



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE SALUD DE GUATEMALA 2015: DIAGNÓSTICO DEL SECTOR PRIVADO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ATENCIÓN PRENATAL Y PARTO

Abril 2016

Este documento fue producido para ser revisado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fue preparado por Cindi Cisek, Chloé Revuz, y Christina Kramer para el proyecto Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS) (Fortalecimiento de los Logros en Salud a través del Sector Privado).



Referencia bibliográfica:

Cisek, Cindi, Chloé Revuz, y Christina Kramer. Marzo 2016. *Diagnóstico del sistema de salud de Guatemala 2016: Diagnóstico del Sector Privado de Planificación Familiar, Atención Prenatal y Parto*. Bethesda, MD: Proyecto Fortalecimiento de los Logros en Salud a través del Sector Privado, Abt Associates Inc.

Descargue copias de las publicaciones de SHOPS en: www.shopsproject.org

Acuerdo de cooperación: GPO-A-00-09-00007-00

Presentado a: Marguerite Farrell, AOR
Oficina de Salud Global
Salud Global / Población y Salud Reproductiva / Mejoramiento de la Entrega de Servicios
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Yma Alfaro
Especialista en Manejo de Proyectos de Salud
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Guatemala



Abt Associates Inc.
4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North
Bethesda, MD 20814
Tel: 301.347.5000 Fax: 301.913.9061
www.abtassociates.com

En colaboración con:
Banyan Global • Jhpiego • Marie Stopes International
Monitor Group • O'Hanlon Health Consulting

DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE SALUD DE GUATEMALA 2015: DIAGNÓSTICO DEL SECTOR PRIVADO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ATENCIÓN PRENATAL Y PARTO

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Los puntos de vista expresados por los autores en esta publicación no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o los del gobierno de los Estados Unidos de América.

TABLA DE CONTENIDO

Siglas y abreviaturas	v
Reconocimientos	vii
Resumen ejecutivo	ix
1. Introducción	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Alcance del trabajo	1
1.3 Conceptos clave - definiciones	2
2 Metodología.....	5
2.1 Enfoque.....	5
2.2 Fuentes de información	6
2.2.1 Revisión de la literatura y antecedentes.....	6
2.2.2 Análisis de segmentación del mercado	6
2.2.3 Trabajo de campo	6
2.3 Cronograma	7
2.4 Limitaciones	7
3 Contexto actual de la salud en Guatemala.....	9
3.1 Antecedentes	9
3.2 Conductas que promueven la búsqueda de atención de salud	11
3.2.1 Visión general	11
3.2.2 Planificación familiar	12
3.2.3 Uso actual de métodos anticonceptivos	15
3.3 Salud materna	17
3.3.1 Atención prenatal	18
3.3.2 Partos	18
3.4 Financiamiento para la salud y gastos pagados con fondos propios.....	20
4 El sector salud de Guatemala y el papel del sector privado	23
4.1 Panorama del sector salud	23
4.1.1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	25
4.1.2 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.....	27
4.1.3 Sector privado.....	29
4.2 Segmentación del mercado	29
4.2.1 Planificación familiar	30
4.2.2 Atención prenatal	34
4.2.3 Partos	37
4.2.4 Resumen de los hallazgos de la segmentación del mercado	40

5	Hallazgos	43
5.1	Perspectiva general.....	43
5.2	Ambiente político adecuado.....	43
5.2.1	Política general y revisión regulatoria.....	43
5.2.2	Consejo Nacional de Salud.....	45
5.2.3	Comisión Nacional para el Aseguramiento de Anticonceptivos	46
5.2.4	Otras organizaciones clave de incidencia política	46
5.3	Organizaciones del sector público	47
5.3.1	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	47
5.3.2	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.....	50
5.4	Organizaciones no gubernamentales	52
5.4.1	APROFAM	53
5.4.2	PASMO/Red Segura	56
5.4.3	ALAS	58
5.5	Sector privado con fines de lucro.....	58
5.5.1	Proveedores privados con fines de lucro.....	58
5.5.2	Empresas sociales de la salud.....	60
5.5.3	Seguro de salud y microseguros.....	61
5.5.4	Responsabilidad social empresarial	63
5.5.5	Salud y bienestar laboral.....	64
6	Recomendaciones	65
6.1	La administración del sistema de salud	65
6.2	Provisión de servicios	66
6.3	Desde la perspectiva de la demanda.....	67
6.4	Desde la perspectiva de la oferta	68
6.5	Recursos humanos para la salud	68
	Anexo A: Las contrapartes entrevistadas para la PSA	71
	Bibliografía	73

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1: Indicadores de salud global de Guatemala	10
Cuadro 2: Accesibilidad de la población Guatemalteca a los centros asistenciales del MSPAS	10
Cuadro 3: Indicadores de planificación familiar en Guatemala, 2008	12
Cuadro 4: Fuente principal de planificación familiar para mujeres en edad reproductiva que saben dónde obtener un método de planificación familiar (%)	16
Cuadro 5: Indicadores de salud materna en Guatemala	17
Cuadro 6: Número de visitas de atención prenatal.....	18
Cuadro 7: Personal que atiende los partos, WHIP 2013 (%)	19
Cuadro 8: Financiamiento de la salud en cifras.....	21
Cuadro 9: VisIÓN general de los SECTORES interesados del sector salud	23
Cuadro 10: Infraestructura de salud del MSPAS por tipo de instalación.....	27
Cuadro 11: Programas del IGSS – plan de operaciones para 2015	28
Cuadro 12: Número de establecimientos privados de salud por tipo, a enero de 2015	29
Cuadro 13: Fuente que provee cada tipo de método de planificación familiar en todo el país.....	31
Cuadro 14: Fuentes de inyectables de acuerdo con el perfil de usuario (N=1,905).....	33
Cuadro 15: Fuentes de esterilización quirúrgica voluntaria de acuerdo con perfil de usuario (N=2,433).....	34
Cuadro 16: Lugar de parto y lugar donde se recibió la atención prenatal (%)	36
Cuadro 17: Lugar de parto de acuerdo con el perfil de usuario (N=2433)	37
Cuadro 18: Legislación conexas a la salud sexual y reproductiva en Guatemala 2001-2012.....	44
Cuadro 19: Programas sociales más importantes de APROFAM.....	55

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pasos en un diagnóstico del sector salud privado	5
Figura 2: Tasa de mortalidad niñoaños de los países Centroamericanos – 2013.....	9
Figura 3: Comportamientos de búsqueda de atención al momento de la enfermedad – Altiplano Occidental - 2011	11
Figura 4: Lugar de tratamiento, Altiplano Occidental - 2011	12
Figura 5: Tasa global de fecundidad en Guatemala, 1987-2008	13
Figura 6: Uso del método de planificación familiar por tipo Guatemala (%).....	13
Figura 7: Evolución de la TPA moderna en Guatemala (%) mujeres en edad reproductiva en unión libre	14
Figura 8: Evolución de la mezcla de métodos anticonceptivos modernos para las mujeres en edad reproductiva en unión libre.....	14
Figura 9: Tipo de método moderno utilizado entre las mujeres en edad reproductiva en unión libre, en todo el país vs Altiplano Occidental (%).....	15
Figura 10: Razones de mortalidad materna de América Latina y el Caribe, 1990-2013	17
Figura 11: Gasto per cápita en salud (constante 2011 \$ internacionales)	20
Figura 12: Recursos humanos para los indicadores de salud en países seleccionados de América Latina.....	25
Figura 13: Participación cambiante en el mercado para productos de planificación familiar– todos los métodos	30
Figura 14: Fuente de métodos de planificación familiar por región (todas las mujeres en edad reproductiva (%)	31
Figura 15: Características socio-económicas de las usuarias de métodos modernos (todas las mujeres en edad reproductiva) (%)	32
Figura 16: Fuentes de anticonceptivos modernos por quintiles de ingreso (%)	32
Figura 17: Lugar donde se recibe atención prenatal (%)	35
Figura 18: Fuente de la atención prenatal por quintil de ingresos (%)	36
Figura 19: Lugar de parto según los ingresos por quintil – a nivel nacional.....	38
Figura 20: Lugar de parto según los ingresos por quintil – Altiplano Occidental.....	39
Figura 21: Lugar de parto según los ingresos por quintil – Ciudad de Guatemala.....	39

SIGLAS Y ABREVIATURAS

APP	Asociación pública-privada
APROFAM	Asociación Pro Bienestar de la Familia, filial local de IPPF en Guatemala
BEOC	Atención obstétrica esencial básica
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CABEI	Banco Centroamericano de Integración Económica, BCIE
CAIMI	Centro de Atención Integral Materno Infantil
CAP	Centro de Atención Permanente
CAT	Comadrona Adiestrada Tradicional
CentraRSE	Centro para la Acción de la Responsabilidad Social Empresarial en Guatemala
CDCS	Estrategia de cooperación de la USAID para el desarrollo del país
CEOC	Atención obstétrica esencial integral
CNAA	Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos
DRACES	Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
EPSS	Empresa de Promoción de Servicios de Salud
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OSAR	Observatorio de la Salud Reproductiva
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social, creada por PSI
PEC	Programa de Extensión de Cobertura (1996-2014)
PIB	Producto interno bruto
PF	Planificación familiar
PSA	Diagnóstico del sector privado
PSI	Population Services International
REDMISAR	Red de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva
RH/FP	Salud reproductiva/Planificación Familiar)
RSE	Responsabilidad social empresarial
SHOPS	Proyecto Fortalecimiento de los Logros en Salud a través del Sector Privado
TGF	Tasa global de fecundidad
TPA	Tasa de prevalencia de anticonceptivos

UNAIDS	Programa de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA)
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de la Niñez de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
WHIP	Programa Integrado del Altiplano Occidental

RECONOCIMIENTOS

Los autores agradecen a Baudilio López, Yma Alfaro, y Romeo Menéndez de USAID/Guatemala por su generoso apoyo y clara orientación durante todo este diagnóstico. También le agradecen a Martha Mérida y Eugenia Monterroso por su valiosa participación en las fases de planificación y recolección de datos de este informe, y también por haber estado disponibles para hacer aclaraciones. Leslie Miles y Linda Moll también proveyeron insumos detallados y sensatos para completar este informe. Finalmente, los autores agradecen a los colegas del proyecto SHOPS, quienes dieron insumos técnicos en los momentos críticos, especialmente, la Subdirectora de SHOPS Caroline Quijada.

RESUMEN EJECUTIVO

PROPÓSITO DEL DIAGNÓSTICO

El proyecto Fortalecimiento de los Logros en Salud a través del Sector Privado (SHOPS) realizó un diagnóstico del sector privado en Guatemala a solicitud de la USAID/Guatemala para identificar las fortalezas y debilidades del sector privado de salud y solicitó recomendaciones a las contrapartes del sector público para fortalecer los esfuerzos del sistema de salud del país. Los hallazgos y recomendaciones del diagnóstico del sector privado (PSA) servirán como un recurso para el sector público, el sector privado y para las contrapartes internacionales que trabajan para mejorar la salud en Guatemala. La PSA se enfocó en el papel que actualmente desempeña el sector privado en la planificación familiar y en los servicios de salud materna e identificó maneras para movilizar recursos no explotados del sector privado para aumentar la oferta y demanda de los servicios.

METODOLOGÍA Y LIMITACIONES

Siguiendo el modelo que SHOPS ha usado en más de 20 PSA, el equipo de evaluación empezó aclarando el alcance del trabajo con la USAID y revisando la literatura que era pertinente para los temas del diagnóstico. Luego los miembros del equipo realizaron un análisis de segmentación del mercado, llevaron a cabo entrevistas a profundidad con informantes clave del país, y entregaron un borrador a la USAID para sus comentarios. Después de tomar en cuenta los comentarios de la USAID, SHOPS finalizó el informe.

El alcance de este diagnóstico se limitó a las áreas de planificación familiar, la atención prenatal y la atención del parto. El equipo de PSA limitó su alcance para analizar las fuentes y el uso del sector privado, sin considerar la calidad de los servicios. Intencionalmente se excluyó la oferta de productos básicos debido a que ya ha sido cubierta en otros diagnósticos.

Surgió un desafío al intentar analizar los datos de las diferentes fuentes, las cuales provenían de diferentes épocas y regiones. El equipo utilizó los últimos datos disponibles para realizar los análisis secundarios. Estos datos estaban disponibles en varias bases de datos nacionales (*Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI)* realizada en 2008-2009;¹ Las Cuentas Nacionales de Salud realizadas en 2014; *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI)* realizada en 2012) y la Línea de Base de la *Encuesta de Monitoreo y Evaluación del Programa del Altiplano Occidental (WHIP)* de 2013, empleada por la Agencia para medir el impacto de sus programas integrados. Además, las diferencias en el muestreo para la ENSMI 2008-2009 (que presenta datos del ámbito nacional, con posibilidad de desagregar a nivel departamental) y para los datos de la Línea de Base de WHIP de 2013 (que se centra en las municipalidades priorizadas por USAID en el Altiplano Occidental) imposibilitan comparar directamente las dos encuestas. El equipo no realizó análisis de quintiles a nivel de departamento debido a tamaños de muestra inadecuados y de esta manera no fue posible identificar variaciones entre los departamentos del país.

¹ ENSMI 2008-2009 es sinónimo de la Encuesta Demográfica y de Salud. Aunque el informe elaborado fue autorizado por el MSPAS en 2010, en todo este informe se emplea “ENSMI 2008-2009” para referirse al estudio.

Finalmente, el diagnóstico se realizó en un momento cuando el gobierno de Guatemala, incluyendo el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS), estaba experimentando una grave crisis política, lo cual introdujo un nivel de incertidumbre entre los informantes. Esta crisis también hizo que algunos de ellos estuvieran renuentes a entrar en muchos detalles con los entrevistadores.

HALLAZGOS CLAVE

Guatemala cuenta con un marco normativo sólido que garantiza el acceso a la salud materna, la salud reproductiva y los servicios de planificación familiar, que proporciona una base jurídica para garantizar y defender el derecho a estos servicios. Sin embargo, todavía hay una fuerte oposición ideológica de entidades religiosas y políticas que cuestionan el programa de planificación familiar. Durante más de una década, las organizaciones de incidencia han estado trabajando para aumentar la conciencia de la importancia de la seguridad anticonceptiva, para abogar por un enfoque multisectorial y para enfrentar vacíos programáticos y de políticas clave. En 2009 fue creada oficialmente la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos (CNAA) y la dirige el Coordinador Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS. A pesar de importantes avances legales y reglamentarios, los entrevistados informan que todavía hay déficits presupuestarios para los anticonceptivos y opciones limitadas para el suministro competitivo para garantizar un uso eficiente de los recursos. Además, un alto porcentaje de los fondos que se dedican a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar no se ejecutan de manera efectiva; las asignaciones presupuestarias se reciben tarde; los fondos no se gastan adecuadamente o no se gastan del todo. Muchos de estos temas todavía requieren discusión constante para asegurar que se incluyan debidamente en cada ley del presupuesto anual. A finales de 2013 la CNAA publicó su Estrategia de Segmentación del Mercado de Anticonceptivos, la cual reconoce la importancia de un enfoque sostenible de mercado total. La estrategia esboza diferentes escenarios para reducir la necesidad insatisfecha y la adecuación de combinación de métodos, pero no define acciones específicas para lograr los escenarios. En marzo de 2015, la CNAA tenía previsto llevar a cabo un taller para discutir cómo llevar al siguiente nivel la estrategia de segmentación del mercado.

Guatemala cuenta con un marco jurídico legal sólido que facilita el acceso a los servicios de salud sexual reproductiva y de planificación familiar.

El MSPAS, el IGSS y APROFAM son los proveedores de servicios más relevantes.

El sector privado del país, formado por otros actores no tradicionales, representa un segmento grande y creciente del mercado atención de salud. Muchos guatemaltecos, independientemente del nivel de ingresos, buscan atención de salud en este sector, aunque implique desembolsos directos.

En la actualidad el MSPAS enfrenta una grave crisis financiera que no es probable que se resuelva a corto plazo. Como se observa en el análisis secundario, la participación de la provisión de planificación familiar, la atención prenatal, y los servicios de salud materna del MSPAS han aumentado a lo largo del tiempo, en algunos casos de manera significativa, lo que contribuye a un déficit financiero creciente para el MSPAS y subraya la necesidad de un mercado total sostenible más equilibrado. De acuerdo con lo informado por los entrevistados, hay desabastecimiento generalizado de medicamentos esenciales, incluyendo vacunas. En el Altiplano Occidental, los establecimientos de segundo nivel de atención que sirven como centros de maternidad reportan desabastecimiento de anestesia y otros suministros que limitan su capacidad de atender partos quirúrgicos de modo que todos estos casos se refieren a hospitales del segundo y tercer nivel lo que sobrecarga estos establecimientos. Los entrevistados informan que los presupuestos para el suministro de anticonceptivos no están a la altura de la demanda de los servicios. Hay falta de existencias de insumos básicos de planificación familiar en todos los niveles.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) es la segunda institución más grande del país en la prestación de servicios de salud. Hay evidencia de que un gran porcentaje de los afiliados al IGSS y sus dependientes buscan servicios de planificación familiar en otros establecimientos que no pertenecen al IGSS. Muchos recurren al MSPAS, creando una carga financiera adicional para la institución que lucha por sobrevivir. El Programa de planificación familiar del IGSS está institucionalizado bajo la Resolución N° 1165. Los entrevistados consideraron que muchos afiliados no conocen la política del IGSS de proporcionar servicios de planificación familiar y los métodos anticonceptivos no están ampliamente disponibles en los servicios de salud del IGSS. Además, la Resolución 1165 incluye algunas barreras políticas clave para el acceso a la planificación familiar, incluyendo una disposición que indica que los beneficiarios y afiliados son elegibles para servicios de planificación familiar solo hasta las 26 semanas posparto, se requiere una solicitud por escrito de parte del beneficiario para obtener servicios de esterilización quirúrgica voluntaria y el requisito que la mujer tengan al menos dos hijos vivos. A pesar de estas deficiencias, casi todos los entrevistados reconocen que el IGSS tiene un papel fundamental a desempeñar y debe ser un actor clave para garantizar un mercado más equilibrado y sostenible.

En Guatemala hay varias ONG que tienen y pueden desempeñar papeles importantes en la prestación de servicios, incluyendo la filial de la Federación Internacional de Planificación Familiar, APROFAM, que es el segundo mayor proveedor de métodos de planificación familiar después del MSPAS. Las unidades móviles de APROFAM son las únicas del país que están equipadas para proveer anticoncepción quirúrgica voluntaria por laparoscopia. Estos programas sociales continuarán requiriendo subsidio significativo dados los costos asociados para alcanzar áreas remotas. APROFAM también tiene una capacidad subutilizada para prestar los servicios de atención del parto, que se pueden usar para reducir el número de clientes del MSPAS.

El sector privado de Guatemala representa un segmento grande y creciente del mercado de la atención de salud, incluyendo hospitales de tercer nivel, hospitales generales y de subespecialidad y hospitales, prácticas individuales, farmacias y proveedores tradicionales. Independientemente del nivel de ingresos, muchos guatemaltecos buscan atención en el sector privado, y aunque el uso de los proveedores del sector privado implica desembolsos directos, muchos hogares utilizan el sector privado como su primer punto de atención. Por ejemplo, la segunda ciudad más grande de Guatemala, Quetzaltenango, tiene una fuerte red de hospitales privados y centros de nivel inferior para medicina general, así como una amplia variedad de especialidades. Después de la ciudad de Guatemala, Quetzaltenango cuenta con el segundo mayor conglomerado de establecimientos privados, y el mercado de la atención de salud privada en el municipio de Quetzaltenango se está saturando. Hay una oportunidad para explorar qué tipos de incentivos alentarían a nuevos proveedores del sector privado para ampliar sus servicios en otras ciudades medianas en el Altiplano Occidental. El seguro médico privado representa un pequeño segmento del mercado de la atención de salud de Guatemala, con menos de 5 por ciento de la población guatemalteca cubierta por un seguro de salud privado (MSPAS 2010). Las entrevistas con los representantes de la industria de seguros sugieren que el segmento está creciendo y que más de 90 por ciento de la población cubierta reside en la Ciudad de Guatemala. Sin embargo, hay tendencias interesantes en el seguro de salud dirigido a grupos de ingreso medio-bajos y medianos.

RECOMENDACIONES

Administración del sistema de salud Una administración que involucra múltiples actores del sector privado

El MSPAS de Guatemala está a cargo de la administración o gobierno (rectoría) del sector de la salud en general. Sin embargo, en la práctica la coordinación y la comunicación entre los sectores es limitada, especialmente en relación con el IGSS y el sector privado. Al mismo tiempo, existen distintas comisiones para el diálogo multisectorial en Guatemala; sin embargo, hay poca participación del sector privado lucrativo en estos foros. El equipo de la PSA recomienda que el MSPAS continúe buscando oportunidades para involucrar a nuevos actores del sector privado, incluyendo el sector lucrativo. Esto abarcaría la participación del sector lucrativo, incluyendo la industria farmacéutica, así como las asociaciones médicas profesionales, como el Colegio de Médicos y Cirujanos, la Asociación de Obstetras y Ginecólogos, la Asociación Pediátrica y otros.

El sistema de salud de Guatemala puede fortalecerse en:

- Aumentar la coordinación multisectorial de salud, incluyendo al sector privado lucrativo.
- Realizar acciones de incidencia política o promoción para reducir las desigualdades del mercado.
- Hacer mejoras en la prestación de servicios.
- Ampliar el seguro de salud y los microseguros para cubrir personas de ingreso medio
- Promover sinergias entre el sector comercial y empresas privadas.
- Crear una estructura de comadronas profesionales para apoyar los partos fuera de los establecimientos médicos.

Actividades de promoción para reducir las desigualdades del mercado

A pesar de importantes avances legales y reglamentarios, las organizaciones de incidencia de Guatemala informan que todavía hay déficits presupuestarios para anticonceptivos y opciones limitadas competitivas de adquisición para garantizar un uso eficiente de los recursos. A finales de 2013, la CNAA publicó su Estrategia de Segmentación del Mercado de Anticonceptivos, que reconoce la importancia de un enfoque de mercado total sostenible. La estrategia esboza diferentes escenarios para la reducción de la necesidad insatisfecha y la cambiante mezcla de métodos, pero no define acciones específicas para lograr los escenarios. El análisis de segmentación del mercado realizado por el equipo de la PSA sugiere que todavía existen desigualdades importantes en la parte de planificación familiar (PF), atención prenatal, y atención del parto, y el potencial para mover quintiles superiores de salud hacia los canales del sector privado.

El equipo recomienda que la CNAA fortalezca la participación del sector privado lucrativo como parte de un mercado sostenible de la salud, así como la identificación específica de los próximos pasos a seguir por parte de todos los sectores. La CNAA también debe considerar las ventajas comparativas de las organizaciones no gubernamentales y el sector lucrativo para expandir el acceso a la atención prenatal y los servicios de atención del parto.

Prestación de servicios

El IGSS debe aumentar el suministro de planificación familiar, atención prenatal y prestación de servicios

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es la segunda mayor institución de prestación de servicios de salud del país. Hay evidencia de que un gran porcentaje de los afiliados al IGSS y sus dependientes están buscando servicios de planificación familiar en otros establecimientos. Muchos de estos usuarios acuden al MSPAS, creando una carga adicional para la institución. Las entrevistas con las partes interesadas sugieren que no hay un conocimiento generalizado de la política del IGSS de proporcionar servicios de planificación familiar y los anticonceptivos no están ampliamente disponibles.

Recomendamos que las contrapartes del IGSS lleven a cabo una revisión de los artículos 4 y 5 de la Resolución № 1165 para asegurarse que estas acciones institucionales sean compatibles con la legislación guatemalteca en el acceso universal a los servicios de planificación familiar.

El IGSS desempeña un papel muy pequeño en la prestación de servicios de atención prenatal, incluso entre los quintiles de mayores ingresos. El equipo de la PSA recomienda que el IGSS fortalezca la prestación de servicios de atención prenatal, así como los servicios de atención del parto fuera de la Ciudad de Guatemala. Teniendo en cuenta su infraestructura y recursos, el IGSS es la organización que va a tener el impacto más inmediato y significativo en el fortalecimiento de los servicios de salud reproductiva, planificación familiar y salud materna.

El equipo de la PSA recomienda una continua promoción de alto nivel con el IGSS para asegurar que el Instituto se dé cuenta de su papel como un actor estratégico en asegurar un mercado más equilibrado y sostenible para planificación familiar, atención prenatal y del parto, compartir establecimientos y recursos, y evitar una duplicación innecesaria de establecimientos y servicios.

APROFAM debe identificar sus ventajas comparativas y comprometerse a fortalecer y subsidiar áreas de alta prioridad

APROFAM se encuentra en un momento crítico esforzándose por mantener su posición de liderazgo como el segundo mayor proveedor de servicios de planificación familiar en el país, a la vez que agiliza las operaciones y aumenta su sustentabilidad global. Las unidades móviles de APROFAM representan una importante ventaja comparativa para la organización, ya que son los únicos del país que ofrecen la esterilización quirúrgica voluntaria por vía laparoscópica. Sin embargo, conviene que APROFAM trate de fortalecer la coordinación, promoción y difusión de estos alcances médicos con otros actores claves para garantizar que se están optimizando el número de personas que pueden beneficiarse de los servicios. Además, los hospitales de APROFAM, sobre todo en el Altiplano Occidental informan sobre una capacidad subutilizada de los servicios de atención del parto, que a través de la orientación adecuada y el financiamiento de la demanda (por ejemplo, bonos) podrían utilizarse para mejorar los indicadores de salud materno infantil en esa región.

El equipo de la PSA recomienda que APROFAM determine qué programas sociales son esenciales para su misión y luego continúe el compromiso con su éxito, utilizando el STF para subvencionar actividades de alta prioridad.

Red Segura debe considerar la expansión selectiva de la cobertura geográfica y los servicios de salud materna (MH)

Red Segura ha demostrado ser un modelo exitoso para aumentar el uso de DIU e implantes subdérmicos a través de proveedores privados. Dado el éxito de la red en expandir rápidamente la provisión de métodos de acción prolongada en el sector privado, existen oportunidades para la expansión dirigida a las áreas geográficas prioritarias e incorporar servicios de salud materna adicionales entre los proveedores participantes, sobre todo entre los usuarios de ingresos medios que utilizan en gran medida el sector público para los servicios de atención prenatal y del parto.

El equipo recomienda que PASMO/Red Segura desarrolle su estrategia de sostenibilidad, identifique qué elementos de la red de proveedores son esenciales para el acceso a largo plazo a los servicios claves de planificación familiar, atención prenatal y del parto en el sector privado lucrativo. También debe identificar oportunidades para ampliar el acceso geográfico y la prestación de servicios de salud materna más amplios.

Empresa de Promoción de Servicios de Salud (EPSS) como un modelo de atención de salud del sector privado sostenible y escalable

La EPSS representa un modelo innovador de atención de salud sostenible del sector privado. La gerencia de la EPSS está abierta a explorar opciones para aumentar el acceso a la salud reproductiva, la planificación familiar y servicios de salud materna entre su red de proveedores privados. El modelo de negocio comprobado de la EPSS y amplia red de miembros inscritos representa una oportunidad muy interesante para la expansión a gran escala de la planificación familiar y los servicios de salud reproductiva y materna, tales como la inclusión de los servicios de planificación familiar en las pólizas de seguro de salud que se centran específicamente en las mujeres, por ejemplo, Vivo Segura de Banrural.

El equipo de la PSA recomienda explorar oportunidades para ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva, planificación familiar y salud materna, basándose en el modelo de prestación de servicios de salud sostenible y escalable de la EPSS.

Desde la perspectiva de la demanda

Generación de demanda dirigida entre los grupos subatendidos

El equipo recomienda que el país se involucre en actividades de generación de demanda que reconozcan diferencias importantes dentro de la población, por ejemplo, grupos étnicos, urbanos/rurales, la edad y niveles de ingreso. Donantes y las contrapartes interesadas podrían contribuir a este esfuerzo apoyando actividades de comunicación para el cambio de comportamiento en la planificación familiar y la maternidad segura a través de sus socios en el WHIP. Las campañas de comunicación para provocar un cambio de comportamiento deben incluir información sobre cómo acceder a los proveedores privados y a las organizaciones no gubernamentales, incluyendo las ubicaciones y los servicios disponibles.

Desde la perspectiva de la oferta

El seguro de salud y los micro seguros deben ampliar el acceso entre las personas de ingreso medio

El seguro de salud privado representa un pequeño segmento en crecimiento del mercado del cuidado de la salud de Guatemala. El equipo de la PSA recomienda explorar la posibilidad de establecer sociedades estratégicas con agentes de seguros para expandir el acceso a los servicios de salud reproductiva, planificación familiar, y salud materna para las poblaciones de medianos ingresos. El potencial de crecimiento más fuerte en productos de seguros está dentro de las poblaciones de medianos ingresos en los grandes centros urbanos.

El sector comercial lucrativo y sociedades privadas deben crear sinergias estratégicas

El sector comercial con fines de lucro de Guatemala tiene una base fuerte, sofisticada de compromiso corporativo y responsabilidad social en salud. Muchas de estas organizaciones ya están apoyando la SR/PF y servicios de salud materna a través de sus programas existentes.

El equipo de la PSA recomienda explorar alianzas estratégicas que se centren menos en el apalancamiento financiero y más en la identificación de valor agregado y la ventaja comparativa entre las organizaciones.

Recursos humanos para la salud

Estructura de parteras calificadas para hacer frente a los nacimientos que no ocurren en establecimientos de salud

La mayoría de las mujeres en todo el país y en el Altiplano Occidental tienen sus hijos en su propia casa o en la casa de una partera tradicional y muchas son analfabetas y no están calificadas para manejar casos de emergencia. El equipo recomienda la creación de un grupo de parteras profesionales, ya sea como una especialización dentro de la carrera de enfermería o como una categoría separada. Del mismo modo, el equipo recomienda que Guatemala reconozca a la partera calificada en el sector formal y estandarice sus calificaciones y alcance de la práctica. Y por último, el equipo recomienda aumentar el número de parteras calificadas mediante la capacitación.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES

Guatemala sufre de altos niveles de desigualdad y de pobreza, con más de la mitad de sus 15 millones de habitantes viviendo por debajo de la línea de pobreza y 14 por ciento viviendo con menos de US \$ 1.25 por día (UNICEF, 2013A). La esperanza de vida es corta, 72 años para ambos sexos (OMS, 2014A), y la mortalidad materna es alta con 113 por 100.000 nacidos vivos en 2013 (MSPAS, 2015), entre las más altas de América Latina y el Caribe, junto con Bolivia, Guyana, Haití y Honduras (UNICEF, 2013b). En general, el país ocupa el puesto 125 de 187 en el Índice de Desarrollo Humano 2013, sólo por encima de Honduras, Nicaragua y Haití en la región de Latinoamérica y el Caribe.²

Más de la mitad de los 15 millones de habitantes de Guatemala vive en pobreza. A pesar de las mejoras recientes, todavía existen grandes desafíos de salud, sobre todo en el altiplano en donde habitan poblaciones indígenas, eminentemente rurales y pobres.

