

Oficina Internacional del Trabajo – Oficina Panamericana de la Salud

*Iniciativa para la extensión de la protección social en salud
a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe*

ESTUDIO DE CASO

Servicio Solidario de Salud de la CGTG

Guatemala - Guatemala

*Elaborado por:
Erlend Muñoz y James Cercone
Instituto Latinoamericano de Políticas Públicas*

*San José, Costa Rica
Agosto 1999*



**Programa OIT-STEP
Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza
Departamento de la Seguridad Social**

I. Introducción

El presente trabajo es un informe descriptivo de un Sistema de Seguro de Salud que funciona en el Municipio de Guatemala desde 1996. Dicho Sistema ha sido creado y desarrollado por una organización sindical llamada la Central General de Trabajadores de Guatemala (CGTG).

Para 1996 se estimó la población de Guatemala en 10.980.048, de ellos el 75,5% vive en estado de pobreza, la cual afecta a un total de 1.193.867 familias las cuales viven en malas condiciones higiénicas y generales, donde prevalecen las infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas intestinales y deficiencias en la nutrición. Todas ellas enfermedades prevenibles con relativas facilidad.

Dentro de este contexto, cabe mencionar, que a nivel nacional funcionan en Guatemala diferentes sistemas de seguridad en salud. A pesar de ello no todos se ajustan las características de los Microseguros.

El Sistema Mutua de Atención Primaria, gestionado por CGTG, con sede en la capital de Guatemala; posee los rasgos que distinguen a los Microseguros. El concepto de Microseguro de salud hace referencia a sistemas de seguro de carácter local instituidos con el fin de procurar protección social ante contingencias relacionadas con el estado de salud de las poblaciones involucradas.

El Servicio Solidario de Salud de la CGTG constituye una experiencia innovadora de iniciativa local para el desarrollo de la protección social en el campo de los servicios de salud de nivel primario. Se trata de un proyecto impulsado por la CGTG que para su creación contó en el apoyo financiero y técnico de un organismo español. Mediante el Sistema de Atención Primaria, el programa cubre a más de 900 afiliados (titulares directos) y sus familiares, y funciona en un ámbito territorial que comprende el centro y periferia del Municipio de Guatemala. Se financia mediante las cotizaciones de los afiliados, venta de algunos servicios, y con el apoyo financiero de un *fondo común* de la CGTG.

Con este marco de referencia, este documento recoge una descripción de diversos aspectos asociados a las características y funcionamiento del Sistema de Salud de la CGTG.

II. Descripción resumida del Sistema de Seguro de Salud

Esta sección proporciona una descripción resumida del sistema de seguro de salud. La misma está destinada a ayudar al lector a entender y analizar la información contenida en el resto del estudio.

1. Nombre del sistema de seguro: **Servicio Solidario de Salud de la CGTG.**
2. Nombre de la organización responsable del SIS o propietaria (si la propiedad fue definida legalmente): **Central General de Trabajadores de la CGTG.**
3. Dirección de la sede social del SIS: **3a Ave., 12-22, zona 1, Guatemala, Guatemala.**
4. Fecha de creación del SIS (Concepción): **julio, 1996.**
5. Fecha de inicio de las actividades del SIS (pago primeras prestaciones): **julio, 1996.**
6. Fecha de creación de la organización responsable del SIS: **diciembre, 1987.**
7. Organización responsable del SIS:
 - ☒ asociación civil sin fines de lucro
 - ☐ organización mutualista
 - ☐ organización cooperativa
 - ☐ otro tipo de organización comunitaria
 - ☐ prestador de servicios de salud con fines de lucro
 - ☐ prestador de servicios de salud sin fines de lucro
 - ☐ sindicato
 - ☐ otros
8. Personería jurídica del SIS:
 - ☐ Posee
 - ☒ No posee
9. Otras actividades de la organización responsable del SIS:
 - ☐ ninguna
 - ☐ seguro de fallecimiento
 - ☐ prevención, educación para la salud
 - ☐ seguro de invalidez
 - ☐ ahorro y crédito
 - ☐ pensión
 - ☒ actividades de tipo sindical
 - ☐ educación/alfabetización
 - ☐ otras formas de seguro
 - ☐ otros servicios sociales
 - ☒ otras actividades: **Estudio e investigación de cuestiones laborales y ejecución de acciones para la mejora de las condiciones de vida de los trabajadores Guatemaltecos.**

10. Tipo de afiliados:

- ☐ personas a título individual que pertenecen a grupo de trabajadores organizados
- ☐ grupos
- ☒ otros: **personas a título individual que no pertenecen a grupo de trabajadores organizados.**

11. Beneficiarios:

- ☒ familia: cónyuge e hijos menores de 18 años de edad
- ☐ otras personas a cargo
- ☐ personas indigentes
- ☐ otros

12. Adquisición del carácter de afiliado:

- ☒ voluntario
- ☐ automático
- ☐ obligatorio

13. Número actual de afiliados del SIS clasificados por edad: **Al agosto de 1999 se tienen registrados 948 afiliados de los cuales alrededor del 40% son mujeres. La distribución exacta por sexo y edad no está disponible a la fecha.**

14. Número actual de beneficiarios del SIS: (no hay datos referidos a la edad de los afiliados): **No se posee el número exacto, pero a agosto de 1999, podrían ser unos 4.740¹.**

15. Número total de afiliados a la organización responsable del SIS: **La CGTG posee solo en el Municipio de Guatemala alrededor de 16.000 afiliados.**

16. Zona residencia de afiliados y beneficiarios:

- ☐ zona rural
- ☒ zona urbana porcentaje aproximado: **3%**
- ☒ zona peri-urbana porcentaje aproximado: **97%**

17. Vínculos entre los afiliados (fuera de la pertenencia al SIS):

- ☐ sin relación entre los afiliados
- ☐ miembros de una misma empresa
- ☐ miembros de un mismo sector ocupacional
- ☐ miembros de un mismo pueblo, barrio o comunidad geográfica
- ☐ miembros de un mismo grupo étnico
- ☐ miembros de una misma cooperativa
- ☐ miembros de una misma mutual
- ☐ miembros de una misma organización sindical
- ☐ miembros de una misma asociación
- ☒ otros: militantes del ideario sindicalista

18. Situación económica de los afiliados: **El 70% de los afiliados pertenece a la economía informal, 10% Sector privado y 10% Sector público. Se estima que el 72,44% de los afiliados perciben ingresos inferiores al umbral de pobreza.**

¹ Este dato surge del supuesto que el afiliado en promedio tiene una familia de cinco miembros.

Además los trabajadores de la economía informal reciben en promedio Q21 (US\$2,8) diarios².

19. Restricciones a la posibilidad de afiliación:

- ☐ según edad
- ☐ según sexo
- ☐ según riesgos de enfermedad
- ☐ según lugar de residencia
- ☐ según religión
- ☐ según raza y/o grupo étnica
- ☐ según ingresos
- ☐ no pertenencia a una organización particular (empresa, cooperativa, sindicato etc.)
- ☒ otros : **ser persona económicamente pudiente como para acceder servicios de salud alternativos.**

20. Zona geográfica cubierta por el SIS: **Centro y periferia del Municipio de Guatemala³.**

21. Tipo de servicios de salud cubiertos por el SIS:

- ☒ servicios ambulatorios
- ☐ atención hospitalaria (internación)
- ☐ medicina especializada
- ☐ prevención y promoción de la salud
- ☒ farmacia
- ☐ atención del parto normal
- ☒ exámenes de laboratorio
- ☐ radiología
- ☐ vacunaciones
- ☐ otros

22. Costo total del servicio en el último ejercicio (último año en su defecto):

Los responsables estiman que para mantener funcionando los servicios brindados por el SIS se requiere de Q28.000 (US\$3.733) mensuales.

23. Modalidades de financiación del seguro de salud:

- ☒ cotizaciones de afiliados
- ☐ otras cotizaciones
- ☐ contribuciones del Estado (nacional, subnacional, local)
- ☒ transferencia de las utilidades (ganancias procedentes) de otras actividades desarrolladas por la organización responsable del SIS
- ☐ contribuciones y subvenciones de otros actores
- ☐ rendimiento financiero de las reservas
- ☒ otros: **fondo común de la CGTG para hacer frente a los déficits recurrentes del SIS.**

² A lo largo del todo el documento se supone que la conversión de quetzales a dólares se hace a razón de 7,5 quetzales por dólar.

³ En el transcurso de este documento Municipio de Guatemala se refiere al Municipio de la ciudad de Guatemala; y Guatemala al país en su totalidad.

24. Tipo de cotizaciones:

- ☒ cuota fija diferenciada según la categoría (edad, sexo, etc.) del afiliado
- ☐ cuota fija sin diferenciación de categoría del afiliado
- ☐ porcentaje de los ingresos diferenciado según la categoría del afiliado
- ☐ porcentaje de los ingresos sin diferenciación según la categoría del afiliado
- ☐ en relación con los riesgos personales del afiliado
- ☐ otros

25. Monto promedio de cotizaciones pagadas por afiliado en el último año:

Monto Q30.45 equivalente US\$ 4.

26. Prestadores de servicios autorizados:

- ☐ sector público
- ☐ sector privado con fines de lucro
- ☐ sector privado sin fines de lucro
- ☒ organización responsable del SIS nivel: **1** número: **1**

27. Nivel de participación de los afiliados en la administración:

- ☐ gestión democrática por los afiliados (Asamblea General)
- ☒ gestión a cargo de la organización responsable del SIS sin participación de los afiliados
- ☐ gestión a cargo de la organización responsable del SIS con participación de los afiliados

28. Proceso de gestión del SIS:

- ☐ no asalariados únicamente
- ☒ no asalariados y gestores asalariados
- ☐ exclusivamente asalariados del SIS
- ☐ gestión confiada a una institución pública o privada
- ☐ participación en la gestión de los asalariados de otras organizaciones

29. Asistencia técnica:

- ☐ se beneficia de asistencia técnica continua
- ☐ beneficia de asistencia técnica con carácter periódico
- ☐ beneficia de asistencia técnica puntual
- ☒ no beneficia de asistencia técnica desde: **Marzo, 1998**

30. Participación en un sistema de reaseguro:

- ☐ si
- ☒ no

31. Participación en un fondo de garantía:

- ☐ si
- ☒ no

32. Otros actores que desempeñan un papel importante en el funcionamiento

Las organizaciones de base desempeñan un papel importante como medios de información y contacto entre el SIS y los afiliados organizados.

III. Contexto en que funciona el Sistema de Seguro de Salud

En este capítulo se presenta, con visión fotográfica, el contexto local en el que funciona el Sistema de Seguro de Salud desarrollado por la CGTG. Alguna información de interés no estaba disponible para la zona en donde el SIS desarrolla sus actividades, por lo cual se hace referencia al departamento de Guatemala. Además se trata hasta donde sea posible de mostrar los datos existentes a nivel nacional como una forma de comparar cifras.

1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS

El SIS desarrolla sus actividades en la zona urbana y peri-urbana del Municipio de Guatemala. Según el censo nacional de 1994, la población de este municipio era de 823.301, de los cuales el 46,75% son mujeres y el 53,25% varones. Por su parte la población nacional contabilizaba 8.331.874 habitantes con una tasa de crecimiento anual del 2,5%⁴. La densidad de la población es de 94 personas por kilómetro cuadrado. A continuación se desglosa la población del Municipio de Guatemala y Nacional según grupos de edad.

Cuadro N°1. Distribución de la población del Municipio de Guatemala y Nacional según grupos de edad, Censo 1994

Grupo de edad	Municipio de Guatemala	Nacional
0 a 6 años	129.623	1.828.471
7 a 14 años	136.962	1.837.721
15 a 64 años	511.908	4.348.172
65 o más	44.808	317.510

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Guatemala.

Además es interesante conocer la distribución de la población según otros aspectos, tales como grupo étnico y alfabetismo. El siguiente cuadro detalla esta distribución.

Cuadro N°2. Distribución de la población del Municipio de Guatemala y Nacional según grupo étnico y alfabetización, Censo 1994

Grupo étnico*		Alfabetismo	
Indígena	No indígena	Alfabetizado	No alfabetizado
Municipio de Guatemala			
53.802	740.922	514.691	42.025
Nacional			
3.476.684	4.637.380	2.995.911	1.669.771

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Guatemala.

*Para el dato Nacional existe un grupo clasificado como *ignorados* equivalente a 217.810 personas

Cabe destacar, por otro lado, que de la población nacional registrada en 1994, el 35% pertenecen a la zona urbana y el 65% a la rural.

⁴ Tasa de crecimiento intercensal 1981-1994.

Se estima que el número promedio de miembros por familia es 5 personas. Esta cifra es válida tanto a nivel Nacional como para el Municipio de Guatemala.

