



# ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

## VISIÓN ESTRATÉGICA DE SALUD PÚBLICA PARA GUATEMALA

### PUBLIC HEALTH STRATEGIC VISION FOR GUATEMALA

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

#### RESUMEN

*Introducción:* El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS) se enfrenta ante un sinnúmero de limitaciones, desafíos y dificultades para funcionar de manera eficiente y efectiva. Cada cambio de gobierno trata de transformar al MSPAS pero sucumbe ante una cultura de continuidad, administraciones débiles y corrupción institucionalizada. El presente artículo propone una visión estratégica alterna para mejorar el rendimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. *Desarrollo:* Se propone una solución que mueva al MSPAS hacia lo ideal, un sistema de salud poblacional basado en siete conceptos probados —pensamiento en sistemas, tres funciones principales y diez servicios esenciales de salud pública, niveles de causalidad de enfermedades, programa de enlace comunitario, intervenciones basadas en el lugar, pensamiento farmacoeconómico y sistema de salud poblacional. La solución consiste en un Programa de Reestructuración y Revitalización, 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. *Conclusiones:* Las necesidades sociales de la población Guatemalteca requieren de un MSPAS diferente debido a deficiencias del modelo actual, insatisfacción ciudadana e insuficiencias demostradas por bajos niveles de acceso y cobertura de salud, y altos índices de morbilidad y mortalidad. El cambio de un MSPAS que falla a uno que funciona es posible. Precisa entonces procurar apoyo multisectorial para resolver las ineficiencias del sistema, y darle la oportunidad a un plan de acción distinto bajo el liderazgo colaborativo de expertos Guatemaltecos comprometidos, experimentados, versátiles y exitosos a nivel local e internacional.

*Palabras Clave:* Transformación, reforma, reestructuración, revitalización de sistemas de salud; mejoramiento del desempeño o rendimiento del sistema

#### ABSTRACT

*Introduction:* The Ministry of Public Health and Social Welfare of Guatemala (MSPAS) faces diverse limitations, challenges and difficulties to function efficiently and effectively. Each new government attempts to transform the MSPAS but succumbs to a culture of continuity, poor administrations and institutionalized corruption. This article proposes a strategic vision to enhance the Ministry of Public Health and Social Welfare of Guatemala performance. *Discussion:* A solution is proposed to move the MSPAS towards the ideal, a population health system based on seven proven concepts —systems thinking, three principal functions and ten essential public health services, disease causation levels, community liaising program, placed-based interventions, pharmacoeconomic mindset and a population health system. The solution comprises a Restructuring and Revitalization Program, understanding Restructuring as the reorganization of functions, structures, programs, services and benefits, and Revitalization as the development of a culture of excellence, high performance, transparency and accountability. *Conclusions:* The social needs of the Guatemalan population requires a different MSPAS due to deficiencies in the current model, citizenship dissatisfaction and insufficiencies demonstrated by low levels of health access and coverage and high rates of morbidity and mortality. The change of a Ministry of



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

Public Health and Social Welfare that fails to one that performs is possible. It is of the utmost importance then to secure multisectoral support to address system inefficiencies and give the opportunity to a different action plan under the collaborative leadership of committed, seasoned, resourceful and successful Guatemalan experts at local and international level.

**Key Words:** Transformation, reform, restructuring, revitalization of health systems; enhancing health system performance

### INTRODUCCIÓN

#### **Identificando el Problema: la situación actual y los desafíos de salud**

Las metas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los sistemas de salud alrededor del mundo aspiran mejorar el estado de salud de la población, aumentar la satisfacción ciudadana con la prestación de servicios, y proteger a la población contra riesgos financieros causados por problemas de salud<sup>1</sup>. Mientras que existe un acuerdo en cuanto a las metas generales de rendimiento de los sistemas de salud, los principales marcos de referencia utilizados para reformar sistemas de salud difieren en cuanto a las metas intermedias o resultados. Unos se enfocan en acceso, equidad, calidad y eficiencia; otros en equidad, elección, eficacia y efectividad; otros en productividad, volumen de atenciones y servicios, y calidad de atenciones y servicios; mientras que otros se concentran en atención de alta calidad y eficiente, acceso e innovación, y mejoramiento del sistema y fuerza laboral<sup>2</sup>. Independientemente de las metas generales e intermedias que se utilicen, los Ministerios de Salud Pública alrededor del mundo enfrentan un sinnúmero de limitaciones, desafíos y dificultades cumplir las metas de desempeño, y lograr impacto en la salud de la población de manera efectiva, eficiente, creciente y sostenible.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS) no se escapa del dilema de encontrar la fórmula para mejorar la salud de la población. Cada cambio de gobierno trata de transformar al MSPAS pero sucumbe ante una cultura de continuidad, administraciones débiles y corrupción institucionalizada, así como a una falta de visión estratégica para moverse del estatus quo hacia un verdadero sistema de salud poblacional. Por consiguiente, el presente artículo propone una visión alterna para mejorar el rendimiento del MSPAS comenzando con un cambio de pensamiento sobre lo que se podría lograr en Guatemala. Por ejemplo, imaginemos una Guatemala donde toda mujer tiene acceso a cuidado prenatal, parto y posparto, y cada niño nace saludable; toda la niñez asiste a una escuela en forma segura, sana y lista para aprender; todas las personas viven en comunidades con acceso inmediato a atención quirúrgica, obstétrica, por trauma y anestesia; toda la gente vive en comunidades protegidas de problemas infecciosos, ambientales y violencia; toda la gente vive su expectativa de vida plenamente y alcanza independencia de por vida; el aumento en la utilización de servicios esenciales y de emergencia en salud y cirugía se ha logrado por mejoramientos en la organización, funcionamiento y financiamiento del sistema de salud; y una Guatemala donde toda la gente está satisfecha con su estado de salud.