A pesar de las mejoras significativas en la última década, el país se enfrenta todavía a grandes desafíos en materia de salud. Las condiciones son extremadamente peores en regiones con poblaciones predominantemente indígenas, rurales y pobres. En colaboración con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), la USAID identificó el Altiplano Occidental como su zona de enfoque para su Estrategia de Cooperación para el Desarrollo del País de 2012 hasta 2016 (CDCS). En esta región, la cual enfrenta desafíos especialmente graves en salud, más de 60 por ciento de la población es indígena, en comparación con 29 por ciento a nivel nacional, y 67 por ciento de los niños menores de cinco años padecen desnutrición crónica (Ángeles et al., 2014). La CDCS de la USAID concentra sus actividades en 30 municipios de cinco departamentos (Huehuetenango, Quetzaltenango, Quiché, San Marcos y Totonicapán) a través de un esfuerzo integrado para reducir la pobreza y la desnutrición crónica, mejorar la salud y la nutrición, y aumentar la utilización de los servicios de salud.

1.2 ALCANCE DEL TRABAJO

USAID/Guatemala solicitó al Proyecto Fortalecimiento de los Logros en Salud a través del Sector Privado (SHOPS) realizar un Diagnóstico del Sector Privado (PSA) del sector salud de Guatemala para identificar las fortalezas y debilidades y proveer recomendaciones para fortalecer el sistema de salud e informar el desarrollo de su siguiente CDCS. Se diseñó el diagnóstico para determinar el papel que desempeña el sector privado en la planificación familiar, la atención prenatal, el parto, y la salud materno-infantil e identificar maneras para movilizar recursos no aprovechados del sector privado.

La PSA se enfocó sobre las tendencias en la entrega de servicios del sector privado tanto a nivel nacional como dentro de las áreas de enfoque de la USAID del Altiplano Occidental. En forma simultánea, la USAID solicitó al Proyecto Financiamiento de la Salud y Gobernación que realizará un diagnóstico del sector salud del país. Los dos informes, en forma conjunta le proveen a USAID y a otras contrapartes interesadas una visión general del sector salud guatemalteco y resumen los desafíos y oportunidades que tienen los sectores para fortalecer el sistema de salud.

² Índice de desarrollo humano, <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/GTM>

La PSA fue diseñada para determinar el papel actual, la cobertura y uso del sector salud privado en Guatemala para planificación familiar y servicios seleccionados de salud materna (específicamente atención prenatal, parto, y cuidado del recién nacido), para abordar las brechas en los servicios públicos y proveer oportunidades para aumentar el papel que desempeña el sector privado. El diagnóstico fue diseñado para responder las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el papel general del sector privado en la provisión de servicios de planificación familiar y salud materna, especialmente en el Altiplano Occidental?
- ¿En la actualidad dónde está obteniendo la población estos servicios de planificación familiar y salud materna?
- ¿Cómo podría involucrarse más el sector privado o desempeñar un mayor papel en la provisión de estos servicios de planificación familiar y salud materna? ¿Hasta qué punto y bajo cuáles circunstancias estarían interesados los proveedores privados independientes en proveer servicios de planificación familiar y salud materna?

1.3 CONCEPTOS CLAVE - DEFINICIONES

Para efectos de este diagnóstico, las siguientes definiciones se aplican de forma coherente en todo el informe:

BEOC/CEOC: Basic Essential Obstetric Care (BEOC) (Atención obstétrica esencial básica) y Comprehensive Essential Obstetric Care (CEOC) Atención obstétrica esencial integral son los niveles de atención globalmente reconocidos que deben estar disponibles para satisfacer las necesidades obstétricas y son vitales para reducir la mortalidad y morbilidad materna.

Comadrona: es la partera tradicional guatemalteca. Aunque la comadrona es un actor importante en el sector salud de Guatemala; varían los perfiles y niveles de destreza de dichas asistentes. Una comadrona puede ser, entrenada (Comadrona Adiestrada Tradicional), o empírica. Véase "partera capacitada" en esta lista para más discusión. En todo el informe, "partera tradicional" será utilizado para referirse a la comadrona.

Proveedor de asistencia médica: SHOPS consideró las estructuras de salud que estaban presentes en la última Encuesta Demográfica y de Salud (Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) disponible, (2008-2009). Los cuadros de salud involucrados en la planificación familiar y los servicios de salud materna son los médicos, los médicos ambulatorios, las enfermeras, las parteras tradicionales, los promotores de salud, los guardianes de la salud, y los curanderos tradicionales.

IGSS: El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) es una institución híbrida financiada a través de (patronos) canales públicos y privados para cubrir a los trabajadores del sector formal. De acuerdo con el Informe Anual del IGSS de 2011, el año más reciente del que se dispone de datos, el IGSS cubre el 17 por ciento de la población guatemalteca.

Partes Interesadas Clave en la Salud: Una de las partes interesadas clave de la salud es un individuo o grupo que puede afectar o es afectado por una organización, estrategia, o política en materia de salud. En el Anexo A se enumeran las partes clave de salud interesadas entrevistadas para esta PSA.

Salud materna: Para este diagnóstico, SHOPS limitó su definición de asuntos de salud materna a atención prenatal, parto, y tendencias relacionadas con el acceso y disponibilidad en los sectores públicos y privados.

Sector privado trabajando en salud: En Guatemala el sector trabajando en salud comprende las entidades comerciales con fines de lucro, las ONG, y las entidades corporativas dedicadas a la salud. El sector privado está involucrado en la provisión de servicios de salud, productos, o información, lo mismo que promoción y cambio de conducta.

Asociación pública-privada (APP): Una APP en salud es toda colaboración formal entre el sector público (gobiernos nacionales y locales, los organismos internacionales donantes, los gobiernos donantes bilaterales) y el sector no público (comercial y sin fines de lucro, curanderos tradicionales, parteras, o herbolarios) con el fin de regular de forma conjunta, las finanzas, o implementar la prestación de servicios de salud, productos, equipos, investigación, comunicaciones, o educación (Barnes, 2011).

Sector público: El sector de la salud pública en Guatemala comprende el MSPAS y el IGSS. El MSPAS es el organismo que gobierna todo el sector salud y el mayor proveedor de servicios de salud en Guatemala, con una red de establecimientos sanitarios locales, regionales y nacionales.

Partera calificada: Aunque existen discrepancias entre los países sobre el perfil de las parteras calificadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aboga para que los partos sean atendidos por profesionales de la salud acreditados que hayan sido "educados y entrenados para el dominio de las habilidades necesarias para la atención de los embarazos normales (sin complicaciones), el parto y el período postnatal inmediato, y en la identificación, gestión y referencia de las complicaciones en las mujeres y los recién nacidos "(OMS, 2004). Guatemala aún no ha completado la formación o acreditación de parteras profesionales, por lo que la atención profesional del parto es proporcionada por enfermeras y obstetras/ginecólogos (OB/GYN) y médicos generales. Además, las comadronas, (parteras tradicionales), a menudo carecen de la formación y educación y no están acreditadas como proveedoras del servicio.

Partera tradicional: La OMS define una partera tradicional como una persona que asiste a la madre durante el parto y que inicialmente adquirió sus habilidades dando a luz a sus propios hijos o sirviendo como aprendiz de otras parteras tradicionales. Las parteras tradicionales guatemaltecas suelen llamarse comadronas.

Experto profesional de la salud: Este profesional es un proveedor acreditado por el MSPAS para la prestación de atención. Los profesionales de la salud en Guatemala tienen la obligación legal de estar afiliados a un colegio correspondiente (como el Colegio de Médicos y Cirujanos, o el Colegio de Químicos y Farmacéuticos).

Enfoque de mercado total: Un enfoque de mercado total es un esfuerzo coordinado que incorpora los sectores público y privado para aumentar el acceso a la planificación familiar (u otros productos de salud/servicios) en un país determinado. El objetivo de un enfoque de mercado total es utilizar mejor las ventajas comparativas de las fuentes públicas y privadas de bienes y servicios de salud para aumentar el acceso y la sostenibilidad de los productos de salud prioritarios (Crosby et al., 2010).

2 METODOLOGÍA

2.1 ENFOQUE

El proyecto SHOPS ha llevado a cabo más de 20 PSA en todo el mundo, proporcionando recomendaciones útiles a las contrapartes interesadas y otros actores importantes sobre la manera de integrar mejor el sector privado de salud y alcanzar la sostenibilidad. A lo largo de los años, el proyecto desarrolló la metodología de PSA de cinco pasos resumida en la Figura 1 que hace hincapié en la colaboración y el compromiso con los actores locales con el fin de asegurar la precisión y la aceptación de las principales conclusiones y recomendaciones.

FIGURA 1: PASOS EN UN DIAGNÓSTICO DEL SECTOR SALUD PRIVADO



El Director Regional para Latinoamérica de SHOPS gestionó todo el proceso de la PSA y contribuyó con el informe. El equipo de evaluación de la PSA consistió en cinco personas clave: un jefe de equipo, el investigador/analista, y dos expertos en salud pública que colaboraron en las entrevistas y la recopilación de datos. Este equipo central tuvo el apoyo de personal técnico experto de SHOPS en la sede para preguntas específicas.

En Guatemala, el equipo de la PSA utilizó una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos para evaluar el papel del sector privado en las áreas de planificación familiar, para determinar el marco legal y normativo que rige el sector privado, e identificar oportunidades de APP. Entre otras fuentes, el equipo utilizó datos de la ENSMI 2008-2009, la encuesta de referencia del Programa Integrado del Altiplano Occidental (WHIP), (Encuesta de Condiciones de Vida, ENCOVI) 2011, para entender la prevalencia de los anticonceptivos, la necesidad insatisfecha de la anticoncepción, la mezcla de métodos anticonceptivos, y la fuente de la planificación familiar, y para cuantificar el tamaño y el papel del sector privado de salud en el país y en la región de enfoque de USAID del Altiplano Occidental.

El equipo de la PSA luego llevó a cabo cerca de 50 entrevistas en el país, tanto en la capital como en el Altiplano Occidental, combinando enfoques cuantitativos y cualitativos permitidos para la validación, verificación y triangulación de los datos del sector de salud privado.

Los pasos claves incluyeron:

1. Clarificación del alcance del trabajo con la USAID para comprender los puntos prioritarios
2. Recepción de recomendaciones de la USAID para determinar a quién entrevistar
3. Revisión de la literatura
4. Entrevistas a profundidad en Guatemala
5. Análisis de segmentación de mercado

6. Entrega de borrador a la USAID para comentarios
7. Revisión y finalización del informe y recomendaciones (Septiembre 2015)

Después de acordar el alcance del trabajo con la USAID, el equipo de evaluación utilizó el enfoque de PSA esbozado en la Figura 1. A lo largo de los cinco pasos del método, el equipo hizo hincapié en la colaboración y el compromiso con los actores locales para asegurar la precisión y aceptación de las principales conclusiones y recomendaciones.

2.2 FUENTES DE INFORMACIÓN

2.2.1 REVISIÓN DE LA LITERATURA Y ANTECEDENTES

Una bibliografía completa de los documentos revisados para esta PSA se encuentra en la sección de Bibliografía. El equipo de SHOPS analizó los datos de la ENCOVI 2011, y las estadísticas de prestación de servicios del Instituto Nacional de Estadística (INE) para informar el desarrollo de cuestionarios de evaluación. El equipo SHOPS también utilizó datos del ejercicio de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) realizado en Guatemala para analizar las tendencias y comportamientos en la de salud.

2.2.2 ANÁLISIS DE SEGMENTACIÓN DEL MERCADO

Para informar a este PSA, el equipo llevó a cabo un análisis de la segmentación del mercado. Los datos analizados para este ejercicio provienen de las siguientes fuentes:

- La serie de las ENSMI, también conocida como encuestas de Demografía y Salud, realizadas periódicamente por el MSPAS, la última encuesta data de 2008-2009 y
- Estudio de referencia WHIP de USAID, realizado en 2013 en la zona de enfoque de la USAID del Altiplano Occidental.

La segmentación analizó los patrones de abastecimiento para la planificación familiar, atención prenatal y parto de acuerdo a los perfiles de los usuarios, en particular, su residencia o quintil de ingresos.

2.2.3 TRABAJO DE CAMPO

Véase el Anexo A para una lista completa de las personas e instituciones que aportaron información y sus perspectivas a este diagnóstico. SHOPS entrevistó a representantes de las siguientes organizaciones:

Sector privado con fines de lucro

- Red de proveedores privados
- Establecimientos privados (hospitales y clínicas)
- Compañías privadas de seguros
- Instituciones bancarias

Sector privado sin fines de lucro

- Fundaciones corporativas y grupos involucrados en responsabilidad social
- Empresas sociales (e.g., instituciones de microcrédito, esquemas de seguro social, farmacias)

IGSS

- Representantes del equipo gerencial
- Representantes de la Junta Directiva
- Directores de establecimientos de salud del IGSS a nivel local

Sector público

- MSPAS
- Consejos Profesionales
- Establecimientos públicos

Socios del desarrollo

- Donantes internacionales
- Organizaciones multilaterales (e.g., la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo)
- Ejecutores internacionales de proyectos

Las contrapartes y los entrevistados fueron identificados y muestreados deliberadamente en coordinación con USAID y sus socios en Guatemala. El equipo preparó una lista inicial antes de llegar a Guatemala y la finalizó con la USAID a la llegada al país. La lista inicial se complementó utilizando el muestreo de bola de nieve en el transcurso del diagnóstico, con los equipos solicitando a los entrevistados nombres y datos de contacto de las contrapartes adicionales para entrevistar. A lo largo del informe los hallazgos son expresados como la opinión compuesta de los muchos involucrados entrevistados durante el diagnóstico.

2.3 CRONOGRAMA

- Diciembre de 2014: Alcance del trabajo de SHOPS finalizado
- Enero–Febrero, 2015: Análisis de datos sobre ENCOVI y datos de NHA realizado, revisión de la literatura y preparación para las visitas de campo
- 23 de febrero– 7 de marzo, 2015: Entrevistas con contrapartes claves de la Ciudad de Guatemala, Quetzaltenango, Huehuetenango, y Totonicapán realizadas
- Marzo de 2015: Análisis de segmentación de mercado realizado
- Marzo–Junio, 2015: Borrador del informe para la PSA preparado
- Julio, 2015: Entrega del Borrador del informe de la PSA para revisión de la USAID
- Septiembre, 2015: Informe de la PSA finalizado.

2.4 LIMITACIONES

Mientras que la PSA ofrece una visión general del sector de salud privado en Guatemala, varios factores podrían limitar su generalización. Debido al tiempo limitado para realizar el diagnóstico y entrevistar a las contrapartes interesadas del país, el equipo preparó una muestra de organizaciones y proveedores claves; por lo tanto, potencialmente faltan algunos actores importantes del sector privado. Algunos actores institucionales (en particular del IGSS y del MSPAS) estuvieron renuentes a responder a la entrevista o tenían poco tiempo para hablar con los entrevistadores. Además, el diagnóstico se produjo en medio de una crisis institucional en el MSPAS, y estaban en un año electoral. En el momento de las entrevistas, había muchos cambios que se estaban implementando en el sistema de salud.

El equipo utilizó los últimos datos disponibles (ENSMI 2008-2009; CNS, 2014; ENCOVI, 2011, y la Línea Basal del WHIP, 2013) para llevar a cabo los análisis secundarios. La principal fuente de planificación familiar y datos de salud reproductiva de Guatemala (ENSMI tiene fecha 2008-2009), y los resultados de la próxima encuesta podrían presentar un panorama distinto de las tendencias de salud del sector privado. Además, las diferencias en el muestreo para ENSMI 2008-2009 (presentación de datos a nivel nacional, con la posibilidad de desagregar a nivel departamental) y la Línea Basal del WHIP desde 2013 (centrado en los municipios priorizados por USAID en el Altiplano Occidental) hacen imposible comparar directamente las dos encuestas. Si bien los datos de la Línea Basal del WHIP parecen presentar mejoras en la planificación familiar y los indicadores de salud materna desde la ENSMI 2008-2009: Habrá que analizar la versión 2015 de la ENSMI para confirmar tendencias. También hay que señalar que para el análisis de la segmentación del mercado, el equipo no realizó ningún análisis de quintiles a nivel departamental debido al tamaño inadecuado de las muestras y por lo tanto no fue posible identificar o explorar posibles variaciones en los departamentos del país.

El equipo del PSA limitó su ámbito de aplicación para evaluar la fuente y uso del sector privado en la planificación familiar y los servicios seleccionados de salud materna y no se refirió a ninguna otra área de la salud que podrían ser incluidos en la cartera de USAID/Guatemala, como la nutrición. Además, en las áreas consideradas, el equipo no se refirió a la calidad de los servicios. Por ejemplo, el equipo no evaluó la calidad de la atención prenatal y no puede hacer ningún juicio sobre su impacto en la reducción de la mortalidad materna. Por último, cabe señalar que la USAID solicitó al equipo de la PSA que excluyera el análisis de los suministros de productos básicos para planificación familiar y salud materna dado que otros diagnósticos ya han documentado estos temas.

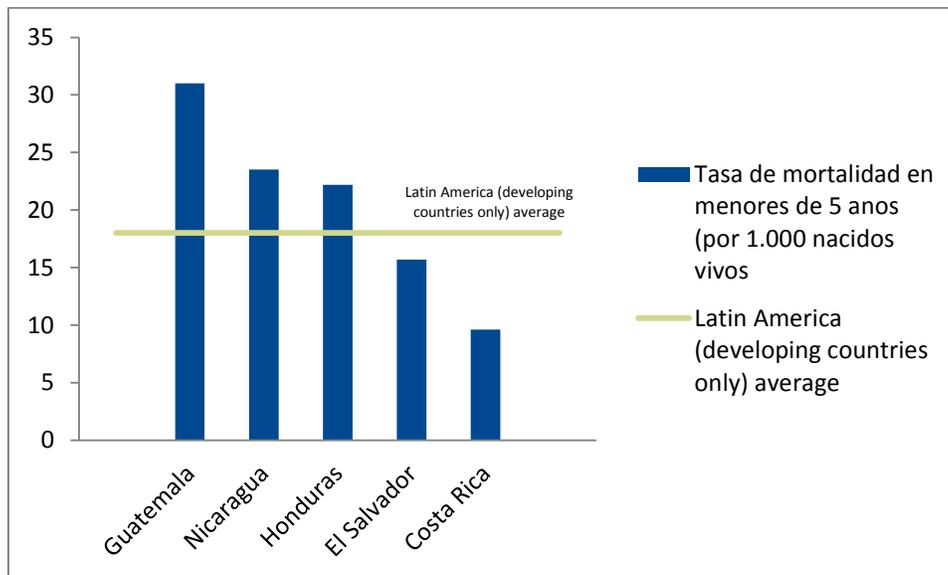
3 CONTEXTO ACTUAL DE LA SALUD EN GUATEMALA

3.1 ANTECEDENTES

Guatemala se enfrenta a numerosos desafíos de salud y del sistema de salud: Por ejemplo, la prevalencia de las enfermedades transmisibles se ha reducido en los últimos 25 años, y la mortalidad por estas enfermedades ha disminuido, de 31,5 por ciento en 2001 a 19 por ciento en 2012. Sin embargo, la mortalidad debida a las enfermedades no transmisibles tales como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares ha aumentado de 9 a 23 por ciento en el mismo período (MSPAS, 2014). En 2015, la mortalidad materna sigue siendo alta y la doble carga de la malnutrición (desnutrición crónica especialmente para los niños menores de cinco años, así como el sobrepeso y la obesidad) representa un desafío adicional para la prestación de servicios de salud. Como se mencionó anteriormente, los grupos de población pobres, que viven en las zonas rurales, y/o indígenas sufren la mayor carga. Además, los indicadores de salud de Guatemala tienden a ser peores que los demás países de la región; por ejemplo, en los niños menores de cinco años la tasa de mortalidad es la más alta de la región centroamericana como se observa en la Figura 2. El Cuadro 1 presenta otros indicadores relacionados con el estado de salud del país.

El cierre del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) del MSPAS ha contribuido a un servicio deficiente o nulo en el altiplano occidental donde habitan las poblaciones indígenas más pobres en comunidades remotas, lo cual tendrá un impacto en el acceso a los servicios de salud.

FIGURA 2: TASA DE MORTALIDAD NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LOS PAÍSES CENTROAMERICANOS – 2013



Fuente: Banco Mundial, 2015

CUADRO 1: INDICADORES DE SALUD GLOBAL DE GUATEMALA

Indicador	Valor	Fecha
Población total	15,083,000	2012
Población que vive en zonas urbanas	51%	2013
Expectativa de vida al nacer (ambos sexos)	72	2012
Población de menores de 15 años	40.4%	2013
Tasa de prevalencia de VIH (entre adultos 15-49)	0.6%	2013

Fuente: OMS Global Health Observatory Data Repository (Repositorio de datos del Observatorio de Salud Global de la OMS): <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-GTM?lang=en>

En el momento de la PSA, aproximadamente 4 millones de habitantes de las zonas rurales, indígenas, tenían acceso insuficiente o nulo a los servicios de salud, en gran parte debido a una crisis institucional en el MSPAS que dio lugar a la cancelación del Programa de Extensión de Cobertura (PEC); El PEC permitió al MSPAS que contratara la prestación de los servicios de atención primaria de la salud a las ONG en zonas que carecían de acceso a los establecimientos públicos (Avila et al., 2015). La ubicación remota, la mala infraestructura del transporte público, los gastos de viaje, y la intransitabilidad frecuente de las carreteras en climas inclementes, hacen que las distancias a los centros de salud pública o al hospital público más cercano se conviertan en obstáculos para las poblaciones indígenas que viven en áreas remotas (Chomat et al. 2014). En 2015, el proyecto de gobernanza y financiamiento de la salud de la USAID realizó un análisis con el GeoCenter y presentaron el acceso de la población a centros de salud del MSPAS antes y después de la cancelación del PEC. El Cuadro 2 presenta los resultados del análisis. La reducción del acceso, con 1,7 millones más de guatemaltecos que ahora están a más de cinco kilómetros de un centro de salud, esta situación es más aguda en Alta Verapaz, Quiché, Petén y Huehuetenango. Independientemente de los problemas que existían con la red PEC, la pérdida de más de la mitad de los puntos de prestación de servicios en el país tendrá un impacto en el acceso a los servicios de salud.

CUADRO 2: ACCESSIBILIDAD DE LA POBLACIÓN GUATEMALTECA A LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL MSPAS

Con PEC en funcionamiento			Sin PEC en funcionamiento		
Accesibilidad (kilómetros)	Población con acceso	%	Accesibilidad (kilómetros)	Población con Acceso	%
0-5 km	12,924,050	85.5	0-5 km	11,214,075	78.1
5-10 km	1,227,045	8.5	5-10 km	2,407,356	16.8
10-20 km	184,560	1.3	10-20 km	634,408	4.4
> 20 km	38,873	0.3	> 20 km	111,127	0.8

Fuente: Centro Geo de la USAID, 2015, Avila et al., 2015

Cerrar la brecha de acceso de los grupos de población es la principal prioridad del equipo del MSPAS. Sin embargo, la falta de financiamiento impide la mejora de la disponibilidad de servicios de calidad.

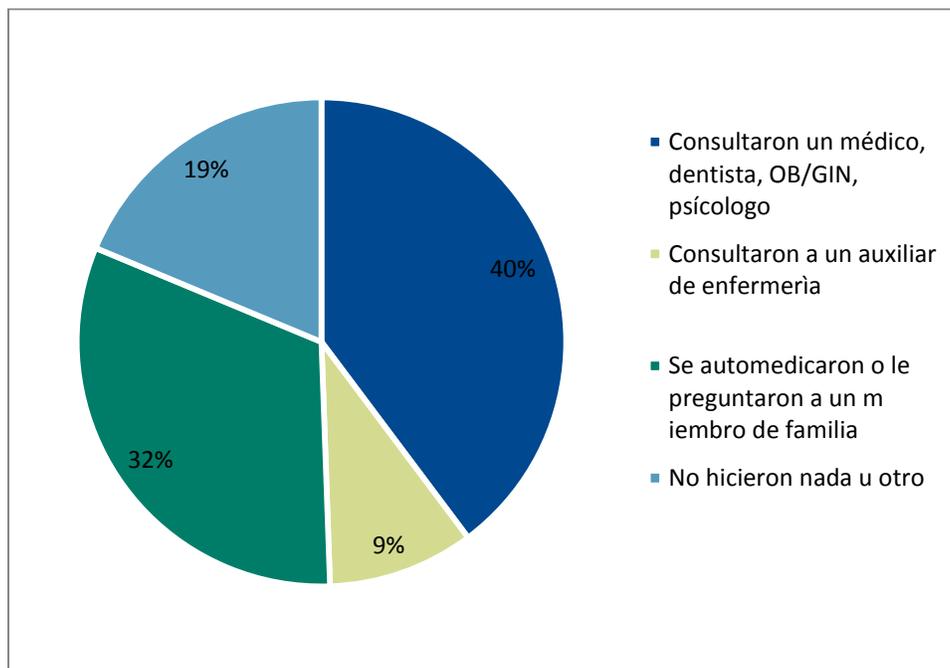
3.2 CONDUCTAS QUE PROMUEVEN LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN DE SALUD

3.2.1 VISIÓN GENERAL

Según la ENCOVI 2011, sólo la mitad (49 por ciento) de los guatemaltecos visitan los proveedores de salud para cualquier tipo de servicio cuando experimentan un problema de salud. Veintinueve por ciento se auto medican o le piden ayuda a un miembro de la familia y 22 por ciento no hacen nada. Este comportamiento es consistente en todo el país, incluso en el altiplano occidental, donde 51 por ciento se auto medican o no buscan atención, como se muestra en la Figura 3.

La búsqueda de atención de salud varía mucho según el quintil de ingresos; los quintiles más bajos son menos propensos a buscar atención calificada, lo que sugiere diferencias de comportamiento y el acceso potencialmente desigual para la salud. Además, la cultura es un factor importante que influye en la búsqueda de atención en Guatemala, con su gran población indígena.

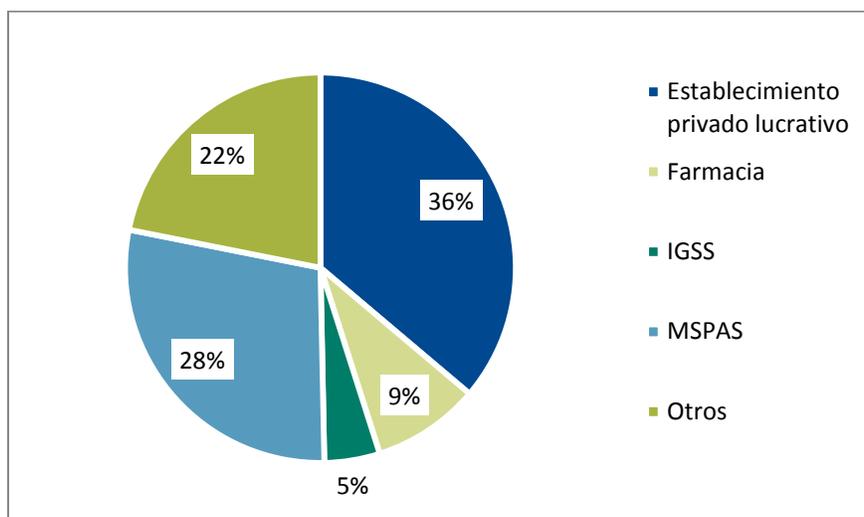
FIGURA 3: COMPORTAMIENTOS DE BUSQUEDA DE ATENCIÓN AL MOMENTO DE LA ENFERMEDAD – ALTIPLANO OCCIDENTAL - 2011



Fuente: ENCOVI 2011

ENCOVI 2011 también encontró que a nivel nacional, las personas que buscan tratamiento van a establecimientos privados lucrativos (34 por ciento), farmacias (9 por ciento), o establecimientos del IGSS (7 por ciento). Los establecimientos públicos (MSPAS) representan una cuarta parte (28 por ciento) de todos los establecimientos donde las personas buscan atención. Una vez más, el comportamiento en el Altiplano Occidental refleja el desglose en todo el país, tal como se aprecia en la Figura 4.

FIGURA 4: LUGAR DE TRATAMIENTO, ALTIPLANO OCCIDENTAL - 2011



Fuente: ENCOVI 2011

La búsqueda de la salud varía mucho según el quintil de ingresos; los quintiles más bajos son menos propensos a buscar atención calificada, lo que sugiere diferencias de comportamiento y el acceso potencialmente desigual para la salud. Además, la cultura es un factor importante que influye en la búsqueda de atención en Guatemala, con su gran población indígena y diversos grupos étnicos.

3.2.2 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Guatemala enfrenta desafíos significativos en la mejora de la salud sexual y reproductiva de sus ciudadanos. El Cuadro 3 proporciona una visión general de los indicadores de la planificación familiar.³

La tasa global de fecundidad en Guatemala es de 3,6 nacimientos por mujer y es más alta que en otros países de la región. Es más alta en el área rural (4.2) que en la urbana (2.9).

Aproximadamente la mitad de las mujeres en edad reproductiva usan métodos anticonceptivos, siendo los anticonceptivos inyectables y la esterilización quirúrgica voluntaria femenina los más usados.

La mayoría de las mujeres de las áreas rurales obtienen los métodos anticonceptivos del sector público y las de la ciudad en las farmacias.

CUADRO 3: INDICADORES DE PLANIFICACION FAMILIAR EN GUATEMALA, 2008

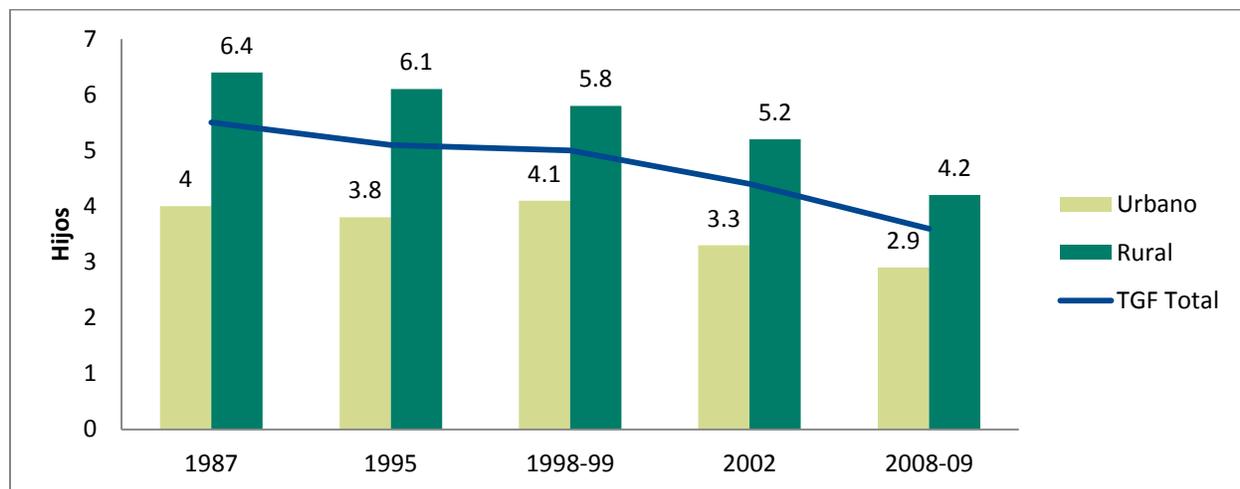
Indicador	Valor
Tasa global de fecundidad (TGF)	3.6
Tasa de prevalencia de anticonceptivos (TPA) para mujeres en edad reproductiva casadas o viviendo en union libre, todos los métodos	54.1%
TPA para mujeres en edad reproductiva en unión, métodos modernos	44.0%
TPA (entre 15-19 años)	14.6%

Fuente: ENSMI 2008-2009

³ Es importante notar que Guatemala está implementando una Encuesta Demográfica y de Salud en 2015, y los datos de esta encuesta podrían diferir de los indicadores de este informe.