En relación a las corrientes migratorias, aproximadamente un millón de habitantes están obligados a vender su fuerza de trabajo en las fincas de los centros de producción ubicados en el Norte, Sur y el Oriente del país. La migración provoca mucha deserción escolar ya que los niños tienen que reemplazar la mano de obra del padre de familia. La región metropolitana por sus características sociales y económicas, resulta ser el centro de atracción para la migración principalmente de la región Suroccidental, siguiéndole Escuintla y el Petén, por demanda de trabajo y disponibilidad de colonización. La problemática de los refugiados, repatriados y desplazados internos es preciso analizarla en relación con el resto de la población Guatemalteca, ya que los refugiados cruzaron la frontera y buscaron protección en países vecinos de México, Belice, Honduras y otros países. Los repatriados retornaron a diferentes áreas y los desplazados internos se trasladaron a otros lugares del país.

2. Aspectos económicos

El producto nacional bruto por habitante en Guatemala es de US\$1.580. En relación a los salarios mínimos, definidos según la legislación vigente, el siguiente cuadro los especifica por sector de actividad económica.

Cuadro N°3. Salarios mínimos de Guatemala, según rama de actividad económica.

Rama de actividad	Salario mínimo	
	Quetzales	Dólares
Agricultura y ganadería	19,65	2,62
Comercio	21,68	2,89
Industria manufacturera	21,68	2,89
Servicios	21,68	2,89
Construcción	21,68	2,89

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Guatemala.

Cabe destacar que en el momento del estudio no se logró adquirir información relacionada con los gastos de bolsillo en salud.

En relación a los principales sectores de actividad, el municipio de Guatemala se caracteriza por el comercio formal e informal, así como la industria manufacturera. Además el sector público se constituye en una importante fuente de trabajo para los pobladores de la zona de funcionamiento del SIS.

El departamento de Guatemala poseía en 1994 una Población Económicamente Activa de 660.242, de los cuales 5.784 se encontraba desocupada y 654.458 ocupada. A nivel nacional la tasa de desempleo abierto para 1998 fue de 5,6 por ciento.

En relación al costo de la vida en Guatemala, es interesante observar el costo de una canasta básica de alimentos para una familia típica. El cuadro que se exhibe a continuación especifica esta información.

Cuadro N°4. Costo de la canasta básica de alimentos para una familia típica Guatemalteca compuesta por 5,38 miembros. Diciembre, 1997.

	Quetzales	Dólares
Costo familiar diario	38,71	5,16
Costo familiar mensual	1.177,43	156,99
Costo familiar anual	14.129,15	1.883,88
Costo diario canasta básica vital	70,63	9,41

Fuente: Departamento Nacional de Salarios. Dirección General de Trabajo. Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Guatemala.

El 74% de la población guatemalteca sufre algún grado de pobreza dentro de un marco de extrema inequidad económica, con un índice de Gini (en 1989 de 0.59) que ubica al país como uno de los más inequitativos de la región de las Américas, donde el 20% de las familias captan el 63% de ingresos y el 40% sólo el 8%. (UNICEF, 1996).

Dentro de esta caracterización encontramos notables diferencias como las del siguiente cuadro:

Cuadro N°5. Distribución del nivel de pobreza según etnicidad y distribución física

Dimensión de Desigualdad	Población en Pobreza	
Etnicidad	Indígena	91.3%
	No indígena	55.6%
Distribución física	Rural	71.9%
	Urbano	57.2%

Fuente: UNICEF, 1994.

La pobreza también se expresa en la ciudad capital con la presencia de 702.100 personas viviendo en barrios marginales, de las que 360.000 carecen totalmente de condiciones de habitabilidad y servicios vitales mínimos.⁵

3. Aspectos sociales

En relación al nivel de educación y alfabetización el 26% de los hombres mayores de 15 años son analfabetas, para el caso de las mujeres la cifra es aún mayor, 41%. El cuadro que se presenta a continuación clasifica a la población mayor de siete años según el nivel de escolaridad. La información refiere al Municipio de Guatemala y Nacional.

Cuadro N°6. Nivel de escolaridad de la población del Municipio de Guatemala y Nacional. Censo 1994.**

Nivel de escolaridad	Municipio de Guatemala	Nacional
Ninguno	55.199	2.276.184
Pre-primaria	9.994	136.241
Primaria	315.912	3.117.598

⁵ UNICEF. Caracterización de áreas precarias de la ciudad de Guatemala, 1994.

Nivel de escolaridad	Municipio de Guatemala	Nacional
Secundaria	235.756	816.648
Superior	76.817	156.696

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Guatemala.

** Población de siete años de edad o mayor.

Es interesante destacar el aspecto de los servicios sociales disponibles. A pesar que la zona de implementación del SIS se encuentra en el área urbana y periurbana de un Municipio metropolitano, la mayoría de sus habitantes no poseen los servicios básicos. La falta de empleo y oportunidades en la zona rural del país origina la afluencia de personas hacia las ciudades y áreas más pobladas. Ello origina una demanda por servicios (agua, electricidad, alcantarillados, etc.) mayor que la capacidad del sector público por abastecer estos requerimientos. El siguiente cuadro muestra el número de personas que habitan en el Municipio de Guatemala y que tienen acceso a distintos servicios básicos.

Cuadro N°7. Número de personas en el Municipio de Guatemala que cuentan con algunos servicios sociales básicos. Censo 1994.

Tipo de servicio	Número de personas que disponen del servicio
Agua	161.937
Drenaje	145.034
Electricidad	165.014

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Guatemala.

En vista de lo anterior, las organizaciones sociales en Guatemala ha jugado un papel importante en la sociedad, principalmente en épocas de crisis socioeconómicas como las que atraviesa el país actualmente. Estas han tenido diferentes niveles de participación de acuerdo con las condiciones políticas, económicas y sociales de las diferentes épocas.

En 1997 las organizaciones sociales en Guatemala se agrupan como a continuación se detalla.

Cuadro N°8. Clasificación y número de organizacione sociales en Guatemala, 1997

Tipo de organizaciones	Cantidad	Porcentaje
Asociaciones civiles	1.565	41,75%
Cooperativas	1.238	33,03%
Sindicatos	440	11,73%
Comités	212	5,66%
Organizaciones políticas	200	5,33%
Fundaciones	94	2,5%

Fuente. COLACOT, 1998

La mayoría de las organizaciones sociales buscan legalizarse, su población es heterogénea, el ámbito local es su principal campo de acción y la mayoría de las actividades son de tipo económico en la producción de bienes y servicios.

Cabe destacar el papel que juega el movimiento sindicalista. Aunque según el cuadro presentado anteriormente el 11,73% de las organizaciones de primer grado⁶ éstas agrupan una gran cantidad de personas que ven en ellas la vía más eficaz de reivindicar sus derechos principalmente de tipo laboral.

4. Indicadores de salud

Durante el año 1994 nacieron vivos 371.128 niños. En 1994 fallecieron 17.907 menores de un año, que representan el 27% del total de defunciones. La tasa de mortalidad infantil establecida en 1994 fue de 48,25 por 1.000 nacidos vivos. Se considera que estos datos puedan estar subregistrados, los datos preliminares de la Escuela Materno Infantil reportan que la tasa de mortalidad infantil quinquenal por 1.000 nacidos vivos es de 51,0.

En zonas residenciales de la ciudad capital mueren menos de 10 niños al año por cada 1000 nacidos, mientras que en zonas rurales pobres de la República mueren más de 120. La mortalidad infantil en la población indígena es superior a la que se presenta en la población no indígena.

La baja cobertura de los servicios de salud, solamente un 40% de población con acceso a los servicios, es una de las causas del incremento de los índices de morbilidad y mortalidad.

En 1994 se registraron 17.907 defunciones en menores de un año, el cuadro que se presenta a continuación enumera las diferentes causas.

Cuadro N°9. Causas de mortalidad en niños menores de un año. Guatemala 1994

Causa de muerte	Número de casos	Porcentaje
Afecciones originadas en el periodo perinatal	9.039	49,72%
Neumonía	3.053	16,8%
Enfermedades infecciosas intestinales	1.578	8,68%
Deficiencia en la desnutrición	403	2,21%
Otras enfermedades bacterianas	308	1,7%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras afecciones	273	1,5%
Resto de causas	3.523	19,38%

Fuente: COLACOT, 1998.

Por su parte el grupo de 1 a 4 años está constituido por 1.243.513 niños, que representan el 13,3% de la población total. El número de defunciones en 1994 para este grupo fue de 2.564.

Las cinco primeras causas de mortalidad de 1 a 4 años fueron: neumonías, enfermedades infecciosas intestinales, desnutrición, enfermedades mal definidas, causas externas de traumatismos y trastornos de líquidos y electrolitos.

⁶ Existen organizaciones de segundo y tercer grado: las de segundo grado son las federaciones, Uniones, Cámaras, es decir aquellas que agrupan varias de primer grado; las de tercer grado comprende las que agrupa a las de segundo grado, ejemplo de ello son las Confederaciones y las Coordinadoras.

La mortalidad materna corresponde a las defunciones ocurridas en Guatemala por complicaciones el embarazo, parto y puerperio. Este indicador es difícil de cuantificar y clasificar debido a las múltiples patologías o enfermedades que la provocan. A pesar de ello los cálculos del MSPAS para 1997 muestran que La mortalidad materna es de 10 por 10,000 nacidos vivos. En la mujer indígena la mortalidad es 50% superior respecto del total de defunciones maternas.

El perfil de morbilidad se caracteriza por enfermedades infecciosas, perinatales y nutricionales; sin embargo las enfermedades relacionadas con la violencia, las enfermedades crónicas y metaplásicas aumentaron en los últimos años. La transición epidemiológica tiene características propias de las coyunturas políticas y sociales. Los estados de crisis económicas y sociales tienden a agravar el estado de salud de la población.

Las infecciones respiratorias agudas son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad registradas en los últimos años. En 1994 se registraron 138.550 casos y 10.546 defunciones, para 1995 ese registro fue de 178.355.

La segunda causa corresponde a la enfermedad diarreica con 84.932 casos, de ellas el 6,8% fueron causa de muerte en 1994.

La desnutrición en la población guatemalteca es uno de los principales problemas no transmisibles que afecta a niños y adultos. Para 1997 se registraron 42.267 casos de este padecimiento. Dos de cada 5 niños en edad preescolar están desnutridos, siendo esta situación más severa en la región noroccidental del país. Seis de cada 10 mujeres lactantes sufren anemia nutricional.⁷

Cabe señalar que se trató de obtener información relativa la promedio de visitas anuales a los establecimientos de salud, pero los datos no estuvieron disponibles al momento del estudio.

A manera de resumen, en Guatemala, los problemas básicos de morbilidad y mortalidad están relacionados con la atención del embarazo y el parto, los embarazos precoces, frecuentes y múltiples, el cuidado del recién nacido, la prevención y control de la desnutrición y la carencia de micronutrientes, la diarrea, las infecciones respiratorias y las enfermedades inmunoprevenibles en los niños, algunas enfermedades transmitidas por vectores y la tuberculosis.

5. Articulación con la política nacional de salud y seguridad social

El Sistema de Salud desarrollado por Central General de Trabajadores de Guatemala (CGTG), no está inserta en una política de salud nacional o local específica; sin embargo su aparición responde a una situación social que urge de la creación de mecanismos alternativos de atención en salud dirigidos a una población carente de este tipo de servicios.

Cabe mencionar que existe una política de atención en salud denominada Servicios Integrados de Atención en Salud (SIAS) que incluye ONG's y el Ministerio de Salud

⁷ MSPAS, Lineamientos para el nivel primario de atención. Enero 1997.

Pública y Asistencia Social (MSPAS), y que se constituye en una forma de privatizar la atención médica, pero en la práctica resulta ser deficiente.

Aunque no estaba a disposición pertinente a los mecanismos de control de calidad de los servicios de salud a nivel local, existe un mecanismo a nivel de hospitales-escuelas que funciona en los hospitales San Juan de Dios y Roosevelt.

6. Oferta de Atención médica

Actualmente en el Departamento de Guatemala cuenta con 825 médicos, 849 enfermeras y 80 parteras (públicos y privados).

Por otra parte, los establecimientos del MSPAS se ubican en tres regiones: Guatemala Norte, posee tres hospitales y trece centros de salud; Guatemala Sur, tres hospitales, doce Centros de Salud y veintidós Puestos de Salud; Área de Amatitlán, un hospital general, cuatro Centros de Salud y once Puestos de Salud.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) posee en este mismo departamento, cinco hospitales generales, un hospital militar y un hospital de la Policía Nacional.

En ambas instituciones el servicio es considerado de deficiente calidad⁸ (largas listas de espera, falta de personal médico, materiales, equipos y medicamentos).

Es importante destacar que del total de hospitales del departamento, el 77% pertenecen al sector privado, además existe una alta concentración de servicios de salud en la zona metropolitana de Guatemala (ciudad capital).