Quizás para algunos lo mencionado es una utopía o algo irrealizable o improbable que suceda. Sin embargo, el autor sostiene que esa Guatemala con ese sistema de salud regido por el MSPAS es posible con un cambio de visión y mentalidad. ¿Qué cambio de visión? ¿Qué cambio de mentalidad? Bueno, según tres frases célebres de Albert Einstein<sup>3</sup>, “una locura es hacer la misma cosa una y otra vez esperando obtener resultados diferentes; si buscamos resultados distintos, no hagamos siempre lo mismo; y no podemos resolver los problemas pensando de la misma manera que cuando los creamos”. Ninguna reforma del MSPAS o del sistema de salud será efectiva mientras se siga haciendo más de lo mismo. Es preciso pasar de un MSPAS que falla con una mentalidad de burócratas y receptores a un MSPAS que funciona con una mentalidad de emprendedores y clientes. Veamos varios ejemplos para comprender la visión propuesta: (1) en un mundo que funciona se rastrean millones de paquetes vía FedEx, DHL o UPS en cualquier país; en el MSPAS no se tiene información sobre todos los pacientes o patrones de enfermedad en tiempo real, (2) en cualquier ATM en el mundo se inserta una tarjeta de plástico y un código de cuatro dígitos para identificar quién es y cuánto dinero tiene en su cuenta para hacer un



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

retiro, y el ATM hace cambios de moneda y la entrega en cuestión de segundos; en el MSPAS no se tiene información sobre la calidad del gasto de los recursos o de su verdadero destino, ni del verdadero costo de los insumos y medicamentos, o de las fugas, pérdidas y malgasto, (3) los innovadores encuentran y emplean soluciones con sentido común todos los días ya que el mejoramiento del servicio es vital para mantener y aumentar clientes; esto no aplica en el MSPAS a pesar de tener la responsabilidad de prevenir enfermedades, y preservar y mejorar la salud de la toda la población, y (4) si el 70 a 90 por ciento de los clientes quieren algo, lo reciben; en el MSPAS, si el 70 a 90 por ciento de personas quieren algo no lo reciben, la burocracia no responde y sigue haciendo lo mismo y lo mejor para sí misma y no para la mayoría<sup>4</sup>. Se utiliza al MSPAS en estos ejemplos por su rol de gobernanza y rector del sistema de salud pública, pero aplica también al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (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.

No es sorpresa entonces de que las *desigualdades de salud* en Guatemala persisten y el estado de salud de la población pobre, indígena y rural sigue siendo la peor en el hemisferio occidental<sup>5</sup>. La situación actual y los desafíos de salud incluyen recursos, infraestructura y personal limitado, materiales y medicinas inadecuadas, enfoque en tratamiento de enfermedades, la mayoría de recursos se destinan a procedimientos hospitalarios, la disponibilidad de atención privada de salud es limitada, existe baja cobertura de seguros médicos, y más del 50% de la población vive en pobreza sin capacidad de afrontar los costos de la atención médica<sup>5</sup>. En virtud de esta situación, no sorprende tampoco que persistan una *variedad de ineficiencias* en el MSPAS, tales como fugas del sistema (*pérdidas, fraude, corrupción*), presupuestos inadecuados, bajo uso de medicamentos innovadores o genéricos de calidad, sobrevaloración de insumos, cultura de tardanza e ineficiencia, falta de personal en áreas rurales, mezcla inadecuada de estrategias e intervenciones, desigualdad de resultados, intersectorialidad ineficiente, baja cobertura de salud, baja calidad de servicios, exclusión, desintegración, fragmentación, plazas fantasmas, burocracia excesiva, escaso rendimiento de cuentas, y falta de comprensión, determinación y visión estratégica para resolver dichos problemas.

