



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

# REFORMANDO EL SECTOR DE SALUD DE GUATEMALA: UN MODELO ORGANIZACIONAL Y FUNCIONAL PARA TRANSFORMAR EL SISTEMA DE SALUD

## REFORMING THE HEALTH SECTOR OF GUATEMALA: AN ORGANIZATIONAL AND FUNCTIONAL MODEL TO TRANSFORM THE HEALTH SYSTEM

Autor: Mario Ricardo Calderón Pinzón,<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Doctor en Medicina y Cirugía. Máster en Salud Pública en Gestión y Políticas de Salud. Especialista en Medicina Preventiva e Investigación Epidemiológica. Especialista en Liderazgo con Enfoque Futurista. Especialista en Liderazgo Nacional de Salud Pública. Director, Programa Regional Centroamericano de VIH, Centro de Estudios en Salud, Instituto de Investigaciones, Universidad Del Valle de Guatemala. Correo electrónico: [mrcalderon@aol.com](mailto:mrcalderon@aol.com)

### RESUMEN

**Introducción:** las necesidades sociales de la población guatemalteca requieren de la transformación del sector salud, debido a deficiencias del modelo actual, insatisfacción con la prestación de servicios, bajos niveles de acceso y cobertura, altos índices de morbilidad y mortalidad, y la necesidad de cambiar el sistema incorporando algo diferente. **Objetivo:** desarrollar un modelo nuevo para reformar el sistema y acelerar el progreso hacia cobertura universal en salud, mejorar el estado de salud de la población, aumentar la satisfacción ciudadana y protegerla contra riesgos financieros. **Desarrollo:** se analizan las reformas del sector salud en América Latina para comprender factores de éxito y fracaso, así como lecciones aprendidas que puedan contextualizarse en Guatemala. Se investigan diferentes marcos de referencia para realizar reformas y se selecciona la Teoría de los Cinco Botones de Control. Se conceptualiza un modelo organizacional y funcional para transformar el sector por medio de cambios en dos de los cinco botones –*organización y financiamiento*. **Conclusiones:** el sector salud en Guatemala se encuentra nuevamente ante una disyuntiva crítica e histórica que puede conducir al fracaso o al éxito. El nuevo gobierno electo para el período 2020 a 2023 deberá decidir si fortalece el modelo actual que ha resultado en un sector que falla con una mentalidad de burócratas y receptores, o si se embarca en la aventura de crear un modelo que funcione con mentalidad de emprendedores y clientes basado en funciones, integración de recursos e infraestructuras, y mancomunación de fondos.

**Palabras Clave:** reforma del sector salud, transformación de sistemas de salud, modelo organizacional y funcional de sistema de salud

### ABSTRACT

**Introduction:** the social needs of the Guatemalan population require the transformation of the health sector due to deficiencies in the current model, dissatisfaction with health care delivery, low levels of health access and coverage, high morbidity and mortality levels, and the need to change the system incorporating something different. **Objective:** develop a new model to reform the system and accelerate progress towards universal health access, improve the health status of the population, increase citizenship satisfaction and protect them against financial risks. **Development:** health reforms in Latin America are analyzed to understand success and failure factors, as well as lessons learned that could be contextualized in Guatemala. Different reform frameworks are researched and the Theory of Control Knobs is selected. An organizational and functional model to transform the health sector is conceptualized applying changes in two of the five control knobs –*organization and financing*.



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

*Conclusions:* the new elected government for the 2020 - 2023 period must decide whether to strengthen the current model that has resulted in a health sector that fails with a mindset of bureaucrats and receptors, or to embark in the adventure to create a model that works with a mindset of entrepreneurs and clients based on a functions, integration of resources and infrastructure, and pooling of funds model.

**Key Words:** *health sector reform, health systems transformation, organizational and functional health system model*

### INTRODUCCIÓN

En Diciembre de 2018, el autor publicó el Artículo Original Cualitativo “*Revisión Técnica de la Propuesta de Reforma del Sector Salud en Guatemala: Un Análisis Crítico*”, concluyendo que el sector salud en Guatemala se encuentra ante una disyuntiva crítica e histórica que puede conducir al fracaso o al éxito.<sup>(1)</sup> En esta publicación se recomendó un Plan de Reestructuración y Revitalización del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) y un Plan de Integración del MSPAS con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGGS) y otras instituciones y actores de salud clave. En Mayo de 2019, otro artículo del autor, “*Visión Estratégica de Salud Pública para Guatemala*”, propuso un Programa de Reestructuración y Revitalización (R&R) para el MSPAS, entendiendo *Reestructuración* como la reorganización de funciones, estructuras, programas, servicios y beneficios, y *Revitalización* como la creación de una cultura de excelencia, alto desempeño, transparencia y rendición de cuentas.<sup>(2)</sup> El Programa R&R recomendó una Matriz 3X9X27 consistente en 3 Metas (*cada meta compuesta por 3 Objetivos*), 9 Objetivos (*cada objetivo compuesto por 3 estrategias*) y 27 estrategias para (1) modernizar la capacidad técnica, programática, gerencial y financiera, (2) fortalecer, expandir e innovar estrategias, programas y beneficios, y (3) lograr impacto local, regional y nacional.<sup>(2)</sup> En Julio de 2019, otra publicación del autor relacionada con reformas de salud, “*Los Pilares de Costo-Efectividad: Una Guía Práctica para Tomar Decisiones Costo-Efectivas sobre Nuevas Tecnologías de Salud*”, complementó los artículos previos proponiendo una herramienta para adquirir el mejor medicamento y calidad tecnológica al menor precio posible con acceso razonable, y aumentar soluciones y alianzas estratégicas para mejorar el estado de salud y bienestar de individuos y poblaciones.<sup>(3)</sup> Con esta nueva publicación, el autor complementa y expande los artículos anteriores, proponiéndose un modelo organizacional y funcional para transformar el Sector Salud de Guatemala.

