma interrelacionada, evitando la duplicidad y promoviendo la optimización de los recursos en los diferentes niveles de atención y gestión. Para ello, existe la Unidad de Cooperación Internacional, dependiendo directamente del Despacho Ministerial; y la Unidad de Planificación Estratégica que asegura la inclusión de la cooperación dentro del esquema programático; constituyendo la vía de comunicación con la Secretaría General de Planificación de la Presidencia (SEGEPLAN) y el Ministerio de Relaciones Exteriores. (OPS, 2007:20)

De acuerdo a los registros existentes en la Unidad de Planificación Estratégica del Ministerio de Salud, a partir del año 2003 la cooperación externa con fondos no reembolsables ha disminuido de \$33 millones en ese año a menos de \$4 millones en el 2005; todos ellos dirigidos a programas prioritarios,

contando con fondos de contrapartida local en efectivo y/o en especie. (OPS, 2007:20)

6.1.2. REGULACION SECTORIAL

El Código de Salud del año 1997 designa al Ministerio de Salud como el ente responsable de la regulación de los programas relacionados con la salud de la población. Dentro de la organización funcional del Ministerio, la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud es responsable de dictar la normativa y velar su cumplimiento a través de acciones de monitoreo y supervisión, contando para ello con un marco legal que permite sanciones de acuerdo a la magnitud del hecho. (OPS, 2007:22)

El ámbito de acción incluye el desarrollo de programas prioritarios, vigilancia y control de productos farmacéuticos y afines; de inocuidad de alimentos, y aspectos relacionados con publicidad; de condiciones sanitarias del medio ambiente (desechos hospitalarios, líquidos y sólidos) publicidad sobre tabaco y productos afines; y de registro y acreditación de establecimientos de salud y otros relacionados. (OPS, 2007:22)

Algunas de las acciones de fiscalización se encuentran desconcentradas a nivel distrital (municipal) entre ellas la supervisión y control de calidad de agua y alimentos procesados. La acreditación de recurso humano en salud está bajo la responsabilidad de la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

6.2. ORIENTACION DEL FINANCIAMIENTO

Desde el año 1997 el análisis de Cuentas Nacionales de Salud a cargo de la Unidad de Planificación Estratégica del Ministerio de Salud, ha permitido identificar la orientación del gasto en salud, pero no es utilizado de forma sistemática para monitoreo o evaluación del mismo. Si bien existe la decisión de establecer equitativamente el financiamiento de la salud de acuerdo a los niveles de atención, aun persiste concentración mayor al 50% en el tercer nivel de atención. En el período 1999-2003 el financiamiento de los niveles uno y dos, donde se realizan la mayor parte de acciones preventivas aumentó de 36% a 43%. (OPS, 2007:25)

El financiamiento de salud por parte del MSPAS se define anualmente en base a la Programación Operativa Anual que conlleva un análisis de las prioridades desde el nivel departamental ajustado a los techos presupuestarios asignados. Si bien la decisión final del financiamiento en grandes grupos de acciones presupuestarias recae en el Nivel Central del Ministerio de Salud, quien lo presenta al Ministerio de Finanzas Públicas.

6.3. ARMONIZACION DE LA PROVISION DE SERVICIOS

El sistema de provisión de servicios en el país tiene la característica de ser fragmentado y segmentado, ya que no existen enlaces funcionales ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria que tiene acceso a servicios diferenciados.(OPS, 2007:34)

La provisión de servicios del Ministerio de Salud contempla tres niveles de atención de acuerdo a la complejidad de los servicios, y entrelazados a través del sistema de referencia-respuesta, este último presenta debilidades en su funcionamiento sobre todo entre el segundo y tercer nivel. El primer nivel está integrado por servicios institucionales (Puestos de Salud y Centros de Atención Primaria), así como la prestación a través de contratación de administradoras y prestadoras de servicios no gubernamentales; esto ha permitido la extensión de cobertura a la población identificada como mayormente postergada. (OPS, 2007:35)

Los servicios prestados en el primer nivel están definidos como canasta básica que cuenta con 26 servicios, de ellos 8 dirigidos a la atención de la mujer, 8 a niños y niñas, 6 a urgencias y enfermedades prevalentes y 4 al medio ambiente. El Ministerio de Salud certifica a las prestadoras de servicios de salud previamente a la contratación. El costo del plan de servicios por usuario está predefinido de forma que la transferencia de recursos a las ONG's está en función de la población adscrita, (US\$ 5.33 / habitante / año para poblaciones asignadas de 10,000 habitantes de acuerdo a datos del año 2000). (MSPAS, 2000:3)

Los servicios del segundo nivel de atención son proporcionados de forma institucional por Centros de Salud y Centros de Atención Integral Materno-Infantil (CAIMI). El tercer nivel lo constituyen los servicios prestados por los centros hospitalarios distritales, departamentales, regionales y de referencia nacional. La prestación del seguro social tiene los programas de atención por

accidentes, enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y sobrevivencia para los afiliados y atención preventiva y curativa de los menores de cinco años para los hijos de afiliados. La cobertura de programas específicos no es igual en el país. En Escuintla y Suchitepéquez el seguro social cuenta con el programa de atención primaria. (MSPAS, 2000:6)

6.4. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

6.4.1. FINANCIAMIENTO

La autoridad sanitaria del país con el fin de establecer una fuente de información del financiamiento y gasto en salud ha elaborado tres estudios de Cuentas Nacionales de Salud y Financiamiento en los que se incluye el análisis de los años de 1995 a 2003. Los resultados señalan que el financiamiento de la salud proviene de las siguientes fuentes: Hogares, Gobierno Central, Empresas y Cooperación Internacional. La fuente de financiamiento público está conformada por los Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, de la Defensa Nacional, y de Gobernación; las instituciones autónomas como la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (VALLADARES, 2010:2)

En el subsector privado los aportes provienen de los hogares (gasto de bolsillo) y empresas privadas. Los hogares funcionan como fuente y agente de financiamiento. Las empresas privadas, a través del aporte del 10% de de cuota patronal al Seguro Social, se convierte como agente en el caso de pago de seguros y como proveedor funciona a través de hospitales, sanatorios, clínicas,

farmacias, laboratorios y otros. La Cooperación Internacional participa por medio de donaciones de las agencias bilaterales y multilaterales. (MSPAS 2005:18)

Las Organizaciones No Gubernamentales actúan como agentes y proveedores en el proceso de financiamiento de la salud, ya que reciben recursos del Gobierno Central, Cooperación Internacional, hogares y empresas. (MSPAS-LACRSS, 1998:3)

Tabla 6.2
Financiamiento del Sistema de Salud en USD, Guatemala 1995-2003.

Fuente	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Gobierno	31.9	31.7	27.3	20	27.1	21.9	22.1	18.6	19.6
Hogares	43	44.2	42.9	50					
Empresas	19.2	18.8	22	26	70.5*	74.8*	75.4*	79.2*	76.7*
Cooperación Externa	5.9	5.3	7.8	3	2.4	3.4	2.5	2.2	3.1

FUENTE: (1) Cuentas Nacionales de Salud 1995-1997 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala pp 40-42, (2) Cuenta Nacionales de Salud 1998; (3) Situación de la Salud y su Financiamiento 1999-2003 pp 51-52, Ministerio de Salud Pública.

* A partir del año 1999 el reporte de financiamiento es global como Financiamiento Privado.

El presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1998 a 2003 se redujo con respecto al porcentaje de presupuesto de Gobierno Central de 8 a 7.3% con un promedio de 7.8% en el período 1999-2003, (Tabla 6.2). (MSPAS-LACRSS, 1998:3)

El porcentaje de gasto en salud público descendió en casi 50% del año 1995 al 2003, principalmente en lo correspondiente al Gobierno Territorial, como

consecuencia de esta situación el incremento del gasto de bolsillo o pago directo de hogares en el mismo período ha sido del 60%. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ingresos y Egresos Familiares (ENIGFAM 1998-1999) el destino del gasto en los hogares es principalmente al Seguro Social por medio de la deducción de las planillas laborales (39%), este rubro mayormente en la ciudad capital (53%); seguido de productos médicos y farmacéuticos (32%).(MSPAS-LACRSS, 1998:7)

Los seguros privados de maternidad y enfermedad representan el 0.36% del gasto en salud en hogares, que se concentra principalmente en la capital (98.4%). El gasto en salud refleja diferencia de acuerdo a nivel de ingreso: el decil con mayor ingreso de la población representa el 30% del gasto de bolsillo en salud, aporta el 40% de las cuotas del Seguro Social y el 90% de los seguros privados. (PNUD, 2001:97)

En el período 1999-2003 el Gasto Público en Salud (Ministerios de Salud, Defensa y Gobernación; Universidad de San Carlos, Gobiernos locales y Seguro Social) ha representado en promedio el 40% del gasto del sector, del total el Gobierno administró el 46.4% y el Seguro Social el 53.6%. En este mismo período la proporción de gasto en salud ha sido principalmente en rubro curativo hospitalario, que en promedio es 50.82 % del gasto total del Ministerio de Salud. (PNUD, 2001:98)

Los gastos en salud realizados por el Ministerio de Salud en los años 2004 y 2005 en los programas de atención de la mujer, materno- infantil, enfermedades

transmitidas por alimentos y agua, infecciones respiratorias, y malaria representaron el 40 y 45.1 % respectivamente. En el programa de VIH/SIDA durante estos años se presentó un incremento de 85.5 % (de 1.79 a 3.0 millones de US \$). (MSPAS, 2005:28)

6.4.2. ASEGURAMIENTO

La Constitución Política de la República garantiza el acceso a servicios de salud en forma gratuita a toda la población guatemalteca. El Código de Salud y los Acuerdos de Paz, ratifican el derecho a la salud de la población, haciendo énfasis en los grupos con mayor postergación. El Sistema de Servicios de Salud lo conforman: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el Subsector Privado Lucrativo, el Subsector privado no lucrativo, los gobiernos locales; y la medicina comunitaria tradicional y/o alternativa. (MSPAS, 2005:29)

El Ministerio de Salud es responsable constitucionalmente de la atención de salud de los guatemaltecos y le corresponde llevar la rectoría en todos los procesos de atención a la salud, definidos a través de las políticas de salud del gobierno, (MSPAS, 2005:28).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es una institución autónoma financiada a través de las contribuciones obligatorias de trabajadores y patronos. La cobertura deservicios de salud va dirigida a trabajadores formales afiliados al régimen. La autoridad superior la tiene la Junta Directiva que cuenta

con representación de los distintos sectores y nombra al Gerente General. (OPS, 2010:21)

El subsector privado lucrativo está constituido por hospitales, sanatorios, clínicas, farmacias y laboratorios autorizados por el Ministerio de Salud Pública. El no lucrativo lo componen las Organizaciones no gubernamentales (ONGs) y, que en la actualidad suman más de mil distribuidas en todo el país, trabajando en diversos programas; así como también, un importante sector de medicina tradicional de la cultura maya localizado a nivel rural e indígena. (OPS, 2010:21)

6.5. PROVISIÓN DE SERVICIOS

6.5.1. OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

En el subsector público, la atención de salud se lleva a cabo por la red de servicios del Ministerio de Salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, servicios de salud de los Ministerios de la Defensa y Gobernación y la Universidad de San Carlos. Cuenta con establecimientos asistenciales organizados con distintos grados de complejidad y capacidad de resolución. El Ministerio de Salud es la institución que cuenta con mayor número de establecimientos fijos de atención, en total 1304, distribuidas en todo el territorio nacional; seguido por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con 139 establecimientos. (OPS, 2010:23)

De acuerdo al informe de la Situación de la Salud y su Financiamiento 2005, el Ministerio de Salud cuenta en el primer nivel de atención 1244 centros de

convergencia, 926 puestos de salud, 300 unidades mínimas ubicadas en áreas rurales. En el segundo nivel de atención hay 3 centros de atención integral materno infantil (CAIMI), 32 centros de salud tipo A, 249 tipo B, 16 maternidades cantorales, 3 clínica periféricas y 32 centros integrados. El tercer nivel lo constituyen 43 hospitales, de los cuales 2 son de referencia nacional, 7 considerados especializados, 8 hospitales regionales, 16 departamentales, 5 distritales y 5 de contingencia. En total se cuenta con 6,030 camas hospitalarias de los hospitales del Ministerio de Salud. (OPS, 2010:25)

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social cuenta con 139 unidades médicas, ubicadas en los 22 departamentos del país con distinta capacidad de resolución y coberturas, 50% de estas unidades se encuentran en 6 departamentos; se distribuyen en las siguientes categorías: 23 hospitales, 2 centros especializados, 3 clínicas con atención de especialidades, 33 consultorios, 15 puestos de salud y 63 unidades de atención integral. El 74% de la población afiliada se encuentra en 3 departamentos del país: Guatemala (61%) Escuintla y Suchitepéquez. En total cuenta con 2240 camas, (Tabla 6.3). (IGSS, 2004:79)

Tabla 6.3.
Número y capacidad de establecimientos asistenciales, Guatemala 2006

Sector Público	No. De centros de asistencia MSPAS	No. De centros de asistencia IGSS	No. Centros x 1000 habitantes	No. De camas MSPAS	No. De camas IGSS	No. De camas por 1000 habitantes
Hospitales						
Alta complejidad	2	1		1844		
Hospital Especializados	7	3				
Mediana complejidad (especialidades básicas)	24	1				
Baja (medicina general)	10	18*				
Total de Hospitales	43	23	0.005	6030	2240	0.64
Centros ambulatorios						
Con especialidades	3	3				
Centros especializados	19	2				
De Nivel primario con medicina general	313	48				
De nivel primario con personal residente no profesional	926	0				
Unidades Asistenciales		63				
Total de centros ambulatorios	1304	139	0.11			

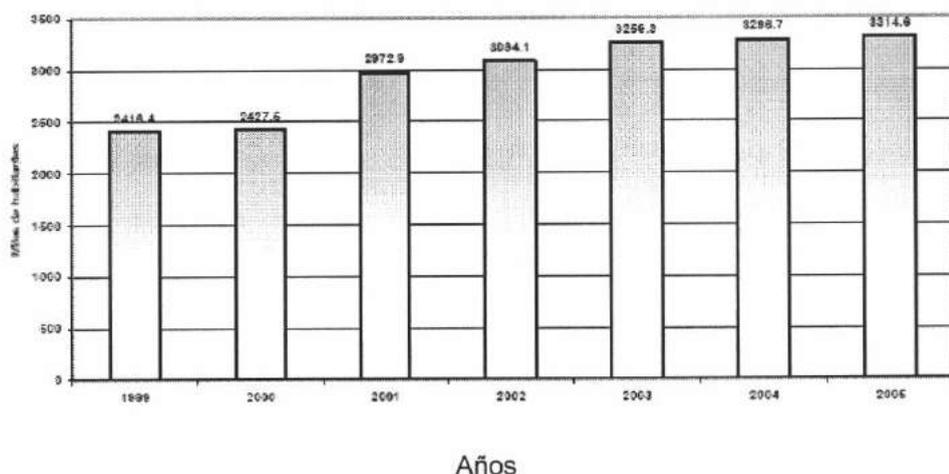
FUENTE: Situación de la Salud y su Financiamiento 2005, Ministerio de Salud Pública p 35, Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social 2004, p 92.

* Hospitales Departamentales y Municipales

El Ministerio de Salud como principal proveedor de servicios de salud a la población guatemalteca ha priorizado 20 programas de salud en los diferentes niveles de atención. En el año 1996 se inició el programa de extensión de cobertura del primer nivel de atención, incorporando aproximadamente al año 2005, un total de 3.3 millones de habitantes con servicios básicos de salud. Los servicios básicos considerados en el primer nivel están dirigidos a la población materno-infantil y atención de la niñez, atención a la demanda donde se incluye atención a la morbilidad; así como la atención de emergencias. La atención al ambiente está dirigida a la disposición final de basuras, control de vectores y calidad de agua. (IGSS, 2004:81)

La canasta ampliada está dirigida a la atención de mujeres en edad fértil, detección de cáncer, planificación familiar y suplementación con ácido fólico; así como la atención de escolares. A partir del año 2002 se incluyó la evaluación nutricional de todos los niños menores de cinco años. (IGSS, 2004:81)

Grafico 6.4
Población cubierta por extensión de cobertura Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala 1999-2005.



FUENTE: Perfil del Sistema de Salud de Guatemala. Organización Panamericana de la Salud. 2007. p.36

La producción de servicios por el primer y segundo nivel institucional del Ministerio de Salud (Puestos y Centros de Salud) en el año 2005 alcanzó 6, 023,871 primeras consultas, con un total de pacientes nuevos atendidos de 2,693,046 a nivel nacional. La red hospitalaria produjo un total de 370,212 egresos en el año 2005, con un total de 1, 795,011 consultas y 1,191, 308 emergencias. El Seguro Social para el año 2004 otorgó 4, 073,747 consultas y reportó 49,532 ingresos hospitalarios para todos los servicios. (IGSS, 2004:83)

6.6. FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

La formación del personal médico corresponde a las universidades. Cinco de las 11 existentes en el país forman médicos y cirujanos, de las cuales la nacional ofrece la carrera en la capital y en el occidente del país, tres privadas solamente en la capital y una privada en la región occidental.

La formación del personal de enfermería considera tres niveles académicos: licenciatura, técnicos universitarios o enfermeras(os) profesionales y auxiliares de enfermería. La formación a nivel de licenciatura inicia a partir de 2002. Los técnicos universitarios en enfermería se forman en tres escuelas estatales ubicadas en la Ciudad Capital, en el norte y en el occidente del país, y una universidad privada en tres sedes departamentales. (OPS, 2010:30)

En la formación de auxiliares de enfermería participan seis escuelas oficiales, cursos y escuelas privadas avaladas por el Ministerio de Salud, incluyendo al IGSS. La universidad estatal ofrece una maestría en salud pública con diversificación en gestión de servicios, epidemiología y salud ambiental que inició en 1996. Una universidad privada ofrece este tipo de estudios con énfasis en epidemiología y gestión. La formación de técnicos en diversas áreas lo efectúan escuelas del Ministerio de Salud e instituciones privadas. La formación de nutricionistas está a cargo de 4 universidades. (OPS, 2010:36)

La razón de médicos(as) por 10,000 habitantes para el año 2005 era de 9.7, el mayor número se concentra en las grandes ciudades, observándose en el área metropolitana que representa el 22% de la población, una concentración

de 30.8 médicos por 10,000 habitantes, mientras que en algunos departamentos la razón es menor, por debajo de 2, en 9 de ellos (OPS, 2010:36).

6.7 GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Una de las políticas del Ministerio de Salud 2004-2008 incluye el fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud. Se realizó el inventario de recursos de la institución en el año 2005, mostrando que el total de trabajadores del Ministerio de Salud en todas las categorías era de 23,357. (OPS, 2007:38)

A finales de 2005 el número de médicos colegiados en el país era de 12.273 (49) ,71% hombres y 29% mujeres. En los últimos 10 años se ha observado un incremento progresivo en la proporción de mujeres. Los odontólogos eran 2.346: 60,5% hombres y 39,5% mujeres (50). No existen datos sobre enfermería, pero con base en la información de las principales instituciones nacionales de prestación de servicios (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social e IGSS) se estima que existen cuatro médicos por enfermera profesional y seis auxiliares de enfermería por enfermera profesional. (OPS, 2007:38)

La razón de médicos por 10.000 habitantes en 2005 era de 9,7, con extremos entre 30,8 por 10.000 en la zona urbana y menos de 2 en la zona rural. La situación es similar con respecto a los odontólogos, cuya razón por 10.000

habitantes era de 1,9, con extremos entre 6,6 por 10.000 en el departamento de Guatemala y menos de 1 en 18 de los 21 departamentos restantes. (OPS, 2007:38)

Las dos instituciones que emplean el mayor número de recursos humanos son el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el IGSS. El Ministerio de Salud cuenta con 21.592 trabajadores en todas las categorías, de los cuales 85% son presupuestados. Participan en la atención de salud a nivel comunitario 367 médicos ambulatorios, 37 auxiliares de enfermería, 461 facilitadores institucionales, 3.920 facilitadores comunitarios, 24.248 voluntarios, 261 educadores y 9.874 comadronas tradicionales, en total 38.801 personas. El Seguro Social cuenta con 12.333 trabajadores, de los cuales 88% son presupuestados fijos y el resto personal transitorio supernumerario. (OPS, 2007:39)

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social incluye en su nómina un total de 12,283 trabajadores de los cuales el 91% es permanente. El seguro social en la Política de Modernización, Sistematización, Eficiencia Integral y Calidad (2004), establece la actualización del manual de perfiles de puestos para elevar la calidad de los procesos de selección, contratación, inducción, capacitación y evaluación del desempeño. No se cuenta con información del subsector privado. (OPS, 2007:39)

La concentración de recursos humanos en el área metropolitana y la escasez de médicos con especialidades básicas en los hospitales departamentales

provocan un gran déficit en la capacidad resolutive a nivel ambulatorio y hospitalario. La distribución de los recursos humanos es un reflejo de un modelo asistencial centralizado y volcado hacia la atención médica curativa. (OPS, 2007:39)

6.8 MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS

El Departamento de Registro y Control de Medicamentos, tiene aproximadamente 16,000 medicamentos registrados, de los cuales no todos han sido comercializados. Se estima que el 40% son genéricos y el resto de marca, a diferencia de lo que ocurría en la década de los años 90 en donde el mercado de los genéricos no superaba el 8%. Su función es regular y controlar los productos Farmacéuticos y afines y los establecimientos que los importan, fabrican y comercializan; con el objeto de garantizar la disponibilidad de medicamentos de calidad en el sector. (PROAM. 2005: 30)

El Programa de Accesibilidad de Medicamentos, PROAM, fue creado en 1997, trabaja en función de asegurar el acceso a toda la población de medicamentos de calidad y bajo costo, mediante la instalación de producto en farmacias estatales, farmacias municipales, ventas sociales y botiquines rurales, en busca del bien común Tiene carácter normativo centralizado, de operación descentralizada, con parámetros de auto sostenibilidad y transparencia organizacional. Este proceso ha contribuido a aumentar la accesibilidad a medicamentos esenciales en las comunidades más postergadas del país. (PROAM. 2005: 30)

6.9 EQUIPO Y TECNOLOGÍA

Más del 50% de la red hospitalaria del Ministerio de Salud en Guatemala fue construida hace más de 30 años. Históricamente, sus presupuestos han sido muy débiles en el mantenimiento y la reposición de equipos, fortalecimiento de la infraestructura y consecuentemente en la implementación de tecnología; aunado a esta problemática, los desastres naturales han deteriorado con rapidez la estructura a todo nivel. Se carece de sistema de información con una base de inventarios en toda la red, que permita conocer las necesidades de mantenimiento preventivo y reparativo para planificar y programar tempranamente estas necesidades.

6.10 SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social brinda atención sanitaria por medio de una red de servicios. También prestan servicios el IGSS y los ministerios de Defensa y de Gobernación.

El Ministerio de Salud cuenta con 1.301 establecimientos de atención en todo el país, y el IGSS, con 97. Adicionalmente, el Ministerio de Salud posee 1.244 centros de convergencia, 926 puestos de salud y 300 unidades mínimas en el primer nivel de atención. En el segundo nivel de atención hay tres centros de atención integral materno infantil (CAIMI), 32 centros de salud tipo A, 249 centros tipo B, 16 maternidades cantorales, 3 clínicas periféricas y 32 centros integrados. El tercer nivel cuenta con 43 hospitales, de estos: dos son de



referencia nacional, siete especializados, ocho regionales, 16 departamentales, cinco distritales y cinco de contingencia. En total se cuenta con 6.030 camas hospitalarias. (OPS, 2007: 24)

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- cuenta con 145 unidades médicas: 23 hospitales, 30 consultorios, 59 unidades integrales y otros 33 establecimientos, distribuidos en puestos de salud, policlínicas, clínicas periféricas y centros de atención integral. En seis departamentos se encuentran concentrados 50% de los servicios. (IGSS, 2010:40)

El país posee laboratorios clínicos, de referencia, anatomopatológicos, de imaginología y bancos de sangre, que se encuentran concentrados en los servicios del segundo y tercer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en los hospitales del IGSS y en la red de servicios privados debidamente acreditados por el Ministerio. El Laboratorio Nacional de Salud está integrado por los Laboratorios Unificados de Control de Medicamentos y Alimentos y el Laboratorio Central de Referencia. (OPS, 2007: 25)

El Programa Nacional de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre cuenta con el respaldo legal para dictar las políticas nacionales dirigidas al logro de sangre segura en el país. El Programa de Salud Mental ha impulsado la desconcentración de la atención del Hospital Nacional de Salud Mental y ha promovido acciones para que el componente de salud mental forme parte del sistema integrado de atención en salud (SIAS), haciendo hincapié en un abordaje integral de las víctimas del conflicto armado y una atención centrada

en la reducción de la vulnerabilidad psicosocial de la población ante situaciones de desastres naturales. (OPS, 2007: 26)

6.11 SUMINISTROS DE SALUD

Existen 77 laboratorios privados de capital nacional y tres empresas multinacionales en Guatemala. Quince de ellos proveen 60% de las adquisiciones del Estado, y el resto de las compras procede de importadores tanto de genéricos como de productos de marca, en su mayoría de los Estados Unidos, México, la Unión Europea, Colombia y Argentina, (OPS, 2007: 27), (MSPAS, 2006:39).

Al Ministerio de Salud le compete la vigilancia y el control de calidad de los medicamentos, la autorización para comercializar, los permisos de instalación de los establecimientos farmacéuticos, la vigilancia de buenas prácticas de manufactura, y los análisis fisicoquímicos, microbiológicos, o ambos, en el Laboratorio Nacional de Salud. De acuerdo con el informe de inspecciones de 2005, 81% de los laboratorios cumplen las normas que rigen las buenas prácticas de manufactura. Con respecto a los inmunobiológicos, todos los productos son importados de droguerías autorizadas para abastecer el mercado privado. (MSPAS, 2006:39)

La adquisición de reactivos de diagnóstico clínico se realiza según lo estipulado en la Ley de Contrataciones del Estado y la comercialización se efectúa a través de empresas debidamente autorizadas. En cuanto al equipamiento, en su

mayoría son productos de importación y están sujetos a su inscripción en el Departamento de Registro y Control de Medicamentos y productos afines. (MSPAS, 2006:39)

El desempeño del sistema de salud tiene limitaciones en su capacidad de alcanzar las principales metas sanitarias, basándose en el concepto de acción sanitaria, cuyo conjunto de actividades tiene como fin principal la mejora o el mantenimiento de la salud de la población.

El desempeño del sistema gira en torno a tres funciones fundamentales: mejorar la salud, acrecentar la capacidad de respuesta a las expectativas de la población y asegurar la equidad de la contribución financiera. Mejorar la salud supone aumentar el nivel medio de salud y reducir las desigualdades en esta materia.

Si bien el sistema de salud tiene factores propios que explican su eficacia y eficiencia, existen factores ajenos al sistema de salud que influyen en el desempeño de esas funciones. La existencia de un sistema judicial eficaz puede influir notablemente en la capacidad de los compradores para hacer cumplir los contratos a los proveedores. Las características generales de la acción de gobierno, como la aplicación de códigos de ética o la tolerancia de la corrupción, también pueden influir en el desempeño de la rectoría y de otras funciones. Estas interrelaciones ponen de manifiesto que algunos determinantes últimos del desempeño del sistema de salud residen fuera de la estructura formal de dicho sistema.

El sistema de salud deberá mejorar su eficiencia y eficacia para mejorar los niveles de salud actuales de la población guatemalteca, para ello deberá, acrecentar la capacidad de respuesta, abarca dos componentes principales: a) el respeto a las personas (incluidas la dignidad, la confidencialidad y la autonomía de las personas y las familias para tomar decisiones sobre su propia salud); y b) la orientación del usuario (inclusive la atención pronta, el acceso a redes de apoyo social durante la asistencia, la calidad de los servicios básicos y la posibilidad de elegir al dispensador de atención).

Otro aspecto a considerar para la mejora de la salud de la población es la equidad de la contribución financiera significa que cada hogar pague una parte equitativa de los gastos sanitarios de un país (lo cual puede suponer que los hogares muy pobres queden exentos de pago). Así, la población queda protegida de los riesgos financieros que conlleva la necesidad de atención sanitaria. Para determinar el desempeño es preciso relacionar los resultados conseguidos con los recursos disponibles. El desempeño depende de la manera en que el sistema de salud organice cuatro funciones clave: la rectoría (concepto más amplio que el de reglamentación), la financiación (incluidas la recaudación de ingresos, la mancomunación de fondos y las compras), la prestación de servicios (de salud personal y no personal) y la generación de recursos (personal, infraestructura sanitaria).

Finalmente es importante destacar que es necesario buscar correspondencia entre el sistema global y sus subcomponentes, garantizando que sea adecuado para el nivel de salud y la capacidad de respuesta, de no ser así, la

contribución potencial de cualquier organización a los objetivos de distribución será mucho más reducida y mucho más difícil de estimar.

En la medida que se considere la aplicación de este marco para organizar y evaluar el desempeño del sistema de salud será necesario dedicar una mayor atención a su aplicación a las organizaciones y subsistemas, con el propósito de asegurar alcanzar las metas sanitarias para la mejora de la salud toda la población en general y en particular para la población más vulnerable.

Parte III. Marco Contextual

- **PUNTOS DE PARTIDA Y REQUERIMIENTOS DE LA REFORMA DE SALUD EN GUATEMALA.**
- **EL ORIGEN DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL MARCO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN GUATEMALA.**
- **LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN GUATEMALA.**
- **EXCLUSIÓN SOCIAL EN GUATEMALA.**

Capítulo 7

LA REFORMA DE SALUD EN GUATEMALA: Puntos de partida y requerimientos.

7.1. Efectos sobre las funciones del sistema de salud.

A mediados de la década de los 90 casi todos los países de América Latina y el Caribe habían iniciado, o estaban considerando iniciar, reformas del sector de la salud -RSS-. Precisar qué se entiende por RSS era, y sigue siendo, objeto de debate.

En las Américas, una reunión internacional convocada al efecto en 1995 definió la RSS como *“un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”*. (OPS, 2002.25)

El proceso de Reforma en Guatemala se inició en el país en 1996 con el “Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud” financiado por el Banco

Interamericano de Desarrollo (BID) y ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (OPS, 2002: 25)

Los componentes con mayor avance son los de reforma financiera y de extensión de cobertura. En este último se incluyó el seguro social con algunas modificaciones en dos departamentos. En el año 1997 se publicó el nuevo Código de Salud como Decreto Legislativo 90-97 que fortaleció la función rectora del Ministerio de Salud. Desde 1999 la estructura del Ministerio de Salud se basa en el Reglamento Interno. La Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud cuyo aporte importante es la regulación interna del mismo Ministerio así como de entes externos relacionados con salud, fortaleciéndose de forma estructural la función rectora. (OPS, 2002: 25)

Uno de los procesos de cambio que ha sido más notable es la extensión de cobertura de los servicios de salud enfocada a los grupos de población más vulnerable, institucionalizada dentro la estructura de la Dirección General de Sistema Integral de Atención de Salud -SIAS-. Actualmente se mantiene dicha organización pero no cuenta con el respaldo presupuestario específico que permita su total funcionamiento y sostenibilidad. La reforma financiera ha permitido el traspaso de responsabilidades a niveles sub nacionales, ya que son las Direcciones de Áreas de Salud las responsables de programación y ejecución del presupuesto asignado, y establecer convenios con prestadoras de servicios a nivel local, que se regula por medio de contratos. (OPS, 2002: 26)

El proceso de reforma en Guatemala comprende tres modelos de provisión de la asistencia médica. Convirtiéndolo en un innovador sistema de mejoramiento

del servicio de la salud pública. El primer modelo (modelo directo) consiste en la contratación de Organismos no Gubernamentales (ONG) por parte del estado, para la provisión de servicios básicos de salud a la población; el segundo (modelo mixto) consiste en la contratación de ONG para cumplir las funciones de administradores financieros del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y proveedores del servicio de asistencia médica; finalmente, el modelo tradicional gestionado por el MSPAS encargado de reforzar la atención médica en la Postas de Salud. (OPS, 2002: 27)

Bajo este esquema la implementación de la reforma del sector salud en Guatemala comprende principalmente tres botones de control que son: financiamiento, mecanismo de pago y reorganización. Por otra parte, Así mismo, expone los resultados para los tres tipos de modelos relacionados con la eficiencia de los proveedores. Los resultados relacionados con la eficiencia, para los tres tipos de modelos, muestran que el modelo basado en la contratación de ONG's es generalmente más efectivo que el modelo tradicional (mayor cobertura del servicio). No obstante, el modelo mixto y directo se constituyó como la mejor alternativa en términos de eficiencia que el modelo tradicional. (OPS, 2002: 27)

El objetivo de la reforma de salud se enmarca en el proceso político coyuntural que ocurre durante 1996, el gobierno instituyó negociaciones internas, logrando concretar y firmar los acuerdos de paz en el país, dando término oficial al prolongado conflicto armado civil. Estos acuerdos abarcaron compromisos con respecto a la mejora de la salud del país, especialmente en áreas rurales

extremadamente pobres. Los compromisos acordados, explícitamente, exigían la oferta inmediata de atención médica en áreas rurales donde se encontraba más de la mitad de la población, incluyendo a las comunidades indígenas que requerían del acceso prioritario a los servicios básicos de salud. (OPS, 2002: 28)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no contaba con la capacidad operativa ni los recursos necesarios para responder a los objetivos de la reforma, por lo que ante el compromiso contrata la provisión privada del servicio básico en el cuidado de la salud. La decisión de reformar el servicio básico de la salud, a través de la contratación privada de ONG, fue tomada a finales de 1996. El principal objetivo de la reforma comprende la extensión de un paquete básico de servicios y mejora en la calidad de los servicios básicos para el cuidado de la salud (PBS), orientada principalmente a la población del sector rural de Guatemala. (OPS, 2002: 28)

Los servicios básicos de salud, tienen objetivos específicos y provee determinado tipo de servicios básicos de salud. (Tabla 7.1) Estos servicios son proveídos por organizaciones no gubernamentales, en áreas de salud seleccionadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Tabla 7.1
Provisión privada de los servicios básicos de la salud.

Objetivos	Tipo de Servicios Básicos
La expansión de la cobertura y mejora de la calidad en el cuidado de la salud materna, comprende los siguiente servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado prenatal • Tétano Toxoide • Cuidado posparto • Suplementos de hierro y calcio durante el período prenatal
La expansión de la cobertura y mejora de la calidad e en el cuidado de la salud materna, comprende los siguientes servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado prenatal • Tétano Toxoide • Suplementos de hierro y calcio durante el período prenatal • Cuidado posparto
Educación sobre el cuidado infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado infantil y de la niñez • Mejorar la cobertura de Inmunizaciones de niños menores de 2 años • Cuidado y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas • Cuidado y tratamiento de enfermedades como el cólera y la diarrea • Prevención y tratamiento de las deficiencias nutricionales • Mejorar el monitoreo del crecimiento y desarrollo de los niños menores a 2 años
Mejorar la cobertura del cuidado de las enfermedades y emergencias	<ul style="list-style-type: none"> • Cólera • Dengue • Malaria • Tuberculosis • Rabia • Transmisión de enfermedades sexuales, HIV/SIDA • Emergencias (fracturas, quemaduras, etc)
Mejoramiento de la calidad de la salud ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Saneamiento ambiental • Vigilancia de la calidad del agua • Higiene alimenticia • Mejoramiento de las condiciones sanitarias del hogar

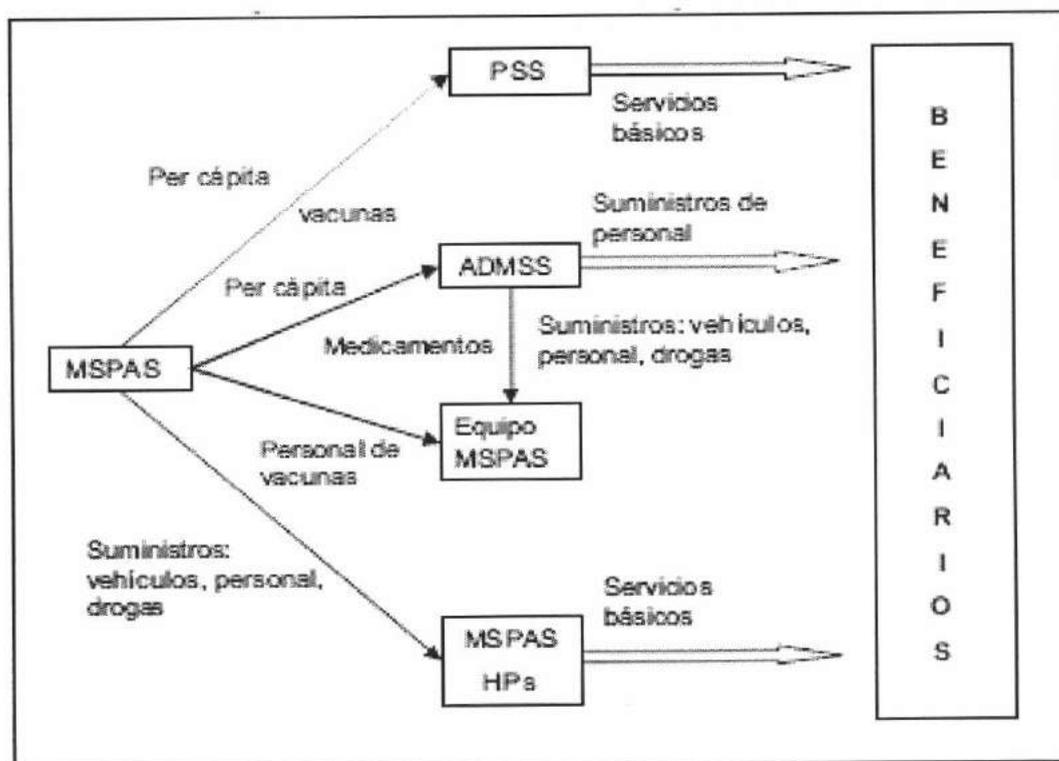
FUENTE: Ricardo Bitrán *Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica.* CEPAL, Chile 2004. P. 21

A finales del 2001, con el objetivo de agilizar el proceso del alcance de los objetivos de extender un paquete de servicios básicos de salud, el Gobierno de Guatemala acordó 161 convenios con 88 ONG para cubrir a más de 3 millones de beneficiarios. Previo a este significativo esfuerzo, las autoridades del gobierno central, junto con el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS)

proporcionaron servicios médicos solamente a través de proveedores internos. El verdadero impacto que genera el cuidado de estos servicios de atención primaria a cargo de las ONG no ha sido claramente evaluado. (OPS, 2002: 29)

La nueva modalidad de contratación de las ONG, envolvió tres acuerdos financieros y de organización para proveer el PBS a los beneficiarios. Esto es representado esquemáticamente en la Figura 7.1.

Figura 7.1
Modelo de atención de extensión de cobertura, Guatemala.



FUENTE: Ricardo Bitrán *Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica.* CEPAL, Chile 2004. p. 22

Las dos primeras modalidades de provisión del servicio, Proveedores de Servicios de Salud (PSS) y Administradores del Servicio de la Salud (ADMSS),

corresponden respectivamente a las contrataciones directas y mixtas de las ONG, que fueron introducidas a través del Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS). La tercera modalidad (MSPAS), consiste en la entrega del servicio de salud ya existente en Guatemala (modalidad tradicional). Seguidamente, un 60% de los convenios definen la participación de las ONG como ADMSS. Adicionalmente, varias de las 88 ONG son contratadas para operar como PSS y ADMSS, sobre todo en zonas remotas donde el acceso a los servicios básicos de salud es altamente escaso. En forma resumida, la tabla 2 describe las características del SIAS entregado por los modelos anteriores -directo, mixto y tradicional. (OPS, 2002: 30)

Tabla 7.2
Características del SIAS según modelos de prestación de servicios directa, mixta y tradicional.

Características	Directo PSS - ONG	Mixto ADMSS	Tradicional MSPAS Salud Pública
Área de captación asignada	Dispersa en áreas rurales	Comunidades cercanas a las principales carreteras y sectores comerciales.	Comunidades cercanas a las principales carreteras y sectores comerciales.
Recursos a ser administrados	Todos excepto vacunas	Todo excepto vacunas y parte del personal	Todo
Responsabilidad de entrega	PSS - ONG	Equipos que combinan personal de MSPAS y ADMSS	MSPAS Salud Pública
Composición del equipo	Psicólogos, facilitador de la institución, facilitador de la comunidad, promotores de la comunidad de salud y TBAs	Psicólogos, facilitador de la institución, facilitador de la comunidad, promotores de la comunidad de salud y TBAs	Enfermera auxiliar, psicólogo cubano voluntario (de ser posible), promotores de la comunidad de salud y TBAs
Lugar de entrega	Centros comunitarios	Centros comunitarios	Salud Pública
Periodicidad del servicio de entrega	Visitas mensuales a los centros comunitarios	Visitas mensuales a los centros comunitarios	Diariamente (Lunes a Viernes)
Mecanismos de financiamiento	Sistema de pago per cápita En especies (vacunas)	Sistema de pago per cápita Presupuesto de la localidad (personal de MSPAS) En especies (vacunas)	Presupuesto de la localidad En especies (vacunas)

FUENTE: Ricardo Bitrán *Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica.* CEPAL, Chile 2004. p. 22

El modelo mixto mejora el desempeño de las comunidades guatemaltecas. Danel y La Forgia (2001) sustentan que, en materia de inmunizaciones y cuidado prenatal (CPN), las comunidades atendidas por proveedores mixtos (modelo mixto de provisión de la salud) tienden a mejorar significativamente sus indicadores de desempeño en comparación con las comunidades atendidas por proveedores tradicionales y directos (modelo tradicional y directo respectivamente). (Xingzhu^{2008:3}), (Danel, 2005:49)

La distancia geográfica es una variable influyente en los resultados de la salud. Después de controlar por distancia de acceso a los servicios de salud, el desempeño de los proveedores directos resultó similar al desempeño de los proveedores tradicionales. Por lo tanto, este resultado, entregó evidencia de que el modelo directo podría ser una buena alternativa al modelo tradicional para la entrega de servicios básicos de salud pública en áreas de difícil acceso. (Danel, 2005:50)

Los PSS reportan altos costos unitarios para cada modelo de intervención (directo, mixto y tradicional). Los proveedores de HP reportaron los costos unitarios más bajos. Seguidamente, los PSS en comparación con los HP y ADMSS, presentan un menor costo de cobertura efectiva. La información de los costos de cobertura efectiva está basada en la demanda observada en intervenciones prioritarias (tratamiento de IRA, diarrea, pediatría) por residentes de una específica área geográfica. Ordenando de menor a mayor costo, se tiene que los PSSs presentan el menor costo de cobertura efectiva

(Q 6 per cápita), seguido por los HPs (Q 8 per cápita) y ADMSSs (Q9 per cápita). Sin embargo, en cuanto a intervenciones per cápita, los HP realizan 4 intervenciones, mientras que los ADMSS y PSS, realizan 2 intervenciones per cápita respectivamente. Los HP proveen más servicios que otros tipos de proveedores. (Danel, 2005:53)

7.2. REFORMA DE SALUD Y EQUIDAD

La reforma del sector ha permitido mejorar el acceso a los servicios de salud de la población con mayor postergación, el acceso se incrementó en 66% de 1990 a 2004. El 50% de los departamentos con mayor proporción de población indígena cuentan con por lo menos el 30% de población cubierta por el SIAS, en un intento de disminuir las inequidades existentes en la distribución de la infraestructura y los recursos humanos. (OPS, 2007:43)

La población cubierta con servicios básicos por el proceso de extensión de cobertura es de 3.3 millones de habitantes, que en su mayoría pertenecen a la población con deficiente calidad de vida. A principio de la década de 1990 solamente el 54% de la población contaba con acceso a algún servicio de salud, para el año 2004 el Ministerio de Salud reportó una cobertura a nivel general de 71.1%, de este porcentaje el 47.4% cubierto por servicios institucionales el Ministerio de Salud, el 23.7% por el programa de extensión de cobertura; el 10.4% atendido por seguro social y 8.1% por servicios privados. De acuerdo a esta información aun, un poco más del 10% de la

población, aproximadamente 1.3 millones de habitantes en el año 2005 no tenían acceso a ningún servicio de salud. (OPS, 2007:43)

7.3. EFECTIVIDAD

El énfasis de las prioridades y los programas de atención hacia los grupos vulnerables, mujer y niñez, se manifiestan explícitamente en la disminución de las tasas de mortalidad en estos grupos, no es posible atribuir solo al proceso de reforma o intervenciones directas del sector salud la modificación de los indicadores de mortalidad. La extensión de cobertura ha permitido la reducción de la población sin acceso a servicios de salud de 46% observado al inicio de la década de los 90, a 10% estimado en el año 2005. Permitiendo a través de este proceso la disminución de la mortalidad de la niñez por diarrea e infección respiratoria como resultado del acceso a servicio de atención primaria oportunamente. (OPS, 2007:44)

7.4 SOSTENIBILIDAD

No existe evidencia de que el proceso de reforma haya aumentado la legitimidad de las instituciones gubernamentales prestadoras de servicios de salud. No existe un sistema de información que permita obtener datos desagregados por unidad administrativa de gasto gubernamental y privado. La extensión de cobertura del primer nivel de atención a través del sistema integral de atención en salud tiene contemplado dentro del plan operativo anual el rubro específico que asegura su sostenibilidad en el mediano plazo. (OPS, 2007:45)

7.5. PARTICIPACIÓN SOCIAL

Estructuralmente a partir de 1999 se creó a través del Reglamento Interno del Ministerio de Salud, el departamento de Promoción y Educación en Salud dependiendo de la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, cuyas funciones están ligadas estrechamente a la participación social de los diferentes actores de salud en todos los niveles. Durante el quinquenio 2000-2005 se fortaleció la acción con los gobiernos municipales a través de la capacitación de los Consejos Municipales de Desarrollo (COMUDES) y los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODES) elaborando los planes de desarrollo local a nivel de municipio con los diferentes actores locales y de componentes específicos como seguridad alimentaria y nutricional. (OPS, 2007:46)

A través de extensión de cobertura y del programa de salud reproductiva se ha impulsado la creación de los comités locales de atención de emergencia materno-neonatal, cuya función principal es la planificación y atención de emergencias maternas comunitarias, liderado por comadronas capacitadas. (MSPAS, 2006:25)

7.6 EFECTO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD

En los últimos 15 años, la autoridad sanitaria de salud evidencia algunos cambios en los modelos de gestión, especialmente a través de la firma de convenios con organizaciones no gubernamentales para la prestación de servicios en el componente de extensión de cobertura. Uno de los cambios más significativos es la reforma financiera y la desconcentración de la acción

de planificación y ejecución a los niveles de Área. La inclusión de la modalidad de ejecución del gasto a través del pago a otros proveedores ha permitido la participación de otras entidades en la función de prestación de servicios a los grupos más vulnerables. (MSPAS, 2006:25)

El esfuerzo realizado por fortalecer la regulación es evidente en la elaboración e implementación de normas integradoras para los tres niveles de atención en todos los programas prioritarios. El fortalecimiento de la regulación con base legal de los componentes de establecimientos, medicamentos y afines, así como de ambiente han sido ejes prioritarios en la función de rectoría y aseguramiento de la calidad de los servicios de salud en el país.

Capítulo 8

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN GUATEMALA: El origen del Programa de Extensión de cobertura -PEC- .

8.1 ORIGENES DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD

La reforma del sector salud se define (ROBERTS, 2004:44) como un *'esfuerzo significativo e intencionado para mejorar el desempeño del sistema de salud'*. Los autores utilizan el término desempeño en función de la propuesta que ellos mismos hacen para definir un sistema de salud que incluye resultados intermedios de desempeño (eficiencia, calidad y acceso) y las metas de desempeño (estado de salud de la población, satisfacción de los ciudadanos, protección contra riesgo financiero). Los autores agregan que las reformas que llevan a cabo los países pueden diferenciarse por dos dimensiones: a) el número de aspectos o componentes que son 'cambiados' en un sistema de salud y b) que tan radical son los 'cambios' a partir de las prácticas anteriores. Los autores sugieren que las reformas introducen cambios que combinan diferentes intervenciones en las áreas de financiamiento, pago, organización, regulación y el influir en conducta de pacientes y prestadores de servicios. (ROBERTS, 2004:45)

La injusticia y la ineficiencia de los sistemas de salud de América Latina han sido bien establecidas. Ellos fueron agravados por la crisis económica de la década de 1980 y las reformas que siguieron. Hoy en día, muchos sistemas de salud en América Latina se caracterizan por grandes desigualdades, el gasto público en salud estancado como proporción del producto interno bruto, y altos fuera de su propio bolsillo los gastos. El acceso y utilización de servicios de salud también se han reducido con un marcado deterioro en las instalaciones de salud pública en toda la región, junto con un aumento de la precariedad de las condiciones de trabajo del personal de salud. (CEPAL, 2006:19) (Almeida, 2002:935). La fragmentación y la segmentación han tipificado latinoamericanos los sistemas de atención de salud y han sido una de las principales preocupaciones de la Organización Panamericana de la Salud y los ministerios de salud de la región. Sin embargo, a pesar de la mejora en algunos indicadores de salud regionales, las desigualdades en el estado de salud y en el acceso y utilización de los servicios de salud siguen siendo. (CEPAL, 2006:77), (CEPAL, 2006:19), (ALMEIDA, 2002:905)

Muchos países de América Latina se han estado llevando a cabo reformas de su financiamiento de la atención de salud y estructuras de distribución, supuestamente para mejorar la equidad y la eficiencia. Estas reformas, como principio básico, por lo general han llamado para una mejor asignación de los recursos a través de mecanismos de mercado. También han incluido el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud mediante la descentralización y los diferentes tipos de reorganización, con la introducción de la división comprador / proveedor, así como las organizaciones privadas de seguros, los proveedores privados y las redes de

atención de salud. Las políticas neoliberales respaldadas las agendas de reforma sino que se presentan como "nuevos paradigmas" para la reorganización de los sistemas de salud. (HOMEDES, 2005:53), (VÁSQUEZ, 2009:360)

Durante las últimas décadas y especialmente a lo largo de los noventa, América Latina y el Caribe han experimentado profundos procesos de reorganización de sus sistemas de salud. Los objetivos perseguidos fueron variados, asignándoseles mayor o menor peso relativo a cada uno. Entre ellos se destacan la redefinición en la estructura de financiamiento del sistema a fin de brindarle mayor sustentabilidad, la ampliación de su cobertura y acceso, especialmente en los sectores más desprotegidos y el incremento de la eficiencia en la prestación de servicios. Los instrumentos para lograr tales objetivos fueron muy variados: desde la integración institucional hasta la separación de funciones, desde la participación del sector privado en el gerenciamiento de seguros sociales hasta la contratación de actores no públicos en la provisión de servicios. (USAID-OPS, 2006:55), (ALMEIDA, 1999:27), (MACEIRA, 2007:8)

Luego de la crisis macroeconómica con amplias repercusiones en el continente durante los años ochenta, los sectores sociales en general, y el sector salud en particular, se encontraron ante un desafío: ¿Cómo atender las crecientes demandas de la población, contando con un Estado limitado en sus capacidades de definir políticas y financiar la prestación de servicios?. A partir de ello, se ensayaron diversos tipos de reformas, que incluyeron la descentralización en el manejo de los recursos hacia niveles locales, un intento de cambio en los incentivos a los proveedores de servicios y la utilización de los sistemas de seguro social como

herramienta para distribuir los fondos de salud más solidariamente y ampliar la cobertura. (USAID-OPS, 2006:55), (MACEIRA, 2007:12)

El origen de estos cambios reconoce diversas fuentes. Una de ellas es el Informe para el Desarrollo Mundial publicado en 1993 por el Banco Mundial, que propone una serie de prioridades en los mecanismos de financiamiento público para intervenir en salud, como así también sugirió la existencia de espacios de participación privada y competencia. El Banco Interamericano de Desarrollo, a partir de su Estrategia para los Sectores Sociales de 1996, intentó dar un nuevo impulso a estas reformas en el ámbito regional. Si bien los avances logrados en algunos de los casos fueron positivos, no existe consenso acerca de la dirección y efectividad de los mismos. El Informe de la Organización Mundial de la Salud (2000) propuso avanzar en tal dirección mostrando las múltiples facetas a ser consideradas. (BANCO MUNDIAL, 1993:1), (OPS, 2000: 11)

Dichas reformas han seguido, según algunas corrientes de opinión, por seguir modelos neoliberales que buscaron solamente realizar ajustes en los gastos de salud y flexibilizar los mercados laborales en el sector. Pero, un análisis, aunque superficial, fácilmente demuestra que las reformas no siguieron un mismo modelo en todos los países, ya que los problemas, necesidades, historia institucional previa y conceptos y valores asociados a los sistemas de salud son diferentes de sociedad para sociedad (MEDICI, 2002:23).

Asimismo, algunas de las motivaciones explícitas de las reformas fueron comunes, pero no en el sentido apuntado por gran parte de los críticos de las reformas. La

mayoría de ellas se configuró como respuesta a las necesidades de ampliar la cobertura y equidad, frente a las restricciones en la expansión del gasto social asociadas a las crisis económicas y fiscales de los años ochenta, cuando fuertes limitaciones se impusieron en cuanto a la cobertura y la equidad en salud, en un momento de ampliación de las demandas sociales impulsadas por el acelerado proceso de urbanización y por el retorno a la democracia política en América Latina. (ALMEIDA, 2006:123)

Por lo tanto, las reformas persiguieron objetivos variados, a depender de la situación específica de cada país. Temas como la redefinición en la estructura de financiamiento del sistema, la ampliación de su cobertura y acceso, especialmente en los sectores más desprotegidos y el incremento de la eficiencia en la prestación de servicios fueron algunos de los más frecuentes en los procesos de reformas. (GONZÁLEZ BLOCK, 1997: 28)

En cierto sentido las reformas buscaron resolver problemas institucionales asociados a la limitada base de los estados nacionales en financiar políticas y reestructurar la prestación de servicios, adaptándolos a las necesidades de salud de la población. También buscaron resolver inconvenientes en temas federativos, aumentando la capacidad de los gobiernos locales en financiar y gestionar la entrega de servicios de salud. Por tal motivo buscaron cambiar los incentivos para que usuarios, prestadores y organizadores de los servicios funcionasen de forma más armónica y eficiente, estructurando lo más posible los mecanismos de financiamiento de la oferta a la demanda. (LONDOÑO, 1996:37), (WALT, G. & GILSON, 1994:353)

El sector de salud en los países de América Latina es marcado por una amplia fragmentación, o en otras palabras, los sistemas fragmentados y no estructurados de salud son aquellos donde los servicios son prestados por múltiples instituciones, llevando a la existencia de superposiciones, despilfarros e ineficiencias en la organización de los servicios. La fragmentación institucional de las formas de organización del sector salud lleva a una serie de consecuencias negativas, tales como la duplicación de cobertura para unos y la ausencia de cobertura para otros; la selección adversa de pacientes por parte de los proveedores y la selección adversa de procedimientos, por parte de los asegurados, la falta de coordinación entre las funciones de salud pública y prestación de servicios y la baja integración entre los mecanismos de promoción, prevención y atención médica, conducen a la elevación de costos e inequidades en el acceso entre distintos segmentos. (FRENK, 1994:27), (YÉPEZ, 2000:1)

Para resolver estos problemas es necesario realizar reformas que permitan estructurar el pluralismo en salud, reduciendo los costos de transacción, aumentando la cobertura para los segmentos no protegidos y evitando la doble cobertura en el sistema y el correspondiente despilfarro de recursos. La opción de estructurar el pluralismo muchas veces es más factible, bajo la óptica de la economía política sectorial, que la opción de reducir la fragmentación por los procesos de unificación institucional, donde se generan resistencias de los grupos políticos que pertenecen a las estructuras propuestas a desaparecer. (LONDOÑO, FRENK, 1995:20), (LONDOÑO, 1996:11)

En América Latina, países con sistemas de salud totalmente fragmentados son aquellos donde las instituciones de salud se mantienen sin ninguna forma de articulación o integración. Los prestadores de servicios y las entidades de seguro-salud públicas o privadas actúan de forma independiente y autónoma, manteniendo redes propias de servicios y generando altos costos e inflexibilidad administrativa. (LONDOÑO, 1995:10)

Los asegurados pueden utilizar independientemente los servicios públicos y privados y en muchos casos se generan subsidios cruzados de los más pobres hacia los más ricos, como es el caso de sistemas de salud universales y gratuitos, donde los procedimientos de alto costo ofertados en la red pública son consumidos por aquellos de clase media y alta que tienen seguros privados y conocen las formas de traspasar las colas de ingreso existentes para los más pobres en los sistemas públicos. En el contexto latinoamericano, países como Venezuela, Surinam y Bolivia todavía se presentan como sistemas totalmente fragmentados. (LONDOÑO, FRENK, 1997:20)

Análogamente, países con sistemas de salud integrados son aquellos donde, en que pese la fragmentación, hay una coordinación institucional y administrativa que evita la duplicación de cobertura, reduce los costos de transacción y aumenta la solidaridad y equidad en la oferta de servicios estructurada por las múltiples instituciones existentes. Sistemas totalmente integrados, aunque hay indicios de que países como Chile y Colombia avanzan en la dirección de una mayor integración entre sus sistemas de salud.