Por si lo anterior fuera poco, persiste también una *respuesta inadecuada para la transición epidemiológica* y Guatemala experimenta una *carga doble de enfermedad y recursos de salud insuficientes* para resolverla. La *carga doble de enfermedad* se caracteriza por altas tasas de enfermedades infecciosas, desnutrición crónica, mortalidad materna, mortalidad infantil, enfermedades crónicas y accidentes de tránsito y violencia. Esto lo agrava el hecho de que existe un 18% de analfabetismo, 56% de pobreza, 24% de pobreza extrema, una brecha de 4,449 puestos de salud (1,101/6,029) y 1,161 centros de salud (346/1,507), el sistema de salud está dividido, fragmentado, segmentado y sin coordinación ni integración, y el modelo de atención es curativo, reactivo, disperso y limitado<sup>6</sup>. Los *recursos de salud insuficientes* lo reflejan las bajas asignaciones de presupuesto destinadas para el MSPAS —0.96% de presupuesto en promedio del 1995 al 2010 y 1.21% en el 2010 del producto interno bruto (PIB)<sup>6</sup>, los hogares financian con sus propios recursos y de forma directa el 52.2% del gasto total en salud<sup>7</sup>, el gasto privado en salud equivale a 62%<sup>8</sup>, 83% carece de acceso mínimo a los servicios gratuitos del MSPAS o a esquemas de seguros de salud y Guatemala tiene el gasto de recursos gubernamental en salud per cápita más bajo de todo Centroamérica —\$176 versus \$436 (*PPA: Paridades de Poder Adquisitivo*)<sup>9</sup>. El gasto del sector público en salud equivale a 2.3% del PIB —1.1% del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGGS) para cubrir a 17% de la población, y 1.2% para el resto de dependencias gubernamentales de las cuales el MSPAS recibe 1.0% del PIB para cubrir a 83% de la población, lo cual señala la grave inequidad en el financiamiento de la salud en Guatemala<sup>9</sup>.

Por otro lado, la OMS estima que el valor de las ineficiencias de los sistemas de salud oscilan entre el 20 al 40 por ciento —23% *recurso humano*, 5% *medicinas*, 12% *hospitales*, 10% *fugas*, 50% *mezcla de intervenciones*— equivalentes a \$1.5 billones anuales, por lo que aumentar el presupuesto del MSPAS podría resultar contraproducente al proveer más recursos para sostener estrategias, personal y programación ineficiente y/o preservar una cultura de continuidad, administraciones débiles y corrupción institucionalizada. Se necesita un cambio transformacional pensando en que si se quieren resultados distintos no se puede seguir haciendo lo mismo. El presente artículo propone una visión estratégica alterna para mejorar el rendimiento del MSPAS.



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

### DESARROLLO

#### ***Brindando una Solución: moviéndonos hacia lo ideal: un sistema de salud poblacional eficiente y sostenible***

En principio, para mejorar el rendimiento del MSPAS no se tiene que inventar nada nuevo. Existe conocimiento, lecciones aprendidas, prácticas óptimas, estudios de caso y una variedad de abordajes que pueden fundamentar planes estratégicos y operativos nacionales en el sector de la salud. La propuesta del autor se enfoca en siete fundamentos esenciales para moverse de un sistema que falla que tiene una mentalidad de burócratas y receptores, a un sistema que funciona con una mentalidad de emprendedores y clientes.

1. *Pensamiento en sistemas*: la salud es un estado de balance, un equilibrio que establece el individuo consigo mismo y entre sí mismo y su entorno físico y social, a pesar de cualquier anomalía que pueda considerarse como signo o síntoma de enfermedad<sup>10</sup>. La salud pública es lo que se hace como sociedad en forma colectiva para asegurar condiciones en que la gente sea saludable<sup>11</sup>, y un sistema de salud representa todas las instituciones públicas, privadas y sin fines de lucro que contribuyen a la prestación de servicios esenciales de salud pública<sup>12</sup>. Para asegurar la salud y el bienestar de la población, tiene que existir un plan estratégico de Nación ejecutado en conjunto por el sector público, privado y sin fines de lucro. Esto podría realizarse por medio de un *Programa de Movilización Multisectorial* liderado colaborativamente por el sector político/público, empresarial/privado, medios de comunicación, donantes internacionales, sector religioso y organizaciones no-gubernamentales.
2. *Gestión efectiva de un sistema de salud*: el enfoque del MSPAS debería basarse en las tres funciones principales y los diez servicios esenciales de salud pública —*I. Evaluación*: 1. Monitorear la salud, 2. Diagnosticar e investigar, *II. Desarrollo de políticas*: 3. Informar, educar y empoderar, 4. Movilizar alianzas civiles, 5. Desarrollar políticas, y *III. Aseguramiento*: 6. Aplicar leyes, 7. Proveer o vincular a servicios, 8. Asegurar una fuerza laboral competente, 9. Evaluar impacto y rendimiento, y 10. Investigación científica<sup>13</sup>.
3. *Incorporación de niveles de causalidad de enfermedades*: la oferta de servicios debería fundamentarse en un paquete combinado de intervenciones individuales, ambientales, estructurales y supra-estructurales —*Individuales*: conocimientos, actitudes, prácticas, conductas y percepción de riesgo, ej. educación, consejería, castigo y recompensa, brindar información; *Ambientales*: condiciones de vida, recursos, presiones sociales y oportunidades, ej. organización comunitaria, acción legal, disponibilidad de programas, servicios y beneficios; *Estructurales*: leyes, políticas y procedimientos operativos estándar, ej. reformas constitucionales y legales, activismo civil, derechos humanos, cabildeo legislativo y votaciones; y *Supra-estructurales*: asuntos macro-sociales, económicos y políticos, ej. movimientos sociales, reducción de la pobreza, desarrollo económico, distribución de tierras. Dentro de las iniciativas exitosas basadas en los niveles de causalidad se pueden mencionar la prevención de la morbilidad y mortalidad (M&M) por accidentes de tránsito del programa de utilización de cinturón vehicular de EEUU, la prevención de la M&M por tabaco de la Campaña Contra Fumar Cigarrillos de EEUU, y la prevención del VIH/SIDA/ITS del Programa de Burdeles 100% Condón de Tailandia<sup>14</sup>.
4. *Incorporación de un programa de enlace comunitario*: un abordaje estratégico para liderar, organizar y apoyar esfuerzos conjuntos entre los sectores público, privado y sin fines de lucro para fortalecer, expandir y diversificar programas de prevención y salud pública. El programa comprende 6 estrategias —*networking comunitario, movilización comunitaria, alianzas estratégicas, generación de recursos, apalancamiento del sector privado y desarrollo de políticas*. Fue piloteado exitosamente en el 2003 para transformar el sistema de salud del Condado de Los Angeles en California, y recibió el Premio por





## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

Productividad y Calidad<sup>15</sup>.

5. *Incorporación de intervenciones basadas en el lugar*: el lugar donde las personas nacen, crecen, estudian, trabajan y viven puede ser tan dañino y mortal como las bacterias y los gérmenes<sup>16</sup>. El desarrollo de comunidades sanas por medio de intervenciones basadas en el lugar, tales como en el ambiente físico/construido, social, económico o de servicios, puede crear entornos comunitarios saludables y sostenibles y extender la expectativa y calidad de vida de las comunidades, en virtud de que los determinantes sociales afectan la salud de la población. Este programa fue piloteado en el 2008 y recibió el Premio a la Innovación del Sistema de Salud Pública del Condado de Los Angeles en California<sup>16</sup>.
6. *Incorporación de pensamiento farmacoeconómico*: la utilización de economía de la salud, particularmente las evaluaciones económicas (EE), de tecnología sanitaria (ETS) y farmacoeconómicas (FE), tienen impacto en por lo menos tres niveles, a saber: (1) *Impacto en enfermedades crónicas*: es más fácil planear y mejorar eficiencias en enfermedades crónicas que en agudas, por lo que se puede reinvertir estratégicamente los ahorros y eficiencias, y contribuir a la sostenibilidad del sistema, (2) *Impacto en las ineficiencias del sistema de salud*: como los presupuestos permanecen estáticos como porcentaje del PIB, la economía de la salud apoya en la toma de decisiones basadas en evidencia y el uso eficiente de recursos limitados para lograr los mejores resultados de salud posibles, y (3) *Impacto en el mejoramiento de la gestión sanitaria y la calidad de asistencia*: el reto para los sistemas de salud no es el acceso per se, sino los costos crecientes de atención médica, las limitaciones en disponibilidad de pago, y el uso ineficiente de recursos limitados, por lo que se pueden hacer evaluaciones de tecnologías sanitarias y económicas para determinar la mejor mezcla de intervenciones y estrategias, v.g., carga de enfermedad, minimización de costos, costo/efectividad, costo/beneficio, costo/utilidad, etc.
7. *Hacia un sistema de salud poblacional sostenible*: los modelos de explicación de los procesos de salud y enfermedad han evolucionado desde el abordaje basado en la enfermedad, y el enfoque médico e individual consistente en dos conceptos —*enfermedad y tratamiento*, al abordaje basado en salud pública que comprende dos esferas —*salud y prevención*, a la propuesta basada en salud poblacional conformada por tres áreas de enfoque —*prevención de enfermedad, promoción de salud óptima, y sobrelvida a largo plazo con calidad de vida*<sup>17</sup>. La salud poblacional requiere de esfuerzos organizados y decisiones informadas de la sociedad, organizaciones públicas y privadas, y comunidades e individuos basados en los determinantes sociales de la salud, y su finalidad es mejorar las vidas de la gente y las comunidades a quien se sirve de generación en generación.