*Un sistema de salud comprende a todas las instituciones públicas, privadas y sin fines de lucro que contribuyen a la prestación de atención médica y servicios esenciales de salud pública (Opinión del Autor)*

La salud es un estado de balance, un equilibrio que establece el individuo consigo mismo y su entorno físico y social, a pesar de cualquier anormalidad que pueda considerarse como signo o síntoma de enfermedad.<sup>(4)</sup> La salud pública es lo que se hace como sociedad en forma colectiva para asegurar estilos de vida saludable,<sup>(5)</sup> y un sistema de salud, referido como sector salud por él autor, comprende a todas las instituciones públicas, privadas y sin fines de lucro que contribuyen a la prestación de servicios esenciales de salud pública.<sup>(6)</sup> Para asegurar el bienestar de la población y reformar el sector salud de un país, es preciso integrar de manera eficiente y efectiva todas las acciones, recursos e infraestructura en salud bajo una misma visión y plan estratégico de nación ejecutado conjuntamente por el sector público, privado y sin fines de lucro.

El rendimiento del sector salud depende de sus funciones básicas de cómo se gestione, y de la generación de recursos, prestación de servicios y financiamiento.<sup>(7)</sup> La transformación del sector representa un esfuerzo significativo e intencional para mejorar el desempeño en cuanto a las “*metas*” de mejorar el estado de salud de la población, satisfacción ciudadana, y protección contra riesgo financiero, y los “*resultados*” —*acceso, equidad, calidad y eficiencia*.<sup>(8)</sup> Por consiguiente, la reforma del sector comprende el mejoramiento del desempeño de todos los actores de salud de un país, tanto público como privado y sin fines de lucro, incluyendo la integración de todo recurso interno y externo destinado a la producción de salud, bienestar y seguridad social en la población.



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

*Las metas principales de un sistema de salud son el mejoramiento del estado de salud de la población, la satisfacción ciudadana y la protección contra riesgos financieros causados por enfermedades.* <sup>(8)</sup>

La experiencia en reformas a nivel nacional e internacional han documentado una serie de lecciones aprendidas, a saber: las buenas intenciones no son suficientes; no todos los cambios representan una reforma; muchos esfuerzos han dañado más que mejorado a la salud pública, prestación de servicios y equidad en salud;<sup>(9)</sup> la sujeción a un plan de nación que integre a todos los actores y sectores es imprescindible; hay que trascender más allá del pensamiento tradicional y el discurso político sin resultados; el enfoque principal en un solo actor de salud es insuficiente; se debe resolver la falta de pensamiento en economía de la salud; la integración de los esfuerzos nacionales con las agencias donantes y cooperación técnica externa requiere fortalecimiento; y el apoyo de expertos con experiencia nacional e internacional agrega valor y ventaja comparativa. Precisa entonces ejecutar una reforma del sector pensando en que si se quieren resultados distintos no se puede seguir haciendo lo mismo. Como bien acuñó Albert Einstein, “*locura es hacer lo mismo una vez tras otra y esperar resultados distintos*”. Por consiguiente, esta publicación propone un nuevo modelo organizacional y funcional del sector salud para acelerar el progreso hacia la cobertura universal y ayudar al país a salir adelante.

### DESARROLLO

#### 1 Resumen de reformas sociales en América Latina

A partir de 1980, las reformas sociales en muchos países en América Latina se enfocaron en combatir la pobreza, reducir inequidad socioeconómica, mejorar el estado de salud y brindar protección contra riesgos financieros. A principios de los 1990s, las reformas trataron de fortalecer los sistemas de salud para reducir desigualdades en acceso y mejorar los resultados en salud por medio de la cobertura universal, principalmente en poblaciones pobres.<sup>(10)</sup> Según la Sociedad Internacional para la Equidad en Salud (ISEH), las reformas de 1995 a 2005 se enfocaron en la expansión del seguro médico, contratación de proveedores privados, descentralización, devolución, autonomía para dependencias de salud y paquetes de servicios básicos.<sup>(11)</sup> Según la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), los componentes temáticos principales fueron financiamiento del sistema de salud, organización y administración de servicios de salud, y desarrollo de recurso humano para la salud.<sup>(12)</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe como elementos principales la descentralización, cambios de financiamiento, mezcla de servicios públicos y privados, integración de servicios y regulación, y enfoques sectoriales en salud.<sup>(13)</sup>

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los objetivos básicos de las reformas en América Latina y el Caribe se han enfocado en la reorganización de instituciones que prestan servicios de salud, la introducción de nuevas modalidades de servicios, el mejoramiento de la calidad de atención, y la reorientación de recursos públicos para lograr equidad y eficiencia.<sup>(14)</sup> El Dr. Daniel López-Acuña, Director de Gestión de Programas de OPS/OMS, opina que mientras que la nueva generación de reformas del sector salud se ha centrado en algunos aspectos de gestión y eficiencia económica, los temas de equidad, protección social en salud, y salud pública quedaron relegados a un plan secundario, la calidad y el modelo de atención fueron temas marginales, y las reformas no han convergido adecuadamente con los procesos de cambio de la seguridad social en salud.<sup>(15)</sup>

La propuesta de Reforma del Sector Salud de Guatemala del 2016 representó un esfuerzo digno de elogio y felicitaciones, pero no efectuó transformaciones reales a nivel técnico, programático, gerencial, financiero, político y estructural para crear un sistema de salud poblacional comprensivo, integrado, efectivo y eficiente durante el período presidencial 2016 – 2019.<sup>(2)</sup> En consecuencia, persiste el reclamo social y de actores de salud clave de mejorar el funcionamiento del sistema debido a deficiencias reflejadas por bajos niveles de acceso y



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

cobertura, y altos índices de morbilidad y mortalidad. A pesar de múltiples esfuerzos para reformar el sistema, persisten desigualdades de salud en la población, doble carga epidemiológica por enfermedades infecciosas y crónicas, recursos, personal e infraestructura limitada, fugas de sistema y medicamentos inapropiados, enfoque en tratamiento de enfermedades con la mayoría de recursos destinados a procedimientos hospitalarios, disponibilidad limitada de atención privada de salud, y baja cobertura de seguros médicos. Asimismo, más del 50% de la población en pobreza no tiene la capacidad de afrontar costos de atención médica, y el estado de salud de la población pobre, indígena y rural sigue siendo la peor en el hemisferio occidental.<sup>(16)</sup>

*Una reforma del sector salud comprende el mejoramiento del desempeño de todos los actores de salud de un país —público, privado y sin fines de lucro— incluyendo la integración de todo recurso interno y externo destinado a la producción de salud, bienestar y seguridad social en la población. (Opinión del Autor)*

