

Foro de Cobertura Universal de Salud

"Generando una agenda para abordar los desafíos
de Guatemala para el logro de la Cobertura
Universal de Salud"

Antigua Guatemala, Sacatepéquez, Guatemala
18 y 19 de septiembre de 2014

CPS
MT
F37
2014



Foro de Cobertura Universal de Salud

"Generando una agenda para abordar los desafíos
de Guatemala para el logro de la Cobertura
Universal de Salud"

Antigua Guatemala, Sacatepéquez, Guatemala
18 y 19 de septiembre de 2014

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Guatemala
Catalogación en la fuente

Foro de cobertura universal de salud. “Generando una agenda para abordar los desafíos de Guatemala para el logro de la Cobertura Universal de Salud” (Antigua Guatemala, Sacatepéquez, Guatemala, 18 y 19 de septiembre de 2014)

1. Necesidades y demandas de servicios de salud
2. Accesibilidad a los servicios de salud
3. Salud Pública--Guatemala
4. Financiamiento de la salud
5. Determinantes sociales de la salud
6. Guatemala- Factores económicos y sociales

Guatemala, 2015

ISBN: 978-9929-598-13-3

© Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Guatemala

Actividad conjunta con: Red de Cooperantes Internacionales de Salud (RCIS)

Contenido

1. Presentación.....	1
2. Organizadores.....	5
3. Inauguración.....	9
4. Presentaciones magistrales: “Dimensiones de la Cobertura Universal en Salud (CUS)”.....	13
5. Paneles de discusión.....	19
Panel de discusión 1: “Desafíos de Guatemala para brindar servicios de salud integrales y de calidad”.....	21
Panel de discusión 2: “Desafíos de Guatemala para fortalecer la rectoría y gobernabilidad del sector salud”.....	24
Panel de discusión 3: “Desafíos de Guatemala para aumentar y mejorar el financiamiento en salud”.....	27
Panel de discusión 4: “Desafíos de Guatemala para abordar los determinantes sociales de salud intersectorialmente”.....	32
6. Clausura de la actividad.....	37
7. Anexos.....	41
Resumen de hojas de vida de las y los ponentes.....	43
Agenda del foro.....	49
Declaración del foro de Cobertura Universal de Salud en Guatemala 18 y 19 de septiembre de 2014: “Generando una agenda para abordar los desafíos de Guatemala para el logro de la Cobertura Universal de Salud”.....	51

Siglas y acrónimos

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
ALAMES	Asociación Latinoamericana de Medicina Social
ALIANMISAR	Alianza Nacional de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva, Nutrición y Educación
APS	Atención Primaria en Salud
ASECSA	Asociación de Servicios Comunitarios Salud
BM	Banco Mundial
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CDC-CAR	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades/ Oficina de la Región Centroamericana
CEGSS	Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud
CIEN	Centro de Investigaciones Económicas Nacionales
CODISRA	Comisión Presidencial contra la Discriminación y el Racismo
CONGOOP	Coordinación de ONG y Cooperativas
CONRED	Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres
CUS	Cobertura Universal de Salud
DRPSA/VAPS	Departamento de Regulación de los Programas de la Salud y Ambiente/Viceministerio de Atención Primaria en Salud
DTP/MINFIN	Dirección Técnica del Presupuesto/Ministerio de Finanzas Públicas
FBR	Financiamiento Basado en Resultados
FM	Farmacéuticos Mundi
HEPP	Proyecto de Políticas en Salud y Educación
ICEFI	Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales
IDEI	Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
ISIS	Instituto de Salud Incluyente
JICA	Japan International Cooperation Agency
KOICA	Korea Internacional Cooperation Agency
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud

OSAR	Observatorio de Salud Reproductiva
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
PCOS	Programa Comunitario de Salud
PFAS	Programa Familiar de Salud
PIAS	Programa Individual de Salud
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
MM	Médicos del Mundo
MMB	Médicos Mundi Bizcaya
MMN	Médicos Mundi Navarra
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
RCIS	Red de Cooperantes Internacionales en Salud
SECONRED	Secretaría Ejecutiva de la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
UASPII	Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad
UE	Unión Europea
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de Cooperación de los Estados Unidos para el Desarrollo

1 PRESENTACIÓN

Presentación

El logro de la cobertura universal de salud es una aspiración y un compromiso de los países de la región, y para ello han utilizado distintos abordajes y formas de organización de sus sistemas de salud para responder a este reto. Sin embargo, tanto en Guatemala como en otros países, no todas las personas y comunidades tienen acceso a los servicios de salud integrales que necesitan.



Reconociendo que cada país debe definir, tomando en cuenta su contexto nacional, histórico, económico y social, la manera más eficiente de organizar su sistema de salud y utilizar los recursos necesarios, para asegurar que la población tenga acceso a los servicios de salud integrales que necesita. La Red de Cooperantes Internacionales de Salud (RCIS) organizó el foro de Cobertura Universal de Salud (CUS) denominado “Generando una agenda para abordar los desafíos de Guatemala para el logro de la cobertura universal de salud”, con el fin de apoyar el esfuerzo del país para establecer mecanismos de diálogo y participación entre los diferentes sectores gubernamentales, académicos y de la sociedad civil.

Este foro se llevó a cabo el 18 y 19 de septiembre de 2014 en la sede del Centro de Formación de la Cooperación Española en Antigua Guatemala y contó con la participación de expertos nacionales e internacionales que abordaron las discusiones en torno a los retos para el logro de la CUS.

El foro estuvo enmarcado en los siguientes objetivos: a) tener un espacio de encuentro para favorecer el diálogo y análisis entre los diferentes actores nacionales e internacionales sobre los desafíos que enfrenta Guatemala para el logro de la CUS y, b) generar una agenda de los temas prioritarios, para asegurar el derecho a la salud de las y los guatemaltecos, que les permita acceder de manera equitativa a servicios de salud a lo largo de su vida, con calidad y sin dificultades financieras.

A fin de contribuir en este proceso en búsqueda de la equidad y acceso de las poblaciones más vulnerables en Guatemala, se recopilaron los aportes más destacados durante el foro, que se presentan a continuación.

Dra. Guadalupe Verdejo Pivet

Presidente Red de Cooperantes Internacionales en Salud (RCIS)



2 ORGANIZADORES

Organizadores

La Red de Cooperantes Internacionales en Salud (RCIS) es el espacio que se ha definido dentro del G-13 para alinear la cooperación en materia de salud, y constituye un espacio de diálogo y concertación organizado para apoyar a las autoridades nacionales en la búsqueda, promoción y aplicación de soluciones apropiadas a la problemática de salud del país. Dicha Red tiene por objetivos: a) mantener en la agenda los temas pendientes del sector salud y b) promover la alineación entre las políticas, los planes nacionales y la cooperación internacional en salud.

Actualmente, la RCIS está integrada por las siguientes organizaciones y agencias comprometidas con el desarrollo nacional en el ámbito de la salud: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC-CAR), Farmacéuticos Mundi, Japan International Cooperation Agency (JICA), Korea International Cooperation Agency (KOICA), Médicos del Mundo, Medicus Mundi Bizcaya, Medicus Mundi Navarra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO), Programa Mundial de Alimentos (PMA), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Save the Children Suecia, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Unión Europea (UE), Agencia de Cooperación de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID).

RCIS Guatemala
Red de Cooperantes Internacionales en Salud





3 INAUGURACIÓN.....

Inauguración

La inauguración del foro contó con la presencia del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, doctor Jorge Alejandro Villavicencio Álvarez, la doctora Guadalupe Verdejo Pivet, Representante de la OPS/OMS en Guatemala y presidente de la Red de Cooperantes Internacionales en Salud (RCIS), el señor Manuel María Lejarreta Lobo, Embajador del Reino de España, la señora Charisse Phillips, Encargada de Negocios de la Embajada de Estados Unidos y el señor Miguel Ángel Encinas, de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), Embajada de España en Guatemala.