La introducción de mecanismos adecuados de regulación de la competencia entre aseguradores y prestadores, procesos de cuidado administrado en salud, mecanismos de acreditación de calidad y protocolos clínicos, procesos estructurados de referencia y contra referencia, con los servicios de atención primaria como puerta de entrada son algunos de los mecanismos que se podrían utilizar para integrar sistemas de salud, tanto por la vía del Estado (como es el caso de Costa Rica o de Brasil) como por la vía del mercado (como es el caso de Chile y Colombia). . (LONDOÑO, 1995:10)

Los organismos internacionales y los bancos multilaterales apoyaron, en gran medida, los esfuerzos de reforma de los países y tuvieron, en algunos países, un papel protagónico en el debate asociado a este proceso. Por citar algunos ejemplos, el Informe para el Desarrollo Mundial publicado en 1993 por el Banco Mundial y la Estrategia para los Sectores Sociales del BID de 1996, proponen una serie de prioridades en los mecanismos de financiamiento público para intervenir en salud y también sugieren la existencia de espacios de participación privada en la organización del mercado, prestación de los servicios y promoción de la competencia. (BANCO MUNDIAL, 1993: 14)

Si bien los avances logrados en algunos de los casos fueron positivos, muchas de las reformas no lograron un pacto social que permitiese a los distintos grupos de interés (población, proveedores, profesionales de salud, financiadores y gobierno) sentirse beneficiados, generando conflictos de interpretación acerca de la dirección y efectividad de los objetivos, prioridades e instrumentos de reforma.

Dos tipos de sentimiento negativo se generaron en los países en relación a las reformas: 1) los sentimientos asociados a los intereses en mantener el *status quo*, capitaneado por los gremios profesionales que, con el objetivo de defender sus fuentes de trabajo, el empleo estable y mantener el bajo control el proceso y el tiempo de trabajo en las actividades de salud, acusaron a las reformas de neoliberales y privatizadoras y se opusieron fuertemente a los mecanismos que procuraron ajustar el comportamiento del mercado de trabajo en el sector público y al mayor control de la calidad y de los resultados en salud; 2) la crisis de expectativas de la sociedad (mejorar la cobertura y calidad de salud en el plazo prometido), ya que, mismo que las reformas hayan realizado avances en la salud de América Latina, como demuestran los datos, dichos avances fueron más blandos y más demorados que el esperado, en parte por los motivos señalados. (EDITORIAL, 2002:2)

Por lo tanto, hubo un desfase entre las promesas de las reformas y el tiempo necesario para que estas se realizasen. Como el ciclo de las reformas persigue objetivos de largo plazo y los ciclos políticos en América Latina son cortos, buena parte de las reformas se interrumpieron y pasaron por debates y cambios de opinión antes de completarse o de que avanzasen sustancialmente en su implementación, llevando a los países que las iniciaron a incurrir en enormes costos de transacción y alimentando la resistencia social a dichos procesos. Como resultado, actualmente las clases políticas en América Latina temen mencionar el tema de las reformas de salud, las cuales acaban por generar dividendos políticos negativos y amenazar su gobernabilidad. (Editorial, 2002:3),

Las reformas de salud fueron una realidad en todos o casi todos los países de la región. Algunos desarrollaron instrumentos parciales de reforma, mientras que otros intentaron procesos más amplios que cambiaron la forma por la cual se organizaba la entrega, el financiamiento y la regulación del sector salud.

Es imposible realizar un análisis riguroso de los resultados e impactos de las reformas de salud en los países de América Latina y el Caribe, ya que no fueron construidas de antemano líneas de base e indicadores asociados al inicio de los procesos de reforma que fuesen comunes y comparables internacionalmente. Además, como se ha mencionado, ya que las reformas persiguieron en muchos casos diferentes objetivos, los indicadores, tanto de proceso como de resultado serían por definición diferentes, ya que se asocian a distintos objetivos y medios de implementación. Mientras tanto, algunos indicadores de resultado podrían indicar los logros de los procesos de reforma independientemente de los caminos que las mismas siguieron en cada país. Fueron elegidos los siguientes indicadores de resultado para efectos de una comparación preliminar: 1) tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos; 2) tasa de desnutrición entre menores de 5 años; 3) tasa de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos; 4) porcentaje de partos atendidos por personal especializado; 5) tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles por 100 mil habitantes; 6) porcentaje de embarazos asistidos por controles prenatales (MEDICI, 2002:30).

8.2 POLITICAS PÚBLICAS Y LOS SISTEMAS DE SALUD

La salud es una condición indispensable para el logro de los objetivos planteados en las políticas sociales diseñadas para alcanzar las metas nacionales de crecimiento económico y bienestar, incluidos el desarrollo social y de la salud.

El abordaje de las políticas de salud que determinan las características del funcionamiento del sistema sanitario sigue siendo problemático, porque las necesidades sociales son multidimensionales, los efectos adversos tienden a ser acumulativos, los recursos son limitados y las soluciones a menudo se hallan fuera del marco del sector salud.

En consecuencia, llevar a cabo transformaciones que refuercen la importancia del sistema de salud como institución social central, capaz de crear oportunidades diferenciales en el diseño y la prestación de bienes y servicios, requiere un abordaje sistémico de las políticas públicas y de su formulación.

La política pública puede entenderse como un conjunto de decisiones bien fundamentadas generadas por cualquiera de las ramas y en todos los niveles del gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, utilizados en la administración pública y la legislación.

Los gobiernos utilizan políticas públicas por razones políticas, morales, éticas o económicas, o cuando el mercado no resulta eficiente. No responder también es una opción, por lo que la política pública se convierte en "lo que el gobierno hace y lo que

el gobierno decide ignorar". Por el contrario, la determinación de políticas públicas es una función primordial del gobierno y un proceso político esencial. Como tal, implica relaciones de poder, influencia, cooperación y conflicto en donde los valores, los intereses y las motivaciones determinan el diseño final y su implementación. De hecho, las políticas determinan, en realidad, quién obtiene qué, cuándo y cómo en la sociedad. (OPS, 2007:314)

Las políticas de salud son importantes porque afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Pueden prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados. Las políticas reguladoras pueden definir acreditaciones profesionales, establecer controles de precios para los bienes y servicios, determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud, y abordar cuestiones de regulación social, tales como las relacionadas con la seguridad social y ocupacional, la inmunización, los alimentos y medicamentos, y la contaminación ambiental. (OPS, 2007:314)

Existen gran variedad de experiencias regionales, nacionales y locales que se presentan reflejan tanto la diversidad regional como algunas tendencias, logros y desafíos comunes. Por ejemplo, las presiones en procura de mejoras más sustanciales generaron tendencias en el sistema de salud que incluyen: la redefinición del papel del Estado, que dejó de ser proveedor único en materia de atención de salud para asumir las funciones de regulación y coordinación; la

expansión asimétrica del seguro privado de salud; la privatización de las instituciones de seguridad social (que afectó a las pensiones así como a otras formas de protección social) y de los servicios médicos, y la expansión de las asociaciones entre instituciones públicas y privadas.

Uno de los legados más importantes que han dejado las reformas en salud, y en particular de los procesos de descentralización y devolución, es que las transformaciones no siempre lograron mejorar el acceso, la equidad, la calidad de los servicios, o la rendición de cuentas, o inclusive aumentar la participación local. En algunos casos, el logro incompleto de estos objetivos estuvo asociado con peculiaridades de las condiciones locales a las que no se prestó la debida atención. En el contexto de la “modernidad globalizada”, este es un factor de importancia creciente debido a la naturaleza de las dialécticas globales y locales, en las que los límites de la “comunidad” son cada vez más difusos y, al mismo tiempo, más heterogéneos. Las experiencias actuales muestran cada vez más que las intervenciones que alcanzan buenos resultados son las que valoran el conocimiento y la capacidad locales y funcionan mejor cuando se adaptan a condiciones y poblaciones heterogéneas, y que los países han intensificado el intercambio, la adaptación y la adopción de las lecciones exitosas. (SOJO 2002), (OPS, 2000: 28)

Las innovaciones en políticas de salud y en la atención de la salud es una proeza difícil, especialmente porque, en una era de cambio global, las transformaciones sistémicas desafían los valores y las prácticas predominantes, requieren asumir compromisos significativos respecto de los recursos, y a menudo suponen riesgos políticos.

Un punto importante es que, pese a las crecientes demandas que generan las tendencias demográficas y epidemiológicas, la competencia entre las necesidades y la limitación de los recursos, los gobiernos de las Américas, solos o asociados con finalidades específicas, mantienen el compromiso de alcanzar sistemas de alto rendimiento que puedan garantizar el acceso equitativo a los servicios, ampliar la cobertura y fortalecer las redes de protección social.

El marco legal y normativo del sistema de salud, incluidos los aspectos relacionados con la administración, la regulación, el financiamiento, el seguro, la calidad y la armonización han mejorado, Sin embargo, los persistentes problemas relacionados con la producción, la adquisición y la regulación de productos farmacéuticos, vacunas y tecnologías médicas todavía no han podido ser solucionados.

Un componente crítico de las reformas de salud, lo constituyen los recursos humanos para la salud, los cuales ocupan un lugar destacado en la agenda regional, y parece casi irrefutable afirmar que, a menos que esos recursos sean competentes, estén distribuidos con equidad y sean debidamente remunerados, los objetivos de los sistemas de salud resultarán inalcanzables.

Debe reconocerse el importante papel que desempeñan las políticas de salud y los sistemas y servicios de salud en responder a las necesidades, mitigar los riesgos y proteger a las poblaciones contra daños, enfermedades y discapacidades, y al mismo tiempo su potencial para, aumentar las disparidades y la exclusión.

Es importante destacar que no existen recetas universales para las políticas, y en realidad tampoco una buena decisión garantiza un buen resultado. La calidad de las políticas de salud y la viabilidad de cambios en el sistema de salud orientados hacia una mayor equidad están limitadas por la historia, la cultura, la política, la economía y los fundamentos sociales de los contextos en los que se aplican. Casi todos los aspectos de la política económica y social influyen sobre las condiciones de salud, y por ende sobre las disparidades en salud. Una mayor armonización entre las políticas de salud y de desarrollo social orientadas hacia una mayor equidad. (SALTMAN, 1995:287)

En la mayoría de los países la coherencia entre la política social y la económica, y la subordinación de las políticas sociales y de salud a decisiones en otras esferas políticas, son asuntos que aún quedan por resolver. Pero el acceso universal de los servicios y alcanzar beneficios significativos en salud requerirá no solo la modificación de la perspectiva actual de las políticas sanitarias y de los sistemas y servicios de salud, sino también enfrentar el desafío de nuevas formas de gobernabilidad, temas que trascienden al sector de salud.

8.3 LA REFORMA DE SALUD Y EL SISTEMA DE SALUD

Se entiende por sistema de salud el conjunto de entidades encargadas de las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud. Estas intervenciones o acciones de salud abarcan la atención a las personas y al entorno, realizada con la finalidad de promover, proteger o recuperar la salud, o de reducir o

compensar la incapacidad irrecuperable, independientemente de la naturaleza pública, estatal, no estatal o privada de los agentes sanitarios. Los sistemas de salud son el reflejo de importantes valores sociales que también se expresan en los marcos jurídicos e institucionales en los que se encuadra la formulación de las políticas de salud. (OPS, 2007:315) (OMS, 2000:3)

8.3.1. Valores, principios y propósitos de los sistemas de salud

Se indican a continuación algunos de los valores, principios y propósitos que la mayoría de los países de la Región expresa para sus sistemas de salud en sus constituciones o leyes: (Gwatkin, 2002. 310)

- Valores: derecho a la salud, universalidad, solidaridad, equidad, dignidad, desarrollo sostenible, gobernabilidad democrática.
- Principios: eficiencia, eficacia, calidad, participación/control social, integralidad de la atención, interculturalidad, descentralización, transparencia.
- Propósitos: proteger la salud de las personas y mejorar la calidad de vida, reducir las desigualdades e inequidades, orientar los servicios a las necesidades de la población, brindar protección financiera frente a los riesgos y consecuencias de enfermar, y satisfacer las expectativas de la población respetando su dignidad y autonomía y garantizando su derecho a la confidencialidad.

Los países optan por determinados arreglos organizativos para sus sistemas de salud a fin de satisfacer valores y principios establecidos, cumplir con sus propósitos y alcanzar los objetivos sanitarios planteados, los que a su vez generan

distintas modalidades de conducir el sistema y regular su funcionamiento, financiar y asignar los recursos, y proveer los servicios de salud.

La definición del sistema de salud, de sus diversos subsistemas, las organizaciones que lo constituyen y las relaciones existentes entre ellos se menciona en las constituciones, leyes generales de salud o códigos sanitarios de todos los países de la Región. Estos marcos normativos establecen las relaciones entre el subsistema público y los diversos subsistemas, incluidos el privado y los de seguridad social, y formación de recursos humanos para la salud. (OMS, 2000:5)

Casi todas las constituciones de los países de la Región reconocen la salud como un derecho humano; sin embargo, pero los gobiernos y las sociedades a pesar los avances en la formulación la legislación sanitaria, no han logrado introducir los cambios necesarios a sus sistemas de salud y protección social para asegurar ese derecho.

8.3.2. Organización, cobertura y desempeño de los sistemas

El grado de integración y el tipo de interacciones existentes en un sistema de salud constituyen factores críticos para determinar su capacidad de respuesta a las demandas de sus beneficiarios. Otros elementos cruciales que también van a determinar limitaciones en el desempeño adecuado de los sistemas son: la ausencia o insuficiencia de esquemas de prepago y sistemas de mancomunidad de riesgos y el predominio del pago directo o de bolsillo, y los mecanismos débiles o poco desarrollados de rectoría/regulación, que dificultan tanto la definición de las reglas del juego entre los agentes (usuario-prestador de servicios-segurador/financiador) del

sistema como la adecuada fiscalización por el Estado del cumplimiento de esas reglas. En general, se puede observar que a mayor grado de integración en un sistema único o entre los distintos subsistemas en un sistema mixto, mayor capacidad de respuesta del sistema en su conjunto con menor costo de operación. (OMS, 2000:7), (OPS 2007:315), (ALMEIDA, 2002:905).

Los sistemas únicos están, por definición, integrados verticalmente (una sola entidad ejecuta todas las funciones) y horizontalmente (una sola entidad cubre a toda la población), mientras que los sistemas mixtos pueden tener diversos grados de integración o segmentación/fragmentación, ya sea de las funciones del sistema o de segregación de los distintos grupos de población cubiertos, y cada subsector mantiene su propio sistema de financiamiento. (Almeida, 2002:905).

Desde el punto de vista de los usuarios, la demanda de bienes y servicios de salud se orienta según las características organizativas y la estructura de los sistemas de salud. La segmentación del financiamiento y el aseguramiento, la segregación poblacional y la fragmentación de las redes de provisión determinan que los afiliados a distintos planes, ya sea privados o de la seguridad social, o las personas que teniendo capacidad de pago no están afiliados a ningún seguro, como muchos trabajadores por cuenta propia, pequeños empresarios, comerciantes, etc., recurran a los establecimientos públicos cuando estos ofrecen servicios de buena calidad, alta complejidad o son los únicos prestadores del servicio en una zona geográfica determinada. (Almeida, 2002:905), (OPS, 2007:315)

Una proporción importante de la población de bajos recursos también utiliza servicios de salud privados -especialmente servicios farmacéuticos, de medicina tradicional o atención médica de baja complejidad- como alternativa frente a las barreras al acceso a la atención, la reducida oferta e integralidad de los servicios públicos y las exclusiones de los planes de seguro de salud, y se ve obligada a efectuar desembolsos directos. Por su parte, debido a las limitaciones de los planes de beneficios o a las barreras administrativas al uso de servicios, los estratos de población medios y altos que cotizan a la seguridad social también utilizan modalidades paralelas de financiamiento mediante la compra de seguros privados de salud individuales o colectivos -el fenómeno de doble cobertura-, o mediante pago directo, lo que crea distorsiones en el financiamiento y la demanda de la seguridad social. (OPS, 2007:315)

8.3.3. Barreras de acceso al sistema de salud

La fragmentación operativa observada al nivel de la provisión de servicios, sumada a la segmentación institucional de los sistemas de salud y a la segregación poblacional, constituye una causa importante de exclusión de grupos poblacionales y de inequidad en el acceso a los servicios de salud debido a barreras institucionales/legales, económicas, culturales, geográficas, étnicas, de género o de edad. Se estima que en América Latina y el Caribe entre 20% y 25% de la población (cerca de 200 millones de personas) carece de acceso regular y oportuno a los sistemas de salud. (MACEIRA, 2007:2)

En los Estados Unidos, más de 46 millones de habitantes carecen de cobertura adecuada de salud. El reconocimiento de la exclusión social en salud, definida

como “la falta de acceso de individuos o grupos a los bienes, servicios y oportunidades en salud que otros individuos o grupos de la sociedad disfrutan”, además de ser susceptible de caracterización, ha constituido un avance importante en la comprensión de los fenómenos que afectan al acceso a la salud. (MACEIRA 2007:11), (OPS, 2007:315)

Las principales causas de exclusión en salud identificadas varían entre los países, pero en general tienen que ver con la pobreza, la ruralidad, la informalidad en el empleo y factores relacionados con el desempeño, la estructura y la organización de los sistemas de salud. La exclusión es, esencialmente, la negación del derecho de satisfacer las necesidades y demandas de salud de aquellos ciudadanos que no cuentan con recursos económicos suficientes o que no pertenecen a los grupos dominantes de la sociedad. (MACEIRA 2007:40)

8.3.4. Equidad y reformas del sector salud

Las políticas de reforma del sector salud en la región de América Latina y el Caribe tienen repercusiones en la equidad en salud⁹ de la población. Las políticas que se han propuesto en la región en el marco de los procesos de reforma son las siguientes: Expansión del aseguramiento, contratación de prestadores privados, descentralización y entrega de paquetes de servicios esenciales o básicos.

Reforma y equidad son nociones que de manera asidua han frecuentado discursos políticos, documentos técnicos y literatura científica en las últimas décadas. Como

⁹ *Equidad en la Salud: La ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de la salud a lo largo de poblaciones o grupos poblacionales definidos sociales, económicos, demográficos o geográficamente (ISEQH 2005).*

recurso de retórica, esos términos han servido a un amplio espectro ideológico, adecuándose a diferentes propuestas y propósitos. En cuanto conceptos han suscitado innumerables discusiones sin que se llegue a consenso sobre su definición u operacionalización. En términos técnicos y metodológicos han merecido mucha atención por parte de los estudiosos, consultores e investigadores, desarrollándose instrumentos de medida y de implementación de políticas pro equidad que, de nuevo, afianzan diferentes agendas y proyectos políticos. (ALMEIDA, 2005: 6)

Esto se verifica en el ámbito general de las discusiones sobre desarrollo económico y social, así como en el campo de las políticas sectoriales. Entre estas últimas, el debate está siendo pautado por la discusión de nuevos modelos de reorganización de sistemas de protección social y por la redefinición de paquetes de beneficios y servicios, reavivando falsos dilemas y viejos enfrentamientos, como público versus privado, Estado versus mercado. (Almeida, 1996a:3).

Por otro lado, ese debate está impregnado de una búsqueda de evidencias empíricas y por la comprobación de inherentes contraposiciones que tales procesos de reforma sectorial han enfrentado, principalmente entre eficiencia, equidad y calidad. Y aunque la implementación de los cambios y la propia discusión de políticas de reforma tengan innumerables especificidades y sean únicas en cada país, sea del Norte o del Sur, agendas y argumentos se han difundido por doquier y adaptados a distintas realidades, traducidos en propuestas dirigidas a la superación de desigualdades. (ALMEIDA, 1996b: 69)

Además, la noción de “desarrollo con equidad”, que gana fuerza en las últimas décadas, frente al descalabro mundial del aumento de las desigualdades proporcionado por las políticas neoliberales, también posibilita la construcción de consenso entre distintas corrientes político-ideológicas, ya que no hiere a priori los intereses individuales, pues el avance en dirección a la superación de la inequidad puede ser tan lento y gradual que, de hecho, la adopción de la equidad como principio puede ser completamente inocua o vacía de significado. (Almeida, 1999a: 263)

En síntesis, la imprecisión conceptual y estratégica presente en ambas temáticas – reforma sectorial e equidad– no son triviales y revelan los objetivos estratégicos de diferentes definiciones (Almeida, 2002b:1)

8.3.5. Expansión del Aseguramiento en salud

Las reformas del aseguramiento únicamente se han dado en aquellos países de ingresos medios (Brasil, Chile, Argentina, Colombia). Dichas reformas se proponen mejorar la eficiencia y equidad del aseguramiento. Los aspectos específicos a la eficiencia de las reformas no se abordan en este trabajo. En el caso de la equidad, las reformas del aseguramiento buscan extender el aseguramiento a toda la población y reducir el impacto negativo de los gastos de bolsillo en la población pobre (por medio del aseguramiento). (MEDICI, 2006:2)

Es posible identificar 2 modelos que se han utilizado para extender el aseguramiento. Ambos modelos están basados en el aseguramiento obligatorio de la población en empleo formal y subsidio público a la población sin capacidad de pago (o sin empleo

formal). El primer modelo consiste en un aseguramiento obligatorio proporcionado por el sector privado (Colombia, Chile y Argentina) y el otro es un modelo de aseguramiento público universal (financiado con impuestos generales) y prestación mixta el cual se ha implementado en Brasil. El primer modelo, que expande el seguro privado, ha estado asociado a otras políticas económicas que han privatizado los fondos de pensiones. (MEDICI, 2006:10)

El rol del Estado en promover la expansión del aseguramiento privado se lleva a la práctica al desmonopolizar la seguridad social. El principal resultado es dar la opción al afiliado de seleccionar la empresa aseguradora de su preferencia. Es decir, si optan por salirse del sistema tradicional de seguridad social, los individuos se llevan con ellos la prima y “eligen” entre las opciones privadas que se ofrecen. El propósito es generar la competencia entre los diferentes aseguradores, incluyendo el instituto de seguridad social, para afiliar a la población. El Estado toma ya no el rol de prestador de servicios sino el de ‘modulador’ y ‘regulador’ de la competencia y el sistema en general. Esto es lo que se conoce como “competencia gerenciada” Se ha asumido que dicha competencia promueve la eficiencia del sistema y la mejora en la calidad de servicios y satisfacción de los usuarios. Existe un cuerpo de evidencia que refuta estos supuestos. (IRIART, 2001:1243), (HOMDES & UGALDE, 2005:83), (HOMDES & UGALDE, 2005:54)

En el modelo implementado en Brasil, los afiliados pueden, si lo desean, afiliarse a un seguro privado; sin embargo, no pueden llevarse con ellos la prima de aseguramiento. Evidencia de efectos para la equidad Las dos experiencias más estudiadas son Colombia y Chile. En el caso de Colombia, se ha reportado que

durante el periodo 1993-1997, el porcentaje de población afiliada a un seguro aumentó más del doble (de 23.7% a 57.2%). Todos los quintiles de ingreso aumentaron, pero la principal ganancia se dio en el quintil de menor ingreso, que paso de un 3.1% a 43.7%. Existe también evidencia de una reducción en la inequidad en el aseguramiento medido a través del índice de concentración⁴. Es importante anotar que aún cuando se aumentó la población 'asegurada', el estudio no obtuvo evidencia que el aseguramiento se ha transformado en una mayor accesibilidad y utilización de los servicios. (JARAMILLO, 2002:48)

En cuanto a la reducción de inequidades en el gasto de bolsillo, la evidencia no es concluyente. Un estudio analizó la progresividad del gasto de bolsillo usando datos de 3 encuestas nacionales (1985,1993, 1997) y encontró efectos regresivos al comparar el gasto de bolsillo contra el ingreso del hogar y efectos progresivos al compararlo con los gastos del. El logro de Colombia en extender el aseguramiento a la población pobre se ha dado principalmente por el subsidio del sistema (a través de contribución de afiliados y el Estado). (JARAMILLO, 2002:48)

8.3.6. Contratación de prestadores privados de salud

La contratación de prestación de servicios de salud se ha definido como una estrategia para mejorar la eficiencia y mejorar la calidad en la entrega de servicios de salud (Abramson, 2001:404). Los contratos se dan usualmente cuando el comprador pertenece al sector público o es una organización del seguro social independiente y el proveedor es una administración autónoma de carácter estatal o una organización privada (con o sin ánimo de lucro). La contratación de prestadores privados puede abarcar los servicios que van desde un paquete integral de servicios médicos hasta

servicios no-clínicos, como por ejemplo los servicios de limpieza de un hospital (ENGLAND, 2002:5).

Se puede identificar dos escenarios diferentes donde se ha implementado la contratación. Uno es donde existe una red pública de servicios en la cual para ciertos servicios médicos (tales como exámenes de laboratorio, atención ambulatoria) se contrata a prestadores privados. En varios países de Centroamérica, el subsistema del seguro social ha implementado este tipo de subcontratación.

El segundo escenario es cuando la contratación se realiza para que se presten servicios en aquellas regiones de un país en donde la red pública de servicios es limitada o no existente. Este segundo escenario, además de propósitos de eficiencia, ha sido justificado para mejorar la equidad en el acceso a servicios básicos de salud. Este ha sido el caso de Guatemala y Costa Rica.

El primer escenario afecta a aquellos pobladores que están afiliados al seguro social, lo cual en si mismo representa un beneficio/ventaja en la mayoría de países de la región (debido a los bajos porcentajes de población afiliadas a los seguros sociales). Debido al interés por la equidad, se analiza el segundo escenario.

Tanto en Guatemala como en Costa Rica, el contrato de prestadores se basa en unidades de pago por capitación por un determinado paquete de servicios. Estos paquetes difieren sustancialmente en el nivel de servicios que ofrecen siendo el de Costa Rica de mayor amplitud y entregado por un equipo básico de profesionales médicos, mientras que en Guatemala se circunscribe a servicios básicos y prestación por un médico (a) apoyado por una red de voluntarios a nivel comunitario. No es el

propósito de este trabajo el evaluar la eficacia de ambas modalidades, por lo tanto nos concentraremos en los efectos que la política del subcontrato ha tenido al interior de los sistemas de salud de Costa Rica y Guatemala. (MSPAS 2002:7), (ROSERO-BIXBY, 2004:1275)

8.3.7. La evidencia de efectos sobre la equidad

El escenario de contratación hacia áreas geográficas de un país en donde la red pública es insuficiente parece tener potencial de mejorar la equidad en el acceso. Esto es relevante si se toma en cuenta que existe aún un número importante de población en Latinoamérica que carece de acceso a la red pública de servicios de salud (MESA-LAGO, 1992:192), y que tampoco tiene acceso a la seguridad social. (LÓPEZ-ACUÑA, 2000:1)

En Costa Rica, a través de la implementación de equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS) y focalizándose en población con menor acceso, se ha logrado reducir la brecha de inequidad en el acceso¹⁰ geográfico a servicios de salud del primer nivel. (ROSERO-BIXBY, 2004:1277)

En Guatemala, encuestas de hogar han identificado que la cobertura de servicios básicos de salud, tales como inmunización y atención prenatal ha aumentado en las áreas rurales del país. (GRAGNOLATI & MARINI, 2003:3)

El caso específico de Guatemala ha recibido mayor atención en la literatura debido a que la contratación se ha hecho a gran escala. En los últimos 5 años se han

¹⁰ *El acceso sin embargo es medido como distancia de 4 kilómetros o menos a un prestador de servicios, lo cual no asegura la utilización de los servicios.*

realizado contratos con alrededor de 92 proveedores privados (ONG's) que brindan un paquete básico de servicios a aproximadamente 25% de la población del país. (MSPAS, 2002:9)

La contratación a gran escala ha estado, sin embargo, asociada a problemas de gestión, particularmente en relación al monitoreo y supervisión de contratos y prestadores. Estudios de caso han identificado una deficiente rendición de cuentas y cumplimiento de las cláusulas contractuales tanto en el ente que contrata como en el ente que presta los servicios. Son frecuentes los atrasos en los pagos a los prestadores de servicios y estos a su vez entregan un paquete incompleto o no cubren a toda la población. En adición, se identificaron deficiencias en la calidad de los servicios. (GRAGNOLATI & MARINI, 2003:4)

La implicación de la situación anterior es que aún y cuando hay evidencia de la reducción en la inequidad en el acceso a servicios básicos, estos servicios no están llegando con los mismos niveles de calidad para la población que los recibe.

8.3.8. Descentralización de los servicios de salud

Se entiende como descentralización la transferencia de la autoridad para definir políticas, tomar decisiones, implementar funciones gerenciales y el hacer uso de recursos. Esta transferencia de autoridad se realiza dentro de un gobierno determinado. La descentralización es la política o estrategia a la que más han recurrido los países de la región en sus proyectos de reforma. (COLLINS, 1994:113)

Dentro de la descentralización se han incluido diferentes procesos y tipos tales como desconcentración, delegación, devolución, federalismo y la autogestión de unidades

de provisión de servicio. La principal diferencia entre estos diferentes tipos o procesos es el grado de responsabilidad, autoridad y autonomía que se transfieren desde el nivel central a la periferia. MSH, 2001:3), (UGALDE A & HOMEDES, 2002:18)

Es importante anotar que la descentralización como política no es exclusiva a un sector (salud o educación) sino que responde a políticas de reorganización del Estado. Es posible encontrar acciones de descentralización en más de un sector o agencia de gobierno en un país.

La importancia de analizar la descentralización reside en que la misma se ha justificado como una política que busca la mejora de la equidad (entre otros resultados). Se ha identificado, sin embargo, que una descentralización planteada en una forma inadecuada puede no ayudar a la equidad sino que por lo contrario exacerbarla. A continuación se abordan los tres tipos de descentralización que se han dado en el marco de las reformas del sector salud a) desconcentración b) devolución y c) autogestión de establecimientos de salud. (COLLINS & GREEN, 1994:58)

8.1.3.9. Desconcentración

Por desconcentración se entiende la transferencia de alguna autoridad y responsabilidad a niveles periféricos que son parte de los ministerios y agencias del gobierno central. En el sector salud, la desconcentración implica que algunas funciones de gestión, tales como la elaboración y uso de presupuestos, son transferidos del nivel central a niveles inferiores dentro del mismo ministerio. El control, sin embargo, permanece en el nivel central. (RONDINELLI, 1984:14)

La principal actividad que se ha “desconcentrado” en ALC ha sido la elaboración de los presupuestos y el uso de los recursos financieros públicos. Se ha justificado que la desconcentración mejora la capacidad de respuesta de los niveles locales para responder a las necesidades de la población, incluyendo el mejorar la equidad en la asignación de recursos a las unidades geográficas (municipios, distritos) dentro de la jurisdicción de la autoridad desconcentrada.

8.1.3.10. Evidencia de efectos sobre la equidad

Guatemala es uno de los países donde se ha implementado la desconcentración del nivel central hacia áreas de salud las cuales asignan recursos hacia los distritos de salud. Si la desconcentración contribuye a la reducción de inequidades, entonces se esperaría encontrar que la autoridad ‘desconcentrada’, en el caso de Guatemala el área de salud, asigne recursos a su jurisdicción basada en necesidades (distritos de salud). Este no ha sido el caso para Guatemala. A pesar de tener la autoridad para asignar el gasto recurrente, las autoridades ‘desconcentradas’ continúan aplicando criterios que mezclan presupuestos históricos con capacidad instalada. Las necesidades de los distritos no son parte de los criterios para la asignación de recursos. (FLORES, 2004:4)

8.1.3.11. Autogestión de establecimientos de salud

En esta política se transfiere cierta autonomía a un establecimiento de salud (hospital o centro de salud) del sector público para que gestione las acciones e insumos necesarios para la prestación de servicios de salud. La autonomía conlleva como principal paso, la autorización para introducir cobros por los servicios que se ofrecen en el establecimiento. La autogestión también conlleva que los hospitales generen

recursos financieros a través de la venta de servicios a aseguradoras o médicos privados. (UGALDE A & HOMEDES, 2002:20)

En Managua, Nicaragua, un hospital genera casi el 50% de sus propios recursos a través de la venta de servicios (Jack 2003), (40). La autogestión de los establecimientos de salud está usualmente atada a otras políticas de reformas tales como la descentralización. (ARROYO, 1999:302)

La generación de recursos a través de la venta de servicios a terceros y cobro a los usuarios afecta la equidad en la utilización de establecimientos de salud. Los recursos generados por los hospitales a través de la venta de servicios pueden tener un efecto positivo si se emplean mecanismos para subsidiar la prestación de servicios a población de escasos recursos que atiende el hospital. Por otro lado, el cobro a los usuarios puede afectar negativamente a la equidad si los mismos se convierten en barrera para que la población de escasos recursos asista a los establecimientos de salud. (LÓPEZ-ACUÑA, 2000:147)

8.3.12. Paquetes básicos de servicios

Esfuerzos para priorizar las necesidades y focalizar los recursos están presentes desde hace varias décadas en los países en desarrollo. De hecho, el debate alrededor de la APS-Selectiva es una de las primeras propuestas de priorización en donde se discute una cantidad limitada de servicios o intervenciones hacia los cuales los países en desarrollo deberían enfocar los recursos. Los programas de supervivencia infantil son otro ejemplo en donde los recursos se concentran en

intervenciones catalogadas como costo-efectivas las cuales son enfocadas hacia la población infantil. (LÓPEZ-ACUÑA, 2000:147)

Lo anterior nos indica que el focalizar los recursos y los servicios son políticas o estrategias que se ha venido implementando en el sector salud de los países en desarrollo desde hace varias décadas. Sin embargo, la notoriedad actual dentro de los programas de reforma en los países surge a partir de la publicación del reporte del Banco Mundial para el año 1993 en donde se presentan herramientas novedosas que buscan estimar la carga de enfermedad de las sociedades y el costo-efectividad de las intervenciones disponibles para atenderlas. La gran mayoría de países incluyen, desde entonces, políticas dirigidas a focalizar los recursos y servicios, ya sea a través de un paquete esencial o básico de servicios. (LÓPEZ-ACUÑA, 2000:148)

Es importante anotar que los métodos usados para estimar los paquetes esenciales (tales como la carga de mortalidad y los AVISA's) no poseen una aceptación universal entre académicos e investigadores. Existe un cuerpo relevante de literatura en la cual se debate tanto la robustez técnica de los métodos de estimación así como los principios éticos que los sostienen¹⁰. No es el objetivo de este reporte el analizar dichas metodologías y herramientas. Por lo tanto nos concentraremos en analizar si la entrega de paquetes básicos de servicio mejora o exacerba la inequidad. (LÓPEZ-ACUÑA, 2000:149)

Los efectos del paquete básico para la equidad se pueden enfocar desde la equidad horizontal. Si existe un acceso universal a determinado paquete, entonces se puede

decir que se ha mejorado este tipo de equidad. Sin embargo, se ha discutido que el proponer los paquetes básicos como elementos de equidad es un retroceso en los servicios de salud para la población de escasos recursos y con mayor necesidad. De un enfoque de servicios integrales se pasa a oficializar un paquete 'mínimo' de servicios y el acceso universal se reduce a ese 'paquete mínimo' y no a una atención integral. (LAURELL, 2001:291)

8.3.13. Evidencia sobre efectos para la equidad

La documentación disponible analiza los paquetes de servicios diferenciados en Colombia. La población que contribuye al seguro social universal recibe un paquete estimado en \$US 100, mientras que la población pobre que es subsidiada recibe un paquete estimado en \$US 20. Aún cuando algunos autores han identificado la prestación del paquete básico subsidiado a población que antes no lo recibía como un paso positivo hacia la equidad otros autores lo identifican como la oficialización de la inequidad en el sistema de salud colombiano. (HERNÁNDEZ, 2002:991)

En el caso de México, se ha discutido que la población pobre pierde beneficios con los paquetes. Aún cuando se entregan sin costo alguno, los servicios que contienen son menos de lo que tradicionalmente ha brindado el ministerio de salud. El gasto per cápita de los programas que atienden a la población sin seguro era la mitad en el año 1997 de lo que era en el año 1982. Por tanto el acceso universal a ese paquete mínimo viene a menor costo y con menores servicios para la población (LAURELL, 2001:301)

8.4 LA REFORMA DE SALUD EN GUATEMALA

El proceso de Reforma del Sector Salud en Guatemala, se implementó para dar respuesta al problema de la extremada baja cobertura de los servicios. En 1995, el 46 % de la población no tenía acceso a servicios de salud y la población que quedaba fuera del área de influencia de los Centros de Salud era la más postergada. En 1996, se implementó el proceso de extensión de cobertura. Al 30 de junio de 1999, la extensión de cobertura llegó a 3.5 millones de habitantes, lo que representa un 76.8% de la población previamente no cubierta y todo sugiere que a diciembre del año 2000 se alcanzará la mayor parte de la cobertura total de la población -Extensión de Cobertura- que en 1995 no tenía acceso a ningún servicio de salud. Por primera se ofrece, un conjunto de medicamentos básicos que están disponibles a los usuarios en forma gratuita en la comunidad. (Ministerio de Salud Pública Y Asistencia Social de Guatemala 2007. (MSPAS, 2007: 1)

El programa de Gobierno 1996-2000, los Acuerdos de Paz, el Código de Salud y las políticas de salud, proporcionan el marco legal de referencia que da respaldo al Sistema Integral de Atención en Salud. La aprobación del nuevo Código de Salud sirvió para apuntalar la organización del nuevo modelo de prestación de servicios, establecer las bases de la regulación sanitaria, establecer las nuevas modalidades para el financiamiento de la salud, la participación social y la relación intersectorial e interinstitucional. (MSPAS, 2007: 2)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) implementó el Sistema Integral de Atención de Salud -SIAS-, que tiene como base las estrategias de salud

del Programa de Gobierno 1996-2000, el Código de Salud, las metas del Plan de Desarrollo y Construcción de la Paz y los Acuerdos de Paz. El modelo de atención intenta dar respuesta a las necesidades planteadas, con un enfoque de eficiencia, eficacia y equidad. Una de las políticas de salud establece como prioridad dentro del nuevo modelo de atención, la Extensión de Cobertura del Primer Nivel de Atención. (MSPAS, 2007: 3)

La extensión de cobertura fue en sus inicios un producto de la alianza con 77 organizaciones no gubernamentales que se desempeñan como prestadoras o administradoras de servicios de salud la prestación de los servicios básicos de salud se hace con la participación de la población en viviendas y en centros comunitarios. El proceso de extensión de cobertura se enmarcó en las políticas de salud 1996 - 2000. . (MSPAS, 2007: 4)

8.4.1. Antecedentes y objetivos del proceso de reforma

Durante 1996, Guatemala emergía de una prolongada guerra civil. En el transcurso de ese año, el gobierno instituyó negociaciones internas, logrando concretar y firmar los acuerdos de paz en el país, dando término oficial al amargo conflicto civil. Estos acuerdos abarcaron compromisos con respecto a la mejora de la salud del país, especialmente en áreas rurales extremadamente pobres. Los compromisos acordados, explícitamente, exigían la oferta inmediata de atención médica en áreas rurales donde se encontraba más de la mitad de la población, incluyendo a las comunidades indígenas que requerían del acceso prioritario a los servicios básicos de salud. El principio de ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios

básico de salud se fue internalizando en las políticas públicas del gobierno guatemalteco. (COMINSKY, 1987:1163), (BITRAN, 2004:19), (LA FORGIA, 2005:9)

No obstante, El esfuerzo por cumplir con los compromisos eficientemente, colapsaba ante las limitaciones de recursos y capacidad con que contaba el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)¹. Alternativamente, las autoridades del MSPAS estaban enteradas que un número significativo de organismos no gubernamentales (ONG), apoyados por agencias internacionales, proporcionaban servicios médicos en áreas rurales. El apremiante tiempo por cumplir con los compromisos, sumado a la antipatía y desconfianza de las comunidades indígenas con respecto al desempeño del gobierno, contribuyeron a la decisión del MSPAS a contratar la provisión privada del servicio básico en el cuidado de la salud. La decisión de reformar el servicio básico de la salud, a través de la contratación privada de ONG, fue tomada a finales de 1996. (BITRAN, 2004:19), (LA FORGIA, 2005:9), (ANNIS, 1981:515), (BENNETT, 1998:307)

El principal objetivo de la reforma comprende la extensión de un paquete básico de servicios y mejora en la calidad de los servicios básicos para el cuidado de la salud (PBS), orientada principalmente a la población del sector rural de Guatemala. La tabla siguiente muestra los servicios básicos de salud que son considerados dentro de los objetivos de política pública.

Los objetivos de la Reforma de Salud en Guatemala, fueron básicamente: 1) ampliar la cobertura y entrega de servicios de salud sobre la base de un modelo de atención, orientado a la prevención; 2) aumentar el gasto público en salud, a través de

actividades que favorezcan reasignación de recursos públicos con mayor nivel de eficiencia y equidad, brindando garantía de acceso a los servicios de salud, y su sostenibilidad financiera, para la población de mayor riesgo, y; 3) generar una respuesta social organizada, por medio de la articulación del gobierno y la seguridad social con las ONG's, los prestadores particulares y las organizaciones comunitarias. (BITRAN, 2004:20), (LA FORGIA, 2005:9)

Para alcanzar estos objetivos fueron utilizados los siguientes instrumentos: 1) la creación de un Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), iniciativa que promueve un plan básico de servicios de salud, definido en el ámbito de Ministerio de Salud, dirigido al 33 por ciento de la población; 2) el uso de mecanismos de focalización en el marco del Plan Nacional de Salud, especialmente para grupos familiares, pueblos indígenas, y población inmigrante; 3) la transferencia de responsabilidades administrativas y del financiamiento a las Jefaturas de Área de Salud, como forma de desconcentrar el Sistema Integral de Atención en Salud. (MSPAS, 2007: 7), (BITRAN, 2004:20)

La Reforma considero tres modelos de provisión de la asistencia médica. El primer modelo (modelo directo) consiste en la contratación de Organismos no Gubernamentales (ONG) por parte del estado, para la provisión de servicios básicos de salud a la población; el segundo (modelo mixto) consiste en la contratación de ONG para cumplir las funciones de administradores financieros del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y proveedores del servicio de asistencia médica; finalmente, el modelo tradicional gestionado por el MSPAS encargado de

reforzar la atención médica en los Puestos de Salud. (BITRAN, 2004:21), (MACQ, 2006:24)

Bajo este esquema la implementación de la reforma del sector salud en Guatemala comprende principalmente tres dimensiones: Financiamiento, Mecanismo de pago y Organización. Por otra parte, Así mismo, expone los resultados para los tres tipos de modelos relacionados con la eficiencia de los proveedores. Los resultados relacionados con la eficiencia, para los tres tipos de modelos, muestran que el modelo basado en la contratación de ONG's es generalmente más efectivo que el modelo tradicional (mayor cobertura del servicio). No obstante, el modelo mixto y directo se constituyó como la mejor alternativa en términos de eficiencia que el modelo tradicional. El principal objetivo de la reforma comprende la extensión de un paquete básico de servicios y mejora en la calidad de los servicios básicos para el cuidado de la salud (PBS), orientada principalmente a la población del sector rural del país. Sin embargo, el verdadero impacto que genera el cuidado de estos servicios de atención primaria a cargo de las ONG no ha sido claramente evaluado. (BITRAN, 2004:22), (LA FORGIA, 2005:11), (MACQ, 2006:25)

Otros aspectos considerados en la reforma fueron medidas dirigidas a alterar la composición tradicional del gasto en salud, enfocándose en: 1) la inclusión de copagos para determinados servicios públicos; 2) el aumento de la proporción de organizaciones no gubernamentales comprometidas con la prestación de servicios para el Ministerio de Salud; 3) la presencia de empresas privadas o profesionales independientes como prestadores del Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social, y; 4) la creación del Programa de Accesibilidad a los Medicamentos (PROAM),

especialmente en áreas rurales. Dados los cambios en la composición del gobierno la reforma pasó por grandes dificultades en su implementación durante el tiempo transcurrido desde su inicio. Asociado a esto, la ausencia de mecanismos claros de evaluación hace con que no haya resultados concretos que puedan presentarse para su evaluación. (BITRAN, 2004:23)

Se aprecia la falta de mecanismos de control no sólo en la medición de la calidad de los servicios de salud, sino también la comparación entre los compromisos de gestión desconcentrada, presentados en los programas operativos y sus ejecuciones finales, que se establecen independientemente de los niveles erogados en periodos anteriores. Además, el inicio de las acciones propuestas en el diseño de la misma ha sufrido retrasos debido al continuo proceso de redefinición de sus objetivos y alcances, especialmente relacionado con la inclusión del Instituto Guatemalteco del Seguro Social en el sistema de extensión de cobertura a trabajadores informales. Los mecanismos para facilitar la participación comunitaria y el control social son débiles, aspecto importante de corregir. (BITRAN, 2004:23) (LA FORGIA, 2005:12)

A finales del 2001, con el objetivo de agilizar el proceso del alcance de los objetivos de extender un paquete de servicios básicos de salud, el Gobierno de Guatemala acordó 161 convenios con 88 ONG para cubrir a más de 3 millones de beneficiarios. Previo a este significativo esfuerzo, las autoridades del gobierno central, junto con el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) proporcionaron servicios médicos solamente a través de proveedores internos. La nueva modalidad de contratación de las ONG, envolvió tres acuerdos financieros y de organización para proveer el PBS a los beneficiarios. (BITRAN, 2004:23)

Las dos primeras modalidades de provisión del servicio, Proveedores de Servicios de Salud (PSS) y Administradores del Servicio de la Salud (ADMSS), corresponden respectivamente a las contrataciones directas y mixtas de las ONG, que fueron introducidas a través del Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS). La tercera modalidad (MSPAS), consiste en la entrega del servicio de salud ya existente en Guatemala (modalidad tradicional). Seguidamente, un 60% de los convenios definen la participación de las ONG como ADMSS. Adicionalmente, varios de las 88 ONG son contratadas para operar como PSS y ADMSS, sobre todo en zonas remotas donde el acceso a los servicios básicos de salud era altamente escaso. (BITRAN, 2004:23)

8.4.2. Resultados del proceso de reforma del modelo mixto mejora el desempeño de las comunidades guatemalteca, en materia de inmunizaciones y cuidado prenatal (CPN), las comunidades atendidas por proveedores mixtos (modelo mixto de provisión de la salud) tienden a mejorar significativamente sus indicadores de desempeño en comparación con las comunidades atendidas por proveedores tradicionales y directos (modelo tradicional y directo respectivamente). (BITRAN, 2004:24), (LA FORGIA, 2005:13), (GILSON, 1994:14)

Los mecanismos de financiamiento y pagos difieren con el modelo aplicado. Para el modelo directo es un sistema de pago per cápita en especies. Por ejemplo, un pago mediante el mayor suministro de vacunas. En el modelo mixto y tradicional, el sistema de pago per cápita está respaldado por el presupuesto de la localidad y se hace en especies (vacunas). (VINING, 1999:77)

La distancia geográfica es una variable influyente en los resultados de la salud. Después de controlar por distancia de acceso a los servicios de salud, el desempeño de los proveedores directos resultó similar al desempeño de los proveedores tradicionales. Por lo tanto, este resultado, entregó evidencia de que el modelo directo podría ser una buena alternativa al modelo tradicional para la entrega de servicios básicos de salud pública en áreas de difícil acceso.

Los Proveedores de Servicio de Salud (PSS), reportan altos costos unitarios para cada modelo de intervención (directo, mixto y tradicional). La información de los costos de cobertura nominal se deriva de los PSS y ADMSS contratados y de los registros del HP basados en una encuesta de hogares. Los proveedores de HP reportaron los costos unitarios más bajos. Seguidamente, los PSS en comparación con los HP y ADMSS, presentan un menor costo de cobertura efectiva. La información de los costos de cobertura efectiva está basada en la demanda observada en intervenciones prioritarias (tratamiento de IRA, diarrea, pediatría) por residentes de una específica área geográfica. Ordenando de menor a mayor costo, se tiene que los PSSs presentan el menor costo de cobertura efectiva (Q 6 per cápita), seguido por los HPs (Q. 8.00 per cápita) y ADMSSs (Q9.00 per cápita). (LA FORGIA, 2005:13)

Sin embargo, en cuanto a intervenciones per cápita, los HP realizan 4 intervenciones, mientras que los ADMSS y PSS, realizan 2 intervenciones per cápita respectivamente. En resumen se tiene que los HP proveen más servicios que otros tipos de proveedores.

Como en otras experiencias en otros países la efectividad del tipo de intervención (modelo) aplicado, dependió de la selección del proveedor, características y cobertura de la población, ubicación geográfica, y otros factores que afectan la oferta y demanda. (MILLS, 2004:931), (MILLS, 1998:5), (MILLS, 1998:32), (MCPAKE, 1994:25)

La selección del proveedor, la ubicación de su participación y la cobertura de la población varía entre los modelos aplicados (directo, mixto y tradicional): (LA FORGIA, 2005:13)

Primero, los proveedores no fueron asignados indiscriminadamente a las zonas rurales del país. Según autoridades del Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS), había una tendencia de seleccionar zonas en que los técnicos de la salud rural eran familiares de los residentes y donde tuvieran acceso fácil a pueblos de alta densidad poblacional.

Segundo, las zonas asignadas a los proveedores directos, estaban en promedio, geográficamente más dispersas, y asumieron la asistencia médica para una mayor población en comparación a otros proveedores. Es importante que el gobierno defina, previo a la contratación de ONGs (PSSs), la red de proveedores en términos de la población a cubrir y su presupuesto para la adquisición de drogas y suministros.

Tercero, el PSSs empezó desde emplear y capacitar el personal, sobre los procedimientos y conocimientos de normas del MSPAS, ya que el ADMSS y HP emplearon el personal de MSPAS. El personal del MSPAS, además de conocer a la perfección el funcionamiento del Ministerio, también contaba con una amplia

experiencia en la atención de partos en áreas rurales. Por lo tanto, estos proveedores tuvieron una clara ventaja desde el principio.

La contratación de los proveedores de servicios va más allá de una simple relación entre un comprador (en este caso, una agencia del gobierno) y un proveedor. En teoría, si se hace estratégicamente como un medio de mejorar la calidad, el acceso, o ambos de servicios a la población, ya que puede transformar al mercado de los servicios, la creación de una mayor eficiencia y racionalidad en la distribución de recursos y servicios. Cuando un mercado sofisticado no está presente, legal y regulatorio marcos son ambiguos, y son la gestión de contratos y la capacidad de vigilancia inexistente, lograr estos objetivos llevo tiempo. Estas fueron las condiciones bajo que Guatemala lanzó audazmente a gran escala subcontratación esfuerzo.

Cuando el MSPAS inició su programa de contratación de los servicios básicos en las zonas rurales, se enfrentó a una gran cantidad de obstáculos: (LA FORGIA, 2005:14)

En primer lugar, la contratación de los servicios de salud es un proceso no probado en un sistema que anteriormente sólo hacía provisión directa de atención,

Segundo, el marco regulatorio para apoyar este tipo de contratación estaba ausente, y una nueva modelo, el convenio, se creó para ofrecer un contrato que era más oportuno y mejor adaptado a las necesidades del comprador y el contratista,

En tercer lugar, un gran número de organizaciones no gubernamentales de salud ya existía en Guatemala, y muchos trabajaban en zonas rurales, pero el MSPAS no

estaba familiarizado con el mercado, en particular, su disposición y capacidad para abastecer a la salud servicios especificados por el MSPAS,

En cuarto lugar, hubo resistencia por parte de personal del MSPAS y la salud los sindicatos de trabajadores que estaban a favor disposición las instalaciones.

En quinto lugar, no hubo distanciamiento entre el gobierno y las organizaciones no gubernamentales, que inicialmente sospechosos de colaborar con el gobierno,

Por último, hubo desconfianza significativa de las intenciones del gobierno de parte de los indígenas personas a las que estaba dirigido en gran parte del programa.

Ante el reconocimiento de estas condiciones desfavorables, el diseño original contemplaba un pequeño proyecto piloto. La ampliación se produciría durante una fase posterior sobre la base de los resultados de una evaluación prevista. Sin embargo, lo que comenzó como una iniciativa de contratación a pequeña escala en 1997, con tres departamentos y siete ONG, rápidamente creció hasta convertirse en una contratación a gran escala esfuerzo en 1998, antes de las correcciones de aprendizaje, las modificaciones del programa, y otro curso temprano podrían ser incorporadas. Con las elecciones previstas para finales de 1999, había poco tiempo o interés para seguir las mejores prácticas en la contratación externa de servicios de salud. Impulsados por las necesidades políticas relacionadas con el cumplimiento de los Acuerdos de Paz y sus implicaciones para el ciclo político, un proceso a menudo ad hoc se inició en muchos atajos que se tomaron a la rápida aplicar el esfuerzo a gran escala. (LA FORGIA, 2005:15)

No obstante, si el MSPAS hubiera seguido un proceso más riguroso y metodológico de haber establecido todas las condiciones institucionales que apoyan la función de compras y la creación y evaluación de pequeño proyectos de demostración, como se había previsto en el proyecto piloto PMSS, el cambio de gobierno en 2000 podría haber frustrado el proceso de ampliación. En retrospectiva, en 1999, la experiencia de la concesión administrativa había creado un impulso suficiente, el alcance, y la aceptación por ONG y donantes que el gobierno recién elegido en EL AÑO 2000, tenían más opción que apoyar el programa. (LA FORGIA, 2005:25)

La contratación rindió beneficios a pesar de que la capacidad era baja y sólo en fase de desarrollo. En primer lugar, un paquete básico de servicios para mujeres, bebés y niños se ha desarrollado, sobre la base de la información epidemiológica y dirigido especialmente hacia los pobres rurales, población. Esto fue en sí mismo un logro importante. En segundo lugar, los servicios se extendieron a poblaciones no atendidas y desatendidas, aunque no con todo el peso previsto. En tercer lugar, un poco sofisticado inicialmente sistema de contratación y selección de proveedores (por ejemplo, el MSPAS es importante y directa participación en la selección de los primeros siete ONG para el piloto) evolucionaron hacia un sistema más transparente, orientada al rendimiento y descentralizado de toma de decisiones para los nuevos y los contratos vigentes que parece haber tenido un gran éxito. (LA FORGIA, 2005:30)

Por último, el programa demostró que en un momento tumultuoso en la historia política y social del país, una sociedad público privadas podría establecerse que abordar las graves necesidades insatisfechas de muchos pobres guatemaltecos.

Los modelos basados en contratos, así como realizar, y a menudo mejor que tradicionales proveedores de servicios (puestos de salud) en términos de medidas de rendimiento como la cobertura de la población, la satisfacción del paciente, la producción, la productividad y la cobertura de inmunizaciones, atención prenatal, y el uso de sales de rehidratación oral. Sin embargo, en los modelos de contratación, la contratación directa en particular, muestra significativamente mayor costos unitarios. Cómo funciona el proceso de contratación descrito aquí afecta el desarrollo de las prestaciones definidas son es difícil de decir. (LA FORGIA, 2005:32)

En general, el diseño fue un éxito en el cumplimiento de los objetivos del programa: la cobertura de atención básica se amplió en un período relativamente corto (cuatro años) a un gran número de comunidades lejanas y dispersas que anteriormente tenían poco o ningún acceso a la atención. Sin embargo, la producción y tasas de cobertura de las intervenciones prioritarias PBS tales como inmunizaciones, atención prenatal, vigilancia del crecimiento, cuidado ARI, y el uso de sales de rehidratación oral en el hogar fueron menores de lo previsto para la mayoría de las ONG (y tradicional) proveedores (pero probablemente más altos que antes del programa inicio). (LA FORGIA, 2005:37)

Los proveedores no fueron consistentes en la entrega del paquete completo de intervenciones de PBS, a menudo haciendo hincapié en las vacunas mientras no proporcionar con regularidad otras intervenciones prioritarias PBS. Una mayor especificación de estos servicios prioritarios en el contrato, junto con los indicadores de rendimiento, así como una supervisión más enérgica por el MSPAS, habría contribuido a la normalización de los servicios de acuerdo a las prioridades del

MSPAS, así como mayores tasas de cobertura de estos servicios. Además, algunas organizaciones no gubernamentales afirmaron que los pagos per cápita no eran suficientes para cubrir todos los costos de la cobertura de PBS, lo que llevó a restringir servicio. (LA FORGIA, 2005:37)

Un aspecto importante de destacar por un lado, es que el programa no contó con un estudio de línea de base con datos de utilización la capacidad del MSPAS para monitorear, evaluar y comparar el desempeño de los proveedores, y por otro, que el MSPAS recibe buenas calificaciones para obtener el apoyo político e institucional para la contratación de esfuerzo y la mitigación de los efectos de la resistencia de los trabajadores de salud. También rápidamente reconocido y llenó las lagunas en el marco legal y regulatorio, la preparación y anunciando en el Congreso una nueva Ley de Salud que permitió la contratación de servicios.

El desarrollo del financiero robusto, la gestión y los sistemas de supervisión, permitió al gobierno contar con los fondos del presupuesto, realizar pagos, y rastrear los flujos financieros, lo cual fue otro elemento que permitió la implementación y expansión. No hubo ninguna evidencia de corrupción o desviación de fondos por parte de las ONG o los del MSPAS.