7. Protección social en materia de salud

En Guatemala, las acciones en materia de seguridad social, tanto la parte previsional como la relacionada con la prestación de servicios de salud, no son responsabilidad de una única institución o sector. Las acciones de previsión social son desarrolladas fundamentalmente por el IGSS, mientras que las de salud se encargan primordialmente el MSPAS. Pero existen otras instituciones públicas y privadas en ambos sectores. La población hace frente a sus problemas de salud a través de instituciones formales (IGSS, el MSPA, clínicas privadas), así como informales (curanderos, parteras). Esta última modalidad ha venido tomando auge debido principalmente a dos razones fundamentales: el proceso privatizador por el que atraviesa el Sistema de Salud de Guatemala, y a la difícil situación socioeconómica que enfrenta la población, principalmente la que habita en zonas rurales, en donde ni el Estado, ni el sector privado han desarrollado la infraestructura necesaria para hacer frente a la demanda de servicios de salud.

Por su parte el IGSS, que funciona desde 1946, es una institución autónoma pero bajo el control general del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y la fiscalización del

⁸ Dr. Dionisio Elías Lucas, médico del Proyecto de Salud de la CGTG.

Tribunal y Contraloría de Cuentas de la Nación. A pesar de un programa de regionalización, el IGSS continúa siendo altamente centralizado, con la mayoría de decisiones tomadas en la ciudad capital.

Administra dos programas principales: el de Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA), y el de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes (IVS).

El MSPAS es el órgano del Estado que tiene la responsabilidad constitucional de velar por la salud de toda la población del país. Legalmente todos los cubiertos por la seguridad social están a cargo del MSPAS. Los servicios eran inicialmente gratuitos pero luego se introdujeron tarifas para ciertos servicios, eximiendo a los que no tienen recursos. El MSPAS está organizado en un nivel central, que comprende los órganos de dirección y normatización de las acciones, y un nivel operativo desconcentrado, conformado por las áreas de salud. Con excepción de los departamentos de Guatemala y el Quiché, cada área de salud se corresponde con un departamento, que es la división geográfica-administrativa del básica del territorio nacional. Actualmente, el MSPAS presta servicios de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Uno de los rasgos fundamentales que caracteriza al sector salud en Guatemala es su alto grado de fragmentación orgánica y funcional: si bien el ente en quien recae al responsabilidad constitucional de garantizar y velar por el adecuado estado de salud de toda la población es el MSPAS, existe una diversidad de instituciones públicas y privadas, lucrativas y no lucrativas que desarrollan acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, o bien, que suministran algún tipo de servicio o insumo conexo al proceso de atención. La limitada capacidad del MSPAS de ejercer su papel como ente rector del sector y coordinador de las acciones que se generan en su seno, resulta en ineficiencia en el uso de los recursos disponibles y duplicidad de acciones. A su vez ello limita la capacidad de extender la cobertura de atención a toda la población del país.

Además del sistema de seguridad social del IGSS, operan varias instituciones independientes en Guatemala. Existe un régimen de pensiones (clases pasivas del Estado) para todos los funcionarios y empleados públicos en los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, las entidades descentralizadas autónomas, y aquellos que deseen de manera voluntaria afiliarse a este sistema. Por otra parte, tanto los activos como los jubilados y pensionados de este sistema reciben sus prestaciones médicas del IGSS.

El principal problema de la estructura administrativa del sector público es la dualidad en la prestación de los servicios médicos del IGSS y el MSPAS. En un país con una de las coberturas poblacionales de salud más bajas de la región, la duplicidad de instalaciones y personal en algunas áreas, contrasta con el vacío en otras, lo cual provoca desperdicio de escasos recursos e inequidades en el acceso.

El accionar del sector privado lucrativo se centra en la provisión de atención médica individual en consultorios, sanatorios y hospitales, cuyos costos han sido sufragados tradicionalmente por medio del pago directo de los servicios. La modalidad de servicios prepagados o seguros médicos privados ha tomado auge en años recientes. Adicional a la producción directa de servicios y/o financiamiento, se encuentra al industria de producción de medicamentos y la comercialización de medicinas y otra tecnología médica.

En el campo del sector privado no lucrativo, existen en Guatemala más de 600 ONG's en salud registradas. A pesar de ello muy pocas mantienen relación formal con el MSPAS, mediante convenios de cooperación. En esta misma línea, otra modalidad de prestación de servicios y de reciente evolución en el país es la atención en salud canalizada por medio de fundaciones y asociaciones privadas. A diferencia de las ONG's, las fundaciones están estrechamente vinculadas a los sectores productivos organizados del país. Por consiguiente, su ámbito de influencia son aquellas poblaciones o áreas directamente vinculadas a la actividad productiva.

Cobertura poblacional

El IGSS cubre legalmente, de manera obligatoria, en el programa de Enfermedad y Maternidad (EM) a todos los habitantes que participen activamente en la producción o prestación de servicios, pero limitado geográficamente al departamento de Guatemala y otros diez departamentos. También cubre, solo en prestación de servicios médicos, a los familiares dependientes de asegurados activos, a los jubilados y pensionados del IGSS, y a los activos y pensionados de las entidades privadas descentralizadas autónomas y semiautónomas, y del Estado, pero ninguno de estos (Clases Pasivas del Estado) contribuyen al programa. Los dependientes con derecho a servicios médicos son la esposa o compañera del asegurado y sus hijos menores de cinco años.

El programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes (IVS) tiene cobertura nacional (opera en todos los 22 departamentos) y cubre obligatoriamente a todos los trabajadores asalariados de empresas con no menos de tres trabajadores en el Departamento de Guatemala, y de cinco trabajadores en el resto del país⁹. Además el IVS cubre a ciertos empleados públicos (de planilla) que no están incluidos en el sistema de clases pasivas del Estado. También ofrece afiliación voluntaria cuando un asegurado ha hecho contribuciones por al menos un año, dentro de los últimos treinta y seis, y deja de ser asegurado obligatorio.

Aunque la definición legal de asegurados activos es vaga, en la práctica están excluidos de cobertura: los trabajadores informales, los independientes, los asalariados en empresas con menos de tres trabajadores en el Departamento de Guatemala (y menos de cinco en el resto), los familiares no remunerados, los agrícolas de subsistencia, así como sus familiares dependientes.

La exclusión de los hijos mayores de cinco años en la prestación de servicios médicos, coloca a Guatemala entre los países latinoamericanos con la cobertura legal más baja de dependientes del asegurado. Con pocas excepciones, la cobertura de los hijos en la región se extiende hasta los dieciocho años y, usualmente, hasta veintiún años si están estudiando o sin límite de edad si son inválidos.

La Constitución de la República establece en su artículo 94, la obligación del Estado en materia de salud y asistencia social para con toda la población del país. De consiguiente,

⁹ La exención de cobertura y correspondiente pago de contribuciones en las pequeñas empresas, no sólo es un obstáculo a la extensión de dicha cobertura sino que, además, distorsiona el mercado de trabajo e incentiva el mantenimiento de pequeñas empresas.

la cobertura del MSPAS *debería* alcanzar el 100% de la población, independientemente que estén adscritos o no al régimen de seguridad social.

En Guatemala, dada la limitada capacidad de cobertura a la población que tiene el sector público, se considera que las ONG's y las iglesias juegan un papel importante en la provisión de alguno servicios, por ejemplo en lo referente a saneamiento ambiental, educación en salud y acciones de atención primaria. Por lo general, el espacio geográfico y la población atendida por las ONG's tiende a ser bastante limitada; pocas de ellas tienen servicios de atención médica. Las fundaciones privadas limitan su cobertura a determinadas áreas productivas.

IV. Puesta en marcha del Sistema de Seguro de Salud

En este apartado se describe el proceso de creación y desarrollo durante el primer ejercicio del Sistema de Salud. Se tocarán aspectos concernientes a etapas de la Puesta en marcha, funcionamiento, asistencia técnica, grupo destinatario, administración, financiamiento, y todos aquellos puntos que permitan tener una visión fotográfica del Sistema en sus inicios.

1. Origen del Sistema

Para el año de 1996 la oferta de atención médica en la zona donde se implementó el Sistema (centro y periferia del Municipio de Guatemala y en Municipio de Chichicastenango), contaba con prestadores de atención médica tanto a nivel primario como secundario. Existen dos hospitales públicos (San Juan de Dios y Roosevelt) y un hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)¹⁰.

El IGSS cubre legalmente, de manera obligatoria, en el programa de Enfermedad y Maternidad y Accidentes (EMA) a todos los habitantes que participen en la producción o prestación de servicios; en la prestación de servicios médicos a asegurados activos y dependientes de éste que incluye al cónyuge e hijos menores de cinco años. El programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes (IVS) cubre obligatoriamente a todos los trabajadores asalariados de empresas con no menos de tres trabajadores. En la práctica están excludos de cobertura: los trabajadores informales, los independientes, los asalariados en empresas con menos de tres trabajadores, los trabajadores agrícolas de subsistencia, así como sus familiares dependientes. Según la percepción de los responsables del Sistema de Salud estudiado la calidad de los servicios prestados por el IGSS era regular.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), aunque legalmente tiene la obligación de cubrir el 100% de la población (independientemente que estén adscritos o no al régimen de seguridad social) no lo hace debido a la limitación de recursos que impide alcanzar ese objetivo de cobertura y aún menos de forma eficiente y con calidad: no hay suficientes camas, muy limitada existencia de medicamentos y falta de personal para hacer frente a la demanda.

Además de las instituciones del sector público ya mencionadas, existían una serie de clínicas privadas que prestaban servicios médicos para grupos con ingresos suficientes para poder pagar el precio que cobran estos establecimientos privados.

En la época en que se creó el Sistema, el financiamiento de los servicios públicos en materia de salud se hace a través de cotizaciones “voluntarias” por parte de los afiliados, y en un 95% con presupuesto del Estado.

Importante es precisar las características del grupo destinatario. El inicio de la implementación del SIS los miembros del grupo destinatario eran 8.000 personas con

¹⁰ Es una institución autónoma bajo el control general del Ministerio de Trabajo y Previsión Social y la fiscalización del Tribunal y Contraloría de Cuentas de la Nación. Administra dos programas principales: el de Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA) y el de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes (IVS).

edades que oscilaban entre los 18 y 45 años, y las cuales en un 65% eran mujeres. En promedio este grupo destinatario poseía un nivel de escolaridad que llegaba hasta el sexto año de primaria (la tasa de analfabetismo rondaba el 36,2%¹¹); además se ubicaba geográficamente dispersa en la parte urbana y periurbana del Municipio de Guatemala y Chichicastenango. Para referirse a las condiciones sanitarias y riesgos particulares del grupo destinatario se puede hacer una clasificación en dos grupos: los que viven en las Colonias¹² poseían condiciones sanitarias aceptables (agua potable, letrinas, electricidad, etc.) y debido a ello el riesgo de ser afectados por enfermedades diversas es baja; por otro lado están los que habitan en Asentamientos¹³, estas personas están expuestas a adquirir diversas enfermedades, tales como infecciones intestinales y respiratorias, desnutrición, etcétera.

El principal sector de actividad de los destinatarios es el comercio informal, además en una pequeña proporción participaban en la industria de alimentación y en el sector público. El trabajador del sector informal (comercio) ganaba en promedio 21 quetzales diarios, y este ingreso está en función de épocas de comercio¹⁴.

Por otra parte los destinatarios en su mayoría pertenecían a organizaciones sindicales, tales como el Sindicato Frente Nacional de Vendedores Ambulantes de Guatemala y compuesto en aquel entonces por unos 800 afiliados y a la Asociación de Vecinos Nuevo Amanecer¹⁵ y compuesta por 4.000 personas. Además los beneficiarios del SIS poseen vínculos étnicos particulares. Pertenecen a los grupos indígenas Kiché (Maya), Mam, Tzutuhil, y Ladinos.

En relación a las características socio-económicas el grupo destinatario se encontraba al mismo nivel que el resto de población de la zona de implementación del SIS: pobreza generalizada, alto nivel de paro, baja cobertura en salud y educación.

Todos los miembros destinatarios enfrentaban una serie de dificultades para poder acceder a los diferentes tipos de atención médica. Esas dificultades eran: la situación económica de los afiliados (bajos ingresos), falta de personal médico, camas hospitalarias y medicamentos, la movilización hacia los centros médicos era difícil (distancia y medios de transporte) y la falta de recursos en los centros públicos impedía el satisfacer los requerimientos de atención médica por parte de los demandantes. La situación económica y el deterioro fiscal del Gobierno fueron elementos que vinieron a agravar el estado de la inversión en salud, incrementándose con ello el deterioro sanitario, no solo del grupo destinatario del SIS, sino también del resto de la población.

Como se señaló anteriormente el SIS surge en un contexto de insuficiencia de servicios sociales que se vive en todo el país. El municipio de Guatemala y sus alrededores no son la excepción. Lo anterior aunado a que el sector informal de la economía (sector en el que

¹¹ Comité Nacional de Alfabetización (CONALFA). 1996. "Unidad de Seguimiento y Evaluación: Analfabetismo" Guatemala.

¹² Urbanizaciones que cuentan con todos los servicios básicos.