Dentro de los aspectos relevantes, se manifestó que la RCIS está conformada por más de veinte organizaciones nacionales e internacionales, bilaterales y multilaterales, que se enmarcan en los principios de la Declaración de París. La Red tiene como objetivos principales mantener la agenda del sector salud, promover la alineación de políticas, planes nacionales y la cooperación internacional; así como mejorar la eficiencia de la ayuda para el desarrollo, por medio de la alineación de políticas, gestión por resultados y responsabilidad mutua.

Si bien se han dado avances, siguen existiendo debilidades y se requieren muchos más esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad y la barrera de acceso oportuno a la prestación de servicios de salud. La unión de esfuerzos es importante para acceder a la CUS, por lo que el foro tuvo como objetivo analizar las experiencias en salud de otros países y algunas de Guatemala, para generar los elementos que permitan definir una agenda para el abordaje de esta estrategia en beneficio de todos los guatemaltecos, esperando que este evento marque un hito en el tema de salud pública en Guatemala.

La RCIS es un buen ejemplo de complementariedad y esfuerzos, haciendo posible la realización del foro con un enfoque integrador, basado en solidaridad, equidad y justicia social; considerando que la salud no es solamente un derecho humano fundamental, sino un elemento clave para la erradicación de la pobreza; por eso el rol del Estado en la salud es importante, creando ciudadanía para todas las capas de la sociedad en todos los lugares del país.

También se indicó que los servicios de salud deben ser accesibles para todas las personas, especialmente para la población más vulnerable de una sociedad, por lo que es necesario facilitar la discusión y el análisis a profundidad de la problemática, así como la búsqueda colectiva de soluciones.

Finalmente, el señor Ministro reflexionó sobre la importancia de los recursos y alianzas estratégicas para la cobertura universal de salud y el aumento del financiamiento a la salud. Se destacó el alcance de avances importantes en materia de nutrición, respondiendo al Pacto Hambre Cero y a la Ventana de los Mil Días, donde el apoyo de los cooperantes ha sido clave, por lo que es necesario continuar con la colaboración de todas las instituciones para afrontar los problemas sanitarios del país.



4 PRESENTACIONES MAGISTRALES: "DIMENSIONES DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD (CUS)"

Presentaciones magistrales: “Dimensiones de la Cobertura Universal de Salud (CUS)”

La CUS significa que todas las personas y las comunidades tienen acceso equitativo a servicios integrales y garantizados, que necesitan a lo largo del curso de su vida con calidad y sin dificultades financieras. Esta refuerza la necesidad de definir y ejecutar políticas e intervenciones con un enfoque intersectorial, para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar, con énfasis en los grupos en situación de pobreza y vulnerabilidad.

Esta estrategia es el objetivo general de los sistemas de salud y se fundamenta en los valores de la atención primaria en salud: el derecho de toda persona al goce del grado máximo de la salud, la equidad y la solidaridad.



Carissa Etienne. **“Cobertura Universal de Salud- Perspectiva de las Américas” (video)**

Es necesario que todas las personas y comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales de salud con calidad y sin dificultades financieras, por lo que los Estados Miembros deben trabajar para cumplir la demanda de la población.

Si bien la región de las Américas ha tenido avances, aún es inequitativa y no tiene servicios de calidad. La cobertura universal es un medio para alcanzar la salud y bienestar de todos los pueblos, se basa en el derecho a la salud con equidad y responsabilidad; siendo una responsabilidad de todos los gobiernos estar comprometidos en los principios y los valores de la salud.

Es necesario considerar no solo los problemas y obstáculos, sino las soluciones y enfoques innovadores que permitan avanzar hacia la CUS, y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) con espíritu de solidaridad y americanismo coopera, colabora y apoya los esfuerzos de cada país, para brindar salud a los pobladores. Es necesario transformar los sistemas de salud con la colaboración de todos los actores.



Christian Skoog. “Derecho a la salud”

Según la Convención sobre los Derechos del Niño, todos los niños son sujetos de derecho, por lo que deben tener una vida digna, saludable y con oportunidades de desarrollar todas sus potencialidades, sin violencia y sin discriminación. En el Artículo 6 de la Convención, se reconoce el derecho a la vida y se garantiza la supervivencia y desarrollo del niño, mientras en su Artículo 24 se refiere al disfrute del más alto nivel de salud. Más que declaración de principios, es una fuente de inspiración y aspiraciones de todo el mundo, siendo la más ratificada en la historia; Guatemala la ratificó en 1990.

La principal característica de los derechos humanos es la universalidad, por lo que no pueden ser negados, ni suspendidos. La mayoría de Estados alcanzaron su desarrollo porque comprendieron estos principios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y desde 1948 eligieron un enfoque de derechos humanos, que incluía el aumento del acceso a la salud, la cobertura de calidad y los servicios esenciales a la pobla-

ción marginada. En Guatemala, a pesar de los avances en salud, ésta no llega a toda la población. El Artículo 4 de dicha Convención muestra con claridad el camino para hacer efectivos todos y cada uno de los derechos relacionándolo con la búsqueda de recursos, en el marco de la cooperación internacional. Es necesario que el país realice una fuerte inversión pública en salud y en capital humano.



Asa Cristina Laurell. “Cobertura o acceso universal, alternativas desde América Latina”

Existen dos visiones diferentes de teoría de Estado, una que dirige sus acciones al individuo, y otra la que dirige sus acciones para el bien común; ambas interpretan de diferente manera “el derecho a la salud”. La primera se dirige al individuo, que paga su paquete de servicio a través de un seguro. La segunda, busca satisfacer las necesidades de la colectividad, a través de la salud pública. La

diversidad de teorías genera una discusión crítica sobre lo que son las políticas de salud y la CUS, por lo que es necesario tener claridad en el concepto.

Actualmente, “la propuesta dominante en el mundo y en América Latina es una propuesta financiera tomada de la economía neoclásica (según lo proponen el BM y el BID)”. La prestación de los servicios con una regulación deficiente, dirigida al individuo y no a la comunidad, impacta negativamente en las acciones de la salud pública y en el acceso universal a los servicios de salud.

Para que haya CUS se requieren acciones solidarias en los servicios de salud, que provoquen un impacto social positivo, con una política social redistributiva de los recursos, para que la salud de la población prevalezca sobre los intereses particulares. Para esto, es necesario dar un fortalecimiento a la salud pública con infraestructura, insumos, personal suficiente y capacitado, con acceso gratuito y de calidad.



William McGreevey. “Cobertura universal, desafíos de los sistemas de salud”

Guatemala no ha ampliado los bienes públicos, incluidos los servicios de salud, principalmente en áreas rurales. Los decrecientes gastos públicos en la salud generan alta inequidad entre grupos socioeconómicos y étnicos, tanto en el área rural como urbana, creando empobrecimiento y barreras de acceso a los servicios de salud. Además, hay limitada recaudación de impuestos, lo que evita aumentar

el espacio fiscal en salud.

Hay lecciones aprendidas en otros países que pueden ayudar a fortalecer el sector salud. En el caso de México, el aumento del financiamiento público, la contratación a proveedores privados y las donaciones financieras federales a los Estados, resultó en incentivos para incrementar el financiamiento del sector salud. En el caso de Chile, la CUS requiere que el gobierno desempeñe un papel significativo en cuanto al financiamiento y regulación. Aplicando estas lecciones a Guatemala, para lograr la cobertura universal se requiere un fuerte compromiso político y liderazgo a nivel nacional para aumentar el financiamiento a la salud. Se reconoce que cada país es único y debe solucionar sus problemas con sus propios recursos. Es importante tomar en cuenta que una de las características del sector salud es que los riesgos no están distribuidos uniformemente, por lo que son necesarias diferentes estrategias para alcanzar una cobertura equitativa a toda la población.



5 PANELES DE DISCUSIÓN

Paneles de discusión

Panel de discusión 1: “Desafíos de Guatemala para brindar servicios de salud integrales y de calidad”

Una de las estrategias para lograr la Cobertura Universal de Salud (CUS) es ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad, centrados en las personas y las comunidades, para lo cual se requiere transformar la organización y la gestión de los servicios mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, el aumento de la capacidad resolutive del primer nivel, la articulación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) sobre la base de la estrategia de la APS.