El principal desafío en la experiencia guatemalteca se relacionó con el movimiento rápido de pequeña y gran escala. La expansión de las capacidades de contratación aún en desarrollo del SIAS, requirió una respuesta pronta y de improvisación rápida en algunos casos. Se limita la posibilidad de institucionalizar el proceso de

contratación o permitir el aprendizaje adecuado de las ONG, distritos locales, y el brazo de contratación mismo. (LA FORGIA, 2005:37)

Durante la fase temprana del PMSS, una serie de deficiencias se hicieron evidentes en el proceso de contratación de los proveedores. Antes de la decisión de ampliar, poco trabajo se realizó para evaluar el mercado ONG o consultar con ellos sobre el programa. Aunque el MSPAS desarrollo y costes por la PBS, el modelo de costos se basa en el MSPAS en lugar de ONG costos. Un paquete único de servicios fue probablemente inadecuado para las diversas condiciones de salud son evidentes en Guatemala, y no tuvo en cuenta la experiencia de muchos años de de varias organizaciones no gubernamentales de salud en zonas rurales. (LA FORGIA, 2005:39)

La falta de indicadores de desempeño claros relacionados con los objetivos del programa dio lugar a la confusión sobre lo que se esperaba y ha contribuido a los problemas de PSS y ADMSS ofrecen la gama completa de servicios. No había ninguna línea de base para evaluar el rendimiento de PSS y ADMSS. La selección no transparente de las organizaciones no gubernamentales creó dudas sobre las intenciones del gobierno en la comunidad de organizaciones no gubernamentales y el proceso no competitivo, la contratación abierta dio como resultado la selección de varias ONG de escasa cualificación. Los primeros esfuerzos para vigilar el cumplimiento centrado en la micro gestión de los esfuerzos de proceso en la organización y prestación de la atención que a menudo tuvo poco que ver con los productos o resultados deseados. (LA FORGIA, 2005:40)

En 1999, la ambición estaba dando paso a la realidad. MSPAS personal se dio cuenta de que muchos errores se están realizando como resultado de la naturaleza ad hoc de la toma de decisiones y hacer frente con problemas. Los PMSS comenzado a poner en marcha una serie de cambios que mejoraron el proceso de contratación en varias áreas críticas: un cambio a un proceso de selección abierto, transparente y competitivo, el desarrollo de indicadores de resultados significativos (vinculado a los resultados epidemiológicos deseados) que se convierten en puntos de la rendición de cuentas en la evaluación de nuevos contratos o la renovación de los contratos existentes, el desarrollo de la función de gestión de contratos dentro del MSPAS, y el monitoreo del desempeño sistemático. Aunque las PMSS se implementaron originalmente sin competencia, la competencia fue gradualmente puesta en los procesos de contacto. (LA FORGIA, 2005:41)

Las deficiencias persisten. No se realizó ajustes en el pago per cápita, lo cual dio lugar a la salida del mercado de dos organizaciones no gubernamentales calificadas. El análisis en profundidad de los costes de las ONG es necesario para crear una estructura de costos estándar que está más en consonancia con los costes reales. La evaluación sistemática de los resultados no se ha integró en el programa. El PBS requería evaluación para determinar la eficacia de las intervenciones definidas. La capacidad de aprender y adaptarse a es una de las lecciones importantes de la experiencia de los guatemaltecos. El no poder cumplir con todas las mejores prácticas de contratación no fue un factor determinante del fracaso. La capacidad de aprender de los errores y aprovechar los puntos fuertes parece ser el factor determinante del éxito. (LA FORGIA, 2005:44)

Capítulo 9

LA PROTECCION SOCIAL EN SALUD EN GUATEMALA: Sus características, y sus dimensiones.

9.1 PROTECCION SOCIAL EN SALUD

Para el estudio de la protección Social Salud debe considerarse en un concepto más amplio como lo es la Protección social. A ese respecto Munro propone que para abordar la protección social tiene tres enfoques: de riesgos, necesidades y derechos que la protección social tiene tres enfoques: de riesgos, necesidades y derechos.

- *El enfoque de "riesgos" en protección social sostiene que las imperfecciones del mercado (como las asimetrías de información, incertidumbre sobre el futuro y el riesgo moral.² entre otros) ocasionan distorsiones al punto que el sector comercial de seguros no cubre, o sólo cubre parcialmente, una gran cantidad de riesgos. Ello justifica que se organice una respuesta desde lo público para proveer servicios de salud, educación y seguridad social, entre otros. En el enfoque de "riesgos", las medidas de protección social están dirigidas a proteger o compensar la pérdida de beneficios que ocurren por las imperfecciones del mercado.(USAID, 2010:5), (MUNRO, 2008)*

- *El enfoque de “necesidades”* en protección social se centra en el imperativo de satisfacer necesidades humanas básicas para toda la población (salud, nutrición, educación, vivienda, abrigo, empleo y seguridad). Por lo tanto, las políticas de protección social deben asegurar que la población pueda satisfacer dichas necesidades en caso no sea posible a través de medios individuales o comunitarios. (USAID, 2010:5), (MUNRO, 2008)
- *El enfoque de “derechos humanos”* en protección social es el que ha tenido mayor desarrollo a partir de la proclamación de la Declaración Universal de los Derechos humanos y, en particular, del reconocimiento de la existencia de derechos económicos, sociales y culturales. La protección social se ha desarrollado en este marco y plantea que los Estados tienen la obligación de garantizar la protección social de sus ciudadanos. (USAID, 2010:5), (MUNRO, 2008)

A diferencia de los otros dos enfoques, que ven un rol para el Estado y la política pública sólo en aquellos casos donde hay fallas de mercado (enfoque de riesgo) o imposibilidad de satisfacer las necesidades por medios individuales o grupales (enfoque de necesidades), el enfoque de derechos en la protección social no se concibe sin la organización y supervisión desde el Estado.

Es importante reconocer las diferencias entre los tres enfoques arriba mencionados. Muchos de los debates actuales sobre mecanismos y estrategias para la protección social están de manera explícita o implícita (en la mayoría de

casos), basados en los mismos. Se debe analizar si existe consistencia entre el enfoque de protección social adoptado (riegos, necesidades o derechos) y los instrumentos de política que se emplean para alcanzar los objetivos o metas. (MUNRO, 2008)

La protección social en salud es un objetivo de política sanitaria que es responsabilidad de los estados a través de los sistemas de salud. Aunque un compromiso adquirido por los Estados a través de la legislación nacional y los compromisos internacionales, su efectiva garantía constituye uno de los mayores retos que afrontan tanto los países industrializados como los países en desarrollo.

La protección social conlleva implicaciones políticas y técnicas que deben ser reconocidas e implica una serie de pasos necesarios para su cumplimiento, además debe ceñirse a ciertos principios. En la literatura se identifican tres principios que son fundamentales en los sistemas de protección social: solidaridad, equidad y universalidad. (BRAVEMAN Y GRUSKIN, 2003:254)

El principio de solidaridad significa una corresponsabilidad social de las personas sanas con las enfermas y de los más ricos con los que tienen menos recursos.

El principio de equidad en los sistemas de protección social se manifiesta de dos formas: uno es la equidad en el acceso, entendida como la ausencia de diferencias sistemáticas en el acceso a servicios a causa de la estratificación socio económica o demográfica.

El otro es la equidad financiera, la cual se manifiesta en la contribución proporcional que los hogares deben hacer para financiar un sistema de protección social, en función de su capacidad de pago.

9.2 EXCLUSIÓN SOCIAL

La exclusión social aparece cuando se producen fallas en los sistemas de protección social. Las intervenciones públicas o de otros actores de la sociedad orientadas a expandir la protección social en salud pueden contribuir a la reducción de las exclusiones en salud. Cada contexto tiene factores y características que determinan la exclusión social.

La categoría exclusión social denota las limitaciones que algunos grupos humanos enfrentan para disfrutar de las oportunidades económicas, sociales, culturales y políticas existentes en la sociedad. Los mecanismos con que opera la exclusión incluyen: a) falta de mecanismos adecuados para ejercer la ciudadanía como participación en la toma de decisiones que afectan al conjunto social; b) Acceso restringido a los servicios que mejoran las condiciones de vida de las personas; c) Limitaciones en el acceso a información que podría aumentar las posibilidades de elección personal; d) Existencia de mecanismos de segregación social basados en normas, prohibiciones y controles, legales o tolerados. (SUBIRATS, 2004:2). (HARPHAM, 2009:114)

La exclusión social se entiende como un proceso de alejamiento progresivo de una situación de integración social en el que pueden distinguirse diversos estadios en función de la intensidad: desde la precariedad o vulnerabilidad más

leve hasta las situaciones de exclusión más graves. La exclusión social va más allá de la carencia material, puesto que incorpora al análisis de la desigualdad en la distribución de los recursos socialmente valorados otros aspectos como la discriminación, la estigmatización, el rechazo social o la debilidad en las redes interpersonales que contribuyen, refuerzan o alimentan las dinámicas de expulsión o obstaculización del acceso a determinados espacios, derechos o relaciones sociales que son el único medio para alcanzar ciertos recursos. (HARPHAM, 2009:114)

9.2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA EXCLUSIÓN

Guatemala tiene la población más extensa y posee el Producto Nacional Bruto más elevado; ocupa el segundo lugar en territorio, el quinto en PIB real per cápita y el último lugar en los indicadores: tasa de alfabetismo adulto, esperanza de vida al nacer y porcentaje de población no pobre, además de ser el país con el índice de desarrollo humano más bajo (Tabla 9.1). (INFORME DE DESARROLLO HUMANO, 2000:122)

Tabla 9.1
Indicadores Seleccionados de los países del istmo centroamericano.

Indicador	Guatemala	El Salvador	Honduras	Nicaragua	Costa Rica	Panamá
PNB USS miles de millones (1999)	18.2	12.5	5.4	2.3	15.1	9.6
PIB real per cápita PPA \$	3,674	4,344	2,340	2,279	8,860	5,875
Tasa de Alfabetismo adulto (%)	68.1	78.3	74.0	68.2	95.5	91.7
Esperanza de vida al nacer (años)	64.5	69.5	65.7	68.1	76.2	73.9
Índice de desarrollo humano	0.626	0.701	0.634	0.635	0.821	0.784
Población bajo la línea nacional de la pobreza	57.9	48.3	53.0	50.3	11.0	37.3

FUENTE: Informe de Desarrollo Humano 2001. Naciones Unidas. Pp. 145 y 155.

De acuerdo con el rango que ocupa en el PIB real per cápita, Guatemala podría estar 16 posiciones arriba en el índice de desarrollo humano; Guatemala ocupa el lugar 108, con un per cápita de \$3,674.0, en tanto que Belice ocupa el puesto 54, con \$ 4,959 per cápita. (*INFORME DE DESARROLLO HUMANO, 2000:145*)

El importante desbalance entre el producto económico de la sociedad y el resultado social del esfuerzo económico tiene su origen en las graves desigualdades que existen en el país. El 20% de la población con ingresos más altos capta el 61.4% del ingreso de los hogares, y el coeficiente de Gini (un valor entre 0 y 1 donde el 1 significa una distribución equitativa), alcanza un valor de 0.55, reflejando uno de los mayores niveles de desigualdad en el mundo. (*INFORME DE DESARROLLO HUMANO, 2000:146*)

La categoría exclusión social denota las limitaciones que algunos grupos humanos enfrentan para disfrutar de las oportunidades económicas, sociales, culturales y políticas existentes en la sociedad. Los mecanismos con que opera la exclusión incluyen: a) falta de mecanismos adecuados para ejercer la ciudadanía como participación en la toma de decisiones que afectan al conjunto social; b) Acceso restringido a los servicios que mejoran las condiciones de vida de las personas; c) Limitaciones en el acceso a información que podría aumentar las posibilidades de elección personal; d) Existencia de mecanismos de segregación social basados en normas, prohibiciones y controles, legales o tolerados. (*INFORME DE DESARROLLO HUMANO, 2000:147*)

9.3. DIMENSIONES DE LA EXCLUSIÓN

En Guatemala, la exclusión reduce las posibilidades de desarrollo humano en los ámbitos económico, político-jurídico y social. En el plano económico, se destacan los impedimentos de ciertos grupos poblacionales para tener acceso a ingresos y recursos. En el plano jurídico-político se consideran las garantías y derechos de las personas, incluyendo las formas de protección social, la participación ciudadana y la protección legal. En el plano social, el interés recae sobre el grado en que son reconocidas las identidades y características sociales de los grupos humanos y su posibilidad de utilizar redes sociales de apoyo para enfrentar los efectos de la exclusión. (INFORME DE DESARROLLO HUMANO, 2000:148)

9.4. DIMENSIÓN ECONÓMICA DE LA EXCLUSIÓN

La dimensión económica en la exclusión se presenta bajo la forma de factores estructurales que limitan la participación de los hogares y sus unidades económicas en los mercados, con lo cual se restringe su acceso a los recursos y al ingreso. Así, en el ámbito económico de la exclusión, la situación de pobreza del país refleja las limitaciones impuestas sobre la capacidad productiva de las personas, mediante barreras de acceso al empleo, el crédito y la tierra (INFORME DE DESARROLLO HUMANO, 2000:149)

La situación del empleo en el país contribuye a explicar la extensión y profundidad de las deficiencias de ingreso de las familias. El empleo formal equivale al 32% de la PEA (12% agrícola, 15% no agrícola y 4% sector público).

El 68% restante experimenta exclusión de los mercados laborales y está ocupado principalmente en agricultura de subsistencia (27%) o en el sector informal no agrícola (38%). La exclusión laboral afecta principalmente a las mujeres, a los indígenas y a la población rural. Las regiones más afectadas se localizan en las tierras altas del norte y el occidente del país. (*INFORME DE DESARROLLO HUMANO, 2000:149*)

Las definiciones operacionales de la pobreza relacionan el nivel de ingreso del hogar con el costo de la canasta básica de bienes y servicios, permiten interpretar la condición de pobreza como insatisfacción de necesidades y como insuficiencia del ingreso. La pobreza se extiende al 56.7% de la población, equivalente a 6 millones de personas. El 27.6% de los guatemaltecos viven en condiciones de extrema pobreza, sus ingresos son insuficientes para cubrir una canasta básica de alimentos. (*INFORME DE DESARROLLO HUMANO, 2001:26*)

La situación del empleo en el país contribuye a explicar la extensión y profundidad de las deficiencias de ingreso de las familias. El empleo formal equivale al 32% de la PEA (12% agrícola, 15% no agrícola y 4% sector público). El 68% restante experimenta exclusión de los mercados laborales y está ocupado principalmente en agricultura de subsistencia (27%) o en el sector informal no agrícola (38%). La exclusión laboral afecta principalmente a las mujeres, a los indígenas y a la población rural. Las regiones más afectadas se localizan en las tierras altas del norte y el occidente del país. (*ENCOVI, 2002*)



El empleo formal e informal en el sector agrícola cuenta por el 39% de la PEA. De ellos, alrededor del 90% reside en el área rural. Existe un nexo entre esta población y la tierra, aunque en los últimos veinte años las formas de tenencia han cambiado: más familias trabajan la tierra como asalariados o arrendatarios; el cultivo en tierra propia se redujo de 61% de la PEA agrícola en 1979 a 49% en 1998-1999; otras formas de tenencia tienden a desaparecer (Tabla 9.2). Los datos sugieren un aumento en la concentración de la tierra desde 1979; el censo agropecuario de ese año indicaba que el 65% de la superficie estaba en propiedad de las empresas grandes, dedicadas al mercado externo, que hacían el 3% de las fincas del país. (ENCOVI, 2002)

Tabla 9.2
Guatemala: Acceso a la Tierra y Formas de Tenencia
por Jefatura de Hogar, en 1979 y 1998.

Familias	1979	1998
Trabajando en tierra propia	61.4	49.0
Trabajando en tierras arrendadas	7.5	17.0
Trabajando como asalariado	9.0	1.0
En otras formas	9.0	1.0

FUENTE: GUATEMALA. La fuerza incluyente del desarrollo humano. Informe de Desarrollo Humano 2000. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. Cuadro 3.10, Pág. 65.

El país presenta tres retos en materia de protección social en salud principales interconectados. El primero es un bajo nivel de aseguramiento en la población, el cual no sobrepasa el 11% de la población total (afiliados al IGSS y seguros privados). Ello implica que la posibilidad de financiar un sistema de protección

social a partir de contribuciones pre pagadas se encuentra bastante lejos. (Flores, 2008: 42)

El segundo reto es el excesivo gasto de bolsillo que realizan los hogares para procurar servicios de salud. Dicho gasto representa un 56% de todo el gasto en salud del país, lo cual equivale a un 4.7 del PIB. Si se toma en cuenta el bajo porcentaje de aseguramiento, es posible deducir que más de la mitad de todo el gasto público en salud se realiza por evento médico (consulta, medicamentos, o exámenes diagnósticos) lo cual ocasiona serias ineficiencias y no brinda protección financiera alguna a la población que afronta dichos gastos. (FLORES, 2008: 63)

El tercer reto es un bajo gasto público en salud, el cual no sobrepasa el 1.5% del PIB (incluye IGSS, MSPAS y otros). El gasto público representa menos de una quinta parte de todo el gasto en salud, lo cual impone enormes limitantes para lograr que la bolsa pública sea el principal recurso financiero que alimente un fondo dirigido a financiar un sistema de protección social en el país. (FLORES, 2008: 63)

Capítulo 10

EXCLUSION SOCIAL EN GUATEMALA: Sus características y sus repercusiones para la salud.

10.1. EXCLUSION SOCIAL Y SALUD

Si la exclusión expresa el ejercicio nulo o parcial de un derecho, habría que precisar a qué derecho nos referimos en el ámbito sanitario, puesto que la diferente literatura existente no parece ser muy clara al respecto y por tanto se traduce en análisis sesgados o en interpretaciones que limitan su utilidad en las decisiones. En la mayoría de los casos ha predominado la interpretación que delimita el derecho a la salud al de contar con cuidados de los servicios institucionales, es decir de contar con acceso al sistema de provisión de atención médica institucional, la cual se considera muy relevante pero restringida. (OPS-ASDI, 2003:2)

La discusión en torno a qué se debe entender por "protección social en salud" y cuál es el espacio institucional en el cual debe tener lugar la formulación e implementación de políticas de extensión de la protección social en salud ha adquirido una importancia creciente en los últimos años en América Latina y El Caribe, en un escenario regional marcado por un lado por el

cuestionamiento a las reformas sectoriales de salud realizadas entre los años ochenta y noventa y por otro por la reciente aparición de figuras institucionales como el Ministerio de Protección Social en Colombia y la Política Nacional de Protección Social en México y Nicaragua, que incorporan instituciones y acciones de salud. Es importante destacar que si bien es crucial analizar el ejercicio al derecho a contar con cuidados médicos oportunos, eficaces y de calidad por el impacto que tiene en la vida de los hogares, se asume como interpretación mas totalizante y comprensiva de todos los procesos que afectan la salud la que traduce el derecho a la salud en la consideración del derecho a una vida saludable. (ACUÑA, 2006:9)

Evidentemente asumir como el objeto de estudio el ejercicio o exclusión del derecho a estar sano o gozar una vida saludable, significa mayor complejidad, pero también da lugar a explorar las dimensiones multifactoriales de la salud en un contexto de intersectorialidad, que incluye el derecho a la atención médica como una de sus diversos componentes, como tal, permite vincular el análisis en una perspectiva más global de las responsabilidades del estado y la sociedad en la salud de su ciudadanía. La carencia de bienes y servicios esenciales ilustran el fenómeno económico y social denominado pobreza que afecta a la mayoría de la población guatemalteca, y ésta tiene un carácter multidimensional. (OPS-ASDI, 2003:3)

En este contexto, resulta bastante clara la necesidad de que el estudio explore los elementos de política pública que deberían constituir la mayor aproximación posible a cubrir el ámbito del sistema de protección social a la salud, entendido como el conjunto de recursos y acciones (oportunidades) que deben dirigirse desde el estado para la protección o control de riesgos o acciones para mitigar los posibles daños (morbi-mortalidad) de los mismos en los ámbitos directamente relacionados a la salud, tales como: Seguridad alimentario nutricional, Condiciones de la vivienda, Agua y saneamiento, Condiciones seguras en el trabajo , Seguridad y convivencia ciudadana, Ambiente saludable, Servicios de atención específica a la salud. (OPS-ASDI, 2003:8)

En Guatemala coexisten diversas formas de aseguramiento y provisión de servicios: los servicios públicos, la seguridad social y los seguros privados, vinculados a una red de proveedores privados de servicios. El sistema es también fragmentario, en cuanto no existen enlaces funcionales ni separación de funciones entre subsistemas. La función de aseguramiento, que cumplen tanto los seguros privados como la seguridad social, está poco desarrollada y ambos esquemas cubren una porción pequeña de la población. (MSPAS-ASDI-OPS, 2002:15)

Existen diversas opciones para medir la exclusión social en salud. Bajo el sistema de protección social actual, la magnitud de la exclusión social corresponde con el nivel, la composición y la distribución de la población en situación de pobreza extrema en el país. El 57% de la población se ubica bajo

la línea de pobreza y el 16% están bajo la línea de pobreza extrema. En este contexto, la pobreza afecta al 56% de la de la población no indígena. (OPS-ASDI, 2003:9)

En consecuencia, predomina el gasto directo de bolsillo. La rectoría en salud, formalmente asignada al MSPAS, no es ejercida más allá de los proveedores públicos, por lo cual el país carece de sistemas de certificación de profesionales y acreditación de establecimientos. Los rasgos antes descritos indican que, en Guatemala, el sistema de protección social en salud cabe en la categoría de segmentado: un sistema mixto de entrega con escasa articulación interna y débil regulación. Esto se manifiesta e impacta en las funciones de financiamiento, aseguramiento, provisión y rectoría, (tabla 10.1). (MSPAS-ASDI-OPS, 2002:16)

Tabla 10.1
Funciones de la protección social de salud en Guatemala.

Función	Componentes de la función	Institución que la realiza
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Impuestos generales - Contribuciones obligatorias a la seguridad social - Primas de seguros privados (voluntarios) - Pago directo de bolsillo - Cooperación externa 	<p>Los aportes al gasto nacional de salud provienen de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gobierno (Ministerio de Finanzas) aporta 27.3%; - Empresas: aportan el 22%; - Hogares aportan el 42.9%; - Instituciones donantes aportan 7.8%. <p><i>Proporciones del desembolso total de la fuente no diferenciando mecanismo de transferencia (presupuestación, aseguramiento o pago directo por servicios).</i></p>
Aseguramiento (pooling)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Seguridad social</i>: régimen público de aseguramiento obligatorio de los asalariados del sector formal, capta recursos de patronos y empleados con tasas proporcionales al salario. - <i>Seguros privados de salud</i>: Ramo de seguros que promueven las aseguradoras privadas lucrativas del país bajo régimen voluntario. 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Instituto Guatemalteco de Seguridad Social</u> entidad pública autónoma con régimen representativo (estado, patronos, obreros); establece tasas, recauda fondos, maneja los recursos en el sector financiero y los asigna a servicios. Los recursos captados por cuota laboral representan el 38% del gasto de los hogares. - <u>Aseguradoras privadas lucrativas</u>: empresas que aseguran contra todo riesgo, incluyendo el ramo de salud, las primas captadas representan el 0.4% del gasto en salud de los hogares.
Provisión	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Bienes y servicios asegurables</i>: prestaciones limitadas geográficamente en el IGSS y económicamente en los seguros privados. - <i>Bienes y servicios no asegurables</i>: prestaciones limitadas por infraestructura en el MSPAS y económicamente en la provisión privada de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> - El IGSS provee servicios asegurables a través de sus propios dispensarios y hospitales - Clínicas, Sanatorios y hospitales privados proveen servicios asegurables en arreglo con los seguros privados (red de proveedores preferidos) y proveen servicios no asegurables por compra directa de los usuarios. - El MSPAS provee servicios no asegurables a través de sus propios puestos, centros de salud y hospitales <p><i>Los proveedores privados, a partir de 1995 principiaron a prestar servicios públicamente financiados: los proveedores con ánimo de lucro atienden con fondos de IGSS y las ONG con fondos de MSPAS</i></p>
Rectoría	<ul style="list-style-type: none"> - Rectoría del sector salud: según el Código de Salud, corresponde al MSPAS ejercer la rectoría en salud. - Rectoría del aseguramiento en salud: según la Ley Orgánica del IGSS, a éste le corresponde regir los esquemas de aseguramiento en salud. - Rectoría del aseguramiento: según la Ley de Bancos e Instituciones Financieras, corresponde a la Superintendencia de Bancos la función de rectoría de las aseguradoras en cuanto entidades del sector financiero del país. 	<ul style="list-style-type: none"> - El MSPAS fija las políticas nacionales de salud y regula en su materia y efectúa el control sanitario de los proyectos habitacionales, los cementerios, el comercio local e internacional de productos agrícolas, alimentos procesados y productos farmacéuticos, el manejo y expendio de alimentos, los establecimientos de diversión y espectáculos públicos, así como la habilitación para ejercer la prostitución. <p><i>En el campo de la prestación de servicios de salud, aún cuando se está desarrollando un régimen de acreditación de establecimientos, en la práctica las funciones de conducción y regulación se ejercen sobre sus propia red de servicios.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El IGSS ejerce rectoría sobre la propia red de servicios asistenciales; no acredita, ejerce control ni conoce reclamos sobre seguros privados de salud. - El Colegio de Médicos realiza la acreditación y habilitación profesional. - La superintendencia de bancos regula y controla exclusivamente la posición y el desempeño financiero de las aseguradoras.

FUENTE: Protección Social en Salud: Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud. Guatemala, enero de 2002. Tabla 7. P. 16.

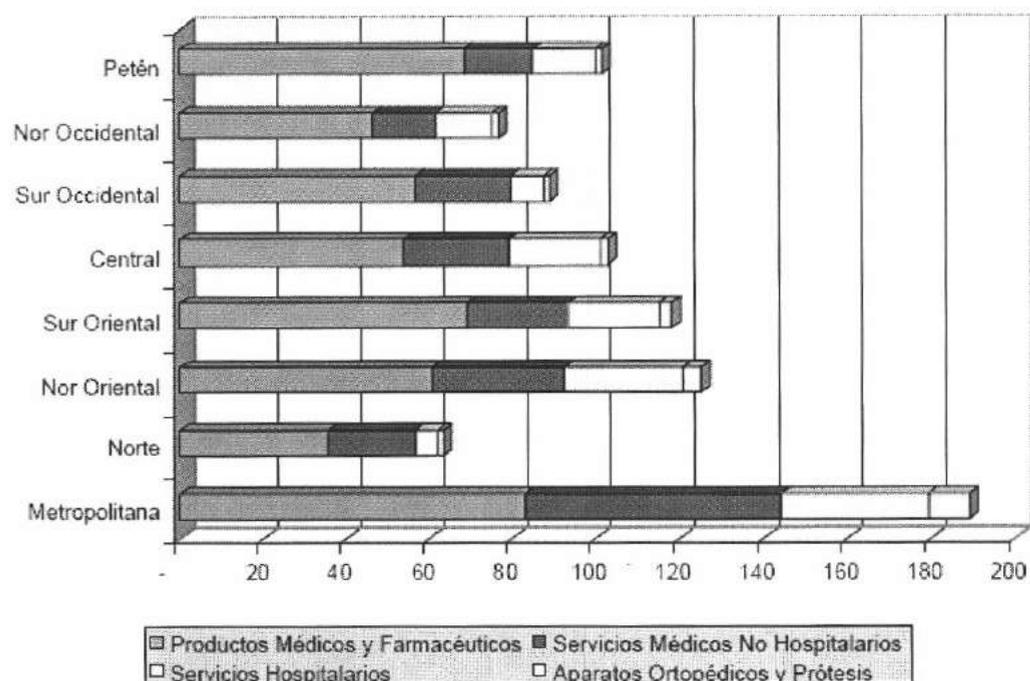
10.2. EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD

Existen diversas opciones para medir la exclusión social en salud, se sugiere la conveniencia de utilizar una medida general de exclusión social y verificar luego sus manifestaciones en salud. Bajo el sistema de protección social actual, la magnitud de la exclusión social corresponde con el nivel, la composición y la distribución de la población en situación de *pobreza extrema*. La pobreza extrema afecta al 16% de la población. Al examinar las brechas entre la población en extrema pobreza y la población no pobre o pobre no extrema, se evidencia que a la condición de pobreza se suma la desprotección social y por lo tanto genera exclusión social. La que se expresa en infraestructura inadecuada, exclusión de grupos sociales por condición étnica y económica, así como de áreas rurales. (MSPAS-ASDI-OPS, 2002:26)

10.2.1. DÉFICIT DE INFRAESTRUCTURA ADECUADA

Existen diferencias importantes en el gasto en salud promedio que los hogares efectúan en forma directa. El nivel de gasto es mayor en las regiones donde existe mayor oferta de servicios (metropolitana, nor y suroriental). Por otra parte, la composición de ese promedio de gasto permite conocer la demanda típica de servicios proveídos por personal calificado. Las regiones con menos acceso a servicios, que se localizan en el norte y occidente del país, destinan una proporción elevada de su gasto a la compra de medicamentos (Grafica 10.1). (MSPAS-ASDI-OPS, 2002:26)

Grafica 10.1
Promedio de gasto en salud de los hogares y su distribución
según bienes y servicios de salud por regiones.



FUENTE: Protección Social en Salud: Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud. Guatemala, enero de 2002. Figura 9, P.27.

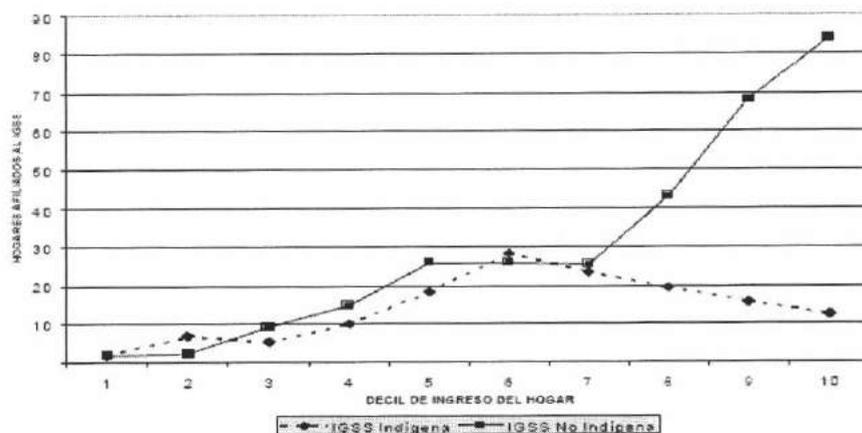
10.2.2. ETNICIDAD Y EXCLUSIÓN

La población indígena del país tiene menor protección social en salud. En diferentes deciles de ingreso, pero mayormente a partir del decil 7, la población indígena tiene una cobertura de seguridad social inferior a la población no indígena (Grafica 10.2). Esta situación forma parte de condiciones estructurales de alcance mayor: la población indígena tiene asiento principalmente rural, predominan los agricultores de autoabastecimiento, y su empleo ocasional o estacional como jornaleros no genera relaciones contractuales formales. La

población indígena campesina, al estar comprendida en el sector informal, no tiene derecho a la seguridad social. (MSPAS-ASDI-OPS, 2002:27)

Grafica 10.2

Hogares cubiertos por la seguridad social según etnia y decil de ingreso.

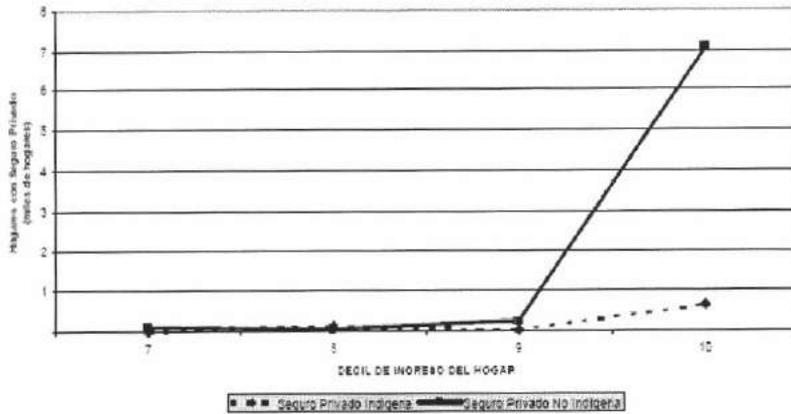


FUENTE: Protección Social en Salud: Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud. Guatemala, enero de 2002. Figura 10, P.28.

Por otra parte, los seguros privados de salud son excluyentes. Para todos los grupos étnicos, el aseguramiento privado no ocurre en deciles de ingreso inferiores al séptimo; sin embargo, menos de mil familias indígenas tienen contratos privados de aseguramiento en salud (Grafica 10.3).

Grafica 10.3

Hogares con Seguro Privado de Salud según etnia y decil de ingreso.

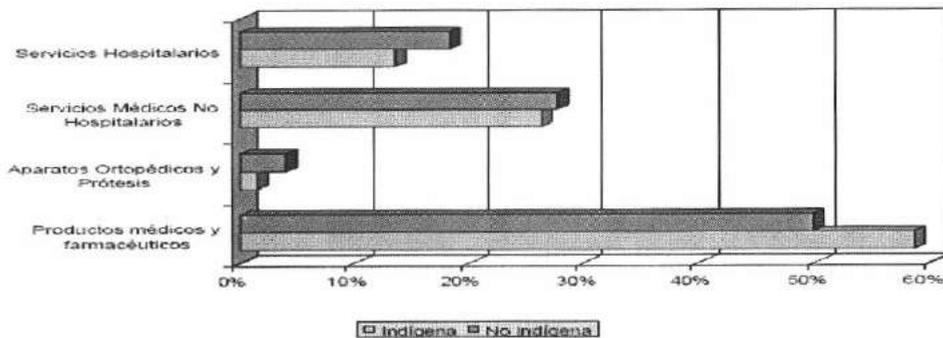


FUENTE: Protección Social en Salud: Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud. Guatemala, enero de 2002. Fig. 11, P.28.

La población no indígena ejerce mayores proporciones de gasto en servicios hospitalarios y en aparatos ortopédicos y prótesis; por su parte, los hogares indígenas gastan en la compra de medicamentos en mayor proporción que los no indígenas (Grafica 10.4).

Grafica 10.4

Gasto directo de los hogares en bienes y servicios de salud según etnicidad del jefe de hogar.



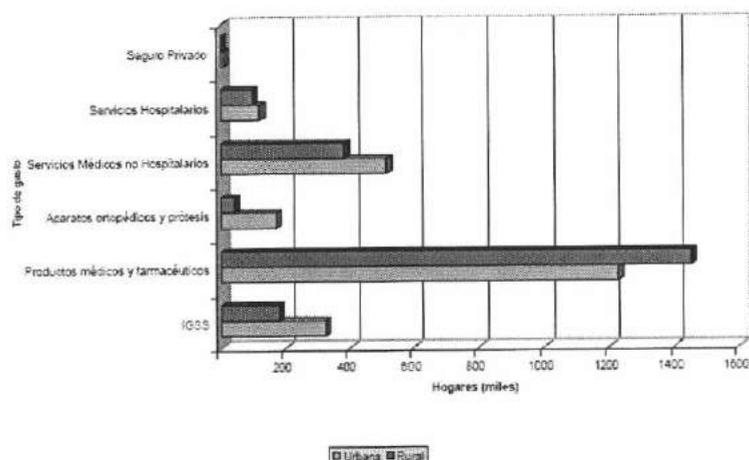
FUENTE: Protección Social en Salud: Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud. Guatemala, enero de 2002. Figura 13, P.29.

10.2.3. RURALIDAD Y EXCLUSIÓN SOCIAL

La ruralidad expresa varias ideas en forma simultánea. Por una parte, evoca la noción de dispersión; por otra parte, la carencia de servicios básicos. De hecho, las decisiones sobre ubicación de proyectos de servicio público toma en cuenta el número de beneficiarios actuales y potenciales, restando prioridad a las zonas de mayor dispersión de población. Esto tiene efecto en el acceso de la población a servicios de salud. (MSPAS-ASDI-OPS, 2002:28)

La demanda y utilización de servicios de la población rural se ve limitada por una oferta escasa e incompleta. Comparativamente, más hogares en el área urbana demandan y utilizan servicios hospitalarios, ambulatorios, del IGSS y de seguros privados; el rubro en el que sobresale la población rural es el de la compra de medicamentos (a menudo sin prescripción médica y con dudosa efectividad por el costo). Las opciones para extender la cobertura hacia la población rural son beneficiosas también para la población indígena, que en gran medida padece la exclusión a causa de residir en las zonas rurales con alto grado de dispersión (Fig. 10.5). (MSPAS-ASDI-OPS, 2002:28)

Grafica 10.5
Hogares que realizan gastos en bienes y servicios de salud.



FUENTE: Protección Social en Salud: Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud. Guatemala, enero de 2002. Figura 12, P.29.

10.2.4. EXCLUSIÓN POR CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

El acceso a los bienes, servicios y oportunidades destinados a satisfacer las necesidades de salud no es sólo un derecho humano fundamental y la clave para que las personas puedan disfrutar de otros derechos humanos fundamentales. Para que se cumplan estos derechos, los bienes, servicios y oportunidades de salud deben ser distribuidos de modo tal que una cantidad suficiente de personas alcance y conserve un estado de salud adecuado en las poblaciones. Sin embargo, para que las condiciones mencionadas contribuyan a la cohesión social y al desarrollo humano de los países, la distribución de los bienes, servicios y oportunidades el acceso a la salud no solo debe involucrar a un número crítico de personas. Debe ser además equitativa. (ACUÑA, 2005:1)

El gasto en salud presenta una asociación estrecha al nivel de ingresos. El decil de hogares con más altos ingresos ejerce el 30% del gasto en salud. Este grupo de hogares ejerce casi la totalidad del gasto en seguros privados, el 42% del gasto en aparatos, el 39% del gasto en servicios hospitalarios y el 38% de los gastos ambulatorios. (ACUÑA, 2005:6)

Existen patrones de gasto diferentes entre la población de mayores y menores ingresos. La población de menores ingresos recurre principalmente a la automedicación, lo que se refleja en un 40% del gasto destinado a productos médicos y farmacéuticos. También es importante el gasto en seguridad social, aunque el 40% de las familias con menores ingresos únicamente aporta el 6% del gasto total destinado al IGSS. En cambio, el decil de más altos ingresos contribuye al 30% de ingresos del IGSS y más del 90% del gasto en seguros privados. (ACUÑA, 2005:7)

10.3. RETOS EN EXCLUSIÓN EN SALUD EN GUATEMALA

La exclusión social es un fenómeno que si no se le remedia, seguirá afectando a millones de personas que tratan de sobrevivir, en las más duras condiciones de vida y de trabajo. La exclusión en salud es un problema que surge entre las necesidades de salud de las personas (percibidas y no percibidas) y la capacidad, por parte de los sistemas de salud, de responder a ellas, por lo que el principal objetivo del sistema de Protección Social de Salud es garantizar la satisfacción de las necesidades en condiciones de oportunidad, calidad y dignidad, sin importar la capacidad de pago.

Para enfrentar la exclusión social en salud se requiere de estrategias que vayan dirigidas a la extensión de la protección social en salud en función de su capacidad para eliminar la exclusión social en salud, y reducir las inequidades en el acceso a los servicios, bienes y oportunidades en salud, así como a disminuir el impacto negativo tanto económico como social de sucesos adversos personales como son enfermedades, desempleo entre otros. Este planteamiento persigue de manera estratégica incluir a los excluidos totalmente del sistema, a pesar de estar cubiertos por algún mecanismo de protección, lo están de forma incompleta o inadecuada. (ESTIVILL, 2003:5)

Se deberán hacer esfuerzos hacer un conjunto amplio de iniciativas dirigidas a incrementar la equidad en el acceso, la utilización servicios y la participación en el financiamiento. Las estrategias deberán sustentarse en la voluntad política de los poderes públicos, para que los ciudadanos puedan satisfacer sus demandas de salud. Este abordaje es deberá ser necesariamente multisectorial y multidisciplinario para que permita sumar diversas modalidades de intervención en los ámbitos económico y de políticas sociales y de esta manera se pueda impactar positivamente en la solución de la exclusión social en salud.

Finalmente es importante destacar que todo lo antes expuesto se podrá lograr si los políticos tengan la capacidad de generar la movilización de recursos económicos y políticos y garanticen la viabilidad y sostenibilidad de las estrategias definidas para enfrentar la situación de exclusión social en salud.

Parte IV. Marco Conceptual

- **EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA.**
- **EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE PROGRAMAS DE SALUD PUBLICA.**
- **EVALUACION DE LA CONTRATACIÓN EXTERNA DE SERVICIOS DE SALUD.**

Capítulo 11

LA EVALUACION DE PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA: Concepto, orígenes y tipos de evaluación.

Evaluación es uno de los términos más utilizados en salud pública. Sin duda, hay un notable interés por conocer el resultado de las intervenciones preventivas y de promoción de la salud, pero no es menos cierto que hay un elevado grado de imprecisión y confusión a la hora de definir qué se pretende con la evaluación en cada caso concreto. En no pocas ocasiones se confunden los indicadores de proceso con los de resultados, o se atribuyen los cambios favorables a una intervención o un programa, sin compararlos con un grupo de control, y sin tratar de descartar las posibles explicaciones alternativas que justifiquen los efectos observados. (MONTERO, 2004:3)

Los factores que permiten explicar esta situación son múltiples: entre las causas más generales, probablemente hay que señalar una escasa cultura de evaluación, entendida como una parte imprescindible de toda iniciativa que tiene que rendir cuentas (lo que se conoce como accountability) ante la sociedad. Como consecuencia, hay una escasa implicación y una limitada formación de los profesionales, en un marco general de ausencia de pautas metodológicas y guías de buena práctica. Además, a diferencia de lo que ocurren los servicios sanitarios y la

gestión sanitaria, donde hay una larga tradición de evaluación y acreditación externas, en muchas ocasiones los programas de salud pública se evalúan por los mismos responsables del programa, lo que supone una menor independencia de criterio y una cierta tentación de autocomplacencia. (RUEDA, 2005:33)

Es importante destacar que un elemento adicional que dificulta la posibilidad de realizar una evaluación rigurosa y objetiva guarda relación con la necesidad de dar una respuesta rápida a las preguntas cuando éstas se plantean en los medios de comunicación, porque normalmente éstos no pueden esperar los resultados de los informes finales de evaluación, sobre todo cuando se realizan con mayor rigor, lo que implica tiempos de análisis y elaboración superiores.

Es responsabilidad de los profesionales de salud pública velar por que la evaluación se realice en las condiciones más adecuadas y clarificar en lo posible sus indicaciones, procedimientos y limitaciones, incluyendo los tiempos de espera que sean necesarios.

11.1 CONCEPTO DE EVALUACION DE PROGRAMAS

El concepto de evaluación es quizá una de las nociones más sujetas a equívocos y controversias. En contextos institucionales es común la creencia de que una evaluación se debe realizar cuando se sospecha que las cosas no andan bien en la ejecución de un programa o proyecto, esta no siempre es bien aceptada por los gestores y ejecutores de los programas de salud. La evaluación, es decir, el análisis sistemático que juzga la pertinencia, progresos y resultados de políticas, planes y programas, guiado por un marco conceptual

y metodológico. "Su objetivo es determinar en qué medida se están alcanzando o se alcanzaron los objetivos propuestos y qué podría explicar las diferencias entre los logros obtenidos y lo que se pudo haber alcanzado". Comprende, además, la formulación de conclusiones y de propuestas de acción para el futuro. (AGUILAR-ANDER-EGG, 1992:4)

Evaluación es el proceso de determinar el valor o significado de una actividad, política o programa. Es una valoración, lo más sistemática y objetiva como sea posible, de un proyecto, programa o política planificado, en ejecución o finalizado, su diseño, implementación y resultados. El fin es determinar la relevancia y logro.

En ciencias sociales y en las diferentes modalidades de intervención social se habla de evaluación, se alude a una forma de valoración sistemática que se basa en el uso de procedimientos que, apoyados en el uso del métodos científico, sirve para identificar, obtener y proporcionar la información pertinente y enjuiciar el mérito y el valor de algo, de manera injustificable. Es importante diferenciar la evaluación en sentido informal y la evaluación en sentido formal o sistemática. Entre ambas no hay diferencia entre propósitos, sino de métodos. (AGUILAR-ANDER-EGG, 1992:6)

La evaluación en el campo social, se entiende como un mecanismo de regulación de acciones y políticas sociales, que pueden permitir disminuir notablemente las posibilidades de fracaso tiene un programa de interés social. Es decir la evaluación solo será útil si se utiliza como medio para mejorar un

programa. Es necesario conocer las cualidades y las debilidades de un programa para poderlo modificar según vaya siendo preciso. Un buen programa requiere de un diagnóstico y una evaluación permanente para eliminar errores y corregirlos. (AGUILAR-ANDER-EGG, 1992:9)

Evaluación es uno de los términos más utilizados en salud pública, sin duda, hay un notable -y saludable- interés por conocer el resultado de las intervenciones preventivas y de promoción de la salud, pero no es menos cierto que hay un elevado grado de imprecisión y confusión a la hora de definir qué se pretende con la evaluación en cada caso concreto. (NEBOT, 2007:87)

Existe una escasa cultura de evaluación, entendida como una parte imprescindible de toda iniciativa que tiene que rendir cuentas (lo que se conoce como *accountability*) ante la sociedad. Como consecuencia, hay una escasa implicación y una limitada formación de los profesionales, en un marco general de ausencia de pautas metodológicas y guías de buena práctica. Además, a diferencia de lo que ocurre en los servicios sanitarios y la gestión sanitaria, donde hay una larga tradición de evaluación y acreditación externas, en muchas ocasiones los programas de salud pública se evalúan por los mismos responsables del programa, lo que supone una menor independencia de criterio y una cierta tentación de autocomplacencia. (GUIX, 2005:325)

La evaluación debe ser parte integral del diseño y desarrollo de cualquier programa o intervención que pretenda aliviar o solucionar problemas asociados a la calidad de vida de las personas. La evaluación debería brindar

información creíble y útil, posibilitando la incorporación de las lecciones aprendidas en el proceso de toma de decisiones”. La evaluación es un instrumento para estudiar, comprender y ayudar a mejorar los programas en todos sus aspectos importantes, incluyendo el diagnóstico de los problemas a los que se dirigen, su conceptualización y diseño, su implementación y administración, sus resultados y su eficiencia”. (GUIX, 2005:325)

A partir de estas consideraciones resulta claro que la evaluación es una herramienta fundamental para orientar *la toma de decisiones* en las diferentes fases de ejecución de los programas e intervenciones, desde su concepción y diseño hasta su posterior valoración en términos de logros e impactos.

Evaluar implica establecer un juicio sobre el valor de algo, es decir una conclusión valorativa. Para ello se requiere siempre de la comparación con algún *estándar o punto de referencia*, que ha sido establecido explícita o implícitamente. Así mismo reviste especial importancia el establecimiento de significados sustantivos para la interpretación a partir de la comparación entre resultados obtenidos y planeados. Sucede con frecuencia que ni los mismos ejecutores de programas han determinado con precisión cuáles son esos niveles esperados de desempeño del programa, es entonces tarea de los evaluadores determinar estos valores de manera más exacta. (GUIX, 2005:327)

La evaluación en tanto proceso sistemático de valorización y enjuiciamiento se define de la siguiente manera: “ *La evaluación es una forma de investigación*

social aplicada, sistemática, planificada y dirigida; encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable, datos e información suficiente y relevante, en apoyar un juicio acerca del mérito y el valor de diferentes componentes de un programa(tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución), o de un conjunto de actividades que se realizan, han realizado o se realizarán con el propósito de producir efectos y resultados concretos; comprobando su cumplimiento, de forma tal que, que sirva de base o guía para una toma de decisiones para solucionar problemas.” (GUIX, 2005:330)

Para garantizar la validez de sus interpretaciones la evaluación debe regirse por criterios de rigurosidad científica. De esta forma los evaluadores utilizan teorías, métodos y técnicas de la ciencia, especialmente de las ciencias sociales. En evaluación, al igual que en una investigación científica, se debe recolectar, analizar e interpretar evidencia empírica para fundamentar las conclusiones. Entre más sólida sea la evidencia más credibilidad tendrá el juicio evaluativo. (*Thompson, 2004:282*)

Existen hay algunos condicionantes de carácter metodológico que también contribuyen a dificultar o limitar la posibilidad de realizar de forma adecuada la evaluación cuantitativa de los resultados de las intervenciones en salud pública. Entre éstas, se han señalado en primer lugar las relacionadas con su naturaleza compleja, ya que suelen estar integradas por diversos componentes, como sucede en el caso de las políticas de salud o los programas dirigidos al cambio de conducta, que por su carácter multi

dimensional, sus contenidos son difícilmente reproducibles, y su efectividad está en gran parte vinculada al contexto; además, es muy difícil atribuir el efecto a un componente particular del programa. (*Campbell, 2000:694*)

En segundo lugar se señala, que la asignación de la intervención impide, en muchas ocasiones, la comparación con un grupo control adecuado, como sucede en los programas o políticas a gran escala, o con programas de tipo social o de otro tipo en los que, por razones éticas, no sea posible dejar de administrar la intervención. (*Campbell, 2000:695*)

11.2 ORIGENES DE LA EVALUACION

En el campo de la salud pública desde hace varias décadas se realizan evaluaciones de intervenciones específicas, especialmente aquellas que involucran un fuerte componente psicosocial, tales como proyectos para evitar el abuso en el consumo de ciertas sustancias y drogas. En el campo de la salud se pueden mencionar especialmente las evaluaciones de los programas nacionales de planificación familiar y salud reproductiva (Bertrand et al, 1996). Sin embargo, el interés por evaluar de manera global todo el sistema de salud pública de una nación es relativamente reciente. (ROSSI, 1989:11)

La evaluación no ha sido completamente ignorada en los sistemas de salud. Hay muy importantes elementos y actividades evaluativas que llevan años desarrollándose y aplicándose. Se pueden mencionar los esfuerzos realizados en cuanto a medición de la calidad de la atención en los servicios de salud, los

estudios de satisfacción de los usuarios, los análisis de situación, las auditorías médicas y de establecimientos, los estudios epidemiológicos y la investigación clínica. Todas estas actividades son la evidencia de que los procesos evaluativos han estado presentes en los sistemas de salud. No obstante, estos esfuerzos se han realizado en su mayoría sin utilizar un enfoque sistémico y no corresponden con una concepción integral de la evaluación. (ROSSI, 1989,12)

La evaluación permite a los profesionales de salud pública asignar adecuadamente los recursos para diseñar e implantar de forma efectiva las intervenciones en esta área. La evaluación de los programas de salud pública es especialmente relevante debido al interés de los sistemas sanitarios por estimar la continuidad de la asistencia, vinculando las intervenciones clínicas a las mejoras en salud pública. La adopción de la filosofía, la tecnología y los instrumentos de gestión clínica, la privatización de los servicios de salud pública y la disminución de los recursos para salud pública reflejan la necesidad de desarrollar indicadores para hacer un seguimiento de estos cambios. (ROSSI, 1989,13)

La evaluación en salud pública supone un mayor reto cuando las intervenciones son programas comunitarios amplios no susceptibles de análisis tan rigurosos como los estudios controlados y aleatorizados. Se cuestiona que estos estudios sean el patrón de referencia de los métodos epidemiológicos. Cuando las intervenciones consisten en enfermedades multifactoriales que afectan a toda una población, es especialmente

complicado establecer medidas de evaluación de las intervenciones. Sin embargo, hay abordajes híbridos de evaluación que utilizan medidas de la práctica y de estándares de referencia que, agregados, proporcionan información suficiente para evaluar las intervenciones clínicas y las intervenciones de salud pública. (ROSSI, 1989,20)

11.3 TIPOS DE EVALUACION PROGRAMAS

Acerca de las formas tipos de evaluación, existen muchas clasificaciones de acuerdo a diversos criterios, pero son cuatro las que tienen mayor interés práctico: Según el momento en que se evalúa., según el papel o función que cumple la evaluación, según la procedencia de los evaluadores, y según los aspectos o componentes del programa que son objeto de evaluación. (AGUILAR-ANDER-EGG, 1992:27)

Evaluación según el momento en que se evalúa

Según este criterio existen tres formas de este tipo de evaluación: *Evaluación antes (o ex-ante)*, *Evaluación durante la ejecución*, *Evaluación ex – post*.

Evaluación antes (o ex-ante), llamada también inicial o pre-decisión. Como su nombre indica, se realiza antes de tomar la decisión de emprender un programa o proyecto, o de aprobar su realización. Es decir, se hace en la fase de diseño del programa. Consiste en evaluar el programa o proyecto en sí mismo, mediante la estimación crítica de su pertinencia, viabilidad y eficacia potencial, con el fin de proporcionar criterios racionales sobre la conveniencia

o no de llevar a cabo un programa o proyecto. Generalmente, trata de <<comparar la eficacia o la rentabilidad económica de las diferentes acciones para alcanzar los objetivos deseados.

La evaluación Ex ante considera tres aspectos principales:

- Pertinencia del proyecto con la realidad: se trata de establecer la coherencia entre las soluciones que se proponen y la realidad que se presente modificar.
- Coherencia y congruencia internas; es un análisis que atiende fundamentalmente a los aspectos formales. Interesa básicamente evaluar la organicidad/unidad del proyecto. Para ello hay que examinar su viabilidad y coherencia de las relaciones entre:
 - medios/recursos y objetivos.
 - Objetivos generales, objetivos específicos y metas.
 - Diagnostico y proposiciones.
- Rentabilidad económica de las diferentes acciones para alcanzar los objetivos propuestos.

Evaluación durante la ejecución, denominada también evaluación de gestión, evaluación continua, evaluación concurrente, monitorización o evaluación concomitante. Es la que se realiza durante la fase de ejecución, suministrando información sobre la marcha del programa con una ponderación de los resultados. Su objetivo básico es evaluar los cambios situacionales, es

decir, establecer en qué medida se está cumpliendo y realizando el programa o prestando un servicio de acuerdo a la propuesta inicial. (AGUILAR-ANDEREGG, 1992:28)

No siempre es fácil diferenciar en la práctica este tipo de evaluación con el control operacional. En sentido estricto, la evaluación continua se diferencia del control porque ésta proporciona también un juicio sobre los supuestos en que se apoya la formulación del programa, a la vez que permite adoptar dos tipos de decisiones.

- Continuar o no con el programa, y
- En el caso que se justifique su continuidad: establecer si se mantiene la formulación inicial o se redefinen los objetivos y metas propuestas y los procedimientos operativos que se utilizan.

Este tipo de evaluación permite una retroacción constante a lo largo de todo el proceso de desarrollo del programa.

Evaluación ex – post: es la que se realiza una vez que el programa o proyecto ha finalizado. En sentido estricto, hay que diferenciar la evaluación de fin de proyecto de la evaluación ex – post. Así, la evaluación de fin de proyecto es la que se realiza una vez concluida la fase de ejecución; mientras que la evaluación ex – post propiamente dicha, se lleva a cabo cuando el programa o proyecto ha alcanzado su pleno desarrollo (meses o incluso años después de finalizada la ejecución). Por ello, este último tipo de evaluación se suele llamar evaluación de impacto o evaluación post – decisión. En definitiva, se

trata de dos formas de evaluación de resultados que proveen información sobre la ejecución, funcionamiento y resultados o efectos de un programa. De ordinario se realiza para evaluar cuánto y cómo se ha cambiado la situación inicial, o cuánto se ha logrado o alcanzado la situación objetivo, según lo que se tome como punto de referencia. (AGUILAR-ANDER-EGG, 1992:29)

Tanto la evaluación durante como la evaluación ex – post (en sus distintas modalidades), tienen una doble finalidad:

- Valorar el logro de los resultados generales, en términos de: eficiencia, productos, efectos, impacto.
- obtener enseñanzas y experiencias para otros programas o proyectos futuros.

Evaluación según las funciones que cumple la evaluación

Según este criterio existen dos formas de este tipo de evaluación: Evaluación Sumativa y Evaluación Formativa. (AGUILAR-ANDER-EGG, 1992:30)

- a. La Evaluación Sumativa hace referencia al estudio de los resultados o efectos de un programa. A través de esta modalidad evaluativa se determina hasta qué punto se cumplen los objetivos o se producen los efectos previstos. Determina el valor de un programa una vez que ha sido desarrollado, investiga los efectos y los compara con las necesidades de los usuarios o beneficiarios. Podemos decir, entonces,

que este tipo de evaluación se dirige básicamente a juzgar si un programa vale la pena mantenerlo o darlo por terminado.

- b. La evaluación formativa hace referencia al seguimiento que se realiza durante el proceso de ejecución de un programa o proyecto. Proporciona información acerca de cómo se desarrolla dicho proceso y sirve básicamente para ayudar a la puesta en marcha de un programa o para mejorar lo que se está realizando o su funcionamiento.

Respecto a la distinción entre evaluación sumativa y evaluación formativa, Cronbach piensa que los dos términos no son adecuados para las discusiones de hoy en día [...] Las evaluaciones se usan casi totalmente de un modo formativo cuando se usan. Esto es cierto incluso en los estudios que se auto limitan a medir resultados. Estas dos modalidades son complementarias. Y de lo que se trata es de utilizar una u otra forma, de acuerdo al contexto y la situación concreta. (STUFFLEBEAM, 2007:7)

Dentro de este criterio de clasificación según las funciones que cumple la evaluación, la propuesta de Patton denominada evaluación centrada en la utilización (Utilización – Focused Evaluation) parece más adecuada. Esta modalidad se corresponde con una concepción de <<sistema abierto>> en la teoría de las organizaciones. Dicha concepción sitúa a la organización en relación con un medio ambiente caracterizado por la incertidumbre y una cierta turbulencia. Siendo importante, entonces, para el éxito de esa organización, adaptarse a ese medio ambiente, tomándose las decisiones en función de

criterios de *satisfacción suficiente* (satisfacing), es decir, tratando de reducir la incertidumbre y la turbulencia, más que de optimizar o maximizar – como se propone en el enfoque racional o el sistemático. (PATTON, 1992:40)

Por lo tanto, sería más correcto hablar de racionalidad limitada; lo que nos lleva a considerar la evaluación sumativa como de más difícil aplicación, dada la dificultad para formular metas estables y permanentes en las organizaciones. Estas circunstancias son las que llevan a Patton a plantarse la *evaluación centrada en la utilización* (Utilization – Focused Evaluation), consistente en adaptar continuamente los métodos seleccionados por el evaluador a las situaciones particulares. El elemento esencial aquí es la participación continua en todo el proceso evaluativo, tanto de los decisores como de los destinatarios de la información. (PATTON, 1992:42)

Evaluación según la procedencia de los evaluadores

De acuerdo a este criterio pueden distinguirse cuatro tipos de evaluación: *Evaluación externa, Evaluación interna, Evaluación mixta y La autoevaluación.* (DÍAZ, 2000:66)

- a. *Evaluación externa:* es aquella que recurre a evaluadores que no pertenecen, ni están vinculados (directa o indirectamente) a la institución ejecutora del programa o proyecto que se evalúa. Cuando se realiza este tipo de evaluación, de ordinario se recurre a la participación de expertos contratados por la institución que quiere

evaluar alguna o la totalidad de las actividades que realiza, áreas de actuación o programas/proyectos específicos.