Los siete conceptos descritos para moverse hacia un sistema de salud poblacional pueden realizarse en forma simultánea o en combinaciones de acuerdo a las necesidades, nivel de desarrollo y contexto de cada país. Los conceptos representan una alternativa para fortalecer los sistemas de salud, lo cual es fundamental para mejorar los resultados de salud y la capacidad del sistema para hacer frente a los retos, amenazas y emergencias del Siglo XXI, v.g., aceleración del progreso hacia los objetivos de desarrollo sostenible, reducción de la mortalidad materno-infantil, prevención de enfermedades crónicas, eliminación de la desnutrición, combate del VIH, malaria y otras enfermedades, y situaciones de crisis y desastres entre otras. En cuestiones de salud, los conceptos mencionados representan una manera fresca y práctica de fortalecer los sistemas de salud, y una forma de responder a problemas de salud que exceden la capacidad del sistema. Asimismo, reflejan estrategias de liderazgo que reconocen la inter-relación e inter-dependencia de diversos componentes como un solo sistema.

### **Creando Apoyo: una agenda para cambio real: de un Ministerio que falla a uno que funciona**

Tal y como se mencionó al principio, se tiene que abandonar el pensamiento tradicional y el estatus quo y aprender a pensar fuera de la caja; es decir, respeto, apertura, apoyo e interés en ver el mundo en forma diferente, y pensamiento diferente y no convencional desde una perspectiva creativa, novedosa e innovadora. En



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

consecuencia, la visión estratégica para el MSPAS comprendería la siguiente visión, misión y objetivos:

- *Visión:* personas sanas viviendo y construyendo comunidades sanas<sup>18</sup>
- *Misión:* promover salud física y mental y prevenir enfermedades lesiones y discapacidad
- *Objetivo 1:* reducir la carga de enfermedad, lesiones y discapacidad en la población guatemalteca
  - Tratamiento de enfermedades
  - Reducción de factores de riesgo de enfermedades
  - Enfoque en los determinantes sociales de la salud
- *Objetivo 2:* contribuir a cumplir con las 3 funciones principales y los 10 servicios esenciales de la salud pública

La sinopsis del cambio del MSPAS abarcaría cuatro aspectos, a saber:

1. *Contexto:* ineficiencias, baja calidad y cobertura de servicios, fugas y pérdidas constantes en el sistema
2. *Recursos:* todo el personal en puestos de liderazgo y dirección, además de organizaciones colaboradoras
3. *Reestructuración:* reorganización de funciones, estructuras, programas, servicios y beneficios
4. *Revitalización:* creación de una cultura de excelencia, alto desempeño, transparencia y rendición de cuentas

En base a lo anterior, la transformación del MSPAS representaría un proceso de *Reestructuración y Revitalización* (R&R) basado en una Matriz 3x9x27; es decir, 3 Metas (*cada meta compuesta por 3 objetivos*), 9 Objetivos (*cada objetivo compuesto por 3 estrategias*) y 27 Estrategias. Las metas brindarían la dirección general hacia la cual se dirigen los esfuerzos, el *adónde* se va. Los objetivos representarían los hitos o logros que deben alcanzarse para cumplir las metas, el *cómo* se va a hacer, y las estrategias corresponderían con el plan de acción para lograr los objetivos, o el *qué* se va a hacer. Para facilidad de comprensión y en lugar de describir en oraciones y párrafos la Reestructuración y Revitalización del MSPAS, las siguientes tablas describen con detalle la visión estratégica propuesta.

Tabla 1: Programa de Reestructuración y Revitalización (R&R) del MSPAS  
3 Metas y 9 Objetivos

<b>META 1</b> <b>MODERNIZAR LA CAPACIDAD TÉCNICA, PROGRAMÁTICA, GERENCIAL Y FINANCIERA</b>	<b>META 2</b> <b>FORTALECER, EXPANDIR E INNOVAR PROGRAMAS, SERVICIOS Y BENEFICIOS</b>	<b>META 3</b> <b>LOGRAR IMPACTO NACIONAL E INTERNACIONAL</b>
1.1. Desarrollo de liderazgo	2.1. Optimización y desarrollo de recursos	3.1. Sistemas de evaluación y rendición de cuentas
1.2. Desarrollo de sistemas y tecnología	2.2. Creación de modelos nuevos y expansión de cobertura	3.2. Programa de enlace comunitario y alianzas público/privadas
1.3. Desarrollo de organización e infraestructura efectiva	2.3. Creación de entornos comunitarios saludables	3.3. Intercambio y disseminación de información



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

Tabla 2: Meta 1: Modernización del MSPAS  
3 Objetivos y 9 Estrategias

<b>META 1</b>  <b>MODERNIZAR LA CAPACIDAD TÉCNICA, PROGRAMÁTICA, GERENCIAL Y FINANCIERA</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>
1.4. Desarrollo de liderazgo	1. Creación de líderes a todo nivel  2. Capacitación en economía de la salud (EE/ETS/FE)  3. Desarrollo de recurso humano (fortalecer sistema de salud, fuerza laboral e infraestructura)
1.5. Desarrollo de sistemas y tecnología	1. Sistema integrado de manejo de información (información de mundo real en tiempo real)  2. Mejoramiento y aseguramiento de calidad  3 Interconectividad y telemedicina
1.6. Desarrollo de organización e infraestructura efectiva	1. Estructura organizacional según visión estratégica  2. Integración de servicios público/privados  3. Expansión intersectorial de infraestructura