El objetivo de este panel fue analizar distintas experiencias sanitarias nacionales e internacionales que permitan al país orientar sus esfuerzos para brindar servicios de salud integrales y de calidad a la población.

Resumen de ponencias:



Reynaldo Holder. Sistemas de salud basados en APS: “Modelo de atención centrado en las personas”

En el año 2005 los países miembros de la OPS/OMS proclamaron el derecho a la salud como una base y herramienta para avanzar en la transformación del sistema de la salud en los países de las Américas. Cuando se habla de sistemas de atención centrados en las persona, se trata de garantizar los servicios de manera solidaria y que todos los miembros de la sociedad reciban atención para garantizar su salud.

Al comparar el modelo biomédico y los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud (APS) se destacan los aspectos relacionados con los valores, gobernanza, financiamiento, provisión de servicios, generación de recursos, enfoque y análisis sistémico. El modelo biomédico tiene un enfoque hacia los pacientes, mientras que el modelo de sistemas de salud basados en la APS se enfoca en las personas, familias y comunidades. Un elemento esencial para los sistemas de salud es la calidad de la atención. Entre los principales problemas relacionados con éste se destacan: inseguridad de atención a los pacientes, alta variabilidad clínica, insatisfacción ciudadana, falta de acceso, pérdida de oportunidad en la atención, pobre continuidad de los procesos asistenciales y una falta de conformidad de los servicios con las necesidades y las expectativas de los usuarios. Por ello, el modelo de organización que tenga el país debe coordinar e integrar cuidados continuos, proveer sistemas de información con incentivos financieros y estructura organizacional, alineados para el logro de objetivos, entre otros atributos relevantes.



Christine Lao-Peña. “Experiencia de atención de Guatemala: mejorando el acceso de servicios de salud a través del Programa de Extensión de Cobertura (PEC)”

La principal característica del PEC es el paquete de atención que está dirigido a comunidades pobres y rurales, sin acceso a servicios institucionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). La prestación de servicios de esta modalidad se da por las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), quienes proveen servicios de salud por medio de un equipo básico. Éstas tienen a su cargo la gestión y supervisión de las actividades de atención en coordinación con la Dirección del Área de Salud (DAS), quien monitorea y supervisa a los proveedores.

En la actualidad el MSPAS calcula que el PEC satisface a un 54% de la población rural de Guatemala. Se han observado cambios en algunos indicadores, sin embargo, no ha tenido un impacto estadístico significativo en su conjunto. Entre los aspectos positivos del PEC se destaca el uso de tipos alternativos de personal para abordar limitaciones en cuanto a disponibilidad de recurso humano, la aplicación de sanciones, incentivos, renovaciones y/o cancelaciones de contratos basados en el desempeño, el apoyo de auditorías sociales, así como el uso de historia médica electrónica en algunos lugares.

En cuanto a las áreas de mejora, se destacó que se debe trabajar en: a) el alcance de metas a nivel general para todas las ONG, ya que no todas alcanzan las metas planteadas, b) la actualización de indicadores y c) el monitoreo y evaluación (en base a entrevistas realizadas, la validación de informes y el impacto de los procesos) por parte del gobierno. Entre los retos principales del programa están el financiamiento y el apoyo institucional.

Algunos puntos que cualquier mecanismo de expansión de cobertura tendría que abordar, son la estrategia de transición del PEC actual a otros modelos de atención, la movilización de recursos, la puntualidad en su entrega y los arreglos institucionales necesarios para apoyar el proceso.



Juan Carlos Verdugo. “Experiencia de atención de Guatemala: modelo de salud incluyente”

Se destacó que se observó el estancamiento existente en la red de servicios de salud del país en el primer nivel de atención. El Modelo Incluyente en Salud (MIS) tiene tres enfoques el trabajo con la comunidad, con la familia y con el individuo; basado en una estructura organizacional y sistémica que sigue la lógica del sistema de salud

pública, incluyendo los aspectos de interculturalidad y género. Se considera que la clave del modelo es integrar todas las acciones, dando acompañamiento, capacitación permanente y registrando los datos en el sistema de información que se generó para el modelo.

Entre algunos de los resultados de acceso universal, cabe destacar la cobertura de atención por ciclo de vida, en comunidades donde se implementa el MIS en los distritos de Cuilco, Guineales y Cubulco, en Rabinal, Baja Verapaz.

Fue manifestado que de acuerdo con los estudios que se han realizado en todos los casos, el MIS tiene un per cápita para los programas materno infantil más bajo que el PEC.

Discusión del panel 1:

Con relación al PEC, se indicó que los datos disponibles de acuerdo a los estudios, se refieren a satisfacción de los usuarios y cobertura del mismo, y que no se tienen estudios sobre otros aspectos.

En cuanto a la integración de los equipos de salud que atienden en las comunidades del PEC, se destacó la dificultad para contar con personal médico y de enfermería en algunos lugares, en donde el programa descansa en auxiliares de enfermería, comunitarios voluntarios y madres consejeras de las mismas comunidades. Este aspecto ha representado un importante desafío para el país, debido a la escasez de personal capacitado que desea laborar en las comunidades más distantes.

Se hizo hincapié que para la planeación de los servicios de salud, se debe tomar en cuenta el porcentaje de la población que no requiere atención en servicios hospitalarios, por lo que se deben evaluar las necesidades de fortalecimiento del primer nivel. Se compartieron experiencias de Cataluña, España y de San Miguelito, República Dominicana, donde los centros de salud han sido fortalecidos sin perder de vista que la idea es mejorar la atención, sin crear grandes estructuras sanitarias.

Sobre la transición del PEC hacia otro tipo de programa, se discutió la existencia de otros modelos que puedan utilizarse para sustituirlo, siendo este un proceso complicado, especialmente porque el PEC fue concebido como un mecanismo transicional, que debido a las necesidades del país y los arreglos institucionales en que ha resultado, se ha mantenido como un programa que aún permanece.

Panel de discusión 2: “Desafíos de Guatemala para fortalecer la rectoría y gobernanza del sector salud”

El marco legal y regulatorio debe mostrar el compromiso de la sociedad con la cobertura universal de salud y el establecimiento de las medidas y garantías necesarias para lograr todos los elementos del derecho a la salud, y contribuir al goce de todos los demás derechos vinculados a la misma. El objetivo de este panel fue analizar las distintas experiencias sanitarias nacionales e internacionales, que permitan al país orientar sus esfuerzos en el fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sector salud para el logro de la cobertura universal de salud.

Resumen ponencias:



Miguel Ángel González Block: “Marcos jurídicos y reformas del sector salud”

Con relación a los principios de la CUS planteados por el paradigma emergente, se hizo énfasis en el derecho a un conjunto de beneficios esenciales de salud, lo que requiere de un ajuste entre las necesidades de servicios y el financiamiento público requerido. El financiamiento presenta tres modalidades: a) público, obligatorio y progresivo, b) mancomunación nacional de fondos vía fondo único y reglas de operación y c) financiamiento vía seguros privados.

En los países latinoamericanos con un sistema de salud segmentado, los pobres y la clase media utilizan una serie de servicios prácticamente de manera obligatoria, tratando que la gobernanza, sea la responsabilidad única y exclusiva del Estado. En el caso de México, cada prestador puede operar paquetes relativamente diferenciados con tendencias a igualarlos. La investigación en implementación plantea que la cobertura va decayendo conforme se va acercando a la cobertura efectiva. En este marco, los componentes del sistema de salud deben articularse y balancearse con los otros procesos.

Entre los fondos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), en el caso de México, se considera una aportación por persona afiliada. A nivel de los indicadores económicos (que fueron el motivo de la reforma económica), no hubo una reducción efectiva del gasto público y se cerró la brecha entre la población asegurada y la no asegurada. En zonas indígenas de Chiapas en el año 2000, los egresos hospitalarios se incrementaron, pero no fue un servicio intercultural, ya que la población indígena fue la menos atendida; por lo que la reforma debe continuar en su implementación.