- b. *Evaluación interna*: esta modalidad de evaluación es la que se realiza con la participación (como evaluadores) de personas que pertenecen a la institución promotora o gestora del programa o proyecto a evaluar, pero que no son directamente responsables de la ejecución.
- c. *Evaluación mixta*: este tipo de evaluación es una combinación de las anteriores; se realiza por un equipo de trabajo que incluye evaluadores externo (ajenos a la institución cuyo programa o proyecto se evalúa) y evaluadores internos (pertenecientes a la institución ejecutora).
- d. *La autoevaluación*: las actividades evaluativas están a cargo de aquellos que están implicados directamente en la ejecución o realización del programa o proyecto, y que valoran y enjuician sus propias actividades para determinar si están cumpliendo las metas propuestas.

Dado que Existen ventajas y desventajas para una u otra opciones de evaluación descritas, cabe al momento de tener que hacer una evaluación plantearse las siguientes interrogantes: ¿qué tipo de evaluación es la más adecuada?: ¿evaluación externa o evaluación interna? ¿mixta o autoevaluación?

Otro aspecto que es importante considerar al realizar una evaluación es lo relacionado con quien realiza la evaluación, es decir si es personal de la propia institución o si es personal ajeno a la institución, ya que esto tiene implicaciones sobre los resultados de la evaluación. Cuando se procede a realizar una evaluación con el personal de la misma institución o unidad administrativa, sobre todo si se trata de la administración pública, se corre el riesgo de que los responsables de esta tarea, consciente o inconscientemente, traten de resaltar lo bueno del programa y de minimizar los aspectos negativos o menos positivos. Esta evaluación tiene desventajas derivadas de los riesgos de subjetividad o, como consecuencia de la implicación de los evaluadores con lo que se evalúa. (DÍAZ, 2000:67)

Por el contrario, las evaluaciones realizadas por evaluadores ajenos a la organización cuyos programas o proyectos son evaluados, son personas que no están implicadas en el programa a evaluar. Existe la ventaja de una mayor objetividad, aunque también hay desventajas: no es fácil que un evaluador externo pueda captar plenamente todos los factores en juego (y que tienen su historia dentro del programa o de la organización) y con la naturaleza y funcionamiento del programa. (DÍAZ, 2000:68)

Frente a estas ventajas y desventajas, es recomendable realizar evaluaciones de tipo mixta que, en principio, permiten equilibrar los factores desfavorables y reforzar los favorables en ambo formas de evaluaciones.

Evaluación según los aspectos del programa que son objeto de evaluación.

En el campo de la salud, se acepta generalmente la clasificación de Pineault y Daveluy y Donabedian que establece tres tipos de evaluación: evaluación de la estructura, evaluación del proceso, evaluación de los efectos. Esta clasificación sin duda es muy útil para los programas de salud, ya que éstos básicamente consisten en la utilización de una serie de recursos, organizados para la prestación de ciertos servicios y actividades, que persiguen el logro de determinados objetivos. De ahí que interese de manera especial la evaluación de dichos recursos y su organización (estructura), la evaluación de las actividades y servicios (proceso) y la evaluación de los efectos (objetivos). (PINEAULT, 1995:344), (DONABEDIAN, 2003:655), (DONABEDIAN, 1981:409)

Por otra parte, esta clasificación se identifica bastante con el consenso generalmente aceptado en este campo; si bien para los servicios sociales nos parece un poco limitada. En esta propuesta concreta, a la hora de clasificar los tipos de evaluación según los aspectos a evaluar, se hace una triple distinción en cuanto a las posibilidades de evaluación: Evaluación del diseño y conceptualización del programa, Evaluación de la instrumentación y seguimiento del programa (evaluación del proceso), Evaluación de la eficacia y eficiencia del programa (evaluación de resultados). (DONABEDIAN, 2005:691)

Evaluaciones en Intervenciones en Salud Pública

La evaluación de intervenciones en Salud Pública constituye un pilar imprescindible en el desarrollo de políticas de salud. Existen distintos tipos de evaluación de programas en salud pública, entre los que se pueden mencionar: El modelo lógico, Evaluación de Costo efectividad y Evaluación del impacto. (MONTERO, 2004:4).

El modelo lógico

Este modelo es también llamado la teoría del programa explica de qué forma las acciones del programa producirán los resultados deseados en la población meta. Rossi la define más específicamente como el conjunto de supuestos sobre la forma en que el programa (o proyecto) provoca los beneficios que se espera que produzca, incluyendo las estrategias y tácticas que ha adoptado para lograr sus metas y objetivos. La recomendación más reciente de la mayoría de los miembros de la comunidad académica en evaluación apunta a que, en general, en toda evaluación se deben por lo menos esbozar los elementos más relevantes de la teoría del programa. (ROSSI, 1989:30)

En los enfoques más tradicionales, cuando se concebía la evaluación como un simple contraste entre objetivos y resultados, es cierto que no hacía falta la teoría del programa. No obstante, la disciplina evaluativa ha evolucionado para plantear actualmente la necesidad de evaluar también la pertinencia de los mismos objetivos del programa y para ello la teoría del programa es una

herramienta esencial. Los elementos básicos en la teoría del programa son: (MONTERO, 2004:5).

- La teoría del proceso, describe los planes: organizativo y el de utilización de servicios del programa (aquí se hace monitoreo y evaluación de proceso).
- La teoría del impacto, relata la naturaleza del cambio en las condiciones de vida provocadas por la acción del programa (aquí se hace evaluación de resultados y de impacto).

Evaluación de Costo efectividad

Los métodos tradicionales, costo-beneficio, para la valoración económica de los programas de desarrollo, incluyendo salud y educación, han sido criticados, pues muchas veces es difícil o imposible asignar valores monetarios a resultados que tienen que ver con condiciones de salud y calidad de vida, sin embargo son utilizados en el campo de la salud pública. Los métodos de costo-efectividad miden los resultados en términos no monetarios pero tienen la desventaja que solo se pueden usar en programas que tengan los mismos objetivos en cuanto a resultados de salud, por ejemplo disminuir la tasa de mortalidad infantil. En todo caso la valoración económica de los programas y sistemas de salud sigue siendo tema de intenso debate entre los economistas de la salud. (MCQUEEN, 2002:83)

La Evaluación de impacto

El objetivo de la EIS es mejorar el conocimiento sobre el efecto de las políticas o programas en la salud de las poblaciones, informar a los responsables políticos y a las poblaciones afectadas y facilitar los cambios en las políticas evaluadas para mitigar los efectos negativos y maximizar los impactos positivo. (MCQUEEN, 2002:84)

La evaluación de impacto implica establecer evidencia de una relación causal entre el programa y los resultados de salud que se observan en la población. Como es bien sabido por los investigadores en cualquier campo, el establecimiento de relaciones causales es uno de los retos más grandes en la investigación científica. Entonces al realizar una evaluación de impacto es indispensable cumplir con los necesarios criterios de rigor científico. Para ello se requiere diseñar estudios que permitan controlar el efecto de las "terceras variables" o "variables confusoras", que son aquellos otros factores que pueden afectar los resultados de salud y que no tienen que ver con las acciones del programa.(SANDÍN, 2008:261)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) como "una combinación de procedimientos, métodos e instrumentos que permiten juzgar los posibles efectos de una política, un programa o proyecto en la salud de una población, y la distribución de los potenciales efectos dentro de ella. Es decir establecer evidencias de una relación causal entre los resultados observados y las actividades del programa de salud. Este tipo de evaluaciones se incluye dentro de un enfoque más

general que se denomina investigación de resultados (outcomes research) y medición de resultados (outcomes measurement). (SANDÍN, 2008:264)

Una vez que se han definido los indicadores apropiados el problema mayor que se enfrenta en una evaluación de impacto es precisamente determinar el grado en que los resultados observados pueden ser atribuidos al programa. Esto porque normalmente los estados de salud que se miden pueden estar determinados o influidos por variables o factores exógenos al programa. Por lo antes descrito, para realizar evaluaciones de impacto se requiere contar con diseños metodológicos que permitan aproximarse a establecer evidencias del grado de relación causal entre los resultados y el programa. Tradicionalmente los experimentos y los cuasi-experimentos eran los diseños recomendados en estas situaciones. Sin embargo, debido a las limitaciones prácticas y éticas en su aplicación con seres humanos, más recientemente han aparecido alternativas metodológicas que permiten por medio de modelos estadísticos estimar esa relación causal en contextos de investigación más “naturales”, tales como una encuesta. (SANDÍN, 2008:269)

Capítulo 12

LA EVALUACION DEL IMPACTO DE PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA: Conceptos, orígenes y sus dimensiones.

12.1 EVALUACION DE IMPACTO EN SALUD

La salud de los individuos y de las poblaciones depende de diversos factores, entre los que se encuentran los factores biológicos, los estilos de vida, el medio ambiente físico, económico y social, la posición de las personas en la escala social, y el acceso a los recursos y servicios básicos, como la vivienda, la educación y la atención sanitaria. De ahí que intervenciones realizadas desde fuera del ámbito sanitario ejerzan un papel determinante en la salud de una población. Sin embargo, hasta muy recientemente, las políticas de salud han dirigido sus esfuerzos sobre todo hacia la atención sanitaria y, de forma secundaria, hacia el ambiente físico y los estilos de vida. (Evans 1996: 22), (SCOUT, 1998:52)

En los últimos años, la evaluación del impacto en la salud (EIS) ha mostrado su utilidad para que se considere la salud en las intervenciones no sanitarias y, sin embargo, ha recibido poca atención en el ámbito de la salud pública en países en vías de desarrollo. En últimos años, al desarrollo de la evaluación del impacto en la salud (EIS), una nueva herramienta de apoyo a la toma de decisiones, a la

formulación de políticas saludables y al fortalecimiento de la salud pública. (QUIGLE, 2003: 415)

Por impacto se entiende una dimensión de los resultados de la política, el plan o programa. Por tanto “el juicio acerca de un programa descansa en la contrastación de que los resultados que se obtienen tras su implantación indican la mejoría en el problema que se pretendía abordar’. Con la evaluación de impacto en particular se busca saber si se produjeron “los efectos deseados en las personas, hogares e instituciones y si esos efectos son atribuibles a la intervención...”. La noción más extendida de la evaluación de impacto hoy, precisa de la obtención de evidencia contra fáctica acerca de qué habría ocurrido si el programa no se hubiera implantado. Para que esta evidencia sea válida, se requiere aislar los efectos del medio social para poder identificar con precisión los efectos de las intervenciones. (BAKER JUDY, 2000:1)

Esta concepción está bastante difundida y es impulsada por los organismos multilaterales de financiamiento; sin embargo, no está libre de discusiones y no debe entenderse como la única opción, especialmente cuando conduce a procesos muy costosos y de difícil repetición, tratándose de políticas, planes y programas de gran cobertura. (SCOPPETTA, 2006:695)

Entre sus múltiples definiciones, la más aceptada es la recogida en el documento de consenso de Goteborg, donde se define como «una combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante las que una política, programa o proyecto puede

ser evaluado en función de sus potenciales efectos en la salud de la población y de la distribución de éstos en dicha población. (EHP, 1999: 3)

Las distintas definiciones de EIS coinciden en varios aspectos, aunque difieren en el énfasis que se da a algunos de los componentes de la EIS, por lo que deben entenderse como complementarias. La definición que parece contar con un mayor nivel de aceptación es resultado de una reunión propiciada por la Oficina Europea de la OMS y es la recogida en el denominado documento de consenso de Gotemburgo (WHO-EHCP 1999), que dice: La Evaluación del Impacto en la Salud es una combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser juzgada una política, un programa o un proyecto, en relación a sus potenciales efectos en la salud de la población, y acerca de la distribución de esos efectos dentro de la población. (RUEDA, 2005:33), (RYCHETNIK, 2004:538)

La EIS incorpora conocimiento científico al proceso de toma de decisiones. Para ello, recurre a una serie de modelos causales que, partiéndose la evidencia disponible o de nueva información empírica, vinculan cada opción de intervención con unos posibles resultados en salud. Además, toda EIS suele incluir una serie de recomendaciones finales o ajustes a la propuesta evaluada. Se pretende con ello maximizar las ganancias en salud y, en la medida de lo posible, reducir las desigualdades. En cuanto a su ámbito y niveles de implementación, puede aplicarse tanto a intervenciones puntuales locales como a políticas y programas sectoriales e intersectoriales de mayor alcance, por lo general en ámbitos extra sanitarios, pero con un impacto relevante en términos de salud. (Scott, 2001:16), (LOCK, 2007:1395), (PATRICK, 2007:9)

12.1.1 ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD

En campo de la toma de decisiones políticas, la EIS surge de la tradición de utilizar métodos sistemáticos de valoración para el diseño de intervenciones. Los enfoques iniciales de los años 1960, excesivamente centrados en los costes financieros, dieron paso en la década siguiente a la evaluación del impacto medioambiental. La necesidad de considerar la salud como parte de tales evaluaciones desarrolló la EIS, que a su vez está estrechamente relacionada con otras evaluaciones del impacto (social, humano o de género), que estudian las diversas consecuencias que tienen las acciones públicas. Paralelamente, el programa «Salud para todos en el siglo XXI», de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dibujó el marco para un modelo de desarrollo de políticas sociales, en el que la salud fuera un factor y un resultado clave a tener en cuenta. (KAUPPINEN, 2004:3), (PETTICREW^{2004:811})

Más recientemente, la estrategia de la Red de Ciudades Saludables de la OMS recoge en su cuarta fase (2003–8) la aplicación de la EIS como herramienta de acción intersectorial para la promoción de la salud y la reducción de las desigualdades. (KRIEGER, 2003:659)

En el ámbito europeo, algunos hitos que cabe señalar incluyen el Tratado de Ámsterdam (1997), que consideró la necesidad de que se examinara el impacto de las principales políticas europeas sobre la salud; la publicación en 2006, bajo presidencia finlandesa, del informe «Health in all policies», que propone integrar la salud en todas las políticas de la Unión de una forma efectiva y sistemática, y la estrategia de salud para Europa 2008–2013 de la Comisión Europea, que propone la

utilización de herramientas de EIS por parte de los países miembros. (BACIGALUPE, 2009:62)

En la década de 1990, la EIS tuvo un gran desarrollo en Canadá, Australia, Nueva Zelanda y varios países europeos, entre los que destacan Reino Unido, Holanda y los países nórdicos por su gran experiencia en este campo. Más recientemente, en Finlandia, las evaluaciones del impacto ambiental, social y de la salud se han integrado en la evaluación del impacto humano, basada en una visión más amplia del bienestar de las personas. Otros países europeos, asiáticos y Estados Unidos también han comenzado a incorporar la EIS en el proceso de planificación de las políticas públicas. (BACIGALUPE, 2009:64)

12.1.2 OBJETIVOS DE LA EVALUACION DE IMPACTO EN SALUD

Los objetivos fundamentales al plantearse la realización de una Evaluación del Impacto en la Salud de una propuesta: 1). Evaluar los impactos potenciales en la salud –positivos y negativos– de las políticas, programas y proyectos, 2). Mejorar la calidad del proceso de toma de decisiones públicas a través de recomendaciones para reforzar los impactos positivos previstos y minimizar los negativos. Así pues debe entenderse que el objetivo de la EIS no es sólo conocer y predecir potenciales efectos, sino favorecer la toma de decisiones informadas. (KEMM, 2001; 79)

La Evaluación del Impacto en la Salud no es una metodología científicamente aséptica o socialmente neutra, sino que responde a valores éticos y políticos ampliamente compartidos en nuestra sociedad. Por ello la EIS debe implicar a los decisores claves, a las organizaciones no gubernamentales y, quizás lo más

importante, a los representantes de los grupos cuyas vidas serán afectadas por una determinada política o proyecto, entre agentes con diferentes intereses y planteamientos. La Evaluación del Impacto en la Salud tiene un énfasis explícito en la búsqueda de la equidad y la justicia social. La equidad tiene una dimensión moral y ética que resulta de las diferencias injustas y evitables en el estado de salud y de bienestar. La equidad tiene que ver con la creación de igualdad de oportunidades para la salud y con la disminución de las diferencias en salud hasta el menor nivel posible (BARNES, 2002:449), (WHITEHEAD, 1990:8)

Se atribuye a la EIS un gran potencial como herramienta catalizadora de la acción intersectorial y para el abordaje integral de las desigualdades en salud. En este sentido, se destaca su contribución a la formulación y planificación de políticas saludables, en tanto posibilita que toda nueva propuesta se realice en función de una evaluación prospectiva de sus posibles efectos en la salud pública, con interés especial en la distribución de tales efectos en los grupos más vulnerables. Otras ventajas que se mencionan tienen que ver con su potencial para promover la sensibilización, la corresponsabilización y la participación social en salud como parte del proceso de implementación, así como para lograr una mayor transparencia y equidad en la formulación de políticas públicas en materia de salud pública. (MITTELMARK, 2001:296), (JOFFE, 2005:907)

La EIS no está solamente interesada en el impacto agregado de la política evaluada en la salud de la población, sino también en la distribución del impacto dentro de la población, en lo referente a género, edad, o grupos de distintas características socio-económicas. La estructura metodológica de la EIS intenta facilitar una toma de

decisiones bien informada y que los efectos en la salud sean tenidos en cuenta, pero no pretende sustituir la función de los decisores políticos, quienes pueden tener en cuenta otras consideraciones o prioridades, o aceptar contrapartidas entre distintos objetivos sociales. La EIS puede ser una buena herramienta mejorada y contribuye en el proceso de toma de decisiones y proporciona un abordaje estructurado y riguroso, pero no pretende generar respuestas absolutas. (DAVENPORT, 2006:1996), (KAREN, 2005:356)

Históricamente se ha puesto el énfasis en la validez interna, pues si lo que un estudio dice de los participantes que han formado la muestra carece de validez para la muestra misma y, por lo tanto, para la población de la que procede, la generalización es impensable. Pero ello no es suficiente, pues aunque las conclusiones de un estudio sean ciertas, si sólo son aplicables al entorno y al momento en que se hizo carecen de interés. Los métodos y técnicas actuales facilitan el logro de estudios impecables, de validez interna indudable, pero irrelevantes desde el punto de vista de la generalización a otras poblaciones, por lo que sería necesario repetir el mismo estudio en cada lugar y tiempo. Como se ha dicho irónicamente, se publican muchos estudios de gran elegancia interna pero de absoluta irrelevancia externa. (GÉRVAS, 2008:577).

Los factores que amenazan la validez externa en los estudios de evaluación de una intervención pueden considerarse efectos de la interacción entre la propia intervención con alguna otra variable. Otras amenazas a la validez externa son la interacción entre la intervención y la historia, entre la intervención y determinados instrumentos y métodos de medida, o los efectos reactivos de la situación

experimental (el efecto Hawthorne, provocado por las expectativas de las personas investigadas, y el efecto Rosenthal, a causa de las expectativas de las personas que investigan). Lamentablemente, en la investigación sanitaria siempre se ha puesto el acento sobre la validez interna en detrimento de la validez externa. (GÉRVAS, 2008:577).

Preocupados por conseguir resultados rigurosos y ciertos se ha descuidado que sean generalizables y útiles en diferentes espacios y tiempos. Parte de este abandono causa el enorme lapso que se da entre la publicación de los resultados de un estudio y su aplicación en la práctica diaria. Es lógico, pues, que haya preocupación por la validez externa, y que las principales revistas científicas, tanto de salud pública como de otros campos sanitarios, se hayan propuesto mejorar este aspecto en los trabajos publicados. (GÉRVAS, 2008:578).

La EIS debe utilizar evidencia tanto cuantitativa como cualitativa de manera rigurosa. La Evaluación del Impacto en Salud implica la identificación y uso de la evidencia científica cuantitativa cuando está disponible, pero reconoce también la importancia de la información cualitativa e incorpora ambos tipos de evidencias. La información cualitativa puede incluir las opiniones, experiencia y expectativas de los grupos más directamente afectados por las políticas públicas. Así mismo debe basarse en diferentes disciplinas y metodologías científicas para poder lograr una evaluación lo más integral posible de los impactos esperados, y debe ser un proceso transparente y abierto a la ciudadanía. Implica también la búsqueda de mejorar la salud y el bienestar de la población, a través de acciones de para hacer abogacía en salud y en salud pública. (GÉRVAS, 2008:579).

12.1.3 USOS DE LA EVALUACION DE IMPACTO EN SALUD

La Evaluación de Impacto en Salud es una metodología integral propuesta por la OMS para determinar el impacto sobre la salud de los proyectos, propuestas de políticas y estrategias que originalmente no traten específicamente de la salud, pero que tengan un efecto en la misma. Las intervenciones con un impacto real en la salud de las poblaciones deben tener un enfoque global y ser de nivel estructural, con medidas de Salud Pública decididas a nivel político, por lo que los responsables de poner en marcha esas medidas deben implicarse en el proceso de toma de decisiones y en la posterior evaluación de su efectividad. (SANDÍN, 2008:261), (ATUN, 2010: 104).

Para poder realizar Evaluación de Impacto en Salud, es necesario facilitar la integración entre los datos existentes para realizar el diagnóstico inicial y poder investigar a posteriori los efectos de las medidas políticas llevadas a cabo. De esta manera será posible monitorizar los efectos sobre la salud que tengan las acciones identificadas en la Evaluación de Impacto en Salud, maximizando sus potenciales efectos positivos y evitando los posibles efectos adversos. (ATUN, 2010: 106), (DANNENBERG, 2006:262).

La EIS se usa para mejorar el conocimiento sobre el efecto de las políticas o programas en la salud de las poblaciones, informar a los tomadores de decisiones y a las poblaciones afectadas y facilitar los cambios en las políticas evaluadas para mitigar los efectos negativos y maximizar los impactos positivos. Es un método o una

herramienta que predice las consecuencias en la salud de la población así como en sus diversos grupos, de una política, estrategia, programa o proyecto. Influye en los responsables políticos asesorándoles para que tengan en cuenta las implicaciones y los posibles beneficios para la Salud Pública de sus decisiones e implica a decisores políticos cuando es apropiado. (LOCK, 2000: 1395), (KEMM, 2003: 387)

12.2 ALCANCES DE LA EVALUACION DE IMPACTO EN SALUD

A pesar del avance en los métodos de EIS, aún no se ha logrado su integración satisfactoria en el proceso principal de gestión e implementación de políticas públicas. Uno de los principales problemas es que las EIS están hechas a menudo en poblaciones pequeñas o específicamente definidas, en las que datos de salud relevante, socio-demográficos, y de otros determinantes de salud no se recogen rutinariamente. Un aspecto importante a considerar en la realización de EIS es la definición del alcance de la evaluación. Tras considerar que sobre la política, programa o proyecto se puede realizar una EIS, hay que definir el alcance de la evaluación que se va a realizar, es decir, diseñar y planificar adecuadamente la EIS y la profundidad del análisis que se va a llevar a cabo así como diseñar el plan de evaluación del proceso. (MINDELL, 2003:647), (WRIGHT, 2005:58), (MINDELL, 2001:173)

En este proceso es importante implicar al grupo asesor (en el que deberían participar expertos en el tema de informantes clave, y responsables o participantes en la elaboración de la política plan o proyecto a evaluar) y fijar claramente los términos que se van a evaluar (objetivos, métodos), el alcance (la profundidad de la

evaluación, tanto geográfica como temporal, de contexto, de la política, de la unidad del análisis), los productos esperados, la capacidad y recursos necesarios (económicos, de tiempo o personas) para llevar a cabo la EIS de esa política, programa o proyecto, y hacer una estimación temporal. (MINDELL, 2001:173)

En este punto, el grupo asesor formado deberá marcar los roles y compromisos que cada uno adopta de una manera clara, para que el proceso se pueda desarrollar de forma adecuada, así como la naturaleza y frecuencia de la retro-alimentación de información que se dará a lo largo del trabajo conjunto (reuniones, otro tipo de contactos, etc). El procedimiento del asesoramiento es un proceso iterativo y de aprendizaje, ya que según se vaya avanzando, la información generada puede hacer necesario que se replanteen puntos previamente desarrollados. (MORRISON, 2001:219)

Los métodos para recoger y analizar datos variarán según la profundidad de la EIS. Casi siempre implicará recoger y analizar datos existentes (resultantes de intervenciones similares o de investigaciones previas), aunque en EIS profundas se utilizan múltiples métodos de recogida de datos, cuantitativos y cualitativos, implicando a los decisores políticos y/o a sus representantes e informadores clave. Esto habrá que tenerlo en cuenta para planificar el trabajo del grupo asesor (THOMPSON, 2004:282)

12.3 TIPOS, ETAPAS Y MÉTODOS DE EVALUACION DE IMPACTO EN SALUD

La EIS puede llevarse a cabo en diferentes momentos del proceso de planificación y realización de una política, programa o proyecto. No obstante, la función predictiva de la EIS en el apoyo a la toma de decisiones políticas hace recomendable que ésta sea prospectiva, es decir, que se realice con anterioridad a la intervención. De esta forma, será posible modificar su planteamiento inicial, maximizando sus efectos beneficiosos para la salud y minimizando los perjudiciales. A menudo, sin embargo, diversas razones prácticas no permiten planificar la EIS con anterioridad a la implantación de la intervención, con lo que la evaluación se realiza durante la intervención (EIS concurrente) o con posterioridad a ésta (EIS retrospectiva). (MINDELL, 2002:132)

La *EIS concurrente* permite actuar durante el proceso de implementación del proyecto, corrigiendo algunos de sus elementos en función de los resultados. Las etapas de una EIS prospectiva, ordenadas según la secuencia temporal en que se realizan son las siguientes: (SCOUT, 2003:3)

- a. Cribado: valoración rápida y preliminar de los potenciales efectos de una intervención sobre la salud de la población, dirigida a decidir sobre la necesidad de realizar una EIS. Para ello se han desarrollado diversas herramientas que ayudan a relacionar los determinantes de los determinantes de la salud y los resultados en salud.

- b. Diseño y planificación: definición de los términos de referencia de la EIS, es decir, objetivos, métodos, profundidad y límites espacio-temporales de la evaluación. Para ello se requiere la creación de un comité de dirección, idealmente formado por responsables de la intervención, el equipo evaluador y representantes de la población afectada.

- c. Evaluación: parte principal en el proceso de la EIS. Tras realizar un minucioso análisis de la intervención evaluada, y conocer las características sociodemográficas y de salud de la población diana, se emplea metodología cuantitativa (revisión sistemática de la bibliografía y modelos matemáticos de predicción de impactos), cualitativa (técnicas observacionales, conversacionales, participativas) o métodos de consenso (grupos nominales) para identificar los posibles impactos de la política sobre la salud.

La priorización posterior de los impactos se realiza en función de la probabilidad de que éstos ocurran, el volumen esperado de personas afectadas, el perjuicio o beneficio para la salud, el impacto en las desigualdades sociales en salud y la coincidencia de las pruebas existentes por cada uno de ellos. Como resultado, se elabora una serie de recomendaciones dirigidas a maximizar las ganancias y minimizar los riesgos para la salud en la implementación de la intervención.

- d. Informe sobre impactos y opciones políticas: una vez se ha realizado la evaluación, se elabora un informe dirigido a las personas encargadas de la toma de decisiones, en el que se detalla el proceso de la EIS, los resultados y las recomendaciones de mejora de la política evaluada.
- e. Seguimiento y evaluación de impactos y resultados: una fase esencial, aunque a menudo descuidada, es la que evalúa la influencia que la EIS tuvo en la toma de decisiones, así como el cumplimiento de los impactos previstos. El diseño de un sistema de seguimiento y evaluación constituye un indicador de la calidad del planteamiento y el diseño de la EIS.

La EIS retrospectiva o de impacto, suele realizarse al finalizar el programa o proyecto y que pone énfasis en los resultados obtenidos para valorar en qué medida se alcanzaron los objetivos previstos (situación futura deseable) y cuáles han sido los efectos buscados y no buscados, atribuibles al proyecto, sobre la situación inicial que se pretendía modificar. En este momento evaluativo también se procura identificar los factores que contribuyeron a producir estos resultados, o sea que para plantear argumentos explicativos en relación con ellos se tiene que abordar los procesos desarrollados. (COLE, 2007:393) (AGUILAR, 1992:42), (COHEN, 1988:123)

La *EIS retrospectiva*, por su parte, aporta información relevante de las consecuencias sobre la salud que cabe tener en cuenta en futuras intervenciones similares. De la misma forma, según el grado de esfuerzo, los recursos disponibles y el tiempo dedicados a la evaluación, hay un abanico de posibles EIS que van desde la realización de una búsqueda bibliográfica y talleres, en el que informantes clave

aportan su visión acerca del potencial impacto sobre la salud de la intervención (EIS rápida o mini-EIS), hasta EIS comprehensivas o maxi-EIS de varios meses de duración, que exigen la recogida de datos primarios y secundarios (encuestas entre residentes, grupos focales o de discusión, entrevistas en profundidad, revisiones sistemáticas de la bibliografía, etc.). (THOMSON 2003:11)

La evaluación debe programarse en forma paralela a la formulación de los proyectos, o bien apenas comienza la etapa de ejecución, la que se realiza con foco en los resultados requiere especialmente esa temprana previsión, ya que para brindar las condiciones de calidad y confiabilidad se deben llevar a cabo actividades importantes al comienzo de la gestión. Puede distinguirse así dos momentos: el primero, de construcción de la línea de base (situación al comienzo de la ejecución), y el segundo de evaluación final o de resultados propiamente dicha. Las etapas de una EIS retrospectiva, en condiciones ideales, son las siguientes: (WORTHEN, 1987:62), (NIRENBERG 2003:173), (COHEN, 1992:109)

a. La línea de base.

Se presenta como el primer paso de la evaluación orientada a resultados, ya que tiene como objeto establecer los parámetros que permitan conocer la situación de la que parte el programa, para poder compararla luego con la situación final y obtener conclusiones acerca de los cambios ocurridos y del logro de los fines propuestos. En este sentido, es considerada como un diagnóstico inicial de situación de la problemática que se pretende modificar con el desarrollo de las acciones del programa. Este es preferentemente realizado con modalidades multidisciplinarias, multisectoriales y participativas, debe recopilar la información

existente, relevar nueva información y sistematizarla de forma tal que sea pertinente para valorar los logros de los proyectos luego de ejecutados.

La construcción de una línea de base plantea desafíos y dificultades sigue siendo un desafío frecuentemente no asumido debido a que existe muy poca experiencia en la materia. Merecen destacarse al menos dos factores que contribuyen a esta situación: por una parte, la tendencia predominante al uso de modelos evaluativos tradicionales y, por la otra, la propensión de los decisores a pensar en la evaluación recién cuando las acciones del programa o proyecto están finalizando o ya terminaron.

Con respecto al *primer factor*, durante mucho tiempo en el campo de la evaluación predominó el paradigma positivista y su traducción en el uso de diseños que pretendían replicar condiciones experimentales o cuasi experimentales. Las reconocidas dificultades de estos diseños y su alto costo contribuyeron al escaso desarrollo que tiene la evaluación en general y, en particular, la construcción de líneas de base.

En cuanto al *segundo factor*, la tendencia de los responsables de programas y decisores políticos de encarar las evaluaciones sólo al final del proceso de ejecución se traduce en la no inclusión de líneas de base en el diseño de evaluaciones, de información referida al momento de inicio de las actividades. Así, se diseñan evaluaciones finales que realizan comparaciones entre las metas previamente establecidas y las que efectivamente se alcanzaron, o bien se buscan, posteriormente, datos estadísticos históricos sobre la situación específica de la que partió la población, el área o la organización sujeto de las acciones del

proyecto y en cuánto mejoró en comparación con el punto de partida. (SANDIN, 2008:261)

En el campo de la salud pública abunda en programas y planes de carácter nacional, regional e incluso en pequeños grupos poblacionales. Pocos de estos esfuerzos cuentan con evaluaciones sistemáticas y menos de impacto. Adicionalmente, la misma política de salud pública nacional debería ser objeto de evaluación de su impacto. Existen concepciones por detrás de los planteamientos antes mencionados, las cuales han tenido como propósito establecer las comparaciones con dos énfasis: un énfasis en lo micro (el seguimiento de cada beneficiario) o, por el contrario, en lo macro (referirse a indicadores demasiado globales, por ejemplo: tasa de mortalidad, repitencia escolar, etcétera). (SCOPPE, 2006:695), (BACIGALUPE, 2009:62), (GARCÍA, 2005: 2)

La visión micro supone realizar relevamientos que den cuenta de la situación inicial de cada beneficiario incorporado al proyecto, tratando luego de seguirlo en el tiempo y así poder observar los cambios que se operan en cada individuo debido a su inserción en actividades o acceso a prestaciones en el marco del proyecto. Este tipo de aproximación presenta dos inconvenientes. Primero, la mayoría de los programas sociales tienen una alta rotación de beneficiarios, los que entran y salen de las actividades permaneciendo por períodos más cortos que la duración total prevista por el proyecto. En consecuencia, los beneficiarios incluidos en la línea de base serán de difícil captación al momento de realizarla comparación ex post, inutilizándose de esta manera la información contenida en aquélla. (GARCÍA, 2005: 3)

La visión micro, también pierde de vista, los posibles cambios operados en la población general del área de referencia como resultado del proyecto o programa. La experiencia demuestra que aunque los proyectos tengan un número relativamente reducido de beneficiarios, si sus acciones son integrales e involucran indirectamente o no acciones esporádicas a grupos mayores de población, colaboran mejorar la situación de individuos y poblaciones que viven en áreas en los que hay poca estimulación y escasas oportunidades. Por otra parte, aún reconociendo que los cambios más importantes son aquellos referidos a la población objetivo, también es necesario considerar los que se producen en grupos poblacionales vinculados (por ejemplo, los hermanos y/o las familias de los beneficiarios directos) y en las organizaciones e instituciones e instituciones participantes (escuelas, servicios de salud, ONG). (GARCÍA, 2005: 4)

Por su parte, los diseños que enfatizan la mirada macro, que por ende buscan indicadores de índole macrosocial, logran decir muy poco con respecto a los resultados de las acciones del programa o proyecto, por problemas de sensibilidad o especificidad. Si se tomaran en cuenta indicadores menos complejos pero más vinculados a los efectos previstos e igualmente significativos, seguramente había varios aspectos del programa que mostrarían variaciones e impactos elocuentes. (LUN, 1993:2)

b. La evaluación final

Esta se refiere a la evaluación final propiamente dicha, denominada generalmente *ex post*, y que suele incluir evaluación que, alrededor de la finalización del

proyecto, su énfasis es en sus resultados. En la evaluación final, el foco está colocado en la eficacia o efectividad global de un proyecto o programa, es decir, en su capacidad para alcanzar sus objetivos en términos de las soluciones a los programas sociales o del mejoramiento de la situación del grupo humano al que van dirigidos. Un proyecto puede no ser eficaz aunque alcance sus metas en términos de los servicios o actividades a realizar, aunque haga un uso adecuado de los recursos, aunque tenga una estructura que favorezca la realización de las tareas programadas, si no logra producir los cambios deseados en las situaciones problemáticas de la población a la que se dirige. (DRUMMOND, 1987:147)

La evaluación final, además de realizar la evaluación de conclusiones y recomendaciones a los propios ejecutores y destinatarios de las acciones, brinda también herramientas para las decisiones políticas de funcionarios gubernamentales, de directivos de organizaciones de la sociedad civil y de las agencias de cooperación acerca de la conveniencia de seguir implementando esta línea de proyectos y, en caso afirmativo, acerca de los aspectos que pueden mejorarse en futuras formulaciones.

b.1. Cuestiones metodológicas de la evaluación final

Cuando se diseña un proyecto, se procura que los objetivos se formulen teniendo en cuenta los resultados a alcanzar. Se han desarrollado terminologías muy diversas que suelen diferenciarlos y jerarquizarlos según su grado de generalidad o el lugar que ocupan en el árbol explicativo del problema considerando (fin o finalidad, propósito, objetivo general, objetivos



específicos, objetivos intermedios, etcétera). Los productos corresponden a objetivos específicos o intermedios o a los resultados que se esperan de las actividades desarrolladas mediante el uso de los recursos. Los efectos buscados, previstos o programados, corresponden al objetivo general (o propósito) del proyecto y se refieren a resultados, positivos por definición, producidos por la intervención en los problemas que afectan a los destinatarios del programa. (NIREBERG, 2003:177)

También se utiliza la referencia a efectos no previstos o no programados como resultados, positivos o negativos, que no fueron contemplados en la formulación de los objetivos; por ejemplo: mejoramiento de los lazos familiares debido a la inserción de los adolescentes en actividades del proyecto. El término logro, en cambio, más utilizado en el lenguaje de la evaluación, suele aludir a cualquier tipo o nivel de resultado positivo alcanzado en relación con el programado y, por ende, aparece frecuentemente asociado al concepto de efectividad. (NIREBERG, 2003:179)

La noción de impacto merece algunas consideraciones especiales. En diversos campos de las intervenciones sociales se aprecian una serie de matices en su utilización, aunque pueden diferenciarse en términos generales dos tipos de significado: uno que pone el acento en la relación causa/efecto entre intervención y resultados, y otro que alude más bien a la consideración de un proyecto como parte de un universo mayor de intervenciones sociales.

En el primer caso, se concibe el proyecto como estrategia para enfrentar una situación-problema que afecta a un grupo de población en un contexto determinado. Como tal implica, además de premisas teóricas y valorativas centrales, una serie de hipótesis acerca de los resultados esperados en una población debido a la particular modalidad de intervención elegida. Desde esta perspectiva, se suele denominar evaluación de impacto la que busca verificar o desechar tales hipótesis, es decir, determinar si se produjeron los cambios tal como fueron programados y en qué medida son efecto de la intervención del programa o proyecto. (NIREBERG, 2003:180)

De acuerdo a lo antes descrito, impactos serían los resultados de la intervención en los beneficiarios una vez despojados otros factores que podrían haber contribuido a dichos cambios. Además de problemas prácticos y metodológicos relacionados en parte con la cuestión ética de utilización de poblaciones para contar con grupos de control, al no incorporar en su diseño el contexto de implementación como condicionante de los resultados alcanzados al final de la intervención.

En este contexto participan diversos actores sociales, que con sus orientaciones políticas, sus intereses, motivaciones y valores reinterpretan los objetivos e influyen o modifican las decisiones iniciales. Del mismo modo, que inciden en los resultados una variedad de factores-sobre todo institucionales y políticos-externos, más allá de la influencia de los propios ejecutores.

En relación al segundo significado del concepto de impacto, este, alude a cambios verificables en plazos mayores que el de los efectos programados, a sus repercusiones, que van más allá de los destinatarios directos del proyecto, y se podría observar o percibir en otras poblaciones, otras localizaciones, otras organizaciones, otros programas, y otros niveles de gestión.

Cuando se realiza la evaluación después de finalizado un proyecto, la idea es realizar un balance, el resumen de su eficacia, una síntesis acumulativa de los resultados obtenidos, una apreciación fundada en evidencias acerca de cómo contribuyó a cambiar las situaciones de los destinatarios de las acciones, a mejorar las situaciones objetivas de las personas y grupos en desventaja; determinar en qué medida contribuyó a fortalecer las organizaciones que intervinieron, al armado de redes sociales, a mejorar modos de trabajar de actores y organizaciones, a cambiar puntos de vista y concepciones, a abrir las mentes a conocimientos nuevos y a diversas alternativas de acción. (POSAVAC, 1997:1)

Asimismo la repercusión del proyecto en cambios en las políticas públicas o en la colocación de ciertos temas en la agenda pública, si bien pueden ser sólo en parte atribuibles al proyecto en sí, son dignos de mencionar como resultados, aclarando todo otro tipo de factores que puedan haber intervenido o colaborado en forma oportuna y eficaz.

b.2. Proceso de evaluación de los resultados

La evaluación al final de programas y proyectos sociales en muchos casos es la única oportunidad evaluativa, ya que muchas evaluaciones sólo se encaran al terminar las acciones. En este caso, los evaluadores se encuentran ante la tarea y el desafío de reconstruir el pasado: cuáles fueron los fundamentos de la estrategia seleccionada para producir el cambio, qué objetivos se propusieron, cuáles resultados se esperaba obtener y de qué manera se previó desarrollar las actividades para alcanzarlos. Para contar con los insumos necesarios deberán recurrir a la memoria del proyecto. Esta memoria puede estar plasmada en documentos y registros, pero también puede develarse a través de relatos orales de los actores intervinientes. (POSAVAC, 1997:3)

Se requiere para realizar la evaluación, intentar recuperar información relacionada con el período de ejecución, tratando de rescatar las grandes líneas de acción del proyecto y así poder determinar las dimensiones que guiarán el trabajo evaluativo. El proceso de evaluación para llevarse a cabo requiere diversos insumos entre los que se pueden mencionar:

- El documento de formulación del proyecto.
- El diagnóstico de la situación inicial.
- Los informes de avance.
- Las series de datos procesados durante la ejecución de las acciones (beneficiarios, prestaciones, ejecución presupuestaria, etcétera).
- Los informes sobre sistematización de experiencias (parciales o totales).

- Las eventuales evaluaciones parciales (por ejemplo, de actividades de capacitación o de algún componente en particular).

Estos materiales suelen tener diferentes grados de elaboración y calidad e incluso varios pueden no existir. De cualquier forma, como primer paso se deberá revisar la información contenida en estos documentos para determinar la que se requiere recolectar especialmente para determinar cambios en las dimensiones de análisis.

b.3. Etapas del proceso evaluativo

En efecto, como en todo tipo de evaluación, también en este caso se requerirá el diseño de un modelo evaluativo, incluyendo la determinación de dimensiones, variables e indicadores. Esto permitirá planificar las diferentes etapas y realizar los pasos necesarios utilizando las técnicas y fuentes de información necesarias. (POSAVAC, 1997:22)

La evaluación final como momento último del proceso evaluativo es la que se realizará si efectivamente la gestión del proyecto ha contemplado una modalidad gradual y continua. En este caso puede haber dos situaciones. Una, intermedia, en la que durante la ejecución se hayan realizado evaluaciones parciales como parte de una evaluación de procesos y otra, la ideal, en que se haya programado la evaluación ex post desde el inicio y en ese marco se haya construido también la correspondiente línea de base.

En el primer caso se contará con la ventaja de disponer de un modelo evaluativo ya diseñado y por lo tanto de tener definidas las dimensiones, y variables de

análisis y buena parte de los indicadores de resultados. A los materiales antes mencionados habrá que agregar la información proveniente de las evaluaciones parciales, y a la luz del conjunto decidir la necesidad de información adicional que se necesite recolectar.

En el caso de contar con la línea de base de proyecto, el momento de la evaluación final será el de cierre del proceso iniciado con su construcción y servirá de parámetro comparativo. En efecto, este relevamiento permitirá contrastar los resultados obtenidos luego de terminada la gestión con la situación de inicio y con la memoria de los proyectos. Esa memoria tendrá un hilo conductor que se habrá desplegado en los sucesivos momentos evaluativos, pero que responderá a un mismo modelo. Construido al inicio de la gestión, ese modelo se habrá ido enriqueciendo a partir de las sucesivas aplicaciones pero habrá conservado las mismas dimensiones de análisis las que serán, en este momento evaluativo, la guía de los evaluadores. (POSAVAC, 1997:24)

En este caso, la evaluación final realizará relevamientos comparativos con la situación de inicio registrada en la línea de base, que permitirán obtener conclusiones acerca de los cambios ocurridos y del logro de los fines propuestos. Estos juicios además se verán enriquecidos por los elementos que aporte la documentación disponible, los informes evaluativos y en especial la sistematización de las experiencias. Se utilizarán las técnicas y los procedimientos comunes a cualquier evaluación. Sólo a partir del análisis de la información contenida en la documentación mencionada habrá que

determinar la necesidad de realizar estudios adicionales y/o recolección de información adicional. (POSAVAC, 1997:24)

En algunos casos dependiendo de los objetivos de la evaluación y del tipo de proyecto probablemente haya que realizar estudios especiales que den cuenta del punto de vista de los destinatarios, de sus familias y de otros actores sociales significativos (tales como miembros de las organizaciones comunitarias, recursos humanos de las instituciones sectoriales, etcétera) respecto del modo como se llevaron a cabo las acciones y que permita incluir sus valoraciones de los resultados obtenidos. (POSAVAC, 1997:25)

La evaluación con foco en los resultados es un balance final que debe dar cuenta de la acumulación de efectos y logros de un proyecto o programa, y como tal debe poner de manifiesto cómo las acciones contribuyeron a cambiar situaciones de desventaja, actitudes o capacidades de sus beneficiarios y de otros grupos poblacionales (de áreas cercanas, de otros grupos étnicos, etcétera) que pudieron verse indirectamente afectados por las acciones.

Otros aspectos que la evaluación debe reflejar es los relacionado con los cambios que se operaron en las estructuras, modos de trabajar y concepciones de las organizaciones que tuvieron a su cargo la ejecución de las acciones, además es aconsejable incluir además un análisis de los costos de las acciones desplegadas, relacionado los resultados obtenidos con los recursos utilizados. (POSAVAC, 1997:230)

Finalmente se identificarán además las variables contextuales (políticas, socioeconómicas, culturales, etcétera) que pueden haber obstaculizado o bien facilitado la gestión y los resultados obtenidos.

12.4 APLICACIONES DE LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD

Se atribuye a la EIS un gran potencial como herramienta catalizadora de la acción intersectorial y para el abordaje integral de las desigualdades en salud. En este sentido, se destaca su contribución a la formulación y planificación de políticas saludables, en tanto posibilita que toda nueva propuesta se realice en función de una evaluación prospectiva de sus posibles efectos en la salud comunitaria, con interés especial en la distribución de tales efectos en los grupos más vulnerables.

Otras ventajas tienen que ver con su potencial para promover la sensibilización, la responsabilidad compartida y la participación en salud como parte del proceso de implementación, así como para lograr una mayor transparencia y equidad en la formulación de políticas públicas. (*RIVADENEYRA, 2008:348*), (*PARRY, 2003:38*)

El desarrollo y aplicación de EIS parte de la consideración de parte de que las intervenciones deben tener como propósito un impacto real en la salud de las poblaciones, para ello deben tener un enfoque global y ser de nivel estructural, con medidas de Salud Pública decididas a nivel político, por lo que los responsables de ponerlas en marcha deben implicarse en el proceso de toma de decisiones y en la posterior evaluación de su efectividad. (*GLASS, 2006:1650*)

Según Glass y McAtee, mientras que las condiciones sociales estructurales (entendidas como los determinantes de salud de nivel poblacional relacionados con las políticas) son más difíciles de observar, son en última instancia, más importantes en determinar el estado de salud o la carga de enfermedad en las poblaciones. Esos determinantes sociales, que se producen por las políticas, y como consecuencia de éstas, las condiciones de la vida de la población, pueden tener mayor impacto en la Salud Pública que el control de causas próximas o condicionantes (los factores de riesgo de nivel individual). (GLASS, 2006:1651) (PARRY, 2001:117)

La predicción de los impactos de salud de cualquier intervención depende de una síntesis de todas las pruebas disponibles a favor de producir una estimación de los probables efectos y la aplicación de esta estimación a la población afectada. McIntyre y Petticrew en cuenta que "la identificación e incorporación de las pruebas pertinentes, para su evaluación, solidez metodológica y relevancia, y su incorporación de la evidencia cualitativa es probable que sea difícil, pero esencial para la validez de impacto en la salud evaluaciones. Una descripción explícita de la búsqueda estrategias y criterios de evaluación de calidad utilizados para identificar la evidencia citada en el impacto de las evaluaciones en la salud pública a menudo está ausente, lo que sugiere que la mayoría no han sido informados mediante una revisión sistemática de la evidencia. (Parry, 2001:118)

El objetivo principal de una evaluación en general y en particular de la EIS es influir en las decisiones. ¿Qué tan compleja y precisa la evaluación debe ser?, depende de quién sea el que toma las decisiones es, y en qué tipo de decisiones se

adoptarán como consecuencia de los resultados. Diferentes tomadores de decisiones requieren no sólo de diferentes tipos de información, sino también varían en sus necesidades de forma informativa y precisión de los resultados esperados. (PARRY, 2001:118)

La elección de una evaluación diseño, incluyendo la eficacia de la intervención, el campo del conocimiento, plazos y los costos. Respecto a esto último, los tomadores de decisiones deben ser conscientes de que los costos de evaluación aumentan rápidamente con la complejidad, hay factores adicionales, para ayudar a los tomadores de decisiones y los evaluadores traducir la necesidad de evaluar el por qué y el cómo con el diseño apropiado. (HABICHT, 1999: 10)

La metodología de la EIS se ha utilizado en los ámbitos local, regional, nacional y supranacional, y se ha aplicado a diferentes tipos de políticas, programas y proyectos de numerosos sectores: regeneración urbana, transporte, cultura, desarrollo económico, energía, medio ambiente, vivienda, bienestar social, residuos, ruido, turismo u ocio. La mayoría de estas EIS están disponibles en Internet, recopiladas principalmente por la OMS. (HABICHT, 1999: 11).

La Comisión Europea encargó en 2001 una guía metodológica sobre la EIS de aplicación a las políticas comunitarias y la realización de una serie de proyectos piloto. En el ámbito de políticas nacionales, Holanda y Suecia han desarrollado herramientas de cribado para identificar los posibles impactos en la salud de sus políticas gubernamentales. (ABRAHAMS, 2004: 24)

Un estudio del Observatorio europeo de los sistemas y políticas sanitarias, sobre la efectividad de la metodología de la EIS en 17 estados de la Unión Europea, identificó siete EIS realizadas en España. Entre ellas se incluyen cinco estudios del proyecto Apehis, en los que se evaluaron los beneficios sobre la salud y el uso de los servicios sanitarios que produciría la reducción de la contaminación atmosférica en cinco ciudades españolas, una evaluación prospectiva de los efectos que tendría una intervención para reducir el uso de tabaco en la población fumadora española, y una evaluación retrospectiva del desarrollo de una intervención para disminuir la exposición al humo en el seno de una empresa (GONZÁLEZ-ENRÍQUEZ, 2002: 308), (ARTAZCOZ L, 2003:490)

Más recientemente se están llevando a cabo experiencias de aplicación específica de la EIS en políticas de regeneración urbana, concretamente en un proyecto de mejora de la accesibilidad a un barrio de Bilbao, y en un proyecto de mejora del transporte en la ciudad de Granada, en relación con la futura implantación del metro. (GONZÁLEZ R, 2007:27)

12.5 DIFICULTADES METODOLÓGICAS DE LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD

Varias cuestiones no se han resuelto en la metodología de evaluación del impacto sanitario. Aunque cada vez hay más acuerdo sobre la amplia variedad de factores que influyen de salud, la importancia de estos varía de acuerdo a los puntos de vista profesional y las posiciones públicas. Para que la evaluación sea válida como un instrumento para medir el impacto en salud, se hace necesaria

una definición compartida la salud. Esto es importante porque afecta a la capacidad de medir los impactos de salud en diversos sentidos. (BANKEN, 2003:389), (MORGAN, 2003:390)

En la actualidad, los modelos utilizados medir la salud impactan de diferentes maneras, todos los utilizar algún procedimiento para la percepción determinantes de la salud como marcadores de los riesgos para la salud. La dificultad con esto es que las vías causales son tan complejas que no suele ser posible decir si el resultado será definitivamente bueno o malo para la salud de una población. Los indicadores de salud potencialmente puede medir el progreso hacia la mejora de la salud, pero esto no es necesariamente equivalente a una medida de impacto en la salud. Una de las principales críticas del impacto en la salud evaluación es que los métodos de recogida y análisis no son lo suficientemente rigurosos. (SAVEDOFF, 2006: 1)

La base de la evidencia actual de muchos determinantes de la salud es insuficiente para informar a un proceso de evaluación. En los estudios realizados las principales fuentes de evidencia han venido de revisiones de la literatura y los métodos cualitativos. Una gama de fuentes de datos con información económica, epidemiológica, cuantitativa y cualitativa debe ser tomada en cuenta. Sin embargo, a menudo la información más útil no está siendo recolectada de forma rutinaria. Esto puede limitar la fuerza de las recomendaciones de una evaluación se puede realizar tanto en términos de la seguridad y el tamaño de un impacto. (SAVEDOFF, 2006: 3)

Otros retos metodológicos tienen que ver con la propia naturaleza de la EIS. El proceso de aproximación al contexto social en que la EIS se va a llevar a cabo requiere un especial esfuerzo previo de reflexión y planeamiento. En este contexto, la transparencia en la información sobre el o los objetivos y el proceso evaluativo, la identificación y el respeto hacia interlocutores/as y asociaciones existentes, y el compromiso de rigor y de retorno de la información a las personas afectadas, son condiciones imprescindibles. (BACIGALUPE, 2009:62)

12.6 OPORTUNIDADES Y RETOS ASOCIADOS A LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD

La EIS tiene una especial relevancia en el ámbito de las administraciones públicas, tanto municipal, como autonómico y estatal. El proceso de aplicación de la EIS permite y exige sensibilizar a las personas que toman las decisiones acerca del modelo de los determinantes sociales de la salud y de la influencia de sus acciones en la salud. Además, el hecho de tener en cuenta la opinión de las personas a quienes va dirigida la intervención, ayuda a democratizar el proceso de toma de decisiones políticas. Estas consideraciones adquieren una gran importancia en el marco del desarrollo de los planes y políticas de salud, porque pone de manifiesto la dificultad operativa de considerar e involucrar a otros sectores de la administración pública en el desarrollo de políticas de salud. (PINEAULT, 1995: 327)

Otros retos metodológicos tienen que ver con la propia naturaleza de la EIS. El proceso de aproximación al contexto social en que la EIS se va a llevar a cabo requiere un especial esfuerzo previo de reflexión y planeamiento. En este contexto, la

transparencia en la información sobre los objetivos y el proceso evaluativo, la identificación y el respeto hacia interlocutores/as y asociaciones existentes, y el compromiso de rigor y de retorno de la información a las personas afectadas, son condiciones imprescindibles. (PINEAULT, 1995: 331)

La propia complejidad y riqueza de la interacción de las dimensiones social/salud hace necesario utilizar metodologías de investigación diferentes, cuantitativas y cualitativas, con la finalidad de intentar conseguir una comprensión lo más completa posible de los efectos de la intervención que se pretende evaluar. En este contexto, la obtención de información proveniente de diversas fuentes (revisión bibliográfica, búsqueda de registros, consulta a la población y documentación histórico-social, principalmente) conlleva sus propias peculiaridades que la diferencian de otros ámbitos de investigación sanitaria. (OGILVIE, 2005:886)

En el caso de la revisión sistemática de la bibliografía, la identificación de publicaciones sobre el efecto de intervenciones similares en la salud o, al menos, sobre la relación entre los determinantes de los determinantes de interés en la EIS y resultados concretos en salud, no responde a estrategias clásicas. La especificidad del objeto, junto con la falta de bases de datos especializadas y de palabras clave apropiadas en las disponibles, ha obligado al desarrollo de herramientas de búsqueda específicas para la EIS. Además, intervenciones similares en contextos diferentes pueden no tener los mismos efectos en la salud de la población. A diferencia del ámbito anglosajón, donde ya hay un cuerpo de evidencias relativamente extenso, en nuestro contexto la falta de tales experiencias obliga a

confiar en estudios basados en poblaciones culturalmente diferentes. (MINDELL, 2006: 2)

A pesar de que la EIS no fue originalmente diseñada como método de reducción de las desigualdades sociales en salud, sí ofrece una gran oportunidad de identificar sistemáticamente las potenciales desigualdades derivadas de la implementación de una política y de proponer cambios que promuevan una mayor equidad en salud. A diferencia de las intervenciones diseñadas para reducirlas, la EIS posibilita anticiparse a la aparición de nuevas desigualdades o al incremento de éstas. En este contexto el proceso de aproximación al contexto social en que la EIS se va a llevar a cabo requiere un especial esfuerzo previo de reflexión y planeamiento. La transparencia en la información sobre objetivos del proceso evaluativo, la identificación y el respeto hacia usuarios de la intervención sanitaria, el rigor y el retorno de la información a los mismos, es imprescindible. (NAVARRO, 2005:61)

En la EIS, la propia evaluación y la priorización de los impactos no es un proceso exento de juicios de valor, sino por el contrario este está sujeto a la visión del grupo evaluador sobre el contexto social de la salud. Además, a menudo se trata de evaluar políticas e intervenciones complejas dirigidas a alcanzar objetivos diversos, con lo que la delimitación de los determinantes socioeconómicos afectados y sus relaciones directas con la salud no son fáciles de establecer. La diversidad de factores que intervienen en el proceso causal entre estos determinantes sociales y los resultados en salud conlleva que las dimensiones cuantificables de dicho proceso sólo expliquen parte de la realidad, y que los resultados en salud se adviertan con

frecuencia únicamente a largo plazo. Estos aspectos han constituido algunas de las críticas más importantes de este tipo de herramienta. (BACIGALUPE, 2007:55)

La propia complejidad y riqueza de la interacción de las dimensiones social/salud hace necesario utilizar metodologías de investigación diferentes, cuantitativas y cualitativas, con la finalidad de intentar conseguir una comprensión lo más completa posible de los efectos de la intervención que se pretende evaluar. En este contexto, la obtención de información proveniente de diversas fuentes (revisión bibliográfica, búsqueda de registros, consulta a la población y documentación histórico-social, principalmente) conlleva sus propias peculiaridades que la diferencian de otros ámbitos de investigación sanitaria. (JOFFE, 2006:473)

Las intervenciones similares en contextos diferentes pueden no tener los mismos efectos en la salud de la población. A diferencia del ámbito anglosajón, donde ya hay un cuerpo de evidencias relativamente extenso, en nuestro contexto la falta de tales experiencias obliga a confiar en estudios basados en poblaciones culturalmente diferentes. Por su parte, los registros sanitarios no siempre se adecúan al marco geográfico de la intervención, ni las encuestas responden siempre a la necesidad de información de los posibles subgrupos de población y sub áreas geográficas. La integración de los resultados provenientes de esta diversidad de fuentes debe realizarse en formatos de síntesis adecuados, que no siempre son los diseñados con una intencionalidad necesariamente pragmática. (VEERMAN, 2005:361), (WISMAR, 2007:5)

Finalmente los informes finales de EIS deberán la coherencia respecto a los objetivos de la EIS, preservando el máximo rigor metodológico, y también han de tener en cuenta los diferentes perfiles de las audiencias a que va dirigido (ciudadanía, gestores/as o profesionales de la salud). La interlocución efectiva con los diversos agentes es condición necesaria para que sus resultados contribuyan a la mejora de la salud de la población afectada. *(WISMAR, 2007:6)*

La perspectiva de los estudios EIS debe constituir un elemento esencial de las políticas de salud, programas o intervenciones sanitarias. La EIS ofrece un gran potencial en este sentido, aunque en la actualidad todavía no se trata de una herramienta validada y aplicable en cualquier circunstancia. Por el contrario, la EIS se encuentra en proceso de desarrollo metodológico con el fin de superar las limitaciones actuales, relacionadas con la medición y la interpretación de los impactos en la salud, así como con el equilibrio entre los costes y la profundidad del análisis. Sin embargo, sí puede servir como herramienta para el avance de la salud pública, permitiendo la gestión de políticas públicas de manera eficiente y eficaz. *(MINDELL J, 2004:546), (CAMPBELL, 2000:395)*

Las intervenciones que se realizan desde las administraciones públicas, muy a menudo tienen que ver con los determinantes de la salud. La evaluación n del impacto en la salud (EIS) se utiliza como una herramienta predictiva para incorporar la salud en las políticas públicas no sanitarias. La realización de una EIS implica estudiar la intervención, caracterizar la población objeto de la intervención y, mediante la combinación de evidencias cuantitativas y cualitativas, estimar sus

impactos potenciales sobre la salud. La EIS se ha ido extendiendo a múltiples sectores y en ámbitos diversos y en numerosos países.