Tabla 3: Meta 2: Fortalecimiento, Expansión e Innovación del MSPAS  
3 Objetivos y 9 Estrategias

<b>META 2</b>  <b>FORTALECIMIENTO, EXPANSIÓN E INNOVACIÓN DE PROGRAMAS, SERVICIOS Y BENEFICIOS</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>
2.1 Optimización y desarrollo de recursos	1. Acceso a medicinas innovadoras y genéricos de calidad a precios referenciales  2. Compras estratégicas y en volumen  3. Farmacoeconomía y reinversiones estratégicas
2.2 Creación de modelos nuevos y expansión de cobertura	1. Expansión de cobertura de atención primaria (incluyendo 9 cirugías básicas)  2. Fortalecimiento quirúrgico: centros de atención



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

	<p>secundaria (28/44 cirugías esenciales)</p> <p>3. Fortalecimiento quirúrgico: atención terciaria (16/44 cirugías esenciales)</p>
2.3 Creación de entornos (espacios) comunitarios saludables	<p>1. Entorno físico/construido</p> <p>2. Entorno social y económico</p> <p>3. Entorno de servicios</p>

Tabla 4: Meta 3: Lograr Impacto del MSPAS  
3 Objetivos y 9 Estrategias

<b>META 3</b> <b>LOGRAR IMPACTO NACIONAL E INTERNACIONAL</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>
3.1 Sistemas de monitoreo, evaluación y rendición de cuentas	<p>1. Evaluaciones del valor técnico, programático, gerencial y financiero, y evaluaciones ETS, EE y FE</p> <p>2. Medición de indicadores de proceso, desempeño e impacto</p> <p>3. Manejo de riesgos de corrupción (prevención y corrección)</p>
3.2 Programa de enlace comunitario y alianzas público/privadas	<p>1. Networking y movilización comunitaria</p> <p>2. Alianzas estratégicas y generación de recursos</p> <p>3. Apalancamiento del sector privado y desarrollo de políticas</p>
3.3 Intercambio y diseminación de información	<p>1. Medicina basada en evidencia de mundo real</p> <p>2. Presentaciones y publicaciones en diversos formatos</p> <p>3. Laboratorio de soluciones de salud en línea</p>

Los resultados esperados del *Programa de Reestructuración y Revitalización 3x9x27* sería la transición de un MSPAS que falla a un MSPAS que funciona; en otras palabras, de un enfoque médico que mejora la salud del paciente atendido, a un enfoque de salud poblacional que mejora la salud de toda la población; de la atención basada en volumen que recompensa la cantidad de procedimientos, a la atención basada en valor que recompensa la calidad de procedimientos; de pacientes y familias ignoradas y desinformadas, a pacientes y familias socias bien informadas que reciben solo la atención que desean o necesitan; de un modelo de atención curativo, reactivo, disperso y limitado, a una atención integral más accesible, menos costosa y más efectiva en el punto de primer encuentro; de la falta de visión y planificación estratégica, a inversiones prudentes en personal,





## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

infraestructura, innovación, educación e investigación; de un sistema dividido en subsistemas, fragmentado, y segmentado sin coordinación ni integración, a uno que valora la integración, el trabajo en equipo y conjunto con comunidades y una red de servicios y socios locales, nacionales e internacionales; de monitoreo y evaluación ineficiente, a la evaluación de resultados para asegurar que las atenciones, tratamientos y procedimientos son efectivos, necesarios y que agregan valor; de un MSPAS que reacciona ante cambios inesperados, a uno que promueve cambios y mejoramientos; de una burocracia estática, ineficiente y cara, a una cultura de innovación, creatividad y emprendedurismo; de una burocracia sin imaginación que no toma riesgos, a una con incentivos y recompensas para personas y organizaciones innovadoras; de limitaciones burocráticas y legales para actuar y corregir deficiencias, a un contexto de poderes de emergencia para acelerar la transformación y no impedir o retrasar el saneamiento de la administración; de una burocracia dictatorial que define reglas, toma toda decisión, establece monopolios y no tolera la competencia, y la ineficiencia es la razón para aumentar personal y gastos, y para darle aún más dinero a los que fallan, a un MSPAS con administración y contratos por desempeño para mejorar el rendimiento del personal clave y de las organizaciones colaboradoras recipientes de financiamiento, v.g., sistema de bonos, pagos por productos, sanciones, multas y suspensiones; de receptores que esperan para ser atendidos sujetos a condiciones de burócratas para recibir bienes y servicios que necesitan, a emprendedores y clientes empoderados para demandar y exigir sus derechos; y de una burocracia excesiva con fugas de sistema por pérdidas, fraude y corrupción, a un MSPAS con transparencia interna y externa que comparte procesos y resultados con pacientes, familias, comunidades y otros actores de salud o proveedores y donantes para ser más responsable y mejorar la salud de todos<sup>4</sup>.