Guatemala tiene una TGF de 3,6 nacimientos por mujer. Aunque la TGF de Guatemala disminuyó 35 por ciento entre 1987 y 2009, sigue siendo más alta de Centroamérica, y para toda la región, cuya TGF promedio es de 2,1 (WHO, 2012). Como muestra la Figura 5, la disminución de la TGF en Guatemala se debe en su mayor parte a la disminución de la TGF en las áreas rurales, la cual se aceleró entre 2002 y 2009. Sin embargo, sigue habiendo una brecha entre las áreas rurales y las urbanas. Como promedio, las mujeres de la Guatemala rural todavía tienen 1,3 más hijos que las mujeres de las áreas urbanas: la TGF rural es de 4.2, mientras que la TGF urbana es de 2.9.

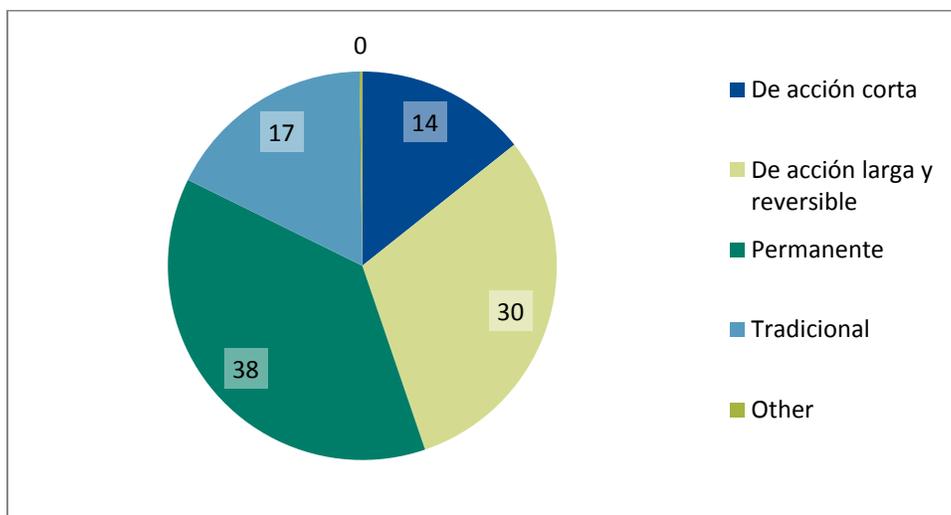
FIGURA 5: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD EN GUATEMALA, 1987-2008



Fuente: ENSMI 1987 hasta 2009-2009

Como se ilustra en la Figura 6, los métodos permanentes son los más comunes en Guatemala, seguido por los métodos de acción prolongada y los métodos reversibles. No se prefieren los métodos de acción corta que necesitan reabastecimiento (como píldoras y preservativos). Los métodos tradicionales todavía se utilizan en 17 por ciento de los usuarios a nivel nacional.

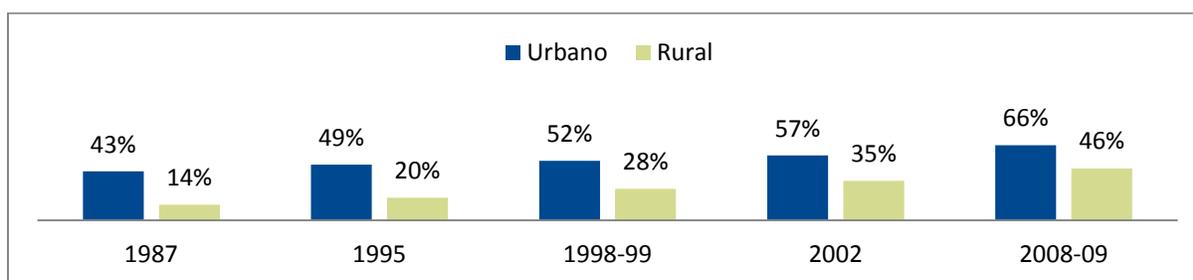
FIGURA 6: USO DEL MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR TIPO GUATEMALA (%)



Fuente: ENSMI 2008-2009

Como ilustra la Figura 7, hubo un crecimiento constante en el uso de métodos modernos entre 1987 y 2009, con el mayor aumento observado en las zonas rurales. Sin embargo, la TPA de los métodos modernos en Guatemala sigue siendo inferior a la de los demás países de la región, con los anticonceptivos modernos utilizados por sólo 44 por ciento de las mujeres en edad reproductiva casadas en 2008. La brecha urbano-rural se redujo en un tercio entre 1987 y 2008, pero persiste, con la TPA de los métodos modernos 20 puntos porcentuales más en las zonas urbanas que en las rurales. La brecha entre la TPA total y de los métodos modernos de TPA también aumentó ligeramente, pasando de ocho puntos porcentuales en 2002 a 10 puntos porcentuales en el período 2008-2009 ENSMI. Esto sugiere que más mujeres están adoptando las prácticas de planificación familiar.

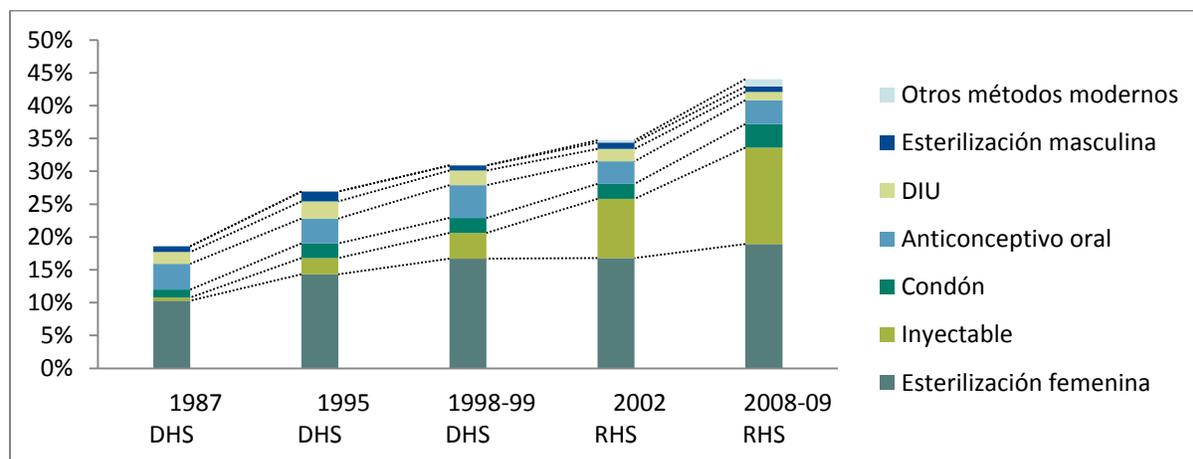
FIGURA 7: EVOLUCIÓN DE LA TPA MODERNA EN GUATEMALA (%) MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN UNIÓN LIBRE



Fuente: DHS, <http://www.statcompiler.com/>

Los cambios en la combinación de métodos anticonceptivos para mujeres en edad reproductiva en unión libre en Guatemala desde finales de 1980 han sido impulsados principalmente por un mayor uso de anticonceptivos inyectables y esterilización quirúrgica voluntaria femenina (Figura 8). Históricamente, la esterilización quirúrgica voluntaria femenina ha tenido una gran participación en el mercado, con un crecimiento de 10 por ciento en 1987 a 19 por ciento en 2008. La cuota de mercado de los anticonceptivos inyectables también creció durante el período, de 0,5 a casi el 15 por ciento. El uso de otros métodos se mantuvo relativamente constante (por ejemplo, la TPA para la esterilización masculina pasó de 0,9 por ciento en 1987 al 0,8 por ciento 2008, y para los anticonceptivos orales pasó de 3,9 a 3,6 por ciento). Aunque la tasa de utilización todavía es baja, se duplicó la TPA para los condones, de 1,2 en 1987 a 3,2 por ciento en 2008.

FIGURA 8: EVOLUCIÓN DE LA MEZCLA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS PARA LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN UNIÓN LIBRE

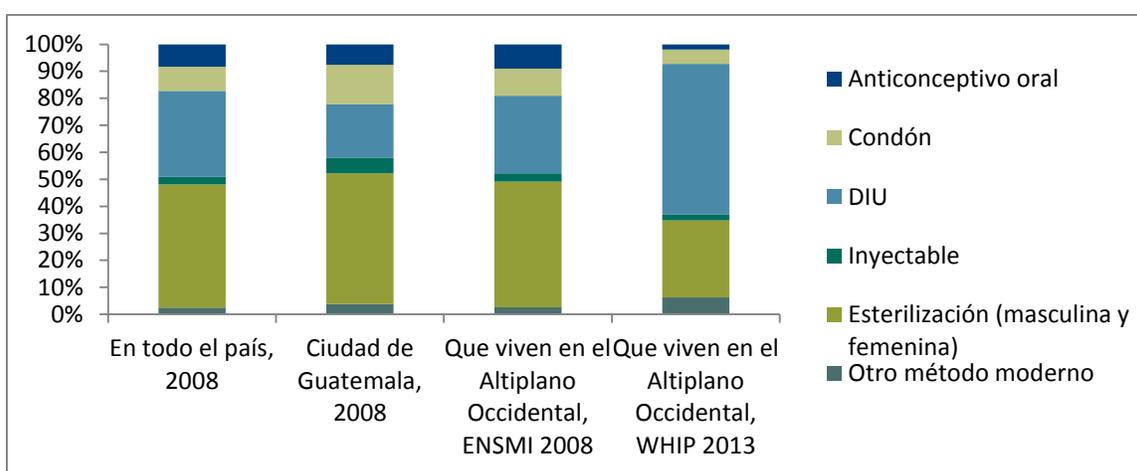


Fuente: DHS, <http://www.statcompiler.com/>

3.2.3 USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Según la ENSMI 2008-2009, el uso de métodos naturales para la región metropolitana es de 11,4 por ciento y para la región Nor-occidente es de 8 por ciento. La prevalencia de uso de métodos naturales o tradicionales a nivel nacional es de 10 por ciento. La Figura 9 compara la prevalencia global de métodos modernos a nivel nacional y en el Altiplano Occidental utilizando datos de 2008-2009 de la ENSMI. En 2008-2009, los inyectables y la esterilización quirúrgica voluntaria femenina fueron los métodos modernos más utilizados, tanto en el país como en la región del Altiplano Occidental. Una tendencia histórica también indica una disminución en la esterilización quirúrgica voluntaria y un aumento en los inyectables. En 2008-2009, el uso del condón y de los anticonceptivos orales fue ligeramente superior en el Altiplano Occidental en comparación con todo el país, mientras que el uso de inyectable fue menor. Menos del cinco por ciento de las mujeres en todo el país y en el Altiplano Occidental reportaron el uso de DIU.

FIGURA 9: TIPO DE MÉTODO MODERNO UTILIZADO ENTRE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN UNIÓN LIBRE, EN TODO EL PAÍS VS ALTIPLANO OCCIDENTAL (%)



Fuente: ENSMI 2008-2009, WHIP 2013

El uso total de anticonceptivos referido por hombres en edad de unión (de 15-59) en 59,2 por ciento está cerca del porcentaje referido por las mujeres, y el 13,7 indicaron el uso del método tradicional. Al igual que con las mujeres, los hombres en las zonas urbanas, sobre todo en la capital, son más propensos a usar métodos anticonceptivos modernos, en 58,1 y 63,2 por ciento, respectivamente. La esterilización quirúrgica voluntaria femenina es un método esencial de la planificación familiar en Guatemala, pero la proporción de vasectomías es limitada, alcanzando sólo 0,7 por ciento de los hombres casados o en unión libre en 2008 (MSPAS, 2011). En los grupos de edad más jóvenes, los condones masculinos son el segundo método moderno más utilizado, después de los inyectables: los condones son utilizados por 4 por ciento de los hombres entre 15-19 años de edad; 6,4 por ciento de 20 a 24; y el 8,2 por ciento entre los de 25-29 años de edad.

Para el Altiplano Occidental, los datos también se presentan a partir de la encuesta de WHIP 2013. Si bien las diferencias metodológicas hacen difícil la comparación directa de los datos ENSMI 2008-2009 para el Altiplano Occidental con los datos del WHIP 2013, es notable que la encuesta WHIP más reciente reveló niveles más altos de uso de anticonceptivos inyectables entre los usuarios de métodos modernos en esta región, con un estimado 56 por ciento de todos los usuarios de métodos modernos que eligen este método. Eso es un aumento sustancial de 29 por ciento de participación encontrado en la ENSMI de 2008. El segundo método moderno más común referido en el Altiplano Occidental en 2013 fue la esterilización quirúrgica voluntaria (masculino o femenino) de 28 por ciento.

Si bien algunas mujeres usan métodos de reabastecimiento (anticonceptivos orales, condones o inyectables), no todas las mujeres en edad reproductiva saben dónde obtener métodos de planificación familiar, y siguen habiendo diferencias regionales para las mujeres que sí saben dónde obtener su método. En 2008, 89 por ciento de las mujeres en edad reproductiva en la Ciudad de Guatemala sabían de una fuente de planificación familiar, comparado con solo 66 por ciento de las mujeres que viven en el Altiplano Occidental (MSPAS, 2010). Las mujeres en edad reproductiva que viven en el Altiplano Occidental más comúnmente citaron al sector público como fuente de planificación familiar (74 por ciento), mientras que las mujeres en edad reproductiva que viven en la Ciudad de Guatemala mencionaron más las farmacias (35 por ciento), como se ilustra en el Cuadro 4. Tanto en el plano nacional como regional, a medida que el encuestado era de mayor edad, APROFAM, la filial de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) de Guatemala, fue cada vez más citada como fuente y las farmacias fueron menos citadas. El grupo más joven mayoritariamente citó las farmacias privadas como fuente, tal vez debido a la falta de acceso a los servicios de salud pública. Además, también son los mayores usuarios de condones, el método que se compra con mayor frecuencia en las farmacias privadas, según lo informado por 88,2 por ciento de los encuestados de sexo masculino en el DHS 2008 (MSPAS, 2011).

Curiosamente, sólo 1 por ciento de los encuestados, incluyendo en la Ciudad de Guatemala, citó el IGSS como la fuente primaria donde sabían que podían adquirir métodos de planificación familiar. Los patrones reales de abastecimiento de métodos de planificación familiar se discutirán más adelante, en el análisis de la segmentación del mercado (capítulo 4).

CUADRO 4: FUENTE PRINCIPAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA QUE SABEN DÓNDE OBTENER UN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (%)

	Sector público /MSPAS	IGSS	Privado lucrativo	APROFAM	Farmacias Privadas	Otros
Residencia						
En todo el país	62	1	1	12	22	1
Ciudad de Guatemala	33	1	2	27	35	0
Altiplano Occidental	74	0	1	7	16	2
Por edad						
15-19	52	0	1	6	40	1
20-24	62	0	1	11	23	2
25-29	70	1	2	13	13	1
30-34	67	1	1	16	13	2
35-39	70	0	2	17	10	1
40-44	67	0	1	19	11	2
45-49	66	2	0	23	8	1

Fuente: ENSMI 2008-2009

3.3 SALUD MATERNA

La salud materna sigue siendo un desafío en Guatemala, sobre todo en el Altiplano Occidental y entre las poblaciones más vulnerables. El Cuadro 5 resume los indicadores de salud materna.

Cerca de la mitad (48%) de los partos en mujeres en Guatemala ocurren en el hogar, atendidos por una comadrona tradicional y no en un centro de salud con proveedores calificados, lo cual aunado a condiciones prevenibles que son causantes de muerte materna, enfatizan la necesidad de mejorar la salud materna.

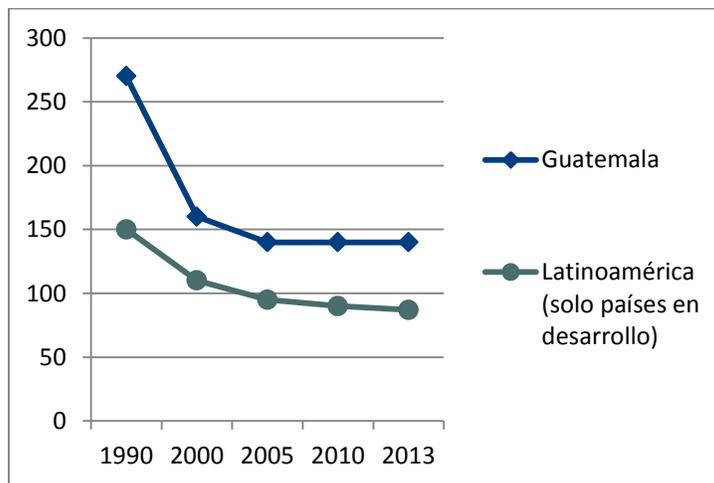
CUADRO 5: INDICADORES DE SALUD MATERNA EN GUATEMALA

Indicador	Porcentaje
Nacimientos atendidos por personal de salud calificado	51.0*
Nacimientos atendidos por personal de salud calificado, 15-19 años	92.6*
Cobertura de la atención prenatal (al menos una visita)	93.0
Tasa de lactancia materna exclusiva de bebés menores de 6 meses	49.6**
% de mujeres en edad reproductiva con anemia	30.4**
% de bebés nacidos con bajo peso	11.4**
% de cesáreas	16.3
% de mujeres con estatura <145 cm con hijos de <5 años	31.2
% de mujeres con niños de <5 con índice de masa corporal de 30.0 o másn(obesidad)	15.4
% de mujeres con niños de <5 con índice de masa corporal entre 25.0 y 25.9 (sobrepeso)	35.0

Fuente: Todos los datos provienen de ENSMI 2008-2009 excepto los indicados con (*), los cuales provienen de OMS 2012 y (**) que provienen del banco de datos de indicadores del Grupo del Banco Mundial.

La mortalidad materna es alta en Guatemala y ha disminuido lentamente desde 2007 llegando a 113 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 2013 (MSPAS, 2015). Aunque hay discrepancias en la notificación de las tasas de mortalidad materna, la tendencia de Guatemala está muy por encima del promedio regional para los países en desarrollo de América Latina y el Caribe de 87 por cada 100.000 nacidos vivos (Banco Mundial, 2015) (Figura 10). Entre las mujeres de todas las edades, las principales causas de muerte fueron hemorragia (41 por ciento) y la eclampsia y la pre-eclampsia (25 por ciento). El hecho que hayan condiciones prevenibles enfatiza la necesidad de mejorar el acceso oportuno y de alta calidad a la atención obstétrica, lo que probablemente es agravado por la frecuencia de partos en el hogar (48 por ciento) y/o parto con una partera tradicional, en lugar de en un centro de salud con proveedores calificados.

FIGURA 10: RAZONES DE MORTALIDAD MATERNA DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1990-2013



Fuente: Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 1990-2013

3.3.1 ATENCIÓN PRENATAL

La Cobertura de atención prenatal es alta en Guatemala. Según la ENSMI 2008-2009, 80 por ciento de las mujeres embarazadas en general había recibido al menos cuatro consultas de atención prenatal, el estándar de la OMS para la atención prenatal, y 93 por ciento había realizado al menos una visita. Sin embargo, es importante recordar que el número de visitas y la calidad de la atención no necesariamente están relacionados. La ENSMI 2008-2009, por ejemplo, informa de una disminución en la cobertura de inmunización con toxoide tetánico de ENSMI 2002, de 49,7 por ciento de las mujeres embarazadas que reciben al menos dos inyecciones contra el tétanos en 2002 a 42,7 por ciento en 2008, a pesar de que hicieron el mismo número de visitas. La mayoría de las mujeres recibieron su primera visita de atención prenatal en el segundo trimestre de su embarazo, con poca variación por región. Alrededor de 77 por ciento de las mujeres en el Altiplano Occidental recibieron su primera visita de atención prenatal entre 20 y 25 semanas, en comparación con el 81 por ciento de las mujeres en todo el país.

El papel de la comunidad para acercar a las mujeres a la atención prenatal es importante.

Cerca de la cuarta parte de las mujeres embarazadas en el altiplano indicaron que fueron visitadas por algún proveedor durante su embarazo.

Datos más recientes del Altiplano Occidental muestran que 98 por ciento de las mujeres fueron atendidas por un profesional de salud calificado por lo menos en una de las visitas de atención prenatal. Además, los datos sugieren que las mujeres consultan a los proveedores varias veces durante el embarazo (Cuadro 6). Según el WHIP, 63 por ciento de las mujeres indicó haber recibido atención prenatal en el curso de su primer trimestre y 17 por ciento en el cuarto mes de embarazo.

CUADRO 6: NÚMERO DE VISITAS DE ATENCIÓN PRENATAL

Número de visitas de atención prenatal (N=3740)	% Mujeres en edad reproductiva (n=3740)
Menos de 4	18
4 o más	80
No sabían /no respondieron	2
Total	98

Fuente: Encuesta de línea de base del WHIP de 2013

El papel de la comunidad para acercar a las mujeres a la atención prenatal es importante. Veintidós por ciento de las mujeres del Altiplano Occidental entrevistadas durante la ENSMI 2008-2009 informó que alguien vino a sus hogares para brindar atención durante el embarazo. Sin embargo, 91 por ciento de los visitantes fueron las parteras tradicionales, lo que sugiere que la calidad y los servicios prestados probablemente no satisficieran las normas de atención recomendadas, debido a los niveles de formación desiguales entre las parteras tradicionales.

3.3.2 PARTOS

En 1999, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo + 5, los representantes de Guatemala estuvieron de acuerdo con el objetivo internacional de que 90 por ciento de los partos fueran atendidos por profesionales de la salud calificados. Actualmente, el país alcanza este objetivo sólo para los nacimientos entre 15-19 años de edad, y el informe Estadísticas Sanitarias Mundiales (2014b) de la OMS, indica que Guatemala ocupa el penúltimo lugar en la región de Latinoamérica y el Caribe, con sólo 51 por ciento de cobertura de partos atendidos por expertos profesionales de la salud.

El enfoque holístico que guía el sistema médico maya no está integrado en el sistema oficial de atención de la salud basado en la medicina occidental.

Se estima que 48 por ciento de los partos en todo el país se llevan a cabo en el hogar, sin profesionales calificados presentes (MSPAS, 2010). Las madres adolescentes (15-19 años de edad) es el grupo más apto para partos en un centro de salud (MSPAS, IGSS, APROFAM) y, a nivel nacional, el parto institucional alcanza 97 por ciento de este grupo de edad. La proporción es menor en el Altiplano Occidental, donde sólo 36 por ciento de las madres adolescentes tuvo un parto institucional.

Sin embargo, la encuesta de referencia WHIP indicó un cambio en las tendencias; sus datos muestran que la mayoría de los partos (70 por ciento) en 2013 fueron atendidos por personal capacitado (Cuadro 7 a continuación). A diferencia de la ENSMI de 2008-2009, donde el grupo más joven mostró un comportamiento diferente de los grupos de mayor edad. La edad de la mujer no es un importante diferenciador: 67 por ciento de los partos de las mujeres de 15 a 19 fueron atendidos por personal médico, pero no necesariamente dentro instituciones médicas, ya que 53 por ciento de los partos ocurrieron en el hogar (Ángeles et al., 2014).

CUADRO 7: PERSONAL QUE ATIENDE LOS PARTOS, WHIP 2013 (%)

Edad de las mujeres embarazadas (%)								
Tipo de Personal	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Porcentaje
Personal médico	67	71	67	66	83	72	60	70
Otro personal	33	29	33	32	17	26	40	29
Nadie	0	0	0	2	0	3	0	1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta del WHIP 2013

El estado de las parteras en el mundo (OMS, 2014c) proyecta que Guatemala necesitará suficientes servicios de parteras para cubrir visitas de atención prenatal, para 63,1 millones de personas, 9,9 millones de nacimientos, y 39,8 millones de visitas de atención postnatal entre 2014 y 2030.

Existen diferencias regionales importantes en los comportamientos de las mujeres en el momento de los partos, y los entrevistados citaron el contexto cultural, el aislamiento geográfico de las comunidades, y la falta de disponibilidad de servicios como posibles razones para que las mujeres tengan su parto en la casa. Este sentimiento se repitió en las entrevistas de la PSA. El enfoque holístico que guía el sistema médico maya no está integrado en el sistema oficial de atención de la salud basado en la medicina occidental.

Esta barrera es particularmente significativa para los partos, y en 2008, la tasa de mujeres indígenas que daban a luz en el hogar era 2,5 veces mayor que la de las mujeres no indígenas (67 por ciento de las mujeres que tienen su parto en el hogar son indígenas, en comparación con 26 por ciento que no lo son). A través de las entrevistas de la PSA, los informantes destacaron diversas barreras para que no haya partos seguros en la Guatemala rural. Entre éstos se encontraban el difícil acceso a los servicios de salud de las comunidades remotas, la falta de fondos para el transporte de las mujeres a los establecimientos más cercanos de salud, las barreras culturales en los centros de salud que no están diseñados para la integración de la comunidad y la falta de capacitación que hace que las parteras tradicionales no puedan reconocer los signos de peligro rápidamente y buscar referencias. Los datos de la encuesta línea de base del WHIP 2013, indican que para prepararse para el parto, 75 por ciento de los pacientes había ahorrado dinero, 55 por ciento había asegurado el transporte, pero solamente una pequeña proporción de ellos (7 por ciento) habían identificado donantes de sangre.

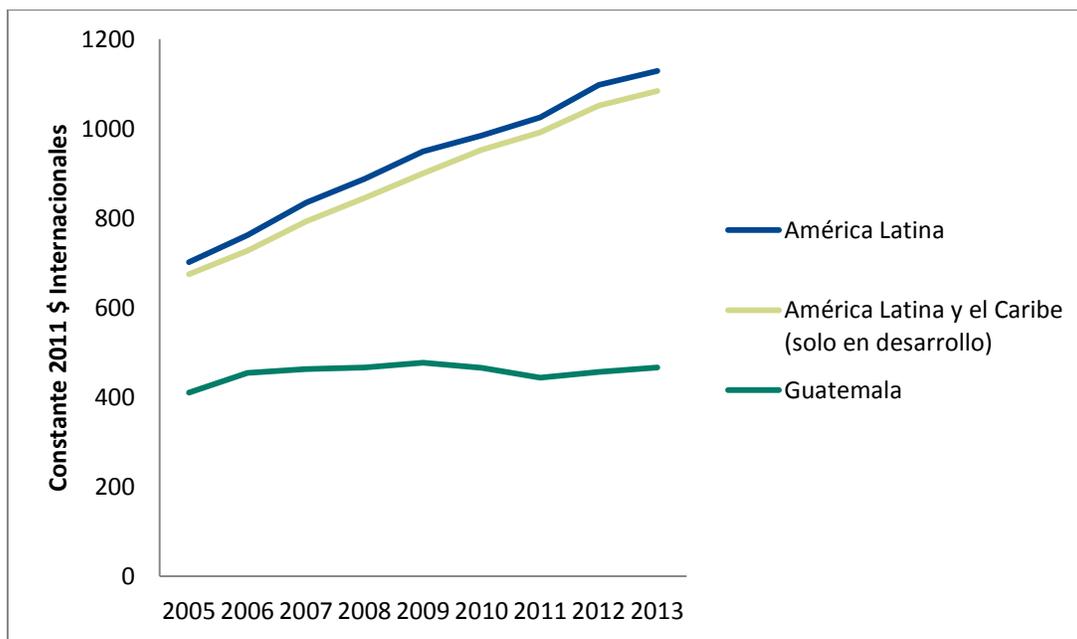
Actualmente, en Guatemala no se lleva a cabo ninguna capacitación para preparar parteras profesionales. El MSPAS, en colaboración con la Universidad Guatemalteca Da Vinci y la Universidad peruana de San Martín de Porres, está implementando un nuevo programa de formación para parteras basado en un modelo peruano. Esta capacitación se ejecutará en Huehuetenango en el Altiplano Occidental y está diseñada para fortalecer la oferta de personal calificado mediante la contratación de estudiantes de las comunidades locales, anticipando una mayor retención. No está claro si esta formación será la puerta de entrada para más cursos y si aumentará sustancialmente el número de comadronas profesionales. Es necesario que haya una duplicación de asistentes calificados para 2020 para satisfacer las necesidades en un 90 por ciento para 2020 (OMS, 2014c). Si no se capacitan parteras profesionales, entonces será esencial impartir cursos de postgrado acreditados en destrezas de partería, para enfermeras.

3.4 FINANCIAMIENTO PARA LA SALUD Y GASTOS PAGADOS CON FONDOS PROPIOS

Guatemala sufre de un financiamiento inadecuado en salud. A diferencia de otros países de IAmérica Latina que han visto sus gastos en salud crecer en la última década, el gasto público en salud se ha estancado en Guatemala, muy por debajo de la cantidad que se gasta por habitante en la región, como se ilustra en la Figura 11.

Cincuenta y siete por ciento del gasto total en salud en Guatemala proviene de fondos propios. Estos pagos privados van hacia los productos básicos, consultas médicas, y el acceso a hospitales privados.

FIGURA 11: GASTO PER CÁPITA EN SALUD (CONSTANTE 2011 \$ INTERNACIONALES)



Fuente: Banco de datos del Banco Mundial 2015

El sistema de salud de Guatemala se financia principalmente con fondos privados, como se presenta en la Cuadro 8. En particular, la proporción del gasto público en salud ha disminuido en los últimos cinco años, mientras que la proporción del gasto privado en salud ha aumentado constantemente. Los gastos financiados con fondos propios son altos y se han mantenido más o menos en la misma proporción del total de gasto privado en salud desde 2010 (81,3 por ciento en 2010 y 81,2 por ciento en 2013).

CUADRO 8: FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN CIFRAS

	2010	2011	2012	2013
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	40.8	37.8	38.0	37.4
Gasto privado en salud como % del gasto total en salud	59.2	62.2	62.0	62.6
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto general del gobierno	20.3	17.6	18.3	17.0
Fondos del Seguro Social como % de GGHE	45.6	48.3	52.5	43.7
Seguro Privado como % del gasto privado en salud	4.4	4.7	4.8	5.2
Gastos pagados con dinero propio como % del gasto privado en salud	81.3	80.6	80.7	81.2

Fuente: WHO <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>

El gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) es bajo en Guatemala, alcanzando 6.5 por ciento del PIB en 2013, por debajo del promedio para América Latina y el Caribe de 7.6 por ciento (Banco Mundial, 2015).

El gasto público en salud representa las contribuciones del gobierno central y las municipalidades. En conjunto, estas entidades gastaron 5.105 millones de Quetzales (Q) (US \$ 650 millones) en 2013, lo que representa sólo 19 por ciento del gasto total en salud y fue equivalente a 1,2 por ciento del PIB, similar al porcentaje que se gastó en el año 2005. En los últimos años, el gasto público ha fluctuado: el gasto público fue de Q4,287 millones (US \$ 546 millones) en 2012, aumentó en 2013, se redujo en 2014, y aumentó de nuevo, a Q5,400 millones (US \$ 687 millones), en 2015. Este incremento en los gastos es atribuible al MSPAS a pesar de las reducciones en los gastos de salud de los municipios. Los gastos anuales per cápita del MSPAS fue de aproximadamente una quinta parte (Q184 o US \$ 23) de lo que recibieron los afiliados del IGSS (Q841 o US \$ 107) en 2013 (Avila et al., 2015).