José Ruales. “Experiencia de la reforma del sector salud de El Salvador”

Al inicio de la reforma del sector salud en El Salvador se reportaba un 45% de exclusión social, por lo que ésta se orientó a cubrir las brechas de inequidad en el acceso y uso de servicios de salud. Se identificó la necesidad de mejorar el acceso a todos los servicios integrales, basados en las necesidades y acceso a servicios de calidad en todos los niveles. La reforma es fruto de un intenso debate en el marco de la post guerra interna; sin embargo a la fecha persiste la polaridad ideológica.

Se definió una política para el establecimiento del sistema nacional integrado, basado en la reorganización de la red pública, la organización comunitaria y la participación social. El objetivo de la política es garantizar el derecho a la salud a toda la población. Se definieron como principios: transparencia, solidaridad, gratuidad, acceso universal, compromiso, equidad, intersectorialidad y participación social.

En el plan de Gobierno 2009-2014, se estableció el diseño de un sistema nacional integrado de salud y el fortalecimiento de la organización comunitaria y participación social. Se conformaron las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), la composición de los Ecos Familiares y Especializados y el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario. Entre las políticas de Estado en materia de salud, que fueron asumidas para mejorar la equidad y el acceso a los servicios, se encuentran la eliminación de las “cuotas voluntarias”, la regulación de precios de medicamentos, el incremento del financiamiento sectorial y la reducción de barreras geográficas. Se fortaleció la capacidad de conducción sectorial y la rectoría en salud con la creación del Instituto Nacional de Salud, y se consolidó la intersectorialidad con la creación de la Comisión Intersectorial en Salud.

A partir del año 2009, el financiamiento se incrementó, teniendo y presentando una evolución del gasto, y mejoró la protección financiera de las personas para recibir atención en salud.

Entre los avances de la reforma se mencionó el fortalecimiento de la rectoría del marco legal, regulatorio y de políticas públicas; de la intersectorialidad: alianzas, grupos de interés, foro nacional de salud, comités de salud; incremento del gasto público en salud; incremento en la oferta (establecimientos de salud); mejora en la disponibilidad de recursos de salud para los más pobres y en las consultas preventivas; priorización de municipios; gratuidad e incremento de la proporción de partos institucionales (por arriba del 90%); incremento en la atención a enfermos renales crónicos; disminución de la mortalidad infantil; mejora en la oferta hospitalaria: incremento de partos institucionales hasta un 90%. La mortalidad materna descendió a RMM 38 x 100,000 nacidos vivos.



Walter Flores. “Marco normativo y reformas en Guatemala”

Guatemala tiene un marco legal progresista que establece el derecho a la salud, la equidad, la participación social y la solidaridad, entre otros; lo cual no se cumple.

Con un enfoque de gobernanza, se consideraron tres argumentos principales: a) la CUS se relaciona con el derecho a la salud, pasando de una discusión técnica a una discusión política, en la que se debe involucrar a toda la sociedad (no únicamente a los que viven en pobreza extrema, a las mujeres embarazadas y los menores de 5 años). Asimismo, debe tomarse en cuenta que la población tiene una autopercepción de su vulnerabilidad (gastos catastróficos y protección social). Para la CUS se requiere solidaridad entre estratos sociales, mediante una discusión relacionada al aporte de recursos, el establecimiento de un sistema tributario y contar con una clase política con compromiso y conocimiento para mantener políticas sostenibles en el tiempo.

Por otra parte, en cuanto a la gobernanza de los sistemas de salud, en éstos interactúan actores estratégicos, siendo necesario establecer las reglas del juego, evitar el clientelismo y analizar los recursos de poder distribuidos desigualmente. Se hizo referencia al problema de pesos y contrapesos: a) se cuenta con un marco legal que no se cumple, b) elementos de regímenes democráticos, por ejemplo en la rendición de cuentas de los funcionarios, c) impactos a partir de decisiones políticas, mala calidad de políticas en salud, técnicamente débiles; d) instrumental de política pública para cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Sin embargo, no se sigue una ruta de procedimientos apropiados y las decisiones no son técnicamente adecuadas. Existen 179 políticas de acción para los ODM pero no se proporcionó suficiente información. Del 53% de servicios directos, solo el 18% dan cobertura universal y solo el 45% de las políticas tienen líneas basales.

Entre los actores incluidos, se encuentran diputados, agentes económicos, agencias internacionales de cooperación, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), los Consejos Municipales de Desarrollo (COMUDES), las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y la ciudadanía. La ciudadanía tiene el menor peso, esto debido a que no existen mecanismos explícitos para participar. Existen asimetrías de poder en los COMUDES, algunas ONG tienen mucho poder y se tiene un limitado conocimiento de representantes comunitarios sobre el marco legal. Es necesario alcanzar el gran objetivo político, siendo de gran importancia el diálogo con la sociedad, con el gobierno y con los partidos políticos. Además, se deben diseñar, implementar y fortalecer los pesos y contrapesos entre actores e instituciones: Organismo Legislativo, Procuraduría de los Derechos Humanos, Procuraduría General de la Nación, Comisiones de Postulación, entre otras.

Discusión del panel 2:

Fue manifestado que en el caso de México se dio un nuevo financiamiento a la salud (se procuró reestructurar el gasto y realinearlos hacia la salud); sin embargo, aún existen limitaciones importantes, en cuanto a los beneficios a los que se aspira con el derecho a la salud.

Por su parte el Gobierno de El Salvador ha planteado una reforma de recaudación fiscal, sobre todo, en el sector salud, debido a que existe una brecha que debe disminuirse, por lo que es importante actualizar los indicadores del sector y el marco legal, ya que la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) no cuenta con una norma específica.

Con relación a los movimientos sociales se cuenta con una gran cantidad de información que no está documentada. En el caso de Guatemala, por la historia del país, los profesionales se han alejado de discutir políticas, pero es necesario que se retome como ciudadanía para hacer propuestas en la búsqueda de una posible solución a los problemas relevantes que tiene la sociedad. Se podría ayudar en ese proceso, con eventos como el presente foro, realizándolo en los municipios y en los departamentos, con el acompañamiento de las agencias de cooperación.

Panel de discusión 3: “Desafíos de Guatemala para aumentar y mejorar el financiamiento en salud”

El objetivo del panel se centró en analizar distintas experiencias sanitarias nacionales e internacionales, que han permitido mejorar la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud, para el logro de la cobertura universal de salud.

El incremento de los recursos públicos para la salud, favorecerá la equidad en la asignación, la que debe dirigirse en forma prioritaria al primer nivel de atención, mejorar su capacidad resolutoria y su capacidad articuladora de las redes integradas de servicios, así como aumentar el financiamiento público de la salud de una manera eficiente y sustentable.

Se consideró que un gasto público destinado a la salud del 6% del PIB, es una condición necesaria para reducir las inequidades en el marco de la CUS.

Resumen de las ponencias:



Claudia Pescetto. “Elementos claves del financiamiento en la cobertura universal en salud “Hacia la equidad y la eficiencia”

El sistema de salud debe basarse en los valores del derecho a la salud, la equidad y la solidaridad. La OPS/OMS plantea cuatro líneas estratégicas para la transformación de los sistemas de salud hacia la CUS: 1) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, 2)

fortalecer la rectoría y la gobernanza, 3) aumentar y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia y 4) fortalecer la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

El modelo de financiamiento deberá influir en la eficacia para contar con los fondos necesarios y suficientes de forma progresiva, solidaria y con una recaudación eficaz. Se debe dar cobertura de los servicios a toda la población con acceso equitativo, con calidad, eficiencia y centrado en la contención de costos. Un buen sistema de financiamiento debe ser redistributivo.

En cuanto a la línea estratégica tres se propone: a) mejorar y fortalecer la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud, con modelos de atención centrados en las personas, b) aumentar y optimizar el financiamiento público de la salud de forma eficiente, sostenible y fiscalmente responsable, orientando los recursos al primer nivel de atención y aumentando progresivamente a un seis por ciento del PIB en salud y c) avanzar hacia la eliminación del pago directo por medio de un fondo prepago, mancomunado y solidario basado en impuestos e ingresos fiscales.