Las necesidades sociales sentidas de la población guatemalteca requieren de un modelo distinto y efectivo para transformar el sistema de salud debido a deficiencias del modelo actual, insatisfacción con la prestación de servicios, insuficiencia demostrada por bajos niveles de acceso y cobertura y altos índices de morbilidad y mortalidad, y la necesidad de mejorar el sistema incorporando algo diferente. El desarrollo de un nuevo modelo organizacional y funcional que le permita al MSPAS mejorar su rendimiento anticipa una resistencia monumental al cambio, particularmente siendo un sistema tradicional bien establecido y enraizado. Los cambios radicales en el sistema de salud de un país no se dan con frecuencia, y muchas veces requieren de un choque político o económico para iniciar el proceso de reforma, por lo que los reformadores tienen que estar preparados para aprovechar oportunidades de cambios profundos cuando se presentan<sup>19</sup>.

Consciente de que no es fácil moverse del sistema actual al ideal de un día para el otro o a corto plazo, la reestructuración y revitalización propuesta pretende contribuir con pensamiento y dirección apropiada para implementar políticas destinadas a resolver problemas inmediatos mientras se persiguen metas a largo plazo, así como apoyar con soluciones fundamentales a largo plazo más que correcciones o reparaciones rápidas. Como no existe una estrategia efectiva por sí sola, el denominador común radica en la multiplicidad de abordajes y actores de salud e intersectorialidad teniendo en cuenta, como ya se mencionó, que el MSPAS tiene que aprender a pensar fuera de la caja y ejecutar algo nuevo para tener resultados distintos.

Es posible construir un MSPAS más inteligente y productivo, así como más eficiente y efectivo. Sin embargo, el cambio requiere de una mentalidad de experimentación valiente y constante, y una perseverancia optimista en cuanto al cambio. Asimismo, requiere de la comprensión de que *“el éxito en la vida no se mide por lo que se logra, sino por los problemas, barreras y obstáculos que se superan (Anónimo)”*, por lo que los siguientes desafíos tendrían que resolverse para producir los cambios esperados:

1. Ambiente de opinión favorable
2. Alto nivel de compromiso político
3. Apoyo total de los actores clave de salud
4. Consenso en acceso universal a los servicios de salud
5. Financiamiento adecuado
6. Estructura organizacional y funcional efectiva
7. Sistema sólido de adquisición y manejo de medicinas y suministros
8. Integración de servicios con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGGS) y otros proveedores



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

de salud públicos y privados

9. Sistema efectivo de manejo de información estratégica
10. MSPAS más pequeño, eficiente y responsable, y más seguro, innovador y dinámico
11. Ciudadanía que demanda resultados de los políticos electos
12. Políticos sin agendas personales ni partidistas

Al imaginar a esa Guatemala con ese MSPAS diferente y efectivo, la nueva visión estratégica de salud pública resultaría en cinco imperativos estratégicos, a saber: (1) impacto en la población pobre, indígena y rural, (2) prevención de enfermedad, promoción de la salud, y prolongación de calidad de vida, (3) desarrollo de entornos comunitarios saludables, (4) eficiencia, transparencia y rendición de cuentas, y (5) liderazgo futurista, compartido y de servicio.

La reestructuración y revitalización del MSPAS puede conducir al mejoramiento del estado de salud de la población, al aumento en la satisfacción ciudadana con la prestación de servicios, y a la protección de la población contra riesgos financieros causados por quebrantos de salud. Esta transformación puede resultar también en el anhelado acceso universal por medio del (1) desarrollo de alianzas con el sector privado, agencias donantes y cooperación técnica, y la industria farmacéutica para fomentar la innovación y compartir responsabilidades, (2) enfoque en resultados en lugar de procesos para mejorar los beneficios de salud y aumentar la expectativa y calidad de vida de la población, y (3) generar valor agregado para lograr la efectividad y sostenibilidad del sistema.

### CONCLUSIONES

Las necesidades sociales de la población Guatemalteca requieren de un MSPAS diferente debido a deficiencias del modelo actual, insatisfacción ciudadana e insuficiencias demostradas por bajos niveles de acceso y cobertura de salud, y altos índices de morbilidad y mortalidad. La transformación de un MSPAS que falla a uno que funciona es posible. Los fundamentos científicos, médicos y de salud pública y poblacional se conocen. La evidencia de mundo real avala las metas, estrategias y objetivos propuestos. Precisa entonces procurar apoyo multisectorial para resolver las ineficiencias del sistema de salud, y darle la oportunidad a un plan de acción distinto bajo el liderazgo colaborativo de expertos Guatemaltecos comprometidos, experimentados, versátiles y exitosos a nivel local como internacional.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. WHO, Geneva, Switzerland, 2003.
2. Kothari, C.R. Research Methodology: Methods and Techniques. New Age International, 2008.
3. Martin AR. Las 200 Mejores Frases Célebres de Albert Einstein. Lifeder.com. Disponible en: <https://www.lifeder.com/frases-de-albert-einstein/>
4. Gingrich N. Real Change: From the World that Fails to the World that Works. Regnery Publishing; First Edition, USA, 2007.
5. United States Agency for International Development. *Health and Nutrition Facts*. USAID Guatemala, 2015.
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos Estratégicos del MSPAS 2012 – 2015. Guatemala, Febrero 2012.