Los gastos privados por parte de los patronos son sus contribuciones al IGSS y el seguro privado, y su financiamiento de la provisión de servicios médicos y la atención en el lugar de trabajo. El seguro de salud privado en Guatemala dio cuenta de 11.4 por ciento de todos los gastos de salud en 2013 (Q2.804 millones, US\$357 millones), equivalente a 0.6 por ciento del PIB (Avila et al., 2015).

La insuficiencia de fondos del gobierno para la salud se ha traducido en una creciente proporción del gasto total en salud pagada con fondos propios, una carga difícil de manejar para los hogares. Actualmente, los hogares son la principal fuente de financiamiento de la salud en Guatemala. Cincuenta y siete por ciento del gasto total en salud en Guatemala proviene de fondos propios. Estos pagos privados van hacia los productos básicos, consultas médicas, y el acceso a los hospitales privados.

Guatemala moviliza recursos para el sector de la salud usando un impuesto específico. Desde 2004, la Ley del Impuesto sobre Distribución de Bebidas Alcohólicas (Decreto 21-04) ha garantizado que 15 por ciento de los ingresos tributarios se dedicaban al financiamiento de la salud reproductiva y la planificación familiar, así como la prevención del consumo de alcohol y el tabaquismo. Sin embargo, el desembolso y las cantidades han variado a lo largo de los años, lo cual afecta la ejecución del programa de salud reproductiva. La recaudación de impuestos de las bebidas alcohólicas y el tabaco ascendió a Q431 millones (US \$ 55 millones) en 2013, de los cuales Q46.2 millones (US \$ 5,9 millones), equivalente a 11 por ciento, se obtuvo específicamente de bebidas alcohólicas. El porcentaje gastado de este impuesto específico (el porcentaje de ejecución) fue de 86 por ciento en 2013 y 72 por ciento en 2014. El 15 por ciento del impuesto asignado a los programas de salud fue Q6.1 millones (US \$ 781.000) en 2013; la cantidad se redujo a Q5.3 millones (US \$ 679.000) en 2014.

4 EL SECTOR SALUD DE GUATEMALA Y EL PAPEL DEL SECTOR PRIVADO

4.1 PANORAMA DEL SECTOR SALUD

Múltiples grupos de interés clave operan en el sector salud guatemalteco (Cuadro 9). Durante el trabajo de campo de la PSA, el grupo entrevistó un número de estas contrapartes interesadas; El Anexo A consiste de una lista de informantes con nombre y organización.

El MSPAS es el principal proveedor de salud en el país. El IGSS es el segundo proveedor de servicios.

Un gran porcentaje de la población guatemalteca busca atención a través del sector privado, tanto con fines de lucro como sin fines de lucro (hospitales privados, clínicas, farmacias), a través de un seguro privado o desembolso directo.

CUADRO 9: VISIÓN GENERAL DE LOS SECTORES INTERESADOS DEL SECTOR SALUD

Sector Público	Sector privado con fines de lucro	Sector privado sin fines de lucro y confesionales	Países donantes, y socios ejecutores	Donantes Multinacionales y Cooperación / Cooperación reembolsable
<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (nivel nacional y local) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Servicio de Sanidad Militar (participación limitada en la salud) 	<ul style="list-style-type: none"> Laboratorios farmacéuticos privados: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidado de salud de Bayer - Pfizer - ABL Pharma Farmacias Privadas Proveedores privados con fines de lucro Establecimientos de salud privados 	<ul style="list-style-type: none"> APROFAM Organización social panamericana de mercadeo (PASMO) Colegio de Médicos Colegio de farmacéuticos Universidades 	<ul style="list-style-type: none"> Países donantes: <ul style="list-style-type: none"> - EEUU - España - Japón - Suecia - Canadá Internacional de Servicios de Población University Research Co., LLC Futures Group John Snow, Inc. Medicus Mundi 	<ul style="list-style-type: none"> Banco Interamericano de Desarrollo Grupo del Banco Mundial (incluido el Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo) Banco Centroamericano de Integración Económica (CABEI) Marco de Asistencia de las Naciones Unidas (UNDAF): <ul style="list-style-type: none"> - PNUD - UNICEF - UNFPA - UNESCO - UNAIDS Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

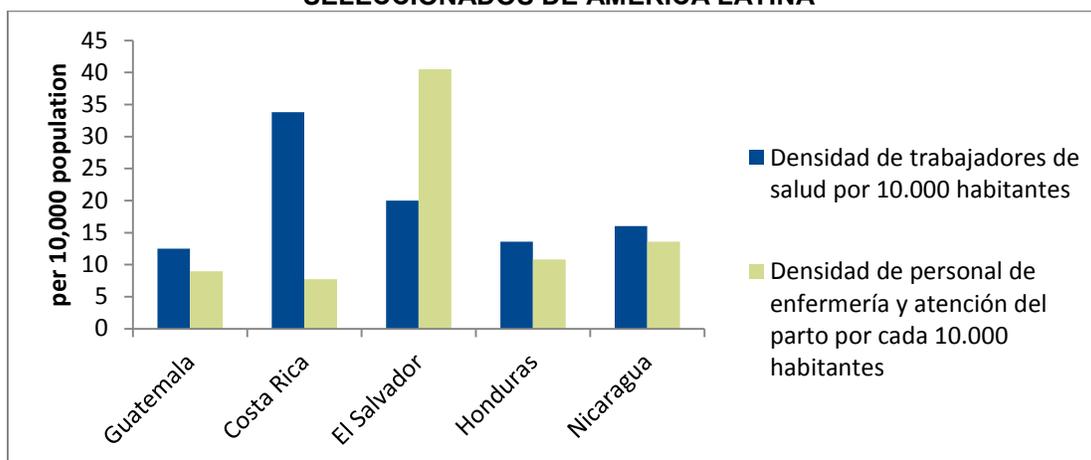
El sector de la salud pública de Guatemala incluye múltiples entidades gubernamentales que brindan atención a los diferentes segmentos de la población. El MSPAS es el administrador general del sistema de salud de Guatemala; como tal, es responsable de la formulación de políticas y la movilización de recursos. Además, el MSPAS ofrece servicios de salud a la población en general. Es el mayor proveedor de atención de salud de Guatemala proporcionando aproximadamente 71 por ciento de todos los servicios de atención médica. El Ministerio de la Defensa tiene su propia red de atención de salud y cubre los miembros del servicio y sus dependientes, aproximadamente 0,5 por ciento de la población. Ambas entidades tienen su propia red de hospitales, centros de salud y puestos de salud, con poca coordinación entre ellos.

El IGSS es una entidad público-privada que cubre a los trabajadores formalmente empleados y sus dependientes. Aunque la Constitución Política de Guatemala establece que todos los ciudadanos tienen derecho a los servicios de seguridad social, sólo 18 por ciento de la población está cubierto a través del IGSS. Los que están empleados en pequeñas empresas o por cuenta propia tienen cupo limitado en el sistema del IGSS.

Además, un gran porcentaje de la población guatemalteca busca atención a través del sector privado, tanto con fines de lucro como sin fines de lucro. El sector privado, que comprende los hospitales privados, clínicas, farmacias y otros establecimientos, ofrece servicios para las personas que, o bien tienen un seguro privado o pagan directamente (MSPS, 2012). El MSPAS supervisa los establecimientos del sector privado a través de la Dirección General de Regulación de la Salud, Vigilancia y Control (Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud, DRACES), que es responsable de la regulación general y la concesión de licencias de las instituciones con fines de lucro del sector privado. Por último, las prácticas de la medicina tradicional y los diferentes servicios de salud basados en la comunidad (como los proporcionados por las parteras tradicionales o comadronas) complementan los elementos más formales del sistema de salud de Guatemala.

Los recursos humanos para la salud en Guatemala son insuficientes, según se mide por la densidad de personal de salud, el uso más común de indicadores. La Figura 12 ilustra la densidad de trabajadores de salud en cinco países de Centroamérica. Con una relación de 12,5 trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, otros) por cada 10.000 habitantes (MSPAS/OPS, 2013), Guatemala tiene la densidad de trabajadores de salud más bajo de la región. La proporción también está muy por debajo de la recomendación de la OMS de 22,8 trabajadores de la salud por cada 10.000 habitantes como el mínimo para un sistema de salud funcional (Ávila et al., 2015).

FIGURA 12: RECURSOS HUMANOS PARA LOS INDICADORES DE SALUD EN PAISES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA



Fuente: OPS, 2013 (Densidad de trabajadores de salud); Repositorio de salud global de la OMS; <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-GTM?lang=en> (nursing and midwifery personnel – latest available data).

Los profesionales de salud en Guatemala están bien organizados de acuerdo a su profesión de la salud. Para practicar, están legalmente obligados a estar afiliados a su correspondiente colegio (Colegio de Médicos y Cirujanos, el Colegio de Químicos y Farmacéuticos). Existen otras asociaciones, de carácter no obligatorio, tales como la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas y la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala, con secciones locales en todo el país.

Los resultados de la PSA en relación con cada uno de los grupos de actores se discuten en el Capítulo 5. Las siguientes secciones analizan en más detalle los tres principales actores: MSPAS, IGSS, y el sector privado de salud.

4.1.1 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

El código de Salud de Guatemala establece que el MSPAS deberá "*formular, organizar y dirigir la ejecución de políticas, planes, programas y proyectos para la prestación de servicios de salud a la población en general*", y que el MSPAS se encarga de la administración o gobierno (rectoría), del sector salud. Como se dijo en la introducción de esta sección, el MSPAS es el proveedor más grande de salud de Guatemala, que proporciona 71 por ciento de todos los servicios de atención médica. También es el principal proveedor de métodos modernos de planificación familiar: su papel aumentó de 32,2 por ciento en 2002 a 50,9 por ciento en 2008 (ENSMI 2002/2008). Es el principal proveedor de los dos métodos de planificación familiar más utilizados de Guatemala: 79 por ciento de todos los usuarios de inyectables y 43 por ciento de los usuarios de esterilización quirúrgica voluntaria reciben servicios de MSPAS. Teniendo en cuenta que un alto porcentaje de las mujeres aún reciben atención prenatal y los servicios de parto en sus hogares, el MSPAS es el segundo mayor proveedor de estos servicios, así como el mayor proveedor de atención basada en establecimientos.

El MSPAS es el principal proveedor de los dos métodos de planificación familiar más utilizados de Guatemala: 79 por ciento de todos los usuarios de inyectables y 43 por ciento de los usuarios de esterilización quirúrgica voluntaria.

En el altiplano la disponibilidad de sus servicios es limitada. Más de 89 por ciento de todos los establecimientos representan establecimientos del primer nivel y 11 por ciento son establecimientos del segundo y tercer nivel de atención (Ángeles et al., 2014).

Los establecimientos del MSPAS se encuentran en zonas urbanas y rurales. Van desde los puestos de atención primaria básica hasta hospitales del tercer nivel de atención, aunque los hospitales se encuentran principalmente en las zonas urbanas. Estos establecimientos ofrecen servicios gratuitos, a excepción de algunos hospitales que reciben donaciones.

El MSPAS categoriza su infraestructura de prestación de servicios en tres niveles diferentes, con diversos tipos de establecimientos de prestación de servicios en cada nivel. La planificación familiar, sin embargo, se ofrece en todos los niveles. El primer nivel de atención cuenta con 1.492 establecimientos, que representa 74 por ciento de todos los establecimientos; que son: 1) centros de convergencia (que cubren menos de 1.500 habitantes), que son los puntos de almacenamiento de medicamentos y puntos de encuentro para el personal de extensión, 2) puestos de salud (que cubren 2.000 habitantes), que sirven de enlace a la red de salud y normalmente tienen una auxiliar de enfermería para proporcionar servicios básicos de salud, y 3) puestos de salud reforzados (unos 5.000 habitantes), que proporcionan servicios básicos de salud y refieren los problemas de salud más complejos a los centros de salud del MSPAS.

El segundo nivel de atención (que representa 23 por ciento de los establecimientos) comprende: 1) centros de salud, 2) centros de salud tipo A (con atención hospitalaria con 30-50 camas), proporcionando atención pediátrica y de emergencia, 3) centros de salud Tipo B, que se centran en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, 4) Centros de Atención Permanentes (CAP) dedicados a la atención de partos normales, 5) Centros de Atención Ambulatoria (CENAPA), los cuales únicamente proveen atención ambulatoria, y Centros de Atención Materno-Infantil (CAIMI), los cuales atienden partos normales y de alto riesgo y tienen salas de operaciones. El gobierno ha ampliado los CAP y CAIMI a más zonas rurales, pero todavía hay brechas significativas en infraestructura, personal y recursos. Las Direcciones de Área de Salud y los Distritos Municipales de Salud son responsables de la implementación local. El equipo de evaluación no pudo recoger datos sobre la disponibilidad de los establecimientos del MSPAS a nivel de departamento o de distrito por medio de entrevistas con contrapartes interesadas o del sitio web del MSPAS.

El tercer nivel de atención con 51 establecimientos (3 por ciento de todos los establecimientos) se centra en los servicios hospitalarios especializados, que son puntos de referencia para los establecimientos de primer y segundo nivel. Incluye 1) hospitales departamentales, 2) hospitales regionales, y 3) hospitales de referencia. En términos de presupuesto del MSPAS, la mayoría de los recursos se destinan a la red hospitalaria. No es sorprendente que estos servicios especializados se concentren en las zonas urbanas con niveles de ingresos más altos, dejando a las poblaciones rurales vulnerables y sin acceso a servicios especializados.

CUADRO 10: INFRAESTRUCTURA DE SALUD DEL MSPAS POR TIPO DE INSTALACIÓN

Nivel de atención	Tipo de entidad	Número de entidades
Primero	Centro de convergencia	2,220*
	Puesto de salud	1,302
Segundo	Centro de salud	902
	Centro de salud con especialidades	21
	Clínica móvil	379
Tercero	Hospital nivel 1	13
	Hospital nivel 2	32
	Hospital nivel 3	6

Fuente : Plan estratégico del MSPAS, 2014-2019

* * Los Centros de convergencia, los puestos de salud rudimentarios operados por las ONG bajo contrato con el MSPAS (MSPAS, 2014) probablemente permanecerán cerradas desde la cancelación del PEC y la crisis de la organización en el MSPAS, dejando a muchos en la población rural sin acceso a la salud pública, situación que sólo está empezando a ser abordada a mediados de 2015 (Ávila et al., 2015).

En el Altiplano Occidental, la disponibilidad de servicios de salud del MSPAS es limitada. Más de 89 por ciento de todos los establecimientos representan instalaciones del primer nivel y 11 por ciento son instalaciones del segundo y del tercer nivel de atención (Ángeles et al., 2014). Los profesionales de salud se concentran en los centros del segundo nivel (CAIMI y CAP).

Sólo 19 por ciento de los establecimientos de salud informan tener techos, paredes, ventanas y pisos adecuados. Veintiséis por ciento posee todos los servicios públicos esenciales y equipamiento: electricidad, agua potable, un refrigerador y un esterilizador de instrumentos. Treinta y siete (37) por ciento de los establecimientos tiene una farmacia en el sitio (Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, Censos Municipales 2008-2011). El MSPAS supervisa el sector salud por medio del (*Sistema de Información Gerencial en Salud, SIGSA*), el cual rastrea la información sobre salud por medio de datos demográficos, socio-económicos, muertes, enfermedades, riesgos, recursos, acceso y cobertura.⁴

4.1.2 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

El IGSS, creado por ley⁵ en 1946 como una entidad autónoma, es la segunda institución más grande de prestación de servicios de salud de Guatemala. Sus beneficiarios son los trabajadores y jubilados del sector público y privado. En 2013, el IGSS reportó una población beneficiaria total de 2,643 millones de personas (o aproximadamente 17 por ciento de la población), incluyendo los beneficiarios directos, cónyuges y niños menores de siete años de edad. El IGSS cuenta con una red de prestación de servicios de 123 unidades médicas, de las cuales 23 son hospitales, ubicados en todos los departamentos. Cuarenta de las unidades médicas se encuentran en Huehuetenango, Quetzaltenango, Quiché, San Marcos, y Totonicapán, las cuales el MSPAS y la USAID han declarado como áreas prioritarias para actividades integradas de desarrollo de 2012 a 2016. Según los representantes del IGSS, la infraestructura actual es insuficiente para satisfacer las necesidades de la población afiliada y

Según los representantes del IGSS, la infraestructura actual es insuficiente para satisfacer las necesidades de sus beneficiarios.

⁴ <http://sigsa.mspas.gob.gt>

⁵ Decreto N° 295 -Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

sus beneficiarios. El IGSS está finalizando la construcción del Hospital Regional de Quetzaltenango, que servirá como un centro de referencia para múltiples departamentos del occidente. Dentro de los próximos cinco años, el IGSS tiene previsto construir un nuevo complejo de cuatro hospitales de especialidades.

El gobierno del IGSS se delega en la Junta Directiva que supervisa la administración y gestión. El IGSS ofrece cobertura para sus miembros sobre la base de un sistema de seguro colectivo público. La membresía en el plan de seguro médico del IGSS es obligatorio para los empleados del sector formal y se financia con las contribuciones de los trabajadores y los patronos. La tasa de contribución se especifica en la ley en base al nivel salarial del trabajador.

El Decreto 295 que establece el IGSS declara que el sistema debe ser financiado por tres partes: los empleados (25 por ciento), los patronos (50 por ciento) y el Estado (25 por ciento). La parte del Estado debe ser financiada por los impuestos creados al efecto y, si bien es recaudado por el gobierno, debe estar disponible como propiedad exclusiva del Instituto. Sin embargo, el gobierno de Guatemala dejó de dar recursos para el IGSS a mediados de la década de 1950 cuando se estableció un régimen de contra-revolución. Para diciembre de 2014, la deuda total del Estado al IGSS ascendía a Q27.8 millardos (US \$ 3,6 millardos). En febrero de 2015, el presidente Otto Pérez Molina firmó un acuerdo con las autoridades del IGSS para pagar la deuda como empleador del IGSS, que representa Q5 millardos (US \$ 649,7 millones). La cantidad se pagaría en cuotas. El acuerdo no cubría los restantes Q22.8 millardos (US \$ 2,9 millardos) de la deuda.

En 2013, el gasto público en salud incluyó los gastos de salud del IGSS que totalizaron Q4.7 millardos (US \$ 600 millones), y cerca de Q5.1 millardos (US \$ 650 millones) gastados por el MSPAS, que abarca a muchas más personas (Ávila et al. 2015). El Cuadro 11 enumera los principales programas proporcionados a los afiliados del IGSS.

CUADRO 11: PROGRAMAS DEL IGSS – PLAN DE OPERACIONES PARA 2015

Programa	Población y tipo de cobertura
IVS (Invalidez, Vejez y Sobrevivencia)	Protege al asegurado por incapacidad permanente (discapacidad) o cuando la condición termina o adquiere la jubilación al llegar a cierta edad. Proporciona protección para los beneficiarios que sobreviven, prestación de atención médica y beneficios pecuniarios.
PROCAPI (Programa de protección especial para las trabajadoras domésticas)	Proporciona protección para maternidad y accidentes para las trabajadoras domésticas y sus hijos menores de cinco años desde septiembre de 2009 y actualmente cubre a las mujeres que trabajan en el departamento de Guatemala. Los servicios se ofrecen sólo en las unidades médicas propiedad del IGSS.
EMA (Programa de Enfermedad, Maternidad y Accidentes)	<p>Proporciona asistencia médica al afiliado y a su familia, y asistencia económica al miembro que está incapacitado temporalmente y no puede trabajar.</p> <p>Proporciona atención médico-quirúrgica, preventiva, curativa y de maternidad durante el periodo prenatal, parto y posnatal para los beneficiarios; salario completo (100 por ciento) pagado a la afiliada durante la incapacidad por maternidad.</p> <p>Proporciona atención especializada para adolescentes menores de 19 años en la capital que son atendidos por parteras tradicionales; los partos se pueden realizar en el hogar o en un centro del IGSS.</p> <p>Incluye asistencia médica de accidentes para cualquier evento que causó una lesión o trastorno funcional y ofrece ventajas financieras temporales en caso de incapacidad temporal del afiliado.</p>

Fuente: Entrevistas del grupo de la PSA con personeros del IGSS

4.1.3 SECTOR PRIVADO

Organizaciones No Gubernamentales

Guatemala tiene una multitud de ONG que trabajan en el sector salud, muchas de ellas trabajando en los ámbitos regional y departamental. La mayoría de las ONG se centran en programas de salud preventiva, educación, y algunas también ofrecen servicios clínicos. Este informe pone de relieve las dos ONG más grandes para planificación familiar y salud materna, con cobertura a nivel nacional. Véase la Sección 5.5 para obtener más información sobre los ONG.

Según DRACES hay más de 9.000 establecimientos privados relacionados con la salud en Guatemala. APROFAM y PASMO son los dos ONG más grandes para servicios de planificación familiar y salud materna con cobertura nacional.

Sector privado con fines de lucro

El sector privado de Guatemala representa un gran segmento en crecimiento del mercado de la atención de salud, el cual incluye hospitales de alto nivel, pequeños hospitales generales y de especialidades (95), clínicas médicas especializadas (2,927), clínicas de medicina general (1103), y los laboratorios (1373), lo que representa aproximadamente 60% de todos los establecimientos registrados. Según DRACES, hay más de 9.000 establecimientos privados relacionados con la salud en Guatemala (Cuadro 12).

CUADRO 12: NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS DE SALUD POR TIPO, A ENERO DE 2015

Tipo de establecimiento	Número
Clínica de salud	1,103
Clínica especializada	2,927
Clínica dental y laboratorios	1,651
Centro de medicina alternativa	241
Hospital (incluyendo solamente instalaciones ambulatorias)	135
Laboratorios (diversos)	1,688
Otros (incluyendo instalaciones deportivas y guarderías infantiles)	1,808
Total	9,553

Fuente: Entrevista con la Dirección General para la Regulación en Salas, Vigilancia, y Control (DRACES), 2015

Como se mencionó anteriormente, el sector privado con fines de lucro es un actor clave en los servicios de salud de Guatemala, aunque como lo muestra el siguiente análisis de segmentación del mercado, su participación en el mercado en términos de prestación de servicios de planificación familiar y partos es limitada.

4.2 SEGMENTACIÓN DEL MERCADO

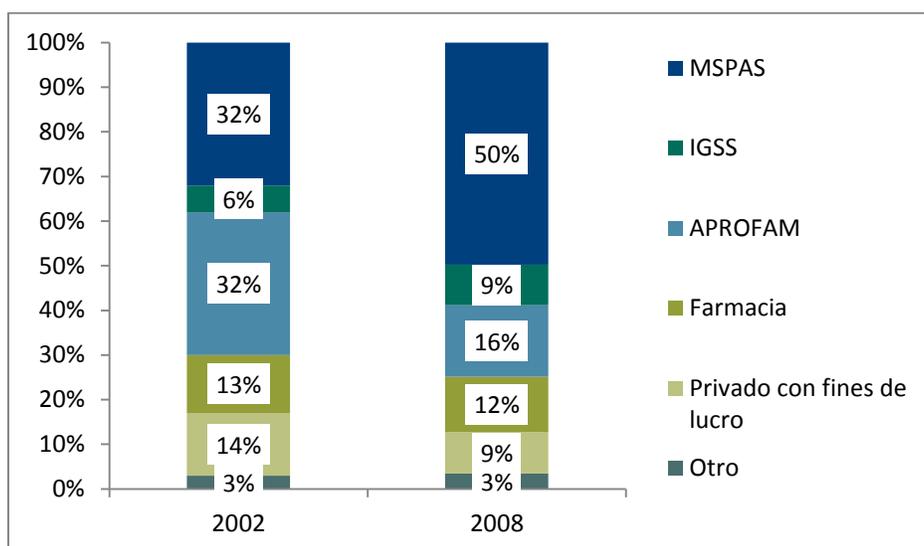
SHOPS llevó a cabo un análisis de segmentación del mercado de planificación familiar, atención prenatal, y prestación de servicios de atención del parto para entender la fuente y el comportamiento por quintiles de ingresos de los clientes que acceden a estos servicios. Mientras que el análisis de segmentación del mercado para obtener la fuente por quintil se ha utilizado ampliamente para los servicios de planificación familiar, se utiliza cada vez más para comprender y mejorar la equidad de los servicios en otras áreas de salud. Hasta donde sabemos, este es el primer análisis de atención prenatal y de servicios de atención del parto en Guatemala.

4.2.1 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Fuentes de bienes y servicios

En Guatemala, el sector público tiene una larga historia de ser el principal proveedor de productos y servicios de planificación familiar. La Figura 13 presenta un desglose de la participación en el mercado para todos los productos de planificación familiar entre 2002 y 2008, durante el tiempo en que el papel del MSPAS se incrementó de 32 a 50 por ciento. En el mismo período, la participación en el mercado del IGSS aumentó levemente de 6 a 9 por ciento, y la de APROFAM decreció de 32 por ciento en 2002 a 16 por ciento en 2008. Las farmacias continuaron siendo una fuente estable de bienes y servicios con 10 por ciento de participación en el mercado tanto en 2002 como en 2008.

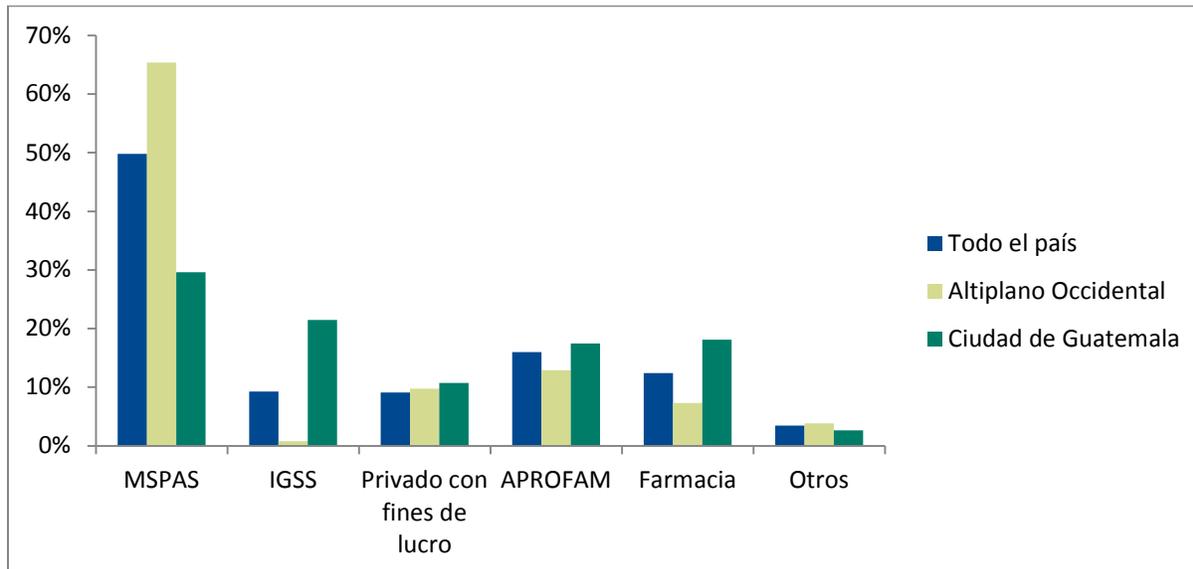
FIGURA 13: PARTICIPACIÓN CAMBIANTE EN EL MERCADO PARA PRODUCTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR – TODOS LOS MÉTODOS



Fuente: ENSMI 2002, 2008-2009

La Figura 14 muestra la fuente de los métodos de planificación familiar en las diferentes áreas geográficas. El sector público (MSPAS) es la principal fuente de métodos de planificación familiar en todo el país, así como en la Ciudad de Guatemala y el Altiplano Occidental. En la Ciudad de Guatemala, el IGSS es la segunda fuente más frecuente de métodos de planificación familiar debido a una mayor participación en el sector formal del empleo en esa área. Por el contrario, tanto en el país como en el Altiplano Occidental, la segunda fuente más común de métodos de planificación familiar es APROFAM. El uso de las farmacias es ligeramente superior en la Ciudad de Guatemala que en el promedio nacional o el Altiplano Occidental.

FIGURA 14: FUENTE DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR REGIÓN (TODAS LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (%))



Fuente: ENSMI 2008-2009

Las fuentes de productos básicos de planificación familiar cambian de acuerdo con el tipo de método (de acción corta, prolongada y permanente). Como se muestra en el Cuadro 13, el MSPAS es el proveedor más grande de métodos de acción corta y permanente, con 58 y 42 por ciento del mercado, respectivamente. APROFAM domina el mercado de los métodos de acción prolongada (en su mayoría implantes subdérmicos), proveyendo 58 por ciento de los servicios. Curiosamente, las farmacias proveen solo 24 por ciento de la anticoncepción de acción corta, mucho menos que el MSPAS. La participación del IGSS en los métodos de acción corta y larga es limitada, y no es significativa en los métodos permanentes.

CUADRO 13: FUENTE QUE PROVEE CADA TIPO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN TODO EL PAÍS

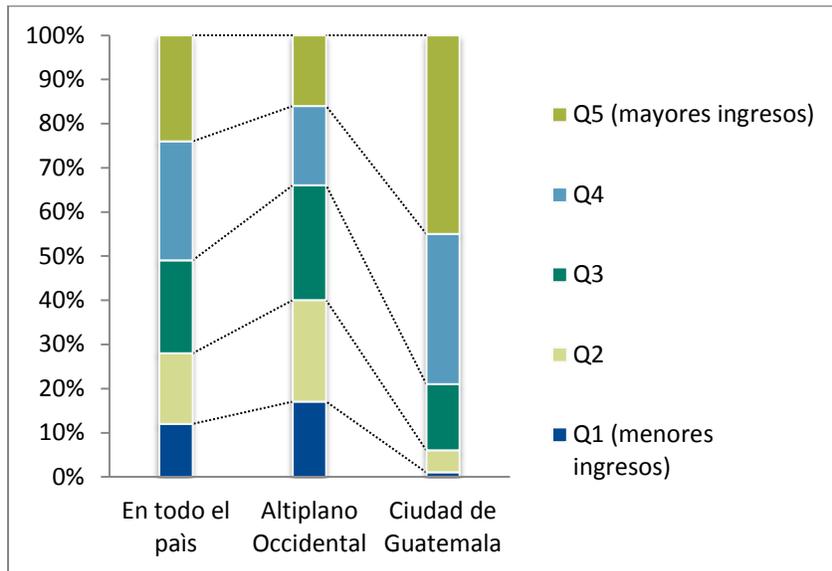
Fuente	Acción corta	Acción larga	Permanente
Sector Público	58	26	42
IGSS	3	2	17
Privado con fines de lucro	3	12	15
APROFAM	7	58	25
Farmacia	24	0	0
Otros	5	2	2
Total	100	100	100

Fuente: ENSMI 2008-2009

Análisis socio-económico de los usuarios de la planificación familiar

En la Figura 15 se muestra el análisis por quintil para el uso de métodos modernos en todas las regiones geográficas. En el Altiplano Occidental las usuarias de métodos modernos de los diferentes quintiles de ingresos están representadas relativamente igual, mientras que las usuarias de los dos quintiles de mayores ingresos (4º y 5º) en gran medida dominan el grupo de usuarias de métodos modernos en la Ciudad de Guatemala.

