USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | Diálogo para la Inversión Social en Guatemala

PNUD Guatemala

Serie ANALISIS DE POLITICA No. 1

¿Quién financia el sistema de salud en Guatemala?

Acceder a los servicios de salud que son necesarios, sin que ello resulte en gastos catastróficos a los individuos es determinado, en buena parte, por la forma como se financia el sistema de salud de un país. (Carrin y cols: 2007)

EN EL AÑO 2005, LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EMITIÓ UNA RESOLUCIÓN QUE HACE UN LLAMADO URGENTE A SUS PAÍSES MIEMBROS, A TRABAJAR POR LA COBERTURA UNIVERSAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y ASEGURAR QUE LA POBLACIÓN TENGA ACCESO A LOS SERVICIOS NECESARIOS, SIN QUE LAS PERSONAS CORRAN EL RIESGO DE CAER EN UNA CATÁSTROFE FINANCIERA. (WHO: 2005a)

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 Q6,401 millones a Q12,558 millones). Esta cantidad equivale a 6.5% del Producto Interno Bruto (PIB) del país. Esto es un porcentaje considerable, que incumbe no únicamente a los políticos y gobiernos de turno, sino que también a todos los habitantes del país. Por lo tanto, 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.

¿Quién paga la factura de salud en Guatemala?

Existen tres fuentes de financiamiento del sistema de salud[1]: públicas[2], privadas[3] y de cooperación internacional[4]. Cada una de las fuentes contribuye en forma distinta a financiar el sistema de salud, pero llama la atención que en Guatemala es el gasto privado la principal fuente de financiación. (ver Gráfica 1). Es importante notar los cambios en los porcentajes de participación por cada una de las fuentes durante el período 1999-2005. Mientras que la contribución pública cayó en casi un 70% en dicho periodo

Informe Nacional de Desarrollo Humano
www.desarrollohumano.org.gt

1 Según la metodología de Cuentas Nacionales en Salud, que analiza los gastos del sector para describir completamente el flujo de recursos desde el origen hasta el usuario final. En Guatemala el estudio más reciente de cuentas nacionales examina el período 2004-2005. (MSPAS: 2007)

2 Incluye: Ministerio de Salud, Ministerio de la Defensa Nacional, Gobernación, Fondos Sociales, Universidad, gobiernos municipales y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

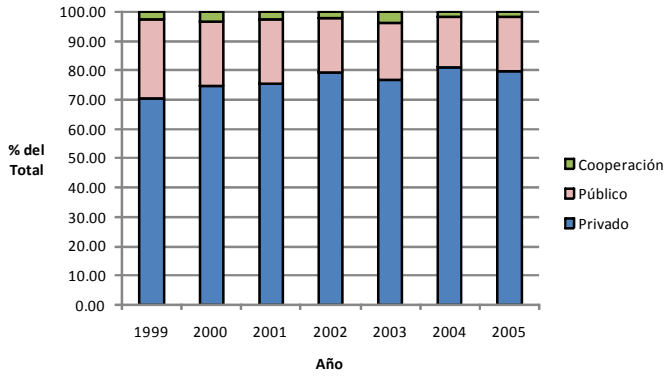
3 Incluye los hogares a través del gasto de bolsillo y las empresas privadas a través de las contribuciones patronales al IGSS.

4 Incluye las ayudas en donaciones a través de agencias bilaterales y multilaterales.

Este documento está disponible en versión electrónica en:
www.proyectodialogo.org/documents/salud/politica_salud_01

(de 27.1% a 18.6%), la aportación privada continuó aumentando hasta alcanzar un 80% del total del financiamiento. La cooperación internacional[5] no ha sido una fuente de financiamiento mayor durante dicho periodo observándose, por el contrario, una tendencia al descenso.