### 2 Estado del arte en reformas del sector salud

El estado del arte en “reformas de salud a nivel nacional” lo representan dos investigaciones recientes que convergen en la necesidad de transformar el sistema de salud y la seguridad social de Guatemala. En el 2016, la tesis doctoral del Dr. Ángel Fernando Sánchez Viesca, “*Hacia la construcción del Sistema de Salud en Guatemala: implicaciones de la elección de un escenario alternativo*”, propone tres escenarios para transformar el sistema, a saber: Escenario 1: Más de lo mismo: modernización del sistema liberal y privado vigente; Escenario 2: Ampliación del seguro social: la ruta de la cooptación, la ciudadanía regulada; y Escenario 3: Construcción de la ciudadanía universal: el Estado de bienestar crea y desarrolla el sistema nacional de salud. El escenario preferido es el segundo, Ampliación del Seguro Social, en el cual se propone un horizonte temporal de 10 años para su construcción (2015 – 2025), así como estrategias, políticas y acciones que deberán asumir distintos actores para desarrollar mecanismos de redistribución de la riqueza, inversión pública necesaria, ampliación de servicios y beneficios, y un instrumento que facilite la contratación, superación y desarrollo del recurso humano para la salud.<sup>(17)</sup>

En el 2018, en la Revista Análisis de la Realidad Nacional de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), el artículo del Dr. Adrián Chávez, “*La Contra Reforma: El camino ineludible para la salud y el bienestar de los pueblos*”, indica que los programas de ajuste estructural provocaron un modelo excluyente e inequitativo, crearon barreras geográficas, culturales, sociales y económicas en la población, y favorecieron la privatización del sistema de salud y la disminución de la capacidad de respuesta del Estado.<sup>(18)</sup> En dicha publicación, el fortalecimiento de la gobernanza y el rol rector del MSPAS requiere de una coordinación institucional impostergable entre el MSPAS y el IGGS por lo que recomienda estudiar la viabilidad técnica, legal y financiera de unificar el sistema público de salud, con la finalidad de unificar recursos, fortalecer y potencializar la capacidad de respuesta estatal, y competir en igualdad de condiciones con el sector privado.<sup>(18)</sup>

El estado del arte en “reformas de salud a nivel internacional” comprende diversos marcos de referencia basados en las metas de los sistemas de salud establecidas por la OMS —*mejorar el estado de salud de la población, satisfacción ciudadana, y protección contra riesgos financieros*. Mientras que existe acuerdo en cuanto a las metas de desempeño de los sistemas de salud, los marcos de referencia difieren en cuanto a resultados o metas intermedias. El siguiente cuadro ilustra los marcos de referencia más utilizados y sus respectivas metas intermedias.



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

**Cuadro 1: Marcos de Referencia Alternativos para Reformar Sistemas de Salud** <sup>(19)</sup>

	MARCO DE REFERENCIA	METAS INTERMEDIAS
1	Teoría de los Cinco Botones de Control	Eficiencia, acceso y calidad
2	Evaluación del Comportamiento de la Atención en Salud	Efectividad, Eficiencia y Equidad
3	Modelo EGIPSS ( <i>Integrated Performance Model for the Health Care System</i> )	Productividad, volumen de atenciones y servicios, calidad de atenciones y servicios
4	Marco de Desempeño de OMS	Acceso, cobertura, calidad y seguridad
5	Fondo de Mancomunidad	Atención de alta calidad, atención eficiente, acceso, innovación y mejoramiento del sistema y fuerza laboral
6	Marco de Bloques de Construcción de OMS	Acceso, cobertura, calidad y seguridad
7	Pensamiento en Sistemas	Equidad, elección, eficiencia, efectividad

### 3 La Teoría de los Cinco Botones de Control para reformar el sector salud

A pesar de la multiplicidad de teorías y marcos de referencia para transformar sistemas de salud, no existe acuerdo sobre cómo los sistemas se deberían conceptualizar y fortalecer de manera efectiva. <sup>(9)</sup> De los siete marcos de referencia, el autor se adhiere más a la “*Teoría de los Botones de Control (Control Knobs Theory en Inglés)*”, por considerarlo un marco de preparación específica para acción estratégica mediante el análisis de procesos y resultados, y la revisión de mecanismos de cambio y sus efectos.

Este marco de referencia fue creado por expertos de la Escuela de Salud Pública T. H. Chan de la Universidad de Harvard, incluyendo herramientas para tomadores de decisión. La publicación, “*Getting Health Care Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity —Haciendo la Reforma de Salud Correctamente: Una Guía para Mejorar el Desempeño y la Equidad*”, describe esta teoría y de acuerdo a los autores, los cinco botones —*financiamiento, mecanismos de pago, organización, regulación y comportamiento*— reflejan los factores más importantes que se pueden utilizar para realizar cambios con resultados efectivos. Los botones representan mecanismos y procesos que pueden ajustarse para mejorar el desempeño del sistema. El método se enfoca en la importancia de identificar las metas explícitamente, diagnosticar las causas de bajo rendimiento, y diseñar reformas que produzcan cambios reales en el desempeño. <sup>(9, 11)</sup>

*Según la Teoría de los Cinco Botones de Control para una Reforma de Salud diseñada por expertos de la Escuela de Salud Pública T. H. Chan de la Universidad de Harvard, los botones de —financiamiento, mecanismos de pago, organización, regulación y comportamiento— son los factores más importantes que se pueden utilizar para realizar cambios con resultados efectivos. <sup>(9)</sup>*

Las tres metas intrínsecas de un sistema de salud se pueden ajustar por medio de los cinco botones: (1) *Estado de salud*, evaluado por indicadores tales como expectativa de vida, carga de enfermedad y/o la distribución de estas en subgrupos de población, (2) *Satisfacción ciudadana*, el grado de satisfacción que produce el sistema de salud en la población, y (3) *Protección contra riesgos financieros*, la capacidad del sistema de salud para



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

proteger a la población del gasto financiero causado por enfermedades. A continuación, se describen los cinco botones referidos:

1. *Financiamiento*: recursos disponibles incluyendo todos los mecanismos y actividades diseñadas para recaudar ingresos para el sistema de salud, v.g., impuestos, mancomunación de fondos, primas de seguros, gastos de bolsillo y otros, así como la institución que recauda y distribuye las finanzas (*quien controla y quien recibe*).
2. *Mecanismo de Pago*: la distribución de recursos a los proveedores; es decir, los mecanismos y procesos por medio de los cuales el sistema o los pacientes distribuyen los pagos a los proveedores, v.g., cobros, capitación y/o presupuestos del gobierno y pagos realizados por los pacientes.
3. *Organización*: la estructura de los proveedores, sus roles, actividades y operaciones, v.g., quiénes son los proveedores, usuarios y competidores, y quien ejerce control.
4. *Regulación*: acciones a nivel de gobierno que alteran o modifican el comportamiento de los actores de salud, v.g., proveedores de servicios de salud, asociaciones médicas, usuarios individuales, agentes de seguros y otros.
5. *Comportamiento*: acciones de los actores de salud tanto proveedores (*conducta médica y profesional*), como pacientes (*campañas de prevención de accidentes, cáncer o adicciones, comportamiento de búsqueda de atención médica, cumplimiento y adherencia al tratamiento, estilos de vida saludables*) que producen cambios de conducta individual por medio de intervenciones basadas en la población.

Los cinco botones de control fueron diseñados para actuar en forma interdependiente. La transformación de un sistema puede requerir el ajuste de uno o varios de manera simultánea, aunque también podrían hacerse en forma consecutiva. No existe orden preferido para lograr reformas o resultados específicos en virtud de que varían de acuerdo a los entornos y contextos, factores culturales y estructurales, y condiciones económicas, administrativas y políticas, por lo que las reformas de un país no necesariamente aplican o pueden replicarse en otro. Shewade & Aggarwal proponen que para que exista una verdadera reforma tienen que haber cambios en por lo menos dos de los cinco botones.<sup>(20)</sup> Sea que la reforma se haga en uno o más de los botones de control, lo que precisa es que se sujete a un plan estratégico de nación que integre a todos los actores de salud con metas específicas, compartidas y costo-efectivas de mejoramiento y aseguramiento de la equidad en acceso y cobertura, eficiencia en el uso de los recursos, calidad de servicios, y financiamiento sostenible. La cooperación entre proveedores y división de responsabilidades entre todas las organizaciones y actores de salud es la esencia de la atención integral, por lo que es importante comprender, planificar, organizar y regularizar “quién y qué es lo que hace, y porque se le pagan o dan fondos”.<sup>(9)</sup>

#### 4 Lecciones aprendidas de reformas de salud en América Latina

En América Latina, se han experimentado cuatro grandes áreas de cambio en la organización y gobernanza de sistemas de salud. Primero, reorganización de sistemas para corregir la fragmentación estructural. Segundo, descentralización en la toma de decisiones a nivel de gobiernos de provincias, estados y municipalidades. Tercero, mejoramiento de funciones regulatorias y cuarto, separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios para mejorar la eficiencia del sistema.<sup>(10)</sup> La primera área de cambio fue vital para Brasil, Cuba y Costa Rica quienes desarrollaron sistemas integrados o unificados de salud, y se organizaron en base a subsistemas paralelos. De esta manera evitaron la introducción de seguros financiados por gobiernos y servicios para cubrir a personas pobres conducente a subsistemas verticales con fragmentación de servicios y financiamiento,<sup>(21)</sup> por lo que Londoño and Frenk recomiendan un nuevo modelo organizacional basado en pluralismo estructural. Este modelo transforma el sistema de salud organizándolo en base a funciones en lugar de grupos sociales.<sup>(22)</sup> De ahí la propuesta para Guatemala de integrar los distintos actores de salud, principalmente al MSPAS y el IGGS, bajo la rectoría del MSPAS pero con prestación de servicios por el IGSS en base a funciones en lugar de grupos sociales. De lo contrario, continuaría la segregación de distintos grupos



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

sociales en sistemas separados de salud, a saber: un seguro social bien financiado para personas asalariadas y sus familias (IGGS) y un Ministerio de Salud para atender a población pobre y vulnerable con estándares bajos de calidad que requiere de gastos de bolsillo empobrecedores en el punto de servicio (MSPAS).<sup>(23)</sup>

*Los seguros financiados por gobiernos y servicios para poblaciones pobres conduce a subsistemas verticales con fragmentación de servicios y financiamiento.*<sup>(21)</sup>

Desde los 60s, Costa Rica estableció un sistema de seguridad social con una red de proveedores de salud basada en atención primaria comprensiva destinada a lograr acceso universal en salud. El Ministerio de Salud ejerce la supervisión regulatoria del sistema por medio de legislación que regula los estándares de calidad y seguridad de la infraestructura de salud, proveedores y tecnologías de salud. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) enrola a proveedores públicos y privados por medio de contratos administrados por comités desde 1988 que establecen el volumen, contenido y la calidad de servicios. Otra de las características de Costa Rica es la expansión de cobertura de aseguramiento para personas sin seguro por medio de transferencias de presupuesto. Estas transferencias subsidian el régimen contributivo obligatorio para trabajadores del sector formal, incluyendo contribuciones de los patronos, un régimen de seguro voluntario para trabajadores independientes, y un régimen no-contributivo para personas que no tienen trabajo, o son pobres, o viven en áreas rurales.<sup>(10)</sup> Al 2010, la CCSS recolectaba fondos de todas las fuentes para un total de 22.81% del salario de los asegurados para cubrir a toda la población —empleados (8.25%), patronos (14.16%) y el estado (0.50%).<sup>(24)</sup> Con estos fondos comunes o mancomunados (“*fund pooling*” en Inglés), la CCSS brinda tres regímenes de seguridad social —*enfermedad y maternidad, invalidez, vejez y muerte, y régimen no contributivo para personas pobres o incapacitadas.*