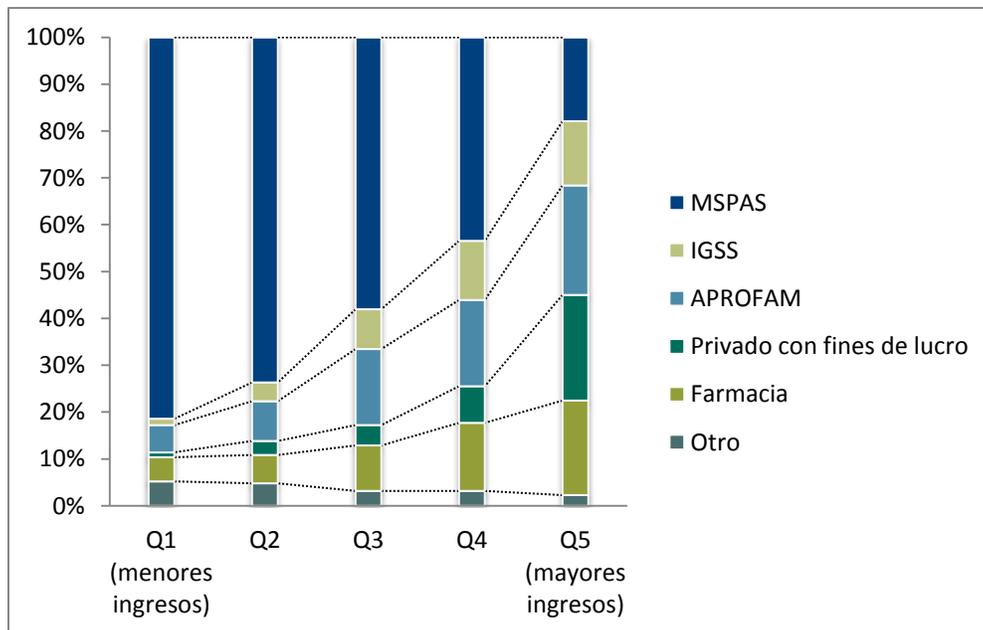
FIGURA 15: CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS DE LAS USUARIAS DE MÉTODOS MODERNOS (TODAS LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA) (%)



Fuente: ENSMI 2008-2009

Como se observa a continuación, existen amplias variaciones en la compra de componentes entre los quintiles de ingresos. El sector público es la fuente predominante (81 por ciento) de los métodos anticonceptivos modernos para los quintiles de ingresos 1-3, pero proporciona sólo 43 y 18 por ciento de los anticonceptivos modernos para los quintiles 4 y 5, respectivamente (Figura 16). APROFAM, los proveedores con fines de lucro y las farmacias son las fuentes predominantes para los dos quintiles de mayores ingresos. Más de 82 por ciento de los usuarios que se aprovisionan en el sector privado con fines de lucro son de esos quintiles, al igual que 66 por ciento de los usuarios de APROFAM y 71 por ciento de los usuarios de farmacia (datos no mostrados).

FIGURA 16: FUENTES DE ANTICONCEPTIVOS MODERNOS POR QUINTILES DE INGRESO (%)



Fuente: ENSMI 2008-2009

ANÁLISIS DE FUENTE Y DE QUINTILES DE LOS MÉTODOS MODERNOS MÁS AMPLIAMENTE USADOS

Inyectables

El sector público es, con mucho, el mayor proveedor de anticonceptivos inyectables (Cuadro 14). Nuestro análisis de segmentación de mercado indica que la mayoría de los quintiles de ingreso (1-4) obtiene sus productos inyectables del MSPAS. Sólo 18 por ciento de las afiliadas al IGSS obtienen los anticonceptivos inyectables en los establecimientos del IGSS; 52 por ciento de ellos obtienen sus anticonceptivos inyectables del MSPAS. Curiosamente, otro 18 por ciento de las afiliadas al IGSS compran sus productos inyectables en farmacias privadas. Sólo el quinto quintil se diversifica en sus patrones de abastecimiento para la anticoncepción inyectable, con 64 por ciento obtenido en las farmacias, proveedores privados con fines de lucro y APROFAM.

CUADRO 14: FUENTES DE INYECTABLES DE ACUERDO CON EL PERFIL DE USUARIO (N=1,905)

	Públicas		Privadas				Total
	MSPAS	IGSS	Privadas con fines de lucro	APROFAM	Farmacia	Otras	
De acuerdo con residencia (% de usuarios)							
En todo el país	77	3	3	4	8	4	100
Altiplano Occidental	83	0	2	2	7	6	100
Ciudad de Guatemala	56	10	8	9	13	5	100
De acuerdo con la cobertura del IGSS (% de usuarios)							
Afiliadas al IGSS	52	18	4	5	18	3	100
Otras	82	0	3	4	7	5	100
De acuerdo con quintiles de ingresos (% de usuarios)							
Q1 (menores ingresos)	92	0	0	0	2	5	100
Q2	89	1	0	1	4	5	100
Q3	80	2	1	5	6	5	100
Q4	69	7	3	8	11	3	100
Q5 (mayores ingresos)	27	5	20	11	33	4	100

Fuente: ENSMI 2008-2009

Esterilización

El sector público es un importante proveedor de la esterilización quirúrgica voluntaria femenina en todo el país (Cuadro 15). El MPAS es la fuente primaria para la esterilización quirúrgica voluntaria de los quintiles 1 a 4. Sólo un pequeño porcentaje de las afiliadas al IGSS (34 por ciento) buscan éstos servicios en los establecimientos del IGSS; aproximadamente un cuarto de la población elegible del IGSS se abastece ya sea del MSPAS como de APROFAM. Sólo el quinto quintil se diversifica en sus patrones de contratación de los servicios de esterilización quirúrgica voluntaria, con 30 por ciento de abastecimiento de proveedores privados con fines de lucro y el 27 por ciento de APROFAM.

CUADRO 15: FUENTES DE ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA DE ACUERDO CON PERFIL DE USUARIO (N=2,433)

	MSPAS	IGSS	Privado con fines de lucro	APROFAM	Farmacia	Otro	Total
De acuerdo con la residencia (% de usuarios)							
En todo el país	42	17	15	25		2	100
Altiplano Occidental	55	2	20	23		2	100
Ciudad de Guatemala	26	36	17	21		1	100
De acuerdo con la cobertura del IGSS (% de usuarios)							
Afiliadas al IGSS	26	34	15	24		1	100
Otras	47	11	15	25		2	100
De acuerdo con el quintil de ingresos (% de usuarios)							
Q1 (menores ingresos)	71	4	3	19		3	100
Q2	63	9	7	19		3	100
Q3	49	16	7	27		1	100
Q4	41	20	12	25		3	100
Q5 (mayores ingresos)	21	21	30	27		0	100

Fuente: ENSMI 2008-2009

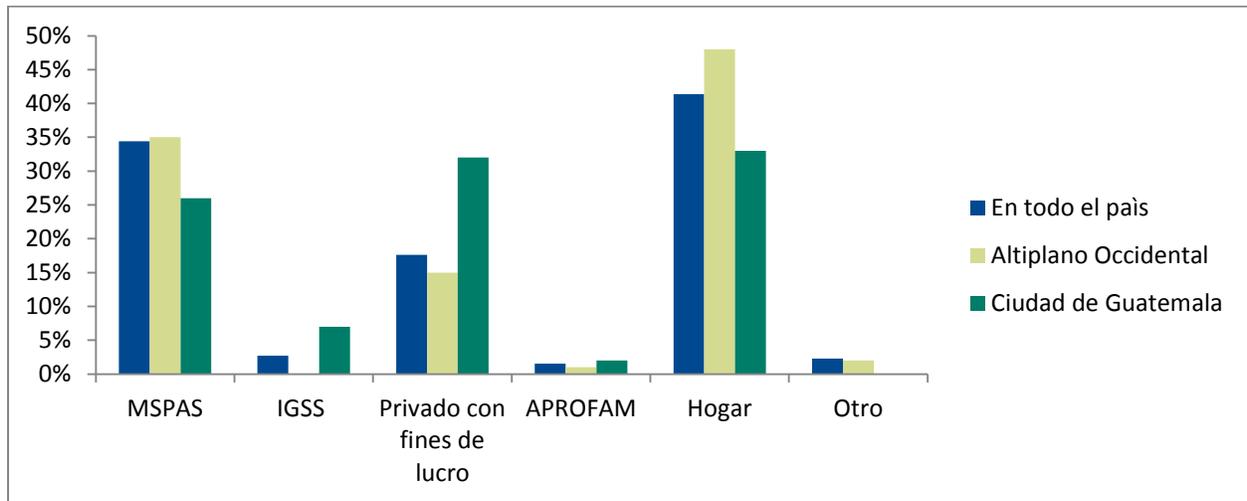
4.2.2 ATENCIÓN PRENATAL

Fuente de los servicios

La principal fuente de atención prenatal en todas las regiones geográficas es la atención domiciliaria con 41 por ciento en todo el país (Figura 17). Incluso en la ciudad de Guatemala, donde es alta la disponibilidad de servicios de salud y la cobertura del IGSS, existe un alto porcentaje de mujeres que refieren atención domiciliaria. De hecho, aunque el IGSS tiene el mandato constitucional de proporcionar atención de salud a nivel nacional, la participación en la prestación de atención prenatal es muy baja en la Ciudad de Guatemala (menos de 10 por ciento), la más baja en todo el país (menos de 5 por ciento) y prácticamente inexistente en el Altiplano Occidental, donde vive la población más vulnerable. Las parteras tradicionales son los principales proveedores (81 por ciento) de atención domiciliaria (MSPAS 2010), y las parteras tradicionales también son actores clave cuando las mujeres buscan atención prenatal fuera de sus hogares: 46 por ciento acude a ellas, mientras que 52 % visita a proveedores calificados y 2 por ciento visita otro personal de la comunidad. En la ciudad de Guatemala, el sector privado con fines de lucro es un proveedor importante de servicios de atención prenatal.

Las fuentes de atención prenatal difieren dependiendo de los quintiles de ingresos. Todos los quintiles de ingresos utilizan la atención prenatal domiciliaria, aunque ésta disminuye a medida que aumentan los ingresos. El papel del sector privado con fines de lucro aumenta de manera significativa en el cuarto (33 por ciento) y quinto (54 por ciento) quintiles.

FIGURA 17: LUGAR DONDE SE RECIBE ATENCIÓN PRENATAL (%)



Fuente: ENSMI 2008-2009

El patrón de abastecimiento para la atención prenatal cambia ligeramente cuando se considera el número de visitas a cada proveedor. Las tres fuentes principales siguen siendo el sector público (41 por ciento), atención prenatal en el hogar (36 por ciento) y entidades privadas con fines de lucro (16 por ciento). Curiosamente, los datos WHIP presentan una realidad diferente para el Altiplano Occidental en 2013, donde el sector público parece ser casi la única fuente de atención prenatal (el 84 por ciento de las visitas). Además, los datos WHIP indican que 86,2 por ciento de la atención prenatal se llevó a cabo por un médico o enfermera (Ángeles et al., 2014).

Mientras que el lugar de la atención prenatal podría potencialmente tener un impacto en el lugar del parto, el mismo no necesariamente conduce al parto en el mismo sector. Las instituciones del sector salud que proporcionan atención prenatal, retienen a las mujeres que están por tener su parto en aproximadamente uno de cada tres casos. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) retiene 36 por ciento de sus pacientes de atención prenatal para el parto, el IGSS retiene 35 por ciento y el sector privado con fines de lucro retiene 33 por ciento. Muchas mujeres se cambian de sector y reciben servicios de atención prenatal en el IGSS o en clínicas privadas con fines de lucro, pero tienen el parto en establecimientos públicos (44 y 46 por ciento, respectivamente).

CUADRO 16: LUGAR DE PARTO Y LUGAR DONDE SE RECIBIÓ LA ATENCIÓN PRENATAL (%)

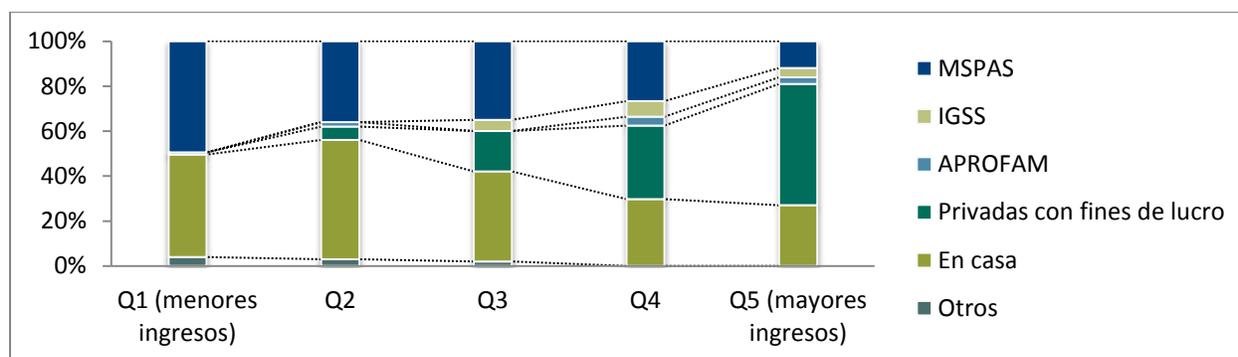
Lugar donde se recibió la atención prenatal	Lugar de parto					
	MSPAS	IGSS	Privado con fines de lucro	Casa privada (propia / comadrona)	Otros	TOTAL
MSPAS	36	3	2	57	1	100
IGSS	44	35	14	7	0	100
Privado con fines de lucro	46	6	33	12	3	100
Casa particular (propia / comadrona)	25	7	2	66	1	100

Fuente: ENSMI 2008-2009

Análisis socio-económico de los usuarios de la atención prenatal

Como se muestra en la Figura 18, las fuentes de atención prenatal difieren dependiendo de los quintiles de ingresos. Curiosamente, todos los quintiles de ingresos utilizan la atención prenatal domiciliaria para dicho servicio, aunque disminuye gradualmente a medida que aumentan los ingresos. El papel del sector privado con fines de lucro aumenta de manera significativa en el cuarto (33 por ciento) y quinto (54 por ciento) quintil. El IGSS y la Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM) desempeñan un papel pequeño en los servicios de atención prenatal y el IGSS no desempeña papel alguno en los dos cuartos de más escasos recursos.

FIGURA 18: FUENTE DE LA ATENCIÓN PRENATAL POR QUINTIL DE INGRESOS (%)



Fuente: ENSMI 2008-2009

4.2.3 PARTOS

Fuentes de servicios

La mayor parte de las mujeres en todo el país (48 por ciento) y en el Altiplano Occidental (64 por ciento) tienen su parto ya sea en su propia casa o en la casa de una comadrona, seguido por los partos en establecimientos del MSPAS con 38 por ciento en todo el país y 28 por ciento en el Altiplano Occidental (Cuadro 17). Sólo en la ciudad de Guatemala se realizan los partos en centros hospitalarios la fuente primaria para partos, con el MSPAS con 43 por ciento. También en la ciudad de Guatemala, el IGSS es la segunda fuente de los servicios de partos (30 por ciento). El sector privado con fines de lucro es la tercera fuente más importante de partos en centros hospitalarios de la ciudad de Guatemala y en todo el país. La APROFAM juega un papel muy pequeño en los servicios de partos.

El primer quintil de ingresos está dominado por los partos en casa.

El sector privado con fines de lucro representa la mayor participación del mercado para el quinto quintil con 37 por ciento de los partos. El MSPAS es el proveedor para la mayoría de los demás quintiles.

CUADRO 17: LUGAR DE PARTO DE ACUERDO CON EL PERFIL DE USUARIO (N=2433)

Lugar de parto de acuerdo a la residencia (%)						
	Sector público	IGSS	Privado con fines de lucro	APROFAM	Casa privada (propia / comadrona)	Otros
Por residencia						
A nivel nacional	36	8	7	1	48	0
Altiplano Occidental	28	1	5	1	64	0
Ciudad de Guatemala	43	30	16	2	10	0
De acuerdo a la cobertura del IGSS (% de los usuarios)						
Afiliados al IGSS	27	42	20	3	7	0
Beneficiarios del IGSS	28	42	14	2	13	0
No cubiertos por el IGSS	40	4	7	1	48	0
Según quintil de ingresos (% de los usuarios)						
Q1 (menores ingresos)	23	1	0	0	76	0
Q2	37	4	1	0	56	1
Q3	50	8	4	1	36	0
Q4	51	23	12	2	13	0
Q5 (mayores ingresos)	33	21	37	3	5	0

Fuente: ENSMI 2008-2009

Análisis socio-económico de las mujeres que tienen sus partos

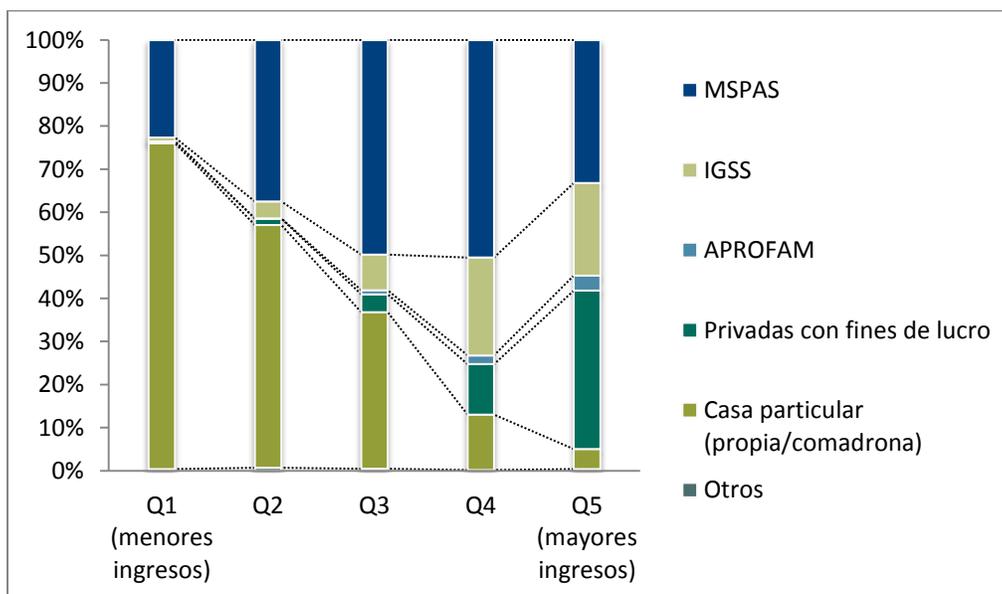
De acuerdo con la Figura 19, una proporción significativa de todos los quintiles de ingresos en todo el país buscan los servicios de parto del MSPAS, con la cuota más alta en los grupos de ingresos medios (Q3 y Q4). Los partos en el sector público son proporcionalmente los más bajos en el primer quintil, el cual está dominado por los partos en casa. El sector privado con fines de lucro representa la mayor participación del mercado para el quinto quintil con 37 por ciento de los partos.

De acuerdo con la Figura 20, en el Altiplano Occidental, una proporción significativa de todos los quintiles de ingresos tienen partos en casa. El MSPAS es el segundo proveedor más importante de servicios de partos, aumentando gradualmente en los quintiles 1-4.

Curiosamente, en el quinto quintil de ingresos hay un aumento dramático en el porcentaje de mujeres que buscan servicios de parto en el sector privado con fines de lucro.

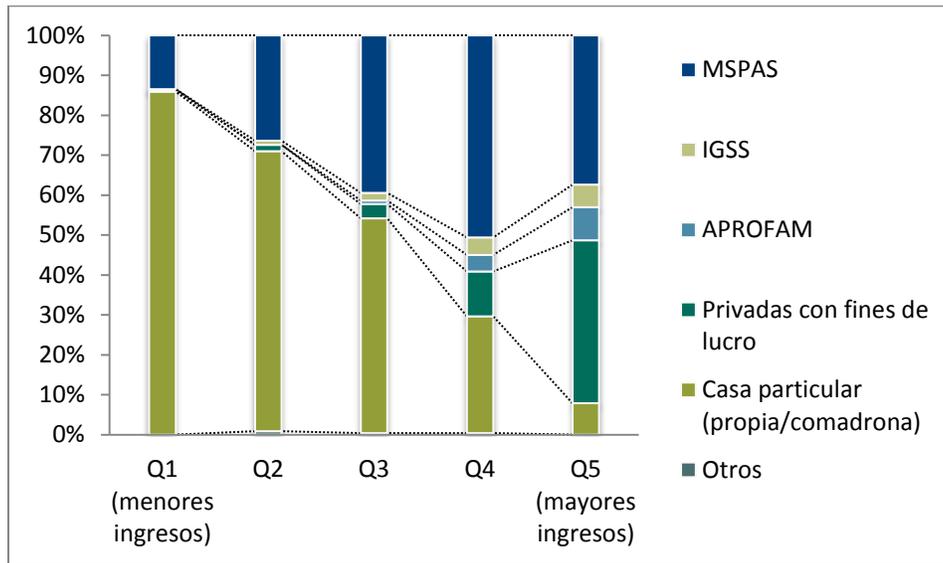
De acuerdo con la Figura 21, en la Ciudad de Guatemala, la proporción de partos en el hogar es más bajo que en cualquier parte del país. La participación del IGSS alcanza un monto superior a cualquier parte del país con 20, 40 y 30 por ciento para los Q3, Q4 y Q5, respectivamente.

FIGURA 19: LUGAR DE PARTO SEGÚN LOS INGRESOS POR QUINTIL – A NIVEL NACIONAL



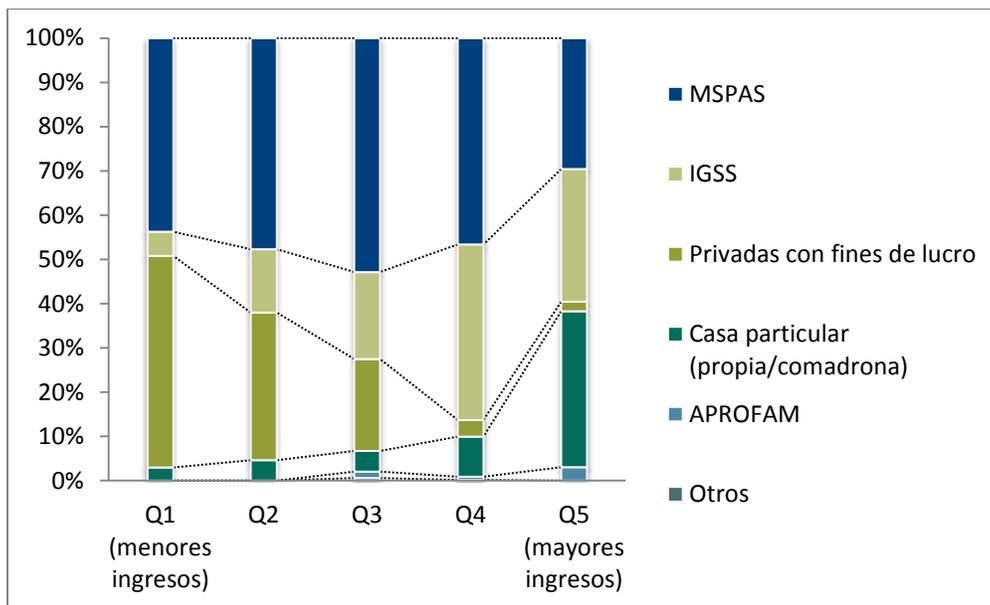
Fuente: ENSMI 2008-2009

FIGURA 20: LUGAR DE PARTO SEGÚN LOS INGRESOS POR QUINTIL – ALTIPLANO OCCIDENTAL



Fuente: ENSMI 2008-2009

FIGURA 21: LUGAR DE PARTO SEGÚN LOS INGRESOS POR QUINTIL – CIUDAD DE GUATEMALA



Fuente: ENSMI 2008-2009

4.2.4 RESUMEN DE LOS HALLAZGOS DE LA SEGMENTACIÓN DEL MERCADO

Planificación familiar

- En 30 municipios de enfoque de la USAID en el Altiplano Occidental, 39 por ciento de las mujeres en edad fértil (MEF) entrevistadas indicaron haber usado un método moderno de planificación familiar (Ángeles et al., 2014). Los métodos de acción corta que requieren reabastecimiento fueron los más populares, seguidos por los métodos permanentes. Al igual que en la ENSMI del 2008-2009, el uso de los métodos de acción prolongada que no son métodos permanentes fue bajo, con sólo 5 por ciento de las usuarias.
- El MSPAS es, con mucho, el principal proveedor de productos y servicios de planificación familiar, tanto de acción corta como permanentes. La provisión de métodos modernos de planificación familiar por parte del MSPAS aumentó significativamente, de 32,2 por ciento en el 2002 a 50,9 por ciento en el 2008 (MSPAS, 2010). El MSPAS es el principal proveedor de planificación familiar para todos los quintiles de ingresos, con excepción del quinto quintil. El MSPAS es también el mayor proveedor de dos de los métodos más utilizados en Guatemala: los servicios inyectables (77 por ciento) y de esterilización quirúrgica voluntaria femenina (42 por ciento).
- El papel de APROFAM en la prestación de servicios de planificación familiar ha disminuido significativamente de 32 a 16 por ciento del 2002 al 2008, a pesar de eso, APROFAM sigue siendo la segunda fuente más importante de planificación familiar. Es el proveedor más importante en el sector privado. En 2008, la APROFAM fue también el mayor proveedor de servicios de implantes subdérmicos. El papel de APROFAM en la planificación familiar y los servicios de salud materna se discutirá más adelante en la sección de las ONG, incluyendo su red de clínicas y su programa de distribución comunitaria.
- Aunque el IGSS es el segundo proveedor de atención de salud más grande del país y que atiende a una población de beneficiarios muy grande, únicamente proporciona 9 por ciento de los servicios de planificación familiar (un incremento de lo que fuera solamente 6 por ciento en el 2002). Sólo en la Ciudad de Guatemala el IGSS es la segunda fuente más frecuente de planificación familiar. Curiosamente, sólo un pequeño porcentaje de las afiliadas al IGSS recurren a los servicios provistos en los establecimientos del IGSS. Utilizan el sector público (28 por ciento), el sector privado con fines de lucro (10 por ciento), APROFAM (17 por ciento) o las farmacias (17 por ciento). Para los servicios de inyectables, 52 por ciento de las afiliadas al IGSS se abastecen de su método a través del MSPAS. Para los servicios de esterilización quirúrgica voluntaria, 26 por ciento de las afiliadas al IGSS acuden al MSPAS, 24 por ciento a APROFAM y 15 por ciento al sector privado con fines de lucro.
- Las farmacias son la fuente principal de los anticonceptivos orales (34 por ciento) y de condones (72 por ciento), lo que es común para los métodos de reabastecimiento y que representa en general 12 por ciento del suministro de la planificación familiar. Los proveedores privados con fines de lucro proporcionan 9 por ciento en general, sobre todo para los dispositivos intrauterinos (DIU), implantes subdérmicos y servicios de esterilización quirúrgica voluntaria. Curiosamente, las farmacias son una fuente de suministro para todos los quintiles de ingresos, incluyendo un pequeño porcentaje de los quintiles más bajos. Las farmacias y los proveedores con fines de lucro representan un porcentaje mayor del quintil mayores ingresos, alcanzando 20 por ciento (farmacias) y 23 por ciento (proveedores privados con fines de lucro).

Atención prenatal

- La principal fuente de la atención prenatal en todas las regiones geográficas es la atención domiciliaria. Incluso en la Ciudad de Guatemala, donde la disponibilidad de servicios de salud y la cobertura del IGSSes alta, un alto porcentaje de las mujeres informan que reciben atención en el hogar. Las comadronas (parteras tradicionales) son las principales proveedoras (81 por ciento) de los cuidados en el hogar y también son actores clave cuando las mujeres buscan atención prenatal fuera de sus hogares. La ENSMI 2008-2009 informa que las comadronas cubren 33,2 por ciento de los servicios de atención prenatal en todo el país. Sin embargo, los datos más recientes de la WHIP indican que 86 por ciento de la atención prenatal fue realizada por médicos o enfermeras.
- Las mujeres que buscan atención prenatal en el MSPAS o en sus casas tienen más probabilidades de tener su parto en casa (57 por ciento) o en el MSPAS (36 por ciento). Las mujeres que reciben atención prenatal de un proveedor privado con fines de lucro tienen más probabilidades de tener su parto en el MSPAS (46 por ciento) o en una instalación privada con fines de lucro (33 por ciento) y tienen menos probabilidades de tener un parto en casa (12 por ciento). Las mujeres que reciben atención prenatal del IGSS son más propensas a tener su parto en el MSPAS (44 por ciento) o en una instalación del IGSS (35 por ciento) y menos probable que tengan su parto en casa (7 por ciento).
- Hay un potencial para aumentar el papel del IGSS para proporcionar atención prenatal e instar a las mujeres en edad reproductiva a tener su parto en el IGSS, ya que 44 por ciento de las mujeres recibirán atención prenatal en el IGSS.

Parto

- La mayor parte de las mujeres en todo el país (48 por ciento) y en el Altiplano Occidental (64 por ciento) tienen su parto en su propia casa o en la casa de una comadrona, El MSPAS es el segundo proveedor más importante de servicios de atención del parto, aumentando gradualmente en los quintiles 1-4 en 38 por ciento en todo el país y 28 por ciento en el Altiplano Occidental; es la segunda mayor fuente de servicios de atención del parto.
- Sólo en la Ciudad de Guatemala los partos son realizados en instalaciones hospitalarias la fuente primaria para atención del parto es el MSPAS con 43 por ciento. También en Ciudad de Guatemala, el IGSS es la segunda fuente de los servicios de atención del parto (30 por ciento). El sector privado con fines de lucro es la tercera fuente más importante de atención del parto en instalaciones hospitalarias en la Ciudad de Guatemala y en todo el país. APROFAM desempeña un papel muy pequeño (2 por ciento) en los servicios de atención del parto.
- A nivel nacional, una gran proporción de los quintiles de ingresos buscan servicios atención del parto del MSPAS, con la cuota más alta en los grupos de ingresos medios (Q3 y Q4). Los partos en el sector público son proporcionalmente los más bajos en el primer quintil, el cual está dominado por los partos en casa (86 por ciento). El sector privado con fines de lucro representa la mayor participación de mercado para el quinto quintil con 37 por ciento de los partos.

En el Altiplano Occidental, una proporción significativa de todos los quintiles de ingresos tienen partos en casa. El MSPAS es el segundo proveedor más importante de servicios de partos, aumentando gradualmente en los quintiles 1-4. En el quintil de más ingresos hay un dramático aumento en el porcentaje de las mujeres que buscan servicios de partos en el sector privado con fines de lucro.

5 HALLAZGOS

5.1 PERSPECTIVA GENERAL

Este capítulo presenta los hallazgos sobre el compromiso de las organizaciones clave del sector público con el sector privado, las actividades clave de las principales organizaciones no gubernamentales, el sector con fines de lucro, las fundaciones corporativas y las organizaciones de responsabilidad social. En este capítulo, también identificamos oportunidades para el fortalecimiento de la participación del sector privado en general, sobre la base de la ventaja comparativa de las organizaciones existentes y la identificación de nuevas oportunidades para las iniciativas escalables y sostenibles del sector privado.