¹³ Viviendas muy pobres que prescinden de los servicios básicos y poseen un alto riesgo de que sus habitantes contraigan enfermedades.

¹⁴ Algunas épocas de festividad, Navidad, u otras permiten al sector del comercio obtener mayores ingresos que el promedio diario aquí expresado.

¹⁵ Organización sin fines de lucro que busca facilitar los medios necesarios a sus beneficiarios como vivienda, educación en salud, etc)

se concentraba la mayor parte de beneficiarios del SIS) se encuentra excluido de algún tipo de seguro de salud del IGSS, da pie para que surja el Sistema de Salud impulsado por la CGTG¹⁶ y dirigido a solventar las necesidades básicas en salud de los sectores sociales más desfavorecidos.

De esta forma las razones para crear el SIS son:

- ◆ Falta de acceso a los servicios de salud (públicos y privados) por parte de los trabajadores de la economía informal.
- ◆ Baja calidad de los servicios de salud existentes¹⁷ y falta de medicamentos
- ◆ Altos precios de los servicios de salud privados y medicinas
- ◆ Proceso de privatizaciones deja cada vez más personas excluidas de los servicios de atención médica.

A pesar del alto nivel de exclusión del grupo destinatario en materia de atención en salud, éste conoce la existencia de seguros (IGSS y otros¹⁸) pero no están incluidos en ninguno debido a su bajo nivel de ingresos, a la cobertura específica de cada sistema y/o a una cultura que tiende a ver la salud como algo fuera de su alcance y de necesidad secundaria.

En relación al nivel de organización del grupo destinatario antes de la creación el SIS, éstos se encontraban agrupados en diversas asociaciones sindicalistas que formaban parte de la CGTG. El siguiente cuadro muestra algunas de esas asociaciones, y se especifica el total de miembros que las componen así como el número de ellos que se encontraban incluidos dentro del SIS durante el primer ejercicio.

Cuadro N°10. Algunas asociaciones a las que pertenecían los miembro del grupo destinatario del SIS durante el primer ejercicio.

Nombre de la Asociación	Número de miembros	Miembros afiliados al SIS
Asociación de Pequeños Comerciantes	2.000	15
Sindicato Frente Nacional de Vendedores Ambulantes	800	75
Asociación de Vecinos Nuevo Amanecer	4.000	20
Sindicato de Trabajadores del Aeropuerto Internacional La Aurora	800	25
Sindicato de Trabajadores Empresa Kernis S.A.	350	15

Fuente: Elaboración de los autores con la información suministrada por el responsable del Sistema de Salud de CGTG.

¹⁶ Central General de Trabajadores de Guatemala, organización sindical permanente de alcance nacional conformada por hombres y mujeres trabajadoras de diversos sectores.

¹⁷ Refiere a los servicios de salud ofrecidos por las instituciones públicas (IGSS y MSPAS).

¹⁸ El régimen de pensiones del Instituto de Previsión Militar, el del Fondo de Prestaciones del Banco de Guatemala, el Plan de Prestaciones del Personal de la Universidad Autónoma de San Carlos de Guatemala, entre otros.

Es así como no hubo necesidad de crear una nueva organización para la puesta en marcha del SIS. La CGTG al ver la realidad de la salud de sus afiliados decide crear su propio sistema de salud que de respuesta de atención médica básica a los grupos de trabajadores más desprotegidos. Dentro de las principales finalidades de la CGTG está dar una ayuda integral al sector trabajador de la sociedad guatemalteca que no cuenta con los recursos o los medios necesarios para cubrir sus necesidades básicas.

Los miembros del grupo destinatario, antes de la creación del SIS, se constituía en un actor pasivo en lo que refiere a la administración de la oferta atención médica, es decir, no participaba en ésta ni se organizaba para formar parte de la misma.

La idea del SIS fue introducida por el Sindicato de Trabajadores Agrícolas independientes de Chichicastenango¹⁹. Inicialmente esta agrupación consideró desarrollar un proyecto agrícola con ayuda de un organismo donante español (CESAL²⁰) pero no fue aceptado. En vista de ello el sindicato propone alternativamente, entre 1994 y 1995, elaborar un proyecto de salud: *Programa de Atención Básica Sanitaria en Sectores Urbanos Marginales y Comunidades indígenas (área metropolitana de Guatemala y Municipio de Chichicastenango)*, cuyo estudio de factibilidad fue realizado por CESAL y cuya contraparte local (responsable) iba a ser la CGTG. Lo que motivó la idea del Proyecto fue el abandono, en materia de servicios de salud, en que se encontraban la mayoría de afiliados a la CGTG (principalmente grupos indígenas, trabajadores de la economía informal y sectores marginados).

A pesar que la CGTG no contaba con la experiencia en la rama de la atención médica, emprenden el reto de aprender en la marcha a fin de poder satisfacer, en algún grado, las necesidades básicas en salud de sus afiliados.

2. Etapas de la puesta en marcha del Sistema de Seguro de Salud

2.1 Identificación de necesidades y definición de objetivos

Antes del inicio del funcionamiento del SIS, la identificación de necesidades y la definición de objetivos del Proyecto fue realizado por el experto de CESAL quien contó con la colaboración de dos médicos voluntarios del Municipio de Guatemala. Este estudio se realizó en 1994 y duró aproximadamente seis meses.

Es importante destacar que para la identificación de necesidades y la definición de objetivos del Proyecto se consultó a los futuros beneficiarios a través de entrevistas personales y grupales, y los Comités Ejecutivos de las organizaciones a las que pertenecían los beneficiarios. En esas oportunidades los miembros del grupo destinatario manifestaron que las principales expectativas respecto al Proyecto eran contar con servicios que satisficieran sus necesidades de salud y de esta forma alcanzar una mejoría económica al disminuir el riesgo de ausentarse al trabajo por enfermedad. Además expusieron sus temores: el Proyecto podría no ser realizable por la falta de una “cultura” en salud de los beneficiarios, la falta de experiencia y problemas de financiamiento son otros de los obstáculos que manifestaron los beneficiarios.

¹⁹ Municipio del Departamento de Quiché.

²⁰ Centro de Estudios y Solidaridad con América Latina.

Aunque la Constitución de Guatemala de 1996 en su artículo 100, asigna al IGSS la obligación de participar con las instituciones de salud en forma coordinada; el surgimiento del Sistema de Salud de la CGTG no contó con el apoyo de las autoridades sanitarias correspondientes. A pesar de ello sí contó con el apoyo de los beneficiarios, al externar éstos sus expectativas, temores y necesidad en materia de salud; del CESAL, con la realización del estudio técnico, evaluación y situación del Proyecto; la ayuda de los médicos voluntarios, quienes aportaron su conocimiento y experiencia en materia de salud; la Secretaría General de la CGTG, quien desempeñó un papel de liderazgo político y representación de las organizaciones de base; y el IGEFOS²¹, quien tuvo a cargo la realización de seminarios y encuentros a través de los cuales los beneficiarios podían aportar sus ideas, inquietudes y sugerencias.

Finalmente el proceso identificación de necesidades dio por resultado las siguientes:

- ◆ Acceso a la atención médica primaria
- ◆ Poder adquirir medicinas a precios más bajos que los del mercado
- ◆ Prestación de los servicios de odontología, oftalmología, rayos X y ultrasonido
- ◆ Atención de embarazos y pediatría
- ◆ Servicio de laboratorio

En cuanto a los objetivos propuestos se plantearon los que se muestran a continuación:

- ◆ Contribuir al mejoramiento de la salud de los afiliados de las organizaciones de base así como a las personas más desfavorecidas.
- ◆ Dar asistencia médica a las personas de la economía informal, áreas marginales de la ciudad capital y para los vecinos de los cantones de Chichicastenango.
- ◆ Capacitación a grupos de personas de organizaciones de base para que funcionen como promotores de salud.
- ◆ Implementar programas de salud que contribuyan a la disminución de los indicadores de morbi-mortalidad.
- ◆ Promover acceso al servicio de salud de la población de escasos recursos económicos.

Estos objetivos quedaron plasmados en un documento publicado por la CGTG en el mes de mayo de 1997 y cuyo título es *Plan de Atención Primaria en Salud y Funcionamiento del Plan de Salud*.

2.2 Estudio de contexto y estudio de factibilidad financiera

Previo a la creación del Sistema de Salud la CESAL, a través de un experto y dos médicos voluntarios de Guatemala, realizó un estudio de contexto y factibilidad financiera en 1994. En este estudio se tocaron diversos aspectos tendientes a conocer la viabilidad y urgencia de la necesidad de puesta en marcha del Proyecto.

Dentro los principales puntos estudiados se mencionan los siguientes:

- ◆ Objetivos específicos y resultados del Proyecto
- ◆ Desglose presupuestario para la creación del Sistema

²¹ Instituto Guatemalteco de Estudios y Formación Social.

- ◆ Plan de ejecución y cronograma de actividades
- ◆ Análisis económico de viabilidad
- ◆ Factores socioculturales
- ◆ Criterios de selección de beneficiarios
- ◆ Asistencia técnica
- ◆ Impacto medio ambiental
- ◆ Riesgos y presunciones

Todos los aspectos mencionados anteriormente fueron utilizados para justificar el desarrollo del Proyecto, es decir, para su aprobación por parte del organismo donante y posterior implementación. Además el estudio de factibilidad financiera sirvió en mucho para la elección del paquete de beneficios, así como la determinación de las cotizaciones respectivas que dieran sostenibilidad al Proyecto.

En vista de lo innovador del Proyecto de Salud no solo en la zona de implementación, sino, en relación al resto del país, no se realizó visitas a otros Sistemas tendientes a facilitar la concepción del Sistema de Salud de la CGTG.

2.3 Información del grupo destinatario

Es importante mencionar que el éxito del Sistema dependió en mucho del conocimiento que el grupo destinatario tuviese de los aspectos relacionados con la creación y funcionamiento del Proyecto. Sabido ello, la Comisión de Servicios de Salud²² emprendió una campaña de divulgación a través de Asambleas Generales y seminarios de Comités Ejecutivos de organizaciones de base, reuniones con afiliados de organizaciones de base, así como la elaboración de afiches y volantes informativos.

El conocimiento sobre la creación y funcionamiento del SIS fue recibida de forma satisfactoria por parte del grupo destinatario, a pesar de ello hubo excepticismo en relación a la eficacia del servicio debido que consideraron que la atención médica a bajo costo sería producto de la mala calidad brinda al usuario.

Para poder cambiar esta actitud se realizaron una serie de reuniones, seminarios y campaña divulgativa que informara de manera clara y verosímil sobre las bondades y limitaciones del Proyecto de Salud. A su vez la calidad del servicio fue palpable desde las primeras consultas ofrecidas.

2.4 Inicio de las actividades

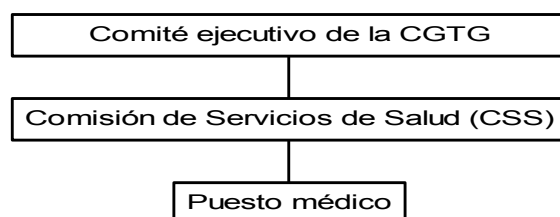
El 15 de julio de 1996, en la Sede de la CGTG en la ciudad de Guatemala, se constituye el Sistema de Salud en el marco de un acto de inauguración en el que participaron Comités Ejecutivos y afiliados de las organizaciones de base, el Comité Ejecutivo de la CGTG, el experto de CESAL, un representante del embajador de España, y el personal de la Puesto Médico. Ese mismo día se levantó una lista de las personas que recibirían desde esa fecha atención médica. A pesar de ello es no antes de enero de 1998 que se efectuaron las primeras afiliaciones y pago de cotizaciones.

²² Conocida como Comisión de Salud, fue creada en 1996 dentro de la estructura organizacional de la CGTG, como un ente que se ocuparía de la administración del Sistema de Salud.

2.5 Liderazgo y toma de decisiones

Una vez creado el Sistema éste asumió una estructura organizativa que especificaba la jerarquía de responsabilidades asignadas para la gestión del Proyecto de Salud. A continuación se presenta el organigrama que detalla dicha estructura:

Estructura inicial de los responsables del Servicio de Salud de la CGTG



El máximo órgano responsable es el Comité Ejecutivo de la CGTG, es quien dictó las directrices generales a cumplir por el Sistema de Salud; posteriormente se ubica la Comisión de Servicios de Salud (CSS), la cual definió los objetivos específicos y actividades a realizarse en el Proyecto, así pues, se encargó de la parte administrativa, estaba integrado por el Responsable²³ del Sistema, el Secretario General de la CGTG, y el director del IGEFOS; la parte operativa de los servicios correspondió al Puesto Médico.

El Responsable de la Comisión de Servicios de Salud se encargó, además, de enlazar los diferentes órganos de la estructura ya presentada. Este miembro asumió el liderazgo y la coordinación durante todo el proceso de creación del SIS; junto con el médico y la enfermera del Puesto Médico formaron un grupo de trabajo que facilitó la consolidación del Proyecto.