Para aumentar la eficiencia y la calidad del gasto se requiere de acciones integrales, como la mejora de la organización de los servicios y la atención, uso y manejo de medicamentos apropiados, introducción de nuevas tecnologías y mejora de la eficiencia en el financiamiento. Para esto se deberán potenciar los mecanismos de compra y pago a proveedores, avanzar a un financiamiento por desempeño, realizar compras estratégicas, gestión eficaz de recursos, evaluación económica, monitoreo y evaluación continuos. En conclusión, se deberá respetar los avances de cada país, así como su institucionalidad y contexto propios, mejorando la eficiencia, incrementando el gasto y fortaleciendo los sistemas de monitoreo y evaluación.



Christine Lao-Peña. Modelos de financiamiento. “Experiencias internacionales”

La recaudación, la mancomunación o puesta en común de riesgos y la eficiencia en las compras, son funciones y objetivos del financiamiento de salud. Dentro de las modalidades públicas y privadas para financiar un sistema de salud, se encuentran a nivel público los impuestos, cobros públicos, venta de recursos, donaciones y préstamos. A nivel privado, los préstamos, aseguramiento privado, gasto de bolsillo, entre otros. El gasto de bolsillo predomina en países de bajo ingreso, mientras que en países de altos ingresos la contribución es más baja.

En términos de aseguramiento de la salud, hay cuatro categorías principales: servicios nacionales de salud, aseguramiento social, aseguramiento privado y aseguramiento comunitario/asociación. En América Latina se utilizan diferentes modalidades de financiamiento, desde los impuestos directos en Brasil hasta el seguro social en Costa Rica. Entre las lecciones aprendidas están las relacionadas con la recaudación, donde varios países utilizan diferentes modalidades de financiamiento, la mancomunación de riesgos y la compra estratégica; la que es importante debido a la situación de recursos limitados del Estado; siendo la prioridad los servicios públicos esenciales. La expansión de cobertura requiere subsidios cruzados y mecanismos de redistribución que puedan ser administrados de manera más eficaz.

Finalmente, se considera que el crecimiento económico ayuda a la expansión de la cobertura, pero no es suficiente para garantizar una cobertura equitativa; por lo que, las reformas de financiamiento requieren cambios en la gobernanza y la equidad.



William McGreevey. “Modelos de financiamiento en salud”

Guatemala es un país que tiene varias facetas que se contraponen, una urbana y otra rural, una indígena y otra no indígena, por mencionar dos ejemplos; esto requiere la búsqueda de un balance y una forma de integración encaminada hacia la solución de los problemas en salud con inclusión y equidad.

Los factores que se relacionan para el logro de la CUS son, entre otros, voluntad política, políticas públicas, estrategias, leyes y regulaciones; así como una correcta planificación y política macroeconómica, basada en la equidad y la eficiencia. Los desafíos para lograr la CUS en Guatemala son los siguientes: a) gran sector informal no cubierto por seguro que depende de gastos del bolsillo, b) bajos gastos públicos en la salud, c) aumento de costos debido a la falta de enfoque de servicios eficaces, d) inequidad entre grupos socioeconómicos, étnicos y en las áreas rurales y urbanas, envejecimiento de la población, concentración de personal sanitario en el área urbana, sistemas inadecuados de recaudación de impuestos, corrupción, dificultades en identificar, alcanzar a los ciudadanos más vulnerables y sistemas débiles de gestión y supervisión.

Para poder avanzar hacia la CUS se deberán integrar los intereses de todos los actores involucrados en la mejora de la salud, incluyendo a los que toman las decisiones a nivel legislativo, los puestos de dirección de los ministerios y del gobierno, incluyendo la participación en la toma de decisiones de la población más desfavorecida económicamente, para que estas no se base en intereses sectoriales o personales.



Oscar Cetrángolo. “Fragmentación, financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino”

América Latina es la región del mundo más desigual, tiene un gasto promedio bajo en salud pero con una alta proporción del gasto privado, con una baja e ineficiente presencia estatal y con menor presión tributaria. Pese a un importante incremento en el gasto público social, la mayor parte se ha destinado a educación.

Los sistemas de financiamiento fragmentados tienen un problema ante la crisis financiera que genera el aumento del desempleo y la caída del salario real, disminuyendo la capacidad adquisitiva de la gente y la cobertura de la seguridad social, aumentando así la presión en el sector público al disminuir sus fondos propios. En este sentido, la alta fragmentación del sistema financiero lo hace ineficiente e inequitativo.

Para alcanzar la CUS, es imprescindible aumentar la recaudación tributaria basada en los impuestos directos, dar prioridad al gasto en salud en los presupuestos, prestar atención a la equidad y eficiencia del sistema de seguro social, trabajar en la articulación entre la provisión pública y seguro social, así como atender las diferencias regionales para disminuir sus inequidades.



Edgar Aníbal Hernández Navas. “Gestión por resultados en salud en Guatemala”

En la firma de los Acuerdos de Paz se estableció que se debía llegar a un 8% del Producto Interno Bruto (PIB) en salud, actualmente no llega al 2%. Guatemala, a través de la estrategia de Gestión por Resultados (GpR) en salud, implementada por el Ministerio de Finanzas Públicas, quiere recuperar la confianza ciudadana por medio

de instituciones públicas que puedan atender y brindar una mejor atención basada en resultados de manera eficaz, eficiente y de calidad. Esta estrategia se ha implementado en los ministerios de salud, finanzas, economía y cultura. El objetivo a nivel del MSPAS se centra en continuar con la disminución de la mortalidad materna neonatal. En este sentido, se requiere relacionar el presupuesto por programa y la gestión por resultado a nivel de las áreas de salud, y que estos conozcan los procesos de gestión financiera.

En cuanto a la implementación de la estrategia, se establecieron cuatro compromisos: a) la programación operativa (presupuesto), b) soporte logístico para la adquisición y distribución de los insumos (ciclo de logística), c) organización para la producción de los productos y su entrega (prestación de servicios) y d) el sistema de monitoreo y evaluación.



Alejandra Contreras de Álvarez. “Financiamiento de salud en Guatemala”

El crecimiento económico de Guatemala se relaciona con la transición demográfica que se está viviendo; es decir, con el bono demográfico visto como una oportunidad, donde la inversión que se haga en los niños, niñas y adolescentes es esencial para el desarrollo económico del país en el futuro. Siendo Guatemala poseedora de diversidad cultural, es clave la configuración de las políticas

públicas que den una respuesta integral e incluyente a esta realidad.

Con relación al presupuesto, pese a la recaudación creciente del Impuesto Sobre la Renta (ISR) en la reforma del 2012, según el Banco Mundial (BM) es la carga tributaria más pequeña de la región, lo que incide directamente en los recursos destinados a salud. El Estado se financia principalmente de impuestos indirectos altamente regresivo, mientras que el financiamiento debería de ser progresivo.

Para cambiar el futuro, hay que incidir en los factores estructurales siguientes: 1) modelo económico poco dinámico, 2) persistente pobreza y desigualdad, 3) baja presencia del Estado y 4) un sistema político poco representativo.

Para el fortalecimiento de la democracia, hay desafíos económicos, políticos e institucionales. A nivel político se deberá acordar un pacto de protección social que sea acorde con un pacto fiscal, pasando del altruismo a la responsabilidad ciudadana. El país deberá construir espacios efectivos de coordinación interinstitucional y de participación ciudadana.

Discusión del panel 3:

El crecimiento económico ayuda a la expansión de la cobertura, pero no es suficiente para garantizar la equidad. Las reformas de financiamiento requieren cambios en la gobernanza del sistema y el involucramiento de todos los actores relacionados con la salud.