5.2 AMBIENTE POLÍTICO ADECUADO

5.2.1 POLÍTICA GENERAL Y REVISIÓN REGULATORIA

Guatemala cuenta con un sólido marco jurídico que garantiza el acceso a la salud materna, a la salud reproductiva y a los servicios de planificación familiar, proporcionando una base legal para garantizar y defender el derecho a estos servicios y productos (Cuadro 18). En 2001, fue aprobada la Ley de Desarrollo Social, definiendo la salud reproductiva (Artículo 10) como un derecho de la población guatemalteca, el cual incluye “el acceso efectivo de las personas y de las familias a la información, orientación, educación, provisión y promoción de los servicios de salud reproductiva, incluyendo los servicios de planificación familiar, atención prenatal, parto y posparto, la prevención del cáncer del cuello uterino y de mama, el tratamiento durante la pre-menopausia y la menopausia, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de la próstata, el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad, enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y la atención a los adolescentes.”⁶ En 2004, la Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas, garantizó que 15 por ciento de los ingresos tributarios se dedicara al financiamiento de la salud reproductiva, la planificación familiar y la prevención del consumo de alcohol y el tabaquismo. En 2005, fue aprobada la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar; sin embargo, la Iglesia Católica se opuso a la regulación ligada a la ley y retrasó su implementación hasta 2009. En 2010, fue aprobada la Ley de Maternidad Saludable, estableciendo mínimos presupuestarios para los programas de salud reproductiva y la adquisición de productos básicos.

El Consejo Nacional de salud, la Comisión Nacional para el Aseguramiento de Anticonceptivos y organizaciones de incidencia política (advocacy), tales como OSAR y REDMISAR, bajo la coordinación del MSPAS, constituyen una estructura efectiva para lograr y abogar por la coordinación multisectorial y la optimización de los proveedores de servicios principales.

⁶Compendio de Leyes Para La Acción en Salud Reproductiva en Guatemala, Agosto del 2014.

CUADRO 18: LEGISLACIÓN CONEXA A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN GUATEMALA 2001-2012

Año	Ley	Implicación
2001-2002	Ley de Desarrollo Social y Política de Población y Desarrollo Social	El Artículo 10 define el derecho de las personas al acceso y la responsabilidad del gobierno para proporcionar salud reproductiva, salud materna y servicios de planificación familiar.
2004	Ley del Impuesto a la Distribución de Bebidas Alcohólicas	Garantiza que 15% de todos los ingresos fiscales se dedican al financiamiento de la SR/PF y otros servicios de salud.
2005	Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar	La ley fue aprobada, pero no entró en vigor hasta 2009 cuando se aprobó la regulación.
2009	Reglamento de la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar	Requirió que el MSPAS, el IGSS y otras instituciones públicas y privadas pusieran los anticonceptivos modernos a disposición del público.* Se estableció oficialmente la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos (CNAA).
2010	Ley de Maternidad Saludable (Decreto 32-2010) El decreto 19-2010 aprueba una ampliación presupuestaria que excluye una excepción a los requisitos establecidos en el Decreto 72-2008.	El artículo 27 establece una asignación mínima de 15% para los programas de salud reproductiva y de 30% para la adquisición de anticonceptivos. La aprobación le permite al MSPAS transferir fondos al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para la compra de anticonceptivos.
2010	El MSPAS y el UNFPA firman un nuevo acuerdo para continuar con la compra de anticonceptivos.	El MSPAS utiliza fondos del impuesto de 15% para la compra de anticonceptivos, creando el marco para la adquisición de anticonceptivos en los próximos años.
2012	Reglamento de la Ley para la Maternidad Saludable Acuerdo Gubernativo 65-2012	La aprobación del reglamento permite la aplicación de la ley y la obligación de invertir por lo menos 30% del impuesto sobre la compra de anticonceptivos.
2013	Ley de Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado para el Ejercicio Fiscal de 2013	Incluye un artículo que permite la transferencia de fondos y el pago por adelantado de anticonceptivos a través del UNFPA.

* <http://www.ipsnews.net/2009/11/Guatemala-sex-education-family-planning-finally-available/>

Compromiso político para la planificación familiar y la salud materna

A pesar de tener un fuerte marco legal, en Guatemala aún existe una oposición significativa al programa de planificación familiar por parte de entidades religiosas y políticas conservadoras. Por ejemplo, como se señaló anteriormente, la implementación de la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar se retrasó durante cuatro años por los desafíos legales de la Iglesia Católica. Además, Guatemala ha tenido varias administraciones presidenciales con fuertes afiliaciones religiosas y a la oposición a la planificación familiar. Por ejemplo, cuando el PEC inició en 1996, no cubría los servicios de planificación familiar.

Legislación que menciona al sector privado

La Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar y la Ley para la Maternidad Saludable reconocen el importante papel del sector privado en la prestación de estos servicios. Si bien existen varias comisiones multisectoriales en Guatemala, la coordinación entre los distintos sectores aún es limitada y no hay ningún mecanismo para asegurar una información adecuada de las estadísticas de salud. El IGSS, por ejemplo, es particularmente reacio a compartir sus datos de de salud reproductiva/planificación familiar (SR/PF) y los informes de las actividades del sector privado son limitados. Como veremos más adelante en la Sección 5.3.3, el Decreto 13-2013 recientemente aprobado, prohíbe que las ONG reciban y administren directamente los recursos del gobierno, a pesar de que no prohíbe estrictamente la contratación con otros actores privados. Dada la reciente cancelación del principal mecanismo de contratación externa de servicios no basados en los establecimientos a través del PEC, el gobierno parece desconfiar de los mecanismos que financian directamente a las ONG. Como resultado, algunas de las experiencias positivas y las lecciones aprendidas de la experiencia del PEC se perderán, principalmente la oportunidad de aumentar y fortalecer la participación de la comunidad e integrar la contratación externa y el financiamiento basado en el desempeño. Prohibir la contratación externa de las organizaciones no gubernamentales y otras entidades privadas es visto por algunos expertos como un gran retroceso en el avance de las alianzas público-privadas y en la mejora de los resultados basados en el desempeño.

5.2.2 CONSEJO NACIONAL DE SALUD

El MSPAS es la principal institución reguladora, responsable del gobierno del sector salud y la Constitución Política del país establece por mandato la coordinación entre el IGSS y el Ministerio (Art. 100). El Consejo Nacional de Salud fue creado en 2001, como un órgano consultivo con el amplio objetivo de fortalecer el desarrollo de un sistema integrado de salud en Guatemala y más específicamente para promover la coordinación entre las entidades del sector salud.⁷ De acuerdo con el decreto gubernamental inicial, los miembros incluyen al MSPAS, al IGSS, a la Asociación Nacional de Municipalidades (ANAM), al Comité Coordinador de Asociaciones Comerciales, Industriales y Financieras (CACIF), el Colegio de Médicos y Ciujanos de Guatemala la Universidad de San Carlos de Guatemala, el Ministerio de Educación y las universidades privadas, así como cualquier otra institución que se considere necesaria para servir temporalmente. Mientras que el Consejo Nacional de Salud provee un foro para el diálogo entre los representantes del sector de salud pública, las asociaciones profesionales y académicas y el sector privado organizado, carece de la potestad reglamentaria para expedir acuerdos o resoluciones con autoridad vinculante sobre cualquier segmento del sistema de salud pública, incluyendo el MSPAS y el IGSS, por lo que es, en esencia, un foro de discusión sin poder alguno de ejecución.

En el último año, con un renovado liderazgo por parte del MSPAS, el consejo ha comenzado a reunirse con más regularidad. Su existencia proporciona una oportunidad para el intercambio de información con respecto a las prioridades y los programas institucionales, que puede ser tomada en cuenta, ya que cada actor institucional se desarrolla de forma individual e implementa sus propios programas de salud. Varias personas entrevistadas del Diagnóstico del Sector Privado (PSA, Private Sector Assessment) sugirieron que si el MSPAS continúa con un fuerte liderazgo y compromiso político, esto podría representar una oportunidad para fortalecer la participación multisectorial; lo que sugiere que el Consejo Nacional de Salud y el MSPAS estarían facultados para coordinar efectivamente la prestación de servicios de atención de salud pública en todos los sectores.

⁷ Acuerdo Gubernamental No. 68-2001.

5.2.3 COMISIÓN NACIONAL PARA EL ASEGURAMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS

En Guatemala, un número de socios cooperantes de USAID y otras organizaciones abogan fuertemente por las medidas para lograr el aseguramiento de los métodos anticonceptivos. En 2009 se estableció oficialmente la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos (CNAA), la cual es coordinada por el Coordinador del Programa Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS. Otros organismos gubernamentales y no gubernamentales participan en la CNAA, como la Secretaría Presidencial de la Mujer, la Oficina de Defensa de la Mujer Indígena, el IGSS, APROFAM, y la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas. A finales de 2013, la CNAA publicó su estrategia de segmentación del mercado de métodos anticonceptivos, la que reconoce la importancia de un enfoque de mercado sostenible e integral, así como la necesidad de una mayor importancia para el papel del sector privado. En 2015 la estrategia esboza diferentes escenarios para la reducción de la necesidad insatisfecha y la cambiante mezcla de métodos, proyecciones y escenarios para los tres proveedores más importantes de Guatemala de planificación familiar: el MSPAS, el IGSS, y APROFAM, pero no define acciones específicas para lograr estos escenarios. No obstante, todavía hay algunos obstáculos importantes para el acceso sostenible a los métodos anticonceptivos, incluyendo insuficiente presupuesto, la legislación que requiere exenciones especiales para permitir la adquisición internacional y la participación limitada del sector. El IGSS también cuenta con una representación oficial en la CNAA, y proporciona información limitada sobre su programa de planificación familiar; los entrevistados comentaron que la participación del IGSS en la CNAA no trasciende en compromisos, lo que minimiza sinergias importantes para los servicios de salud. En 2015, la CNAA planea desarrollar acciones más concretas sobre la base de la estrategia de segmentación del mercado. Sin embargo, los proveedores de materias primas comerciales no están incluidos en la discusión.

5.2.4 OTRAS ORGANIZACIONES CLAVE DE INCIDENCIA POLÍTICA

Para contrarrestar un entorno generalmente conservador, hay una serie de organizaciones de incidencia política en Guatemala que monitorean las políticas públicas relacionadas con la salud reproductiva. El Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR) es un consorcio diseñado para monitorear la implementación y la gestión fiscal de las políticas públicas relacionadas con la salud reproductiva. Las organizaciones miembros de OSAR incluyen al Congreso de Guatemala, la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos, la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de la Universidad Mariano Gálvez, el Instituto Universitario de la Mujer de la USAC, la Entidad de Salud y Desarrollo de la Mujer, APROFAM, el Colegio de Médicos y Cirujanos, la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas y la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala. OSAR se dedica al seguimiento sistemático y a la recopilación de datos e indicadores en relación con el avance y el desempeño de la aplicación de las políticas de salud. La Red de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva (REDMISAR) es una red de organizaciones de mujeres indígenas que comenzó actividades en 2009 y realiza auditoría social de la calidad de la prestación de los servicios de salud. REDMISAR realiza visitas de monitoreo cada seis meses utilizando una lista de verificación para evaluar la infraestructura, la limpieza, la disponibilidad de personal de salud, los insumos de salud y de planificación familiar y otros aspectos de la prestación de servicios. Varias personas entrevistadas para el Diagnóstico del Sector Privado (PSA) declararon que el MSPAS no tiene actualmente una posición formal ante el papel de las parteras tradicionales en el sector de la salud. Las organizaciones de base comunitaria tradicionales entre los pueblos indígenas, así como las distintas organizaciones y redes de base comunitaria de facilitadores comunitarios de la salud y parteras tradicionales, constituyen elementos importantes del sistema de salud del país que no se han integrado con éxito al sistema nacional de salud.

5.3 ORGANIZACIONES DEL SECTOR PÚBLICO

5.3.1 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

El MSPAS, que desempeña el doble papel de “rector” (autoridad general de alto nivel o rectoría) del sistema de salud del país y de proveedor de servicios de salud financiados con fondos públicos, incluyendo la mayor red de proveedores de servicio local, regional y nacional de salud. En la práctica, la coordinación y la comunicación entre sectores es limitada, especialmente en lo que concierne al IGSS y al sector privado. El diagnóstico del PSA se llevó a cabo en un momento en que Guatemala se enfrentaba a notables desafíos a su liderazgo en las esferas políticas y sociales, así como a las posibles transiciones con las elecciones en el otoño de 2015.

Algunos entrevistados indican que aún es demasiado pronto para saber si la nueva estrategia del MSPAS podrá reemplazar adecuadamente y en el momento oportuno los servicios que anteriormente prestaban las ONG del PEC o lograr los objetivos del nivel primario de atención médica integral.

Basándose en las entrevistas con el personal del Ministerio a nivel central, regional y departamental, es evidente que el MSPAS debe fortalecer su supervisión del sector de la salud y el compromiso con los demás sectores. Si bien existen varias comisiones para el diálogo multisectorial en Guatemala, hay poca participación del sector privado con fines de lucro en estos espacios y no existen mecanismos para que el MSPAS pueda asegurar que todas las entidades del sistema de salud reporten las estadísticas de salud y así poder coordinar los esfuerzos de gobierno de manera informada. Esto incluiría la participación del sector con fines de lucro, incluyendo la industria farmacéutica, así como las asociaciones médicas profesionales, como el Colegio de Médicos y Cirujanos, Asociación de Ginecólogos y Obstetras, la Asociación Pediátrica, entre otras.

Casi todos los informantes mencionaron la crisis institucional que el MSPAS enfrenta actualmente, la cual está vinculada a recurrentes presupuestos insuficientes e infraestructura debilitada para proporcionar los servicios básicos. Los entrevistados refirieron escasez generalizada de medicamentos esenciales, incluidas vacunas y productos básicos de planificación familiar, así como de suministros vitales para los servicios de atención del parto.

Programa de Extensión de Cobertura

En los últimos 20 años el MSPAS contrató varias ONG para proporcionar servicios de salud en las zonas rurales y desempeñaron un papel importante en la ampliación y mejora de los servicios de salud en todo el país. Inició con la firma de los Acuerdos de Paz de 1996, que propiciaron un nuevo impulso para el sistema de salud, incrementando por mandato el gasto público en salud y especificando que los fondos deben ser usados para extender los servicios de salud a las zonas rurales marginadas. Frente a muchos desafíos para expandir directamente sus servicios, el MSPAS eligió contratar a ONG para ampliar la cobertura más rápido por medio del Programa de Extensión Cobertura (PEC). El sistema PEC contrató proveedores privados y administradores para proporcionar servicios de salud a las poblaciones que no tenían acceso a un puesto de salud. Los ejecutores del PEC incluyen muchos tipos de organizaciones, desde las organizaciones no gubernamentales que prestan servicios de salud, hasta cooperativas de ahorro y préstamo, así como otras empresas.

El PEC no cubría inicialmente los servicios e insumos para planificación familiar. La incorporación en 2003 de estos servicios y productos (condones, anticonceptivos orales e inyectables) en su paquete de servicios de salud básica incrementó la cobertura de planificación familiar de manera significativa. A través del PEC, el MSPAS amplió sus servicios a 4400 centros comunitarios de salud, 380 equipos básicos de salud y 23.000 facilitadores comunitarios⁸ a las comunidades de difícil acceso en todo el país. Los equipos básicos de salud visitaban los centros de convergencia, al menos una vez al mes, para ofrecer consultas médicas, incluyendo la planificación familiar, monitoreo y control del crecimiento, vacunación y suministro de vitaminas y minerales. Sin embargo, el PEC tuvo algunos vacíos, incluyendo objetivos débiles de desempeño y servicios, supervisión y monitoreo limitados y financiamiento limitado (incluido retraso en los pagos) a través de la implementación de las ONG. En 2013, en medio de críticas y acusaciones de ineficiencia y falta de responsabilidad de los contratos del PEC, el Congreso de Guatemala aprobó el Decreto 13-2013, el cual buscaba mejorar la eficiencia y transparencia de los recursos en el sector salud y prohibió que las organizaciones no gubernamentales gestionaran los recursos del gobierno. La ley establecía un período de tres años para que el MSPAS eliminara gradualmente el PEC, pero a finales del 2014 el MSPAS canceló el programa sin tener una estrategia alternativa en su lugar. La abrupta cancelación se atribuyó a irregularidades en la ejecución y gestión de los recursos por parte de algunas organizaciones no gubernamentales, así como la falta de recursos del MSPAS para continuar financiando al PEC. Algunas de las personas entrevistadas para el PSA sugirieron que, además de las razones anteriores, el PEC fue desmantelado debido a la severa deuda financiera acumulada por el MSPAS en el pago de estos contratos, agravadas por la escasez de recursos financieros, incluso más limitados, que en años anteriores. Independientemente de los problemas que existían con la red del PEC, la pérdida de más de la mitad de los puntos de servicios para en el país tiene un impacto negativo en el acceso a los servicios de salud.

Estrategia para el desarrollo institucional y el fortalecimiento del nivel primario de atención

Para muchas contrapartes entrevistadas, el fracaso y la cancelación del PEC destacaron la magnitud de las necesidades no atendidas. El MSPAS enfrenta una intensa presión para desarrollar e implementar una estrategia alternativa que le proporcione acceso a la salud a las poblaciones cubiertas por el PEC, muchas de las cuales no tienen acceso a la atención básica. En marzo de 2015, el MSPAS esbozó una estrategia alternativa, centrada en el fortalecimiento del nivel primario de atención, especialmente en los puestos de salud, para seguir apoyando los centros de convergencia de las comunidades existentes. Sus componentes incluyen:

- El fortalecimiento de los recursos humanos de salud, equipos, establecimientos y medicamentos.
- La promoción de salud familiar y educación para la salud
- El monitoreo, crecimiento físico, promoción nutricional y monitoreo durante la ventana de los 1.000 días desde la concepción hasta los dos años de edad.
- La atención médica del Plan de Pacto Hambre Cero con énfasis en la salud neonatal y reproductiva.
- Medicina tradicional alternativa
- Agua potable y saneamiento ambiental y domiciliario
- Prevención y el control de enfermedades endémicas

⁸ <http://mspas.gob.gt/salud/web/index.php?limitstart=260>

- Servicios de diagnóstico, tratamiento y referencia

La nueva estrategia, que estaba prevista para comenzar a principios de 2015, utilizaría el personal actualmente existente en los puestos de salud, así como el reclutamiento de equipos móviles de salud con especialistas de alcance comunitario, incluyendo una auxiliar de enfermería, seis facilitadores comunitarios, 10 parteras y un especialista en manejo de datos. Se espera que este personal adicional sea reclutado de la lista de ex funcionarios del PEC. La población a ser cubierta incluirá un puesto de salud, entre 2.000 y 2.500 habitantes por sector, con un máximo de 5.000 habitantes por territorio. Las contrapartes entrevistadas para el PSA no estaban seguras si la nueva estrategia será capaz de alcanzar al mismo número de personas y si el MSPAS sería capaz de proporcionar el financiamiento necesario. Pero aún es demasiado pronto para saber si esta nueva estrategia podrá reemplazar adecuadamente los servicios anteriormente prestados por el PEC en el momento oportuno, o lograr los nobles objetivos del nivel primario de atención médica integral.

Asociaciones en el nivel municipal

De acuerdo con el Código Municipal (Decreto No. 12-2002 modificado por el Decreto 22-2010), el Consejo Municipal está obligado a nombrar varias comisiones, entre ellas una de Salud y Asistencia Social. Estas comisiones pueden hacer propuestas para mejorar la eficiencia en los servicios públicos municipales y en la gestión (Arts. 36 y 37). Por otra parte, en consonancia con los objetivos de descentralización, una municipalidad puede delegar la autoridad, según sus capacidades administrativas, para entregar servicios públicos seleccionados, incluyendo el cumplimiento de las normativas de control sanitario aplicables a la producción, distribución y consumo de alimentos y bebidas; con el fin de garantizar la salud de la población municipal (Art. 70) (Ávila, 2015).

Varias municipalidades del altiplano han desarrollado alianzas innovadoras con el MSPAS para hacerle frente a las necesidades de salud de sus poblaciones.

Debido al limitado acceso a los servicios de salud y al fracaso de los sistemas existentes, varios municipios del altiplano occidental han entrado en alianzas innovadoras para enfrentar las necesidades de salud de sus poblaciones y han logrado acuerdos entre los municipios y el MSPAS en el nivel departamental. En estas asociaciones, el MSPAS y los municipios comparten la responsabilidad para el financiamiento del personal, los suministros médicos y productos básicos y la capacitación. Un ejemplo es el municipio de La Esperanza (Departamento de Quetzaltenango), con 33.000 habitantes y 22 Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODE) diseñados para garantizar la participación de los grupos indígenas en el desarrollo comunitario. El Consejo presenta las propuestas y los proyectos de desarrollo y luego estos son revisados, aprobados y posteriormente financiados por la municipalidad. No obstante, este proceso puede tardar varios años en completarse, dada la necesidad de promoción y planificación a nivel local y los ciclos de financiamiento del gobierno. A través de este tipo de asociación, La Esperanza construyó un centro de salud en terreno municipal, el cual es gestionado por el personal del MSPAS. La municipalidad paga el salario de un coordinador médico, una enfermera profesional, una auxiliar de enfermería, un secretario y un inspector ambiental de medio tiempo. El centro de salud cuenta con un departamento de planificación familiar que ofrece anticoncepción reversible y un acuerdo con APROFAM para proporcionar métodos permanentes en el centro de salud. Si bien estas asociaciones demuestran el ingenio de las comunidades locales para abordar sus necesidades de atención médica, por lo general tardan varios años en desarrollarse, no siempre cuentan con el financiamiento necesario y no se desarrollan o monitorean sistemáticamente.

Resumen de los resultados del MSPAS:

- El MSPAS se encarga de la administración o del gobierno (rectoría) del sector de la salud. Sin embargo, en la práctica, la coordinación y la comunicación entre sectores es limitada, especialmente en lo que concierne al IGSS y al sector privado, y aunque hay varias comisiones para el diálogo multisectorial en Guatemala, existe poca participación del sector privado lucrativo en estos espacios.
- Por otra parte, además de dejar un gran porcentaje de la población sin acceso a servicios de salud, la reciente legislación que prohibía la contratación externa de ONG y la cancelación del PEC, también inhibirá la capacidad del sector de la salud para explorar nuevas oportunidades de asociación con el sector público y privado y modelos alternativos para lograr resultados basados en el desempeño.
- Durante más de una década, el MSPAS, los proyectos financiados por donantes y las organizaciones de incidencia política han estado trabajando para aumentar la conciencia en torno al aseguramiento de anticonceptivos y se han logrado avances importantes que incluyen el establecimiento de la CNAA. No obstante, todavía hay algunas barreras importantes para el acceso sostenible a los productos anticonceptivos, entre ellas la falta de presupuesto suficiente y oportuno, la legislación que requiere exenciones especiales para permitir la adquisición internacional de suministros anticonceptivos, además de la participación limitada del sector privado en la CNAA.
- El análisis de segmentación del mercado demuestra que el MSPAS es, por mucho, el principal proveedor de métodos y servicios de planificación familiar, tanto los de acción corta como permanente. La provisión de métodos modernos de planificación familiar por parte del MSPAS aumentó significativamente, de 32,2 por ciento en 2002 a 50,9 por ciento en 2008 (MSPAS, 2010). El MSPAS es el principal proveedor de planificación familiar para todos los quintiles de ingresos, excepto el quinto quintil. El MSPAS es también el mayor proveedor de dos de los métodos más utilizados en Guatemala: los servicios inyectables (77 por ciento) y de esterilización quirúrgica voluntaria femenina (42 por ciento).
- En el ámbito nacional, una gran proporción de los quintiles de ingreso buscan servicios de atención del parto en el MSPAS, con las mayores cifras provenientes de los grupos de ingresos medios (Q3 y Q4). Los partos en el sector público son proporcionalmente los más bajos en el primer quintil, que está dominado por los partos en casa (86 por ciento).

5.3.2 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

El IGSS cuenta con una red de prestación de servicios de 123 unidades médicas distribuidas en todos los departamentos, de los cuales 23 son hospitales. Cuarenta de estas unidades se encuentran en las áreas de enfoque de USAID de Huehuetenango, Quetzaltenango, Quiché, San Marcos, y Totonicapán. De acuerdo con representantes del IGSS, la infraestructura actual no es suficiente para satisfacer las necesidades de los afiliados. El IGSS está finalizando la construcción del Hospital Regional de Quetzaltenango, el cual servirá como un centro de referencia para múltiples departamentos del Occidente.

Casi todas las contrapartes entrevistadas reconocen que el IGSS desempeña un papel fundamental y que tiene que ser un actor clave para garantizar un mercado más equilibrado y sostenible.

El IGSS ha estado contratando proveedores privados para ampliar su cobertura de servicios de salud. A partir de 2002, los afiliados al IGSS fueron asignados a una unidad periférica. Estas unidades solían estar a cargo de un sistema de referencia para proveedores privados. Estos servicios contratados le permitieron al IGSS ampliar la cobertura de los servicios ambulatorios, mientras al mismo tiempo se redujo el número de puestos de salud que operaba y aumentó la eficiencia.

En cuanto a los servicios de salud sexual y reproductiva, el IGSS ofrece servicios para la detección precoz del cáncer de cuello uterino, el cáncer de mama, el cáncer de próstata, la menopausia, la educación sanitaria y la promoción de la planificación familiar. El programa de planificación familiar del IGSS se institucionalizó bajo la Resolución No. 1165 (agosto del 2005). Según la ENSMI del 2008-2009, el IGSS cubre 10 por ciento del mercado de la planificación familiar, por lo que es un actor clave para el sistema de salud en Guatemala y una fuente de suministro de métodos y servicios para sus afiliados. Sin embargo, este porcentaje pudo haber disminuido en los últimos años. El análisis de segmentación de mercado que utilizó datos de la ENSMI 2008-2009 sugiere que muchos de los usuarios del IGSS buscan servicios de planificación familiar en el MSPAS. Por otro lado, datos más recientes (2012) de la Estrategia de Segmentación del Mercado de la CNAA, sugieren que el IGSS solo proporciona 7 por ciento de todos los servicios de planificación familiar.

La resolución 1165 requiere que el IGSS presupueste recursos suficientes para los servicios de salud reproductiva y planificación familiar. Sin embargo, durante las entrevistas con contrapartes del IGSS, se dijo que la adquisición de anticonceptivos no se está dando a nivel central y que esta función ha sido delegada a las regiones con base en la demanda. No obstante, en algunos departamentos y sitios de atención no se contaba con métodos e insumos básicos y el personal no estaba familiarizado con la Resolución 1165.

Los entrevistados consideraron que no existe un conocimiento general de la política del IGSS para proporcionar servicios de planificación familiar y que los métodos anticonceptivos no se encuentran ampliamente disponibles. Los informantes señalaron que la Resolución 1165 incluye barreras de acceso a la planificación familiar, como la exigencia de que para un procedimiento de esterilización voluntaria, las mujeres deben solicitarlo por escrito y deben tener por los menos dos hijos vivos. Según entrevistas con grupos de incidencia política, el IGSS tiene que abordar una serie de políticas institucionales para armonizar sus normas y reglamentos relativos a la planificación familiar con la Ley de Desarrollo Social, la Ley de Acceso Universal y Equitativo a Servicios de Planificación Familiar, la Ley de Maternidad Saludable para asuntos de Salud Materna y Neonatal y otras políticas de derechos de género.

Las entrevistas dejaron claro que los proveedores, beneficiarios y afiliados no están seguros de la disponibilidad de servicios de planificación familiar en los establecimientos del IGSS. Además, consideran que los empleadores hacen muy poco para exigir una mejor calidad y acceso a los servicios de salud para sus empleados.

A pesar de estas deficiencias, casi todas las contrapartes entrevistadas reconocen que el IGSS desempeña un papel fundamental y que tiene que ser un actor clave para garantizar un mercado más equilibrado y sostenible.

Resumen de los resultados para el IGSS

- La resolución de planificación familiar No.1165 del IGSS requiere que se presupueste recursos suficientes para los servicios de salud reproductiva y planificación familiar. Sin embargo, los entrevistados del PSA expresaron que no se están adquiriendo anticonceptivos a nivel central y que esta función ha sido delegada en base a la demanda.
- La resolución No.1165 incluye algunas barreras médicas clave para el acceso a la planificación familiar (PF), incluyendo la declaración de que los beneficiarios y afiliados solamente son elegibles para los servicios de PF hasta la semana 26 después del parto, requiriendo una solicitud por escrito para recibir servicios de esterilización quirúrgica voluntaria y que es un requisito que las mujeres tengan por lo menos dos hijos vivos.
- La autonomía institucional y presupuestaria del IGSS lo aíslan eficazmente de todo lo que no sea la coordinación voluntaria o el intercambio de recursos con el MSPAS. Deberían ser un objetivo inmediato los protocolos de reintegro del MSPAS por los servicios prestados a los afiliados al IGSS, por compartir los establecimientos y los recursos y por evitar una duplicación innecesaria de los establecimientos y servicios.
- El análisis de la segmentación del mercado sugiere que sólo un pequeño porcentaje de los derechohabientes del IGSS buscan sus servicios de PF en los establecimientos del IGSS. En lugar de esto, buscan dichos servicios en el MSPAS (28 por ciento), APROFAM (17 por ciento), las farmacias (17%) y los proveedores privados con fines de lucro (10 por ciento). En términos de servicios de atención prenatal, el IGSS desempeña un papel muy pequeño, incluso entre los quintiles de ingreso más alto. En la Ciudad de Guatemala, el IGSS es la segunda mayor fuente de servicios de atención del parto (30 por ciento) y alcanza una parte más grande de los quintiles de ingreso que en cualquier otro lugar del país. Con 20, 40 y 30 por ciento para el Q3, Q4 y Q5, respectivamente.

5.4 ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Guatemala se beneficia de una amplia gama de organizaciones no gubernamentales internacionales, regionales y locales, las cuales han sido fundamentales para incrementar el acceso a los servicios de salud reproductiva, planificación familiar y salud materna para las poblaciones marginadas, incluidas las poblaciones indígenas. Mientras que el equipo se reunió con varias organizaciones, el informe de la PSA se enfoca principalmente en dos de las más importantes ONG proveedoras de servicios y en las oportunidades para aprovechar sus ventajas comparativas y así fortalecer la salud reproductiva y planificación familiar en general y el mercado de salud materna. El informe también ofrece una breve descripción de otra ONG regional más pequeña, llamada ALAS que se enfoca en la prestación de servicios de planificación familiar y salud reproductiva a poblaciones desatendidas y en áreas remotas.

5.4.1 APROFAM

La Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM) es una organización privada, sin fines de lucro afiliada a la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, International Planned Parenthood Federation), que lleva más de 50 años proporcionando servicios de salud. Durante estas cinco décadas, APROFAM ha sido un actor clave en la prestación de servicios de salud para las mujeres y los niños, para poblaciones de bajo y mediano ingreso, con un énfasis en la salud sexual y reproductiva. USAID proporcionó apoyo e inversión significativa durante muchos años para ayudar a APROFAM a alcanzar su posición de liderazgo, actualmente APROFAM ya no recibe el apoyo directo de esta organización. APROFAM es el segundo mayor proveedor de métodos de planificación familiar (16 por ciento) después del MSPAS (50.9 por ciento). Entre 2002 y 2008, el papel de APROFAM en la prestación de servicios de planificación familiar se redujo de 32 a 16 por ciento, situación que probablemente refleja el creciente énfasis de APROFAM en diversificar sus servicios y su base de usuarios para fortalecer su sostenibilidad financiera.

Las unidades móviles de APROFAM son las únicas en el país que están equipadas para proporcionar anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina por laparoscopia.