Gráfica 1: Participación porcentual de las diferentes fuentes en el financiamiento del sistema de salud , Guatemala 1999-2005

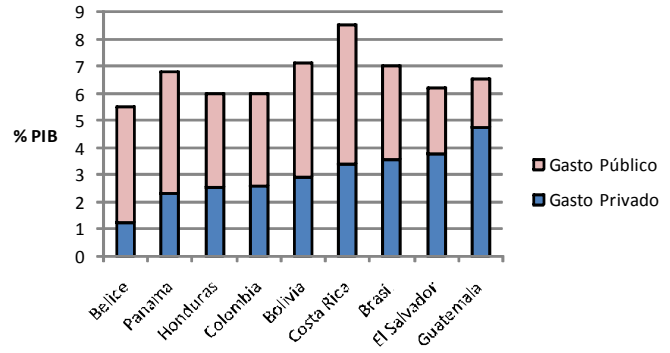


La participación privada en el gasto en salud en Guatemala pasó de 70% a 79% entre 1999 y 2005.

El peso desproporcionado que adquiere en Guatemala el financiamiento privado en relación con el financiamiento público es opuesto a la situación de la mayoría de países de la región, en donde el gasto público es mayoritario. En países con condiciones socioeconómicas similares (Honduras, Belice, Bolivia, Panamá, Colombia) y con niveles de gasto como porcentaje del PIB similares, el financiamiento es mayoritariamente público (ver Gráfica 2). De hecho, ningún otro país del continente americano tiene una participación privada más alta que Guatemala en el financiamiento de la salud. (OPS: 2007)

El peso desproporcionado del financiamiento privado en relación con el financiamiento público de los servicios de salud es de suma preocupación, pues tiene implicaciones directas sobre la rectoría, la equidad, y la eficiencia del sector. En cuanto a la *rectoría*, la posibilidad de implementar políticas públicas para el sistema de salud se encuentra sumamente disminuida cuando el gobierno controla menos de una quinta parte del financiamiento del sistema. Las implicaciones para la *equidad* y la *eficiencia* se presentan a continuación.

Grafica 2: Relación público-privada en el gasto en salud, países seleccionados 2004



La participación privada en el gasto en salud es mayor en Guatemala que en cualquier otro país de Latinoamérica.

El financiamiento privado incluye la contribución directa de los hogares a través de pago de bolsillo y la contribución de los empleadores a través de las cuotas patronales a la seguridad social. Debido al alto porcentaje de financiamiento privado, es importante separar estas dos fuentes para identificar quién está realmente cargando con el financiamiento del sistema de salud. Esta información se presenta en la Gráfica 3, en donde se revela una tendencia clara que indica que el sistema de salud es financiado principalmente a través del gasto directo de los hogares. Todas las demás fuentes, incluyendo los empleadores, presentan un estancamiento relativo al compararlas con la carga creciente de los hogares.

La carga excesiva del financiamiento del sistema sobre los hogares expone a la población al riesgo de gastos catastróficos[6] como resultado de enfermedades agudas, crónicas o accidentes. Este riesgo podría ser disminuido

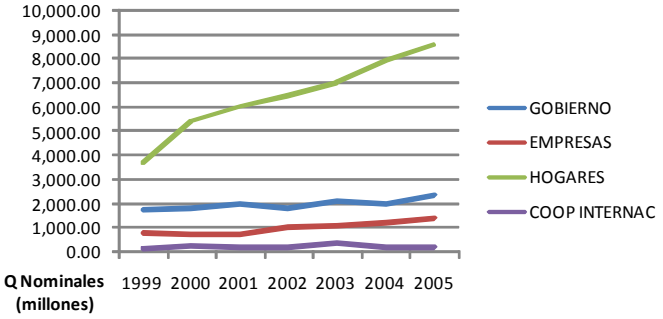
5 En la metodología de cuentas nacionales, la cooperación internacional únicamente incluye donaciones, mientras que los préstamos son registrados como gastos de gobierno.

6 La Organización Mundial de la Salud define un gasto catastrófico como aquel que supera el 40% del ingreso no esencial de un hogar (WHO: 2005b)

si el gasto de hogares fuese dirigido a financiar sistemas de aseguramiento públicos, privados o mixtos. Sin embargo, si se toma en cuenta que la cobertura del aseguramiento en Guatemala (IGSS, más seguros privados) no sobrepasa el 23% del total de la población, se puede afirmar que la mayoría de la población del país carece de protección social en salud y dirige su gasto al consumo directo de bienes y servicios en salud. (Flores:2007)

El financiamiento del sistema de salud por los hogares en Guatemala representa 4.7 % del PIB. Esta cifra está entre las más alta de todos los países del continente y es la más alta (junto con Nicaragua) entre países con similar situación económica a la de Guatemala (ver Gráfica 4).