A pesar de su escaso uso, la EIS permite incorporar la salud en la toma de decisiones de las políticas sectoriales, teniendo en cuenta las desigualdades sociales en salud, y desarrollar así políticas públicas más saludables y equitativas. Por otra parte, se trata de una herramienta en pleno desarrollo metodológico, cuya aplicación se puede explicar por el predominio de la visión biomédica reduccionista de los determinantes de la salud, y por la dificultad de trabajar con enfoques multisectoriales y participativos en la gestión pública.

Capítulo 13

EVALUACION DE LA CONTRATACION EXTERNA DE SERVICIOS DE SALUD: Provisión de servicios de salud por organizaciones no gubernamentales.

13.1 LA COMPRA DE SERVICIOS EXTERNOS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD

Los sistemas nacionales de salud en América Latina han sido criticados por su escasa accesibilidad e injusto, pobre calidad, referencias inadecuadas de pacientes, gestión deficiente debido a la influencia política, condescendiente y al corporativismo (LONDOÑO, 1997:10). Para hacer frente a estos problemas, los países realizaron reformas del sector salud. Estas reformas han incluido la descentralización, implementación de modelos de provisión de servicios de salud por proveedores privados. Estos procesos de cambio a menudo se han incorporado en grandes reformas del Estado que, a su vez, han sido influenciados por la agenda internacional. (IRIART, 2001:1243), (KUTSIN, 2001:171)

La experiencia de compra de servicios de atención de salud constituye un valioso intento de combatir estas tendencias negativas a partir de nuevas formas de colaboración entre el sector público y el sector privado. Esta colaboración ha

permitido implementar estrategias de extensión de la cobertura, de reducción de las listas de espera y de contención del gasto que han contribuido a un fortalecimiento de la salud pública. (HOWDEN, 2000:27)

La compra de servicios externos para la atención a la salud en teoría ofrece las siguientes ventajas (PREKER, 2000: 779)

- Puede mejorar el acceso a los servicios de salud a la población de zonas geográficas y grupos sociales que no se encuentran adecuadamente cubiertos por el sistema de salud.
- Permite superar un conjunto de restricciones que enfrentan las instituciones públicas para ejecutar los recursos disponibles.
- Libera recursos que pueden destinarse a las funciones estratégicas indelegables de planificar, definir estándares, financiar, regular y supervisar los servicios de salud.
- Crea condiciones para aprovechar la mayor flexibilidad del sector privado para innovar y mejorar los servicios.
- Permite poner en práctica, como experiencias piloto, una serie de acciones que una vez probadas y mejoradas podrían incorporarse en la práctica institucional.
- Promueve la sana competencia entre los proveedores externos e internos de servicios de salud.

13.2 ANTECEDENTES DE LA COMPRA DE SERVICIOS EXTERNOS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD

La propuesta de contratación externa de servicios de salud ha surgido como respuesta a las ineficiencias percibidas o / y insuficiente capacidad de atención de salud del gobierno sistemas de provisión de servicios de salud en el sector salud, muchos países en desarrollo han contratado servicios de salud a proveedores privados (ROSEN, 2000:20). Los defensores de los servicios de salud fuera de subcontratación consideran que este tipo de servicios mejora la provisión de servicios de salud y estimular la competencia entre los proveedores y proporciona incentivos económicos para mejorar el rendimiento de vincular el pago al desempeño profesional. Otro de los argumentos a favor de este tipo de servicios es que se justifican ante la falta de disponibilidad y capacidad de respuesta de los proveedores públicos, la preferencia de la gente para los proveedores privados, y la frustración con la conducción y el control de la gestión del sector público tradicional. (LOEVINSSOHN, 2004:11), (BARCON, 2000:15)

Numerosos proyectos de subcontratación de servicios de salud privados han sido evaluados por diversos autores (ENGLAND, 2000:5), los cuales tienen literatura crítica sobre la eficacia de la contratación externa de servicios de salud privada - contracting-out-. La evidencia y las conclusiones sobre la contratación externa eficacia han sido inconsistentes. Mientras que la mayoría de las evaluaciones de los proyectos y una revisión de la literatura por Loevinsohn y Harding, se llegó a la conclusión de que contratación externa era revisiones eficaces, la literatura otros abordar tanto los efectos intencionales y no intencionales en nivel del sistema

proporcionó pruebas limitadas del éxito de los contracting out. (LOEVINSOHN, 2005:676)

Excepto para pruebas sustanciales de efecto positivo de contratación externa en materia de acceso a servicios de salud y alguna evidencia sobre una mayor equidad en el acceso, hay poca evidencia del impacto de la externalización en la calidad y la eficiencia. Incluso si una contratación externa proyecto fue eficaz en la consecución de su proyecto específico objetivos, no necesariamente fue eficaz para mejorar salud en general el rendimiento del sistema, posiblemente porque contratación externa puede mejorar una dimensión de la salud el rendimiento del sistema a costa de los demás. (MACHADO, 2010:7)

La evaluación de estas experiencias y la superación de algunas debilidades podrían aumentar aún más el potencial de su aporte a la seguridad social y la salud pública.

13.3 MODELO PARA EVALUACIÓN DE LA CONTRATACIÓN EXTERNA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE XINGZHU LIU.

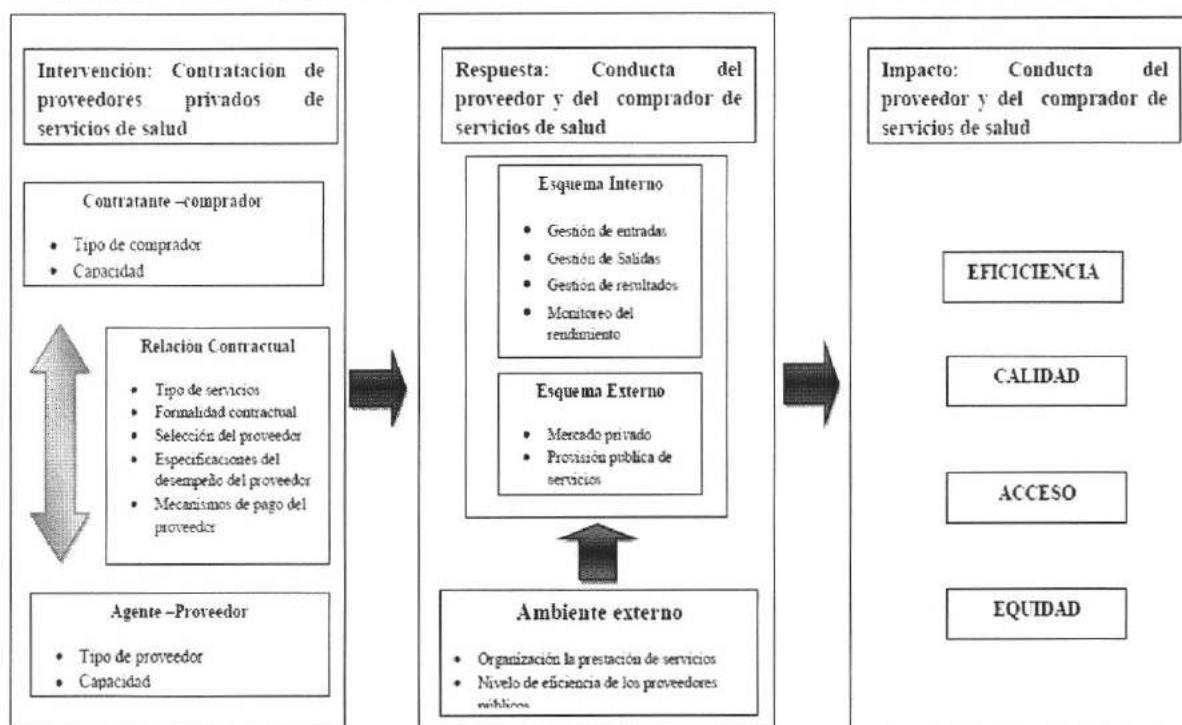
Existen diversos modelos para la evaluación de la contratación externa de los servicios de salud, en el presente estudio se considera el modelo propuestos por Modelo de Xingzhu Liu. (XINGZHU, 2004:5)

Este modelo (véase la fig. 1) incluye cuatro amplias y tipos mutuamente interactivos de información que debe tenerse en cuenta en la evaluación de la contratación externa reformas: 1) las características de la intervención, incluyendo la

características del contratista, proveedor, y el relación contractual, 2) el ambiente externo; 3) la respuesta de los proveedores y compradores tanto dentro y fuera del sistema de contratación externa, 4) el impacto de la intervención de contratación. Direccionamiento de los cuatro dominios de las variables en los estudios de evaluación de la provisión de servicios privados de salud por proveedores privados, es necesario responder a la pregunta de si contratación externa de este tipo de servicios permite la consecución de las metas que el sistema de salud previsto, y asegurar su efectividad.

Figura 13.1

MODELO PARA EVALUACIÓN DE LA CONTRATACIÓN EXTERNA DE LOS SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Tomado de X. Liu et al. / Health Policy 82 (2007) 200–211 Marco conceptual para evaluación de la contratación externa de los servicios de salud.

Contratación de Proveedores Privados

Los compradores y su capacidad como se representa en la figura. 1, son dos partes que están involucradas en la relación contractual cuando se contratan proveedores privados para la provisión de servicios de salud. Una de las partes es el gobierno, sirviendo en principio como comprador. Las principales funciones del comprador-gobierno en el acuerdo de contratación son: el financiamiento y supervisión, con el objetivo general de mejorar el desempeño del sistema de provisión de servicios de salud en el sistema salud. (SMITH, 1997:37), (XINGZHU, 2007:200)

El tipo de comprador-gobierno y su capacidad tanto financiera como de gestión, son determinantes en los efectos de la contratación externa. Los gobiernos-compradores pueden ser clasificados de acuerdo con: 1) el nivel de gobierno donde trabajan (central versus local), 2) por la naturaleza de la participación del gobierno y 3) por la existencia o falta de apoyo de los donantes. (ALLEN, 2002:257)

Acerca de la naturaleza de participación del gobierno en la compra de servicios privados para provisión de servicios de salud, se pueden dar dos modalidades: una a través de instancias gubernamentales y la otra a través de proveedores gubernamentales. En el primer caso, la subcontratación de proyectos ejecutados por el gobierno central representa más alto nivel político compromiso y requiere de una política nacional de salud. En comparación con gobierno proveedores de servicios en que pueden comprar servicios a proveedores privados para brindar servicios a la poblaciones predefinidas. En este caso los organismos gubernamentales son responsables de desempeño de los proveedores privados. (PALMER, 2000:821), (MACQ, 2008:377)

Ambas modalidades, pero en particular la relacionada con la compra de servicios a proveedores privados, la capacidad financiera y de gestión de la comprador gobierno pueda afectar a la eficacia de subcontratación. Esto es muy importante porque la capacidad financiera incluye suficiencia y sostenibilidad de la financiación, la gestión de la capacidad financiera y el pago oportuno a proveedores. La capacidad de gestión consiste en el logro de la supervisión, la evaluación del desempeño, y el diseño e implementación de sistemas de pago a los proveedores de los servicios de salud contratados. (ASHTON, 2004:21)

13.4 CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL EN LA COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD A PROVEEDORES PRIVADOS

Otro aspecto importante a tener en cuenta en la compra de servicios de salud a proveedores privados que puede afectar a la eficacia de subcontratación de este tipo de servicios es lo relacionado con las características de la relación contractual con este tipo de proveedores. Entre los factores que se tienen que tomar en cuenta porque pueden influenciar las características de la relación contractual entre las partes están: 1) el tipo de servicios cubiertos por el contrato, 2) la formalidad del contrato, 3) la duración del contrato, 4) selección del proveedor, 4) la especificación de los requisitos de rendimiento, y 5) mecanismos de pago, 5) el cumplimiento de lo estipulado por las partes en el contrato de provisión de servicios.(MILLS, 1998:32)

Tipos de servicios

Las características del contrato de los servicios cubiertos por proveedores privados son aspectos muy importantes que deben poner mucha atención, debido a que

algunos tipos de servicios pueden ser más adecuados para la contratación externa y otros no. Con frecuencia los evaluadores ponen atención en clasificar servicios de acuerdo con los niveles (primaria, secundaria, y terciaria) y a sus funciones (preventiva contra curativa). Es más importante aún poner atención en aspectos relacionados con la medición y el monitoreo de la cantidad y la calidad de los servicios, mismos que deben quedar claramente explicitados. (LOEVINSOHN, 2005:680)

Otro aspecto importante a considerar, es el relacionado con la duración del contrato, debido a que este puede ser un factor que influye en la eficacia de subcontratación, no debe ser ni demasiado corta ni demasiado largo.

Selección de proveedores

La selección del proveedor debe ser selección por licitación es un factor que puede ayudar a asegurar la eficacia de subcontratación. Los contratistas pueden emitir selección requisitos en la solicitud de propuestas, y sólo aquellos que cumplen con estos requisitos básicos deberían ser elegibles. (PERROT, 2005:910)

Los requisitos para la selección de proveedores de servicios de salud privados pueden ser los siguientes pero no deben limitarse a la capacidad para provisión de servicios de salud, insumos existentes, recursos humanos y físicos, experiencia en el trabajo con el sector público, y la evidencia de reputación. Otros factores no menos importantes que puede afectar negativamente a la integridad de la selección proceso son la falta de transparencia. (BARNUM, 1995:676)

Otro criterio a considerar es, la selección competitiva de los proveedores, sin embargo a menudo no es factible lograrlo, debido a la falta de proveedores privados en un mercado. Esto podría ser debido o bien a los proveedores privados sean concentra en las zonas urbanas o la una escasez de tales proveedores en el país. Bajo estas circunstancias, reclutamiento fuente única o selección de proveedores con poca la competencia es la única opción, con las consecuencias negativas para el propósito de la contratación de servicios de salud por este tipo de proveedores. (PALMER, 2000:821)

Especificación de requisitos de desempeño

Los requisitos de desempeño se refieren a los objetivos de rendimiento medidas relativas a procesos, productos y/o resultados que debe ser alcanzado por el proveedor. Rendimiento requisitos son importantes para asegurar la eficacia de subcontratación. La mayoría de los programas tienen algunos requisitos, pero la amplitud y la especificidad de requisitos de rendimiento varían considerablemente. Idealmente, compradores explícitamente debe emitir requerimientos específicos, establecer objetivos de rendimiento a un nivel que es un reto pero aún es posible alcanzar, y considerar la tras el establecimiento de objetivos:

- Proceso: ¿Cómo deben los proveedores entregar servicios? Los compradores pueden exigir a los proveedores a seguir las normas, directrices o protocolos durante la prestación de servicios con el fin de gestionar el comportamiento del proveedor y asegurarse de que la prestación de servicios se lleva a cabo en consonancia con los objetivos del programa. Los compradores pueden salir del proveedor para gestionar operaciones como mejor les parezca.

- Salidas: ¿Qué y cuántos servicios deben entregar los proveedores? La medida puede ser absoluta (por ejemplo, el número de carteles de educación sanitaria) o familiar, como el aumento de la inmunización y cobertura de la atención prenatal a porcentajes especificados. Por lo general, las cantidades se especifican para las poblaciones objetivos bien definidos.
- Resultados: ¿Qué debe lograr el proveedor? Los resultados son una consecuencia ulterior de los productos. Estos incluyen, pero no se limitan a orientar la reflexión poblaciones de la capacidad de respuesta del proveedor contratado para prestar servicios, el conocimiento y la conciencia, el estilo de vida y comportamiento, y en última instancia, estado de salud, y la salud relacionados con la calidad de vida.

Los mecanismos de pago

Los mecanismos de pago se refieren a los métodos especificados en el el contrato para pagar a los proveedores. Los sistemas de pago es probable que sea uno de los determinantes más importantes de la eficacia de las iniciativas de subcontratación, porque pueden producir poderosos incentivos para que los proveedores, y como resultado, tienen efectos importantes sobre el sistema de salud rendimiento. Los tipos más comúnmente notificadas de los sistemas de pago utilizados en los programas de subcontratación incluyen cargo por servicio, capitación, pago por dietas, caso el pago, el presupuesto global, contrato bloque, costo y contrato de volumen, basado en los costos de pago, basado en los resultados pago y remuneración ligada al desempeño. otras características asociado con la descripción

del pago sistemas incluyen pago por adelantado, pago diferido, retención, y la existencia y el nivel de pagos de los usuarios. (BARNUM, 1995:23)

Categorizaciones, definiciones y discusión detallada de sistemas de pago disponibles están más allá del alcance de esta papel, pero lo que hay que señalar es que los evaluadores de contratación externa deben prestar mucha atención a la medición de las características del mecanismo de pago del proveedor con el fin de evaluar su eficacia en el desempeño del programa.

La evaluación de los vínculos entre el proveedor, mecanismos de pago y desempeño del programa puede proporcionar información importante para guiar el diseño e implementación de las iniciativas de subcontratación. Es importante señalar que la previsión de incentivos asociados con requisitos de funcionamiento y los mecanismos de pago es de vital importancia para desempeño de aseguramiento. Por ejemplo, el pago por servicio pago y énfasis inadecuado en la cantidad de servicios puede dar lugar a una prestación de servicios que son innecesarias y el uso de capitación puede llevar a una prestación de salud necesarios servicios. (Harrison. 2000:219)

Entorno externo

El entorno externo se refiere a las características del sector salud, el sector financiero y político legal y condiciones. Estos factores constituyen el entorno que rodea a la intervención de contratación externa, es improbable que influyan en el corto plazo por la política del sector salud, pero potencialmente pueden ser determinantes clave del éxito o fracaso de la intervención de contratación externa.

La estructura del sector de la salud también puede crear factores externos que pueden influir en la eficacia de las iniciativas de subcontratación. Características a tener en cuenta incluyen el nivel de autonomía de los proveedores públicos, la disponibilidad de los proveedores privados, y el nivel de competencia en el mercado de proveedores. (KATARZYNA, 2007:308)

Los principales componentes del ambiente de contratación son de tipo legal, regulatorio y los relacionados con los sistemas bancarios. En países donde el sistema legal es débil, los acuerdos entre los contratistas y los proveedores tienen menos probabilidades de en obligarse por un contrato legal, la reducción de la potencia del contrato. La falta de un marco regulador puede influir en la capacidad del gobierno para controlar tanto la calidad de la atención y poner sanciones a aquellos proveedores que no cumplen con los estándares mínimos. Se requiere también de un sistema financiero de auditoría eficaz y de la adecuada rendición de cuentas. La eficacia de la contratación externa también pueden verse influida por factores políticos, tales como el nivel de transparencia, la corrupción en la toma de decisiones y la asignación de recursos, la motivación de la gobierno para mejorar el desempeño del sistema de salud, y la voluntad de los responsables políticos para involucrar al sector privado en la prestación de servicios que son tradicionalmente ofrecido por el sector público. (PALMER, 2000:827)

La respuesta en el rendimiento del sistema de salud

La eficacia de la contratación externa de servicios de salud en el rendimiento del sistema de salud depende de cómo los proveedores y compradores - Que operan

tanto dentro como fuera de la subcontratación esquema - responden a la intervención.

Dentro de las respuestas clave de intervención, se deben considerar las acciones del proveedor para administrar los insumos, salidas y resultados, y las acciones tanto del comprador como de los proveedores para monitorear el desempeño. La evaluación de estos cambios puede ayudar no sólo con la comprensión de los mecanismos a través del cual la contratación externa afecta a la salud rendimiento del sistema, sino también mediante la predicción de los efectos de sub contratación.

La gestión del inicio de la intervención

Gestión de inicio, se refiere a las acciones del proveedor a comprar y utilizar recursos con el fin de lograr el rendimiento y requisitos especificados en el contrato. Recursos relevantes incluyen recursos humanos, equipos, medicamentos y suministros, y la infraestructura. (SUNDERLAND, 1999:6)

Hay un número de acciones dirigidas a los proveedores contratados con las cuales es probable influenciar por la intervención de contratación externa de los servicios de salud:

- 1) La especificación en los contratos de los requisitos de rendimiento - especificar cuidadosamente requisitos de desempeño - para la provisión de servicios de salud.
- 2) El pago a los proveedores es mecanismo que se espera que influyan en el comportamiento del proveedor través de la influencia sobre los incentivos económicos del proveedor.

Gestión de resultados de la intervención

Gestión de resultados se refiere, a las acciones del proveedor de servicios para maximizar los resultados para la consecución de los objetivos de rendimiento (por ejemplo, los relacionados con la utilización, cobertura y acceso) del contrato con la disposición recursos. En caso de subcontratación producir un efecto deseable en el desempeño del sistema de salud, proveedores contratados debería ser capaz de utilizar el adquirido y reducir al mínimo los insumos para producir los tipos y cantidades de servicios de calidad especificada. El contratante puede monitorear el desarrollo y ejecución de las intervenciones y evaluar el cumplimiento de la planificación y de destino ajuste relacionado con qué producir, cómo producir, y cuánto producir y en qué calidad. El evaluador puede evaluar el desarrollo e implementación de los dos mecanismos financieros y no financieros, diseñados para ayudar a motivar al personal para lograr las metas y objetivos. (LINNA, 2000:83), (WHO, 2000:25)

La evidencia muestra que el uso de las directrices es esencial para proporcionar servicios de calidad de atención de la salud, una de las respuestas generadas por la intervención puede ser mayor adhesión a esas normas, en particular si los indicadores de calidad de servicio juegan un papel en la evaluación del desempeño y la remuneración de los proveedores.

Supervisión del rendimiento

La supervisión del rendimiento se refiere, a las acciones llevadas a cabo para evaluar sistemáticamente rendimiento del servicio de entrega contra acordados requisitos y los objetivos, como lo exige el contrato. Los resultados del seguimiento de los

resultados se utilizan para garantizar que las actividades se realizan bajo los términos establecidos en el contrato. La supervisión del desempeño de los proveedores contratados es uno de los factores más importantes para garantizar que el contratista es responsable de los objetivos del programa. (ROSEN, 2000:10)

La supervisión del rendimiento se lleva a cabo normalmente tanto el comprador y el proveedor, y los resultados del monitoreo será divulgada y compartida entre los dos partes para que cada parte puede proporcionar información al otro. Para cumplir con los requisitos del contrato, los proveedores a menudo responder a la intervención mediante la introducción o fortalecimiento sus propios sistemas de información sanitaria para adaptarse con necesidades de datos asociado con el monitoreo contrato de desempeño.

La supervisión del rendimiento requiere de la recopilación y análisis de la información, esta sirve como instrumento muy valioso para la auto-evaluación y para mejorar la gestión de la calidad de la prestación de servicios. Esto también podría servir a los intereses financieros del proveedor, para asegurar que se les paga si los objetivos de rendimiento del contrato se cumplen.

Evaluación del impacto de la intervención

Un propósito fundamental e inherente a la gestión sanitaria es evaluar el impacto de las intervenciones en el rendimiento del sistema de salud. Liu Xingzhu, propone cuatro dimensiones del impacto en el desempeño del sistema de salud: acceso, la calidad, la equidad y la eficiencia. Estas dimensiones se eligieron basándose en

indicadores comúnmente utilizados para la evaluación de la contratación de servicios de salud. (VINING, 1999:77)

Son un poco diferentes, pero permiten capturar del sistema de salud medidas de rendimiento utilizadas por la Organización Mundial de Organización. La evaluación de los cambios en los cuatro dimensiones es importante en la obtención de evidencia, que se pueden utilizar para proporcionar una comprensión global de cómo la iniciativa de contratación externa de provisión de servicios influye en la salud sistema. A continuación, se analiza brevemente cada una de estas dimensiones. (WHO, 2000:30)

Acceso a los servicios de salud

El acceso se refiere a la presencia o ausencia de barreras (Física, económica y cultural) que los individuos se enfrentan en el uso de los servicios de salud cuando sea necesario. Físico barreras son típicamente interpretarse en el sentido de las relacionadas para el suministro y disponibilidad general de cuidado de la salud servicios y el tiempo de viaje o distancia necesaria para uso de las instalaciones de atención médica. Las barreras económicas son por lo general interpretarse en el sentido de las relacionadas con la de su bolsillo costo de la búsqueda y obtención de servicios de salud. (KNOWLES 1997:7)

Las barreras culturales están relacionadas con el lenguaje, el género y el grupo étnico. Un número de indicadores puede ser usado para medir el acceso. Entre los aspectos más importantes de acceso son el porcentaje de la población que reside dentro de un determinado distancia a un centro de atención a la salud, la

disponibilidad de determinados servicios y productos, utilización de servicios y las tasas de cobertura y el pago promedio fuera de su bolsillo como porcentaje de los ingresos. (WEST, 1998:167)

Uno de los objetivos comunes de la contratación externa de servicios de salud es mejorar el acceso físico a los servicios. Mediante la introducción de un incentivo financiero para lograr objetivos de rendimiento, la contratación está diseñada para influir en el servicio de atención y el comportamiento del mercado, con lo que mejorar el acceso a servicios de atención de salud. Se espera que el acceso mejore la atención médica si se produce más eficientemente que en la situación anterior a la introducción de la intervención y si los servicios se proporcionan en las zonas anteriormente no cubiertos por la salud dirigido por el gobierno del sistema. (GLINOS, 2010:103)

Calidad de la provisión de la atención

Calidad de la atención es un concepto multi-dimensional en que no existe una definición de consenso. Sin embargo, una perspectiva amplia aceptación entre los expertos en el ámbito de la calidad de la atención es el propuesto por Donabedian, que define la calidad de la atención en términos de la estructura, los procesos y los resultados. En consecuencia, la calidad mediciones consisten en tres grupos: indicadores de estructura la medición de los atributos de los proveedores (por ejemplo, la disponibilidad de insumos y servicios especificados) indicadores de proceso (por ejemplo, el cumplimiento de los agentes de salud a clínicas directrices, si las referencias se hacen en cumplimiento con las directrices nacionales), y los indicadores de resultados (por ejemplo, mejoras en la antropometría, la morbilidad, la

mortalidad, y capacidad de respuesta). (DONAVEDIAN, 2003:655), (DONAVEDIAN, 1981:409)

Mejorar la calidad de los servicios de salud es un objetivo mencionado con frecuencia para introducir subcontratación de servicios de salud. Hay un número de potencial vínculos entre la intervención de contratación externa y mejora de la calidad de la atención. (DONAVEDIAN, 2005:691)

En primer lugar, los compradores especificar requisitos para los proveedores para ser elegible para participar en la selección del proveedor de proceso-una primera medida de aseguramiento de calidad para excluir a los proveedores que no puede cumplir con los requisitos de calidad estructural. En segundo lugar, Quizás el factor más importante es potencialmente el pre especificación del proceso de prestación de servicios en la contrato. Prestación de servicios con las especificaciones contractuales con respecto a las normas médicas o directrices a ser seguido por los proveedores se espera que conduzca a la mejora calidad. En tercer lugar, el contrato puede especificar salud metas de resultados para los servicios directamente relacionados con salud. En cuarto y último lugar, los incentivos incorporados en el contrato para los proveedores de mejorar el rendimiento a través de vincular el desempeño con pago de los servicios brindados un importante promotor de la calidad y en el peor de los casos el rescindir el contrato del proveedor puede ser un medida. (DONAVEDIAN, 1973:243), (CIARAN, 1998:33)

Equidad en la provisión de servicios

Equidad aquí se refiere a la equidad en la distribución de los de salud y de acceso a los resultados de salud entre los individuos o grupos con diferentes niveles de desarrollo socio-económico estado. La equidad puede medirse comparando acceso y los indicadores de resultados de salud entre grupos socioeconómicos grupos (por ejemplo, por el ingreso, ubicación, género y raza). Un objetivo citado con frecuencia de contratación externa intervenciones es mejorar el acceso de servicio a los pobres y otros grupos vulnerables, a saber, mejorar la equidad en el acceso a la atención. (BRAVEMAN, 2006:167)

Las mejoras en la equidad en la provisión de servicios de salud, puede lograrse por tres diferentes estrategias contractuales: 1) Acuerdos contractuales que específicamente alentar a los proveedores a servir a los pobres y marginados, 2) La contratación con proveedores privados en las áreas que son predominantemente pobres (focalización geográfica), 3) subcontratación de servicios de mayor beneficio para los pobres y desatendidos. El cambio en el acceso o uso del servicio por los pobres como resultado de las intervenciones puede estar influenciada por las características del contrato y cómo el proveedor responde a la intervención. (ENGLAND, 2004:55)

Eficiencia en la provisión de servicios

La eficiencia se refiere, a las relaciones entre los recursos que se utilizan y los productos que se alcanzan. Dos tipos de eficiencia puede verse afectados por subcontratación intervenciones: La eficiencia técnica y la eficiencia en la asignación de recursos. La eficiencia técnica se refiere a la relación física entre un dado

combinación de entradas y salidas físicas. Una producción proceso es técnicamente eficiente si produce el máximo salidas (es decir, la cantidad de servicios de salud y el nivel de de salud) con un determinado nivel y la combinación de insumos físicos. (FRANK, 1987; 843)

Los insumos incluyen recursos humanos, equipos, medicamentos y suministros e infraestructura. En el concepto de asignación de recursos, eficiencia se refiere a la relación entre la mezcla de entrada y de salida. Eficiencia asignativa se logra si la mejor mezcla de entrada se utiliza para la producción de una cantidad dada de los productos.

Dos cuestiones son relevantes aquí. En primer lugar, la producción de salud consta de dos pasos: uno es el uso de los recursos denominados insumos para la producción de servicios de salud, y la otra es el uso de servicios de salud (como insumos para la salud) para la producción de la salud. Los conceptos de eficiencia técnica y la eficiencia en la asignación de recursos se aplican a ambos pasos. En segundo lugar, en la nivel del sistema de salud, la preocupación se convierte en la cantidad de un país gasta en la producción de servicios de salud, y salud de la población. La eficiencia a nivel de sistema requiere eficiencia técnica y asignativa tanto para las dos etapas de la producción de la salud. Las mediciones de la eficiencia es altamente complicado como frontera de análisis, tienen una amplia variedad de entrada / salida de rangos. (SCOTT, 1995:467)

Una de las razones principales citadas por los defensores de la subcontratación de intervenciones es que el público tradicional cuidado de la salud del sistema de

entrega no es eficiente porque la falta de rendición de cuentas financiera, y la falta motivación para mejorar el rendimiento. La subcontratación de intervenciones privadas de servicios de salud cambiar la función de prestación de servicios y la motivación del los proveedores (públicos y privados) para que el acceso, la calidad y los objetivos de salud se pueda lograr en el menor costo. (CUMMING, 1998:53), (XU, 2009:305)

Parte V Análisis de Resultados

- **EFICACIA DEL PROGRAMA EXTENSIÓN DE COBERTURA -PEC- , SEGÚN PRUEBAS ESTADÍSTICAS.**
- **EFICACIA DEL PROGRAMA EXTENSIÓN DE COBERTURA -PEC- , SEGÚN LOGRO DE INDICADORES.**
- **DISCUSIÓN DE RESULTADOS.**

Capítulo 14

ANÁLISIS y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

14.1 ANÁLISIS DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA, SEGÚN PRUEBAS ESTADÍSTICAS.

A continuación se presenta el análisis de los resultados del estudio relacionados con la eficacia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en cada uno de los departamentos seleccionados para fines del estudio, inicialmente se presenta el análisis relacionado con la Mortalidad Infantil, para lo cual se utiliza el análisis de Regresión de Poisson y la prueba de significancia estadística de t de Student.

Para el caso de análisis relacionado con la mortalidad materna en los mismos departamentos se utiliza el análisis de Regresión de Poisson y la prueba de significancia estadística de Wilcoxon.

Analisis

De acuerdo al valor obtenido de significancia ($t=0.0177$) en consecuencia se rechaza la hipótesis nula, por lo que la diferencia encontrada puede ser explicada al azar. Las variables comparadas (mortalidad infantil en municipios en donde el PEC brinda y no brinda atención) difieren significativamente, con un nivel de seguridad del 95%.

Mortalidad Materna

Tabla 14.3
Análisis de Regresión de Poisson

```
. poisson mm sspec
Iteration 0: log likelihood = -5941.1571
Iteration 1: log likelihood = -5941.147
Iteration 2: log likelihood = -5941.147

Poisson regression              Number of obs   =      136
                                LR chi2(1)      =     641.25
                                Prob > chi2      =     0.0000
                                Pseudo R2         =     0.0512

Log likelihood = -5941.147
```

mm	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sspec	-.6958511	.0295303	-23.56	0.000	-.7537294	-.6379728
_cons	4.240427	.0122481	346.21	0.000	4.216421	4.264433

Fuente: Elaboración propia.

Analisis

Si se aumentara en un punto la presencia del Programa de Extensión de Cobertura - PEC- en los municipios del departamento de Alta Verapaz donde este no provee atención, el logaritmo de la mortalidad infantil se reduciría en -0.696 casos, con un nivel de confianza del 95%, por lo que podemos estar seguros que en la repetición de pruebas en el 95% de los casos incluiría este coeficiente de regresión de Poisson.

Tabla 14.4
Análisis de significancia - Prueba Estadística de wilcoxon

```
. ranksum mm, by( scpecmm)
Two-sample wilcoxon rank-sum (Mann-whitney) test
```

scpecmm	obs	rank sum	expected
0	96	7189.5	6576
1	40	2126.5	2740
combined	136	9316	9316

```

unadjusted variance      43840.00
adjustment for ties     -1812.50
-----
adjusted variance       42027.50

Ho: mm(scpecmm==0) = mm(scpecmm==1)
      z = 2.993
Prob > |z| = 0.0028

```

Fuente: Elaboración propia.

Analisis

De acuerdo al nivel del valor obtenido de significancia ($Z=0.0028$), el cual es menor de 0.05 se rechaza la hipótesis de promedios por lo que las variables comparadas (mortalidad materna en municipios en donde el PEC brinda y no brinda atención) difieren significativamente.

Analisis

De acuerdo al valor obtenido de significancia ($t=0.0957$) en consecuencia no se rechaza la hipótesis nula, por lo que la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Las variables comparadas (mortalidad infantil en municipios en donde el PEC brinda y no brinda atención) no difieren significativamente, con un nivel de seguridad del 95%.

Mortalidad Materna

Tabla 14.7
Análisis de Regresión de Poisson

```
. poisson mm sspec
Iteration 0: log likelihood = -5579.0463
Iteration 1: log likelihood = -5579.0463

Poisson regression              Number of obs   =      136
                                LR chi2(1)      =     154.29
                                Prob > chi2     =      0.0000
                                Pseudo R2       =      0.0136

Log likelihood = -5579.0463
```

mm	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sspec	-.3807879	.0313812	-12.13	0.000	-.4422939	-.3192818
_cons	3.705409	.0171096	216.57	0.000	3.671874	3.738943

Fuente: Elaboración propia.

Analisis

Si se aumentara en un punto la presencia del Programa de Extensión de Cobertura - PEC- en los municipios del departamento de Baja Verapaz donde este no provee atención, el logaritmo de la mortalidad infantil se reduciría en 0.380 casos, con un nivel de confianza del 95%, por lo que podemos estar seguros 95% seguros de que en la repetición de pruebas 95% de los casos incluiría este coeficiente de regresión de Poisson.

Tabla 14.8
Análisis de significancia - Prueba Estadística de wilcoxon

```

. ranksum mm, by( sspecmm)
Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

```

specmm	obs	rank sum	expected
0	92	6647	6302
1	44	2669	3014
combined	136	9316	9316

```

unadjusted variance      46214.67
adjustment for ties      -5530.61
adjusted variance        40684.05
Ho: mm(specmm==0) = mm(specmm==1)
      z = 1.710
      Prob > |z| = 0.0872

```

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

De acuerdo al nivel del valor obtenido de significancia ($Z=0.0872$), el cual no es menor de 0.05 se rechaza la hipótesis de promedios por lo que las variables comparadas (mortalidad materna en municipios en donde el PEC brinda y no brinda atención) no difieren significativamente.

Análisis

De acuerdo al valor obtenido de significancia ($t=0.1727$) en consecuencia se rechaza la hipótesis nula, por lo que la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Las variables comparadas (mortalidad infantil en municipios en donde el PEC brinda y no brinda atención) no difieren significativamente, con un nivel de seguridad del 95%.

Mortalidad Materna

Tabla 14.11
Análisis de Regresión de Poisson

```
. poisson mm sspec
Iteration 0: log likelihood = -14866.631
Iteration 1: log likelihood = -14866.631

Poisson regression              Number of obs   =      256
                                LR chi2(1)      =     116.93
                                Prob > chi2     =      0.0000
                                Pseudo R2       =      0.0039

Log likelihood = -14866.631
```

mm	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sspec	.2005299	.0183951	10.90	0.000	.1644762	.2365836
_cons	3.808249	.011492	331.38	0.000	3.785725	3.830772

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

Si se aumentara en un punto la presencia del Programa de Extensión de Cobertura - PEC- en los municipios del departamento de Huehuetenango donde este no provee atención, el logaritmo de la mortalidad infantil se reduciría en 0.200 casos, con un nivel de confianza del 95%, por lo que podemos estar seguros de que en la repetición de la prueba en el 95% de los casos se incluiría este coeficiente de regresión de Poisson.

Tabla 14.12
Análisis de significancia - Prueba Estadística de wilcoxon

```
. ranksum mm, by( scpecmm)
Two-sample wilcoxon rank-sum (Mann-whitney) test
```

scpecmm	obs	rank sum	expected
0	160	20780.5	20560
1	96	12115.5	12336
combined	256	32896	32896

```
unadjusted variance 328960.00
adjustment for ties -53805.06
adjusted variance 275154.94
Ho: mm(scpecmm==0) = mm(scpecmm==1)
z = 0.420
Prob > |z| = 0.6742
```

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

De acuerdo al nivel del valor obtenido de significancia ($Z=0.6742$), el cual no es menor de 0.05 se rechaza la hipótesis de promedios por lo que las variables comparadas (mortalidad materna en municipios en donde el PEC brinda y no brinda atención) no difieren significativamente.

DEPARTAMENTO DE JALAPA

Mortalidad Infantil

Tabla 14.13
Análisis de Regresión de Poisson

```
. poisson mi sspec
note: you are responsible for interpretation of noncount dep. variable

Iteration 0:  log likelihood = -1538.5148
Iteration 1:  log likelihood = -1538.5148

Poisson regression                               Number of obs =      256
LR chi2(1) =      14.63
Prob > chi2 =      0.0001
Pseudo R2 =      0.0047

Log likelihood = -1538.5148
```

mi	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
spec	.1190523	.0309624	3.85	0.000	.0583672	.1797374
_cons	2.817332	.0188612	149.37	0.000	2.780364	2.854299

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

Si se aumentara en un punto la presencia del Programa de Extensión de Cobertura - PEC- en los municipios del departamento de Jalapa donde este no provee atención, el logaritmo de la mortalidad infantil se reduciría en 0.119 casos, con un nivel de confianza del 95%.

Tabla 14.14
Análisis de significancia - Prueba Estadística t

```
. ttest mi, by(sspec)

Two-sample t test with equal variances
```

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	56	14.57143	1.284993	9.616004	11.99625	17.14661
1	64	15.95313	1.114352	8.914817	13.72627	18.17998
combined	120	15.30833	.8430633	9.235296	13.63898	16.97768
diff		-1.381696	1.692258		-4.732828	1.969435

diff = mean(1) - mean(2) t = -0.8165
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 118

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.2079 Pr(|T| > |t|) = 0.4159 Pr(T > t) = 0.7921

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

De acuerdo al valor obtenido de significancia ($t=0.4159$) en consecuencia se rechaza la hipótesis nula, por lo que la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Las variables comparadas (mortalidad infantil en municipios en donde el PEC brinda y no brinda atención) no difieren significativamente, con un nivel de seguridad del 95%.

Mortalidad Materna

Tabla 14.15
Análisis de Regresión de Poisson

```
. poisson mm sspec
note: you are responsible for interpretation of noncount dep. variable

Iteration 0:  log likelihood = -13556.172
Iteration 1:  log likelihood = -13556.172

Poisson regression              Number of obs   =      256
                                LR chi2(1)      =      24.49
                                Prob > chi2     =      0.0000
                                Pseudo R2      =      0.0009

Log likelihood = -13556.172
```

mm	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sspec	.102784	.0206723	4.97	0.000	.062267	.143301
_cons	3.635548	.0125284	290.18	0.000	3.610992	3.660103

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

Si se aumentara en un punto la presencia del Programa de Extensión de Cobertura - PEC- en los municipios del departamento de Jalapa donde este no provee atención, el logaritmo de la mortalidad infantil se reduciría en 0.103 casos, con un nivel de confianza del 95%, por lo que podemos estar seguros que en la repetición de la prueba en el 95% de los casos incluiría este coeficiente de regresión de Poisson.

Tabla 14.16
Análisis de significancia - Prueba Estadística de wilcoxon

```
. ranksum mm, by( sspecmm)
Two-sample wilcoxon rank-sum (Mann-whitney) test
```

specmm	obs	rank sum	expected
0	168	21123.5	21588
1	88	11772.5	11308
combined	256	32896	32896

```

unadjusted variance    316624.00
adjustment for ties    -55189.41
-----
adjusted variance      261434.59

Ho: mm(specmm==0) = mm(specmm==1)
      z = -0.908
      Prob > |z| = 0.3636

```

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

De acuerdo al nivel del valor obtenido de significancia ($Z=0.3636$), el cual no es menor de 0.05 se rechaza la hipótesis de promedios por lo que las variables comparadas (mortalidad materna en municipios en donde el PEC brinda y no brinda atención) no difieren significativamente.

DEPARTAMENTO DE JUTIAPA

Mortalidad Infantil

Tabla 14.17
Análisis de Regresión de Poisson

```
. poisson mi sspec
Iteration 0:   log likelihood = -1684.9288
Iteration 1:   log likelihood = -1684.9288

Poisson regression              Number of obs   =       256
                                LR chi2(1)        =       50.88
                                Prob > chi2         =       0.0000
                                Pseudo R2           =       0.0149

Log likelihood = -1684.9288
```

mi	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sspec	.2687604	.0368981	7.28	0.000	.1964415	.3410793
_cons	2.594425	.0194221	133.58	0.000	2.556359	2.632492

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

Si se aumentara en un punto la presencia del Programa de Extensión de Cobertura - PEC- en los municipios del departamento de Jutiapa donde este no provee atención, el logaritmo de la mortalidad infantil se reducirá en 0.269 casos, con un nivel de confianza del 95%.

Tabla 14.18
Análisis de significancia - Prueba Estadística t

```
. ttest mi, by( sspec)
Two-sample t test with equal variances

Group | Obs   Mean   Std. Err.   Std. Dev.   [95% Conf. Interval]
-----+-----
0     | 198   13.38889   .8609864    12.11515    11.69096    15.08682
1     | 58    17.51724   1.421093    10.82272    14.67155    20.36293
-----+-----
combined | 256   14.32422   .7462743    11.94039    12.85457    15.79386
diff   |      -4.128352   1.76738      -7.608938   -.6477672

diff = mean(0) - mean(1)          t = -2.3359
Ho: diff = 0                      degrees of freedom = 254

Ha: diff != 0
Pr(|T| > |t|) = 0.0203
```

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

De acuerdo al valor obtenido de significancia ($t=0.0203$) en consecuencia se rechaza la hipótesis nula, por lo que la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Las variables comparadas (mortalidad infantil en municipios en donde el PEC brinda y no brinda atención) difieren significativamente, con un nivel de seguridad del 95%.

Mortalidad Materna

Tabla 14.19
Análisis de Regresión de Poisson

```
. poisson mm sspec
Iteration 0: log likelihood = -9843.2463
Iteration 1: log likelihood = -9843.2463

Poisson regression              Number of obs   =       256
                                LR chi2(1)      =        6.95
                                Prob > chi2     =       0.0084
                                Pseudo R2       =       0.0004

Log likelihood = -9843.2463
```

mm	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sspec	.0828259	.0311907	2.66	0.008	.0216933	.1439585
_cons	3.068288	.0153249	200.22	0.000	3.038252	3.098324

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

Si se aumentara en un punto la presencia del Programa de Extensión de Cobertura - PEC- en los municipios del departamento de Jutiapa donde este no provee atención, el logaritmo de la mortalidad infantil se reduciría en 0.082 casos, con un nivel de confianza del 95%, por lo que podemos estar seguros 95% que en la repetición de pruebas en un 95% de los casos se incluiría este coeficiente de regresión de Poisson.

Tabla 14.20
Análisis de significancia - Prueba Estadística de wilcoxon

```
. ranksum mm, by( sspecmm)
Two-sample wilcoxon rank-sum (Mann-whitney) test
```

specmm	obs	rank sum	expected
0	198	24714	25443
1	58	8182	7453
combined	256	32896	32896

```

unadjusted variance 245949.00
adjustment for ties -72026.74
adjusted variance 173922.26
Ho: mm(specmm==0) = mm(specmm==1)
z = -1.748
Prob > |z| = 0.0805

```

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

De acuerdo al nivel del valor obtenido de significancia ($Z=0.0805$), el cual no es menor de 0.05 se rechaza la hipótesis de promedios por lo que las variables comparadas (mortalidad materna en municipios en donde el PEC brinda y no brinda atención) no difieren significativamente.

DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS

Mortalidad Infantil

Tabla 14.21
Análisis de Regresión de Poisson

```
. poisson mi sspec
```

Iteration 0: log likelihood = -1873.9239
Iteration 1: log likelihood = -1873.9239

Poisson regression

Log likelihood = -1873.9239	Number of obs = 256
	LR chi2(1) = 48.76
	Prob > chi2 = 0.0000
	Pseudo R2 = 0.0128

mi	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sspec	.2564511	.0358381	7.16	0.000	.1862098	.3266924
_cons	2.821662	.0168335	167.62	0.000	2.788669	2.854655

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

Si se aumentara en un punto la presencia del Programa de Extensión de Cobertura - PEC- en los municipios del departamento de San Marcos donde este no provee atención, el logaritmo de la mortalidad infantil se reducirá en 0.256 casos, con un nivel de confianza del 95%.

Tabla 14.22
Prueba de significancia - Prueba Estadística t

```
. ttest mi, by( sspec)
```

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	210	16.80476	.809251	11.72716	15.20942	18.4001
1	46	21.71739	2.778395	18.84399	16.12142	27.31337
combined	256	17.6875	.8360831	13.37733	16.04099	19.33401
diff		-4.912629	2.160114		-9.166645	-.6586136

diff = mean(0) - mean(1) t = -2.2742
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 254

Ha: diff != 0
 Pr(|T| > |t|) = 0.0238

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

De acuerdo al valor obtenido de significancia ($t=0.0238$) en consecuencia se rechaza la hipótesis nula, por lo que la diferencia encontrada puede ser explicada por el azar. Las variables comparadas (mortalidad infantil en municipios en donde el PEC brinda y no brinda atención) difieren significativamente, con un nivel de seguridad del 95%.

Mortalidad Materna

Tabla 14.23
Análisis de Regresión de Poisson

```
. poisson mm sCpec
Iteration 0: log likelihood = -8284.456
Iteration 1: log likelihood = -8284.4552

Poisson regression              Number of obs =      256
LR chi2(1)                      =     125.93
Prob > chi2                     =     0.0000
Pseudo R2                       =     0.0075

Log likelihood = -8284.4552
```

mm	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sCpec	-0.4616701	.043588	-10.59	0.000	-0.5471011	-0.3762392
_cons	3.028292	.0151812	199.48	0.000	2.998537	3.058046

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

Si se aumentara en un punto la presencia del Programa de Extensión de Cobertura - PEC- en los municipios del departamento de San Marcos donde este no provee atención, el logaritmo de la mortalidad infantil se reduciría en -0.462 casos, con un nivel de confianza del 95%, por lo que podemos estar seguros de que en la repetición de pruebas en un 95% de los casos se incluiría este coeficiente de regresión de Poisson.

Tabla 14.24
Análisis de significancia - Prueba Estadística de wilcoxon

```
. ranksum mm, by( sspecmm)
Two-sample wilcoxon rank-sum (Mann-whitney) test
```

specmm	obs	rank sum	expected
0	210	27091.5	26985
1	46	5804.5	5911
combined	256	32896	32896

```
unadjusted variance 206885.00
adjustment for ties -71917.28
adjusted variance 134967.72

Ho: mm(specmm==0) = mm(specmm==1)
z = 0.290
Prob > |z| = 0.7719
```

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

De acuerdo al nivel del valor obtenido de significancia ($Z=0.7719$), el cual no es menor de 0.05 se rechaza la hipótesis de promedios por lo que las variables comparadas (mortalidad materna en municipios en donde el PEC brinda y no brinda atención) no difieren significativamente.

DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA

Mortalidad Infantil

Tabla 14.24
Análisis de Regresión de Poisson

```
. poisson mi sspec
Iteration 0: log likelihood = -1474.3995
Iteration 1: log likelihood = -1474.3995

Poisson regression              Number of obs =      256
                                LR chi2(1)         =       0.05
                                Prob > chi2         =     0.8297
                                Pseudo R2           =     0.0000

Log likelihood = -1474.3995
```

mi	coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sspec	.0067967	.0315851	0.22	0.830	-.0551089	.0687023
_cons	2.884929	.0179172	161.01	0.000	2.849812	2.920046

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

Si se aumentara en un punto la presencia del Programa de Extensión de Cobertura - PEC- en los municipios del departamento de Santa Rosa donde este no provee atención, el logaritmo de la mortalidad infantil se reducirá en 0.007 casos, con un nivel de confianza del 95%.

Tabla 14.25
Análisis de significancia - Prueba Estadística t

```
. ttest mi, by(sspec)
Two-sample t test with equal variances
```

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	56	14.57143	1.284993	9.616004	11.99625	17.14661
1	64	15.95313	1.114352	8.914817	13.72627	18.17998
combined	120	15.30833	.8430633	9.235296	13.63898	16.97768
diff		-1.381696	1.692258		-4.732828	1.969435

diff = mean(1) - mean(2) t = -0.8165
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 118

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.2079 Pr(|T| > |t|) = 0.4159 Pr(T > t) = 0.7921

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

De acuerdo al valor obtenido de significancia ($t=0.4159$) en consecuencia se rechaza la hipótesis nula, por lo que la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Las variables comparadas (mortalidad infantil en municipios en donde el PEC brinda y no brinda atención) no difieren significativamente, con un nivel de seguridad del 95%.

Mortalidad Materna

Tabla 14.26
Análisis de Regresión de Poisson

```
. poisson mm sspec
```

```
Iteration 0: log likelihood = -9586.2211  
Iteration 1: log likelihood = -9586.2048  
Iteration 2: log likelihood = -9586.2048
```

Poisson regression

```
Number of obs = 256  
LR chi2(1) = 636.64  
Prob > chi2 = 0.0000  
Pseudo R2 = 0.0321
```

Log likelihood = -9586.2048

mm	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sspec	-.8027505	.0345098	-23.26	0.000	-.8703885	-.7351126
_cons	3.320644	.0144098	230.44	0.000	3.292401	3.348886

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

Si se aumentara en un punto la presencia del Programa de Extensión de Cobertura - PEC- en los municipios del departamento de Santa Rosa donde este no provee atención, el logaritmo de la mortalidad infantil se reduciría en 0.803 casos, con un nivel de confianza del 95%, por lo que podemos estar seguros de que en la repetición de pruebas en el 95% de los casos se incluiría este coeficiente de regresión de Poisson.

Tabla 14.27
Análisis de significancia - Prueba Estadística de wilcoxon

```
. ranksum mm, by( sspecmm)
Two-sample wilcoxon rank-sum (Mann-whitney) test
```

specmm	obs	rank sum	expected
0	182	24263	23387
1	74	8633	9509
combined	256	32896	32896

```
unadjusted variance 288439.67
adjustment for ties -81528.65
adjusted variance 206911.02
Ho: mm(specmm==0) = mm(specmm==1)
z = 1.926
Prob > |z| = 0.0541
```

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

De acuerdo al nivel del valor obtenido de significancia ($Z=0.0541$), el cual no es menor de 0.05 se rechaza la hipótesis de promedios por lo que las variables comparadas (mortalidad materna en municipios en donde el PEC brinda y no brinda atención) no difieren significativamente.

SOLOLA

Mortalidad Infantil

Tabla 14.28
Análisis de Regresión de Poisson

. poisson mi sspec

Iteration 0: log likelihood = -2070.5171
Iteration 1: log likelihood = -2070.5171

Poisson regression

Number of obs = 256
LR chi2(1) = 14.70
Prob > chi2 = 0.0001
Pseudo R2 = 0.0035

Log likelihood = -2070.5171

mi	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sspec	.1255772	.0323281	3.88	0.000	.0622152	.1889392
_cons	3.165196	.0141097	224.33	0.000	3.137542	3.192851

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

Si se aumentara en un punto la presencia del Programa de Extensión de Cobertura - PEC- en los municipios del departamento de Sololá donde este no provee atención, el logaritmo de la mortalidad infantil se reducirá en 0.125 casos, con un nivel de confianza del 95%.

Tabla 14.29
Análisis de significancia - Prueba Estadística t

. ttest mi, by(sspec)

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	212	23.6934	1.215097	17.69208	21.29811	26.08868
1	44	26.86364	2.231476	14.80193	22.36344	31.36384
combined	256	24.23828	1.077798	17.24477	22.11576	26.3608
diff		-3.17024	2.85552		-8.793752	2.453272

diff = mean(0) - mean(1)
Ho: diff = 0

t = -1.1102
degrees of freedom = 254

Ha: diff != 0
Pr(|T| > |t|) = 0.2680

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

De acuerdo al valor obtenido de significancia ($t=0.2680$) en consecuencia no se rechaza la hipótesis nula, por lo que la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Las variables comparadas (mortalidad infantil en municipios en donde el PEC brinda y no brinda atención) no difieren significativamente, con un nivel de seguridad del 95%.

Mortalidad Materna

Tabla 14.30
Análisis de Regresión de Poisson

```
. poisson mm sspec
```

```
Iteration 0: log likelihood = -16372.635
```

```
Iteration 1: log likelihood = -16372.635
```

```
Poisson regression
```

```
Number of obs = 256
```

```
LR chi2(1) = 19.67
```

```
Prob > chi2 = 0.0000
```

```
Pseudo R2 = 0.0006
```

```
Log likelihood = -16372.635
```

mm	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sspec	-.1267753	.0290048	-4.37	0.000	-.1836236	-.069927
_cons	3.59109	.0114035	314.91	0.000	3.568739	3.61344

Fuente: Elaboración propia.