El financiamiento de la salud en Guatemala depende, principalmente, del gasto de bolsillo. Para lograr la CUS, es imprescindible aumentar la recaudación tributaria basada en impuestos directos y dar prioridad al gasto en salud en los presupuestos y políticas públicas. América Latina tiene una baja e ineficiente presencia estatal en el sector de salud, y con menor presión tributaria, por lo que es necesario aumentar las inversiones en salud y la eficiencia del sistema.

Panel de discusión 4. “Desafíos de Guatemala para abordar los determinantes sociales de salud intersectorialmente”

El objetivo de este panel fue analizar las distintas experiencias nacionales e internacionales de acciones intersectoriales, para abordar los determinantes sociales de la salud que permitan al país orientar sus programas y políticas.

Para abordar los determinantes sociales de la salud se requiere de la coordinación y de la capacidad eficiente de la autoridad nacional de salud para ejecutar con éxito políticas públicas e influenciar en las legislaciones y reglamentaciones pertinentes; así como la acción coordinada entre los sectores sociales.

Resumen de las ponencias:



Kira Fortune. “Abordajes de los determinantes sociales de la salud: salud en todas las políticas”

Considerando que la pobreza y la inequidad son dos de los retos más grandes del siglo, es importante discutir el tema de inequidades sanitarias y los contextos locales, pues los determinantes sociales escapan del control del sector salud. Se ha visto progreso en la región de las Américas, por ejemplo la esperanza de vida es más alta hoy de lo que era hace unos años, la disminución de las tasas de mortalidad y natalidad son elementos que apuntan hacia una transición demográfica. Sin embargo, aún hay desafíos en la región como las enfermedades asociadas a procesos de urbanización, aumento de enfermedades crónicas con lo que el perfil epidemiológico está cambiando.

En el año 2008 la comisión de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo recomendaciones considerando que los determinantes sociales van más allá del sector salud para mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, del dinero y de los recursos. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones es necesario para documentar los avances en este campo.

La Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud, entre otras declaraciones, han contribuido a construir el Plan Estratégico 2014-2019. En este marco, se elaborará un plan de acción sobre todas las necesidades de salud pública, el que se presentará al Consejo Directivo de la OPS para su aprobación.

Actualmente, se están desarrollando actividades internacionales con el fin de compartir las experiencias en torno a determinantes sociales, las que vienen a sumar y a fortalecer instrumentos ya establecidos. Se deben definir las metas para la agenda post-2015, en la que se incluyan elementos para el desarrollo económico y el desarrollo social de los países.



Miguel Ángel Alegretti Cammarano. “Experiencia de políticas intersectoriales: experiencias de Uruguay”

En el caso de Uruguay, existe la Ley 18.211 sobre el sistema integrado de salud, en la que se concibe a la salud como un derecho y se plantea que se debe alcanzar el más alto nivel de salud posible en la población. En el plano internacional también está la resolución de la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (WHA62.14) y la Declaración Política de Río en ocasión de la Conferencia sobre Determinantes Sociales.

El gobierno de Uruguay ha desarrollado el sistema de vigilancia de la equidad en salud, cuyo objetivo es dar visibilidad a las desigualdades en salud producidas socialmente, lo cual se ve traducido en algunos aspectos concretos y operativos, que permiten la identificación de las causas. Esto requiere el monitoreo de diversas fuentes de datos según los indicadores construidos y su respectivo análisis. Actualmente se está construyendo la matriz de indicadores del sistema, que es el primer paso de la línea de base en el que se mostrarán sus componentes.

Entre las perspectivas futuras, el país tiene una política de Estado en agenda digital. Se encuentra elaborando un plan nacional de gobierno abierto y también está en desarrollo el proyecto de salud, que tiene entre sus metas el fortalecimiento del sistema de información de salud y la historia clínica electrónica nacional, se planea que ambos estén funcionando en el 2016.

Actualmente, en el diagnóstico de las fuentes de información disponibles, se ha comprobado que la función de monitoreo es más difícil de viabilizar. En este sentido, se ha iniciado una línea de trabajo para el mediano y largo plazo, orientada a integrar información proveniente de distintas fuentes, que proporcionen las variables estratificadoras de los sectores sociales.



Julio Roberto Martínez Figueroa. “Abordaje de las determinantes de salud con enfoque integral desde el nivel territorial”

El tema de los determinantes de la salud con enfoque integral desde el nivel territorial es algo innovador, por lo que se presenta una experiencia conjunta, trabajada entre la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN). Este tipo de proyectos se les conoce como Programa Conjuntos (PC) en el ámbito del Sistema de Naciones Unidas (SNU).

A esta experiencia en particular se le llamó: “reducción de vulnerabilidades, para con-

tribuir al desarrollo rural en cinco municipios de las cuencas de los ríos Coatán y Alto Suchiate en el departamento de San Marcos, Guatemala”, y tiene por objetivo reducir las vulnerabilidades en salud, el hábitat comunitario, las oportunidades productivas rurales de la población y el territorio, desde una perspectiva de enfoque de género e intercultural.

El programa buscaba llevar la institucionalidad pública a los territorios de estos municipios del norte de San Marcos, ya que históricamente no han estado presentes en estos lugares. Se trataba de reducir sus vulnerabilidades propiciando participación ciudadana y comunitaria para poder construir agendas de desarrollo en el marco de los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODES) y con ello se lograron algunos resultados, siendo uno de ellos el que las vulnerabilidades hayan sido identificadas y puestas en las agendas de los COCODES.

En el caso de la salud, los logros han sido la reducción de la muerte materna y la reducción de la desnutrición infantil en un porcentaje importante. También se logró una mejora en las condiciones de infra subsistencia y subsistencia de las familias y la gestión del recurso hídrico, tanto en el manejo de las cuencas como en la mejora de la infraestructura así como su saneamiento. Para que todas las iniciativas sean auto sostenibles, es necesario que los gobiernos locales e instituciones sectoriales planifiquen, den monitoreo y evaluación pertinente.

Discusión del panel 4:

La intervención en el departamento de San Marcos se planteó como una recuperación por desastres y también porque sus índices de desarrollo humano eran de los más bajos del país.

¿Cómo abordar las enfermedades crónicas sin caer en atenciones asistencialistas, evitando los factores estructurales o distales de la problemática? Para lograr esto es fundamental que haya una continuidad de largo plazo en las políticas; si no existen las condiciones es muy difícil abordar este tipo de situaciones.

Ante el bajo financiamiento del sector salud, el financiamiento de estas intervenciones intersectoriales se presentan como una gran oportunidad, ¿qué hace el Ministerio de Salud de Guatemala para apoyar el gasto en otros sectores?

La percepción de esta pregunta pasa por la idea de que son solamente las autoridades de salud las que tienen que cubrir este tema. Sin embargo, hay otros fondos que no pertenecen al MSPAS, como los fondos de los comités de desarrollo y los fondos que reciben las municipalidades. Estas instituciones tienen carta libre para utilizarlos y no existen criterios para su ejecución eficiente, por esta razón es preciso crear pautas en ese sentido, como se hizo con el proyecto de San Marcos.



6 CLAUSURA DE LA ACTIVIDAD



► Clausura de la actividad

La doctora Guadalupe Verdejo Pivet, Representante de la OPS/OMS en Guatemala y Presidente de la RCIS agradeció a ponentes y participantes el interés y la presencia en el mismo. Se clausuró la actividad leyendo la Declaración del foro que se anexa a esta memoria.

7 ANEXOS

Resumen de hojas de vida de las y los ponentes



Carissa Etienne

Licenciada en Medicina y Cirugía (MBBS) por la Universidad de las Indias Occidentales (Jamaica), con Maestría en Salud Comunitaria en los países en desarrollo en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres. Fue Subdirectora de la OPS/OMS y Subdirectora General de Sistemas y Servicios de Salud en la OMS en Ginebra/Suiza. Desde el año 2013 se desempeña como Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Ponencia: “Cobertura universal en salud-perspectiva de las Américas” (video).