Gráfica 3: Fuentes de financiamiento del sistema de salud en Guatemala, 1999-2005

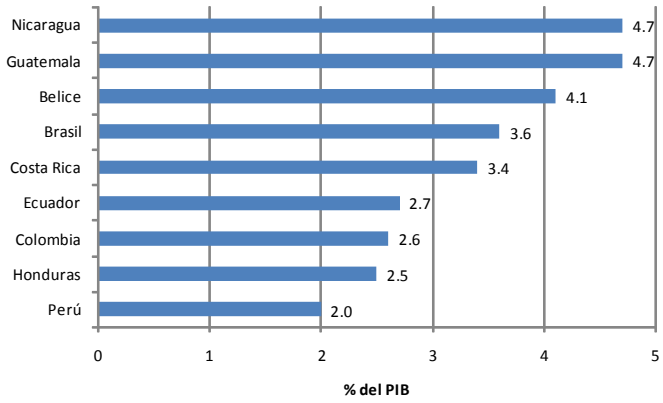


Entre 1999 y 2005 el gasto de los hogares en salud en Guatemala creció bastante más rápido que el gasto de todas las otras fuentes.

¿Quién decide sobre el gasto en salud?

La ejecución del gasto se refiere a tomar decisiones acerca de cuánto gastar, en cuáles servicios y priorizar el gasto bajo criterios específicos. Los recursos disponibles (el 6.5% del PIB señalado más arriba) son ejecutados a través de diferentes agentes, que pueden ser públicos o privados. Entre los públicos, los de mayor relevancia son el MSPAS y el IGSS, mientras que en el sector privado son los propios hogares que deciden cómo asignar sus recursos "de bolsillo". En orden de importancia como ejecutores del gasto, los datos del año 2005 revelan que los hogares ejecutan el 57%, el IGSS 21%, el MSPAS 14%, los seguros privados y las ONGs 7%, y otras instituciones públicas menos del 1% del gasto total en salud. Durante el período 1999-2005, se observa una tendencia a aumentar el rol del gasto de bolsillo y disminuir la participación de instituciones públicas en la ejecución del gasto (ver Gráfica 5).

Gráfica 4: Gasto de los hogares en salud como porcentaje del PIB, países seleccionados 2004

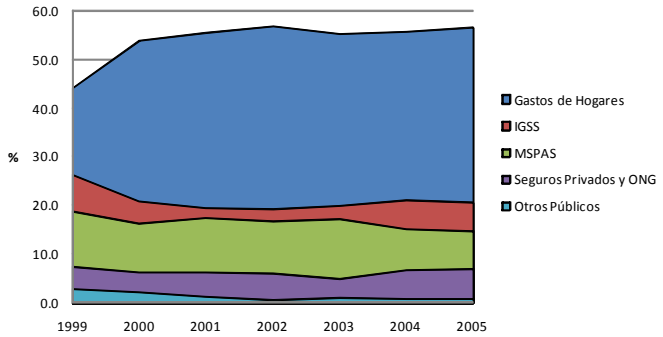


Los hogares guatemaltecos contribuyen al gasto en salud más que los hogares de casi todos los países de la región.

En hogares pobres, los gastos de bolsillo para la salud compiten con otros gastos básicos, como alimentación, vivienda y educación. Además, los pagos por servicios individuales o por episodios de enfermedad no permiten distribuir el riesgo entre grupos poblacionales mayores, creando serias ineficiencias.

En vista que el costo de la atención recae directamente en la población enferma, el gasto de bolsillo afecta en forma diferenciada a poblaciones con mayores niveles de pobreza que son, por lo general, quienes también sufren los mayores episodios de enfermedad. (WHO: 2005b) El gasto de los hogares es, por lo tanto, altamente inequitativo e ineficiente para cualquier sistema de salud. (Xu y cols: 2003) Con la tendencia observada en los años recientes en Guatemala en relación al gasto de los hogares, se puede afirmar que el sistema está exacerbando rápidamente la inequidad en el financiamiento y se está haciendo aún más ineficiente.