La reforma del sector salud y el progreso hacia cobertura universal en Guatemala es factible iniciando con intervenciones a nivel de los botones de organización y financiamiento. En virtud de la diferencia de contextos políticos, sociales, económicos y culturales entre Guatemala y Costa Rica, no es factible importar o replicar el sistema de salud de Costa Rica, pero se pueden contextualizar los conceptos de pluralismo estructural, integración de funciones y servicios entre instituciones, alianzas público-privadas y mancomunación de fondos para desarrollar un modelo estructural y funcional para proteger a poblaciones pobres, rurales, marginales, vulnerables, desempleadas e indígenas.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, URSS en 1978 bajo el lema “*Salud para todos en el año 2000*”, influenció las reformas de salud de Latinoamérica declarando el acceso universal en base a necesidad, equidad en salud, participación comunitaria, y estrategias intersectoriales.<sup>(25)</sup> El progreso de los países ha sido desigual y la atención en salud se ha tornado menos equitativa, principalmente en países con sistemas de salud centrados en atención hospitalaria y medicina curativa. Sin embargo, el trayecto hacia acceso universal en salud ha dejado por lo menos tres lecciones aprendidas o rutas a seguir. En la primera ruta, la mancomunación de fondos provenientes de múltiples fuentes y el desarrollo de una red de servicios integrados permitieron la creación de un sistema unificado de salud con beneficios similares para toda la ciudadanía en Brasil, Costa Rica y Cuba. La segunda ruta, demostrada en Argentina, Chile, Colombia, México, Perú, Uruguay y Venezuela, condujo al desarrollo de subsistemas paralelos de servicio y aseguramiento para distintos grupos de población con diferencia de beneficios, lo cual aumentó la segregación por estatus laboral. La tercera ruta, seguida por Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú y Uruguay, estableció derechos explícitos de la ciudadanía a servicios de salud específicos.<sup>(10)</sup>

En síntesis, es posible expandir la cobertura de seguridad social y aseguramiento en salud, mejorar los resultados de salud, proteger contra riesgos financieros, y aumentar la satisfacción ciudadana utilizando la atención primaria de salud como vehículo para lograr cobertura universal, reducir desigualdades de salud, y democratizar la salud a través de la participación. Los países mencionados lograron expandir la cobertura de



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

atención primaria y atender poblaciones pobres con intervenciones a nivel de oferta (*cobertura expandida, aumento de servicios, paquetes definidos o garantizados de beneficios*) y demanda (*transferencias de fondos condicionadas para aumentar el acceso*), principalmente para inmunizaciones y cuidados prenatales.<sup>(10)</sup>

### **5 La necesidad de transformar el sector salud de Guatemala con un modelo y pensamiento diferente**

Las necesidades sociales de la población guatemalteca requieren de un modelo diferente para transformar el sector salud debido a deficiencias del modelo actual, insatisfacción con la prestación de servicios, bajos niveles de acceso y cobertura, altos índices de morbilidad y mortalidad, y la necesidad de cambiar el sistema incorporando algo diferente.<sup>(1)</sup> Cualquier esfuerzo para transformar el sector anticipa una resistencia monumental al cambio, particularmente en sistemas de salud tradicionales o bien establecidos como en Guatemala. Los cambios radicales en los sistemas no se dan con frecuencia, y muchas veces requieren de un choque político o económico para iniciar el proceso de reforma.<sup>(9)</sup> Como ya se mencionó, no se puede considerar todo cambio o cualquier cambio una reforma; para que exista una verdadera reforma tienen que haber cambios en por lo menos dos de los cinco botones de control referidos.<sup>(4)</sup>

*Una reforma de salud se define como un cambio intencional y sostenido para mejorar la eficiencia, equidad y efectividad del sistema de salud.*<sup>(26)</sup>

Por otro lado, existe una serie de desafíos para reformar los componentes descritos, a saber: ¿Cómo se reforma un sistema cuando existen desigualdades socioeconómicas en cuanto a resultados de salud? ¿Cómo se transforma un sistema caracterizado por fragmentación en su organización, prestación de servicios y financiamiento, y con servicios privados débilmente regulados? ¿Cómo se prestan servicios a poblaciones que viven en entornos urbanos de hacinamiento, áreas rurales pobres y poblaciones de difícil acceso? y ¿Cómo se logra sostenibilidad de inversiones en el sistema para brindar cobertura universal de salud? <sup>(10)</sup> Al mismo tiempo, existe una interrogante mucho más apremiante y difícil de resolver, a saber: ¿Cómo se transforma un sistema de salud en medio de una cultura de continuidad, administraciones débiles y corrupción institucionalizada?

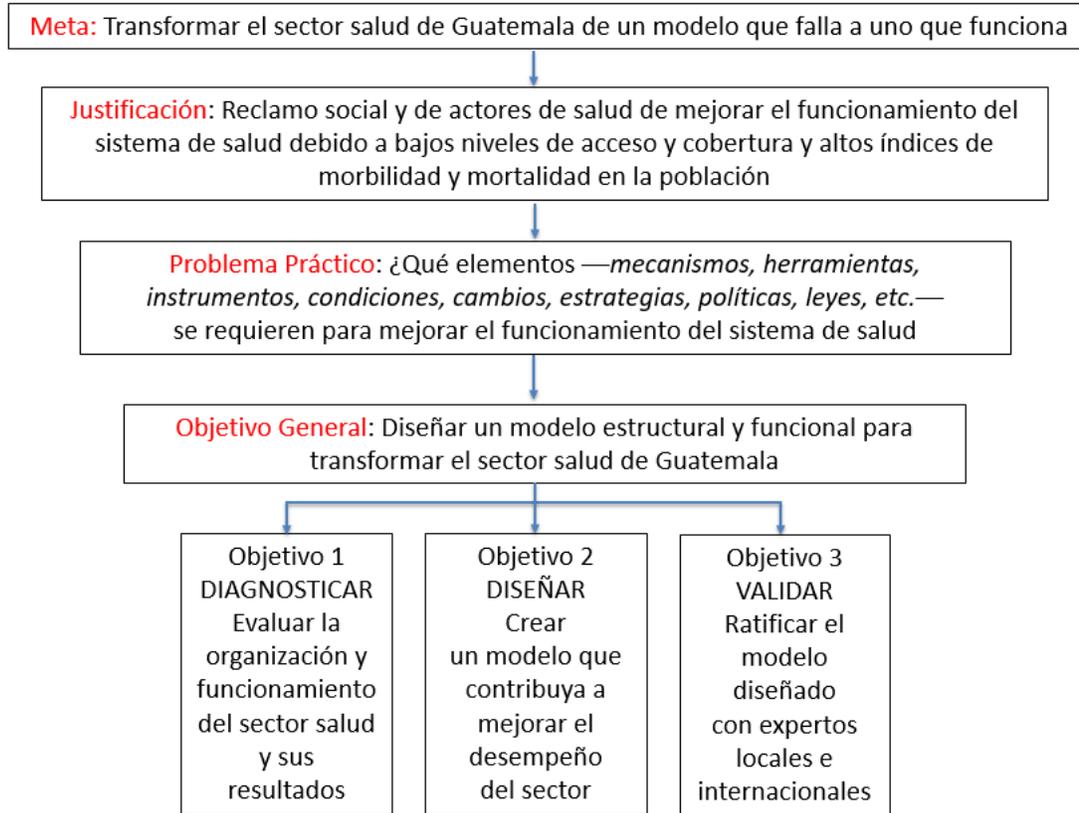
En virtud de las consideraciones anteriores, la trayectoria nacional e internacional del autor en más de 20 países por más de 25 años en medicina preventiva y salud global, y la experiencia académica en la Universidad del Sur de California (USC) capacitando a estudiantes de Maestría y Doctorado en Salud Pública, se propone un modelo de integración estructural y funcional basado en el esquema de pensamiento reflejando en la Figura 1. Cabe mencionar que la experiencia docente del autor en USC incluyó el curso semestral “*Sistemas de Salud Global: Una Revisión Comparativa de Sistemas Alrededor del Mundo*”, un intensivo para realizar macro-análisis de estructuras y prestación de servicios, y estudiar y comparar el desempeño de sistemas de salud para comprender los factores que hacen la diferencia en cuanto a rendimiento, en virtud de que algunos sistemas en algunos países se desempeñan bien y gastan menos, mientras que otros gastan más y tienen un rendimiento inferior.