Christian Skoog

De nacionalidad sueca, Economista con Maestría en Desarrollo Económico de la Universidad de Stanford. Posee amplia experiencia en cooperación internacional y situaciones de emergencia (fue oficial de emergencia en Ginebra), habiendo trabajado en la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en Indonesia y en el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Nueva York, Afganistán, Haití y en Mauritania. Desde el año 2012 es Representante de UNICEF en Guatemala. Ponencia: “Derecho a la salud”.



Asa Cristina Laurell

De origen sueco y naturalizada mexicana, Médica Cirujana de la Universidad de Lund, especialista en epidemiología, Magister en Salud Pública, doctora en sociología y doctora honoris causa por la Universidad de Buenos Aires. Fue Secretaria de Salud de México D.F. Académica, miembro del Sistema Nacional de Investigadores, investigadora del CAESS y Representante de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES), miembro del Consejo Editorial de tres revistas internacionales de ciencias sociales y salud, autora de 17 libros y más de 100 artículos. Ponencia: “Cobertura o acceso universal, alternativas desde América Latina”.



William McGreevey

Doctor en economía, experto economista en salud/ Futures Group-USAID y profesor asociado de la Universidad de Georgetown. Fue Presidente del Centro de Estudios Latinoamericanos, ha trabajado en la Organización de los Estados Americanos (OEA), Instituto Smithsonian, Battelle Memorial Institute, Banco Mundial (BM), Universidad George Washington y en ONUSIDA. Como consultor económico se ha centrado en los últimos años en el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo, es autor de tres libros y varios artículos. Ponencias: “Cobertura universal, desafíos de los sistemas de salud” y “Modelos de financiamiento en salud”



Reynaldo Holder

Doctor en medicina del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba; maestría en salud, médico especialista en medicina pediátrica y en gestión y servicios de salud en los niveles regional y local. Ha sido profesor invitado de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Latina de Panamá y conferencista en varios países. Actualmente, es asesor de la OPS/OMS con sede en Washington, D.C. Ponencia: Sistemas de salud basados en APS: “Modelo de atención centrado en las personas”.



Christine Lao-Peña

Economista, con máster y doctorado en economía. Actualmente, se desempeña como economista senior en el Banco Mundial (BM), enfocándose su trabajo en el tema de financiamiento del sector salud y de gobernanza. Ha trabajado en el sector de África, liderando varios proyectos multisectoriales. Ponencia: “Experiencia de atención de Guatemala: mejorando el acceso de servicios de salud, a través del Programa de

Extensión de Cobertura (PEC)” y “Modelos de financiamiento: experiencias internacionales”.



Juan Carlos Verdugo

Guatemalteco, médico y cirujano egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), con máster en medicina social y estudios de doctorado en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Docente de la maestría en salud pública de la USAC, ha recibido varios reconocimientos académicos. Amplia experiencia en salud pública y cooperación en Centro América. Responsable del Instituto de Salud Incluyente

(ISIS) de Guatemala y representante de Medicus Mundi Navarra en el país. Ponencia: “Experiencia de atención de Guatemala: Modelo de salud incluyente”.



Miguel Ángel González Block

Licenciado y máster en antropología social de la Universidad de Cambridge, doctor en ciencias sociales. Titular de la cátedra en investigación en sistemas de salud, investigador visitante del sistema de salud pública; miembro de la Academia Nacional de Medicina de la Sociedad Mexicana de Salud Pública y del Sistema Nacional de Investigadores en México. Ha publicado 95 obras relacionadas con la implementación de políticas

y programas. Ha laborado en el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en Washington D.C. y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualmente, es Director General adjunto del Instituto Nacional de Salud Pública de México; Coordinador Ejecutivo de la Institución Mexicana para la Salud. Ponencia: “Marcos jurídicos y reformas del sector salud”.



José Leonardo Ruales Estupiñán

De nacionalidad ecuatoriana, médico y cirujano, máster en investigación y administración en salud pública, diplomado en administración de programas de salud materno infantil. Posee una amplia experiencia en sistemas de salud, así como en los campos académico e investigativo en la Universidad Central del Ecuador; profesor invitado en cursos de postgrado en salud pública en Brasil, Colombia, El Salvador, Panamá, Nicaragua y México. Desde su vinculación con la OPS/OMS se ha desempeñado en varias posiciones en Washington D.C., México, Cuba, Belice, Venezuela, El Salvador y Colombia. Desde el año 2006 es Representante de la OPS/OMS, cargo que ha desempeñado en varios países. Ponencia: “Experiencia del sector salud de El Salvador”.



Walter Flores

De nacionalidad guatemalteca, científico social con experiencia de más de 23 años, ha desempeñado su labor en más de 24 países de América Latina, África, Asia y Europa. Posee un doctorado en sistemas de evaluación y salud pública. Actualmente, es Director del Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en Sistemas de Salud (CEGSS); ha escrito, varios libros. Ponencia: “Marco normativo y reformas en Guatemala”.



Claudia Pescetto

Economista egresada de la Pontificia Universidad Católica del Perú, con maestría en economía aplicada de la Universidad Johns Hopkins/USA. Con más de 20 años de experiencia nacional e internacional en sostenibilidad y desarrollo de sistemas de salud. Ha sido analista del departamento de mercados monetarios y capitales del Fondo Monetario Internacional (FMI), asesora en políticas de financiamiento de sistemas de salud y desarrollo de cuentas de salud en varios países de la región. Actualmente, se desempeña como asesora en economía y financiamiento de la salud de la OPS/OMS. Ponencia: “Elementos clave del financiamiento en la cobertura universal en salud: Hacia la equidad y la eficiencia”.



Oscar Cetrángolo

Argentino, licenciado en economía de la Universidad de Buenos Aires, con maestría en estudios de desarrollo en la Universidad de Sussex/Reino Unido. Se ha desempeñado en diversos cargos en el sector público argentino, ha sido consultor de varios organismos internacionales (OIT, OPS/OMS, BID, BM, PNUD y Euro Social). Es investigador de la Universidad de Buenos Aires, experto en políticas públicas de la CEPAL; representante titular del Gobierno de Argentina ante la Comisión Nacional de Impuestos; docente, autor de numerosos trabajos sobre políticas públicas (en especial tributación, seguridad social, salud y federalismo). Ponencia: “Fragmentación, financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino”.



Edgar Aníbal Hernández Navas

De nacionalidad guatemalteca, licenciado en economía, egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC). Con experiencia en el sector público no financiero (en desconcentración administrativa y financiera en el sector público de Nicaragua y en Guatemala), fue Viceministro de Administración Financiera del Ministerio de Finanzas Públicas (MINFIN). Consultor del consorcio alemán GOPA y AFC y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Actualmente, presta sus servicios en el proyecto apoyo a la gestión presupuestaria en Guatemala de un consorcio europeo. Ponencia: “Gestión por resultados en salud en Guatemala”.



Alejandra Contreras

De nacionalidad guatemalteca, economista egresada de la Universidad Rafael Landívar (URL), con maestría en economía de la Universidad de Illinois at Urbana Champaign, Estados Unidos y un posgrado en economía y finanzas de Banca Central del Banco de Guatemala (BANGUAT) y del Ministerio de Finanzas Públicas (MINFIN). Laboró como analista en el departamento de estadísticas económicas del Banco de Guatemala (BANGUAT). Desde el año 2010 es economista senior (Investigadora) del Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI), siendo coordinadora del área de presupuestos públicos y derechos humanos. Ponencia: “Financiamiento de salud en Guatemala”.



Kira Fortune

Maestra en antropología, desarrollo y género y maestra en salud pública internacional en la Universidad de Copenhague/Dinamarca, doctora en sociología de la Universidad de Londres/Inglaterra. Ha trabajado más de 15 años en África, Asia, Europa y América Latina, centrada en la incorporación de la perspectiva de género, los determinantes sociales de la salud, la salud y los derechos reproductivos, así como temas generales de salud pública. Desde el año 2008 se incorporó a la OPS/OMS en Washington D.C., donde es responsable del tema de los determinantes sociales de la salud. Ponencia: Abordajes de los determinantes sociales de la salud: “Salud en todas las políticas” (videoconferencia).