Es importante mencionar que los servicios cubiertos, los paquetes de beneficios, y el monto de las cotizaciones a cobrar a los afiliados del Proyecto fueron definidos (posteriormente) tomando en consideración el criterio de diversos actores. Dentro de ellos se mencionan, en primer término, los beneficiarios; el criterio del experto y los médicos voluntarios que colaboraron en la elaboración del Informe de contexto y viabilidad; así como la participación del Comité Ejecutivo de la CGTG.

En relación a las condiciones de afiliación y cobertura de otros beneficiarios, así como la organización interna y forma de administración la decisión fue tomada por el acuerdo entre el Comité Ejecutivo de la CGTG y la Comisión de Salud respectiva. Estas decisiones fueron tomadas durante de las reuniones ordinarias programadas por la Central²⁴ dentro su trabajo habitual de definición de directrices y lineamientos a seguir.

²³ A lo largo de este documento mientras no se diga lo contrario el Responsable del SIS o simplemente Responsable es el encargado de la Comisión de Salud.

²⁴ La Central refiere a la CGTG.

Además en lo que respecta a la organización interna y el modo de administración²⁵ fueron definidos por el Comité Ejecutivo de la CGTG en reuniones ordinarias. Por su parte la Comisión de Salud tuvo a su cargo la selección del personal médico basándose para ello en la historia curricular de los candidatos interesados, posteriormente la decisión tomada por la Comisión fue elevada al Comité Ejecutivo de la CGTG para su aprobación final.

La adopción de decisiones en el contexto del surgimiento y puesta en marcha del Sistema contó con la asistencia técnica externa de la CESAL. Primeramente fue enviado un experto quien tuvo la tarea de realizar el estudio de contexto y viabilidad que justificara la creación del Proyecto de Salud y consecuentemente el apoyo del organismo donante. Posteriormente un segundo experto se encargó de apoyar a través de orientaciones y sugerencias que permitieran crear el SIS de manera más acorde con el aprovechamiento de los recursos disponibles y el cumplimiento de los objetivos delineados por el Proyecto. Este último asesor externo laboró aproximadamente año y medio entre 1996 y 1997.

3. Funcionamiento durante el primer ejercicio

3.1 Afiliados y otros beneficiarios

Durante el primer ejercicio²⁶ el SIS no poseía un mecanismo de afiliación al Proyecto de Salud y por ende no cobraba cotizaciones a los beneficiarios. Las personas que podían hacer uso de los servicios de salud creados eran los afiliados a la CGTG, es decir, aquellas personas que formaban parte de una organización de base que estuviera asociada a la CGTG, además sus familiares²⁷, y en una pequeña proporción indigentes. Durante este primer año de ejercicio se cobraba Q5 (US\$0,67) por consulta médica y en promedio se facturaba alrededor de Q100 (US\$13,33) en medicinas por paciente atendido.

Es hasta el mes de enero de 1998 que inicia el mecanismo de afiliación y cobro de cotizaciones. A partir de esa fecha inicia la afiliación que era voluntaria y requería del pago de una cuota de inscripción de Q5 (US\$0,67) y Q10 (US\$1,33) de cotización mensual²⁸. Dicho lo anterior se afirma que el vínculo existente entre los afiliados era el ser sindicalistas adscritos a una organización de base asociada a la CGTG²⁹, lo anterior garantizaba que los primeros afiliados fueran representativos del grupo destinatario, es decir, trabajadores de la economía informal y de personas de zonas marginales del centro y periferia de la ciudad de Guatemala.

Además de los afiliados al Sistema de Salud, sus familiares, y en una pequeña cantidad, indigentes, formaban el grupo destinatario. Para el final del primer año en que inicia la afiliación (1998) se contaba con 1150 afiliados al SIS y que por cada uno de ellos había cinco beneficiarios³⁰. El siguiente cuadro muestra la distribución porcentual de los

²⁵ Modo de administración refiere a la forma en que se rige el funcionamiento del SIS, la Comisión de Salud señala las prioridades de gestión, el Comité Ejecutivo determina las directrices generales y el Puesto médico ejecuta las actividades pertinentes.

²⁶ El primer ejercicio está definido en este estudio como el periodo comprendido entre el 15 de julio de 1996 y el 31 de diciembre del mismo año.

²⁷ Cónyuge, padres, hermanos y sus hijos.

²⁸ Estos montos de inscripción y cotización estuvieron vigentes durante todo el año 1998.

²⁹ Asociaciones de sindicalistas de la economía informal, sector público y sector privado.

³⁰ Estimación aproximada por los responsables del SIS.

beneficiarios del Sistema durante 1998, momento en que inician las afiliaciones y cotizaciones al Proyecto de Salud.

**Cuadro N°11. Distribución porcentual de Beneficiarios por categoría.
Año 1998**

Categoría de beneficiario	Porcentaje
Afiliados	95%
Familiares	4%
Indigentes	1%

Fuente: Elaboración de autores con la colaboración del responsable del Proyecto de Salud

El número de beneficiarios para el año en que inician las afiliaciones al SIS fue inferior al previsto por sus iniciadores. Se pensó que iba afiliarse una mayor cantidad de asociados de la CGTG pero una serie de razones dieron al traste con esa expectativa, a saber:

- ◆ Falta de promotoría y trabajo de divulgación del Proyecto
- ◆ Falta de dinamismo por parte de la Comisión de Salud
- ◆ Los afiliados promovieron de forma insuficiente los beneficios del SIS a las bases
- ◆ Paquete de servicios poco atractivo
- ◆ Escepticismo respecto a la eficacia y calidad de los servicios ofrecidos
- ◆ Farmacia vende medicamentos a precios aún altos y con poca variedad

3.2 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS

A continuación se presenta un cuadro que indica los servicios ofrecidos durante el primer ejercicio. En él se especifica las personas que cubre el servicio, la existencia de copago, y otras características pertinentes. Es importante destacar que en este primer periodo no existe afiliación al Sistema de Salud, son beneficiarios los afiliados a organizaciones de base, familiares, y muy ocasionalmente indigentes.

Cuadro N°12. Beneficios ofrecidos inicialmente por el Sistema

Servicio	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de cobertura	Periodo de espera	Remisión obligatoria
Intervenciones quirúrgicas no programadas	No cubierta				
Atención del parto normal	No cubierta				
Hospitalización es medicadas no programadas	No cubierta				
Intervenciones quirúrgicas programadas	No cubiertas				
Atención ambulatoria programada	Afiliados a CGTG, familiares e	Afiliados a CGTG y familiares	No existe	(0)	(N)

Servicio	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de cobertura	Periodo de espera	Remisión obligatoria
	indigentes (B)	(100%)			
Atención preventiva	No cubierta				
Atención ambulatoria no programada	No cubierta				
Medicamentos	Afiliados a CGTG y familiares (B)	Afiliados a CGTG y familiares (100%)	No existe	(0)	(N)
Transporte/ evacuación	No cubierto				
Laboratorio/ radiología	No cubierto				

Fuente: Elaboración de autores con la colaboración del responsable del Sistema.

Nota: Los símbolos (B), (0) y (N), significan que: el servicio es accesible a afiliados y otros beneficiarios, no existe periodo de espera, y no existe remisión obligatoria de pacientes; respectivamente.

Los beneficiarios, para poder acceder el paquete de beneficios único (atención médica y medicamentos), deben de cancelar de contado el monto cobrado al recibir el servicio. La ventaja es que los precios de estos servicios distan en mucho de los cobrados en el sector³¹.

La elección del paquete de beneficios se escogió basado en la combinación de una serie de factores tales como las afecciones más comunes del grupo destinatario, su capacidad de pago y los recursos existentes para poder adquirir con el equipo y material médico idóneo que asegurara calidad en la prestación.

Como se dijo anteriormente el Sistema de Salud otorgaba la consulta médica al afiliado y sus familiares contra pago del servicio, no cabe hablar en este contexto de copago pues no hay microseguro como tal.

Por otra parte el Proyecto no instauró un mecanismo de seguimiento de las prestaciones desde el inicio, sino, conforme los responsables iban adquiriendo experiencia se van dando cuenta de la importancia de llevar una serie de registros e indicadores que les permita evaluar la gestión del Sistema para su mejoramiento paulatino y la posterior sostenibilidad una vez que el organismo donante cesara de aportar recursos.

3.3 Financiamiento

La sola intención de implementar un Sistema de Salud en beneficio de grupos tradicionalmente desprotegidos no bastaba para satisfacer esa necesidad. Faltaban los medios económicos que posibilitaran ese cometido. A continuación el cuadro muestra especificaciones de los recursos financieros utilizados para financiar la creación y el primer ejercicio del SIS.

³¹ El precio de mercado de una consulta médica general podría ser unos Q50 (US\$6,67).

Cuadro N°13. Recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio

Fuente	Monto	Propósito	Tipo*
CESAL (para financiar dos años de funcionamiento)	Q890.000 (US\$118.666,67)	Creación del Puesto Médico y la farmacia, compra de equipo médico básico y medicamentos, pago de planilla a personal médico y compra de un vehículo ambulancia.	Donación
Consultas de Puesto Médico y farmacia	Dato no precisado	Adquisición de nuevas medicinas, mantenimiento de equipo médico, papelería.	Venta de servicios

Fuente: Elaboración de los autores con la colaboración de Responsable del SIS.

*Refiere a si es un crédito, subvención, donación, etc.

Durante 1996 y 1997 no se cobraba una cotización por la prestación de los servicios del Sistema de Salud, solo un precio por servicio brindado, Q5 (US\$0,67) por consulta y lo correspondiente a la compra de medicamentos según receta médica. Estos precios (consulta y medicamentos) fueron determinado de forma arbitraria por el acuerdo de la Comisión de Salud, Comité Ejecutivo y Comites de organizaciones de base; se basaron en precios cobrados por algunas organizaciones benéficas³² que funcionaban en la zona.

Es hasta enero de 1998 que inicia el proceso de afiliación y cobro mensual de cotizaciones. Estas cotizaciones consistían en un monto fijo mensual por afiliado equivalente a Q10 (US\$1,33) más la cuota de inscripción (una sola vez) por el valor de Q5 (US\$0,67), todo ello pagadero en efectivo y de contado. Su forma de cálculo se hizo de la misma manera que el precio de los servicios vigente durante el primer ejercicio y descrito anteriormente. Cabe destacar que estos cálculos no consideraron aspectos tales como los riesgos del afiliado o la sostenibilidad financiera del proyecto. Aparte de los afiliado nadie más contribuyó a financiar las cotizaciones.

3.4 Prestadores de atención médica

Al término del primer ejercicio los únicos prestadores de atención médica que ofrecían servicios cubiertos por el SIS pertenecían a la estructura organizativa de la CGTG (Comisión de Salud). Consistían en un médico y una enfermera que atendían cada uno de los dos Puestos Médicos que funcionaban: uno en la Sede de la CGTG y otro en Chichicastenango. Importante es destacar que el Puesto Médico en Chichicastenango fue efímero. Fue abierto en el 9 de diciembre de 1996 y cerrado un año después³³. Brindó, al igual que el Puesto en Guatemala, consulta médica y venta de medicamentos. Éstos fueron seleccionados por el Comité Ejecutivo de la CGTG basados en su trayectoria curricular, así como por afinidad con la Central, pues pertenecían a un sindicato. El médico de Guatemala además participó en la elaboración del estudio de contexto y

³² La Iglesia Católica, dependencia de la Universidad de San Carlos y ONG's.

³³ Este Puesto Médico fue cerrado porque el médico de Guatemala renunció y vino a ser sustituido por el que laboraba en Chichicastenango. A partir de entonces solo el Puesto ubicado en la Sede de la CGTG siguió funcionando.

viabilidad del Sistema realizado por la CESAL. Estos prestadores recibían un salario mensual pagado por la CGTG con recursos provenientes del organismo donante.

La CGTG estableció con los prestadores un contrato laboral por periodos de seis meses renovables y donde el salario era equivalente al pago de honorarios para evitar asumir ciertas responsabilidades laborales (cesantía, vacaciones), además se acordó que cualquiera de las partes podía renunciar al contrato avisando de manera previa.

3.5 Administración y gestión

Estatutos y reglamentos

En vista que el SIS no contó con una estructura propia, no se diseñaron estatutos ni reglamentos. Basicamente se dirigía por las directrices emanadas por el Comité Ejecutivo de la CGTG y las recomendaciones de la Comisión de Salud. De lo anterior cabe notar que el Sistema no contaba con personería jurídica.

Organización de la gestión

La CGTG estuvo a cargo de la gestión global del SIS. Las estructuras encargadas de la gestión del Proyecto de salud fueron las siguientes:

Comité Ejecutivo de la CGTG: es el órgano máximo de gestión. De aquí emanan las directrices generales a seguir por el Sistema.