APROFAM ofrece servicios integrales de salud a los guatemaltecos que carecen de recursos económicos y que tienen acceso limitado a otros servicios de salud privados. Tiene presencia en la mayoría de las cabeceras departamentales, por medio de sus programas y su red de 27 clínicas en todo el país. Con su red de clínicas sociales, APROFAM ofrece medicina general y consultas especializadas, servicios de laboratorio, servicios de diagnóstico, venta de medicamentos, partos normales y cesáreas, así como métodos anticonceptivos de acción corta, prolongada y permanente. Los servicios clínicos se financian con las cuotas que se cobran a los usuarios, las cuales se adaptan a la región geográfica y la capacidad y voluntad de pago de la población. Los servicios cuentan con subsidio cruzado con diferentes tipos de servicios a través de las clínicas, ya que algunas de estas tienen mayores márgenes de beneficio que otras.

APROFAM también desempeña un papel importante en los servicios de salud materna. Entre el 2012-2014 atendió 8.725 partos, con un promedio 2.908 partos por año, de los cuales 65% fueron cesáreas. En occidente hubo 1672 nacimientos en los últimos tres años, los cuales corresponden a 19% de los partos totales atendidos en la institución. La demanda de los servicios de atención del parto en APROFAM, en todo el país y en el altiplano occidental, es baja en comparación con la gran demanda de atención prenatal. APROFAM actualmente utiliza aproximadamente 50 por ciento de su capacidad instalada para la atención de partos, lo que sugiere que podría ampliar su capacidad para atender más partos. Por otro lado, APROFAM también ha diversificado sus servicios de salud sexual y reproductiva y se ha convertido en una alternativa en las ciudades donde se han establecido sus clínicas, ofreciendo otros servicios asequibles para las mujeres en edad reproductiva, más allá de la planificación familiar y la atención de partos. Por ejemplo, APROFAM promedia 75.246 pruebas de Papanicolaou y 4165 ultrasonidos en mujeres embarazadas por año.

APROFAM también apoya tres programas sociales claves que se subvencionan a través del financiamiento de donantes y diseñados para llegar a los más necesitados: el programa de los adolescentes, el programa de distribución comunitaria y el programa de Clínicas Móviles (Cuadro 19). Las unidades móviles de APROFAM son las únicas en el país que están equipadas para proporcionar anticoncepción quirúrgica voluntaria por laparoscopia y por lo tanto representan una fuerte ventaja comparativa. Las entrevistas con las contrapartes indicaron que el MSPAS reconoce la importante contribución de APROFAM en la cobertura de planificación familiar. Estas unidades móviles seguirán necesitando subsidios debido los altos (e insostenibles) costos asociados al transporte hasta las zonas remotas. APROFAM informó que los costos de los servicios móviles necesitan ser estimados dentro de los acuerdos actuales con los financistas externos. El actual sistema de reembolso no cubre todos los costos de operación, dado que se reembolsa a APROFAM por cada paciente y los costos de operación para llegar a las zonas periféricas pueden ser onerosos en relación al número total de clientes a que se les presta el servicio. Otros entrevistados consideraron que la coordinación y la promoción también se podrían mejorar para asegurar que las unidades móviles sirvan a un mayor número de usuarias durante sus servicios a las áreas remotas.

APROFAM también ha desarrollado una sólida red de voluntarios comunitarios, diseñada para proporcionar servicios de planificación familiar en las áreas más remotas de Guatemala. En 2014, APROFAM contó con 1861 promotores comunitarios, una disminución de 13 por ciento en comparación con 2012. En el Occidente, en 2014, APROFAM tenía un total de 376 promotores, una disminución de 33 por ciento en comparación con 2012. La reducción gradual en promotores comunitarios se relaciona con el aumento del énfasis de la institución en la sostenibilidad financiera, la falta de supervisión y seguimiento, así como la competencia de otros programas de ONG que ofrecen los mismos productos en las mismas áreas geográficas, pero con mayores subsidios.

En 2009, USAID y APROFAM establecieron un memorando de entendimiento para desarrollar un Fondo Fiduciario de Sostenibilidad (STF, Sustainability Trust Fund) para garantizar la continuidad y sostenibilidad de los programas sociales. El acuerdo estipulaba que el uso del STF sería supervisado por el comité, que la USAID participaría como observador pasivo, y que APROFAM financiaría al menos un proyecto por año mediante dicho fondo. En septiembre 2014 SHOPS llevó a cabo un diagnóstico de la capacidad de APROFAM para recibir fondos directos, lo que incluía varias recomendaciones sobre cómo utilizar mejor el STF, incluyendo la revisión y el fortalecimiento de la red promotora comunitaria de APROFAM, dado que la falta de supervisión y seguimiento se había traducido en la pérdida de los promotores comunitarios y el apoyo a las unidades móviles para continuar el suministro estratégico dirigido de servicios de larga duración y permanentes en zonas marginadas del altiplano, así como el uso de la capacidad instalada de APROFAM en dicha zona geográfica para subsidiar parcialmente las referencias para los partos.

CUADRO 19: PROGRAMAS SOCIALES MÁS IMPORTANTES DE APROFAM

Programa	Descripción	Cobertura geográfica	Apoyo financiero
Programa para adolescentes	Los educadores por pares sensibilizan, capacitan y promueven el manejo responsable y con conocimiento de la salud sexual y reproductiva, y del VIH.	Las zonas urbanas y suburbanas, con algunos intentos de ampliar a las zonas rurales	Apoyo de donantes externos
Distribución de base comunitaria	Los voluntarios que están reconocidos en la comunidad como fuente de suministro de métodos anticonceptivos modernos para las mujeres pobres e indígenas.	Los puntos de distribución se encuentran en zonas periurbanas y rurales para fortalecer la cobertura de distribución de anticonceptivos, para garantizar un acceso más accesible.	Auto-financiado por APROFAM, que compra algunos productos básicos y obtiene otros donados por la IPPF. En 2013, la recuperación de costos de este programa se estimó en 83%.
Unidades móviles de salud	Estas cinco unidades son las únicas unidades móviles en el país que ofrecen la anticoncepción quirúrgica voluntaria para hombres y mujeres. También se ofrecen métodos de acción prolongada (inserción y extracción de DIU e implantes subdérmicos). El MSPAS reconoce la importancia de estos esfuerzos para ampliar los servicios de planificación familiar en zonas remotas del Altiplano Occidental y apoya la coordinación y la movilización comunitaria.	Cobertura incluye las zonas suburbanas y rurales, donde los servicios de salud públicos y privados (casi inexistentes) son incapaces de ofrecerlos. Los beneficiarios son las mujeres pobres, rurales e indígenas.	El programa es altamente subsidiado y los usuarios proporcionan solamente una cuota simbólica o reciben servicios gratuitos. En 2012, la recuperación de costos se estimó en 41%. Para los servicios de las dos unidades móviles financiadas por USAID para el Altiplano Occidental, los usuarios no pagan; APROFAM recibe apoyo financiero a través de PASMO. Para los servicios de las dos unidades móviles financiadas por Bergstrom, APROFAM cobra Q25 por servicio. Para los servicios de la unidad financiada por APROFAM con sus propios fondos, APROFAM cobra Q60 por procedimiento.

Resumen de los hallazgos para APROFAM:

- APROFAM está en un momento crítico en el que se esfuerza por mantener su posición de liderazgo como el segundo mayor proveedor de servicios de planificación familiar en el país, mientras que busca optimizar sus operaciones y aumentar su sostenibilidad general a través de la diversificación. APROFAM ya no recibe apoyo directo de la USAID y recibe un mínimo de financiamiento de los donantes externos para componentes específicos de su cartera.

- Las unidades móviles de APROFAM representan una importante ventaja comparativa para la organización, ya que son los únicos en el país que proporcionan esterilización quirúrgica laparoscópica por medio de unidades móviles. El MSPAS también reconoce que estas unidades son complementarias a sus acciones y le permite a APROFAM colaborar en iniciativas de alcance dirigidas al sector público. No obstante, es recomendable que APROFAM trate de fortalecer la coordinación, promoción y difusión de estos alcances médicos con otras contrapartes clave, para garantizar que se está optimizando el número de personas que pueden beneficiarse de los servicios.
- Los programas sociales de APROFAM, que prestan servicios a las zonas pobres y remotas, siempre requerirán de subsidio significativo y el financiamiento externo no puede cubrir todos los costos. APROFAM debe decidir cuáles programas sociales son esenciales para su misión y continuar con su ejecución plena para lograr que sean exitosos. Por ejemplo, el importante programa de distribución de base comunitaria ha reducido su cobertura debido a la necesidad que tiene la organización para racionalizar sus actividades y la presencia de otras actividades apoyadas por donantes en estas áreas que apoyan actividades similares.
- Los hospitales de APROFAM, sobre todo en el Altiplano Occidental, muestran una subutilización de capacidad de los servicios de atención de partos, que se puede optimizar por medio de la orientación adecuada y el financiamiento por el lado de la demanda (por ejemplo: ‘vouchers’), dada la urgencia de mejorar los indicadores de la salud materna en esa región. Como se mencionó anteriormente, estos servicios también podrían ser parcialmente subvencionados por el Fondo Fiduciario de Sostenibilidad de APROFAM.

5.4.2 PASMO/RED SEGURA

La organización Population Services International (PSI) fundó la Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO, Pan American Social Marketing Organization) para fortalecer el mercadeo social y la comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención del VIH/SIDA en Centroamérica. Desde su fundación en 1997, PASMO continúa ampliando su cartera en Guatemala para incluir intervenciones del sector privado y público. PASMO tiene presencia en todos los países de la región y tiene su sede en Guatemala. La organización de mercadeo social ha ampliado su cartera para incluir una amplia gama de iniciativas de salud, muchas de las cuales han logrado ser autosuficientes. Por ejemplo, la iniciativa de mercadeo social de condones de esta organización ya no recibe apoyo de los donantes, ya que KfW dejó de brindar asistencia financiera hace más de tres años.

Red Segura de PASMO ha demostrado ser un modelo exitoso para aumentar el uso del DIU y de los implantes subdérmicos a través de proveedores privados.

A través de Red Segura, PASMO desarrolló una sólida red de proveedores privados que ha aumentado el suministro de servicios de DIU entre los proveedores privados en los últimos cinco años. Lanzada en 2009, Red Segura actualmente incluye 243 proveedores de servicios de salud privados, principalmente ginecólogos (80 por ciento) y médicos generales (20 por ciento). Aunque la red es nacional, la mayoría de los proveedores se encuentran en la Ciudad de Guatemala. De los 243 proveedores, solamente 26 se encuentran en el altiplano. Los proveedores deben ser certificados en metodología anticonceptiva y ser miembros activos del Colegio de Médicos. La Red Segura tuvo éxito en el reclutamiento de un número considerable de proveedores activos, aunque el reclutamiento y la capacitación de los proveedores consumen mucho tiempo y dinero, teniendo en cuenta la gran tasa de desgaste. PASMO estima que hasta la fecha se han inscrito más de 900 proveedores, pero muchos de ellos se retiraron después o fueron eliminados del programa debido a inactividad, bajo rendimiento o reticencia a presentar informes.

Los beneficios para los proveedores que participan en la red incluyen: 1) aumentar sus conocimientos y habilidades para brindar consejería en planificación familiar y la administración del consentimiento informado; habilidades (y certificación) para la inserción del DIU e implante subdérmico, 2) la recepción de equipo básico, 3) el acceso a métodos asequibles y otros suministros consumibles (algodón, guantes, etc.), y 4) recibir el apoyo de los agentes promotores de Red Segura. La red cuenta con un agente promotor por médico (superficie estimada de cinco kilómetros) y hay aproximadamente 60 promotores para toda la red. No hay niveles de precios máximos establecidos, ya que el Colegio de Médicos de Guatemala no los permite, pero se refiere a las pacientes interesadas a los médicos en base a su perfil socioeconómico. Red Segura estima que cuesta alrededor de US\$ 1000 por proveedor el reclutar y entrenar a cada médico en la red. No hay cuotas que los médicos deban pagar para ser miembros de la red de proveedores.

Red Segura ha demostrado ser un modelo exitoso para aumentar el uso de DIU y de los implantes subdérmicos a través de proveedores privados (los datos de monitoreo y evaluación de Red Segura indican un aumento de 73 por ciento en la distribución de DIU entre 2010 y 2011 y un aumento de 18 por ciento entre 2013 y 2014). Sin embargo, PASMO todavía no ha desarrollado una estrategia de sostenibilidad que aborde el funcionamiento y la gestión a largo plazo de la red. No obstante, dado el éxito de la red en expandir rápidamente la provisión de métodos de larga duración en el sector privado, hay oportunidades a considerar con Red Segura para la expansión dirigida a las áreas geográficas prioritarias y para incorporar servicios de salud materna adicionales entre los proveedores participantes, especialmente entre los usuarios de ingresos medios, que están utilizando en gran parte el sector público para la atención prenatal y los servicios de atención del parto. Con base en el análisis de la segmentación del mercado servicios de atención del parto de SHOPS, incluso en Ciudad de Guatemala, un gran porcentaje de la población en los quintiles de más ingresos están atendiendo su parto en el MSPAS (33 por ciento). Dado que un gran porcentaje de los proveedores de Red Segura son ginecólogos, puede haber una oportunidad para enlazar la red (o a proveedores seleccionados) a la prestación de servicios de atención prenatal y de atención del parto a través del financiamiento selectivo del lado de la demanda. Dado que existe una cobertura limitada fuera de Ciudad de Guatemala, la red podría explorar la viabilidad de la orientación geográfica de nuevos proveedores en regiones prioritarias; Quetzaltenango, por ejemplo, como la segunda ciudad más grande, tiene un fuerte mercado privado trabajando en salud.

Resumen de los hallazgos sobre Red Segura:

- Red Segura representa una fuerte red privada con un modelo integral de prestación de servicios, que ha conseguido aumentar con éxito la prestación de servicios de DIU entre los proveedores privados en los últimos cinco años. Sin embargo, PASMO aún no ha desarrollado una estrategia de sostenibilidad para la red y depende en gran medida del financiamiento de donantes externos.
- A pesar de la baja cobertura fuera de Ciudad de Guatemala, hay una oportunidad para explorar la expansión geográfica de los proveedores de Red Segura en las regiones prioritarias para aumentar aún más el acceso a los servicios de planificación familiar.
- Además, dado que los 4º y 5º quintiles (los más altos) todavía dependen en gran medida de los nacimientos en el hogar y el MSPAS, hay una oportunidad para ampliar el servicio de atención de partos a través de la Red Segura en Ciudad de Guatemala y Quetzaltenango, utilizando el financiamiento selectivo del lado de la demanda.

5.4.3 ALAS

ALAS, fundada en 2001, es una pequeña organización no gubernamental con sede en la Antigua Guatemala enfocada en proveer servicios de salud reproductiva y planificación familiar a las poblaciones más marginadas y remotas de Guatemala. ALAS proporciona educación y acceso a servicios de salud reproductiva que se concentran en las zonas rurales, indígenas y las poblaciones de bajos ingresos. Sus tres principales áreas de trabajo incluyen servicios de PF, la detección del cáncer de cuello uterino y el tratamiento, y servicios de información y educación para adolescentes. En la actualidad, ALAS opera con una nueva clínica en Antigua, dos clínicas móviles, aproximadamente 103 voluntarios comunitarios que proporcionan información y servicios de SR/PF, y la oferta de servicios por medio de acuerdos con otros hospitales y clínicas privadas en áreas seleccionadas. Se financian casi exclusivamente a través de contribuciones individuales y organizacionales, y actualmente no reciben apoyo financiero de USAID. Para fortalecer su colaboración y coordinación, mantienen alianzas institucionales con PASMO, APROFAM, SHEVA, y otros hospitales y clínicas públicas y privadas. Dada su estructura relativamente pequeña, su ventaja estratégica es que son capaces de responder rápidamente a las necesidades específicas de información, educación y servicios a lo largo de la mayoría de las zonas remotas y de difícil acceso del país.

5.5 SECTOR PRIVADO CON FINES DE LUCRO

5.5.1 PROVEEDORES PRIVADOS CON FINES DE LUCRO

El sector privado de Guatemala representa un segmento grande y creciente del mercado de la atención de salud. Independientemente del nivel de ingresos, muchos guatemaltecos buscan atención en el sector privado y aunque el uso de proveedores privados implica desembolsos directos, muchos de los hogares utilizan el sector privado como su primer punto de atención médica. El sector privado con fines de lucro incluye a los hospitales del tercer nivel, pequeños hospitales especializados y generales (95), clínicas de medicina especializada (2927), clínicas de medicina general (1103) y laboratorios (1.373), lo que representa aproximadamente 60 por ciento de todos los establecimientos registrados.

Las personas con recursos medianos y altos utilizan al sector privado con fines de lucro, pero también acuden al MSPAS para servicios de planificación familiar y salud materna. Existe una oportunidad para que las personas con recursos acudan más al sector privado.

El MSPAS supervisa los establecimientos del sector privado por medio del Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud (DRACES), el cual es responsable de la regulación general y la concesión de licencias para los establecimientos del sector privado con fines de lucro. Las entrevistas con el DRACES revelaron que un buen número de establecimientos están abriendo cada año y al momento de la entrevista, había 9553 establecimientos relacionados con la atención médica registradas en el país, de las cuales la mayoría estaban registradas en Ciudad de Guatemala y Quetzaltenango. La mayoría de los actores entrevistados reconocieron que la Ciudad de Guatemala y el municipio de Quetzaltenango fueron los dos principales centros para los proveedores del sector privado, aunque los datos desglosados por región o departamento no estén fácilmente disponibles.

Los requisitos y formularios para el registro son sencillos y de fácil acceso en el sitio web del DRACES. El DRACES mantiene una base de datos en Excel de todos los proveedores privados, pero la base de datos no permite un análisis por zona geográfica. El DRACES también es responsable de supervisar todos los establecimientos del sector privado, aunque sus recursos son limitados y los equipos de monitoreo sólo hacen visitas periódicas a las afueras de Ciudad de Guatemala. Las entrevistas de la PSA sugirieron que no hay incentivos u oportunidades de crédito disponibles para alentar a los proveedores a que abran su práctica privada fuera de las grandes zonas urbanas.

La inscripción en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala (CMCG) es obligatoria por ley, a fin de que todos los médicos obtengan su licencia. El CMCG cuenta actualmente con más de 19.000 médicos registrados. Aunque los estatutos del CMCG estipulan que los trabajadores de salud deben ser sometidos a procedimientos periódicos de recertificación y acreditación, el único requisito en la práctica es que los miembros activos paguen sus cuotas mensuales (Decreto 72-2001). Por lo tanto hay poca regulación de los trabajadores de salud, una vez que se gradúan y obtienen su licencia. Las asociaciones médicas profesionales también existen a nivel regional. La mayor parte de los proveedores entrevistados coincidieron en que no existían barreras para el establecimiento de instalaciones en el sector privado. Muchas de estas asociaciones médicas profesionales están involucradas en el apoyo de la educación continua, pero con un compromiso limitado y una escasa conciencia de los problemas prioritarios de salud pública, como lo son los servicios de salud reproductiva, planificación familiar y salud materna.

En cuanto a la función del sector privado con fines de lucro en la prestación de servicios de salud reproductiva, planificación familiar y salud materna, según la ENSMI de 2008-2009, aproximadamente 9 por ciento de las mujeres recurren a sus servicios de planificación familiar a través de un hospital, clínica o proveedor privados, principalmente para los DIU (13 por ciento de los usuarios del sector privado con fines de lucro para la planificación familiar) y los implantes subdérmicos (9 por ciento de los usuarios del sector privado con fines de lucro para la planificación familiar). Este porcentaje es bastante consistente tanto en la Ciudad de Guatemala como a nivel nacional. El porcentaje más alto en el uso del sector privado con fines de lucro para los servicios de planificación familiar es en el quintil de mayores ingresos; sin embargo, un gran porcentaje de este quintil (aproximadamente la mitad) sigue utilizando el sector público para dichos servicios. En términos de atención prenatal, mientras que todos los quintiles de altos ingresos utilizan la atención domiciliaria para estos servicios, el papel del sector privado con fines de lucro aumenta de manera significativa en los quintiles de más ingresos (cuarto y quinto). En la Ciudad de Guatemala, el sector privado con fines de lucro es un proveedor importante de servicios de atención prenatal. En términos de partos con base en establecimientos, el sector privado con fines de lucro es la tercera fuente más importante de partos en centros hospitalarios de la Ciudad de Guatemala y a nivel nacional. El análisis de la segmentación del mercado sugiere que muchas mujeres buscan servicios de atención prenatal en el sector privado con fines de lucro, pero luego tienen sus partos en los establecimientos públicos. Las entrevistas de la PSA con los proveedores privados ofrecieron evidencia anecdótica para apoyar esta tendencia.

Resumen de los hallazgos para el sector privado con fines de lucro:

- La infraestructura del sector privado con fines de lucro es más fuerte en las zonas urbanas y mucho mejor desarrollada en las dos ciudades más grandes de Guatemala, Ciudad de Guatemala y Quetzaltenango. Dadas las limitaciones de la base de datos de DRACES, no es posible evaluar la disponibilidad de los proveedores privados en otras áreas urbanas.
- El Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala sirve como una institución concesionaria de licencias para todos los médicos, públicos y privados. No obstante, el único requisito en la práctica es que los miembros activos paguen sus cuotas mensuales, por lo que hay poca regulación una vez que reciben sus licencias. Puesto que muchas de las asociaciones de especialistas dan apoyo a la educación continua, hay una oportunidad para aumentar su participación en temas prioritarios de salud pública, tales como los servicios de salud reproductiva, planificación familiar y salud materna.
- El análisis de la segmentación del mercado demuestra que los quintiles con mayores ingresos de Guatemala están utilizando el sector privado con fines de lucro (Q4 - 12 por ciento y Q5 - 30 por ciento) para los servicios de planificación familiar (más que cualquier otro quintil de ingresos), pero un porcentaje todavía más alto todavía utiliza el MSPAS (Q4 - 41 por ciento y Q5 - 21 por ciento) como su principal fuente de planificación familiar. La misma tendencia se aplica a los servicios de atención del parto, donde 12 por ciento del Q4 y 37 por ciento del Q5 utilizan proveedores privados con fines de lucro, pero un porcentaje todavía más alto utiliza el MSPAS (Q4 - 51 por ciento Q5 - 33 por ciento). Curiosamente, los quintiles de ingresos más elevados parecen buscar servicios de atención prenatal en el sector privado con fines de lucro (Q 4 - 33% y Q5 - 54%), más que los servicios de planificación familiar o de atención del parto. Estos hallazgos sugieren que existe una importante oportunidad para movilizar a los quintiles más altos del MSPAS a otras fuentes del sector privado para los servicios de planificación familiar, atención prenatal y salud materna.

5.5.2 EMPRESAS SOCIALES DE LA SALUD

Hay varias empresas sociales de la salud que operan en Guatemala que han incorporado los servicios de salud y los modelos de seguros en sus estructuras para satisfacer las necesidades de sus beneficiarios. Varias pequeñas franquicias de farmacias sociales operan en todo el país, ofreciendo consultas médicas con descuentos, así como medicamentos genéricos. Por ejemplo, en Quetzaltenango, la Asociación para el Desarrollo del Potencial Humano (ADEPH) opera varias farmacias como “empresas sociales”. El equipo de PSA fue testigo de primera mano de la fuerte demanda que existe para estas farmacias. No obstante, representantes de ADEPH declararon que su empresa social se enfrenta a una fuerte presión de las mayores cadenas de farmacias de Guatemala y sus anteriores fuentes de productos están aumentando los precios de productos en 40-60 por ciento. Otras cadenas de farmacia conocidas por proporcionar precios accesibles incluyen a las Farmacias del Dr. Simi, las que proporcionan consultas en el sitio, así como las Farmacias de la Comunidad.

El modelo de salud de la EPSS representa una iniciativa de salud muy innovadora y sostenible del sector privado que ha establecido alianzas únicas con instituciones públicas (Ministerio de Educación, Banrural). Tiene el potencial de expandir a gran escala la planificación familiar y los servicios de salud reproductiva y materna.

La Empresa de Promoción de Servicios de Salud (EPSS) es una empresa privada diseñada para incrementar el acceso a servicios de salud asequibles y de calidad para la población de Guatemala. El modelo se basa libremente en la Ley 100 de Colombia, que crea el acceso universal a los servicios de salud, administrados por medio de empresas que gestionan las redes de atención de salud de los consumidores y los proveedores. La premisa es que 90 por ciento de todos los problemas de salud se pueden resolver en el ámbito ambulatorio. La EPSS opera en Guatemala desde 2002 y proporciona servicios de atención de la salud a más de 650.000 familias. La EPSS administra un centro de atención telefónico que se utiliza para hacer referencias a una red de proveedores de atención primaria tales como médicos generales, obstetras/ginecólogos y pediatras, las dos especialidades más solicitadas. La EPSS actualmente trabaja a través de una alianza con el Ministerio de Educación, donde los profesores tienen la opción de entrar en la red y pagar una prima que se deduce de su salario. La EPSS también tiene una alianza activa con Banrural, por medio de la cual sus titulares de tarjetas de crédito también pueden participar en la red de atención primaria. La EPSS representa un modelo innovador sostenible de atención de la salud en el sector privado. La gerencia de la EPSS está abierta a explorar opciones para aumentar el acceso a la salud reproductiva, la planificación familiar y servicios de salud materna entre su red de proveedores privados. El modelo de negocio comprobado de la EPSS y su amplia red de miembros inscritos, representa una oportunidad muy conveniente para la expansión a gran escala de la planificación familiar y los servicios de salud reproductiva y materna, como la inclusión de los servicios de planificación familiar en las pólizas de seguro de salud que se centran específicamente en las mujeres, por ejemplo: Vivo Segura de Banrural.

Resumen de los hallazgos para las empresas sociales de la salud:

- Varias pequeñas franquicias de farmacias sociales operan en todo el país, ofreciendo consultas médicas con descuentos, así como medicamentos genéricos. Varias personas entrevistadas del PSA indicaron que se han incrementado las dificultades a la hora de abastecerse de productos de bajo costo y la presión que ejercen las grandes cadenas de farmacias.
- El modelo de salud de la EPSS representa una iniciativa de salud muy innovadora y sostenible del sector privado que ha establecido alianzas únicas con instituciones públicas (como el Ministerio de Educación) y empresas privadas (por ejemplo, Banrural). Dicho modelo y la amplia red de miembros inscritos representa una atractiva oportunidad para expansión a gran escala de la planificación familiar y los servicios de salud reproductiva y materna.

5.5.3 SEGURO DE SALUD Y MICROSEGUROS

El seguro médico privado representa un segmento pequeño, pero creciente del mercado de la atención de salud de Guatemala. Las entrevistas con los representantes de la industria de seguros sugieren que aproximadamente 5 por ciento de la población guatemalteca tiene un seguro de salud privado y más de 90 por ciento residen en la Ciudad de Guatemala. En el país, las cinco compañías de seguros privadas con los ingresos más importantes son: 1) Seguros G&T, 2) Aseguradora Rural, 3) Seguros El Roble, 4) Seguros y Previsión CHN, y 5) Aseguradora General. Los seguros de salud y contra accidentes representan 43 por ciento del mercado global. Seguros G&T lanzó recientemente una política de maternidad que cubre la atención prenatal, el parto y las consultas después del parto. Los gastos en planes de seguros privados alcanzaron 810 millones de quetzales (US\$ 103 millones) en 2013, lo que representa 3 por ciento del gasto total en salud y 0,2 por ciento del PIB. La mayoría de personas están inscritas en los planes voluntarios y la mayoría de los planes de seguro de salud privada son apoyados por los empleadores en nombre de los empleados y proporcionados por las grandes empresas en las principales ciudades (Ávila, 2015).

Hay tendencias interesantes en el seguro de salud dirigidas a grupos de ingresos bajo-medios y medios.

Además, hay tendencias interesantes en el seguro de salud dirigidas a grupos de ingresos bajos-medios y medios. La Aseguradora Rural, SA ha estado operando en Guatemala desde hace ocho años, como miembro del grupo financiero Banrural. Sus clientes incluyen a los trabajadores agrícolas, amas de casa, maestros y a las micro, pequeñas y medianas empresas. Los productos incluyen:

- **Seguro médico:** Destinado a individuos, grupos y familias para dar cobertura a los asegurados y familiares (cónyuge e hijos). Los beneficios cubren visitas ambulatorias, medicamentos, exámenes de laboratorio y diagnóstico, hospitalizaciones y urgencias. La prima es Q26 por mes (US\$ 3,40).
- **Seguro Hospitalario:** Se ofrece a los empleados de una empresa o individuos e incluye beneficios para cirugías de hospitalización, visitas al médico y pruebas de laboratorio. La prima es Q36 al mes (US\$ 4,70).
- **Vivo Seguro - Seguro Colectivo de Vida y contra el Cáncer para la Mujer:** Dirigido a la prevención y el tratamiento del cáncer en las mujeres. La cobertura incluye dos visitas a un ginecólogo por año, las pruebas de Papanicolaou preventivas, la colposcopia, la biopsia y crioterapia para patologías del cuello uterino, y los exámenes de diagnóstico de cáncer de mama. Este seguro también incluye: 1) los descuentos para los medicamentos en la red de farmacias y los procedimientos, exámenes, consultas y tratamientos médicos generales en la red de proveedores de la EPSS, 2) una indemnización por un diagnóstico de cáncer cubierto por la cantidad de Q23.000 (US\$ 3,000) cuando el cáncer se diagnostica más de 90 días después de la fecha efectiva de la póliza y 3) beneficios de seguro de vida por Q6.000 (US\$ 780) por muerte de cualquier causa. La prima es Q32 por mes (US\$ 4,20).
- **El seguro de salud para los clientes de microcrédito:** Cubre al prestatario y a su cónyuge e hijos para las citas médicas, medicamentos, exámenes de laboratorio y diagnóstico, hospitalización y urgencias. Este seguro se ofrece con carácter obligatorio para todos los prestatarios. Las primas se incluyen en los gastos de administración del préstamo. Hay alrededor de 400.000 clientes asegurados hasta la fecha.

Otras organizaciones de microcrédito también están incorporando los servicios de salud para sus miembros afiliados. En Quetzaltenango, la fundación privada, FUNDAP, ha estado operando durante más de 30 años y gestiona más de 28 oficinas de microcrédito en todo el altiplano, con más de 40.000 afiliados. En 2003, desarrollaron un componente de salud, ya que muchas mujeres caían fuera del ámbito de los bancos de la comunidad debido a gastos médicos imprevistos. Operan una red de siete clínicas en el ámbito departamental, donde los miembros tienen acceso a los servicios preventivos y curativos básicos gratuitos, aunque los servicios de planificación familiar no están incluidos. Las personas entrevistadas del PSA sugirieron que esta tendencia era común entre las instituciones de microcrédito.

Resumen de los resultados para el seguro médico y micro seguros:

- El seguro médico privado representa un segmento pequeño, pero creciente del mercado de la salud y existen varias tendencias interesantes en el seguro de salud que tratan de dirigirse a grupos de ingresos bajos-medios y medianos e incorporar los servicios de salud materna y de parto.
- Las organizaciones de microcrédito también están incluyendo cada vez más los servicios de salud básicos para los prestatarios y sus dependientes, ya que los gastos médicos imprevistos se citan como una de las principales razones por las moras de los préstamos de microcrédito.

5.5.4 RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL

El sector comercial con fines de lucro de Guatemala tiene una fuerte base de compromiso corporativo y responsabilidad social en materia de salud. El equipo entrevistó a varios grupos, tales como la organización de los productores de cacao o los representantes de la industria bananera. Entre todos los actores de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE), se destaca el Centro para la Acción de la Responsabilidad Social

Dada la gran oportunidad de colaborar con estos socios en las iniciativas de salud, existe la necesidad de una mejor coordinación entre los donantes, así como el acercamiento y la participación de estas organizaciones en forma coordinada.