Miguel Ángel Alegretti Cammarano

De nacionalidad uruguaya, médico con profesorado en salud pública. Posee varias publicaciones y actualmente participa en un proyecto de investigación en el Uruguay. Es Director del Centro de Notificaciones del Departamento de Vigilancia en Salud. Ponencia: “Experiencia políticas intersectoriales: Experiencias de Uruguay”.



Julio Roberto Martínez Figueroa

De nacionalidad guatemalteca, ingeniero civil egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC). Ha colaborado con el Instituto Nacional de Sismología, Vulcanología Meteorología e Hidrología (INSIVUMEH), también ha trabajado con la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Actualmente, se desempeña como oficial del programa de prevención de crisis y recuperación y analista de programas del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Título de su presentación: “Abordaje de las determinantes de salud con enfoque integral desde el nivel territorial”.

Agenda del foro

AGENDA

FORO DE COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

jueves 18 y viernes 19 de septiembre de 2014
 Centro de Formación de la Cooperación Española, La Antigua Guatemala

Jueves 18 de septiembre	08:00 - 08:30	Inscripción de participantes
	08:30 - 09:00	Ceremonia de inauguración · Bienvenida · Objetivos del foro · Acto de inauguración
	09:00 - 09:30	Café
	09:30 - 11:00	Dimensiones de la Cobertura Universal en Salud (CUS) · Cobertura universal en salud - Perspectiva de las Américas (video) Dra. Carissa Etienne, Directora OPS/DMS
		· Derecho a la salud Sr. Christian Skoog, Representante UNICEF Guatemala
		· Cobertura o acceso universal, alternativas desde América Latina Dra. Asa Cristina Laurel, ALAMES
		· Cobertura universal, desafíos de los sistemas de salud Dr. William McGreevey, Experto Economista en Salud, Futures Group / USAID
	11:00 - 11:30	Café
	11:30 - 13:30	Panel de discusión N° 1 "Desafíos de Guatemala para brindar servicios de salud integrales y de calidad" Moderador: Dr. Baudilio López, USAID
		· Modelos de atención basados en APS renovada: "Modelos de atención centrados en la persona" Dr. Reynaldo Holder, OPS/DMS
· Experiencia de atención de Guatemala: "Mejorando el acceso de servicios de salud a través del programa de extensión de cobertura" Dra. Christine Lao-Peña, Banco Mundial		
	· Experiencia de atención de Guatemala: "Modelo de salud incluyente" Dr. Juan Carlos Verdugo, Medicus Mundi Navarra	
13:30 - 15:00	Almuerzo	
15:00 - 17:00	Panel de discusión N° 2 "Desafíos de Guatemala para fortalecer la rectoría y gobernanza del sector salud" Moderadora: Dra. Lidia Morales, Medicus Mundi Navarra	
	· Marcos jurídicos y reformas del sector salud Lic. Miguel Ángel González Block, Universidad Anáhuac, México	
	· Experiencia de la reforma del sector salud de El Salvador Dr. José Ruales, OPS/DMS	
	· Políticas de interculturalidad en Bolivia (videoconferencia) Lic. Juan Carlos Delgadillo, Ministerio de Salud de Bolivia con el apoyo de Eurosocial	
	· Marco normativo y reformas en Guatemala: Dr. Walter Flores, CEGSS	
17:00	Cierre del primer día	

AGENDA

FORO DE COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

jueves 18 y viernes 19 de septiembre de 2014
 Centro de Formación de la Cooperación Española, La Antigua Guatemala

Viernes 19 de septiembre

08:00 - 11:00	<p>Panel de discusión N° 3 "Desafíos de Guatemala para aumentar y mejorar el financiamiento en salud"</p> <p>Moderador: Dr. José Ruales, OPS/OMS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elementos claves del financiamiento en la cobertura universal en salud: "Hacia la equidad y la eficiencia" Eco. Claudia Pescetto, OPS/OMS - Modelos de financiamiento: "Experiencias internacionales" Dra. Christine Lao-Peña, Banco Mundial - Modelos de financiamiento en salud Dr. William McGreevey, Experto Economista en Salud, Futures Group / USAID - Fragmentación, financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino Dr. Oscar Cetrángolo, miembro del Consejo de Orientación de Eurosocial con el apoyo de Eurosocial - Gestión por resultados en salud en Guatemala Lic. Edgar Anibal Hernández, experto del programa UE/AGEP - Financiamiento de salud en Guatemala Licda. Alejandra Contreras, ICEFI Guatemala
11:00 - 11:30	Café
11:30 - 13:30	<p>Panel de discusión N° 4 "Desafíos de Guatemala para abordar los determinantes sociales de la salud intersectorialmente"</p> <p>Moderador: Dr. Ramiro Quezada, UNICEF</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordajes de los determinantes sociales de la salud: "Salud en todas las políticas" (videoconferencia) Dra. Kira Fortune, OPS/OMS - Experiencia de políticas intersectoriales: "Experiencia de Uruguay" Dr. Miguel Angel Alegretti Cammarano, Director del Centro de Notificaciones del Departamento de Vigilancia en Salud con el apoyo de Eurosocial - Experiencia de políticas y planes intersectoriales en Guatemala: "Programa Conjunto San Marcos" Lic. Julio Martínez, PNUD
13:30	Ceremonia de clausura

Declaración del foro de Cobertura Universal de Salud en Guatemala 18 y 19 de septiembre 2014: “Generando una agenda para abordar los desafíos de Guatemala para el logro de la Cobertura Universal de Salud”

“Los asistentes al foro de Cobertura Universal de Salud de Guatemala, organizado por la Red de Cooperantes Internacionales de Salud (RCIS), que contó con la participación de diversos expertos nacionales e internacionales en salud, así como de funcionarios de los sectores de salud, economía y social, miembros de la academia y sociedad civil en general,

damos cuenta de que durante estos dos días existió un intenso intercambio de experiencias con expertos en el tema de Cobertura Universal de Salud, se sostuvo un diálogo que permitió poner sobre la mesa de discusión, los diferentes desafíos que enfrenta Guatemala para cumplir con este objetivo.

Declaramos:

- Que el derecho a la salud, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- Que el logro de la cobertura universal de salud, implica que todas las personas tengan acceso, sin discriminación alguna, a los servicios integrales de salud de calidad que necesitan (promoción, prevención, tratamiento, paliación y rehabilitación), con pertinencia cultural, equidad de género, así como, a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y sin sufrir dificultades financieras, en particular los sectores pobres y vulnerables.
- Que el sistema de salud de Guatemala enfrenta diversos desafíos para garantizar el derecho a la salud, tales como la segmentación y fragmentación de los servicios de salud, una alta tasa de mortalidad materna e infantil, así como la emergencia de enfermedades crónicas, la vulnerabilidad del país a desastres naturales y un financiamiento insuficiente para enfrentar estos retos.
- Que pese a los avances logrados en el país, persisten inequidades en salud y se requieren esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad y las barreras al acceso y uso oportuno de servicios integrales de salud.
- Que se requiere el compromiso político a mediano y largo plazo, para fortalecer el sistema de salud y la adopción de políticas integradas e integrales, que aseguren el ejercicio del derecho a la salud y que aborden los determinantes sociales de la salud.
- Que la promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido.

Y manifestamos:

- La voluntad de la comunidad internacional para colaborar con el país para favorecer mecanismos de participación y diálogo.
- La voluntad de participar en la elaboración de propuestas de largo plazo, que puedan apoyar al país a definir su hoja de ruta para avanzar hacia la cobertura

universal de salud, acompañando los esfuerzos del Estado guatemalteco en reducir las brechas existentes para el cumplimiento efectivo del derecho a la salud.

- Y el fortalecimiento de la rectoría del sistema de salud y la provisión de servicios integrales de calidad a lo largo del curso de vida, promover estrategias intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud, y que el incremento del financiamiento público en salud sea apropiado, para asegurar la cobertura universal de salud.”



RCIS Guatemala

Red de Cooperantes Internacionales en Salud