Comisión de Servicios de Salud: Es el ente encargado de dictar los lineamientos específicos para el funcionamiento del Proyecto. Acata los acuerdos tomados por el Comité Ejecutivo, se constituye así en el órgano administrador. Está dirigido por el Responsable quien se constituye en el enlace entre la Comisión, el Comité Ejecutivo y el Puesto Médico.

Puesto Médico: Prestador de los servicios médicos, posee consultorio y farmacia. Estaba a cargo un médico y una enfermera, ambos laborando medio tiempo.

Tanto el aseguramiento (afiliación al Sistema de Salud) como la gestión de servicios estaba a cargo de la misma estructura descrita anteriormente, de forma tal que no había separación de cuentas.

Todos estos órganos de gestión del SIS funcionaron tanto durante el primer ejercicio como hasta el día de hoy. Cabe señalar que no todos eran exclusivos del proyecto de salud. Así pues, el Comité Ejecutivo de la CGTG tenía a cargo la dirección de otras comisiones tales como las de Finanzas (encargada de los aspectos contables y económico financieros), Formación (dedicada a labores de capacitación, educación e información), Legal (aspectos jurídicos); y en donde la de Salud era solo una parte del total. Todas juntas se dedicaban al logro de objetivos propios de la Central cuales son el estudio e investigación de cuestiones laborales y la ejecución de acciones para la mejora de las condiciones de vida de los trabajadores guatemaltecos.

En relación a la elección de los responsables de los órganos responsables del SIS, los miembros del Comité Ejecutivo de la CGTG fueron electos por delegados de las

organizaciones de base en la Asamblea de Afiliados en votación de mayoría simple; los encargados de la Comisión de Servicios de Salud (tres en total) fueron electos a su vez entre miembros del Comité Ejecutivo de la CGTG de manera consensual; y el personal del Puesto Médico, elegidos por el Comité Ejecutivo de la CGTG.

El siguiente cuadro describe lo relacionado al personal empleado por el SIS durante el primer ejercicio fueron estos asalariados o no.

Cuadro N°14. Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS

Categoría	Número	Empleador	Porcentaje de tiempo dedicado al SIS
Personal de la Comisión de Salud (incluye al Responsable de la Comisión)	3	CGTG	Solo se reúnen esporádicamente para tomar decisiones
Responsable de la Comisión de Salud	1	CGTG	20%
Médico	2	CGTG	50%
Enfermera	2	CGTG	50%

Fuente: Elaboración de los autores con colaboración del Responsable del SIS.

En relación a las tareas ejercidas por el personal del SIS mencionado anteriormente se tiene que la Comisión de Salud está compuesta por tres miembros, uno de los cuales es el Responsable del Proyecto. Estas personas se reunían de manera esporádica para tomar decisiones y evaluar el funcionamiento del Sistema de Salud. Cabe destacar que el Responsable (quien forma parte de la Comisión) dedicaba diariamente alrededor de una quinta parte del tiempo en labores relacionadas con la gestión del Proyecto. Por su parte el médico y la enfermera se dedicaron a brindar el servicio de atención médica y venta de medicamentos a los usuarios de los mismos.

Sistema de información

Al inicio de las actividades y durante el primer año de funcionamiento, el SIS introdujo alguna documentación tendiente a crear un banco de información que sirviera para llevar un mejor control de las actividades realizadas por el Proyecto. Dentro de estos documentos están:

- ◆ Registro de venta de servicios
- ◆ Documentos de registro contable: Libro de control, recibos de pago y facturas.

Algunos otros documentos tales como registro de afiliados, o targetas de identificación no eran aplicables en un contexto en donde no se contaba con mecanismo de afiliación al Sistema de Salud.

En vista que la CGTG ya poseía un sistema de contabilidad, la puesta en marcha del SIS requirió únicamente la inclusión de nuevas cuentas de registro contable a fin de poder conocer las transacciones llevadas a cabo por el Proyecto de Salud y especificarlas en los presupuestos y Estados financieros consolidados de la CGTG.

4. Asistencia técnica y formación

Durante la fase de creación del SIS y durante el primer ejercicio hubo poca asistencia técnica, únicamente la CESAL a través de su experto brindó este apoyo. A continuación se presenta un cuadro en donde se especifican detalles de esta actividad.

Cuadro N°15. Asistencia técnica recibida durante la fase de creación y primer ejercicio del SIS.

Organizaciones o personas que proporcionaron la Asistencia técnica	Propósito del apoyo realizado	Duración del apoyo (periodo)	Beneficiarios directos del apoyo
CESAL (experto)	Orientar la constitución del SIS, evaluar las actividades en el marco del plan de trabajo que se diseñó para el Proyecto, dar seguimiento a la prestación del servicio	Desde julio de 1996 hasta marzo de 1997	Comisión de Salud y Personal del Puesto Médico

Fuente: Elaboración de los autores con colaboración del Responsable del SIS.

Además de esa asistencia técnica recibida, el Proyecto contó con actividad de formación. A continuación se especifica el propósito y otras características de esa formación.

Cuadro N°16. Formación recibida por el SIS durante la fase de creación y primer ejercicio.

Organizaciones o personas responsables de la formación	Objetivo de la formación	Duración de la formación (periodo)	Beneficiarios directos de la formación
Comisión de Formación de la CGTG y el médico del Puesto Médico	-Concientización de los afiliados de la necesidad de estar sanos -Promoción del Sistema de Salud -Formar equipo de promotores dentro de las organizaciones de base	Durante 1996 se realizaron dos actividades de formación en el transcurso de cuatro meses, cada una de ellas con una duración de dos días	Dirigentes y afiliados de organizaciones de base, personal de la CGTG

Fuente: Elaboración de los autores con colaboración del Responsable del SIS.

Practicamente los dos primeros años de funcionamiento del SIS las actividades se realizaron en un contexto diferente a lo que se puede denominar microseguro debido a que ni siquiera existía mecanismo de afiliación ni forma alguna de pago de cotizaciones,

condiciones necesarias para que el sistema se catalogue dentro de la modalidad mencionada. El capítulo siguiente hace una caracterización del Sistema de Seguro de Salud tal y como funciona actualmente. En él se podrá observar la evolución que el Sistema ha experimentado desde su creación en julio de 1996.

V. Características del Sistema de Seguro de Salud

Este capítulo hace una descripción del Sistema de Salud desarrollado por la CGTG tal y como funciona actualmente. Dentro de los aspectos que tocará está lo relacionado al grupo destinatario, paquetes de beneficios, aspectos financieros, administración, prestadores de atención médica y el papel de otros actores involucrados con el Sistema estudiado.

1. Grupo destinatario y beneficiarios

1.1 Grupo destinatario

Actualmente el grupo destinatario se clasifica en los pertenecientes a organizaciones de base y los no organizados³⁴, además se atiende al público en general (quien representa un porcentaje insignificante respecto a la atención brindada a beneficiarios). Se calcula que el 90% del grupo destinatario pertenecen o están ligados (ejemplo: familias) a sectores organizados.

Según datos suministrados por el Responsable del SIS, el grupo destinatario comprende más de 16.000 personas; de éstas son afiliados poco más de 900, y se estima que por cada afiliado existen cinco beneficiarios al Sistema, es decir, el número de beneficiarios ronda los 3.500 personas.

Del grupo destinatario el 60% son mujeres; las edades oscilan entre los 0 (niños recién nacidos) y los 50 años de edad. El nivel de escolaridad alcanzado por la mayoría de personas del grupo es el tercer y cuarto año de primaria. Además su ubicación geográfica es la zona urbana y periurbana del municipio de Guatemala pero el 97% se concentran en la zona periurbana.

Las condiciones sanitarias a las que está expuesto el grupo meta, difieren según su zona de residencia e ingreso familiar disponible, así pues, aquellos que viven en las Colonias³⁵ están expuestos a un bajo riesgo de contraer enfermedades infecciosas (respiratorias, gastrointestinales) en relación a los que viven en Asentamientos³⁶ y los cuales no poseen la cantidad y calidad de servicios públicos básicos que garanticen un nivel mínimo de protección sanitaria.

Los principales sectores de actividad en los que participan los pertenecientes al grupo meta son el comercio, el trabajo de oficina y la industria alimentaria. Se estima que en promedio el ingreso efectivo que recibe el trabajador de interés para el SIS (basicamente economía informal) es de Q21 (US\$2,8) diarios. Además en su mayoría, el grupo meta, pertenecen a alguna organización sindical (95%) y el resto a otras asociaciones sin fines de lucro. Al igual que en un inicio estas personas poseen entre sí vínculos étnicos

³⁴ Para ambos grupos se incluyen sus familiares consistentes en sus padres, el cónyuge e hijos menores de 18 años.

³⁵ Urbanizaciones con todos los servicios públicos básicos: agua potable, electricidad, alcantarillado, letrinas, aceras y calles pavimentadas.

³⁶ El médico del Puesto médico estima que el 15% de los afiliados al SIS viven en Asentamientos.

particulares: pertenecen a grupos aborígenes tales como el Maya (Quiche), Mam, Kakchiquel y a los Ladinos.

Se puede notar una evolución en el grupo destinatario desde el inicio del SIS hasta la actualidad. Anteriormente estaba compuesto por afiliados a CGTG (al formar parte de una organización de base de corte sindicalista adscrita a la Central), actualmente comprende además personas que no pertenecen a ninguna organización (no organizados). Lo anterior ha sido motivado porque se ha visto que el proyecto debe ser más ambicioso y tratar de cubrir a sectores que necesitan evidentemente el servicio básico de atención médica independientemente si forman o no parte de alguna organización de base; además la sostenibilidad en el largo plazo requiere de un aumento paulatino del número de afiliados a fin de dotar al Sistema de los recursos financieros mínimos que permitan ampliar y mantener un paquete de beneficios que responda a las necesidades del grupo destinatario.

Por lo dicho anteriormente no existen categorías específicas de personas que estén excluidas del grupo destinatario pero debe hacerse hincapié en que el servicio ha sido creado con el fin de satisfacer la demanda de atención médica a aquellas personas que tradicionalmente no cuentan con este tipo de servicios (gente pobre, economía informal, básicamente).

1.2 Diferentes categorías de beneficiarios

El SIS permite la afiliación de personas a título individual, dicha afiliación es voluntaria. Consiste, para el caso de personas organizadas³⁷, en el pago de una cuota única de inscripción de Q5 (US\$0,67) y el pago mensual (adelantado) de Q15 (US\$2) como cotización. Para personas no organizadas, consiste en el pago de una cuota de inscripción de Q20 (US\$2,67) y cotización mensual de Q30 (US\$4). Aunque no forman parte del grupo destinatario, el público no afiliado puede acceder los servicios del SIS pagando de contado por la consulta médica Q20 (US\$2,67). Las condiciones que debe cumplir aquella persona que quiera afiliarse al SIS son:

- ◆ Acatar las disposiciones del reglamento interno (actualmente en revisión)
- ◆ Aceptar los acuerdos de la Comisión de Salud
- ◆ Ser de escasos recursos económicos

Además si forma parte de una organización de base requiere estar al día con sus obligaciones como afiliado a la organización, tales como, cuotas sindicales y el día salario³⁸.

Es la Comisión de Salud la que en primera instancia vela por el cumplimiento de estas condiciones, cualquier conflicto al respecto es resuelto en el seno del Comité Ejecutivo de la CGTG.

El vínculo entre los afiliados al SIS es el ser gente trabajadora, pobre y en su mayoría sindicalistas.

³⁷ Que pertenecen a una organización de base.

³⁸ Como una fuente de financiamiento, la CGTG exige el pago de un día de salario diario por año a cada afiliado a la Central.

Además de las condiciones ya descritas para afiliarse, se debe cumplir una serie de procedimientos administrativos:

1. Llenar la Ficha familiar³⁹
2. Llenar carné del Sistema de Salud⁴⁰
3. Pagar cuota de inscripción
4. Pagar por adelantado la cotización mensual
5. Pagar día de salario (si está organizado)

Las demandas de afiliación son recibidas en el Puesto Médico (por la enfermera) pero la decisión de ser o no aceptado corresponde a la Comisión de Salud, es decir, ésta quien verifica la conformidad de las condiciones requeridas para ser afiliado.

Es importante destacar que el afiliado no debe firmar ningún contrato, pero anualmente debe renovar su afiliación sin necesidad de volver a pagar la cuota de inscripción. Además durante todo el año aquellos que cumplan los requisitos descritos y así lo deseen pueden afiliarse.

Actualmente el Puesto Médico lleva un registro de afiliados a fin de tener información que facilite el conocer detalles de la población meta del Sistema. Ese registro contiene información sobre:

- ◆ Nombre completo del afiliado
- ◆ Edad
- ◆ Sexo
- ◆ Dirección de residencia
- ◆ Número de teléfono
- ◆ Nombre de la organización a la que pertenece (en caso que ello aplique)

Los afiliados poseen una tarjeta de identificación que deben de presentar a la hora de utilizar uno de los servicios de salud disponibles, es decir, atención médica, laboratorio y compra de medicamentos. Los otros beneficiarios (familiares del afiliado) pueden utilizar el carné del afiliado con el que mantienen relación de parentesco. Estos beneficiarios son el cónyuge e hijos del afiliado. Es importante saber que la única restricción para estas categorías de beneficiarios es que los hijos deben ser menores de 18 años de edad.