*Los sistemas de salud que funcionan bien mejoran la salud de la población, brindan protección social, responden las expectativas legítimas de los ciudadanos, contribuyen al crecimiento económico, y pavimentan el camino hacia la cobertura universal de salud.*<sup>(10)</sup>



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

Figura 1: Esquema de pensamiento para reformar el sector salud de Guatemala



Los sistemas de salud que funcionan bien mejoran la salud de la población, brindan protección social, responden las expectativas legítimas de los ciudadanos, contribuyen al crecimiento económico, y pavimentan el camino hacia la cobertura universal de salud.<sup>(10)</sup> Ese es el ideal para el sector salud de Guatemala; sin embargo, el sistema se caracteriza por división, fragmentación, segmentación y falta de coordinación e integración. El MSPAS no ha ejercido efectivamente su rol de gobernanza y rector del sector incluyendo al IGGs, el Hospital de la Policía Nacional Civil del Ministerio de Gobernación, el Hospital Militar del Ministerio de la Defensa, y Municipalidades y otras Instituciones que funcionan con financiamiento público. La creación de un modelo estructural y funcional que resulte en cambios y mejoramiento real, creciente y sostenible en el desempeño del sector podría servir de guía, plan detallado o “blueprint” para encaminar al sector en la dirección correcta, implementar políticas para resolver problemas inmediatos persiguiendo metas y soluciones fundamentales a largo plazo, y evitar correcciones o reparaciones rápidas.

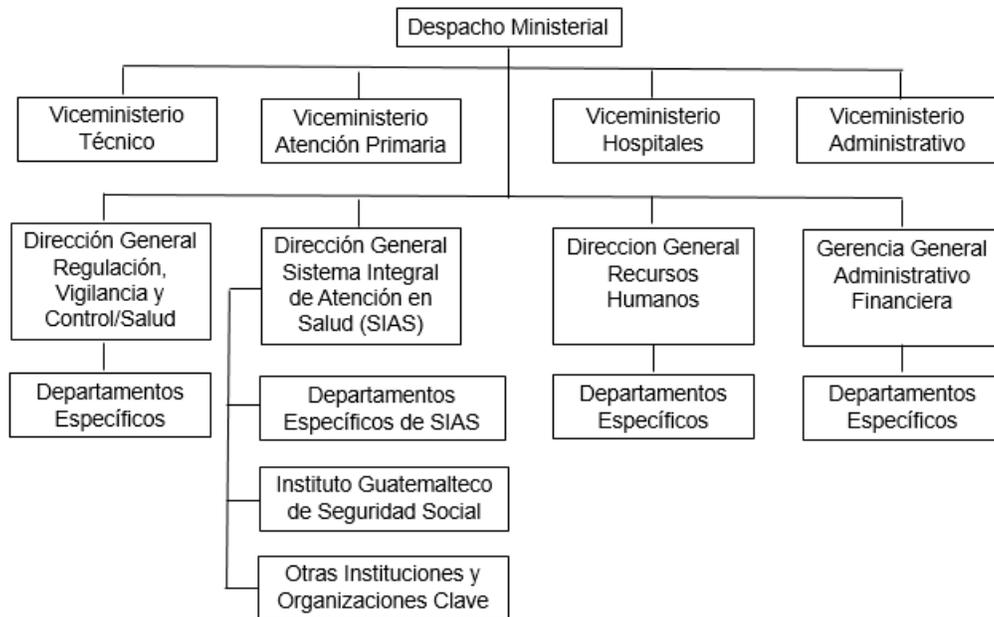
Esto podría lograrse al hacer cambios inicialmente en dos de los cinco componentes de la Teoría de los Cinco Botones de Control —*organización y financiamiento*. Esto es parte de la experiencia que llevó a Costa Rica a brindar acceso universal en salud (94%),<sup>(27)</sup> a ubicarse según la OMS en el lugar #36 de los mejores sistemas de salud del mundo (2000), arriba de Estados Unidos de América,<sup>(28)</sup> a lograr un gasto público en salud de 7.6% del producto interno bruto (PIB) y un gasto total en salud del 10.1% del PIB, cifra mucho más alta que el promedio de 6.1% para países de ingreso mediano-alto y superior al promedio mundial de 9.2%,<sup>(29)</sup> y a considerarse como uno de los mejores 20 sistemas de salud pública en el mundo, y el número uno en América Latina según Naciones Unidas.<sup>(30)</sup> Por consiguiente, el reto para Guatemala es dejar de hacer más de lo mismo y tratar un modelo organizacional y funcional distinto bajo la rectoría total del MSPAS, la prestación de servicios por parte