Análisis

Si se aumentara en un punto la presencia del Programa de Extensión de Cobertura - PEC- en los municipios del departamento de Sololá donde este no provee atención, el logaritmo de la mortalidad infantil se reduciría en 0.128 casos, con un nivel de confianza del 95%, por lo que podemos estar seguros de que en la repetición de pruebas en el 95% de los casos se incluiría este coeficiente de regresión de Poisson.

Tabla 14.31
Análisis de significancia - Prueba Estadística de wilcoxon

. ranksum mm, by(sspecmm)

Two-sample wilcoxon rank-sum (Mann-whitney) test

specmm	obs	rank sum	expected
0	212	26109.5	27242
1	44	6786.5	5654
combined	256	32896	32896

unadjusted variance 199774.67

adjustment for ties -50627.26

adjusted variance 149147.40

Ho: mm(specmm==0) = mm(specmm==1)

z = -2.932

Prob > |z| = 0.0034

Análisis

De acuerdo al nivel del valor obtenido de significancia ($Z=0.0034$), el cual es menor de 0.05 se rechaza la hipótesis de promedios por lo que las variables comparadas (mortalidad materna en municipios en donde el PEC brinda y no brinda atención) difieren significativamente.

14.2 ANÁLISIS DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA DE EXTENSION DE COBERTURA, SEGÚN EL LOGRO DE LOS INDICADORES DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA -PEC-, POR DEPARTAMENTO PARA EL AÑO 2007.

A continuación se presenta el análisis de los resultados del estudio relacionados con la eficacia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, según el logro de los indicadores de acuerdo a lo reportado por el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA-PEC) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, en cada uno de los departamentos seleccionados para el estudio.

Se presenta la proporción de logro alcanzado esperado anual por indicador para cada uno de los departamentos seleccionados para el estudio, en base a la población meta definida y la correspondencia con la población atendida por el PEC.

Es importante destacar que varios de los indicadores analizados que miden las metas esperadas en la provisión de servicios de salud del PEC, tienen metas establecidas menores al 100%, lo cual deja descubierta a un importante número de usuarios de las poblaciones de los departamentos seleccionados para el estudio.

No se encontraron los argumentos técnicos en documentación evaluada sobre el PEC que fundamenten, el porque la no se cubre al 100% de los usuarios a los que esta dirigida la provisión de servicios de salud.

Se presenta únicamente el logro de indicadores del PEC para el año 2007, debido a que la información sobre al año 2001, se encontraba incompleta y en algunos casos inexistente.



Tabla 14.32
Logro alcanzado del Indicador 1
75% de embarazadas en primer control prenatal.

Departamento	Población	Casos	75% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	22.769	19.416	85,27
Baja Verapaz	4.855	3.476	71,60
Huehuetenango	24.223	14.939	61,67
Jalapa	4.326	3.219	74,41
Jutiapa	2.276	1.769	77,72
San Marcos	12.304	8.257	67,11
Santa Rosa	2.943	1.488	50,56
Sololá	5.997	4.346	72,47

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA

Únicamente los departamentos de Alta Verapaz y Jutiapa alcanzaron la meta de control prenatal prevista, encontrándose Jalapa muy cerca de la meta prevista.

Tabla 14.33
Logro alcanzado del Indicador 2
21% de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo.

Departamento	Población	Casos	21% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	23.131	5.574	24,10
Baja Verapaz	4.855	1.389	28,61
Huehuetenango	24.223	4.760	19,65
Jalapa	4.326	1.036	23,95
Jutiapa	2.276	893	39,24
San Marcos	12.304	3.482	28,30
Santa Rosa	2.943	508	17,26
Sololá	5.997	1.344	22,41

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA

Únicamente los departamentos de Huehuetenango y Santa Rosa, no alcanzaron la meta de captación de embarazadas antes de las 12 semanas de embarazo.

Tabla 14.34
Logro alcanzado del Indicador 3
40% de embarazadas con tres controles médicos.

Departamento	Población	Casos	40% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	23.131	8.174	35,34
Baja Verapaz	4.855	2.053	42,29
Huehuetenango	24.223	8.766	36,19
Jalapa	4.326	1.559	36,04
Jutiapa	2.276	963	42,31
San Marcos	12.304	4.459	36,24
Santa Rosa	2.943	592	20,12
Sololá	5.997	2.726	45,46

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Únicamente los departamentos de Baja Verapaz, Jutiapa y Sololá, alcanzaron la meta de tres controles médicos en las embarazadas.

Tabla 14.35
Logro alcanzado del Indicador 4
44% de puérperas que reciben un control médico en los primeros 40 días después del parto.

Departamento	Población	Casos	44% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	21.023	13.248	63,02
Baja Verapaz	4.403	2.858	64,91
Huehuetenango	22.022	9.984	45,34
Jalapa	3.932	1.959	49,82
Jutiapa	2.068	1.314	63,54
San Marcos	11.185	6.732	60,19
Santa Rosa	2.677	1.067	39,86
Sololá	5.449	3.683	67,59

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Únicamente el departamento de Santa Rosa no alcanzó la meta de puérperas que reciben un control prenatal en los primeros 40 días post parto.

Tabla 14.36
Logro alcanzado del Indicador 5
44% de recién nacidos con un control médico en los
primeros 28 días de nacido.

Departamento	Población	Casos	44% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	21.023	11.141	52,99
Baja Verapaz	4.403	2.533	57,53
Huehuetenango	22.022	8.819	40,05
Jalapa	3.932	1.695	43,11
Jutiapa	2.068	1.211	58,56
San Marcos	11.185	6.047	54,06
Santa Rosa	2.677	1.012	37,80
Sololá	5.449	3.336	61,22

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Únicamente los departamentos de Jalapa y Santa Rosa, alcanzaron la meta de un control médico para los recién nacidos en sus primeros 28 días de vida.

Tabla 14.37
Logro alcanzado del Indicador 6
17% de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años
recibiendo micro nutrientes.

Departamento	Población	Casos	17% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	148.309	30.230	20,38
Baja Verapaz	35.549	9.473	26,65
Huehuetenango	169.430	28.282	16,69
Jalapa	32.435	5.532	17,06
Jutiapa	20.576	4.321	21,00
San Marcos	90.202	23.009	25,51
Santa Rosa	30.192	3.169	10,50
Sololá	54.760	12.987	23,72

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Únicamente el departamento de Huehuetenango y Santa Rosa no alcanzaron la meta de mujeres en edad fértil de 15-49 años recibiendo micronutrientes.

Tabla 14.38
Logro alcanzado del Indicador 7
24% de usuarias nuevas en el año de 15 a 49 años utilizando
métodos de planificación familiar.

Departamento	Población	Casos	24% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	88.985	17.826	20,03
Baja Verapaz	21.438	5.240	24,44
Huehuetenango	101.660	16.660	16,39
Jalapa	19.462	2.794	14,36
Jutiapa	12.344	2.408	19,51
San Marcos	54.117	11.034	20,39
Santa Rosa	18.113	1.427	7,88
Sololá	32.854	3.615	11,00

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Únicamente el departamento de Baja Verapaz, cumplió la meta de nuevas usuarias de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar.

Tabla 14.39
Logro alcanzado del Indicador 8
60% de mujeres de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar
que son reabastecidas para el trimestre con métodos.

Departamento	Población	Casos	60% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	40.325	5.121	12,70
Baja Verapaz	11.994	1.737	14,48
Huehuetenango	35.421	3.234	9,13
Jalapa	6.738	1.022	15,17
Jutiapa	5.414	736	13,59
San Marcos	28.975	3.757	12,97
Santa Rosa	3.983	412	10,34
Sololá	9.101	657	7,22

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Ningún departamento alcanzó la meta de mujeres de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar que son reabastecidas para el trimestre con métodos.

Tabla 14.40
Logro alcanzado del Indicador 9
10% de mujeres que se han tomado una muestra de PAP/IVAA.

Departamento	Población	Casos	10% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	148.309	14.849	10,01
Baja Verapaz	35.549	3.303	9,29
Huehuetenango	169.430	10.441	6,16
Jalapa	32.435	2.160	6,66
Jutiapa	20.576	2.000	9,72
San Marcos	90.202	7.543	8,36
Santa Rosa	30.192	1.472	4,88
Sololá	54.760	3.505	6,40

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Únicamente el departamento de Alta Verapaz, alcanzó la meta de toma de una muestra de PAPA/IVAA en mujeres.

Tabla 14.41
Logro alcanzado del Indicador 10
10% de mujeres que cuentan con resultados de PAP/IVAA.

Departamento	Población	Casos	10% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	148.309	14.225	9,59
Baja Verapaz	35.549	3.235	9,10
Huehuetenango	169.430	9.771	5,77
Jalapa	32.435	1.995	6,15
Jutiapa	20.576	1.958	9,52
San Marcos	90.202	6.995	7,75
Santa Rosa	30.192	2.771	9,18
Sololá	54.760	3.110	5,68

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Ningún departamento alcanzó la meta de mujeres con resultados de PAPA/IVAA.

Tabla 14.42
Logro alcanzado del Indicador 11
90% de mujeres en edad fértil con 3era dosis de TDA.

Departamento	Población	Casos	90% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	148.309	73.539	49,58
Baja Verapaz	35.549	21.382	60,15
Huehuetenango	169.430	47.606	28,10
Jalapa	32.435	8.117	25,03
Jutiapa	20.576	6.408	31,14
San Marcos	90.202	38.058	42,19
Santa Rosa	30.192	6.615	21,91
Sololá	54.760	20.241	36,96

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Ningún departamento alcanzó la meta de mujeres en edad fértil con tercera dosis de TDA.

Tabla 14.43
Logro alcanzado del Indicador 12
95% de niños(as) menores de 1 año vacunados con BCG.

Departamento	Población	Casos	95% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	21.023	19.600	93,23
Baja Verapaz	4.403	4.305	97,77
Huehuetenango	22.022	17.467	79,32
Jalapa	3.932	4.077	100,00
Jutiapa	2.068	2.004	96,91
San Marcos	11.185	9.368	83,76
Santa Rosa	2.677	2.105	78,63
Sololá	5.449	4.718	86,58

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Únicamente los departamentos de Baja Verapaz, Jalapa y Jutiapa, alcanzaron la meta de menores de un año vacunados con BCG.

Tabla 14.44
Logro alcanzado del Indicador 13
95% de niños(as) menores de 1 año vacunados
con tercera dosis de OPV.

Departamento	Población	Casos	95% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	21.023	18.381	87,43
Baja Verapaz	4.403	4.185	95,05
Huehuetenango	22.022	15.938	72,37
Jalapa	3.932	3.771	95,91
Jutiapa	2.068	2.065	99,85
San marcos	11.185	9.351	83,60
Santa rosa	2.677	2.174	81,21
Sololá	5.449	4.393	80,62

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Únicamente los departamentos de Baja Verapaz, Jalapa y Jutiapa, alcanzaron la meta de menores de un año vacunados con OPV.

Tabla 14.45
Logro alcanzado del Indicador 14
95% de niños(as) menores de 1 año vacunados
con tercera dosis de Pentavalente.

Departamento	Población	Casos	95% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	21.023	18.274	86,92
Baja Verapaz	4.403	4.175	94,82
Huehuetenango	22.022	15.940	72,38
Jalapa	3.932	3.770	95,88
Jutiapa	2.068	2.065	99,85
San Marcos	11.185	9.352	83,61
Santa Rosa	2.677	2.280	85,17
Sololá	5.449	4.397	80,69

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Únicamente los departamentos de Baja Verapaz, Jalapa y Jutiapa, alcanzaron la meta de menores de un año vacunados con tercera dosis de vacuna pentavalente.

Tabla 14.46
Logro alcanzado del Indicador 15
95% de niños de 1 año de edad vacunados con Sarampión, Rubeola y Paperas (SPR).

Departamento	Población	Casos	95% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	21.023	15.244	76,81
Baja Verapaz	4.403	3.890	91,21
Huehuetenango	22.022	15.776	64,82
Jalapa	3.932	3.682	84,38
Jutiapa	2.068	1.959	88,83
San Marcos	11.185	9.053	77,81
Santa Rosa	2.677	1.038	57,80
Sololá	5.449	3.869	73,08

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Ningún departamento alcanzó la meta de menores de un año vacunados con vacuna SPR.

Tabla 14.47
Logro alcanzado del Indicador 16
90% de niños(as) menores de 1 año con 2 controles médicos.

Departamento	Población	Casos	90% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	21.023	15.244	72,51
Baja Verapaz	4.403	3.890	88,35
Huehuetenango	22.022	15.776	71,64
Jalapa	3.932	3.682	93,64
Jutiapa	2.068	1.959	94,73
San Marcos	11.185	9.053	80,94
Santa Rosa	2.677	1.038	38,70
Sololá	5.449	3.869	71,00

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Únicamente los departamentos de Jalapa y Jutiapa, alcanzaron la meta de dos controles médicos en niños menores de un año.

Tabla 14.48
Logro alcanzado del Indicador 17
90% de niños(as) menores de 1 año a menores de 5 años con
un control médico cada año.

Departamento	Población	Casos	90% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	85.330	63.446	74,35
Baja Verapaz	19.540	16.033	82,05
Huehuetenango	86.773	52.237	60,20
Jalapa	17.983	10.375	57,69
Jutiapa	9.288	7.353	79,17
San Marcos	47.792	34.939	73,11
Santa Rosa	12.905	5.216	40,42
Sololá	23.689	17.250	72,82

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Ningún departamento alcanzó la meta de un control médico en niños de uno a cinco años.

Tabla 14.49
Logro alcanzado del Indicador 18
100% de casos de neumonías en niños menores de 5 años
que reciben tratamiento.

Departamento	Población	Casos	100% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	5.637	1.156	20,51
Baja Verapaz	2.332	508	21,78
Huehuetenango	2.369	577	24,36
Jalapa	649	98	15,10
Jutiapa	227	40	17,62
San Marcos	3.325	726	21,83
Santa Rosa	385	262	68,05
Sololá	1.294	265	20,48

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Ningún departamento alcanzó la meta de niños menores de cinco años con neumonía que reciben tratamiento.

Tabla 14.50
Logro alcanzado del Indicador 19
INDICADOR 19: 100% de casos de diarrea en niños
menores de 5 años reciben SRO.

Departamento	Población	Casos	100% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	6.449	1.158	17,96
Baja Verapaz	4.531	877	19,36
Huehuetenango	7.342	1.379	18,78
Jalapa	1.892	204	10,78
Jutiapa	1.134	154	13,58
San Marcos	6.505	1.042	16,02
Santa Rosa	358	581	100,00
Sololá	2.197	383	17,43

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Únicamente el departamento de Santa Rosa, alcanzó la meta de niños menores de cinco años con diarrea que reciben SRO.

Tabla 14.51
Logro alcanzado del Indicador 20
55% de niños menores de 2 años con al menos un
control de peso en el trimestre.

Departamento	Población	Casos	55% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	42.039	25.270	60,11
Baja Verapaz	9.331	6.841	73,31
Huehuetenango	2.892	969	33,51
Jalapa	8.217	4.513	54,92
Jutiapa	4.315	2.815	65,24
San Marcos	22.760	15.601	68,55
Santa Rosa	5.737	2.615	45,58
Sololá	11.124	7.507	67,48

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Únicamente los departamentos de Huehuetenango, Jalapa y Santa Rosa, no alcanzaron la meta de un control médico para los recién nacidos en sus primeros 28 días de vida.

Tabla 14.52
Logro alcanzado del Indicador 21
55% de niños menores de 2 años con dos controles
de peso seguidos.

Departamento	Población	Casos	55% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	109.464	22.732	20,77
Baja Verapaz	27.753	5.425	19,55
Huehuetenango	110.251	22.053	20,00
Jalapa	20.279	3.383	16,68
Jutiapa	11.893	2.579	21,69
San Marcos	69.982	12.935	18,48
Santa Rosa	12.393	2.400	19,37
Sololá	32.168	6.390	19,86

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Ningún departamento alcanzó la meta de niños menores de dos años con dos controles de peso seguidos.

Tabla 14.53
Logro alcanzado del Indicador 22
70% de niños de 2 años a menores de 3 años con un
control de peso en el trimestre.

Departamento	Población	Casos	70% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	21.698	14.604	67,31
Baja Verapaz	4.691	3.563	75,95
Huehuetenango	23.106	14.905	64,51
Jalapa	4.801	3.242	67,53
Jutiapa	2.255	1.800	79,82
San Marcos	12.034	7.900	65,65
Santa Rosa	3.300	1.685	51,06
Sololá	6.232	4.477	71,84

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Únicamente los departamentos de Baja Verapaz, Jutiapa y Sololá alcanzaron la meta de niños de dos a tres años de edad con un control de peso trimestral.

Tabla 14.54
Logro alcanzado del Indicador 23
85% de niños menores de 1 año suplementados con 1 dosis
de Vitamina A a partir de los 6 meses de edad.

Departamento	Población	Casos	85% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	21.023	16.206	77,09
Baja Verapaz	4.430	4.013	90,59
Huehuetenango	22.022	15.993	72,62
Jalapa	3.932	3.388	86,16
Jutiapa	2.068	1.981	95,79
San Marcos	11.185	8.604	76,92
Santa Rosa	2.677	1.767	66,01
Sololá	5.449	4.507	82,71

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Únicamente los departamentos de Baja Verapaz, Jalapa y Jutiapa alcanzaron la meta de niños menores de un año suplementados con una dosis de Vitamina A a partir de los 6 meses de edad.

Tabla 14.55
Logro alcanzado del Indicador 24
55% de niños de 1 año a menores de 5 años suplementados
con 2da dosis de Vitamina A cada año.

Departamento	Población	Casos	55% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	85.330	29.219	34,24
Baja Verapaz	20.077	9.872	49,17
Huehuetenango	86.773	22.631	26,08
Jalapa	17.983	5.223	29,04
Jutiapa	9.288	4.199	45,21
San Marcos	47.792	19.983	41,81
Santa Rosa	12.905	2.819	21,84
Sololá	23.689	8.234	34,76

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Ningún departamento alcanzó la meta de niños de 1 a 5 años suplementados con segunda dosis de Vitamina A cada año.

Tabla 14.56
Logro alcanzado del Indicador 25
INDICADOR 25: 60% de niños menores de 1 año con entrega
de sulfato ferroso para 3 meses.

Departamento	Población	Casos	60% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	21.023	4.402	20,94
Baja Verapaz	4.403	1.907	43,31
Huehuetenango	22.022	6.035	27,40
Jalapa	3.932	1.513	38,48
Jutiapa	2.068	715	34,57
San Marcos	11.185	3.656	32,69
Santa Rosa	2.677	667	24,92
Sololá	5.449	1.800	33,03

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Ningún departamento alcanzó la meta de niños menores de 1 año con entrega de sulfato ferroso para tres meses.

Tabla 14.57
Logro alcanzado del Indicador 26
60% de niños de 1 a menores de 5 años con entrega de
sulfato ferroso para 3 meses.

Departamento	Población	Casos	60% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	85.330	20.091	23,55
Baja Verapaz	20.077	10.382	51,71
Huehuetenango	86.773	26.771	30,85
Jalapa	17.983	7.379	41,03
Jutiapa	9.288	3.720	40,05
San Marcos	47.792	22.188	46,43
Santa Rosa	12.905	5.357	41,51
Sololá	23.689	10.697	45,16

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Ningún departamento alcanzó la meta de niños de uno a cinco años con entrega de sulfato ferrosos para tres meses.

Tabla 14.58
Logro alcanzado del Indicador 27
80% de cobertura de vacunación canina.

Departamento	Población	Casos	80% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	105.215	66.546	63,25
Baja Verapaz	25.850	27.584	100,00
Huehuetenango	110.166	38.503	34,95
Jalapa	23.189	21.386	92,22
Jutiapa	14.224	1.782	12,53
San Marcos	63.577	50.208	78,97
Santa Rosa	21.001	2.865	13,64
Sololá	33.966	3.776	11,12

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Únicamente los departamentos de Baja Verapaz y Jalapa, alcanzaron la meta de la vacunación canina.

Tabla 14.59
Logro alcanzado del Indicador 28
100% de comadronas tradicionales activas son capacitadas.

Departamento	Población	Casos	100% logro esperado anual del indicador
Alta Verapaz	1.606	2.073	100,00
Baja Verapaz	536	551	100,00
Huehuetenango	1.916	1.626	84,88
Jalapa	390	402	100,00
Jutiapa	807	744	92,19
San Marcos	330	276	83,74
Santa Rosa	524	484	92,43
Sololá	1.606	2.073	100,00

Fuente: Elaboración propia datos SIGSA.

Únicamente los departamentos de Alta Verapaz, Baja Verapaz, Jalapa y Sololá, alcanzaron la meta de comadronas tradicionales activas capacitadas.

14.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En las últimas décadas en todo el mundo se han logrado mejoras significativas en materia de salud tal y como lo demuestran las mejoras en la esperanza de vida y acceso a la atención de la salud. Es de reconocer los avances que existen en la salud humana en todo el mundo debido a ello muchas personas llevan una vida más prolongada y más sana que antes, muchas otras carecen del acceso a la asistencia sanitaria más elemental, y, en el caso de algunos servicios fundamentales, se ha ensanchado la brecha que separa a los que reciben asistencia sanitaria de los que carecen de ella. Sin embargo, reconocer los éxitos del pasado no debe impedir apreciar la magnitud y la gravedad de los desafíos que aún quedan por delante, en particular en países en vías de desarrollo como es el caso de Guatemala.

Una alta proporción de niños y madres en países como Guatemala, mueren por causas prevenibles cada año. A pesar de una serie de intervenciones médicas muy eficaces que han sido identificados, los niveles de cobertura de servicios de salud continua siendo demasiado bajo en los países en desarrollo. Con el propósito de mejorar esta situación los gobiernos han estado experimentando la contratación de la prestación de servicios de salud por proveedores privados.

La evidencia sobre la efectividad del modelo de provisión de servicios de salud por proveedores privados contratados por los gobiernos es limitada en volumen y calidad. El objetivo de este estudio es contribuir a llenar este vacío mediante la estimación del impacto de una contratación a gran escala de proveedores privados en la prestación de servicios de salud a población postergada en Guatemala.

El objetivo del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- es mejorar el Estado de Salud de la Población Guatemalteca a través de aumentos en la Cobertura de Servicios Básicos de Salud, Modernización Institucional e Inversiones en Servicios materno-infantiles, aumentando la Cobertura y la Calidad de los Servicios Básicos de Salud para poblaciones pobres del área rural; a través de la contratación competitiva en la adquisición de servicios de salud a proveedores privados -ONGs-.

Al inicio del PEC, el Sector Salud de Guatemala se caracterizaba por la baja cobertura y la desigual prestación de los Servicios de Salud, el escaso financiamiento para apoyar la extensión de cobertura de servicios a las poblaciones pobres y la ineficiencia en la aplicación de los recursos.

La extensión de cobertura es una continuación del esfuerzo que el Gobierno viene realizando desde 1997 para llevar servicios de salud al 46% de la población que antes de 1996 no tenía acceso físico a las instalaciones de la red de servicios de salud del MSPAS.

Este componente se formuló teniendo en cuenta los siguientes objetivos: i) complementar los esfuerzos del Gobierno para extender la cobertura de Servicios Básicos de Salud a poblaciones pobres del área rural; ii) modernizar el Proceso de Adquisiciones de Servicios de Salud, pasando progresivamente hacia procedimientos competitivos; (iii) promover el desarrollo de innovaciones técnicas y administrativas en el Suministro (tanto público y como privado) de Servicios Básicos de Salud y iv) fortalecer la capacidad del MSPAS para Monitorear y Evaluar el Programa de Extensión de Cobertura.

Los resultados más importantes que se esperaban con la ejecución de este programa son, en primer lugar, el de garantizar con la dinámica del proceso de ampliación en la cobertura de Servicios Básicos de Salud sin reducir las coberturas vigentes ni el nivel actual de gasto público en salud básica y en segundo lugar, el de garantizar una implementación del Proceso de Contratación de Servicios a través de un esquema que sea progresivamente más institucionalizado, de tal forma que el MSPAS interiorice dentro de sus procesos de gestión esta modalidad de Provisión de Servicios y en tercer lugar, implantar un Marco Institucional que asegure el Monitoreo y Evaluación a la Calidad de los Servicios y al Desempeño de los Proveedores

Este conjunto de resultados, en el largo plazo se traduce en la modernización de la función de compra de servicios, en el mejoramiento de la calidad y por ende de la salud de los guatemaltecos pobres.

El PEC provee servicios básicos de salud con carácter gratuito para la población, enfocados a proveer atención integral dirigidos a: la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y período de lactancia; al niño(a) preescolar, ofrecer educación en salud y nutrición de menores de 5 años; y atender la demanda por urgencias, morbilidad general y atención al ambiente.

El personal responsable de proveer estos servicios en el PEC, se organiza en equipos básicos de salud –EBS- móviles o ambulatorios, quienes ofertan los servicios que están contemplados en la cartera del primer nivel de atención del MSPAS en un centro de convergencia o centro comunitario ubicado en cada una de las jurisdicciones cubiertas. Dado que ofrecen servicios de salud a comunidades

postergadas y de difícil acceso, programan sus actividades de tal manera que visiten los centros de convergencia en giras o rondas mensuales.

Una característica especial es que los EBS están conformados por personal institucional (médico/a o enfermera profesional, auxiliares de enfermería calificadas en atención materno neonatal, facilitador institucional -que puede ser un técnico en salud rural o auxiliar de enfermería- y educadora) y por personal comunitario.

La oferta de servicios de salud se forma en parte por las políticas y acciones del gobierno, específicamente los recursos de que dispone un país y la manera como el gobierno fija las prioridades en el sector de la salud dentro de su programa de desarrollo. Además, los gobiernos tienen alternativas sobre cómo asignar en la mejor forma sus recursos dentro del sector de la salud —entre distintos tipos de servicios de salud, entre distintos modos de financiación y prestación de servicios y entre distintos tipos de servicios—, todos los cuales tienen implicaciones para el mejoramiento de la salud de los pobres.

Mientras que los estudios médicos y epidemiológicos han producido evidencia clara de lo que las estrategias se pueden utilizar para combatir enfermedades que representan la mayor carga de morbilidad y mortalidad, lo que no está tan claro es cuál es la mejor estrategia para ofrecer estos servicios a los pobres. La base de conocimientos para el diseño, implementación y mantenimiento de la prestación efectiva se encuentra dispersa y en la mayoría de los casos un contexto específico.

La necesidad de aumentar la provisión de servicios de salud, junto con las limitaciones inherentes a los programas del sector público en los países en desarrollo

como Guatemala ha impulsado el interés en experimentar de la prestación de los servicios de salud por proveedores privados, por lo general son organizaciones no gubernamentales. Este modelo de provisión de servicios de salud se propuso basado en la consideración de que la contratación externa de servicios aumentaría el acceso a los servicios de salud, al permitir a los proveedores competir, a través de la gestión por resultados, y por medio de fuertes incentivos que vinculan los pagos a proveedores para el logro de objetivos predefinidos.

A pesar de la creciente popularidad contratación de servicios fuera del sector salud para la provisión de servicios de salud en países en desarrollo, en general su eficacia en el desempeño del sistema de salud aún no es concluyente. Excepto por evidencia sustancial del efecto positivo de contratación externa en materia de acceso a servicios de salud y algunas pruebas en una mayor equidad en el acceso, hay poca evidencia de impacto de contratación externa de la calidad y eficiencia. La mayoría de los estudios sobre la evaluación de la subcontratación de proyectos se hace en relación a los objetivos del proyecto estrictamente especificados, y no contra metas del sistema de salud. Por esta razón, las conclusiones de los efectos positivos relativos a nivel de proyecto no puede referirse a nivel del sistema de salud.

Los efectos de la contratación externa son susceptibles de ser influenciados por las características de la relación contractual entre el comprador y el gobierno contrató proveedores. Varias características que pueden ser importantes a considerar son: 1) el tipo de servicios cubiertos por el contrato, 2) la formalidad del contrato, 3) la duración del contrato, 4) selección del proveedor, 4) la especificación de los requisitos de rendimiento, y 5) mecanismos de pago.

Según Liu et al. (2008), existen una serie de deficiencias de la contratación de los servicios de proveedores privados de servicios de salud. En primer lugar, los importantes costes administrativos están involucrados en esta modalidad de provisión de servicios. En segundo lugar, los supuestos sobre el número de proveedores potenciales en un mercado que permita hacer una oferta competitiva han demostrado ser poco realista en muchos lugares. En tercer lugar, la contratación externa puede producir una mayor fragmentación del sistema de salud. En cuarto lugar, los gobiernos con escasa capacidad de prestación de servicios puede ser incapaz de controlar adecuadamente los proveedores privados. Por último, vincular los pagos a los resultados previamente especificados puede dar incentivos a los proveedores para jugar con el sistema, tales como mover los recursos de manera desmedida en función de los resultados medidos.

14.3.1 EFICACIA DEL PROGRAMA DE DE EXTENSIÓN DE COBERTURA -PEC-

A principios de la década de 1990, solamente el 54% de la población guatemalteca tenía acceso a algún tipo de servicio de salud. Para el 2004, según el MSPAS, esta proporción se había incrementado al 89.7%. De este total, la red de servicios del MSPAS le ofrecía cobertura al 47.4% de la población, mientras otro 23.7% fue cubierta por los programas de extensión de cobertura impulsados por el ministerio; un 10.4% adicional fue atendido por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS– y el 8.1% por servicios privados lucrativos¹¹.

En 1994, entre el IGSS y el MSPAS únicamente se brindaban servicios de salud al 45% de la población total, mayoritariamente en las zonas urbanas¹². La estructura de los servicios de salud para este momento estaba conformada en tres niveles de atención.

Por estas condiciones poblacionales, un programa de extensión de cobertura de servicios de salud, que fuera principalmente comunitario enfocado en salud preventiva, era el modelo más apropiado para mejorar la situación de salud, implementarlo con éxito, requirió del respaldo político, la capacidad técnica y la disponibilidad de recursos.

Oficialmente, el Programa de Extensión de Cobertura –PEC- inició su ejecución en 1997 dentro de las actividades apoyadas por un préstamo sectorial entre el Banco Interamericano de Desarrollo -BID- y el Gobierno de Guatemala que se firmó en

¹¹ Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala 2005

¹² Plan Operativo Anual 1994. MSPAS.

1995¹³. A esta iniciativa, siete años más tarde se sumaron otras agencias de cooperación, como la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos -AID- que por muchos años había trabajado y sistematizado programas de atención a la madre y el niño –estrategia AIEPI AINM-C; las ONG internacionales, Plan Internacional e INTERVIDA y el Banco Mundial que promovía la eficacia y eficiencia de las finanzas públicas.

Desde el inicio del programa, se concibió que los proveedores de los servicios debieran ser las entidades que estuvieran o trabajaran más cercanamente con las comunidades beneficiarias. Por ello, para la implementación del Programa, el MSPAS suscribió convenios anuales con Organizaciones Privadas o No Gubernamentales sin fines de lucro - ONG- Se definió una población de 10,000 habitantes como la “unidad de atención” y se conformaron equipos de salud para proveer los servicios. El PEC revolucionó el Sistema de Salud de Guatemala, puesto que integró **el nivel comunitario** a los tres niveles de atención que tradicionalmente existían.

14.3.1.1. Servicios y Cobertura del Programa de Extensión de Cobertura

El MSPAS definió un conjunto de servicios básicos de salud que ofrece el PEC, los cuales están orientados a prevenir o atender los principales problemas de salud que afectan a la población materno infantil en las comunidades que se atienden principalmente rurales e indígenas.

¹³ Préstamo GU-0023 Programa Sectorial de Salud. BID-Gobierno de Guatemala. Componente Reorganización del Sistema de Atención de Salud. Guatemala julio 1994.

Los servicios están divididos en cuatro componentes:

1. Atención integral a la mujer (embarazo, parto, puerperio y atención a mujeres en edad fértil);
2. Atención integral a la niñez (niños y niñas menores de 5 años);
3. Atención a la demanda por morbilidad y urgencias;
4. Atención del ambiente.

Estos componentes incluyen acciones de educación en salud, manejo de medicamentos básicos y medicina tradicional; consideran el perfil epidemiológico, el enfoque de riesgo, de género, así como los aspectos psicosociales en la promoción de la salud, en el marco del desarrollo integral.

Los Servicios Básicos de Salud -SBS- se brindan en la vivienda, en el centro de convergencia, clínicas municipales y en las organizaciones en el primer nivel de atención en salud. Estos consideran acciones tales como: controles médicos a través de consultas realizadas por médico o paramédico, control prenatal, sesiones de monitoreo y promoción del crecimiento, vacunación, suplementos de vitaminas y minerales, provisión de medicamentos en de morbilidad. Se provee alrededor de 30 acciones o servicios de salud que están dirigidas a la mujer, a niños menores de cinco años y a la población en general, que incluyen capacitación, charlas informativas y consejería familiar.

La provisión de servicios de salud por el Programa de Extensión de Cobertura -PEC- difiere con los servicios tradicionales del MSPAS, dado que no tienen población cautiva, ni responden a la demanda, por el contrario, se desarrolla en comunidades

de difícil acceso, dispersas, sin otros servicios, con bajo nivel educativo, a través de equipos que se desplazan diariamente.

A pesar de que Oficialmente, el Programa de Extensión de Cobertura -PEC- inició su ejecución en 1997, no fue sino hasta el año 2005 que se definieron indicadores de medición para cada acción provista; actualmente se cuenta con 28 indicadores que se utilizan para evaluar trimestralmente el desempeño de las ONG.

En los últimos años, los gobiernos en Guatemala han estado experimentando la contratación de la prestación de servicios de salud por Programa de Extensión de Cobertura -PEC, sin embargo la evidencia sobre la eficacia de este modelo de provisión es limitada. En este trabajo, el objetivo es contribuir a llenar este vacío mediante la estimación del impacto del programa de extensión de cobertura de servicios de salud del país.

Se realiza un análisis cuantitativo de acuerdo a las variables de estudio: Variables de resultado, Variables de exposición y Variables que miden la intervención.

Se utilizaron como indicadores trazadores la Mortalidad Infantil y la Razón de Mortalidad Materna) en las áreas de salud que tuvieron y no tuvieron provisión de servicios de salud a cargo del Programa de Extensión de Cobertura -PEC-.

El análisis de la datos considero la utilización del Modelo de Regresión Logística de Poisson y se realizó para el análisis de la mortalidad infantil y materna en áreas de salud seleccionadas que tuvieron y no tuvieron provisión de servicios de salud a cargo del Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, se utilizó la prueba de t de

Student por tener una distribución normal los datos y para el caso de la mortalidad materna por no tener una distribución normal se utilizó la prueba de significancia de Wilcoxon.

El análisis de los resultados se realiza de acuerdo al orden establecido en los objetivos del estudio.

14.3.1.2. Eficacia del Programa de Extensión de cobertura sobre Mortalidad

Infantil

Alrededor de seis millones de niños mueren por causas prevenibles cada año. A pesar de una serie de intervenciones médicas muy eficaces han sido identificados, sus niveles de cobertura sigue siendo demasiado pobre en los países en desarrollo.

Las ganancias de bienestar en los países en desarrollo como es el caso de Guatemala en las últimas cuatro décadas se puede atribuir a mejoras en la longevidad y la salud (Becker et al. 2005), y la reducción de la mortalidad infantil han jugado un papel clave en estos logros.

A pesar de estos avances, en la mortalidad infantil, llama la atención que cada año se siguen muriendo niños por enfermedades que podrían haber sido fácilmente prevenidas o tratadas. Una alta proporción de muertes son causadas por la diarrea que se tratarse efectivamente con terapia de rehidratación oral. Así mismo se siguen muriendo niños por neumonía, las enfermedades que pueden prevenirse de manera sustancial o tratados con éxito mediante medidas baratas y sencillas. Proporcionar alimentación complementaria, administración de vitamina A y zinc, entre otros, ha

sido identificado como medidas para reducir sustancialmente la mortalidad infantil en muchos países en desarrollo (Jones et al, 2003).

Diversos estudios brindan evidencia clara de las estrategias que se pueden utilizar para combatir enfermedades con una alta mortalidad materno infantil, lo que no está tan claro es cuál es la mejor forma para ofrecer estos servicios a las poblaciones excluidas. Las deficiencias en la prestación de atención médica son más evidentes en distintos estudios en los que se ha encontrado un pequeño impacto como producto del aumento en el gasto en salud en la mejora de la salud de la población, (Musgrove, 1996; Filmer y Pritchett, 1999). Filmer y Pritchett (2000) estos resultados negativos se deben a los desafíos y limitaciones que enfrentan los gobiernos en relación a la adecuada regulación y evaluación de de la prestación privada de de servicios de salud.

14.3.1.3 Mortalidad Infantil

A) Mortalidad Infantil en Alta Verapaz

El análisis de de los datos sobre el impacto del programa de extensión de cobertura en el departamento de Alta Verapaz, utilizando el modelo de Regresión Logística de Poisson -RLP-, permitió determinar que la presencia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en los municipios del Área de Salud de Alta Verapaz donde este no provee atención, la mortalidad infantil puede reducirse. (*coef*-0.15678, *p*: 0.000, *IC* 95%: 0.2426065 y 0.0708747).

Al evaluar la significancia de los resultados aplicando la prueba estadística de t-test de acuerdo al valor obtenido ($t=0.0177$), no se rechaza la hipótesis nula y la

diferencia encontrada puede ser explicada por el azar. Por lo que existe diferencia de mortalidad infantil entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud. (IC 95%:19.26065 y 22.03102).

A pesar de encontrar diferencias estadísticamente en significativas de la mortalidad infantil entre municipios en los que el PEC presta y no presta servicios de salud, además se econtró *un bajo alcance de las metas de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa de extensión de cobertura para la atención infantil.*

La mayoría - trece de catorce - de los indicadores de la atención infantil bajo responsabilidad del PEC, muestran bajo alcance en las metas establecidas:

Indicador 13: 95% de niños(as) menores de 1 año vacunados con tercera dosis de OPV / logro-87% , **Indicador 14:** 95% de niños(as) menores de 1 año vacunados con tercera dosis de Pentavalente / logro-87% , **Indicador 15:** 95% de niños de 1 año de edad vacunados con SPR / logro-77% , **Indicador 16:** 90% de niños de 1 año con 2 controles médicos / logro-72% , **Indicador 17:** 90% de niños(as) menores de 1 a menores de 5 años con 1 control médico cada año / logro-74% , **Indicador 18:** 100% de casos de neumonías en niños menores de 5 años que reciben tratamiento / logro-20% , **Indicador 19:** 100% de casos de diarrea en niños menores de 5 años reciben SRO / logro-18% , **Indicador 21:** 55% de niños menores de 2 años con dos controles de peso seguidos / logro-21% , **Indicador 22:** 70% de niños de 2 años a menores de 3 años con un control de peso en el trimestre / logro-67% , **Indicador 23:** 85% de niños menores de 1 año suplementados con 1 dosis de Vitamina A a partir de los 6 meses de edad / logro-77% , **Indicador 24:** 55% de niños de 1 año a menores de 5

años suplementados con 2da dosis de Vitamina A cada año / logro-34% , **Indicador 25:** 60% de niños menores de 1 año con entrega de sulfato ferroso para 3 meses / logro-21% , **Indicador 26:** 60% de niños de 1 a menores de 5 años con entrega de sulfato ferroso para 3 meses / logro-23% .

Estos hallazgos son contradictorios, debido a que los indicadores de atención infantil del PEC, incluyen medidas de atención que la evidencia en el campo de la salud pública ha demostrado ser eficaces la disminución de la mortalidad infantil.

No se alcanzó la meta esperada en la mayoría –trece de catorce- de los indicadores de la atención infantil en los municipios del departamento de Huehuetenango donde el PEC presta servicios para la atención infantil, por lo que incumplió en desarrollar acciones tendientes a proveer la atención integral necesaria para la prevención de enfermedades de este grupo de población.

En el caso del **Indicador 20:** 55% de niños menores de 2 años con al menos un control de peso en el trimestre / logro-60% , se superó la meta esperada, esto se explica por que los proveedores brindan atención a una proporción mayor de población definida para fines de la meta establecida para dicho indicador.

B) Mortalidad Infantil en Baja Verapaz

El análisis de de los datos sobre el impacto del programa de extensión de cobertura en el departamento de Baja Verapaz, utilizando el modelo de Regresión Logística de Poisson -RLP- , permitió determinar que la presencia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en los municipios del Área de Salud de Baja Verapaz donde este no

provee atención, la mortalidad infantil puede reducirse. (coef-0.6958511, p: 0.000, IC 95%: 0.216491 y 0.1768523).

Al evaluar la significancia de los resultados aplicando la prueba estadística de t-test de acuerdo al valor obtenido (t=0.0957), se rechaza la hipótesis nula y la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Por lo que no existe diferencia de mortalidad infantil entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud. (IC 95%: 17.37365 y 20.03111).

No se encontró diferencia estadísticamente significativa de la mortalidad infantil entre municipios en los que el PEC presta y no presta servicios de salud, *se encontró un bajo alcance de las metas de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa de extensión de cobertura para la atención infantil.*

La mayoría - trece de catorce - de los indicadores de la atención infantil bajo responsabilidad del PEC, muestran bajo alcance en las metas establecidas:

Indicador 13: 95% de niños(as) menores de 1 año vacunados con tercera dosis de OPV / logro-95% , **Indicador 14:** 95% de niños(as) menores de 1 año vacunados con tercera dosis de Pentavalente / logro-94% , **Indicador 15:** 95% de niños de 1 año de edad vacunados con SPR / logro-91% , **Indicador 16:** 90% de niños de 1 año con 2 controles médicos / logro-88% , **Indicador 17:** 90% de niños(as) menores de 1 a menores de 5 años con 1 control médico cada año / logro-74% , **Indicador 18:** 100% de casos de neumonías en niños menores de 5 años que reciben tratamiento / logro-22% , **Indicador 19:** 100% de casos de diarrea en niños menores de 5 años reciben SRO / logro-19% , **Indicador 21:** 55% de niños menores de 2 años con dos controles de peso seguidos / logro-19% , **Indicador 22:** 70% de niños de 2 años a menores de

3 años con un control de peso en el trimestre /logro-73% , **Indicador 23:** 85% de niños menores de 1 año suplementados con 1 dosis de Vitamina A a partir de los 6 meses de edad / logro-90% , **Indicador 24:** 55% de niños de 1 año a menores de 5 años suplementados con 2da dosis de Vitamina A cada año / logro-49% , **Indicador 25:** 60% de niños menores de 1 año con entrega de sulfato ferroso para 3 meses / logro-43% , **Indicador 26:** 60% de niños de 1 a menores de 5 años con entrega de sulfato ferroso para 3 meses / logro-52% .

No se alcanzó la meta esperada en la mayoría –trece de catorce- de los indicadores de la atención infantil en los municipios del departamento de Baja Verapaz donde el PEC presta servicios para la atención infantil, por lo que incumplió en desarrollar acciones tendientes a proveer la atención integral necesaria para la prevención de enfermedades de este grupo de población.

Estos hallazgos pueden explicar la no diferencia encontrada en la mortalidad infantil en los municipios del departamento de Baja Verapaz donde el PEC presta servicios para la atención infantil.

En el caso del **Indicador 20:** 55% de niños menores de 2 años con al menos un control de peso en el trimestre / logro-73% , se superó la meta esperada, esto se explica por que los proveedores brindan atención a una proporción mayor de población definida para fines de la meta establecida para dicho indicador. Sin embargo a pesar de sobre pasar la meta esperada para el este indicador, la mortalidad mortalidad infantil entre municipios en los que el PEC presta y no presta

servicios de salud no tuvo ninguna variabilidad, porque son las medidas de atención en su conjunto las que se espera produzca impacto en su reducción.

C) Mortalidad Infantil en Huehuetenango

El análisis de de los datos sobre el impacto del programa de extensión de cobertura en el departamento de Huehuetenango, utilizando el modelo de Regresión Logística de Poisson -RLP- , permitió determinar que la presencia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en los municipios del Área de Salud de Baja Verapaz donde este no provee atención, la mortalidad infantil puede reducirse. (*coef-0.1364511, p: 0.000, IC 95%: 0.789376 y 0.1939647*).

Al evaluar la significancia de los resultados aplicando la prueba estadística de t-test de acuerdo al valor obtenido ($t=0.1727$), se rechaza la hipótesis nula y la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Por lo que no existe diferencia de mortalidad infantil entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud. (*IC 95%: 14.92654 y 18.53775*).

No se encontró diferencia estadísticamente significativa de la mortalidad infantil entre municipios en los que el PEC presta y no presta servicios de salud, *se encontró un bajo alcance de las metas de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa de extensión de cobertura para la atención infantil.*

En ninguno de los indicadores de la atención infantil bajo responsabilidad del PEC se alcanzó las metas establecidas: **Indicador 13:** *95% de niños(as) menores de 1 año vacunados con tercera dosis de OPV / logro-72%* , **Indicador 14:** *95% de niños(as) menores de 1 año vacunados con tercera dosis de Pentavalente / logro-72%* ,

Indicador 15: 95% de niños de 1 año de edad vacunados con SPR / logro-65% ,
Indicador 16: 90% de niños de 1 año con 2 controles médicos / logro-72%
Indicador 17: 90% de niños(as) menores de 1 a menores de 5 años con 1 control
médico cada año / logro-60% , **Indicador 18:** 100% de casos de neumonías en niños
menores de 5 años que reciben tratamiento / logro-24% , **Indicador 19:** 100% de
casos de diarrea en niños menores de 5 años reciben SRO / logro-19% , **Indicador**
20: 55% de niños menores de 2 años con al menos un control de peso en el trimestre
/ logro-33% **Indicador 21:** 55% de niños menores de 2 años con dos controles de
peso seguidos / logro-20% , **Indicador 22:** 70% de niños de 2 años a menores de 3
años con un control de peso en el trimestre / logro-64% , **Indicador 23:** 85% de niños
menores de 1 año suplementados con 1 dosis de Vitamina A a partir de los 6 meses
de edad / logro-73% , **Indicador 24:** 55% de niños de 1 año a menores de 5 años
suplementados con 2da dosis de Vitamina A cada año / logro-26% , **Indicador 25:**
60% de niños menores de 1 año con entrega de sulfato ferroso para 3 meses /
logro-27% , **Indicador 26:** 60% de niños de 1 a menores de 5 años con entrega de
sulfato ferroso para 3 meses / logro-31% .

No se alcanzó la meta esperada en ninguno de los indicadores de la atención infantil en los municipios del departamento de Huehuetenango donde el PEC presta servicios para la atención infantil, por lo que incumplió en desarrollar acciones tendientes a proveer la atención integral necesaria para la prevención de enfermedades de este grupo de población.

D) Mortalidad Infantil en Jalapa

El análisis de los datos sobre el impacto del programa de extensión de cobertura en el departamento de Jalapa, utilizando el modelo de Regresión Logística de Poisson -RLP-, permitió determinar que la presencia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en los municipios del Área de Salud de Baja Verapaz donde este no provee atención, la mortalidad infantil puede reducirse. (coef-0.1190523, p: 0.000, IC 95%: 0.583672 y 0.1797374).

Al evaluar la significancia de los resultados aplicando la prueba estadística de t-test de acuerdo al valor obtenido ($t=0.4159$), se rechaza la hipótesis nula y la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Por lo que no existe diferencia de mortalidad infantil entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud. (IC 95%: 11.99625 y 17.14661).

No se encontró diferencia estadísticamente significativa de la mortalidad infantil entre municipios en los que el PEC presta y no presta servicios de salud, *se encontró un bajo alcance de las metas de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa de extensión de cobertura para la atención infantil.*

La mayoría - once de catorce - de los indicadores de la atención infantil bajo responsabilidad del PEC, muestran bajo alcance en las metas establecidas:

Indicador 14: 96% de niños(as) menores de 1 año vacunados con tercera dosis de Pentavalente / logro-72% , **Indicador 15:** 95% de niños de 1 año de edad vacunados con SPR / logro-84% , **Indicador 16:** 90% de niños de 1 año con 2 controles médicos / logro-93% , **Indicador 17:** 90% de niños(as) menores de 1 a menores de 5 años con 1 control médico cada año / logro-58% , **Indicador 18:** 100% de casos de

neumonías en niños menores de 5 años que reciben tratamiento / logro-15% , **Indicador 19:** 100% de casos de diarrea en niños menores de 5 años reciben SRO / logro-11% , **Indicador 20:** 55% de niños menores de 2 años con al menos un control de peso en el trimestre / logro-33% **Indicador 21:** 55% de niños menores de 2 años con dos controles de peso seguidos / logro-17% , **Indicador 22:** 70% de niños de 2 años a menores de 3 años con un control de peso en el trimestre /logro-67% , **Indicador 24:** 55% de niños de 1 año a menores de 5 años suplementados con 2da dosis de Vitamina A cada año / logro-29% , **Indicador 25:** 60% de niños menores de 1 año con entrega de sulfato ferroso para 3 meses / logro-38% , **Indicador 26:** 60% de niños de 1 a menores de 5 años con entrega de sulfato ferroso para 3 meses / logro-41% .

No se alcanzó la meta esperada en la mayoría -once de catorce- de los indicadores de la atención infantil en los municipios del departamento de Jalapa donde el PEC presta servicios para la atención infantil, lo cual tiene implicaciones negativas para salud de los niños ya que todos estos indicadores conllevan medidas eficaces para la reducción de la mortalidad que afecta a este grupo de población, el incumplimiento de estos indicadores explica que la presencia de este programa no tuvo efecto sobre la mortalidad infantil.

Se alcanzó la meta de los siguientes indicadores: **Indicador 13:** 95% de niños(as) menores de 1 año vacunados con tercera dosis de OPV / logro-96%, **Indicador 16:** 90% de niños de 1 año con 2 controles médicos / logro-93%. **Indicador 23:** 85% de niños menores de 1 año suplementados con 1 dosis de Vitamina A a partir de los 6 meses de edad / logro-86% .

A pesar del logro de la meta de estos indicadores, no se aprovechó la oportunidad de contacto con los usuarios para cumplir las acciones de los indicadores dirigidas a prevenir la enfermedad y finalmente la mortalidad de los niños, como es el caso del suplemento con vitamina A, Sulfato Ferrosos, vacunación, tratamiento de diarreas y administración de suero de rehidratación entre otros, por lo que el PEC incumplió en desarrollar acciones tendientes a proveer la atención integral necesaria para la prevención de enfermedades de este grupo de población.

E) Mortalidad Infantil en Jutiapa

El análisis de los datos sobre el impacto del programa de extensión de cobertura en el departamento de Jutiapa, utilizando el modelo de Regresión Logística de Poisson -RLP-, permitió determinar que la presencia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en los municipios del Área de Salud de Alta Verapaz donde este no provee atención, la mortalidad infantil puede reducirse. (*coef*-0.2687604, *p*: 0.000, *IC* 95%: 0.1964415 y 03410793).

Al evaluar la significancia de los resultados aplicando la prueba estadística de t-test de acuerdo al valor obtenido ($t=0.0203$), se rechaza la hipótesis nula y la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Por lo que existe diferencia de mortalidad infantil entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud. (*IC* 95%: 11.69096 y 15.08682).

A pesar de encontrar diferencias estadísticamente significativas de la mortalidad infantil entre municipios en los que el PEC presta y no presta servicios de salud, se encontró un bajo alcance de las metas de ocho de los catorce de los indicadores de

provisión de servicios de atención infantil que tiene bajo su responsabilidad brindar el programa de extensión de cobertura.

La mayoría -ocho de catorce- de indicadores de la atención infantil brindada por el PEC no alcanzaron las metas establecidas: **Indicador 15:** 95% de niños de 1 año de edad vacunados con SPR / logro-88% , **Indicador 17:** 90% de niños(as) menores de 1 a menores de 5 años con 1 control médico cada año / logro-79% , **Indicador 18:** 100% de casos de neumonías en niños menores de 5 años que reciben tratamiento / logro-17% , **Indicador 19:** 100% de casos de diarrea en niños menores de 5 años reciben SRO / logro-13% , **Indicador 21:** 55% de niños menores de 2 años con dos controles de peso seguidos / logro-22% , **Indicador 24:** 55% de niños de 1 año a menores de 5 años suplementados con 2da dosis de Vitamina A cada año / logro-45% , **Indicador 25:** 60% de niños menores de 1 año con entrega de sulfato ferroso para 3 meses / logro-21% , **Indicador 26:** 60% de niños de 1 a menores de 5 años con entrega de sulfato ferroso para 3 meses / logro-34% .

El no alcance de metas en los indicadores 15,17,18,19,21,24,25,26, son contradictorios debido a que estos indicadores de atención infantil del PEC, incluyen: medidas de atención que la evidencia en el campo de la salud pública han demostrado ser eficaces la disminución de la mortalidad infantil, tal es el caso del tratamiento oportuno de enfermedades respiratorias como la neumonía y el tratamiento de las enfermedades diarreicas que reciben suero de rehidratación oral, así como el suplemento de vitamina A y sulfato ferroso. Sin embargo a pesar haberse encontrado diferencia en la mortalidad infantil entre los municipios que en

Los indicadores que alcanzaron la meta establecida en la atención infantil por parte del PEC son: **Indicador 13:** 95% de niños(as) menores de 1 año vacunados con tercera dosis de OPV / logro-99% , **Indicador 14:** 95% de niños(as) menores de 1 año vacunados con tercera dosis de Pentavalente / logro-99% , **Indicador 16:** 90% de niños de 1 año con 2 controles médicos / logro-94% , **Indicador 20:** 55% de niños menores de 2 años con al menos un control de peso en el trimestre / logro-65% , **Indicador 22:** 70% de niños de 2 años a menores de 3 años con un control de peso en el trimestre / logro-79% , **Indicador 23:** 85% de niños menores de 1 año suplementados con 1 dosis de Vitamina A a partir de los 6 meses de edad / logro-96% ,

A pesar de haber tenido contacto con los usuarios y haber alcanzado las metas de seis de catorce indicadores para la atención infantil, el PEC incumplió en desarrollar acciones tendientes a proveer la atención integral necesaria para la prevención de enfermedades y cumplir con el 100% de metas establecidas para la atención de este grupo de población.

F) Mortalidad Infantil en San Marcos

El análisis de de los datos sobre el impacto del programa de extensión de cobertura en el departamento de San Marcos, utilizando el modelo de Regresión Logística de Poisson -RLP- , permitió determinar que la presencia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en los municipios del Área de Salud de Baja Verapaz donde este no provee atención, la mortalidad infantil puede reducirse. (coef-0.2564511, p: 0.000, IC 95%: 0.1862098 y 0.3266924).

Al evaluar la significancia de los resultados aplicando la prueba estadística de t-test de acuerdo al valor obtenido ($t=0.0238$), se rechaza la hipótesis nula y la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Por lo que existe diferencia de mortalidad infantil entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud. (IC 95%: 15.20942 y 18.4001).

Se encontró diferencia estadísticamente significativa de la mortalidad infantil entre municipios en los que el PEC presta y no presta servicios de salud, sin embargo hubo *un bajo alcance en las metas de trece de los catorce indicadores de provisión de servicios prestados por el programa de extensión de cobertura para la atención infantil.*

Se encontró un bajo alcance de las metas de trece de los catorce indicadores de provisión de servicios prestados por el programa de extensión de cobertura para la atención infantil.

La mayoría - trece de catorce - de los indicadores de la atención infantil bajo responsabilidad del PEC, muestran bajo alcance en las metas establecidas: **Indicador 13:** 95% de niños(as) menores de 1 año vacunados con tercera dosis de OPV / logro-84% , **Indicador 14:** 95% de niños(as) menores de 1 año vacunados con tercera dosis de Pentavalente / logro-84% , **Indicador 15:** 95% de niños de 1 año de edad vacunados con SPR / logro-78% , **Indicador 16:** 90% de niños de 1 año con 2 controles médicos / logro-81% , **Indicador 17:** 90% de niños(as) menores de 1 a menores de 5 años con 1 control médico cada año / logro-73% , **Indicador 18:** 100% de casos de neumonías en niños menores de 5 años que reciben tratamiento / logro-

22% , **Indicador 19**: 100% de casos de diarrea en niños menores de 5 años reciben SRO / logro-16% , **Indicador 21**: 55% de niños menores de 2 años con dos controles de peso seguidos / logro-18% , **Indicador 22**: 70% de niños de 2 años a menores de 3 años con un control de peso en el trimestre /logro-66% , **Indicador 23**: 85% de niños menores de 1 año suplementados con 1 dosis de Vitamina A a partir de los 6 meses de edad / logro-77% , **Indicador 24**: 55% de niños de 1 año a menores de 5 años suplementados con 2da dosis de Vitamina A cada año / logro-42% , **Indicador 25**: 60% de niños menores de 1 año con entrega de sulfato ferroso para 3 meses / logro-33% , **Indicador 26**: 60% de niños de 1 a menores de 5 años con entrega de sulfato ferroso para 3 meses / logro-46% .

Estos hallazgos no explican la diferencia encontrada en la mortalidad infantil en los municipios del departamento de San Marcos donde el PEC presta servicios para la atención infantil, por el contrario lo contradicen debido a que en la mayoría -trece de catorce- indicadores no se alcanzó la meta prevista, limitando las acciones dirigidas a la atención infantil, para promover la salud grupo de población, por lo que el PEC incumplió en desarrollar acciones tendientes a proveer la atención integral necesaria para la prevención de enfermedades de este grupo de población.