Por lo afirmado anteriormente se pueden observar los principales cambios en las condiciones de afiliación desde el inicio del SIS hasta el presente: cuando el Sistema de Salud inició no existía mecanismo de afiliación, actualmente sí; y los beneficiarios inicialmente pertenecían a organizaciones de base, en el presente no necesariamente deben estar organizados.

1.3 Número de beneficiarios y evolución

³⁹ Documento en que el que se registran los datos personales del afiliado y de su familia (padres, cónyuge e hijos).

⁴⁰ Este carné es utilizado por los afiliados y sus familias para ser identificados como beneficiarios.

Hasta recientemente los responsables del SIS han puesto en práctica la idea de resumir por periodo el número de afiliados y beneficiarios del Proyecto de Salud. Aunque cuentan con la información suficiente para detallar características de los afiliados actualmete (por sexo, grupos de edad), este proceso está en marcha pero aún no está concluído. El siguiente cuadro hace un adelanto de la información tabulada hasta el momento.

Cuadro N°17. Número de afiliados del SIS. 1999.

Número de afiliados	Porcentaje hombres	Porcentaje mujeres	Rango edades
948	60%	40%	18 a 50 años

Fuente: Elaboración de los autores con la colaboración de Responsable del SIS.

Un seguimiento anual del número de afiliados no se ha resumido aún, a pesar de ello el crecimiento en el número de éstos se contabiliza como negativo al observar una disminución de la afiliación respecto al primer año pues había 1.150 afiliados y a la fecha existen 948, es decir un decrecimiento del 17,5%.

El siguiente cuadro resume el número de afiliados y beneficiario para dos últimos años en que funciona el mecanismo de afiliación y cotización del SIS.

Cuadro N°18. Número de afiliados y beneficiarios para 1998 y 1999.

Número total de afiliados cotizantes	1998	1999
Afiliación voluntaria	1.150	948 (agosto)
Familiares beneficiarios*	4.600	3.792
Total Beneficiarios	5.750	4.740

Fuente: Elaboración de los autores con la colaboración del Responsable del SIS.

*Se supone que el número de beneficiarios del SIS por cada afiliado es de cinco personas.

La disminución en el número de afiliados es producto de un proceso de depuración de los registros, pues muchas personas hicieron una vez su inscripción y primera cotización pero no volvieron a pagar. Según el médico del Puesto, con los datos depurados, sí ha habido un aumento en la afiliación como respuesta a la campaña de divulgación y promoción del Sistema hecha por los responsables del proyecto (Comité Ejecutivo, Comisión de Salud y Personal médico) a través de asambleas, reuniones y jornadas médicas⁴¹.

En vista que la CGTG desarrolla, además del Proyecto de Salud otras actividades en beneficio de sus afiliados sindicalistas, el número de afiliados del SIS no es el mismo del número de afiliados a la Central. El siguiente cuadro muestra el número de afiliados inscritos actualmente (agosto, 1999) tanto del SIS como de la CGTG.

Cuadro N°19. Número de afiliados al SIS y la CGTG. Agosto, 1999

Ente	Número actual de afiliados	Porcentaje de crecimiento desde 1998 a la fecha
SIS	948	-17,5%

⁴¹ Visitas esporádicas que hace el personal médico del SIS a los lugares de trabajo de sus afiliados.

CGTG	16.482 (solo en municipio de Guatemala)	0%
------	---	----

Fuente: Elaboración de los autores con colaboración del Responsable del SIS.

1.4 Causas de la pérdida del estatus de afiliado

Es importante conocer los factores causantes de la pérdida del estatus de afiliado del SIS. Dentro de éstos se mencionan dos, a saber: incumplimiento de cotización mensual y el traslado, por parte de la persona, al zonas de Guatemala en donde el Sistema no da cobertura. El procedimiento aplicado para estos casos es el mismo desde que inició el mecanismo de afiliación. Los pasos a seguir son:

- ◆ En caso de incumplimiento de pago se le solicita la debida justificación (a través de telegrama o por teléfono(si tuviese)), respuesta que debe hacer llegar a la Comisión de Salud.
- ◆ Además si perteneciera a una organización de base, se hablaría con el Comité Ejecutivo respectivo para que éste sea el encargado de contactar al afiliado y conocer su posición.
- ◆ Conocida la justificación dada por el afiliado, la Comisión de Salud toma la decisión de desafiliación.

Ya se han excluido algunos afiliados en el pasado. Algunos porque se ha retirado voluntariamente, otros por desarticulación de la organización sindical a la que pertenecían, y otros por incumplimiento de pago. La decisión de desafiliar ha estado en manos de la Comisión del Salud con la colaboración del personal médico, y los factores que provocan desafiliación no han sido cambiados desde su implementación.

1.5 Penetración del grupo destinatario

Aproximadamente el 5,6% del grupo destinatario (16.000 personas)⁴² se encuentran cubiertas por el SIS. A pesar de ello aún se está lejos de las proyecciones realizadas por los responsables de este Sistema y que pretenden afiliar 3.000 personas en los próximos años (esto representa el 18,75% del grupo destinatario).

El aumento en el número de afiliados constituye por sí mismo un objetivo del Sistema de Salud. Ello garantizará, según los responsables, la sostenibilidad en el largo plazo y el fortalecimiento de los servicios de salud que la población destinataria demanda.

En vista de lo anterior la Comisión de Salud ha coordinado y efectuado una serie de acciones tendientes a ensanchar el número de afiliados al SIS. Dentro de estas actividades se encuentra al realización de reuniones, seminarios, talleres, asambleas, distribución de volantes y afiches, etc., como formas para promover los beneficios que ofrece seguro, así como concientizar a personas que forman parte del grupo destinatario.

2. Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el SIS

⁴² Este grupo destinatario está compuesto por afiliados a la CGTG en el municipio de Guatemala, por lo tanto no incluye sus familiares.

2.1 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS

La selección de los paquetes de prestaciones que propone actualmente el SIS fue realizada con base en criterios tales como condición económica del grupo destinatario y capacidad contributiva de los afiliados, afecciones más comunes y la capacidad de brindar el servicio por parte de la CGTG a través de la Comisión de Salud y el Puesto Médico. Finalmente, el paquete de beneficios fue elegido por la Comisión de Salud en conjunto con el personal médico y los Comités Ejecutivos de organizaciones de base.

Dentro de algunos documentos elaborados por la CGTG en relación al SIS se mencionan los servicios brindados y las condiciones de cobertura del paquete.

A continuación se muestran un cuadro en donde se resumen los beneficios ofrecidos actualmente por el SIS y se detallan algunas otras características de los mismos, tales como personas cubiertas, copago, y otros.

Cuadro N°20. Beneficios ofrecidos actualmente por el SIS

Servicio	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de cobertura	Periodo de espera	Remisión obligatoria
Intervenciones quirúrgicas no programadas	No cubierta				
Atención del parto normal	No cubierta				
Hospitalizaciones medicadas no programadas	No cubierta				
Intervenciones quirúrgicas programadas	No cubiertas				
Atención ambulatoria programada	Afiliados y familiares (B)	No existe	No existe	(0)	(N)
Atención preventiva	No cubierta				
Atención ambulatoria no programada	No cubierta				
Medicamentos	Afiliados y familiares (B)	Con precios más bajos que en el mercado (100%)	No existe	(0)	(N)
Transporte/ evacuación	No cubierto				
Laboratorio	Afiliados y familiares	Con precios	No existe	(0)	(N)

Servicio	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de cobertura	Periodo de espera	Remisión obligatoria
		más bajos que en el mercado (100%)			

Fuente: Elaboración de autores con la colaboración del Responsable de la Comisión de Salud.

Nota: Los símbolos (B), (0) y (N), significan que: el servicio es accesible a afiliados y otros beneficiarios, no existe periodo de espera, y no existe remisión obligatoria de pacientes; respectivamente.

Estos beneficios descritos anteriormente conforman el único paquete de beneficios ofrecido por el Sistema de Salud por lo que mediante el pago de las cotizaciones correspondientes todo afiliado tiene derecho a disfrutar del mismo. Además cabe agregar que estos beneficios son dados a conocer entre los afiliados a través de las asambleas generales organizaciones de base, afiches, volantes y al dar la consulta médica el personal informa a los usuarios al respecto.

En relación a los copagos (en el caso de medicamentos y exámenes de laboratorio), la CGTG los justifica pues son la forma de sostener el SIS pues desde marzo de 1998 finalizaron los recursos donados por CESAL y se debe hacer frente a los gastos operativos del proyecto (compra de medicamentos, pago de personal médico, material de oficina y laboratorio, agua, luz, teléfono, limpieza).

Es importante destacar que la organización denominada COLACOT⁴³ realizó una donación de US\$13.000 al Proyecto de Salud para pagar salarios del personal del Puesto Médico. Esa suma fue utilizada para hacer frente a dichos gastos durante un período de ocho meses a partir de marzo de 1998. Además se debe hacer nota que aunque la regla es cobrar los copagos sin distingo alguno de personas, sea o no organizado.

El personal del Puesto Médico en algunas ocasiones prestan consulta gratuita a aquellas personas que necesitando del servicio no poseen los recursos suficientes para costearlos⁴⁴.

Los desembolsos de inscripción, cotización y copago, realizados por los afiliados no permiten cubrir los gastos diferentes a los servicios médicos tales como transporte alimentación, alojamiento, etc.; por lo cual los beneficiarios deben asumir dichos costos para poder gozar del paquete de servicio ofrecidos por el SIS.

Por otra parte los encargados de la gestión del Sistema, a saber, la Comisión de Salud y el personal médico, pueden realizar una labor de arbitraje para decidir la cobertura de los beneficiarios. Así, pues, los encargados de la gestión analizan y proponen al Comité Ejecutivo el grupo a cubrir, y éste finalmente toma la decisión.

Dentro de los servicios otorgados con más frecuencia por el SIS, en orden descendente se enumeran, en primer lugar, la atención médica; en un segundo puesto, el servicio de farmacia; y finalmente, los exámenes de laboratorio.

⁴³ Confederación Latinoamericana de Cooperativas y Mutuales de Trabajadores, dependencia de la Central Latinoamericana de Trabajadores (CLAT).

⁴⁴ Esto sucede de forma excepcional.

Con respecto al inicio del Proyecto, el paquete de beneficios y copagos han sufrido una serie de cambios, los principales son:

- ◆ Aparte de la atención médica y la farmacia, actualmente se brindan exámenes de laboratorio.
- ◆ Aumento del número y diversidad de medicamentos a disposición
- ◆ El horario de atención de los servicios médicos paso de medio a tiempo completo
- ◆ Inicialmente se cobraba por la consulta médica Q5 (US\$0,67) pero solo a personas que formaran parte de alguna organización de base; ahora no se cobra a aquellos afiliados al SIS sean personas organizadas o no.
- ◆ Actualmente se atiende a personas no afiliadas. Estas deben de pagar Q20 (US\$2,67) por consulta médica.

Las principales causas que originaron dichos cambios fueron:

- ◆ Para hacer más atractivo el servicio se requirió de su ampliación
- ◆ Aumento del costo de materiales, medicamentos, equipo médico
- ◆ Brindar un mejor servicio a más personas

Todos esos cambios fueron decididos a través de un proceso: la Comisión de Salud junto con el personal del Puesto Médico y los Comités Ejecutivos de organizaciones de base, analizan la ejecución de los cambios y elevan sus posición al Comité Ejecutivo de la CGTG, quien finalmente toma la decisión de realizar los cambios propuestos.

2.2 Pago de prestaciones

Para otorgar las prestaciones a los afiliados (y sus familiares), éstos deben estar al día en sus cotizaciones, y al hacer uso del servicio, realizar de contado el copago respectivo (caso de medicamentos y exámenes de laboratorio). Esta fórmula de pago es la que rige para el único paquete de beneficios existente.

Dado que para poder acceder los servicio de laboratorio y farmacia el beneficiario debe cancelar un monto de dinero (correspondiente al precio del medicamento o del examen de laboratorio), existe un mecanismo de facturación por esas ventas. Las facturas son extendidas por la enfermera y su control lo lleva el médico en un registro de atención y recetas. Además la CGTG realiza, aunque no periódicamente, un inventario de los medicamentos en estantería y material de laboratorio.

Después de tres meses de atraso en el pago de cotizaciones, la Comisión de Salud se comunica con el afiliado moroso a fin de que este se ponga al día o justifique se demora. Este procedimiento en la práctica no se lleva a cabo con la rigurosidad que se detalla pues algunos afiliados han estado morosos por más de tres meses.

Aunque el personal del Puesto Médico lleva registros sobre el número de pacientes que atiende, el nombre de los mismos, enfermedad o padecimiento tratado, etc.(contenido del expediente médico), no existe un documento diseñado para registrar las prestaciones otorgadas por tipo de servicio actualmente.