Gráfica 5: Agentes que ejecutan el gasto en salud en Guatemala, 1999-2005

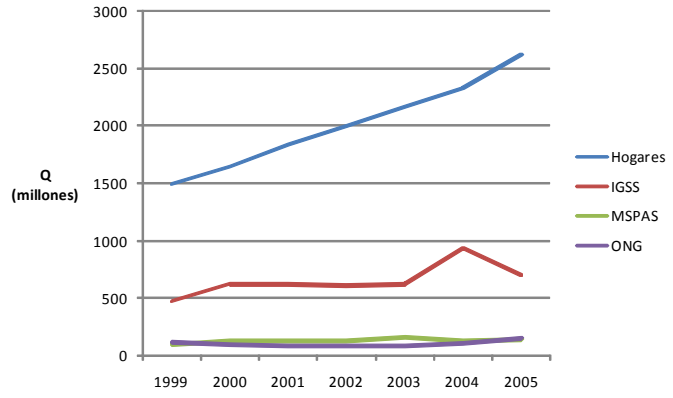


Los hogares deciden sobre la parte mayor del gasto en salud en el país.

¿Qué salud compramos?

Las principales instituciones públicas (MSPAS e IGSS) y los hogares difieren sustancialmente en los servicios o bienes a los cuales dirigen la ejecución del gasto en salud. Mientras que en las instituciones públicas el gasto se dirige a mantenimiento de infraestructura, recurso humano y medicamentos e insumos médico-quirúrgicos, los hogares los dirigen a medicamentos, pago de consultas, exámenes diagnósticos y hospitalizaciones. (MSPAS: 2005, MSPAS: 2007)

Gráfica 6: Gasto en medicamentos por agente, Guatemala 1999-2005



El gasto de hogares en medicamentos está creciendo rápidamente.

Se estima que en el año 2005, se gastaron más de 3,600 millones de quetzales en medicamentos (MSPAS:2007), que es alrededor del 30% de todo el gasto en salud. Esta cantidad es, sin embargo, cubierta principalmente por los hogares. Ellos realizan el 70% de todo el gasto en medicamentos, mientras que el IGSS lo hace en un 21%, el MSPAS en un 5% y las ONG's en un 4% (Flores: 2007). Durante el período 1999-2005, el gasto en medicamentos por los hogares se incrementó de forma constante en un 10% por año. El gasto por los demás compradores (IGSS, MSPAS y ONG's) sólo tuvo fluctuaciones leves durante dicho período (ver Gráfica 6).

Es importante tomar en cuenta que un aumento en el gasto en medicamentos no significa necesariamente que se esté comprando en mayor cantidad o que un público mayor está accediendo a los mismos. Un estudio reciente revela que durante el período 1995-2002, el valor del mercado farmacéutico privado tuvo una tendencia al alza, mientras que las unidades de medicamentos dispensadas tuvieron una tendencia hacia la baja.

(Barillas:2005) Lo anterior sugiere que el aumento constante en la factura de medicamentos responde a un aumento en el precio y no a un mayor acceso de la población hacia los mismos.

¿Qué toca hacer? Retos en el financiamiento del sistema de salud

El reto actual de todos los sistemas de salud a nivel global es acercarse a la cobertura universal de la protección social en salud, lo cual implica dos condiciones principales: a) depender al mínimo de los pagos directos de bolsillo por bienes y servicios para financiar el sistema y b) ampliar en forma universal o casi universal, los esquemas de aseguramiento, sean públicos, privados o mixtos. (WHO 2005c) Sin embargo, el aseguramiento público o mixto está directamente relacionado con la capacidad de un país para generar recursos fiscales que permitan financiar el sistema, es decir, con la carga fiscal.