En el caso del **Indicador 20**: 55% de niños menores de 2 años con al menos un control de peso en el trimestre / logro-68% , se superó la meta esperada, esto se explica por que los proveedores brindan atención a una proporción mayor de población definida para fines de la meta establecida para dicho indicador. Sin embargo a pesar de sobre pasar la meta esperada para el este indicador, y encontrar diferencia en la mortalidad mortalidad infantil entre municipios en los que el PEC

presta y no presta servicios de salud, este hallazgo es inexplicable porque en la mayoría de indicadores no se alcanzó la meta prevista, por lo que se espera que no se produjera un impacto en su reducción; lo cual podría deberse a que el número de muertes infantiles reportados oficialmente fueran menores a las que realmente ocurrieron.

G) Mortalidad infantil en Santa Rosa

El análisis de los datos sobre el impacto del programa de extensión de cobertura en el departamento de Santa Rosa, utilizando el modelo de Regresión Logística de Poisson -RLP-, permitió determinar que la presencia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en los municipios del Área de Salud de Santa Rosa donde este no provee atención, la mortalidad infantil puede reducirse. (*coef*-0.0067967, *p*: 0.000, *IC* 95%: 0.0551089 y 0.0687023).

Al evaluar la significancia de los resultados aplicando la prueba estadística de t-test de acuerdo al valor obtenido ($t=0.4159$), se rechaza la hipótesis nula y la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Por lo que no existe diferencia de mortalidad infantil entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud. (*IC* 95%: 11.99625 y 17.14661).

Se encontró un bajo alcance de las metas de trece de los catorce indicadores de provisión de servicios prestados por el programa de extensión de cobertura para la atención infantil.

La mayoría - trece de catorce - de los indicadores de la atención infantil bajo responsabilidad del PEC, muestran bajo alcance en las metas establecidas:

Indicador 13: 95% de niños(as) menores de 1 año vacunados con tercera dosis de OPV / logro-81% , **Indicador 14:** 95% de niños(as) menores de 1 año vacunados con tercera dosis de Pentavalente / logro-85% , **Indicador 15:** 95% de niños de 1 año de edad vacunados con SPR / logro-58% , **Indicador 16:** 90% de niños de 1 año con 2 controles médicos / logro-39% , **Indicador 17:** 90% de niños(as) menores de 1 a menores de 5 años con 1 control médico cada año / logro-40% , **Indicador 18:** 100% de casos de neumonías en niños menores de 5 años que reciben tratamiento / logro-68% , **Indicador 20:** 55% de niños menores de 2 años con al menos un control de peso en el trimestre / logro-45% , se superó la meta esperada **Indicador 21:** 55% de niños menores de 2 años con dos controles de peso seguidos / logro-19% , **Indicador 22:** 70% de niños de 2 años a menores de 3 años con un control de peso en el trimestre / logro-51% , **Indicador 23:** 85% de niños menores de 1 año suplementados con 1 dosis de Vitamina A a partir de los 6 meses de edad / logro-66% , **Indicador 24:** 55% de niños de 1 año a menores de 5 años suplementados con 2da dosis de Vitamina A cada año / logro-22% , **Indicador 25:** 60% de niños menores de 1 año con entrega de sulfato ferroso para 3 meses / logro-25% , **Indicador 26:** 60% de niños de 1 a menores de 5 años con entrega de sulfato ferroso para 3 meses / logro-41% .

Estos hallazgos explican la diferencia no encontrada en la mortalidad infantil en los municipios del departamento de Santa Rosa donde el PEC presta servicios para la atención infantil, debido a que en la mayoría -trece de catorce- indicadores no se alcanzó la meta prevista, limitando las acciones dirigidas a la atención infantil, lo constituyen oportunidades perdidas para el cuidado y promoción de la salud de este

grupo de población, por lo que el PEC incumplió en desarrollar acciones tendientes a proveer la atención integral necesaria para la prevención de enfermedades de este grupo de población.

En el caso del **Indicador 19**: 100% de casos de diarrea en niños menores de 5 años reciben SRO, se alcanzó la meta esperada, y con ello se evitaron posibles muertes secundarios a la deshidratación. Sin embargo a pesar de sobre pasar la meta esperada para el este indicador, la mortalidad mortalidad infantil entre municipios en los que el PEC presta y no presta servicios de salud no tuvo ninguna variabilidad, porque son las medidas de atención en su conjunto son las que se espera produzca impacto en su reducción.

F) Mortalidad en Santa Rosa

El análisis de de los datos sobre el impacto del programa de extensión de cobertura en el departamento de Santa Rosa, utilizando el modelo de Regresión Logística de Poisson -RLP-, permitió determinar que la presencia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en los municipios del Área de Salud de Santa Rosa donde este no provee atención, la mortalidad infantil puede reducirse. (*coef*-0.1255772, *p*: 0.000, *IC* 95%: 0.0622152 y 0.01889392).

Al evaluar la significancia de los resultados aplicando la prueba estadística de t-test de acuerdo al valor obtenido ($t=0.2680$), se rechaza la hipótesis nula y la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Por lo que no existe diferencia de mortalidad infantil entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud. (*IC* 95%: 21.29811 y 26.08868).

Se encontró un bajo alcance de las metas de once de los catorce indicadores de provisión de servicios prestados por el programa de extensión de cobertura para la atención infantil.

La mayoría - once de catorce - de los indicadores de la atención infantil bajo responsabilidad del PEC, muestran bajo alcance en las metas establecidas:

Indicador 13: 95% de niños(as) menores de 1 año vacunados con tercera dosis de OPV / logro-81% , **Indicador 14:** 95% de niños(as) menores de 1 año vacunados con tercera dosis de Pentavalente / logro-81% , **Indicador 15:** 95% de niños de 1 año de edad vacunados con SPR // logro-73% , **Indicador 16:** 90% de niños de 1 año con 2 controles médicos / logro-71% , **Indicador 17:** 90% de niños(as) menores de 1 a menores de 5 años con 1 control médico cada año / logro-73% , **Indicador 18:** 100% de casos de neumonías en niños menores de 5 años que reciben tratamiento / logro-20% , **Indicador 19:** 100% de casos de diarrea en niños menores de 5 años reciben SRO / logro-17%, **Indicador 21:** 55% de niños menores de 2 años con dos controles de peso seguidos / logro-20% , **Indicador 24:** 55% de niños de 1 año a menores de 5 años suplementados con 2da dosis de Vitamina A cada año / logro-35% , **Indicador 25:** 60% de niños menores de 1 año con entrega de sulfato ferroso para 3 meses / logro-33% , **Indicador 26:** 60% de niños de 1 a menores de 5 años con entrega de sulfato ferroso para 3 meses / logro-45% .

Estos hallazgos explican la diferencia no encontrada en la mortalidad infantil en los municipios del departamento de Sololá donde el PEC presta servicios para la atención infantil, debido a que en trece indicadores no se alcanzó la meta prevista, limitando las acciones dirigidas a la atención infantil, lo constituyen oportunidades

perdidas para el cuidado y promoción de la salud de los niños y con ello se favorecieron condiciones negativas para la salud de este grupo de población, por lo que el PEC incumplió en desarrollar acciones tendientes a proveer la atención integral necesaria para la prevención de enfermedades de este grupo de población.

En el caso de los siguientes indicadores: **Indicador 20:** 55% de niños menores de 2 años con al menos un control de peso en el trimestre / logro-67% , **Indicador 22:** 70% de niños de 2 años a menores de 3 años con un control de peso en el trimestre /logro-72% , **Indicador 23:** 85% de niños menores de 1 año suplementados con 1 dosis de Vitamina A a partir de los 6 meses de edad / logro-82%, se superó la meta esperada, esto se explica por que los proveedores brindan atención a una proporción mayor de población definida para fines de la meta establecida para dicho indicador.

Como en el caso de otros departamentos, a pesar de sobre pasar la meta esperada para los indicadores antes mencionados, la mortalidad infantil entre municipios en los que el PEC presta y no presta servicios de salud no tuvo ninguna variabilidad, porque son las medidas de atención en su conjunto las que se espera produzca impacto en su reducción.

114.3.1.4 Eficacia del Programa de Extensión de cobertura sobre Mortalidad Materna

Para fines del presente estudio se define como muerte materna: “La muerte de una mujer durante su embarazo o en los 42 días posteriores a la finalización del mismo, sin importar la duración y sitio del embarazo, por cualquier causa relacionada,

agravada por el mismo o su manejo, pero no de causas accidentales o incidentales".¹⁴

La mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de salud de un segmento muy importante de la población femenina. Desde hace más de dos décadas los organismos internacionales vinculados con aspectos de salud y desarrollo identificaron la necesidad de implementar acciones concertadas en todo el mundo tendientes a reducir la mortalidad materna, sobre todo en los países en desarrollo.

Para Guatemala, la mortalidad materna representa un problema de salud pública, la tasa de la misma es superior a la observada en países desarrollados y a la registrada en la mayoría de países latinoamericanos. En años recientes la mortalidad materna en el país se ha presentado una tenencia hacia el aumento.

Los datos oficiales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social evidencian que las mujeres cuyos embarazos se presentan en edades muy tempranas o muy tardías en la etapa reproductiva tienen un riesgo mayor de fallecer. Lo mismo sucede con aquellas mujeres que viven en lugares rurales o en comunidades pequeñas, cuya escolaridad es baja o nula, su fecundidad alta y carecen de pareja estable.

El acceso y uso de servicios de salud están identificados como un elemento determinante en la reducción de la mortalidad materna de los centros de atención médica. Es necesario que los servicios de salud garanticen el funcionamiento

¹⁴ Todas las definiciones relativas a muertes maternas se han tomado de "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems", Tenth Revision, 1992 (ICD-10).



adecuado de los sistemas de referencia entre los niveles de atención del sector salud, y que esto suceda de manera simultánea con la reducción del efecto negativo que significan los tiempos de traslado o las dificultades de comunicación para lograr recibir la atención médica.

La mortalidad materna constituye un problema complejo de tipo multifactorial que esté relacionado con factores tanto médicos como sociales y culturales, de aquí que su atención requiera el concurso de toda la sociedad además de la participación del sector salud. Además, el mejoramiento de la capacitación médica, la adecuación de la infraestructura de servicios de salud, la reorganización de los sistemas de referencia y la ampliación del equipo de atención con comadronas obtendrán los resultados que cabe esperar sólo si se eliminan aquellos factores que impiden a las mujeres obtener el conocimiento que les permita exigir atención médica oportuna y adecuada, así como tomar decisiones autónomas sobre la reproducción.

La resolución de complicaciones surgidas durante el embarazo, parto o puerperio, algunas de las cuales son impredecibles, requiere un sistema donde los recursos humanos cuenten con capacitación apropiada para atender dichas urgencias y que se desempeñen en espacios de trabajo que cuenten con las instalaciones adecuadas y que, a su vez, puedan usar, vía derivación o referencia, otros con mayor nivel de especialización o complejidad.

El desarrollo de acciones apropiadas con suficiente grado de cobertura ante la mortalidad materna se traduce en una reducción acelerada de la mortalidad materna. No obstante, la verdadera transformación de un problema de salud como es la

muerte materna requiere el sostenimiento de las acciones apropiadas, es decir, no sólo las relativas al acceso y uso oportuno de los servicios médicos y el equipamiento y entrenamiento del personal de salud.

A) Mortalidad Materna en Alta Verapaz

El análisis de los datos sobre el impacto del programa de extensión de cobertura en el departamento de Alta Verapaz, utilizando el modelo de Regresión Logística de Poisson -RLP-, permitió determinar que la presencia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en los municipios del Área de Salud de Alta Verapaz donde este no provee atención, la mortalidad materna puede reducirse. (coef-0.6958511, p : 0.000, IC 95%: 0.7537294 y 0.6379728).

Al evaluar la significancia de los resultados aplicando la prueba estadística de wilcoxon de acuerdo al valor obtenido ($z=0.0028$), se rechaza la hipótesis nula y la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Por lo que existe diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad materna entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud.

A pesar de encontrar diferencias estadísticamente en significativas de la mortalidad materna entre municipios en los que el PEC presta y no presta servicios de salud, además se encontró un bajo alcance de las metas de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa de extensión de cobertura para la atención materna.

La mayoría – siete de once - de los indicadores de la atención materna bajo responsabilidad del PEC, muestran alcance en las metas establecidas: **Indicador 1:** 75% de embarazadas en primer control prenatal / logro-85%, **Indicador 2:** 21% de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo. / logro-24%, **Indicador 3:** 40% de embarazadas con tres controles médicos / logro-35% , **Indicador 4:** 44% de puérperas que reciben un control médico en los primeros 40 días después del parto / logro-63% , **Indicador 6:** 20% de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años recibiendo micro nutrientes / logro-20% , **Indicador 9:** 10% de mujeres que se han tomado una muestra de PAP/IVAA /logro-10%, **Indicador 28:** 100% de comadronas tradicionales activas son capacitadas / logro-100% .

Si bien la mayoría de los indicadores relacionados con la atención materna fueron alcanzado en áreas donde el PEC tiene responsabilidad de atención, la mortalidad materna ha variado muy poco, según el estudio nacional de mortalidad nacional de mortalidad materna del 2007, reporta que la razón de mortalidad materna en el departamento de Alta Verapaz es de 207 por 1,000 nacidos vivos, es la cuarta más alta del país y encuentra por encima de la razón de mortalidad materna a nivel nacional que es de 139.7 por 1,000 nacidos vivos.

Se encontró incumplimiento de –tres de once- de los indicadores de de la atención materna bajo responsabilidad del PEC, **Indicador 7:** 24% de usuarias nuevas en el año de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar / logro-20% , **Indicador 8:** 60% de mujeres de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar que son reabastecidas para el trimestre con métodos / logro-13% , **Indicador**

10: 10% de mujeres que cuentan con resultados de PAP/IVAA /logro-9.6%,
Indicador 11: 90% de mujeres en edad fértil con 3era dosis de TDA / logro-49.6%.

Si bien el incumplimiento de estos indicadores no inciden de manera directa en la disminución de la mortalidad materna de la mujeres que atiende el PEC, constituyen oportunidades perdidas para las mujeres para poder prevenir embarazos no deseados y aumentar el espacio intergenésico entre embarazos (Indicadores 7 y 8), Prevención cáncer cervico uterino (indicadores 9 y 10), Prevención de tétanos (indicador 11) respectivamente.

B) Mortalidad Materna en Baja Verapaz

El análisis de de los datos sobre el impacto del programa de extensión de cobertura en el departamento de Baja Verapaz, utilizando el modelo de Regresión Logística de Poisson -RLP- , permitió determinar que la presencia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en los municipios del Área de Salud de Baja Verapaz donde este no provee atención, la mortalidad materna puede reducirse. (*coef-0.3807879, p: 0.000, IC 95%: 0.4422939 y 0.3192818*).

Al evaluar la significancia de los resultados aplicando la prueba estadística de wilcoxon de acuerdo al valor obtenido ($z=0.0872$), no se rechaza la hipótesis nula y la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Por lo que no existe diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad materna entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la mortalidad materna entre municipios en los que el PEC presta y no presta servicios de salud, así

mismo se encontró un bajo alcance de las metas de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa de extensión de cobertura para la atención materna.

La mayoría – seis de once - de los indicadores de la atención materna bajo responsabilidad del PEC, muestran alcance en las metas establecidas: **Indicador 2:** 21% de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo. / logro-28%, **Indicador 3:** 40% de embarazadas con tres controles médicos / logro-42% , **Indicador 4:** 44% de puérperas que reciben un control médico en los primeros 40 días después del parto / logro-65% , **Indicador 6:** 20% de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años recibiendo micro nutrientes / logro-27% , **Indicador 7:** 24% de usuarias nuevas en el año de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar / logro-24% , **Indicador 28:** 100% de comadronas tradicionales activas son capacitadas / logro-100%.

Si bien la mayoría de los indicadores relacionados con la atención materna fueron alcanzado en áreas donde el PEC tiene responsabilidad de atención, la mortalidad materna ha variado muy poco, según el estudio nacional de mortalidad nacional de mortalidad materna del 2007, reporta que la mortalidad en el departamento de Baja Verapaz es de 195.4 por 1,000 nacidos vivos, es la cuarta más alta del país y encuentra por encima de la razón de mortalidad materna a nivel nacional que es de 139.7 por 1,000 nacidos vivos.

Se encontró incumplimiento de –cuatro de once- de los indicadores de de la atención materna bajo responsabilidad del PEC, **Indicador 1:** 75% de embarazadas

en primer control prenatal / logro-72%, **Indicador 8**: 60% de mujeres de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar que son reabastecidas para el trimestre con métodos / logro-14% , **Indicador 9**: 10% de mujeres que se han tomado una muestra de PAP/IVAA /logro-9%, **Indicador 10**: 10% de mujeres que cuentan con resultados de PAP/IVAA /logro-9%, **Indicador 11**: 90% de mujeres en edad fértil con 3era dosis de TDA / logro-60%.

El incumplimiento del indicador 1 no es de mayores proporciones, deja descubiertas a las 3% de las mujeres que tienen bajo la responsabilidad el PEC brindarles el primer control prenatal, mismo que es de suma importancia para identificar problemas tempranos con los embarazos y con ello poder intervenir de manera oportuna y evitar riesgos tanto a la madre como a sus hijos.

En relación con el incumplimiento de los otros indicadores no inciden de manera directa en la disminución de la mortalidad materna de la mujeres que atiende el PEC, constituyen oportunidades perdidas para las mujeres para poder prevenir embarazos no deseados y aumentar el espacio intergenésico entre embarazos (Indicador 8), Prevención cáncer cervico uterino (indicadores 9 y 10), Prevención de tétanos (indicador 11) respectivamente.

C) Mortalidad Materna en Huehuetenango

El análisis de de los datos sobre el impacto del programa de extensión de cobertura en el departamento de Huehuetenango, utilizando el modelo de Regresión Logística de Poisson -RLP- , permitió determinar que la presencia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en los municipios del Área de Salud de Huehuetenango donde

este no provee atención, la mortalidad materna puede reducirse. (coef-0.2005299, p: 0.000, IC 95%: 0.1644762 y 0.2365836).

Al evaluar la significancia de los resultados aplicando la prueba estadística de wilcoxon de acuerdo al valor obtenido ($z=0.6742$), no se rechaza la hipótesis nula y la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Por lo que no existe diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad materna entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la mortalidad materna entre municipios en los que el PEC presta y no presta servicios de salud, así mismo se encontró un bajo alcance de las metas de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa de extensión de cobertura para la atención materna.

Solo uno de los indicadores de la atención materna bajo responsabilidad del PEC se alcanzó las metas establecidas: el **Indicador 4**: 44% de puérperas que reciben un control médico en los primeros 40 días después del parto / logro-45%.

Se encontró incumplimiento de –nueve de once- de los indicadores de de la atención materna bajo responsabilidad del PEC, **Indicador 1**: 75% de embarazadas en primer control prenatal / logro-62%, **Indicador 2**: 21% de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo / logro-19.6%, **Indicador 3**: 40% de embarazadas con tres controles médicos / logro-36%, **Indicador 6**: 20% de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años recibiendo micro nutrientes / logro-17% , **Indicador 7**: 24% de usuarias nuevas en el año de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar / logro-

16% , **Indicador 8:** 60% de mujeres de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar que son reabastecidas para el trimestre con métodos / logro-9% , **Indicador 9:** 10% de mujeres que se han tomado una muestra de PAP/IVAA /logro-6%, **Indicador 10:** 10% de mujeres que cuentan con resultados de PAP/IVAA /logro-6%, **Indicador 11:** 90% de mujeres en edad fértil con 3era dosis de TDA / logro-28%, , **Indicador 28:** 100% de comadronas tradicionales activas son capacitadas / logro-85%.

En la mayoría de los indicadores - nueve de once- no se alcanzaron las metas esperadas, lo cual tiene repercusiones negativas para evitar la mortalidad materna en las mujeres que atiende el PEC en las áreas bajo su responsabilidad en el departamento. Se incumple en indicadores relacionados con la detección temprana de problemas en el embarazo, en indicadores relacionados con la prevención de problemas de enfermedades como el cáncer cervico uterino, tétanos, este último por la oportunidad perdida de vacunar a las mujeres embarazadas oportunamente; también se suma a estos hallazgos el que las comadronas no estén capacitadas, lo cual se traduce en una atención inadecuada de las mujeres que atiende el PEC, que favorece la muerte materna.

Estos resultados evidencian el incumplimiento de de la de atención que tiene el PEC en las áreas que tiene bajo su responsabilidad y puede explicar la situación de la mortalidad materna en el departamento que según el estudio nacional de mortalidad nacional de mortalidad materna del 2007, reporta que la mortalidad en el departamento de Huehuetenango es de 226.2 por 1,000 nacidos vivos, es la cuarta

más alta del país y encuentra por encima de la razón de mortalidad materna a nivel nacional que es de 139.7 por 1,000 nacidos vivos.

D) Mortalidad Materna en Jalapa

El análisis de los datos sobre el impacto del programa de extensión de cobertura en el departamento de Jalapa, utilizando el modelo de Regresión Logística de Poisson -RLP-, permitió determinar que la presencia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en los municipios del Área de Salud de Jalapa donde este no provee atención, la mortalidad materna puede reducirse. (*coef*-0.102784, *p*: 0.000, *IC 95%*: 0.062267 y 0.143301).

Al evaluar la significancia de los resultados aplicando la prueba estadística de Wilcoxon de acuerdo al valor obtenido ($z=0.3636$), no se rechaza la hipótesis nula y la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Por lo que no existe diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad materna entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la mortalidad materna entre municipios en los que el PEC presta y no presta servicios de salud, así mismo se encontró un bajo alcance de las metas de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa de extensión de cobertura para la atención materna.

Sólo en -tres de once- de los indicadores de la atención materna bajo responsabilidad del PEC se alcanzó las metas establecidas: el **Indicador 4**: 44% de púerperas que reciben un control médico en los primeros 40 días después del parto /

logro-50%, **Indicador 2:** 21% de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo / logro-23.9%, **Indicador 28:** 100% de comadronas tradicionales activas son capacitadas / logro-100%.

Se encontró incumplimiento de –siete de once- de los indicadores de de la atención materna bajo responsabilidad del PEC, **Indicador 1:** 75% de embarazadas en primer control prenatal / logro-74%, en este indicador la proporción de no alcance de la meta es mínimo sin embargo es inexplicable siendo una población cautiva y considerando la importancia del control prenatal oportuno y temprano que no alcance la meta. En el caso del **Indicador 3:** 40% de embarazadas con tres controles médicos / logro-36%, el no alcance del meta constituye oportunidades perdidas la identificar problemas durante el control de las embarazadas y con ello evitar muertes maternas. **Indicador 6:** 20% de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años recibiendo micro nutrientes / logro-17%, el no alcance de la meta en este indicador pone a las mujeres en riesgo de enfermedades para sus hijos como enfermedades del tubo neural, lo mismo sucede con el **Indicador 11:** 90% de mujeres en edad fértil con 3era dosis de TDA / logro-25%, al no alcanzar la meta pone a las embarazadas en riesgo de enfermarse de tétanos por la oportunidad perdida de no ser vacunadas oportunamente. Finalmente el **Indicador 9:** 10% de mujeres que se han tomado una muestra de PAP/IVAA /logro-7% y el **Indicador 10:** 10% de mujeres que cuentan con resultados de PAP/IVAA /logro-6%, limitan a las mujeres por un lado detectar oportunamente cancer cervico uterino.

Indicador 7: 24% de usuarias nuevas en el año de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar / logro-14% , **Indicador 8:** 60% de mujeres de 15 a 49 años

utilizando métodos de planificación familiar que son reabastecidas para el trimestre con métodos / logro-15% ,

En la mayoría de los indicadores - siete de diez- no se alcanzaron las metas esperadas, lo cual tiene repercusiones negativas para evitar la mortalidad materna en las mujeres que atiende el PEC en las áreas bajo su responsabilidad en el departamento.

El incumplimiento de los indicadores compromete la evitabilidad de la muerte materna, y evidencia el incumplimiento de de la de atención de mujeres embarazadas que tiene el PEC en las áreas que tiene bajo su responsabilidad. A pesar de que el estudio nacional de mortalidad nacional de mortalidad materna del 2007, reporta que la mortalidad en el departamento de Jalapa es de 53.4 por 1,000 nacidos vivos, la cual ocupa la veinte una posición de veintidós en el país y encuentra por debajo de la razón de mortalidad materna a nivel nacional que es de 139.7 por 1,000 nacidos vivos, el cumplimiento de la atención del PEC a través del alcance global de los indicadores puede contribuir a la disminución de la mortalidad materna en el departamento.

E) Mortalidad Materna en Jutiapa

El análisis de de los datos sobre el impacto del programa de extensión de cobertura en el departamento de Jutiapa, utilizando el modelo de Regresión Logística de Poisson -RLP- , permitió determinar que la presencia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en los municipios del Área de Salud de Jutiapa donde este no

provee atención, la mortalidad materna puede reducirse. (coef-0.0828259, p: 0.000, IC 95%: 0.0216933 y 0.1439585).

Al evaluar la significancia de los resultados aplicando la prueba estadística de wilcoxon de acuerdo al valor obtenido ($z=0.0805$), no se rechaza la hipótesis nula y la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Por lo que no existe diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad materna entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la mortalidad materna entre municipios en los que el PEC presta y no presta servicios de salud, así mismo se encontró un bajo alcance de las metas de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa de extensión de cobertura para la atención materna.

Solo en -cuatro de once- de los indicadores de la atención materna bajo responsabilidad del PEC se alcanzó las metas establecidas: **Indicador 1:** 75% de embarazadas en primer control prenatal / logro-78%, **Indicador 2:** 21% de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo / logro-39%, **Indicador 3:** 40% de embarazadas con tres controles médicos / logro-42%, **Indicador 4:** 44% de púerperas que reciben un control médico en los primeros 40 días después del parto / logro-63%, **Indicador 6:** 20% de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años recibiendo micro nutrientes / logro-21% .

Llama la atención que a pesar de que se alcanzaron las metas de los indicadores de atención materna relacionados con la prevención y evitabilidad de la muerte materna

en las áreas bajo responsabilidad del PEC, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la muerte materna entre las áreas donde presta y no presta servicios este programa, lo cual constituye una contradicción, dado que alcanzando las metas deberían de encontrarse diferencias.

Se encontró incumplimiento de –seis de once- de los indicadores de de la atención materna bajo responsabilidad del PEC, **Indicador 7:** 24% de usuarias nuevas en el año de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar / logro-19% , **Indicador 8:** 60% de mujeres de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar que son reabastecidas para el trimestre con métodos / logro-13% , **Indicador 9:** 10% de mujeres que se han tomado una muestra de PAP/IVAA /logro-9.7%, **Indicador 10:** 10% de mujeres que cuentan con resultados de PAP/IVAA /logro-9.5%, **Indicador 11:** 90% de mujeres en edad fértil con 3era dosis de TDA / logro-31% , **Indicador 28:** 100% de comadronas tradicionales activas son capacitadas / logro-92%.

El incumplimiento de los indicadores antes descritos tiene repercusiones negativas para la salud de las mujeres que atiende el PEC en las áreas bajo su responsabilidad en el departamento. Se incumple en indicadores relacionados la planificación familiar, con la detección temprana de cáncer cervico uterino, tétanos, este último por la oportunidad perdida de vacunar a las mujeres embarazadas oportunamente; también se suma a estos hallazgos el que las comadronas no esté capacitadas, lo cual se traduce en una atención inadecuada de las mujeres embarazadas atendidas por el PEC, lo que favorece la muerte materna.

Estos resultados evidencian el incumplimiento de de la de atención que tiene el PEC en las áreas que tiene bajo su responsabilidad y pone en tela de juicio el supuesto alcance de los indicadores, porque a pesar de ello persiste la situación de la mortalidad materna en el departamento, como lo demuestra que el estudio nacional de mortalidad nacional de mortalidad materna del 2007, reporta que la mortalidad en el departamento de Jutiapa es de 96.5 por 1,000 nacidos vivos, ocupando la posición catorce de veintidós en el país y encuentra por debajo de la razón de mortalidad materna a nivel nacional que es de 139.7 por 1,000 nacidos vivos, el cumplimiento de la atención del PEC a través del alcance global de los indicadores puede contribuir en la no disminución de la mortalidad materna en el departamento.

F) Mortalidad Materna en San Marcos

El análisis de de los datos sobre el impacto del programa de extensión de cobertura en el departamento de San Marcos, utilizando el modelo de Regresión Logística de Poisson -RLP-, permitió determinar que la presencia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en los municipios del Área de Salud de San Marcos donde este no provee atención, la mortalidad materna puede reducirse. (*coef*-0.4616701, *p*: 0.000, *IC* 95%: 0.5471011 y 0.3762392).

Al evaluar la significancia de los resultados aplicando la prueba estadística de wilcoxon de acuerdo al valor obtenido ($z=0.7719$), no se rechaza la hipótesis nula y la diferencia encontrada no puede ser explicada por el azar. Por lo que no existe diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad materna entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la mortalidad materna entre municipios en los que el PEC presta y no presta servicios de salud, así mismo se encontró un bajo alcance de las metas de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa de extensión de cobertura para la atención materna.

Solo en -tres de once- de los indicadores de la atención materna bajo responsabilidad del PEC se alcanzó las metas establecidas: **Indicador 2:** 21% de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo / logro-28%, **Indicador 4:** 44% de puérperas que reciben un control médico en los primeros 40 días después del parto / logro-60%, **Indicador 6:** 20% de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años recibiendo micro nutrientes / logro-25%.

Llama la atención que a pesar de que se alcanzaron las metas de los indicadores de atención materna antes descritos, que relacionados con la prevención y evitabilidad de la muerte materna en las áreas bajo responsabilidad del PEC, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la muerte materna entre las áreas donde presta y no presta servicios este programa, lo cual constituye una contradicción, dado que alcanzando las metas deberían de encontrarse diferencias.

Se encontró incumplimiento de -ocho de once- de los indicadores de de la atención materna bajo responsabilidad del PEC, **Indicador 1:** 75% de embarazadas en primer control prenatal / logro-67%, **Indicador 3:** 40% de embarazadas con tres controles médicos / logro-36%, **Indicador 7:** 24% de usuarias nuevas en el año de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar / logro-20% , **Indicador 8:** 60% de

mujeres de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar que son reabastecidas para el trimestre con métodos / logro-13% , **Indicador 9**: 10% de mujeres que se han tomado una muestra de PAP/IVAA /logro-8%, **Indicador 10**: 10% de mujeres que cuentan con resultados de PAP/IVAA /logro-8%, **Indicador 11**: 90% de mujeres en edad fértil con 3era dosis de TDA / logro-42%, , **Indicador 28**: 100% de comadronas tradicionales activas son capacitadas / logro-83%.

El incumplimiento de los indicadores antes descritos tiene repercusiones negativas para la salud de las mujeres que atiende el PEC en las áreas bajo su responsabilidad en el departamento. Se incumple el alcance de la meta en el indicador 1 - 75%

Embarazadas en primer control prenatal-y en el indicador 3 - 40% de embarazadas con tres controles médicos-, estos están relacionados con la prevención y evitabilidad de la muerte materna. Es inexplicable que habiendo alcanzado la meta del indicador 2 -21% de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo-, no se haya alcanzado le meta del indicador 1, lo que hace dudar la veracidad de los reportes del PEC del PEC, dado que estos dos indicadores están íntimamente relacionados.

Otros indicadores en los que no se alcanzaron las metas son los relacionados con la planificación familiar (7 y 8) , con la detección temprana de cáncer cervico uterino (9 y 10), tétanos (11), este último por la oportunidad perdida de vacunar a las mujeres embarazadas oportunamente; también se suma a estos hallazgos, el no alcance de metas en la capacitación de comadronas (28), lo cual se traduce en una

atención inadecuada de las mujeres embarazadas que atiende el PEC, lo que favorece la muerte materna.

Estos resultados evidencian el incumplimiento de de la de atención que tiene el PEC en las áreas que tiene bajo su responsabilidad y pone en tela de juicio el supuesto alcance de los indicadores, porque a pesar de ello persiste la situación de la mortalidad materna en el departamento, como lo demuestra que el estudio nacional de mortalidad nacional de mortalidad materna del 2007, reporta que la mortalidad en el departamento de San Marcos es de 106.1 por 1,000 nacidos vivos, ocupando la posición doce de veintidós en el país y encuentra por debajo de la razón de mortalidad materna a nivel nacional que es de 139.7 por 1,000 nacidos vivos, el cumplimiento de la atención del PEC a través del alcance global de los indicadores puede contribuir en la no disminución de la mortalidad materna en el departamento.

G) Mortalidad Materna en Santa Rosa

El análisis de de los datos sobre el impacto del programa de extensión de cobertura en el departamento de Santa Rosa, utilizando el modelo de Regresión Logística de Poisson -RLP-, permitió determinar que la presencia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en los municipios del Área de Salud de Santa Rosa donde este no provee atención, la mortalidad materna puede reducirse. (*coef*-0.8027505, *p*: 0.000, *IC* 95%: 0.8703885 y 0.7351126).

Al evaluar la significancia de los resultados aplicando la prueba estadística de wilcoxon de acuerdo al valor obtenido ($z=0.0541$), se rechaza la hipótesis nula y la diferencia encontrada puede ser explicada por el azar. Por lo que existe diferencia

estadísticamente significativa en la mortalidad materna entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud.

Sobre el cumplimiento de metas de los indicadores de provisión de servicios prestados por el PEC para la atención materna, se encontró incumplimiento de todos los indicadores –once de once- de los indicadores: **Indicador 1:** 75% de embarazadas en primer control prenatal / logro-50%, **Indicador 2:** 21% de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo / logro-17%, **Indicador 3:** 40% de embarazadas con tres controles médicos / logro-20%, : **Indicador 4:** 44% de púerperas que reciben un control médico en los primeros 40 días después del parto / logro-40%, **Indicador 6:** 20% de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años recibiendo micro nutrientes / logro-10%, **Indicador 7:** 24% de usuarias nuevas en el año de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar / logro-8% , **Indicador 8:** 60% de mujeres de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar que son reabastecidas para el trimestre con métodos / logro-10% , **Indicador 9:** 10% de mujeres que se han tomado una muestra de PAP/IVAA /logro-5%, **Indicador 10:** 10% de mujeres que cuentan con resultados de PAP/IVAA /logro-9%, **Indicador 11:** 90% de mujeres en edad fértil con 3era dosis de TDA / logro-22%, , **Indicador 28:** 100% de comadronas tradicionales activas son capacitadas / logro-92%.

A pesar de encontrar diferencias estadísticamente significativas de la mortalidad materna entre municipios en los que el PEC presta y no presta servicios de salud, se incumplieron las metas de todos los indicadores de provisión de servicios prestados por el PEC para la atención materna, lo cual tiene repercusiones

negativas para la salud de las mujeres que atiende el programa en las áreas bajo su responsabilidad en el departamento.

Estos hallazgos son contradictorios, debido a que al encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud, se esperaría encontrar un cumplimiento de metas de los indicadores relacionados con la prevención y la evitabilidad de las muertes maternas en el departamento. Esto puede explicarse por la validez de los datos sobre el registro de muertes maternas en el departamento, las cuales podrían estar sub registradas en un número importante.

Otros indicadores en los que no se alcanzaron las metas, son los relacionados con la planificación familiar (7 y 8) , con la detección temprana de cáncer cervico uterino (9 y 10), tétanos (11), capacitación de comadronas (28), lo cual tiene repercusiones negativas para la salud de las mujeres, reduciendo el periodo intergenésico y con ello aumentado en riesgo de los embarazos, teniendo oportunidades perdidas de vacunación y una atención inadecuada respectivamente de las mujeres que atiende el PEC, lo que favorece la muerte materna.

Estos resultados evidencian el incumplimiento de de la de atención que tiene el PEC en las áreas que tiene bajo su responsabilidad, lo cual favorece la situación de la mortalidad materna en el departamento, como lo demuestra que el estudio nacional de mortalidad nacional de mortalidad materna del 2007, reporta que la mortalidad en el departamento de San Marcos es de 106.1 por 1,000 nacidos vivos, ocupando la posición doce de veintidós en el país y encuentra por debajo de la razón de

mortalidad materna a nivel nacional que es de 139.7 por 1,000 nacidos vivos, el cumplimiento de la atención del PEC a través del alcance global de los indicadores puede contribuir en la no disminución de la mortalidad materna en el departamento.

H) Mortalidad Materna en Sololá

El análisis de de los datos sobre el impacto del programa de extensión de cobertura en el departamento de Sololá, utilizando el modelo de Regresión Logística de Poisson -RLP- , permitió determinar que la presencia del Programa de Extensión de Cobertura -PEC- en los municipios del Área de Salud de Sololá donde este no provee atención, la mortalidad materna puede reducirse. (*coef*-0.1267753, *p*: 0.000, *IC* 95%: 0.1836236 y 0.069927).

Al evaluar la significancia de los resultados aplicando la prueba estadística de wilcoxon de acuerdo al valor obtenido ($z=0.0034$), se rechaza la hipótesis nula y la diferencia encontrada puede ser explicada por el azar. Por lo que existe diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad materna entre los municipios que en los que el PEC presta y no presta servicios de salud.

Solo en -cinco de once- de los indicadores de la atención materna bajo responsabilidad del PEC se alcanzó las metas establecidas: **Indicador 2:** 21% de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo / logro-22%, **Indicador 3:** 40% de embarazadas con tres controles médicos / logro-45%, : **Indicador 4:** 44% de puérperas que reciben un control médico en los primeros 40 días después del parto / logro-67%, **Indicador 6:** 20% de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años recibiendo

micro nutrientes / logro-24%, **Indicador 28:** 100% de comadronas tradicionales activas son capacitadas / logro-100%.

Se encontró incumplimiento de –seis de once- de los indicadores de de la atención materna bajo responsabilidad del PEC: **Indicador 1:** 75% de embarazadas en primer control prenatal / logro-72%, **Indicador 7:** 24% de usuarias nuevas en el año de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar / logro-11% , **Indicador 8:** 60% de mujeres de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar que son reabastecidas para el trimestre con métodos / logro-7% , **Indicador 9:** 10% de mujeres que se han tomado una muestra de PAP/IVAA /logro-6%, **Indicador 10:** 10% de mujeres que cuentan con resultados de PAP/IVAA /logro-6%, **Indicador 11:** 90% de mujeres en edad fértil con 3era dosis de TDA / logro-37%.

El incumplimiento de los indicadores antes descritos tiene repercusiones negativas para la salud de las mujeres que atiende el PEC en las áreas bajo su responsabilidad en el departamento. Se incumple el alcance de la meta en el indicador 1 - 75% Embarazadas en primer control prenatal- , y en el indicador 3 -40% de embarazadas con tres controles médicos-, estos están relacionados con la prevención y evitabilidad de la muerte materna. Es inexplicable que habiendo alcanzado la meta del indicador 2 -21% de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo-, no se haya alcanzado le meta del indicador 1, lo que hace dudar la veracidad de los reportes del PEC, dado que estos dos indicadores están íntimamente relacionados.

Otros indicadores en los que no se alcanzaron las metas son los relacionados con la planificación familiar (7 y 8), con la detección temprana de cáncer cervico uterino

(9 y 10), tétanos (11), este último por la oportunidad perdida de vacunar a las mujeres embarazadas oportunamente; también se suma a estos hallazgos, el no alcance de metas en la capacitación de comadronas (28), lo cual se traduce en una atención inadecuada de las mujeres embarazadas que atiende el PEC, lo que favorece la muerte materna.

Estos resultados evidencian el incumplimiento de de la de atención que tiene el PEC en las áreas que tiene bajo su responsabilidad y pone en tela de juicio el supuesto alcance de los indicadores, porque a pesar de ello persiste la situación de la mortalidad materna en el departamento, como lo demuestra que el estudio nacional de mortalidad nacional de mortalidad materna del 2007, reporta que la mortalidad en el departamento de Sololá es de 113.4 por 1,000 nacidos vivos, ocupando la posición diez de veintidós en el país y encuentra por debajo de la razón de mortalidad materna a nivel nacional que es de 139.7 por 1,000 nacidos vivos, el cumplimiento de la atención del PEC a través del alcance global de los indicadores puede contribuir en la no disminución de la mortalidad materna en el departamento.

Parte VI. La Propuesta

- **ANTECEDENTES.**
- **FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA.**
- **CONTENIDO DE LA PROPUESTA.**

Parte VII. Conclusiones

- **EFICACIA DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN LA MORTALIDAD INFANTIL.**
- **EFICACIA DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN LA MORTALIDAD MATERNA.**

Capítulo 15

LA PROPUESTA

15.1 ANTECEDENTES

A principios de la década de 1990, solamente el 54% de la población guatemalteca tenía acceso a algún tipo de servicio de salud. Para el 2004, según el MSPAS, esta proporción se había incrementado al 89.7%. De este total, la red de servicios del MSPAS le ofrecía cobertura al 47.4% de la población, mientras otro 23.7% fue cubierta por los programas de extensión de cobertura impulsados por el ministerio; un 10.4% adicional fue atendido por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS– y el 8.1% por servicios privados lucrativos¹⁵.

Por estas condiciones poblacionales, *un programa de extensión de cobertura de servicios de salud, que fuera principalmente comunitario enfocado en salud preventiva*, era el modelo más apropiado para mejorar la situación de salud, implementarlo con éxito, requirió del respaldo político, la capacidad técnica y la disponibilidad de recursos.

¹⁵ Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala 2005

Oficialmente, el Programa de Extensión de Cobertura –PEC- inició su ejecución en 1997 dentro de las actividades apoyadas por un préstamo sectorial entre el Banco Interamericano de Desarrollo -BID- y el Gobierno de Guatemala que se firmó en 1995¹⁶. A esta iniciativa, siete años más tarde se sumaron otras agencias de cooperación, como la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos -AID- que por muchos años había trabajado y sistematizado programas de atención a la madre y el niño –estrategia AIEPI AINM-C; las ONG internacionales, Plan Internacional e INTERVIDA y el Banco Mundial que promovía la eficacia y eficiencia de las finanzas públicas.

Desde el inicio del programa, se concibió que los proveedores de los servicios debieran ser las entidades que estuvieran o trabajaran más cercanamente con las comunidades beneficiarias. Por ello, para la implementación del Programa, el MSPAS suscribió convenios anuales con Organizaciones Privadas o No Gubernamentales sin fines de lucro - ONGs- Se definió una población de 10,000 habitantes como la “unidad de atención” y se conformaron equipos de salud para proveer los servicios. El PEC revolucionó el Sistema de Salud de Guatemala, puesto que integró *el nivel comunitario* a los tres niveles de atención que tradicionalmente existían.

Servicios y Cobertura

El MSPAS definió un conjunto de servicios básicos de salud que ofrece el PEC, los cuales están orientados a prevenir o atender los principales problemas de salud que

¹⁶ Préstamo GU-0023 Programa Sectorial de Salud. BID-Gobierno de Guatemala. Componente Reorganización del Sistema de Atención de Salud. Guatemala julio 1994.

afectan a la población materno infantil en las comunidades que se atienden principalmente rurales e indígenas.

Los servicios están divididos en cuatro componentes:

- 1) Atención integral a la mujer (embarazo, parto, puerperio y atención a mujeres en edad fértil);
- 2) Atención integral a la niñez (niños y niñas menores de 5 años);
- 3) Atención a la demanda por morbilidad y urgencias;
- 4) Atención del ambiente.

Estos componentes incluyen acciones de educación en salud, manejo de medicamentos básicos y medicina tradicional; consideran el perfil epidemiológico, el enfoque de riesgo, de género, así como los aspectos psicosociales en la promoción de la salud, en el marco del desarrollo integral. Los SBS se brindan en la vivienda, en el centro de convergencia, clínicas municipales y en las organizaciones en el primer nivel de atención en salud, e involucran acciones tales como: controles médicos a través de consultas realizadas por médico o paramédico, control prenatal, sesiones de monitoreo y promoción del crecimiento, vacunación, suplementos de vitaminas y minerales, provisión de medicamentos en de morbilidad. Se provee alrededor de 30 acciones o servicios de salud que están dirigidas a la mujer, a niños menores de cinco años y a la población en general, que incluyen capacitación, charlas informativas y consejería familiar.

Producción de servicios

Es importante mencionar que la producción de servicios por Extensión de Cobertura está marcada por una gran diferencia con los servicios tradicionales del MSPAS, dado que no tienen población cautiva, ni responden a la demanda, por el contrario, se desarrolla en comunidades de difícil acceso, dispersas, sin otros servicios, con bajo nivel educativo, a través de equipos que se desplazan para brindar servicios de salud una vez al mes.

Un avance importante en el Programa a partir del año 2005 fue la incorporación de indicadores de medición para cada acción provista; actualmente se cuenta con 28 indicadores que se utilizan para evaluar trimestralmente el desempeño de las ONG.

Costos y Financiamiento

Con base en el Conjunto de Servicios Básicos se estima un costo per cápita que ha oscilado entre los Q54.00 y 80.00 quetzales (US\$ 7.10 a 10.50). El costo per cápita se compone de un detallado cálculo de costos del personal contratado para proveer los servicios de salud, los insumos y medicamentos así como la logística de provisión de los servicios de salud. Debido a que cada ONG tiene que ejecutar un sistema de información, supervisión y monitoreo y evaluación - planificación, de capacitación y de rendición de cuentas, se ha comprometido a tener personal administrativo específico para el programa, tal como un(a) asistente de información por un máximo de 2 jurisdicciones y un(a) contador(a) por cada 2-4 jurisdicciones.

El personal comunitario no recibe sueldo alguno por la labor que realiza para su comunidad, puesto que lo hacen por la vocación de servicio. El MSPAS, sin

embargo, tiene como prioridad motivar a este personal a través de programas de capacitación continua, para lo cual se les entrega un estipendio.

Aportes

El Programa trabaja con ONGs que participan como Prestadoras o Administradoras de Servicios de Salud deben contar con una estructura administrativa para ejecutar los convenios, se les solicita que tengan una sede o subsede cercana a los municipios donde tienen jurisdicciones. El costo del funcionamiento de estas sedes es cubierto por las ONG, lo cual incluye alquiler del local, servicios de agua, electricidad, teléfono, internet; adicional el personal administrativo como gerente, secretaria, personal de mantenimiento, etc. Todas las ONG cuentan con equipo de cómputo con el cual se llevan los registros médicos, estadísticos, epidemiológicos de la comunidad y registros financieros que requiere el MSPAS. Para el manejo de la información se cuenta con un sistema automatizado (base de datos de historiales clínicos) que permite tener un control de indicadores y al mismo tiempo generar un programa de actividades, con el objetivo de aumentar las coberturas.

A partir del 2009 el Programa se financia totalmente con el Presupuesto de la Nación a través de la asignación que hace el Gobierno Central al MSPAS. El costo anual del programa es de Q 261,938.93 millones, lo cual representa alrededor 10% del presupuesto total asignado al MSPAS.

15.2 FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

Dado que el propósito fundamental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social al crear el Programa de Extensión de Cobertura fue reducir las inequidades en el sector salud incrementando el acceso a servicios básicos de atención en zonas rurales pobres y mejorar los resultados de salud que beneficiarán a los grupos más

vulnerables. El mismo planteó como objetivos aumentar el acceso de las comunidades de los servicios básicos que buscan reducir la mortalidad en niños menores de 5 años y la mortalidad materna.

Los resultados del presente estudio que demuestran que el propósito y objetivos fundamentales del Programa de Extensión de Cobertura en las áreas estudiadas no se han logrado. Esto se traduce en que el país no ha podido hacer realidad el derecho a la salud para millones de habitantes pobres a través de la expansión de los servicios sanitarios para lograr un acceso universal y equitativo. A pesar de que se ha propuesto tanto a nivel internacional y nacional la expansión de la asistencia sanitaria privada para alcanzar este objetivo, los hallazgos encontrados demuestran que hay una urgente necesidad de volver a examinar los argumentos utilizados en favor del aumento de la provisión de asistencia sanitaria privada en el país.

Los hallazgos muestran que dar prioridad a este enfoque hace extremadamente improbable que se proporcione salud a las personas pobres. El gobierno deberá por lo tanto fortalecer las capacidades del sector salud para regular y centrarse en extender rápidamente la asistencia sanitaria gratuita y pública, una medida probada para salvar millones de vidas en la población más excluida del país.

Acercarse al cumplimiento de los objetivos y alcanzar una asistencia médica universal y equitativa para todos requiere una expansión masiva de los servicios sanitarios. Fracasarse en este intento significa abandonar a cientos de miles de personas a una muerte temprana y a una vida arruinada por la enfermedad. La cuestión crítica es cómo lograr esta meta. Desde hace más de dos décadas, el

Banco Mundial defendió soluciones basadas en la inversión y el crecimiento de la asistencia sanitaria provista por el sector privado. Al condenar el fracaso de los servicios sanitarios públicos en países pobres, en el que jugaron un papel importante los recortes de gasto público y reestructuraciones a gran escala impuestos por el Banco, el argumento era que el sector privado podría hacerlo mejor y ha reconocido el importante papel del gobierno en la asistencia sanitaria, lo ha considerado más como un regulador y “administrador” que como un proveedor de servicios.

A pesar del escaso rendimiento de las soluciones llevadas a cabo por el sector privado, en los últimos meses ha habido un notable aumento de los esfuerzos de varios donantes y organizaciones influyentes para fomentar y financiar una expansión de la asistencia sanitaria privada. Sin embargo existe suficiente evidencia de que existen serios fallos inherentes a la provisión privada que la convierten en un camino muy arriesgado y costoso para los países que utilizan esta modalidad de prestación de servicios de salud. Con demasiada frecuencia estos riesgos no se toman en consideración.

La evidencia actual apunta a que a pesar de serios problemas en muchos países, los servicios financiados y suministrados de manera pública continúan siendo los sistemas de salud de mayor rendimiento y más equitativos. Sin embargo como en el caso de Guatemala el sector privado ya es un proveedor de servicios importante en los países más pobres y, por tanto, debe ser un actor central en cualquier estrategia de expansión de estos servicios.

Es importante destacar que aunque el sector privado sea un importante proveedor de algunos servicios, esto no significa que esté llenando el vacío de asistencia sanitaria existente. Tomar el deteriorado *status quo* de la asistencia sanitaria, en el que el sector privado juega un papel importante en algunos casos, y verlo como un indicativo del modo en el que debe organizarse una expansión exitosa es ilógico. Por lo tanto, el argumento a favor de una mayor provisión privada debe hacerse sobre la base de sus méritos en comparación con la provisión pública y no simplemente argumentando que, según algunos cálculos, ya es un proveedor importante en varios países pobres.

Un argumento que se presenta para la participación privada es que el sector privado puede obtener mejores resultados a menores costes. De hecho, la participación privada en la asistencia sanitaria está asociada a mayor (no menor) gasto. Líbano tiene uno de los sistemas de salud más privatizados del mundo en desarrollo. Gasta más del doble que Sri Lanka en asistencia sanitaria pero sus tasas de mortalidad infantil y materna son respectivamente dos veces y media y tres veces más altas.

Los costes aumentan cuando los proveedores privados deciden tratamientos basados en criterios de rentabilidad en vez de aquellos dictados por la necesidad médica. El sistema sanitario de Chile cuenta con una participación privada a gran escala y, como resultado, posee uno de los índices más altos del mundo de partos realizados por cesárea, que es más costosa y a menudo innecesaria.

Otro problema es la regulación de la provisión privada de servicios de salud, por la dificultad de administrar y regular a los proveedores privados también crea

ineficiencias, especialmente allí donde la capacidad gubernamental es débil y hay muy pocos proveedores privados para asegurar precios competitivos. En Camboya, el gobierno lanzó un ambicioso plan de asistencia médica privada. Sin embargo, el bajo número de licitaciones técnicamente aceptables recibidas por el gobierno dio como resultado que, en muchos casos, los contratos fueran otorgados sin competencia. Por esta falta de proveedores competentes, el tamaño total del programa de provisión privada tuvo que ser reducido un 40 por ciento. Según los datos disponibles, sólo el 20 por ciento de los programas subcontratados con proveedores privados tuvieron costes operativos menores. Incluso en estos casos no se cuentan los costos completos de transacción del gobierno en la administración de los proveedores privados: éstos pueden llegar a desviar hasta el 20 por ciento del gasto del presupuesto para salud.

La calidad de la provisión de los servicios es otro elemento sustantivo en la provisión de los servicios privados de salud, se argumenta que la calidad de este tipo de servicios es mayor que la de los servicios de salud públicos, sin embargo, no hay pruebas que apoyen las afirmaciones sobre una calidad superior del sector privado como proveedor de salud. El Banco Mundial afirma que el sector privado generalmente es peor en calidad técnica que el sector público. Por lo tanto, cuando no se evalúa la calidad de este tipo de servicios, se corre el riesgo de que estos sean de mala calidad. La mala calidad del sector privado no regulado pone en peligro a diario la vida de millones de usuarios que reciben este tipo de servicios.

Otro aspecto importante a considerar se refiere a la corrupción, no hay pruebas de que los proveedores de asistencia sanitaria privada respondan mejor o sean menos

corruptos que los del sector público. Regular los proveedores privados es extremadamente difícil incluso en países ricos. Se calcula que el fraude en el sistema de salud de Estados Unidos cuesta entre 12 y 23 mil millones de dólares cada año.

El sector privado no proporciona ninguna solución definitiva para los problemas que atraviesan los sistemas de salud públicos en los países pobres. Por el contrario, estos problemas deben ser abordados por el sector público directamente porque las pruebas disponibles muestran que hacer funcionar los servicios de salud públicos es la única forma probada de alcanzar la asistencia sanitaria universal y equitativa.

La acción comprometida de gobiernos para organizar y suministrar servicios sanitarios fue la causa de la reducción de entre el 40 y 70 por ciento de las muertes de niños en sólo 10 años en Botswana, Mauricio, Sri Lanka, Corea del Sur, Malasia, Barbados, Costa Rica, Cuba y en el estado indio de Kerala. Más recientemente, países como Uganda y Timor Oriental han usado el mecanismo de financiación coordinada con los donantes para extender ampliamente la provisión pública. En Uganda, la proporción de personas que viven en un radio de 5 kilómetros de distancia de una clínica aumentó del 49 al 72 por ciento en sólo cinco años. En apenas tres años, el gobierno de Timor Oriental incrementó los partos atendidos por personal cualificado del 26 al 41 por ciento.

La asistencia sanitaria pública no está condenada al fracaso, como sugieren algunos, pero hacer que funcione exige liderazgo político decidido, inversión adecuada, políticas basadas en la evidencia y apoyo ciudadano. Cuando existen estas condiciones, los sistemas de salud públicos pueden aprovecharse de las economías

de escala, de los sistemas estandarizados para la regulación y mejora de la calidad y, lo más importante, de la legitimidad y capacidad para redistribuir recursos y reducir la desigualdad. Las políticas de acceso universal en Sri Lanka, Malasia y Hong Kong benefician más a los pobres que a los ricos. Los estados indios que más invirtieron en servicios de salud públicos han sido más exitosos en reducir las desigualdades entre el medio rural y el urbano. De hecho, en 30 estudios de países en desarrollo examinados por el Fondo Monetario Internacional (FMI) se descubrió que las prestaciones totales del gasto gubernamental en salud redujeron la desigualdad.

Los proveedores privados existentes deben ser integrados en los servicios de salud públicos -donde sea posible- y en algunos contextos su papel puede ser parcialmente extendido. Sin embargo, considerar al sector privado para la expansión de servicios necesaria y así alcanzar el acceso universal sería ignorar los importantes y probados riesgos de este enfoque y las evidencias de lo que ha funcionado en países en desarrollo exitosos.

En la mayoría de los países de bajos ingresos el sector privado formal, de lujo y caro, no repercute en beneficios para la mayoría de ciudadanos. Su crecimiento puede originar un coste directo a los sistemas de salud públicos y afectar a su capacidad de suministrar asistencia a los que más la necesitan. No se puede justificar la subvención de este sector con dinero de los impuestos o de la ayuda de la cooperación internacional.

Las pruebas disponibles no deben usarse para ocultar la magnitud del desafío al que se enfrentan los sistemas de salud. Tampoco indican que no pueda haber ningún

papel para el sector privado –continuará existiendo de formas muy diferentes e implica tantos costes que deben ser eliminados o controlados como potenciales beneficios que hay que comprender mejor y saber aprovechar. Pero los datos son irrefutables en este aspecto: para alcanzar el acceso universal y equitativo a la asistencia sanitaria, se debe lograr que el sector público funcione como el proveedor principal. Los gobiernos y los donantes de países ricos deben actuar ahora para traer un cambio real y dar prioridad al aumento rápido de la asistencia sanitaria gratuita y pública para todos.

15.3 CONTENIDO LA PROPUESTA

Dado que el objetivo del Programa de Extensión de Cobertura es el acceso equitativo y universal a la asistencia sanitaria, entonces es evidente, según los datos disponibles, que sí importa quién brinda la provisión de los servicios de salud porque esta puede producirse a costa de la eficiencia, calidad, equidad y sin la rendición de cuentas válida y confiable de los servicios de salud brindados a la población.

15.3.1 Para las autoridades de Salud

Invertir recursos y conocimientos técnicos en estrategias basadas en la evidencia para expandir la provisión de los servicios por proveedores privados contratados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el Programa de Extensión de Cobertura.

Asegurar que haya representación y supervisión ciudadana en la planificación, los procesos presupuestarios y el seguimiento de la provisión de los servicios por

proveedores privados contratados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el Programa de Extensión de Cobertura.

Trabajar en colaboración con la sociedad civil para maximizar el acceso y mejorar la calidad de la provisión de los servicios por proveedores privados contratados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el Programa de Extensión de Cobertura.

Regular a los proveedores de asistencia sanitaria privados con ánimo de lucro para asegurar su contribución positiva y minimizar los riesgos para la salud pública.

Supervisar, monitorear y evaluar sistemática y permanentemente todas las acciones de provisión de servicios de salud por los proveedores privados, contratados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el Programa de Extensión de Cobertura.