Empresarial en Guatemala (CentraRSE). Fundado en 2003, el CentraRSE cuenta con más de 100 empresas miembros pertenecientes a más de 20 sectores y subsectores del país y emplean a 150.000 familias. El CentraRSE es una coalición de empresas que promueven las actividades de responsabilidad social empresarial más influyentes del país. El CentraRSE proporciona educación y capacitación con expertos locales e internacionales en este campo, así como la evaluación y medición a través de indicadores de responsabilidad social empresarial establecidos, el apoyo en el establecimiento de prioridades y el desarrollo de planes de acción, así como el acceso a la información más reciente y las tendencias de RSE. El liderazgo del CentraRSE considera que el sector empresarial de Guatemala está dispuesto a apoyar a las comunidades marginadas del país, siempre y cuando estas iniciativas estén diseñadas para mejorar las estructuras existentes y no crear sistemas paralelos.

Muchas de las principales fundaciones empresariales del país ya están sensibilizadas a los problemas prioritarios de salud de Guatemala y han incorporado activamente la salud, e incluso la salud reproductiva y la planificación familiar en sus programas. El programa de Fundazúcar se centra principalmente en la educación, la salud y el fortalecimiento municipal. El programa incluye su iniciativa llamada “Mejores Familias”, que trabaja con mujeres embarazadas en las comunidades locales para apoyarlas durante un período de entrenamiento de 24 meses para desarrollar el cuidado adecuado, la salud preventiva y nutrición para sus hijos. Las mujeres de la comunidad son capacitadas como líderes, y con la ayuda del personal del programa, llevan a cabo visitas de supervisión a los hogares locales. Fundazúcar también tiene una alianza con el Hospital Regional de Escuintla, que opera la clínica ambulatoria del hospital. La clínica cobra a los pacientes una tarifa nominal por sus servicios. En 2013 se presentaron casi 50.000 personas para consulta en cinco especialidades médicas.

Funcafé es una organización privada, sin fines de lucro, fundada en 1994, para representar las acciones de responsabilidad social del sector cafetalero. Sus esfuerzos se centran en el desarrollo de las poblaciones rurales en las regiones donde se cultiva el café, trabajando principalmente en la salud, la educación y la seguridad alimentaria. Funcafé mantiene 16 centros y puestos de salud en las fincas de café y las zonas cercanas para atender a más de 125.000 trabajadores y de la población general de 13 departamentos. Las regiones a las que se les proporciona el servicio incluyen la Costa Sur, San Marcos, Chimaltenango, Alta y Baja Verapaz, Quiché y Huehuetenango. Funcafé apoya la salud preventiva, el cuidado de la salud en general; atención dental, de pediatría y prenatal, la formación en salud sexual y reproductiva, planificación familiar y prevención del cáncer cérvico-uterino.

Hay muchas fundaciones que comprenden la importancia del papel de la planificación familiar en la salud reproductiva y materna general de la mujer e incorporan estos servicios vitales. Muchas de estas organizaciones han colaborado recientemente con iniciativas apoyadas por donantes y algunos expresaron el agotamiento de los mismos. Varias personas entrevistadas del PSA mencionaron la necesidad de una mejor coordinación entre los donantes, ya que muchos están trabajando en el sector privado. Dada la tremenda oportunidad de colaborar con estos socios en las iniciativas de salud, existe la necesidad de una mejor coordinación entre los donantes, así como el acercamiento y la participación de estas organizaciones en forma coordinada. Guatemala tiene el ejemplo de la Alianza por la Nutrición, que es un modelo interesante de compromiso corporativo donde múltiples organizaciones lideradas por varias de las empresas prominentes de Guatemala, identifican temas y agendas de los programas de nutrición comunes con el fin de coordinar mejor los recursos e intervenciones. Este ejemplo podría ser un modelo para el compromiso de la salud reproductiva y materna con el sector empresarial.

Resumen de los hallazgos de la responsabilidad social empresarial:

- El sector comercial con fines de lucro de Guatemala tiene una base fuerte y sofisticada de compromiso corporativo y de responsabilidad social en la salud. Muchas de estas organizaciones ya están apoyando los servicios de salud reproductiva, planificación familiar y salud materna por medio de sus programas. Existe cierta sensibilidad entre estas organizaciones con respecto a la coordinación de los donantes y una necesidad clara de mejorar la coordinación y la comunicación entre los múltiples donantes que estén interesados en colaborar con las iniciativas de responsabilidad social empresarial.
- La Alianza por la Nutrición de Guatemala representa un modelo interesante de compromiso empresarial que aprovecha los recursos corporativos y el apoyo político hacia los objetivos y agendas comunes. Si bien es cierto que este tipo de esfuerzo coordinado requiere un fuerte liderazgo y tiempo para lograr un consenso entre varios actores, representa una oportunidad para limitar la duplicación de esfuerzos y mejorar la coordinación de los recursos.

5.5.5 SALUD Y BIENESTAR LABORAL

Un número significativo de empresas en Guatemala proporcionan servicios de salud a sus empleados a través de los establecimientos propiedad de la compañía, las clínicas in situ y los programas de salud en el lugar de trabajo, así como la contratación de servicios privados de salud. Muchas organizaciones (algunas con apoyo de los donantes) han establecido programas de bienestar laboral centrados en salud reproductiva, planificación familiar, el VIH y los servicios generales de salud. APROFAM ha trabajado durante varios años para establecer alianzas con empresas para apoyar la salud de los trabajadores, en particular para los servicios de salud reproductiva y planificación familiar. APROFAM mantiene alianzas con varias empresas para proporcionar acceso a las clínicas, así como a servicios periódicos in situ de estos servicios, así como la información, la educación y los servicios de capacitación. Por ejemplo, APROFAM ha suscrito un acuerdo permanente con Walmart a nivel nacional para ofrecer atención gratuita a sus empleados a través de las clínicas de APROFAM.

Resumen de los hallazgos sobre la salud y el bienestar laboral:

- Muchas empresas proporcionan cobertura suplementaria para los servicios de salud a sus empleados a través de clínicas in situ y los programas de salud del lugar de trabajo para los servicios especializados; además, están dispuestos a hacer inversiones adicionales en estos servicios.

6 RECOMENDACIONES

Basándose en los principales hallazgos de la PSA, este informe se describe varias recomendaciones clave en relación con el fortalecimiento de la administración de un mercado de la salud equilibrado y sostenible para los servicios de salud reproductiva, planificación familiar y salud materna.

6.1 LA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Administración que involucra a múltiples actores del sector privado

El MSPAS de Guatemala está a cargo de la administración o de la rectoría del sector. No obstante, en la práctica, la coordinación y la comunicación entre sectores es limitada, sobre todo entre el IGSS y el sector privado. La autonomía institucional y presupuestaria del IGSS le permite coordinar con el MSPAS de forma voluntaria. Existen diversas comisiones para el diálogo multisectorial en Guatemala, pero hay poca participación del sector privado con fines de lucro en estos foros. Por ejemplo, la CNAA involucra a los principales actores de las ONG como APROFAM y los PSI, pero hay aún muy poca participación de otras organizaciones del sector privado.

El equipo del PSA recomienda que el MSPAS continúe buscando oportunidades para involucrar a nuevos actores. Esto incluiría la participación del sector privado con fines de lucro, incluyendo la industria farmacéutica, así como las asociaciones médicas profesionales, el Colegio de Médicos y Cirujanos, la Asociación de Ginecólogos y Obstetras, la Asociación Pediátrica y otros.

Actividades de incidencia política para mejorar las desigualdades del mercado

Las organizaciones de incidencia política han estado trabajando para aumentar la conciencia de la importancia del aseguramiento de anticonceptivos, para abogar por un enfoque multisectorial y hacerle frente a la política clave y a las brechas programáticas. En 2009, se creó la Comisión Nacional para el Aseguramiento de Anticonceptivos, la cual es dirigida por el Coordinador Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS. A pesar de importantes avances legales y reglamentarios, las contrapartes informan que aún hay déficits presupuestarios para los anticonceptivos y limitadas opciones de adquisición competitiva para garantizar el uso eficiente de los recursos. A finales de 2013, la CNAA publicó su Estrategia de Segmentación del Mercado de Anticonceptivos, la que reconoce la importancia de un enfoque sostenible e integral del mercado. La estrategia esboza diferentes escenarios para la reducción de la necesidad insatisfecha y cambiante combinación de métodos, pero no define acciones específicas para lograr los escenarios. El análisis de la segmentación del mercado, realizado por el equipo de la PSA, sugiere que todavía existen desigualdades importantes en la entrega de planificación familiar, atención prenatal y servicios de atención del parto, así como el potencial para mover los quintiles superiores de salud hacia los canales del sector privado.

El equipo recomienda que la CNAA fortalezca la participación del sector privado con fines de lucro como parte de un mercado sostenible de la salud, así como que identifique los próximos pasos específicos para todos los sectores. La CNAA también debe considerar las ventajas comparativas de las organizaciones no gubernamentales y el sector con fines de lucro para expandir el acceso a la atención prenatal y los servicios de entrega.

6.2 PROVISIÓN DE SERVICIOS

El IGSS debe aumentar su provisión de planificación familiar, atención prenatal y servicios de atención del parto

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es la segunda institución de prestación de servicios de salud más grande del país. Hay evidencia de que un gran porcentaje de los afiliados del IGSS y sus dependientes están buscando servicios de planificación familiar en los establecimientos que no pertenecen al IGSS. Muchos de estos usuarios van al MSPAS, creando una carga adicional para la institución. El programa de planificación familiar del IGSS se institucionalizó bajo la Resolución No. 1165, pero las entrevistas de las contrapartes sugieren que no es de conocimiento generalizado la política del IGSS de proporcionar servicios de planificación familiar. Además, los anticonceptivos no están ampliamente disponibles. Asimismo, la Resolución No. 1165 incluye algunas barreras políticas clave para el acceso a la planificación familiar.

Se recomienda que las contrapartes del IGSS lleven a cabo una revisión de los artículos 4 y 5 para asegurarse de que la Resolución No. 1165 sea compatible con la legislación de Guatemala en el acceso universal a los servicios de planificación familiar.

El IGSS desempeña un papel muy pequeño en los servicios de atención prenatal, incluso entre los quintiles de más altos ingresos. En la Ciudad de Guatemala, el IGSS es la segunda mayor fuente de los servicios de atención del parto (30 por ciento) y alcanza una mayor proporción en los quintiles de mayores ingresos que en cualquier otro lugar del país, siendo 20 por ciento para el Q3, 40 por ciento para el Q4 y 30 por ciento para el Q5. En todo el país, sin embargo, el IGSS atiende 8 por ciento de todos los partos y solo 1 por ciento en el altiplano. El equipo de la PSA recomienda que el IGSS también fortalezca la prestación de servicios de atención prenatal, así como los servicios de atención del parto fuera de la Ciudad de Guatemala.

A pesar de estas deficiencias, casi todas las contrapartes reconocen que el IGSS tiene un papel fundamental que desempeñar. Teniendo en cuenta la infraestructura y los recursos del IGSS, es la organización que tendrá el impacto más inmediato y significativo en el fortalecimiento de los servicios de salud reproductiva, planificación familiar y salud materna.

El equipo del PSA recomienda la continua incidencia política de alto nivel con el IGSS para asegurarse de que tengan plena conciencia de su papel como un actor estratégico para garantizar un mercado más equilibrado y sostenible para la planificación familiar y la atención prenatal y los servicios de parto, así como para compartir instalaciones y recursos y evitar una duplicación innecesaria de instalaciones y servicios.

APROFAM debe identificar sus ventajas comparativas y comprometerse a fortalecer y subsidiar las áreas de alta prioridad

APROFAM se encuentra en un momento crítico y se esfuerza por mantener su posición de liderazgo como el segundo mayor proveedor de servicios de planificación familiar en el país, mientras que racionaliza sus operaciones y aumenta su sostenibilidad global. Las unidades móviles de la APROFAM representan una importante ventaja comparativa para la organización, ya que son los únicos en el país que ofrecen la esterilización quirúrgica laparoscópica. Sin embargo, conviene que APROFAM fortalezca la coordinación, promoción y difusión de estos alcances médicos con otros actores clave para garantizar que se está optimizando el número de personas que pueden beneficiarse de dichos servicios. La red de voluntarios comunitarios de APROFAM, que ha sido un programa emblemático para la organización, ha reducido gradualmente el número de sus promotores comunitarios. Los hospitales de APROFAM, sobre todo en el altiplano, indican una subutilización de la capacidad de los servicios de parto, la cual a través de una orientación adecuada y el financiamiento del lado de la demanda (por ejemplo: vouchers) podría utilizarse para mejorar los indicadores de la salud materna en esa región.

El equipo del PSA recomienda que APROFAM determine cuáles programas sociales son esenciales para su misión y que luego continúe con su ejecución para que tengan éxito, utilizando el STF para poder tener subsidio cruzado para las actividades de alta prioridad.

Red Segura debe considerar la expansión selectiva de la cobertura geográfica y los servicios de salud materna

Red Segura ha demostrado ser un modelo exitoso para aumentar el uso del DIU y el uso de implantes subdérmicos por medio de proveedores privados; sin embargo, PASMO aún no ha desarrollado una estrategia de sostenibilidad que aborde el funcionamiento a largo plazo y la gestión de la red. No obstante, dado el éxito de la red en la rápida expansión de provisión de los métodos de acción prolongada en el sector privado, existe la posibilidad de tenerla en cuenta para la expansión dirigida a las áreas geográficas prioritarias y para incorporar los servicios adicionales de salud materna entre los proveedores participantes, sobre todo entre los usuarios de ingresos medios que son en gran medida los que utilizan el sector público para la atención prenatal y los servicios de parto.

El equipo recomienda que PASMO/Red Segura desarrolle su estrategia de sostenibilidad, identificando cuáles elementos de la red de proveedores son esenciales para el acceso a largo plazo para los servicios clave de planificación familiar, atención prenatal y de parto en el sector con fines de lucro. Debe también identificar las oportunidades de ampliar el acceso geográfico y la prestación de servicios de salud materna más amplios.

La EPSS como un modelo de atención de salud del sector privado que es sostenible y escalable

La EPSS representa un modelo innovador sostenible de atención de la salud en el sector privado. La gerencia de la EPSS está abierta a explorar opciones para aumentar el acceso a la salud reproductiva, la planificación familiar y servicios de salud materna entre su red de proveedores privados. El modelo de negocio comprobado de la EPSS y su amplia red de miembros inscritos, representa una oportunidad muy interesante para la expansión a gran escala de la planificación familiar y los servicios de salud reproductiva y materna, como la inclusión de los servicios de planificación familiar en las pólizas de seguro de salud que se centran específicamente en las mujeres, por ejemplo: Vivo Segura de Banrural.

El equipo del PSA recomienda explorar oportunidades para ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar y de salud materna, basándose en el modelo de prestación de servicios de salud sostenible y escalable de la EPSS.

6.3 DESDE LA PERSPECTIVA DE LA DEMANDA

Generación de demanda dirigida entre grupos desatendidos

Con el fin de que exista un sector privado robusto, tiene que haber suficiente demanda. El equipo cree que si hubiera más demanda de planificación familiar, especialmente para toda la gama de métodos y de atención del parto en establecimientos sanitarios, el sector privado podría desempeñar un papel más relevante en la prestación de servicios.

El equipo recomienda que el país se dedique a actividades de generación de demanda, que reconozcan diferencias importantes dentro de la población; por ejemplo, grupos étnicos, entorno urbano/rural, edad y niveles de ingresos. Las contrapartes podrían contribuir a este esfuerzo mediante el apoyo a las actividades de comunicación para el cambio de comportamiento en la planificación familiar y la maternidad segura, a través de sus socios en el WHIP. Las campañas de comunicación de cambio de comportamiento deben incluir información sobre cómo acceder a los proveedores privados y ONG, incluidas las ubicaciones y los servicios disponibles.

6.4 DESDE LA PERSPECTIVA DE LA OFERTA

El Seguro de Salud y los micro seguros deben ampliar el acceso entre las personas de ingresos medios

El seguro médico privado representa un pequeño, pero creciente, segmento del mercado de la atención de la salud en Guatemala. Sin embargo, hay tendencias interesantes en el seguro de salud dirigidos a grupos de ingresos medios-bajos y medianos. La Aseguradora Rural S.A. ha estado operando en Guatemala desde hace ocho años, como miembro del grupo financiero Banrural. Sus clientes incluyen a los trabajadores agrícolas, amas de casa, maestros y a las micro, pequeñas y medianas empresas.

El equipo del PSA recomienda explorar alianzas estratégicas con agentes de seguros para ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva, planificación familiar y salud materna para las poblaciones de ingresos medios. El mayor potencial de crecimiento en las pólizas de seguro se encuentra dentro de las poblaciones de ingresos medios en los grandes centros urbanos.

Responsabilidad social empresarial y alianzas privadas para crear sinergias estratégicas

El sector comercial con fines de lucro de Guatemala tiene una base fuerte y sofisticada de compromiso corporativo y la responsabilidad social en la salud. Muchas de estas organizaciones ya están apoyando los servicios de salud reproductiva, planificación familiar y salud materna a través de sus programas. Existe una necesidad declarada por mejorar la coordinación y la comunicación entre los múltiples donantes que están interesados en involucrarse en las iniciativas de responsabilidad social empresarial.

El equipo del PSA recomienda explorar alianzas estratégicas que se centren más en la identificación de valor añadido y de ventajas comparativas entre las organizaciones y menos en el apalancamiento financiero. La Alianza por la Nutrición representa un interesante modelo de alianza para involucrar a varios socios del sector privado en torno a un tema específico de la salud, pero requiere de un fuerte liderazgo empresarial y político para que los actores clave se incorporen.

6.5 RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Masa crítica de comadronas capacitadas para hacer frente a los nacimientos fuera de los establecimientos de salud

La mayor parte de las mujeres en todo el país (48 por ciento) y en el altiplano (64 por ciento) tienen su parto en su propia casa o en la casa de una comadrona. Muchas de estas comadronas no saben leer y no están calificadas para manejar casos de emergencia. En la actualidad, no existe un grupo de comadronas profesionales en Guatemala.

El equipo recomienda la creación de un grupo de comadronas profesionales, ya sea como una especialización dentro de la escuela de enfermeras o como una categoría separada. Estas profesionales estarían calificadas para asistir partos normales y remitir los complicados a los obstetras/ginecólogos. Del mismo modo, el equipo recomienda que Guatemala reconozca a las Auxiliares Capacitadas en Partos (partera calificada) en el sector formal y que estandarice sus calificaciones y alcance de práctica. Y, por último, el equipo recomienda aumentar el número de auxiliares capacitadas en partos mediante la capacitación. Los donantes podrían ayudar a desarrollar planes de estudio dentro de las instituciones privadas de capacitación para formar a estudiantes o parteras tradicionales, que quieran mejorar sus habilidades. Debe haber un programa de becas para estudiantes de zonas marginadas indígenas y de otras zonas desatendidas, que se comprometan a practicar en esas zonas después de graduarse.

ANEXO A: LAS CONTRAPARTES ENTREVISTADAS PARA LA PSA

Organización	Nombre	Información de contacto
Sector público		
Municipalidad de La Esperanza, Quetzaltenango	Cristian Ximin	
Directora, Sistema Integrado de Atención a la Salud (SIAS), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Nicté Ramírez	
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social		
Subgerente de prestación de Servicios de Salud	Byron Arana	
Jefe Dpto Medicina Preventiva	Edwin Cambranes	
Vocal de la Junta Directiva - Representante de los patronos período 2014 - 2016.	Max Erwin Quirín Schoder	
Director Departamental IGSS Occidente	Octavio Cortés	
IGSS – Huehuetenango	Hugo Isaac Sum	
Sociedad civil		
Asociación CDRO Totonicapán	Benjamin Som	salud.dac@asociacioncdro.com
Asociación CDRO Totonicapán	Julia Rodríguez	salud.dac@asociacioncdro.com
Asociación CDRO Totonicapán	Walter Sac Escobar,	salud.dac@asociacioncdro.com
ADEPH (Asociación para el Desarrollo del Potencial Humano)	Obed Velásquez	gere@adeph.org.gt
ALAS	Rodrigo Barillas	director@wingsguate.org rodrigobarillas@wingsguate.org
Alianza por la Nutrición	Jorge Lavarreda	jlavarre@cien.org.gt
APROFAM	Ana Cecilia Fajardo Andrade	
APROFAM	Silvia Palma	spalma@aprofam.org.gt
Asociación de Farmacéuticos ASOFAGUA	Martha Tánchez	martha_tanchez@yahoo.com
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG) - seccion NorOccidente	Roxanna Ramírez	roxanademoir@msn.com
Asociación de Investigación, Desarrollo y Educación Integral (IDEI)	Janet Ikeda	janet.m.ikeda@asociacionidei.org
BANASA	Bernardo Roehrs	broehrs@agromerica.com
Colegio de Farmacéuticos y Químicos de Guatemala	Sofía Posadas	gerenciaadministrativa@colegiodefarmaceuticosyquimicos.gt
Colegio de Médicos y Cirujanos	Porfirio Santizo	info@colmedegua.org

Organización	Nombre	Información de contacto
FUNDAECO, Huehuetenango	Julio López	j.lopez@fundaeco.org.gt
FUNDAP	Eunice Martínez	jorge.gandara@fundap.com.gt
Instituto Universitario de la Mujer de la USAC	Patricia Borryo	miriamusac79@gmail.com
El Instituto de Salud Incluyente	Juan Carlos Verdugo	juancarlos.verdugo@isis.org.gt
Observatorio en Salud reproductiva	Mirna Montenegro	mirnam.rangel@gmail.com
PSI/Organización Panamericana de Mercadeo Social de América (PASMO)	Pilar Sebastián	Psebastian@pasmo-ca.org
Red de Organizaciones de Mujeres Indígenas para la Salud Reproductiva (REDMISAR)	Silvia Xinico	silviaxinico@gmail.com
Red Segura	Karen Steele	ksteele@pasmo-ca.org
Universidad San Carlos de Guatemala – USAC	Adrián Chávez	adrianchavezgarcia@gmail.com
Privado con fines de lucro		
EPSS - Empresa Promotora de Servicios de Salud	Rodolfo Muralles	2382-2002
ASEGURADORA GENERAL, S.A	Donald Tijerino	(502) 2331 -1880
ASEGURADORA GENERAL, S.A	Verónica Lainfiesta	(502) 2331 -1880
ASEGURADORA RURAL	Cristiano Leuthold	23398888- Ext.302690
ASEGURADORA RURAL	José Guillermo López	23398888- Ext.302690
ASEGURADORA RURAL	Oscar Chamalé	23398888- Ext.302690
Asociación Médica del Occidente	José Hasted / Ruby Montes de Oca	77671698
Fundación del Café (FUNCAFE)	Mynor Maldonado	mynor.DMM@funcafe.org
FUNDAZÚCAR	María Silvia Pineda	mspineda@azucar.com.gt
Socios para el desarrollo		
Proyecto DELIVER	Anabella Sánchez	annabella_sanchez@jsi.com
Proyecto HEPP	Herminia Reyes	Herminia Reyes - hreyes@hpp-gt.org
Proyecto HEPP	Maricela de la Cruz	Marisela De La Cruz - mdelacruz@hpp-gt.org
BID	Ian MacArthur	IANM@iadb.org
Iniciativa de Salud Mesoamericana 2015	Jorge Solórzano	jsgua05027@gmail.com
Nutrisalud	Angélica Bixcul	abixcul@nutri-salud.urc-chs.com
Nutrisalud	Iván Mendoza	ivanmendozagt@gmail.com
Nutrisalud	José Eduardo Silva	jsilva@urc-chs.com
Nutrisalud	Melida Chaguaceda	mchaguaceda@nutri-salud.urc-chs.com
OPS / OMS Guatemala	Luis Roberto Escoto	escotoro@paho.org
USAID	Hector Romeo Menéndez	hmenendez@usaid.gov

BIBLIOGRAFÍA

- Proyecto Alianzas. 2013 *Multi-sector Alliances Program Annual Report: October 1, 2012–September 30, 2013*. RTI International.
- Ángeles, Gustavo, Edgar Hidalgo, Roberto Molina-Cruz, Tory M. Taylor, José Urquieta-Salomón, César Calderón, José Carlos Fernández, Mynor Hidalgo, Kristen Brugh y Martin Romero. 2014 *Encuesta de Monitoreo y Evaluación del Programa del Altiplano Occidental: Línea de Base 2013*.
- Ávila, Carlos, Rhea brillante, José Gutiérrez, Kenneth Hoadley, Coite Manuel, Natalia Romero y (editor) Michael P. Rodríguez. 2015 *Guatemala Health System Assessment, 2015*. Bethesda, MD: Health Finance and Governance Project, Abt Associates Inc.
- Badillo D., F. Carrera, M. Castro, V. Guzmán, y J. Menkos. 2009 *Financiamiento de la Protección Social de la Salud en Guatemala*. Ciudad de Guatemala: CEPAL.
- Barnes, Jeffrey. 2011 *Designing Public-Private Partnerships in Health*. Primer. Bethesda, MD: SHOPS Project, Abt Associates.
- Becerril-Montekio V., and L. López-Dávila. 2011 “The health system of Guatemala.” *Salud Publica Mex* 53 (Suppl 2) 197-208.
- Bowser, Diana, y A. Mahal. 2009 *Health Financing in Guatemala: A Situation Analysis and Lessons from Four Developing Countries (Final Report)*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Briceño, R. 2008 *Gasto Privado en Salud en Centroamérica. Nicaragua: Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible*.
- Burleigh, E. 2006 *Pro Redes Salud: Rapid scale-up of primary health care through NGOs*. John Snow, Inc.
- Castle S., and P. Hardtman. 2014 *Support for international family planning organizations*. Population Services International midterm project evaluation.
- Catalyst Project. 2004 *Increasing Access through Public-Private Partnerships in Guatemala: Lessons Learned from APROFAM’s Employer-Based Reproductive Health/Family Planning Services*. Meridian Group International, Pathfinder International.
- Chary A., Anne Kraemer Díaz, Brent Henderson, y Peter Rohloff. 2013 “The changing role of indigenous lay midwives in Guatemala: New frameworks for analysis.” *Midwifery* 29(8):852–858.
- Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos. 2013 *Estrategia de Segmentación del Mercado de Anticonceptivos en Guatemala. Estimaciones de la demanda de planificación familiar en el corto y mediano plazo: Alcanzando la equidad en el acceso a servicios para el año 2025*. Ciudad de Guatemala
- Congreso de la República de Guatemala. 1997 Código de la Salud. Guatemala
- . 2002 Código Municipal, Guatemala.
- . 2010 Decreto número 32-2010, Ley Para La Maternidad Saludable. Guatemala
- Crosby, D., B. O'Hanlon, y F. Armand. 2010 *Informe de Evaluación del Paraguay*. Bethesda, MD: SHOPS Project, Abt Associates.
- De la Cruz A., y N. Beyeler. 2013 *Tiendas de Salud, Guatemala, A qualitative evaluation of a micro-pharmacy franchise*. The Global Health Group, University of California San Francisco.
- Flores, Walter. 2008 *El Sistema de Salud en Guatemala ¿Así ... funcionamos?* Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

- Forgia G. 2005 *Innovaciones en el Sistema de Salud de América Central: Lecciones e Impactos de Nuevos Enfoques*. World Bank Working Paper.
- Foster J., J. Houston, V. Lamprecht, A. Anderson, G. Frenkel y J. Cohen. 2014 *Midwives for midwives in Guatemala: weaving traditional and professional midwifery*.
- García Gómez O., E. Armendariz, A. Fros, N. Martínez, L. Alonso, M. López Prada, y J.J. Taccone. 2012 *The Bank's country strategy with Guatemala 2012-2016*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Green T., H. Green, J. Scandlyn, y A. Kestler. Febrero de 2009. "Perceptions of short-term medical volunteer work: a qualitative study in Guatemala." *Globalization and Health*.
- Gutierrez E. n.d. *Guatemala 1985-2015, Análisis de tendencias y prospectiva, Documento de insumo sobre los contextos sociopolíticos y económicos para el proyecto, "La construcción social del futuro de la salud y la seguridad social en Guatemala."* Fundación DESC, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Institute for Reproductive Health, Georgetown University, for the U.S. Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID). 2013 *Using Most Significant Change Methodology to Evaluate Impact of a Health Innovation in Four Countries*. Washington, DC.
- Lao Peña, Christine. 2013 *Improving Access to Health Care services through the Expansion of Coverage Program (PED): The Case of Guatemala*. Washington, DC. World Bank. Measure Evaluation. 2014a *The Western Highlands Integrated Program (WHIP) Evaluation Baseline Survey in Guatemala: A Case Study in Evaluation Practice*.
- MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social). 2003 *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (ENSMI-2002)*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) / Instituto Nacional de Estadística (INE) / Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Guatemala
- . 2010 *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 (ENSMI-2008/09). Informe final: Mujeres*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) / Instituto Nacional de Estadística (INE) / Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Guatemala
- . 2011 *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 (ENSMI-2008/09). Informe final: Hombres*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) / Instituto Nacional de Estadística (INE) / Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Guatemala
- . Marzo del 2012 *Diagnóstico Nacional de Salud*. Guatemala
- . 2015. *Estrategia Fortalecimiento y Desarrollo del Primer Nivel de Atención*. PowerPoint. PSA entrevista con el Dr. Pablo Werner Ramírez, MSPAS. Guatemala
- MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) Dirección General del SIAS. 2015 *Estrategia de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional del Primer Nivel de Atención*. Guatemala
- MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) / OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2013 *Segunda Medición de Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud: Informe final*. Guatemala
- Organización Panamericana de la Salud. 2007 *Perfil de los Sistemas de Salud Guatemala: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Tercera edición. Washington, DC.
- Peña, Christine Lao. 2013 *Guatemala - Mejorar el acceso a servicios de salud a través de la expansión del Programa de Cobertura (PEC): El caso de Guatemala*. Cobertura Universal de Salud (UNICO) Serie Estudios; No. 19 Washington DC: Banco Mundial.
- Replogle J. 2007 "Training traditional birth attendants in Guatemala." *The Lancet* 369 (9557):177-178.
- Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de República de Guatemala. 2010 *Tercer Informe de Avances en el Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Ciudad de Guatemala

- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). 2013a *The State of the World's Children 2013*. Nueva York.
- . 2013b. *Annual report 2013 – Guatemala*.
- USAID. 2012 *Guatemala country development cooperation strategy 2012-2016*. Ciudad de Guatemala
- USAID GeoCenter. 2015 Análisis Geográfico de la Infraestructura y las cadenas de suministro del MSPAS. Con las aportaciones de: USAID HPP Project, MSPAS, SIAS, and Oak Ridge National Lab.
- USAID Guatemala. 2013 *Integration of USAID in the Western Highlands*.
- Valenzuela López, C. 2014 *La cooperación internacional para el desarrollo y las alianzas público-privadas en los servicios públicos de salud en Guatemala*. Ciudad de Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Verdugo, J.C. et al. 2002 *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente – bases y lineamientos*. Guatemala: Instancia Nacional de Salud.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2004 *Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant*. Ginebra.
- . 2012. *Repositorio de Datos del Observatorio de Salud Global*. Ginebra.
- . 2014a. *Perfil de Salud de Guatemala*. Ginebra.
- . 2014b *Informe Mundial sobre Estadísticas de Salud*. Ginebra.
- . 2014c. *The State of the World's Midwifery*. Ginebra.
- Banco Mundial. 2015 *World Development Indicators*. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.