En cuanto al aseguramiento privado debe tomarse en cuenta que, si es mayoritariamente privado, requiere una capacidad aún mayor de la requerida para aseguramiento público de regulación y supervisión por parte del Estado para evitar que las aseguradoras discriminen a la población según sus condiciones de salud, un fenómeno conocido como selección adversa del mercado o "descreme"[7]. (Evans y cols: 2005) Existe evidencia que la selección adversa practicada por seguros privados ha generado, a la larga, mayor inequidad y gastos al sistema público en países que han promovido formas de aseguramiento privado sin suficiente regulación (Chile, Argentina y Colombia)[8]. Sin embargo, también existe evidencia de que el aseguramiento privado puede contribuir en forma importante al propósito de expandir el aseguramiento, cuando se regula en forma adecuada y es parte de un sistema que también incluye opciones de aseguramiento público. (Sekhri & Savedoff: 2005)

Experiencias recientes exitosas de países de la región, como Brasil, han creado sistemas mixtos con énfasis en fortalecer el aseguramiento público. Por ejemplo, el sistema de aseguramiento público puede contratar a las aseguradoras privadas para que presten la cartera de sus servicios a la población en general. En adición a lo anterior, el aseguramiento público no se basa en la condición de empleo, como tradicionalmente han hecho los sistemas de seguridad social, sino en la garantía del derecho a los servicios de salud que son necesarios y garantizados por la Constitución del país. (Ministério da Saúde-Brasil: 2006)

En resumen, Guatemala debe identificar e implementar formas innovadoras para financiar el sistema de salud que le permitan revertir la tendencia ac-

Guatemala debe usar formas innovadoras para financiar el sistema de salud que permitan revertir la caída rápida del financiamiento público y el aumento del gasto de bolsillo de los hogares.

Países como Brasil han aumentado el gasto público en salud dentro de una economía de mercado y con políticas macroeconómicas estrictas.

7 Se refiere a la tendencia de los seguros privados a encarecer las primas de aseguramiento o negar la afiliación a individuos que tienen mayor riesgo de enfermar.

6 Sobre el tema se puede consultar: ISEQH 2006; Sapelli 2004; Homedes y Ugalde 2002; Iriart y cols. 2001; Plaza y cols. 2001

tual de caída rápida del financiamiento público y aumento del gasto de bolsillo de los hogares. La experiencia de otros países indica que sí es posible revertir dicha tendencia. Por ejemplo, estando dentro de un marco de economía de mercado y con políticas estrictas de manejo macroeconómico, países como Brasil han aumentado el gasto público en salud. Sin embargo, para esto es indispensable contar con políticas decididas de apoyo en aumento al gasto social (Flores 2007).

Las propuestas actuales de reforma legal e institucional del sistema de salud en Guatemala, si bien sugieren una inyección mayor de recursos para el sistema hospitalario, no abordan los retos descritos aquí. Debido a la naturaleza de la demanda de los servicios personales y de los cambios en el perfil epidemiológico del país, se anticipa que el aumento en el presupuesto no logrará resolver las crisis de los hospitales ni del sistema, sino que actuará únicamente como un paliativo temporal. En el mejor de los casos, únicamente brindarán atención a la población que tiene acceso a la red de hospitales públicos, particularmente los metropolitanos, pero no a la población que está por fuera de su área de influencia, que es generalmente la más pobre y rural.

Existen países con niveles de gasto similares que tienen mejores resultados que Guatemala. La principal diferencia reside en políticas públicas que garantizan una mayor participación pública en el financiamiento a través del 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.

Finalmente, es importante recordar que el gasto total en salud en Guatemala, con un 6.5 del PIB, ya está cerca del promedio de los países de la región de las Américas. Ciertamente se puede usar más dinero, pero dado el volumen de recursos que ya hoy dedica la sociedad guatemalteca, no puede usarse la falta de recursos como explicación del desempeño en salud de este país. (OPS: 2007) Existen países con niveles de gasto similares (Panamá, Cuba, Belice y los países Caribeños de habla inglesa) que tienen mejores resultados que Guatemala en términos de acceso a los servicios, cobertura y equidad. La principal diferencia reside en políticas públicas claras que garantizan 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. Esto indica que sí es factible transformar el financiamiento del sistema de salud en Guatemala hacia una mayor equidad y eficiencia.