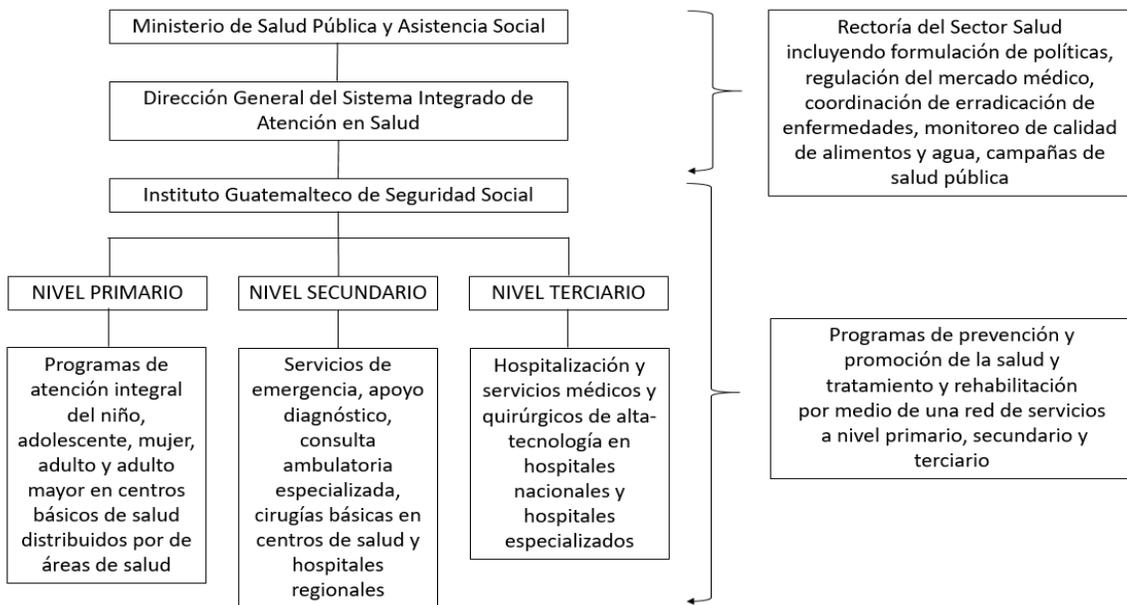
## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

del IGGS, y la coordinación e integración de los recursos y esfuerzos de otras instituciones y actores de salud. Las Figuras 2 y 3 reflejan una opción de integración sujeta a modificaciones y fortalecimiento, por lo que el autor confía en que el lector este abierto a un pensamiento diferente y fuera de la caja para perfeccionar el modelo propuesto, así como para estimular diálogo, reflexión y discusión continua, fomentar pensamiento pionero y creativo, e implementar innovaciones incrementales, estructurales, radicales y disruptivas para cambiar de manera efectiva el sector salud de Guatemala.

**Figura 2: Modelo Organizacional Propuesto para el Ministerio de Salud Pública**



**Figura 3: Modelo Funcional de Integración Propuesto entre el MSPAS y el IGGS**





## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

### CONCLUSIONES

El Sector Salud en Guatemala se encuentra nuevamente ante una disyuntiva crítica e histórica que puede conducir al fracaso o al éxito. El gobierno actual (2016 – 2019) perdió la oportunidad de reformar el sistema al escoger seguir haciendo más de lo mismo; es decir, continuar el modelo tradicional de servicios basado en segmentación de grupos sociales y subsistemas verticales con fragmentación de servicios y financiamiento. El nuevo gobierno electo para el período 2020 a 2023 deberá decidir si fortalece el modelo que ha resultado en un MSPAS que falla con una mentalidad de burócratas y receptores, o si se embarca en la aventura de crear un MSPAS que funciona por medio de un modelo organizacional y funcional basado en funciones, integración de infraestructuras y recursos, y mancomunación de fondos con una mentalidad de emprendedores y clientes. En cuatro años se sabrá si vamos hacia una Guatemala diferente o si a pesar de las buenas intenciones persistió el pensamiento tradicional y el discurso político sin resultados. Confiamos en que podamos decir que todo cambió para ayudar a Guatemala a salir adelante.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calderón MR. Revisión Técnica de la Propuesta de Reforma del Sector Salud en Guatemala: Un Análisis Crítico. Revista Cubana de Tecnología de la Salud. 2018. Volumen 9, Número 4, Oct - Dic.
2. Calderón MR. Visión Estratégica de Salud Pública para Guatemala. Revista Cubana de Tecnología de la Salud. 2019. Volumen 10, Número 2, Abr – Jun. Disponible en: [www.revtecnología.sld.cu](http://www.revtecnología.sld.cu)
3. Calderón MR. Los Pilares de Costo-Efectividad: Una guía práctica para tomar decisiones costo-efectivas sobre nuevas tecnologías de la salud. Revista Cubana de Tecnología de la Salud. 2019. Volumen 10, Número 3, Jul –Sept. Disponible en: [www.revtecnología.sld.cu](http://www.revtecnología.sld.cu)
4. Sartorius N. The Meanings of Health and Its Promotion. CroatMed J. 2006 Aug; 47(4): 662-664.
5. The National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. Educating Public Health Professionals for the 21<sup>st</sup> Century. 2018. “(Citado 5 Sept 2019)”. Disponible en: <http://www.nationalacademies.org/hmd/Activities/PublicHealth/PubHealthEduc.aspx>.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). What is Population Health? 2019. “(Citado 5 Sept 2019)”. Disponible en: <https://www.cdc.gov/pophealthtraining/whatis.html>.
7. Murray C, Julio F. A Framework for Health System Performance Assessment. World Health Organization. 2005.
8. Murray C, et al. Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. World Health Organization. 2003.
9. Karlberg I. Book Review: Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. 2004.
10. Atun R, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. The Lancet. 2015; 385: 1230-47.
11. Roberts, M, et al. Getting Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. Harvard T.H. Chan School of Public Health. Oxford University Press. Boston, Massachusetts. 2008.
12. Eldis (Internet). Latin America & Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative. USAID & PAHO. 2016. “(Citado 5 Sept 2019)”. Disponible en: <https://eldis.org/organisation/A7008>.
13. Gilson L. Health Policy and Systems Research: A Methodology Reader. Alliance for Health Policy and Systems Research and World Health Organization. 2012.
14. Kowalczyk D. Basic Research and Applied Research: Definitions and Differences. Psychology 105: Research Methods in Psychology. 2013. “(Citado 6 Sept 2019)”. Disponible en: <https://study.com/academy/course/psychology-105-research-methods-in-psychology.htm>
15. López-Acuña D. La Nueva Generación de Reformas del Sector Salud: Fortaleciendo los Sistemas de Salud. OPS/OMS. 2004.
16. United States Agency for International Development. Guatemala: Análisis del Sistema de Salud. 2015.