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Financiamiento y gasto en salud. Unidad de Planificación Estratégica. Guatemala, período 2016-2017.
8. Organización Panamericana de la Salud. Financiamiento de la Salud en las Américas. Disponible en: [paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=290&lang=es](http://paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=290&lang=es)
9. United States Agency for International Development (USAID). Guatemala: Análisis del Sistema de Salud 2015. Health Finance & Governance Project. Guatemala, 2015.
10. Sartorius, Norman. The Meanings of Health and Its Promotion. Croat Med J. 2006 Aug; 47(4): 662-664.
11. Institute of Medicine (IOM). The Future of Public Health. Committee for the Study of the Future of Public Health. Division of Health Care Services, USA, 1988.
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). What is Population Health? Office of Public Health Scientific Services. USA, 2019. Disponible en: <https://www.cdc.gov/pophealthtraining/whatis.html>
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). The Public Health System and the 10 Essential Public Health Services. USA, 2018. Disponible en: <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html>
14. Calderón MR. The HIV/AIDS Multidimensional Model. The HIV/AIDS Prevention and Control SYNOPSIS Series. Family Health International. USA, 1997. Disponible en: [https://issuu.com/marioricardocalderonmdmphfmer./docs/1.synopsis.multidimensional\\_hiv\\_aid](https://issuu.com/marioricardocalderonmdmphfmer./docs/1.synopsis.multidimensional_hiv_aid)
15. Calderón MR. Developing a Community Liaising Program in Los Angeles County. SPA 3 & 4 Best Practice Collection. Los Angeles County Department of Health Services, USA, 2009. Disponible en: <https://issuu.com/marioricardocalderonmdmphfmer./docs/developing.community.liaising1>.
16. California Newsreel. Unnatural Causes: Is inequality making us sick? National Association of County and City Health Officials (NACCHO). USA, 2008. Disponible en: [https://www.unnaturalcauses.org/episode\\_descriptions.php](https://www.unnaturalcauses.org/episode_descriptions.php)
17. Calderón MR. Visión Estratégica de Salud Pública para Guatemala. Presentaciones, Segundo Microciclo Académico de Educación Continua en Salud Pública, Doctorado en Salud Pública, Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), Febrero 5, 2016, y ante Consejo de Ciencia y Tecnología (CONCYT), Abril 13, 2016.
18. Calderón MR. Proposed Strategic Direction: Ministry of Public Health and Social Welfare of Guatemala. Lineamientos Estratégicos del MSPAS presentados al Presidente Oscar Berger, Los Angeles, California, USA, 2004.
19. Karlberg, Ingvar. Book Review: Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. USA, 2004. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1393275/>



## ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO


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

Guatemala, 12 de Mayo 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:  
"Visión Estratégica de Salud Pública para Guatemala"

Enviado a la sección de la revista: "Artículo Original Cualitativo"

El trabajo no ha sido enviado simultáneamente a otra revista: Si ___ No <u>xx</u>	El trabajo es original e inédito: Si ___ <u>xx</u> No ___
Los autores ceden los derechos de publicación a la Revista Cubana de Tecnología de la Salud: Si <u>xx</u> No ___	Existe <b>conflicto de interés</b> entre los autores: Si ___ No <u>xx</u>
<b>Novedad científica, aporte a la ciencia o importancia</b> de esta publicación:	
Propuesta singular de reestructuración y revitalización para mejorar el funcionamiento del Ministerio de Salud y Asistencia Social de Guatemala.	
¿Cómo, desde su ciencia, contribuye al enriquecimiento de las bases epistémicas de <b>Tecnología de la Salud</b> ?	
El artículo sugiere un modelo alternativo para mejorar la eficiencia y efectividad del sistema de salud de Guatemala con la finalidad de mejorar la salud de la población, aumentar la satisfacción ciudadana y proteger a la población de riesgos financieros.	
Esta investigación es una salida de proyecto de investigación: Si ___ No <u>xx</u>	
<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 <u>xx</u> No ___	
Todos los autores están de acuerdo con la versión final de la publicación: Si <u>xx</u> No ___	
Todos los autores garantizan el cumplimiento de los aspectos éticos de la investigación y de publicación científica, así como de la bioética: Si <u>xx</u> No ___	
Fecha de recibido: 06 de mayo de 2019 Fecha de aprobado: 13 de mayo de 2019	
 <p>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>.</p>	