Bibliografía

Barillas E (2005) Efectos de la Reforma del Sector Salud en el Suministro de Medicamentos de Guatemala. Presentado a la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos-USAID por Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Bulletin of the World Health Organization. February 83 (2) pp. 127-134.

Bulletin of the World Health Organization. September 85 (9) pp. 652.

Carrin G, Evans D, Xu K (2007) Designing health financing policy towards universal coverage.

Evans D, Carrin G, Evans T (2005) The challenge of private insurance for public good. Bulletin of the World Health Organization. February 83 (2) pp. 83.

Flores, W (2007) Los elementos fundamentales del sistema de salud en Guatemala, dinámica de su estructura, funcionamiento y desempeño. Reporte de Consultoría presentado al Informe Nacional de Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala.

Homedes N & Ugalde A (2002) Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica Gac Sanit;16(1):54-62.

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.

ISEQH (2006) Equidad y reformas del sector salud en América Latina y el Caribe: Enfoques y limitantes durante el periodo 1995 – 2005. Reporte comisionado por la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud (ISEqH) – Capítulo de las Américas. Abril.

Ministério da Saúde-Brasil (2006) Carta dos dereitos dos usuários da saúde. Brasilia-DF.

MSPAS (2005) Situación de la salud y su financiamiento. Período 1999-2003. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala.

MSPAS (2007) Situación de la salud y su financiamiento. Período 2004-2005. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala.

OPS (2007) Salud en las Américas reporte 2007. Volumen I-Regional. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC.

Plaza, B, Barona A, and Hearst N. (2001) Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. Health Policy and Planning; 16(Suppl 2):44-51.

Sapelli C (2004) Risk segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system. Social Science & Medicine 58, 259-265.

Sekhri N, Savedoff W (2005) Private health insurance: implications for developing countries.

WHO (2005a) World Health Assembly Resolution 58.33. World Health Organization, Geneva.

WHO (2005b) Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. Technical Briefs for Policy-Makers Number 2. WHO/EIP/HSF/PB/05.02 World Health Organization.

WHO (2005c) Achieving universal health coverage: Developing the health financing system. Technical Briefs for Policy-Makers Number 1. WHO/EIP/HSF/PB/05.01 World Health Organization.

Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini K, Klavus K, Murray C (2003) Understanding household catastrophic health expenditures: multi-country analysis. Lancet 362, pp. 111-7.

Fuentes de las Gráficas

Gráfica 1: elaboración propia a partir de datos de cuentas nacionales en salud.

Gráfica 2: elaboración propia a partir de datos de OPS:2007.

Gráfica 3: elaboración propia a partir de datos de cuentas nacionales en salud.

Gráfica 4: elaboración propia a partir de datos de OPS:2007.

Gráfica 5: elaboración propia a partir de datos de cuentas nacionales en salud.

Gráfica 6: elaboración propia a partir de datos de cuentas nacionales en salud.

La serie Análisis de Política busca diseminar información y análisis sobre política pública en salud y educación que ayuden a los responsables de la toma de decisiones, analistas y ciudadanos a tener posiciones mejor informadas sobre aspectos críticos para el desarrollo social en Guatemala.

El material aquí presentado fue preparado por Walter Flores, Ph.D., basado en estudios desarrollados con el impulso del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, que involucró a una gama de instituciones, con auspicio del International Development Research Center (IDRC).

Esta es una publicación del proyecto USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala, bajo la Orden de Trabajo EDH-I-02-05-00024-00, y en apoyo al Objetivo Estratégico 3 de USAID, *Inversión social: personas más sanas y con mejor nivel de educación*.

Las opiniones expresadas en este trabajo no necesariamente reflejan la posición de USAID.

Encargados de edición: Félix Alvarado, Gustavo Estrada.

Para más información, comuníquese con nosotros

Proyecto USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala

6 Avenida 20-25 Zona 10, Edificio Plaza Marítima Nivel 5, Oficina 5-4

Ciudad de Guatemala, 01010, Guatemala

Teléfono: +502-2380-6100

Fax: +502-2380-6101

Web: www.proyectodialogo.org

Este documento está disponible en versión electrónica en:
www.proyectodialogo.org/documents/salud/politica_salud_01