Evaluar la calidad de los servicios prestados por los proveedores privados de servicios de salud, contratados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el Programa de Extensión de Cobertura.

Evaluar el alcance de las metas de los indicadores establecidos para la provisión de servicios de salud privados por proveedores contratados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el Programa de Extensión de Cobertura, de acuerdo al mejoramiento de indicadores trazadores de salud y mortalidad.

Dotar a las área de salud de los recursos materiales, humanos y financieros para que pueda realizar el monitoreo, supervisión y evaluación de la provisión de servicios de



salud de los proveedores privados contratados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el Programa de Extensión de Cobertura.

Institucionalizar de la provisión de servicios de salud de los proveedores privados contratados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el Programa de Extensión de Cobertura, como se previó desde sus orígenes hace ya 15 años.

Evaluar la validez y confiabilidad de la información sobre alcance de metas de la provisión de servicios de salud de los proveedores privados contratados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el Programa de Extensión de Cobertura.

15.3.2 Para la sociedad civil

Velar por la rendición de cuentas de los gobiernos, mediante la participación en el desarrollo de Políticas, el seguimiento del gasto y de la provisión de servicios sanitarios y denunciando la corrupción, la provisión de los servicios por proveedores privados contratados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el Programa de Extensión de Cobertura.

Asegurar que los la provisión de los servicios por proveedores privados contratados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el Programa de Extensión de Cobertura, apoyen la expansión del sistema de salud público, para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud.

Se debe considerar a las organizaciones de la sociedad civil (OSC) como actores distintos del sector privado con ánimo de lucro, tienen un papel importante en ayudar

a fortalecer y extender servicios de salud públicos viables y responsables. Como proveedores de asistencia sanitaria, son un salvavidas para millones de personas en muchos países, especialmente para las poblaciones más marginadas. Precisamente porque no buscan obtener beneficios económicos, no están sujetas a algunos de los incentivos negativos de los proveedores con ánimo de lucro. Sin embargo las OSC también tienen limitaciones de capacidad y escala, y no pueden llegar a todos los que necesitan servicios de salud.

Las OCS deben ser sólo un complemento, y no un sustituto, del Estado, juegan un papel importante en hacer que los gobiernos y los actores internacionales asuman sus responsabilidades, ejerciendo la presión política necesaria para hacer que los gobiernos actúen para proveer asistencia sanitaria gratuita para todos.

Capítulo 16

CONCLUSIONES

16.1 Eficacia del Programa de Extensión de Cobertura en la Mortalidad Infantil

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, fue eficaz en la disminución de la mortalidad infantil en el departamento de Alta Verapaz, en contraposición, se encontró un bajo alcance de las metas de la mayoría de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa para la atención infantil.

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, no fue eficaz en la disminución de la mortalidad infantil en el departamento de Baja Verapaz, en correspondencia se encontró un bajo alcance de las metas en la mayoría de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa para la atención infantil.

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, no fue eficaz en la disminución de la mortalidad infantil en el departamento de Huehuetenango, en correspondencia se encontró el no alcance de las metas de todos los

indicadores de provisión de servicios prestados por el programa para la atención infantil.

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, no fue eficaz en la disminución de la mortalidad infantil en el departamento de Jalapa, en correspondencia se encontró un bajo alcance de las metas en la mayoría de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa para la atención infantil.

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, no fue eficaz en la disminución de la mortalidad infantil en el departamento de Jutiapa, en correspondencia se encontró un bajo alcance de las metas en la mayoría de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa para la atención infantil.

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, no fue eficaz en la disminución de la mortalidad infantil en el departamento de San Marcos, en correspondencia se encontró un bajo alcance de las metas en la mayoría de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa para la atención infantil.

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, no fue eficaz en la disminución de la mortalidad infantil en el departamento de Santa Rosa, en correspondencia se encontró un bajo alcance de las metas en la mayoría de

los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa para la atención infantil.

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, no fue eficaz en la disminución de la mortalidad infantil en el departamento de Sololá, en correspondencia se encontró un bajo alcance de las metas en la mayoría de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa para la atención infantil.

16.2 Eficacia del Programa de Extensión de Cobertura en la Mortalidad Materna

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, no fue eficaz en la disminución de la mortalidad materna en el departamento de Alta Verapaz, en correspondencia se encontró un bajo alcance de las metas en la mayoría de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa para la atención materna.

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, no fue eficaz en la disminución de la mortalidad materna en el departamento de Baja Verapaz, en correspondencia se encontró un bajo alcance de las metas en la mayoría de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa para la atención materna.

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, no fue eficaz en la disminución de la mortalidad materna en el departamento de Huehuetenango, en correspondencia se encontró el no alcance de las metas de todos los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa para la atención materna.

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, no fue eficaz en la disminución de la mortalidad materna en el departamento de Jalapa, en correspondencia se encontró un bajo alcance de las metas en la mayoría de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa para la atención materna.

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, no fue eficaz en la disminución de la mortalidad materna en el departamento de Jutiapa, en correspondencia se encontró un bajo alcance de las metas en la mayoría de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa para la atención materna.

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, no fue eficaz en la disminución de la mortalidad materna en el departamento de San Marcos, en correspondencia se encontró un bajo alcance de las metas en la mayoría de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa para la atención infantil.

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, no fue eficaz en la disminución de la mortalidad materna en el departamento de Santa Rosa, en correspondencia se encontró un bajo alcance de las metas en la mayoría de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa para la atención materna.

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC-, no fue eficaz en la disminución de la mortalidad materna en el departamento de Sololá, en correspondencia se encontró un bajo alcance de las metas en la mayoría de los indicadores de provisión de servicios prestados por el programa para la atención materna.

Parte VIII. Referencias

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BIBLIOGRAFIA

- Acuña, María Cecilia (2006). Elementos para la discusión en torno a la protección social y el derecho a la salud Rev. Fac. Cienc. Méd. Enero - Junio: 9-15. Accesado octubre de 2011. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2006/pdf/RFCMVol3-1-2006-3.pdf>
- Aguilar María José y Ander-Egg Ezequiel (1992). Evaluación de Servicios y Programas Sociales. Siglo Veintiuno Editores, Primera Edición S.A. Madrid España.
- Abrahams D, Den Broeder L, Doyle C. Abrahams D, Haigh F, Pennington A (2004). Policy health impact assessment for the European Union. A health impact assessment of the European employment strategy across the European Union. Pp. 24-32 Disponible en: http://www.nice.org.uk/media/hiadocs/EPHIA_EuropeanUnion.pdf.
- Artazcoz L, Brotons M, Brotons A (2003). Impacto de la implantación de una política de trabajo libre de humo en una empresa. Gac Sanit.; 17:490-493.
- Atun, Rifat, Thira de Jongh, Federica Secci, Kelechi Ohiri, and Olusoji Adeyi (2010). Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. Health Policy and Planning;25:104-111
- Aguilar María José (1992). Evaluación de Servicios y Programas Sociales. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. Primera Edición 1992. Capítulo I. Precisiones conceptuales y terminológicas., Tipos de Evaluación. P. 42
- Alvis-Estrada, Luís, Nelson Alvis-Guzmán y Fernando de la Hoz (2004). Gasto Privado en Salud de los Hogares de Cartagena de Indias. Rev. salud pública. 9 (1):11-25.
- Almeida C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad Saúde Pública. 18(4):905-25.
- Almeida Celia. (1999). Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. Cuadernos Médico Sociales 79: 27-58
- Almeida CM (1996b). "Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica". Saúde e Sociedade, v. 5(2): 3-57.

- Almeida CM (1996a). "Novos Modelos de Reforma Sanitária: Bases Conceituais e Experiências de Mudança". In: Costa, NR & Ribeiro, JM (org.), Política de Saúde e Inovação Institucional, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ: 69-98.
- Almeida C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad. Saúde Pública. vol.18, n.4, pp. 905-925. Accesado enero 2012. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10176.pdf>
- Almeida, Celia. (2005). Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: Conceptos, Agenda, Modelos y algunos resultados de implementación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, diciembre, 6-60.
- Almeida, CM. 1996a. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo. 5 (2):3-57.
- Almeida, CM. 1996b. Novos modelos de reforma sanitária: bases conceituais e experiências de mudança. En: Política de saúde e inovação institucional. Costa, NR; Ribeiro, JM, org. Editora Fiocru. Rio de Janeiro: 69-98.
- Almeida, CM. 1999a. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*. 4 (2):263-286.
- Almeida, CM, Travassos, C; Porto, S; Baptista, TWF. 1999b. A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. *Research in Public Health Technical Report*. OPS. Washington, DC: 1-89.
- Almeida Celia. (2006). Health sector reform in Latin America and the Caribbean: the role of international Organizations in formulating agendas and implementing policies. *Well-being and Social Policy Vol 2*, N. 1, pp. 123-160. Accesado enero 2012. Disponible en: <http://well-being.ciiss.org.mx/pdf/en/2006/vol 2 num 1 6 06 en.pdf>
- Abramson W (2001) Monitoring and evaluation of contracts for health service delivery in Costa Rica. *Health Policy and Planning* 16 (4): 404-411.
- Annis, Sheldon. 1981. "Physical Access and Utilization of Health Services in Rural Guatemala." *Social Science and Medicine* 15(4):515-23.
- Arroyo J (1999). La autonomización de los hospitales públicos y sus consecuencias sobre la demanda de atención de salud, Lima, 1988-1997. *Rev Panam SaludPublica/Pan Am J Public Health* 6(5). Pp. 301-310

- Ashton Toni, Cumming Jacqueline, McLean Janet. (2004). Contracting for health services in a public health system: the New Zealand experience. *Health Policy*; 69(1), 21-31
- Allen Pauline, Croxson Bronwyn, Roberts Jennifer A., Archibald Kate, *et al.* (2002.). The use of contracts in the management of infectious disease related risk in the NHS internal market. *Health Policy* 59, (3), 257-281
- Acuña, María Cecilia (2005). Exclusión, protección social y el derecho a la salud Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Área de Desarrollo Estratégico de la Salud. OPS-OMS. Pp. 1-12. Accesado octubre de 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/exclus-derecho-salud-art-1aca.pdf>
- Bunge, M.: Racionalidad y realismo, Alianza Editorial, Madrid, 1985.
- Bitran, R. (2004). Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica. Naciones Unidas. CEPAL- Documento de Proyecto. Pp. 19-24
- Bacigalupe, Amaia, Esnaola Santiago, Caldero Carlos, Zuazagoitia Juan, Aldasoro Elena (2009). La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. *Gac Sanit.*;23(1):62-66
- Banken Reiner (2003). Health impact assessment —how to start the process and make it last. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (6):389.
- Bacigalupe Amai, Santiago Esnaola, Carlos Calderón, Juan Zuazagoitia y Elena Aldasoro (2009). La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. *Gac Sanit.*;23(1):62-66
- Bacigalupe A, Zuazagoitia J, Calderón C (2007). La evaluación del impacto en la salud. Herramienta de actuación intersectorial. *Gac Sanit.*; 21:55.
- Banco Mundial (2006) .América Latina y el Caribe Programa Global de VIH/SIDA Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica Guatemala: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia. Pp. 1-9
- Braveman P y Gruskin S (2003) "Defining equity in health". *J. Epidemiol. Community Health* 57; 254-258.
- Baker Judy L (2000).Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza Manual para profesionales Banco Mundial Washington, D.C.

- Bacigalupe, Amaia Et al (2009). La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. *Gac Sanit.*; 23(1):62–66.
- Barnes Ruth and Scott-Samuel Alex (2002). Health Impact assessment and Inequalities. *Rev Pan Am J public health*; 11(5/6); 449-453.
- Bitrán, Ricardo. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala-USAID/Guatemala (2004). Modelo de Financiamiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. PHRplus y Bitrán y Asociados. 2-14p.
- Banco Mundial, (1993). Informe sobre el desarrollo mundial 1993, Invertir en Salud, The World Bank. Resumen. Pp. 1-20
- Banco Interamericano de Desarrollo, 2002. Pp. 23-45 Accesado abril 2011. Disponible en línea en: <http://www.iadb.org/sds/doc/>.
- Bennett, Sara, and Anne Mills. (1998). "Government Capacity to Contract: Health Sector Experience and Lessons." *Public Administrative and Development* 18:307–26.
- Bitran, R. (2004). Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica. Naciones Unidas. CEPAL- Documento de Proyecto. Pp. 19-24
- Barron P, et al. Protecting efficient, comprehensive and integrated primary health care: principles and guidelines for Inter-Governmental Contracting/Service Agreements. Commissioned and Published by Health Systems Trust; 2000, <http://www.hst.org.za>.
- Barnum H, Kutzin J, Saxenian H (1995). Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management*; 10(1):23–45.
- Barnum H, Kutzin J, Saxenian H (1995). Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management*; 10(1):23–45.
- Braveman P (2006) Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*; 27:167–94.
- Cassels A. (1995). Health sector reform: key issues in less developed countries. *J Int Develop*; 7: 329-348.

- Cumming Jacqueline, Claudia D Scott (1998). The role of outputs and outcomes in purchaser accountability: reflecting on New Zealand experiences. Health Policy, Volume 46, (1)53-68
- Centro Latinoamericano de Demografía -CELADE- (2009). Proyecciones de Población. Accesado 12 de mayo Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/38297/OD7_Proyeccion_Poblacion.pdf
- Código de Salud (1997). Decreto No. 90-97 del Congreso de la República. Regula lo relativo a las acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud de todos los habitantes de la República de Guatemala, 48 p.
- Constitución Política de la República de Guatemala (1985). Título I. Capítulo I, artículo 3. Guatemala.
- Cambell, Donald y Satanley Julian. Diseños experimentales y Cuasi experimentales en la Investigación Social. Buenos Aires: Amomrrortu Editores. 1993, Capítulo 4.
- Campbell, Michelle Et al (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ Volume 321 16 September. 394-395
- Campbell M, Et al (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ 16 September 2000 Volume 321, Issue 7262. BMJ Vol 321:7262:695
- Cole BL, Fielding JE (2007). Health Impact Assessment: a tool to help policy makers understand health beyond health care. Annu Rev Public Health. ; 28:393-412.
- Cohen Ernesto y Franco Roland. (1998). Evaluación de Proyectos Sociales. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación económica y Social (ILPES/ONU), Centro Interamericano de Desarrollo Social (CIDES/OEA). Capítulo VII. Modelos para la Evaluación de Impactos. Grupo editor Latinoamericano, Buenos Aires Argentina. Pp. 123-125
- Cohen Ernesto y Franco Roland (1992). Evaluación de Proyectos Sociales. Siglo Veintiuno editores. Primera Edición .Capítulo 6. Tipos de Investigación. Pp.109-112.
- Centro de Estudios Urbanos y Rurales, CEUR (2010). Universidad de San Carlos Guatemala, Mapa de división político-administrativa. Acceso en julio 2010. Disponible en: <http://www.usac.edu.gt/~usacceur/mapas.html>.

- Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth A, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ.*; 321:694.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2006). Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL, División de Estadística y Proyecciones Económicas. Pp.19-21
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe.(2006). Capítulo III. Protección social y sistemas de salud. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Santiago de Chile: CEPAL. Pp. 77-106
- Cominsky, Sheila. (1987). "Women and Health Care on a Guatemalan Plantation." *Social Science and Medicine.* 25(10):1163–73.
- Collins C, Araujo J, Barbosa J (2000) Decentralising the health sector: issues in Brazil. *Health Policy* 52 (113-127).
- Collins C, Green A., (1994). Decentralisation and primary health care: some negative implications. *International Journal of Health Services* 7(2): 58-68.
- Ciaran O'Neill, Ann Largey (1998). The role of quality standards–accreditation in redressing asymmetry of information in health care markets *Health Policy*, Volume 45(1)33-45
- Donabedian A (1972). Models for organizing the delivery of personal health services, and criteria for evaluating them. *Milbank Memorial Fund Quarterly.*50 (4): 103–154.
- Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszynianski L (1982). Quality, cost and health: an integrative model. *Medical Care.* 20 (10): 975–992.
- Danel I, La Forgia G (2005). Subcontratación de atención básica de salud en zonas rurales de Guatemala. In *Innovaciones en el sistema de salud de América Central. Lecciones e impactos de nuevos enfoques. Documento de trabajo del Banco Mundial No. 60.* Edited by: La Forgia G. Washington, DC: World Bank. Pp.49-88
- Díaz Herráiz, E. y Rodríguez Martín, V (2000). La evaluación en Servicios Sociales: Servicios Sociales: Dirección, gestión y planificación. Ciencias Sociales. Alianza Editorial. Madrid, España. Pp 66-70
- Donabedian A (2003). An introduction to quality assurance in health care. *CMJ.* 44(5):655-657.

- Donabedian A (1981). Criteria norms and standards of quality, what do they mean. *AJPH* april 1981; 71: 409–412.
- Donabedian A (2005). Evaluating the quality of medical care. *The milbank quarterly*. 2005; 83(4): 691–729.
- Davenport C, Mathers J, Parry J (2006). Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making. *J Epidemiol Community Health*. 60:196-201.
- Dannenberg, Andrew L. Et al (2006). Growing the Field of Health Impact Assessment in the United States: An Agenda for Research and Practice. *American Journal of Public Health*; Vol 96, No. 2:262-270
- Drummond Michel, F. et al (1987). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford Medical Publications. Oxford University Press. Pp. 147-153.
- Donabedian A (2003). An introduction to quality assurance in health care. *CMJ*, 44(5):655-657.
- Donabedian A (1981). Criteria norms and standards of quality, what do they mean. *AJPH* april; 71: 409–412.
- Donabedian A (2005) Evaluating the quality of medical care. *The milbank quarterly*. 83(4): 691–729.
- Donabedian A (1973). An examination of some directions in health care policy. *AJPH* 1973; 63(3): 243-246.
- Evans RG, Barer ML, Marmor TR (1996). ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Díaz de Santos. España.
- European Centre for Health Policy, ECHP (1999). *Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach*. Brussels: WHO Regional Office for Europe;. 9p. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf>
- Encuesta de Salud Materno Infantil (2002). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala 2002. Capítulo 12 Pp.250-254.
- Editorial (2002) Cambios recientes en los sistemas de salud en América Latina y perspectivas de futuro. *Gac Sanit*; 16(1):2-4.
- England, Roge , Cuthbertson, Morag and Ollier Liz (2000). *Contracting and Performance management in the Health Sector, A Guide for low and middle income countries*. Pp 1-8

- England R (2004). Experiences of contracting with the private sector: a selective review. DFID Health Systems Resource Center.
- England R (2002) La Contratación y la Gestión del Rendimiento en el Sector Salud: Conceptos, indicaciones y ejemplos para su puesta en práctica Centro de Recursos en Sistemas de Salud (HSRC) London, UK 32p.
- Editorial (2002). Cambios recientes en los sistemas de salud en América Latina y perspectivas de futuro. *Gac Sanit* ; 16(1):2-4.
- Favaro P, Ferris L. (1988). Increasing the relevancy and usefulness of programmed evaluation: a comprehensive evaluation. *Hygiene*; 7:28-32.
- Fernández, M, J., Pereira Cande, J., Torres Cantero, A. (1995). Una Agenda a Debate: E Informe del Banco Mundial "Invertir en Salud". *Rev Esp Salud Pública*; Vol. 69, No. 5. Pp.385-391.
- Frenk J et al (1994). "Dimensions of health system reform". *Health Policy* 27: 19-34.
- Flores, W (2008). El Sistema de Salud en Guatemala ¿Hacia dónde vamos? Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Capítulo I: Caracterización general del sistema de salud en Guatemala. Pp. 29-42
- Flores, W (2008). El sistema de Salud en Guatemala. Así Funcionamos?. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Pp. 32-34
- Flores, W (2008). El sistema de Salud en Guatemala. Así Funcionamos? Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. P. 42
- Flores, W (2008). El sistema de Salud en Guatemala. Así Funcionamos? Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. P. 63
- Flores W (2004) Estudio de Medición de las Inequidades en Salud a nivel de las Áreas de Salud de Izabal, Jutiapa y Santa Rosa. Reporte de consultoría. Proyecto PRRACSalud. Guatemala. Pp.1-35.
- Frank RG, Taube CA (1987). Technical and allocative efficiency in production of outpatient mental health clinic services. *Social Sciences and Medicine*; 24(10):843-50.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. El diseño semi-experimental y experimental y la investigación evaluativo. *Aten Primaria*. 1991; 8: 567-76.

- Gómez Dantes, Octavio et al. (1999). Evaluación de programa de salud para población no asegurada. *Rev. Saúde Pública*; vol.33, n.4, pp. 401-412. Acceado octubre de 2011. Disponible en; <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v33n4/0468.pdf>
- García Melián Maricel., Prieto Día, Vicente., Molina Esquivel, Enrique., Junco Díaz, Raquel., Barceló Pérez, Carlos z., y Lic. Francisca Diego Olite (2005). Evaluación del impacto en salud de proyectos de inversión. Experiencia cubana *Rev Cubana Hig Epidemiol*; 43(3):1-9.
- Glass T.A, McAtee MJ (2006). Behavioral science at the crossroads in public health: extending horizons, envisioning the future. *Soc Sci Med*. 2006; 62:1650-71.
- González-Enríquez J, Salvador-Llivina T, López-Nicolás A (2002). Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gac Sanit.*; 16:308-317.
- González R, Martín-Olmedo P, Gijón MT (2007). Estudio prospectivo de la evaluación de impacto en salud de la implantación del metro en la ciudad de Granada. *Gac Sanit.*; 21:57.
- Guix J (2005). La calidad en salud pública. *Gac Sanit.*; 19:325-32.
- Gérvas Juan y Pérez Andrés Cristina (2008). Evaluación de las intervenciones en salud: La búsqueda del equilibrio entre la validez interna De los resultados y la validez externa de las conclusiones. *Rev Esp Salud Pública*; 82: 577-579
- González Block MA, Frenk J, Lockett LY, Macías Chapula C, De Icaza E, Martínez Valle A (1997.) Experiencias de reformas a los sistemas de salud en el mundo. En: Frenk J, editor. *Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas*. México: Fundación Mexicana para la Salud, Pp.23-28.
- Gwatkin D (2002) La necesidad de hacer reformas del sector de la salud orientadas hacia la equidad. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 11(5/6):310-315
- Gragnotati M & Marini A (2003) Health and Poverty in Guatemala. World Bank Policy Research Working Paper 2966. Pp.3-4
- Gilson, Lucy, Priti Dave Sen, Shirin Mohammed, and Phare Mujinja. (1994). "The Potential of Health Sector Non-governmental Organizations: Policy Options." *Health Policy and Planning* 9(1):14-24.

- Glinos Irene A., Baeten, Rita, Maarse, Hans (2010). Purchasing health services abroad: Practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries. *Health Policy* Vol. 95(2), 103-112.
- Health Services Research Group -HRS-. (1992). Program evaluation in health care. *CMAJ*. 1992 April 15; 146(8): 1301-1304. Accesado junio 2011. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1488550/pdf/cmaj00297-0041.pdf>
- Habicht J, Victorab CG and Vaughan JP (1999). Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology*;28:10-18
- Homedes N, Ugalde A (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 81: 83-96.
- Homedes N & Ugalde A (2002) Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica *Gac Sanit*; 16(1):54-62.
- Hernández M (2002) Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*, 18 (49): 991-1001.
- Harrison, Michael I., Johan Calltorp. (2000). The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care *Health Policy*, Volume 50(3) January 2000, 219-240.
- Howden-Chapman Philippa, Ashton, Toni (2000). Public purchasing and private priorities for healthcare in New Zealand. *Health Policy*, Volume 54(1)-27-43
- Instituto Nacional de Estadística -INE- (2002). Censo Nacional XI de población y VI de habitación 2002, Guatemala. Disponible en CD.
- Instituto Nacional de estadística -INE- (2009). Estimaciones y proyecciones de población, 1950-2025. Guatemala. Accesado 1 de febrero. Disponible en: <http://www.nd.edu/~cmendoz1/poblacion.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística -INE- (2004). Encuesta Nacional de Empleo e ingresos, ENEI. Guatemala. Disponible en CD.
- Instituto Nacional de Estadística -INE- (2002). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida -ENCOVI-. Guatemala. Disponible en CD.
- Informe de Desarrollo Humano (2005). La diversidad Étnico Cultural. El acceso y la pertinencia cultural de los servicios de salud. Sistema Naciones Unidas en Guatemala. Pp. 171-177

- Instituto Guatemalteco de Seguro Social -IGSS- (2004). Informe Anual de Labores 2004. p 92, Acceso junio 2011. Disponible en: [http://www.igssgt.org/downloads/Informe de Labores.pdf](http://www.igssgt.org/downloads/Informe%20de%20Labores.pdf).
- Instituto Guatemalteco de Seguro Social -IGSS- (2004). Informe Anual de Labores 2004. p 40, Acceso julio 2011. Disponible en: [http://www.igssgt.org/downloads/Informe de Labores.pdf](http://www.igssgt.org/downloads/Informe%20de%20Labores.pdf).
- Informe de Desarrollo Humano (2000). La fuerza incluyente del desarrollo humano. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala, PNUD. P. 122
- Informe de Desarrollo Humano (2000). La fuerza incluyente del desarrollo humano. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala, PNUD. Pp. 145-147.
- Informe de Desarrollo Humano Guatemala (2001). El Financiamiento del *Desarrollo Humano*. Sistema Naciones Unidas en Guatemala. P.26
- Instituto Nacional de Estadística -INE- (2004). Defunciones de porcentajes por causas definidas y tasas estimadas por 100.000 habitantes para las diez principales causas de defunción por país, por grandes grupos de edades y sexo: Período 2001–2003. Guatemala.
- Instituto Nacional de Estadística -INE- (2003). Informe de Producción hospitalaria. Guatemala. Pp. 12-14
- Instituto Nacional de Cancerología y La Liga Nacional Contra el Cáncer Reportes estadísticos (1994). Guatemala.Pp.1-25p.
- Iriart C, Merhy E, Waitzkin H (2001) Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine* 52; 1243-1253.
- Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H (2001). Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine*; 52(8):1243–53.
- Joffe Michael and Midell Jeniffer (2006). Complex Causal Process Diagrams for Analyzing the Health Impacts of Policy Interventions. *American Journal of Public Health*. March, Vol 96, No.3. 473-479
- Joan Subirats, Eva Alfama, Anna Obradors (2004). Ciudadanía e inclusión social frente a las inseguridades contemporáneas. Instituto de Gobierno y Políticas Públicas Universidad Autónoma de Barcelona. Pp. 1-3
- Joffe M, Mindell J (2005). Health Impact Assessment. *Occup Environ Med*; 62:907-912.

- Jordi Estivill (2003). Panorama de la lucha contra la exclusión social Conceptos y estrategias. Oficina Internacional del Trabajo-STEP/Portugal. Pp. 5-9.
- Jaramillo I (2002). Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la seguridad social en Colombia. Gaceta Sanitaria 16 (1):48-53
- Kauppinen T, Nelimarkka K (2004). A review of Finnish social and health impact assessments. J Environ Assess Policy Manag.;6:1-17.
- Krieger, N. et al (2003). Assessing health impact assessment: multidisciplinary and international perspectives. Epidemiol Community Health; 57:659-662.
- Kemm J (2001). Health impact assessment: a tool for healthy public policy. Health Promot Int.;16 Suppl 1:79-85.
- Karen Lock, Martin McKee (2005). Health impact assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded. European Union. J Epidemiol Community Health;59:356-360
- Kemm John (2003). Perspectives on health impact assessment. Bulletin of the World Health Organization, 81 (6):387-472.
- Kutzin, Joseph (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy, Volume 56 (3)171-204
- Knowles JC, Leighton C, Stinson W (1997). Measuring results of health sector Reform for system performance: a handbook of indicators special initiative report no. 1. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Inc.
- Katarzyna Kowalska (2007) Managed care and a process of integration in health care sector: A case study from Poland. Health Policy, Volume 8(2) 308-320
- Last JM. Dictionary of epidemiology. Third edition. New York, USA: Oxford University Press;1995. p. 17-18
- Lock Karen (2000). Health impact assessment. BMJ Vol 32:7246:1395-1398
- Lun Ann Aday Et al (1993). Evaluating the Medical Care System. Effectiveness, Efficiency, and Equity. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan. Pp 1-10
- Londoño, JL (1996). "Estructurando Pluralismo en los Servicios de salud. La Experiencia Colombiana". Revista de Análisis Económico 11 (2): 37-60.

- Londoño JL, Frenk J (1995). Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America. World Bank, Technical Department for Latin America and the Caribbean, Washington, DC. Banco Mundial.
- Londoño, J. L., (1996). Estructurando pluralismo en los servicios de salud. La experiencia colombiana. *Revista de Análisis Económico*, 11:37-60.
- Londoño JL (1995). Opciones para reformar la organización de los servicios de salud. Banco Mundial, Departamento Técnico para la América Latina y Caribe, Washington, DC. Banco Mundial.
- Londoño JL, Frenk J (1997). Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*. Jul; 41(1):1-36.
- Londoño, J. L (2001) "Estructurando Pluralismo En Los Servicios De Salud. La Experiencia Colombiana." *Revista de Análisis Económico* 11, no. 2:37-60
- López-Acuña D, Brito P, Crocco P, Infante A, Marín J, Zeballos L (2000) Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*8 (1/2): 147-150
- Laurell A (2001). Health Reform in Mexico: The promotion of inequality. *International Journal of Health Services*. Volume 31 (2): 291-321.
- La Forgia, Gerard M. (2005) Health System Innovations in Central America Lessons and Impact of New Approaches. World bank Working paper No. 57. Pp.9-49
- Londono JL, Frenk J (1997) Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*;41(1):1-36.
- Loevinsohn B, Harding A (2004). Buying results: a review of developing country experience with contracting for health service delivery. The World Bank.
- Loevinsohn B, Harding A (2005). Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. *Lancet* ;366(9486):676-81.
- Loevinsohn B, Harding A. (2005) Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. *Lancet*;366(9486):676-81.
- Linna M (2002). Health care financing reform and the productivity change in Finnish hospitals. *Journal of Health Care Finance*;26(3):83-100.

- Mackenbach J, Gunning-Shepers L. How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated? *J Epidemiol Community Health* 1997; 51:359-64. Accesado octubre de 2011. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/51/4/359.full.pdf+html>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2002). Guatemala Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud Protección Social en Salud: Guatemala. OPS-OMS. Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI)- Guatemala, Protección Social en Salud: Guatemala. Pp. 21-24
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2000). Guatemala: La Experiencia Exitosa de la Extensión de Cobertura. MSPAS, Programa Pro Mejoramiento de los Servicios de Salud. 10p.
- Ministerio de Salud Pública y asistencia social (2005). Tercer informe Situación de la Salud y su Financiamiento período 1999 - 2003, Primera edición. Guatemala. Pp. 35-48.
- Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social (2003). Programa de Mejoramiento de los Servicios. Memoria de Labores, Guatemala. Pp. 24-35
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2004). Situación de la Salud y su Financiamiento. Tercer Informe. Período 1999 – 2003. Primera edición. Pp. 35-70
- Martínez R (2005). Hambre y desnutrición en los países miembros de la Asociación de Estados del Caribe (AEC). Publicación de las Naciones Unidas, CEPAL. División de Desarrollo Social. Serie Políticas sociales. Santiago de Chile. Pp. 20-44
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2009). Plan Nacional de Atención a la Desnutrición Aguda y Crónica en Guatemala. Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, Guatemala. 1- 28p.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2002). Encuesta de Salud Materno Infantil 2002. Guatemala. Capítulo 9.Pp. 191-203.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1995). Encuesta Nacional de micronutrientes, Guatemala. Pp. 1-92. Accesado 21 Junio. Disponible: <http://issuu.com/guatemala.nutrinet.org/docs/situacionnutricional>.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia social (1999). Reglamento Orgánico interno. Acuerdo Gubernativo No. 115-99 Guatemala. 39p. Disponible en:
portal.mspas.gob.gt/images/files/.../Salud%20Publica/AG_115_99.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2002). Encuesta de Salud Materno Infantil. Guatemala. 2002. Capítulo 8.Pp. 169-178.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema de Información Gerencial en Salud –SIGSA-. Base de datos sobre mortalidad 2001-2005.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema de Información Gerencial en Salud –SIGSA-. base de datos sobre mortalidad 2001-2004.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1995). Encuesta de Salud Materno Infantil. Capítulo IV. Pp.8-9.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1987). Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -ENSMI-1987.Capítulos II Mortalidad Infantil, Pp. 13-14
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1995). Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -ENSMI-1995 .Capítulo III Salud Materno Infantil. P 5.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1998). Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -ENSMI-1998-99.Capítulo VIII. Salud Materno Infantil. Pp. 97-98.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS. Sistema de Información Gerencial en Salud –SIGSA-. Base de datos sobre morbilidad 2003-2004.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2003). Departamento de Epidemiología, Vigilancia y Control Epidemiológico. Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica. Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud. Guatemala. Pp. 1-30.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2002). Encuesta de Salud Materno Infantil 2002. Guatemala 2002. Capítulo IX. Pp.199-200.
- Ministerio de Salud Pública de Asistencia Social. Sistema de Información Gerencial en Salud -SIGSA- (2005). Base de datos sobre morbilidad 2005.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2005). Programa Nacional Prevención y Control del VIH/SIDA. Análisis situacional del VIH/SIDA. Guatemala; 2006.Pp.1- 10.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2002). Programa Nacional del SIDA. Situación del SIDA en Guatemala. Pp. 1-30
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Centro Nacional de Epidemiología Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida. Estadística de casos acumulados notificados VIH y SIDA por año de notificación (2009). Enero 1984-Octubre de 2009.3p.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2005). Programas de Enfermedades Trasmittidas por Vectores. Informe de la situación de Malaria. Guatemala 2002.25p.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2003). Departamento de Epidemiología, Vigilancia y Control Epidemiológico. Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica. Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud. Ciudad de Guatemala. 30p
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2005). Departamento de Epidemiología, Vigilancia y Control Epidemiológico. Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica. Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud. Guatemala. 40p.
- Murray, Christopher J.L. y Frenk Julio (2000). Un marco para evaluar los sistemas de salud. Bulletin of the World Health Organization. 78 (6): 717-731.
- Murray CJL, Knaul F, P Musgrove, K Xu, K. Kawabata (2001). Definición y medición de la equidad en la contribución financiera al sistema de salud. GPE. Ginebra: OMS. Documentos de debate. N ° 24. WHO.2001.Disponible en: http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/pdf/paper24.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1999). Reglamento Orgánico. Acuerdo Gubernativo No. 115-99. Título I, Capítulo único, artículos 1-3. Guatemala. 39p.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2004). Lineamientos del Plan Nacional de Salud 2004-2008. Guatemala. 20p.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala (1999). La experiencia Exitosa de Extensión de Cobertura. Programa de Mejoramientos de los servicios de Salud. Avances: Sistema de Atención Integral en salud -SIAS-. Pp. 1-4. Acceso septiembre de 2010. Disponible en <http://www.funsalud.org.mx/red-ijlb/pdf/guat-mex.pdf>

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2005). La situación de salud y su financiamiento. Tercer informe, período 1999-2003. Pp. 18-24
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2005). Informe sobre Situación de la Salud de Guatemala y Su Financiamiento 2004-2005. Guatemala Capítulo III, Pp. 28-44.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia social (2005). Programa de Accesibilidad a Medicamentos -PROAM-, Guatemala, Informe Anual. Pp. 30-33
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2006), Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines. Informe Anual. Guatemala. P. 39
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2006). Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala. P.25.
- Munro L (2008). Risks, "Needs and Rights: compatible or contradictory bases for social protection." Capítulo 2 en: Social Protection for the Poor and Poorest: Concepts, policies and politics. Editado por Barrientos A. y Hulme D. Palgrave, New York.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, OPS (2002). Protección Social en Salud: Guatemala. Pp.15-20. Accesado septiembre de 2011. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Exclusion_Salud_Guatemala_2002.pdf
- Montero, E 2004. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. Población y salud en Mesoamérica. Volumen 1, número 2, Pp.1-17. Accesado octubre de 2011. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/1/1-2/1-2-6/1-2-6.pdf>
- Montero Rojas, Eiliana (2004). Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. Población y Salud en Mesoamérica Revista electrónica, Centro Centroamericano de Población. Volumen 1, número 2. Accesado marzo, 2011. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>
- McQueen, DV (2002). The evidence debate. Evaluating evidence for public health interventions. J Epidemiol Community Health. 6:83-84
- Mittelmark M (2001). Promoting social responsibility for health: HIA and healthy public policy at the community level. Health Promot Int.; 16:296-74.
- Mindell J, Ison E, Joffe M. A (2003). Glossary for health impact assessment. J Epidemiol Comm Health.; 57:647-651.

- Mindell J, Hansell Anna, Morrison David, Douglas Margaret and Joffe Michael (2001). What do we need for robust, quantitative health impact assessment? *Journal of Public Health Medicine*. Vol 23, No. 3. Pp 173-178.
- Morrison D S (2001), Petticrew M, Thomson H. *J Epidemiol Community Health*; 55:219-220.
- Mindell, J M (2002). A framework for the evidence base to support health impact assessment. *J Epidemiol Comm Health*. 56:132-138.
- Morgan Richard K (2003). Health impact assessment: the wider context *Health impact assessment: the wider context*. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (6):390.
- Mindell J, Biddulph JP, Boaz A, Et al (2006). A guide to reviewing evidence for use in health impact assessment. London: London Health Observatory; 2006. 9p
- Mindell J, Joffe M., Boaz A, Curtis S, M Birley M (2004). Enhancing the evidence base for health impact assessment. *J Epidemiol Community Health*;58:546-551
- MSPAS (2002). Extensión de cobertura con servicios básicos de salud en el primer nivel de atención a través de organizaciones (ONG's) prestadoras y administradoras de servicios de salud. DG-SIAS. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala. Pp.1-20.
- Medici, André Cezar. (2007) "The Deregulation of Obras Sociales in Argentina: One More Episode of the Health Reform in Argentina: What Will Come Later?" *Nota Técnica de Salud de la División de Programas Sociales SDS/SOC*. Washington, D.C.
- Maceira Daniel (2007) *Actores y Reformas en Salud en América Latina*. *Nota Técnica de Saúde No. 1-64*. Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Desarrollo Sostenible, División de Programas de Desarrollo Social.
- Maceira Daniel (2007). Documento Técnico sobre Financiación y Reforma del Sector Salud: Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa. Pp.40-46. proyecto Eurosocial. Sector Salud.

- Maceira Daniel (2001). Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe, N° 3 Ediciones Especiales, Iniciativa Reforma Sector Salud. Pp.8-9
- Medici, André Cezar (2006).Las reformas incompletas de salud en América Latina: algunos elementos de su economía política. Bienestar y política social VOL 2, No. 1, pp. 1-26
- Medici, André Cezar (2006).Las reformas incompletas de salud en América Latina: algunos elementos de su economía política. Bienestar y política social VOL 2, No. 1, pp. 1-26
- Mesa-Lago C (1992) Health care for the poor in Latin America and the Caribbean.PAHO Scientific Publication No. 539. Pp. 190-201.Washington D.C.
- MSH (2001) Tools for Managers: Decentralization. The Management Development and Leadership Project. Management Sciences for Health. Pp.1-20.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2007). Guatemala: la experiencia exitosa de la extensión de cobertura. Avances: Extensión de Cobertura Primer Nivel de Atención en Salud, SIAS. Pp. 1-11. Accesado: febrero de 2011. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/red-jlb/pdf/guat-mex.pdf>
- Macq Jean y Martiny Patrick (2006). La contratación de servicios de salud privados en el primer nivel de atención en América Central: ¿Una opción para asegurar una atención eficiente, equitativa y sostenible? 2006 Equipo del proyecto CAPUBPRIV . Pp24-29
- Mills, Anne, Natasha Palmer, Lucy Gilson, Di McIntyre, Helen Schneider, Edina Sinanovic, and Haroon Wadee (2004). "The Performance of Different Models of Primary Care Provision in Southern Africa." *Social Science and Medicine* 99:931-43.
- Mills, Anne, and Jonathan Broomberg (1998). "Experiences of Contracting: An Overview of the Literature." *Macroeconomics, Health and Development Series, Technical Paper 33*. World Health Organization, Geneva.
- Mills, Anne (1998). "To Contract or Not to Contract? Issues for Low- and Middle-Income Countries." *Health Policy and Planning* 13(1):32-40.

- McPake, Barbara, and Elias E. Nglanbe Banda. (1994). "Contracting out of Health Services in Developing Countries." *Health Policy and Planning* 9(1):25–30.
- Machado Guimarães, Cristina y Crespo de Carvalho, José (2010). Outsourcing in Health Care Sector – A State of the Art Review. ISCTE-IUL-Lisbon University Institute. Bordeaux. Pp 1-17
- Macq Jean, Martiny Patrick, Villalobos Luis Bernardo, Solis Alejandro, et al (2008). Public purchasers contracting external primary care providers in Central America for better responsiveness, efficiency of health care and public governance: Issues and challenges. *Health Policy* 87(3), 377-388
- Mills A (1998). To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries. *Health Policy and Planning*. 13(1):32–40.
- Nebot Manel (2007). Editorial. Evaluación en salud pública: ¿todo vale? *Gac Sanit*; .21(2) 95-6
- Nirenberg Olga, Brawerman Josette y Ruiz Violeta (2003). Programación y Evaluación de Proyectos Sociales. Aportes para la racionalidad y la transparencia. Editorial Paidós, Primera edición. Capítulo 7. Evaluación con foco en los resultados. Pp. 173-206
- Navarro Hugo (2005). Manual para la evaluación de impacto de proyectos y programas de lucha contra la pobreza. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) Área de Proyectos y programación de inversiones. Santiago de Chile. Capítulo 3. Valoración de la eficacia y la eficiencia del programa, Pp. 61-63.
- Organización Panamericana de la Salud (1998). Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001. Washington, D.C.: OPS/OMS. Pp. 25-50.
- Organización Panamericana de la Salud (1998). La salud del adolescente y el joven. En: *La salud en las Américas*. Publicación científica. OPS/OMS, Washington D.C. Pp.76-81.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización-Mundial de la Salud (OPS/OMS) -Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional -USAID- (2007). Perfil del Sistema de Salud Guatemala. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma, Tercera Edición. Pp. 23-49
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Salud de las Américas. Informe de Guatemala*. P. 398

- Organización Panamericana de la Salud (2007). Salud de las Américas. Informe de Guatemala. P. 399.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud de las Américas (2007). Informe Regional. Capítulo 2 condiciones de Salud y sus Tendencias. P6.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). Salud de las Américas. Informe de Guatemala. P. 40.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud de las Américas (2007). Informe de Guatemala. P 401.
- Organización Panamericana de la Salud (2006). Análisis Situacional de la Tuberculosis en Guatemala, 2000-2005. Ciudad de Guatemala. 25p.
- Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Salud de Guatemala (2007). Acceso: junio de 2010. P.23. Consultado agosto de 2010. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Perfil_Sistema_Salud-Guatemala.html. P.23
- Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Salud de Guatemala (2007). Acceso: junio de 2010. P.25. Consultado agosto de 2010. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Perfil_Sistema_Salud-Guatemala.html.
- Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Salud de Guatemala (2007). Guatemala. Acceso: septiembre de 2010. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Perfil_Sistema_Salud-Guatemala.html. P.30
- Organización Panamericana de la Salud (2007) .Perfil del Sistema de Salud de Guatemala. Guatemala. Acceso: octubre de 2010. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Perfil_Sistema_Salud-Guatemala.html. P.36
- Organización Panamericana de la Salud (2007) .Perfil del Sistema de Salud de Guatemala. Guatemala. Acceso: octubre de 2010. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Perfil_Sistema_Salud-Guatemala.html. P.38

- Organización Panamericana de la Salud (2007) .Perfil del Sistema de Salud de Guatemala. Guatemala. Acceso: octubre de 2010. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Perfil_Sistema_Salud-Guatemala.html. P.39
- Organización Panamericana de la Salud (2002). Análisis de las reformas del Sector Salud en la Sub Región de Centro América y la República Dominicana julio 2002, LACRSS. Pp.25-30. http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Analisis_Reforma_Sector_Salud-SubRegion_Centroamerica_Rep_Dom_2002.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2007). Perfil del Sistema de Salud de Guatemala. Pp.43-46. Acceso: octubre de 2010. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Perfil_Sistema_Salud-Guatemala.htm
- OPS-ASDI (2003). Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Serie No. 1. Extensión de la Protección Social en Salud. Washington, D.C. Pp. 1-9. Accesado septiembre de 2011. Disponible en: http://new.paho.org/hss/documents/extension/ESLAC_esp.pdf
- Ogilvie D, Egan M, Hamilton V, Et al (2005). Systematic reviews of health effects of social interventions (II). Best available evidence: how low should you go? J Epidemiol Com Health.; 59:886–92.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Accesado enero de 2011. Pp. 1-17. Disponible en: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Salud de las Américas. Volumen I. Regional Capítulo IV. Pp. 314-316.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000. Pp.23-49
- Popper, K.: La lógica de la investigación científica. Editorial Tecnos. Madrid, 1999.
- Partnerships for Health Reform Project, PHRP (1998). Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala. Iniciativa Reforma del Sector Salud, LACRSS. Informe sobre Iniciativas Especiales No. 10. Pp. 3-10
- Programa de Naciones Unidas en Guatemala (2001). El financiamiento del desarrollo humano. Cuarto Informe de Desarrollo Humano 2001. PNUD-Guatemala. Capítulo 5 Pp. 97-101

- Pachón Helena. Proyecto Agro salud (2010). Situación de las Deficiencias de Micronutrientes en la Región de América Latina y el Caribe. Pp. 1- 25 p.
- Partnerships for Health Reform, PHR (1998). Cuentas Nacionales de Salud: Informe sobre Iniciativas Especiales No. 10. Guatemala. Pp. 13-21
- Patton, M.Q. Utilization-Focused evaluation (1992), Beverly Hills, Sage Pub.
- Pineault R, Daveluy C. (1995). La Planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias. Barcelona: SG Masson. Capítulo 6. La Evaluación, P.344
- Patrick Harris J., Harris-RoxasA Ben F., Harris Elizabeth, and Kemp A Lynn A (2007). Health impact assessment and urbanisation. Lessons from the NSW HIA Project. NSW Public Health Bulletin; Vol. 18(9–10)
- Petticrew Mark, Whitehead Margaret, Macintyre Sally J, Graham Hilary y Egan Matt (2004). Evidence for public health policy on inequalities: 1: The reality according to policymakers. J Epidemiol Community Health;58:811-816
- Parry, Jayne and Wright, John (2003). Community participation in health impact assessments: intuitively appealing but practically difficult. Bulletin of the World Health Organization, 81 (6):38.
- Parry, Jayne and Stevens Andrew (2001). Prospective health impact assessment: pitfalls, problems, and possible ways forward. BMJ Volume 323.Pp.117-118.
- Pineault R, Daveluy C (1995). La Planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias. Barcelona: SG Masson. Capítulo 6. La Evaluación, P.327-328
- Posavac, Emil J., Carey Raymond G. Carey (1997.). Program Evaluation. Methods and Case Studies. 1. Program Evaluation: an Overview. Prentice Hall. New Jersey, Capítulo 1. Pp. 1-13.
- Posavac, Emil J., Carey Raymond G. Carey (1997.). Program Evaluation. Methods and Case Studies. 2. Planning an Evaluation. Prentice Hall. New Jersey, Capítulo 1. Pp. 22-33.

- Perrot J. (2006). Is contracting a form of privatization? *Bulletin of the World Health Organization*; 84(11):910–3.
- Preker AS, Harding A, Travis P. “Make or buy” decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(6):779–90.
- Palmer N. (2000). The use of private-sector contracts for primary health care: theory, evidence and lessons for low-income and middle income countries. *Bulletin of The World Health Organization*. 78(6):821–9.
- Quigle Robert J. and Taylor, Lorraine C (2003). Evaluation as a key part of health impact assessment: the English experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (6): 415-419. Accesado enero de 2011: Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v81n6/v81n6a09.pdf>
- INCAN (1997). Reportes estadísticos del Instituto Nacional de Cancerología y La Liga Nacional Contra el Cáncer 1995-97. Guatemala. Pp.1-70.
- INCAN (2002). Reportes estadísticos del Instituto Nacional de Cancerología y La Liga Nacional Contra el Cáncer 2002. Guatemala. Pp.1-30.
- Rueda Martínez de Santos (2005). Guía para la evaluación del impacto en la salud y en el bienestar de proyectos, programas o políticas extra sanitarias. Proyecto de Investigación Comisionada. Pp. 31-32. Accesado octubre de 2011. Disponible en: http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_05-04_guia_evaluacion_impacto_salud.pdf
- Rossi H. y FreemanHoward (1989). Evaluación. Un Enfoque Sistemático para Programas Sociales. Editorial Trillas.México.
- Rychetnik Lucie Penelope Hawe, Elizabeth Waters, Alexandra Barratt, Michael Frommer (2004). A glossary for evidence based public health. *J Epidemiol Community Health*; 58:538–545.
- Rivadeneira Sicilia Ana y Artundo Purroy (2008). Carlos. La evaluación del impacto en salud: el estado de la cuestión. *Gac Sanit.*;22(4):348-53
- Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M (2004) Getting health reform right: A guide to improving performance and equity. Oxford University Press, New York, USA. Pp.44-48
- Rosero-Bixby L (2004) Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GISbased study. *Social Science & Medicine* 58, 1271-1284.

- Rondinelli D, Nellis J, Cheema G (1984) Decentralization in developing countries: a review of recent experience. World Bank Staff Working Paper No. 581. Pp.14-19
- Rosen JE. (2000). Contracting for reproductive health care: a guide. In: Health, nutrition and population. The World Bank.
- Stufflebeam, D.L.y Shinkfield, A.J (2007). Evaluation Theory, Models, and Applications. John Wiley & Sons.
- Sandín-Vázquez María y Antonio Sarría-Santamera (2008). Evaluación de impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones. Rev. Esp Salud Pública; 82: 261-272 N.º 3
- Scout-Samuel S (1998). Health impact assessment: theory into practice. J Epidemiol Comm Health.52:74-75
- Scoppetta Orlando (2006). Discusión sobre la evaluación de impacto de programas y proyectos sociales en salud pública. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 5 (3): 695-703.
- Scott-Samuel A, Birley M, Arden K (2001). The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment. Liverpool: International Health Impact Assessment Consortium; .Pp 16-18. Accesado febrero de 2011: Disponible en: <http://www.ihia.org.uk/document/merseyguide3.pdf>
- Sandín-Vázquez,María y Sarría-Santamera (2008). Antonio. Evaluación de impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones. Rev Esp Salud Pública; 82: 261-272
- Scout-Samuel A, Birley M, Arden K. Devon (2003). Health Forum. Health and wellbeing screening checklist. A guide to using health impact assessment in your organisation. 13p.Accesado marzo de 2011. Disponible en: [http://www.nice.org.uk/media/hiadocs/Health and Well Being Screening Checklist.pdf](http://www.nice.org.uk/media/hiadocs/Health_and_Well_Being_Screening_Checklist.pdf).
- Sandin- Vázquez María y Sarría-Santamera Antonio (2008). Evaluación del Impacto en Salud: Valorando la Efectividad de las políticas de salud en las poblaciones. Rev Esp Salud Pública ; 82: 261-272
- Scoppe Orlando, (2006). Discusión sobre la evaluación de impacto de programas y proyectos sociales en Salud pública. Univ. Psychol. Bogotá (colombia) 5 (3): 695-703, octubre-diciembre de 2006.

- Savedoff William D, Ruth Levine, Nancy Birdsall (2006). When Will We Ever Learn? Improving Lives through Impact Evaluation. Report of the Evaluation Gap Working Group. Global Development Washington, D.C. Pp. 1-19
- Sojo C, Pérez Sainz, JP (2002). Reinventar lo social en América Latina. En: Desarrollo social en América Latina: temas y desafíos para las políticas públicas. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2002.
- Saltman R (1995). "A Conceptual Overview of Recent Health Care Reforms". European Journal of Public Health 4 (4): 287-293.
- Trudy Harpham (2009). Urban health in developing countries: What do we know and where do we go? Health & Place 15: 114– 115.
- Scott A, Parkin D. (1995). Investigating hospital efficiency in the new HS: the role of the translog cost function. Health Economics. 4:467–78.
- Smith, Peter C, Adolf Stepan, Vivian Valdmanis, Piet Verheyen (1997). Principal-agent problems in health care systems: an international perspective. Health Policy, Volume 41(1)37-60
- Sunderland N. (1999) Do managers pay their way? The impact of management input on hospital productivity in the NHS internal market. Journal of Health Service Research and Policy;4(1):6–15
- Thomson H, Hoskins R, Petticrew M, Ogilvie D, Craig N, Quinn T, et al (2004). Evaluating the health effects of social interventions. BMJ. ;Vol 328:282-5.
- Thomson Hilary, Et al (2004). Evaluating the health effects of social interventions. BMJ Vol 328: 7449;328:282–5
- Thomson H., Petticrew M, Douglas M. (2003) .Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence. J Epidemiol Community Health;57:11–16
- Ugalde, A., Jackson, J.T. (1995). "The World Bank and international health policy: A critical review" Journal of International Development; 7 (3): Pp.525-541.

- USAID (2008). Dialogo para la Inversión Social en Guatemala. Análisis de Política No. 3 ¿Cómo se dirige el destino del sistema de salud en Guatemala? Proyecto USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala. Accesado agosto de 2010. disponible en: http://www.proyectodialogo.org/documents/salud/politica_salud_03.pdf
- USAID (2009). La protección social en salud. Dialogo para la inversión social en Guatemala. ANALISIS DE POLITICA No. 8. 8p Acceso noviembre de 2010. http://www.proyectodialogo.org/documents/salud/politica_proteccion_08.pdf
- Urcullo, Gonzalo y Bitrán. Ricardo (2006). Sinergias entre educación, salud y nutrición en Guatemala. USAID- PHRplus. Pp. 1-8.
- USAID (2008). Dialogo para la inversión social en Guatemala ¿Quién financia el sistema de salud en Guatemala? Serie Análisis de política No. 1. Este documento está disponible en versión electrónica en: http://www.proyectodialogo.org/documents/salud/politica_salud_01.pdf
- USAID-OPS. (2006). Análisis del sector salud. Una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos. Edición Especial No. 9. Washington, D.C. Pp. 55-154. Accesado julio de 2011. Dsponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_USAID_analisis_sector_salud_herramienta_formulacion_politicas.pdf
- Ugalde A & Homedes N (2002) Descentralización del sector salud en América Latina Gac Sanit 16(1):18-29
- Vázquez, M.L., Siqueirab, E. Kruzeb, I. Da Silvac, A., Leiteb, I.C. (2002) Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gac Sanit;16(1):30-38
- Valladares, Ricardo (2008). Situación y tendencias del Financiamiento de la Salud en Guatemala. USAID-PH- PLUS. Proyecto dialogo en Salud. Pp1-7. Acceso: Septiembre 2010. Disponible en: http://www.proyectodialogo.org/documents/salud/financiamiento_salud_guatemala_final.pdf
- Veerman JL, Barendregt JJ, Mackenbach JP (2005). Quantitative health impact assessment: current practice and future directions. J Epidemiol Comm Health.;59:361-370

- Vásquez, María Luisa et al. (2009). Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Pública*, v. 26, n. 4. Pp.360-367. Accesado agosto 2011. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a12.pdf>
- Vining, Aidan, and Steven Globerman. 1999. "Contracting-out Health Care Services: A Conceptual Framework." *Health Policy and Planning* 46:77–96.
- Whitehead M (1990). The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Pp 8-11
- Wright John, Jayne Parry, Jonathan Mathers (2005). Participation in health impact assessment: objectives, methods and core values. *Bulletin of the World Health Organization*; 83 (1), 58-63
- Wismar, M. Et al (2007). European Observatory on Health Systems and Policies. The effectiveness of Health impact assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe: World Health Organization. Disponible en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf. Pp 5-7
- Worthen Blaine R. and Sanders James R (1987). Educational Evaluation. Alternative Approaches and a Practical Guidelines. Copyright 1987 by Longman. Chapter 5. Objectives-oriented Evaluation Approaches. Pp. 62-72
- Walt, G. & Gilson, L., (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9 (4): 353-370
- World Health Organization. (2000). The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Geneva:World Health Organization.
- West Peter A. (1998). Market—what market? A review of Health Authority purchasing in the NHS internal market *Health Policy*. Volume 44, (2)167-183
- Xingzhu Liu et AL (2008). The effectiveness of contracting-out primary health care services in developing countries: a review of the evidence. Oxford Journals Medicine Health Policy and Planning Volume 23, Issue 1. Pp. 1-13.

- Xu Weiwei, Wynand P.M.M. Van de Ven. (2009). Purchasing health care in China: Competing or non-competing third-party purchasers? Health Policy, Volume 92(2)305-312
- Xingzhu Liu, Hotchkiss, David R., Bose, Sujata., Bitran, Ricardo., Ursula Giedion. (2004). Contracting for Primary Health Services: Evidence on Its Effects and a Framework for Evaluation. PHRplus. Partners for Health Reform plus. Pp 1-23
- Xingzhu Liu, David R. Hotchkiss, Sujata Bose. (2007). The impact of contracting-out on health system performance: A conceptual framework. Health Policy; 82(1): 200–211.
- Yépez, F. and L. Sánchez. (2000). "La Reforma del Sector Salud en Colombia: ¿Un Modelo de Competencia Regulada?" Revista Panamericana de Salud Pública 8, no. 1-2.
- Zwi AB, Mills A. (1995). Health policy in less developed countries: past trends and future directions. J Int Develop; 7: 299-328.