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

17. Sánchez-Viesca AF. Hacia la construcción de un Sistema Nacional de Salud en Guatemala: implicaciones de la elección de un escenario alternativo. Universidad Pontificia de Salamanca. 2016. Tesis 184.
18. Chávez A. Los Desafíos de Una Agenda Nacional: La Contra Reforma: El camino ineludible para la salud y el bienestar de los pueblos. Revista Análisis de la Realidad Nacional. Universidad de San Carlos de Guatemala. 2018. Edición 26, Oct – Dic.
19. Kothari CR. Research Methodology: Methods and Techniques”. New Age International. 2008.
20. Shewade H, Aggarwal A. Health sector reforms: Concepts, market based reforms and health inequity in India. Educational Research. 2012; 3(2):118-125.
21. Frenk J. La salud en transición. Nexos 1988; XXII: 25–30.
22. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy. 1997; 41: 1–36. <https://eldis.org/organisation/A7008>
23. Cotlear D, et al. Overcoming social segregation in health care in Latin America. The Lancet, 2014. “(Citado 7 Sept 2019)”. Disponible en: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2814%2961647-0/fulltext>.
24. World Health Organization. Fact Sheet: Universal Health Coverage (UHC). 2019. (Citado 7 Sept 2019). Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
25. Ramírez O. Primary Health Care: Where are we 40 years after Alma-Ata. ISGlobal, Barcelona Institute for Global Health. 2018. “(Citado 7 Sept 2019)”. Disponible en: <https://www.isglobal.org/en/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/atencion-primaria-de-salud-donde-estamos-40-anos-despues-de-alma-ata-/5581285/0>.
26. Yip W, et al. Reforms for improving the efficiency of health systems: lessons from 10 country cases. World Health Organization. 2015.
27. The Patient Factor (Internet). World Health Organization’s Ranking of the World Health Systems. 2019. “(Citado 7 Sept 2019)”. Disponible en: [thepatientfactor.com/canadian-health-care-information/world-health-organizations-ranking-of-the-worlds-health-systems/](http://thepatientfactor.com/canadian-health-care-information/world-health-organizations-ranking-of-the-worlds-health-systems/).
28. Slon, P. Universal Health Coverage Assessment: Costa Rica. Global Network for Health Equity (GNHE); Ottawa, Canada. 2017; “(Citado 5 Sept 2019)”. Disponible en: [http://gnhe.org/blog/wp-content/uploads/2015/05/GNHE-UHC-assessment\\_CostaRica.pdf](http://gnhe.org/blog/wp-content/uploads/2015/05/GNHE-UHC-assessment_CostaRica.pdf).
29. Warf, B. Do You Know the Way to San José? Medical Tourism in Costa Rica. *Journal of Latin American Geography*. 2010; 9 (1): 51–66.
30. Expat.com (Internet). Health care system in Costa Rica. 2018. “(Citado 5 Sept 2019)”. Disponible en: <https://www.expat.com/en/guide/central-america/costa-rica/12562-health-care-in-costa-rica.html>.



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

### Carta de declaración del autor o de los autores

Guatemala, 11 de septiembre de 2019

Dirigido a: Editora Ejecutiva de la RCTS

A continuación le anexamos los datos relacionados con la declaración del autor o los autores del trabajo titulado: Reformando el Sector de Salud de Guatemala: Un Modelo Organizacional y Funcional para Transformar el Sistema de Salud.

Enviado a la sección de la revista: Artículo Original Cualitativo

El trabajo no ha sido enviado simultáneamente a otra revista: Si ___ No_x___	El trabajo es original e inédito: Si_ x_ No___
Los autores ceden los derechos de publicación a la Revista Cubana de Tecnología de la Salud: Si_x___ No___	Existe <b>conflicto de interés</b> entre los autores: Si ___ No_x___
<b>Novedad científica, aporte a la ciencia o importancia</b> de esta publicación: Propuesta singular e innovadora para reformar el sistema de salud de Guatemala.	
¿Cómo, desde su ciencia, contribuye al enriquecimiento de las bases epistémicas de <b>Tecnología de la Salud</b> ? El artículo propone un modelo estructural y funcional para reformar el sistema de salud en Guatemala y acelerar el progreso hacia cobertura universal en salud, mejorar el estado de salud de la población, aumentar la satisfacción ciudadana y protegerla contra riesgos financieros causados por enfermedades.	
<b>Esta investigación es una salida de proyecto de investigación:</b> Si ___ No_x___	
<b>Contribución como autoría</b>	<b>Nombre de los Autores</b>
Contribuciones sustanciales para la concepción o el diseño del trabajo.	M. Ricardo Calderón
Adquisición, análisis o interpretación de datos.	M. Ricardo Calderón
Creación de nuevo software utilizado en el trabajo.	--
Ha redactado el trabajo o ha realizado una revisión sustancial.	M. Ricardo Calderón
Aprobó el envío de la versión presentada (y cualquier versión sustancialmente modificada que implica la contribución del autor para el estudio).	M. Ricardo Calderón
Traducción de título y resumen	M. Ricardo Calderón
Otras contribuciones (Cuál)	--
Todos los autores están de acuerdo con ser personalmente responsables de las propias contribuciones y las de los autores y garantizan que las cuestiones relacionadas con la precisión o integridad de cualquier parte del trabajo, incluso en las cuales el autor no estuvo personalmente involucrado, fueron adecuadamente investigadas, resueltas y la resolución fue documentada en la literatura: Si_x___ No___	
Todos los autores están de acuerdo con la versión final de la publicación: Si_x___ No___	
Todos los autores garantizan el cumplimiento de los aspectos éticos de la investigación y de publicación científica, así como de la bioética: Si_x___ No___	
Fecha de recibido: 11 de septiembre de 2019 Fecha de aprobado: 18 de septiembre de 2019	
 Este obra está bajo una <a href="https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/">licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional</a> .	