2.3 Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios

Otros servicios financieros en el ámbito de la salud

El Sistema de Salud desarrollado por la CGTG no posee ningún tipo de servicio financiero, tal como un sistema de crédito para la salud o uno de ahorro para la salud a fin de complementar los beneficios ofrecidos en el paquete disponible. Además, en este sentido, no se tiene previsto ofrecer este tipo de servicios pues la prioridad está enfocada en ampliar y fortalecer la atención médica (incluir especialidades).

Oferta de atención médica

Respecto a la oferta de atención médica, el Sistema provee distintos servicios directamente y los cuales fueron instituidos al mismo tiempo que el SIS (excepto el servicio de laboratorio) a través de una estructura dependiente jurídicamente de la CGTG.

Dentro de estos servicios está la consulta médica en la cual se realiza un chequeo general del paciente y se emite el diagnóstico respectivo. Por otro lado, se efectúan distintas pruebas de laboratorio entre ellas están: hematología, heces, orina, ácido úrico, glucosa, y perfil de lípidos, entre otros. Y a ello se complementa la existencia de una farmacia con una dotación de los medicamentos más comunmente utilizados.

La definición de estos servicios se basó en las necesidades de salud más evidentes del grupo destinatario, así como la capacidad del proyecto de hacer frente a los gastos que la prestación de los servicio demanda. Fue la Comisión de Salud, en conjunto con el personal médico y los Comités Ejecutivos de organizaciones de base, quienes seleccionaron el paquete de servicios médicos ofrecidos actualmente. El aval fue dado por el Comité Ejecutivo de la CGTG.

Tal como se ha mencionado en secciones anteriores, los beneficios no están destinados exclusivamente a beneficiarios del SIS. Además de los afiliados y sus familiares, el público (no afiliados) pueden acceder a los mismos servicios, sin embargo, deben de pagar en caso de consulta médica un precio de Q20 (US\$2,67). Los medicamentos y exámenes de laboratorio se venden al mismo precio que el pagado por los afiliados y sus familiares.

La puesta en marcha de los servicios mencionados requirió del financiamiento (donación) hecho por la CESAL para crear el proyecto de Salud propuesto por la CGTG en 1996. A pesar de ello ese financiamiento se agotó en el mes de marzo de 1998, fecha a partir de la cual los servicios se financian con los aportes hechos por los afiliados (inscripción y cotizaciones), la venta de medicamentos y exámenes de laboratorio.

Prevención y educación para la salud

El SIS, a través de la Comisión de Salud, promueve una serie de actividades de prevención y educación en salud consistente en la realización de seminarios y talleres dirigidos a los Comités Ejecutivos de organizaciones de base y promotores. De esta forma se pretende divulgar información sanitaria (hábitos de higiene, sexualidad) a la población beneficiaria (afiliados y familiares) para que múltiples enfermedades que los

aquejan actualmente puedan ser prevenidas. Todos los temas están vinculados directa o indirectamente a los servicios cubiertos por el SIS.

Según a quien vayan dirigidos estos eventos, existe un grupo que determina los pormenores relacionados. Así, pues, en caso que vayan dirigidos a los promotores, los objetivos y temas abordados en estas actividades son determinados por la Comisión de Salud y el personal médico; en el caso que fuese dirigido a los Comités Ejecutivos de organizaciones de base, el director del IGEFOS pasaría a apoyar a los entes ya mencionados. A pesar de ello todas estas acciones, que van dirigidas a los beneficiarios del SIS, son conducidas por el Responsable de la Comisión de Salud y contando con la colaboración del director del IGEFOS.

Cabe mencionar que el SIS no organiza otro tipo de actividades en el campo de salud en beneficio de grupos de la población distintos a los que constituyen sus destinatarios.

Otro tipo de servicios

La CGTG es la organización responsable del SIS. En vista que este organismo realiza otras actividades diferentes al Proyecto de Salud, tales como orientación jurídica, responsabilidad ciudadana, derechos humanos, condición de la mujer; ha aprovechado estos servicios para ser brindados a los afiliados del SIS desde su constitución en 1996⁴⁵.

La vinculación de estos otros servicios con el SIS es estrecha debido a que la CGTG promueve de forma coordinada las actividades de las diferentes comisiones que la componen. De esta forma brinda beneficios (no necesariamente en salud) que busquen la mejora de las condiciones de vida de los trabajadores guatemaltecos.

3. Aspectos financieros del funcionamiento del SIS

3.1 Fuentes de financiamiento del SIS

Cotizaciones y Cuotas de afiliación

En relación a las cotizaciones, todos los afiliados, sin distingo, deben de pagar un monto fijo mensual (por adelantado) que varía según la categoría de afiliado. Aparte de los afiliados nadie más aporta cotización alguna. La tabla que se muestra a continuación presenta los montos a pagar, tanto para la inscripción (la cual se realiza solo una vez en el momento la persona se afilia) como la cotización mensual, según el afiliado pertenezca (o no) a una organización de base.

Cuadro N°21. Cuotas de inscripción y cotización mensual cobrada a los afiliados. Según categoría de afiliado. En quetzales (y en dólares).

Categoría de afiliado	Cuota de inscripción (Afiliación)	Cotización mensual
Organizado	Q5 (US\$0,67)	Q15 (US\$2)

⁴⁵ Debe tenerse presente que durante 1996 y 1997 no existía afiliación al Sistema de Salud, pero los usuarios de éste eran afiliados a la propia CGTG a través de las organizaciones de base a las que pertenecían.

No organizado	Q20 (US\$2,67)	Q30 (US\$4)
---------------	----------------	-------------

Fuente: Elaborada por autores con la colaboración del médico del Puesto.

Como se dijo anteriormente las cotizaciones se pagan mensualmente, en efectivo y de manera adelantada; y la cuota de inscripción se cancela por una sola vez, en el momento en que la persona se afilia.

Tal como en un inicio, los montos actuales son determinados arbitrariamente y sin tomar en cuenta los riesgos profesionales del afiliado. Más bien su cálculo toma en cuenta aspectos tales como capacidad de pago del afiliado, paquete de servicios brindados, y los precios cobrados por otras organizaciones de bienestar social, tales como la Iglesia, ONG's, y otras. Su determinación está a cargo de la Comisión de Salud (quien propone los montos a cobrar), el personal médico y aprobado finalmente por el Comité Ejecutivo de la CGTG.

Es importante hacer énfasis que otros beneficiarios distintos de los afiliados (los familiares) no deben de pagar cotización o cuotas de afiliación para acceder a los servicios de salud del Proyecto, unicamente, al igual que los afiliados, deben comprar los medicamentos y exámenes de laboratorio.

Las cotizaciones son pagadas en el Puesto Médico a la enfermera o en su defecto al auxiliar del Departamento contable de la CGTG. Para ello el SIS ha organizado un mecanismo de facturación y registro que mantiene el control de pago por parte de los afiliados. Entonces al cancelar, el afiliado, su pago respectivo por cuota de afiliación y cotización, recibe por parte de la CGTG copia de un recibo de pago. Además de este documento la Central lleva un registro de control en el que anota el mes cotizado por cada afiliado.

La mora en el pago de al menos tres cotizaciones activa un procedimiento administrativo simple: la Comisión de Salud contacta al afiliado moroso a través de teléfono, telegrama, visita personal o por medio del Comité Ejecutivo de la organización de base a la que pertenece, le solicita que justifique su atraso en el pago, finalmente la Comisión de Salud decide darle prórroga o desafiliarlo.

Como se dijo anteriormente, las cotizaciones se hacen mensualmente. Dicha periodicidad fue escogida arbitrariamente por la estructura responsable del SIS⁴⁶ pensando que se facilita el pago a los afiliados. A diferencia de aquellos afiliados que trabajan por un salario periódico, la mayoría, al trabajar en la economía informal (principalmente comercio), poseen ingresos irregulares⁴⁷.

El siguiente cuadro muestra los ingresos totales recibidos durante los dos últimos años por concepto de cuotas de inscripción y cotización.

Cuadro N°22. Ingreso total por cuotas de inscripción y cotizaciones recibidas. Años 1998 y 1999. En quetzales (y dólares).

⁴⁶ Cuando se habla de estructura responsable o simplemente responsables se refiere a la Comisión de Salud, el equipo médico y el Comité Ejecutivo de la CGTG. Cosa distinta cuando se habla singularmente del Responsable, refiriéndose al encargado de la Comisión de Salud.

⁴⁷ Ingresos irregulares significa ingresos sin periodicidad ni monto regular, sino que dependen de las ventas que concreten durante el día de trabajo.

Año	Monto recibido
1998 (enero a diciembre)	28.869 (US\$3.849)
1999 (enero a julio)	27.150 (US\$3.620)

Fuente: Elaboración de los autores con la colaboración del Departamento contable de la CGTG.

Cabe destacar que el monto de la cotización y la cuota de inscripción está sujeto a una revisión periódica (cada fin de año) por parte del Comité Ejecutivo y el Departamento contable. Lo anterior se hace con el fin de ajustar los montos cobrados y mantenerlos constantes en términos reales. Es así como la información de sobre el precio de los materiales utilizados por el Sistema, los servicios públicos (agua, electricidad, teléfono), salarios, y en general el comportamiento de los gastos operativos del SIS, son considerados para ajustar los montos de cotización e inscripción.

Contribuciones financieras del Estado y de las colectividades locales

Aparte de las donaciones hechas por CESAL y COLACOT para la creación y funcionamiento del SIS, ninguna otra institución pública o privada a realizado contribuciones financieras.

Inicialmente, antes de la puesta en marcha del SIS, personeros de CGTG establecieron conversaciones con el gobierno de turno para que el Proyecto de Salud recibiera algún tipo de apoyo gubernamental. Hubo una serie de compromisos por parte del Gobierno (donaciones, apoyo técnico); a pesar de ello se convirtieron en promesas incumplidas hasta el día de hoy.

Donaciones y subvenciones provenientes de otros contribuyentes

Después del primer ejercicio de funcionamiento del SIS, se recibió en el año 1998 una donación por parte de COLACOT por la suma de US\$13.000 destinados al pago salarial del personal médico. Esta suma bastó para hacer frente a ese rubro durante ocho meses.

Las condiciones para ser sujeto del donativo eran que los fondos contribuyeran a fortalecer el Proyecto de Salud, y lograr el incremento de nuevos afiliados.

Los responsables del SIS tramitaron dicha donación a través de la Central Latinoamericana de Trabajadores (CLAT), los cuales aceptaron la petición luego de conocer pormenores del Proyecto; posteriormente el monto girado fue trasladado a una cuenta bancaria a nombre de la CGTG; finalmente la CGTG se comprometió a rendir informes financieros y de actividad (amparado con documentos) como una forma de constatar la transparencia en el uso de los fondos en el uso predestinado.

Cabe destacar que el proyecto nunca ha gestionado ni recibido préstamos o créditos de ninguna índole (a corto ni largo plazo).

En relación a la contabilidad y financiamiento, el SIS maneja estos aspectos de una forma claramente separada de las otras actividades (trabajo de las diferentes comisiones) de la

CGTG. Esto permite dar un seguimiento ordenado de las finanzas propias del Proyecto de Salud.

Por otra parte es de importancia referirse a la transferencia de fondos que la CGTG hizo en algún momento al SIS. Durante el periodo comprendido entre marzo y noviembre de 1997, la CESAL tuvo un retraso en el aporte de los fondos que se había comprometido a dar para el funcionamiento del SIS. Lo anterior iba a distorsionar el funcionamiento que el Proyecto había tenido hasta el momento. En vista que la CGTG maneja un fondo (Fondo común) destinado a solventar necesidades temporales de algún sector de la organización, el SIS utilizó dicho fondo, al tomar a manera de préstamo (sin intereses) US\$10.000, para así evitar un cese temporal de actividades del Proyecto de Salud. Una vez recibido el aporte por parte de CESAL, el dinero fue devuelto al fondo de CGTG.

En resumidas cuentas las fuentes importantes de financiamiento del SIS son y ha sido:

- ◆ Donaciones de CESAL y COLACOT (ya cesaron)
- ◆ Fondo común de la CGTG (vigentes)
- ◆ Cuotas de inscripción y cotizaciones de afiliados (vigentes)

3.2 Costos

Según el Responsable del SIS, los costos por prestación de los servicios más los gastos operativos que permiten mantener en funcionamiento el Proyecto ascienden actualmente a los Q28.000 (US\$3.733) mensuales. A partir de 1998 es que se inicia el cálculo de los costos administrativos de Proyecto de salud, separadamente de las otras actividades de la CGTG. Durante 1988 estos gastos ascendieron a los Q49.144 (US\$6.552). Los componentes más importantes son los de *papelería y útiles de oficina* (63%), así como *anuncios* (28%).

Otros costos de operación del SIS son: seminario de formación, ayudas solidarias, gastos de mantenimiento y reparaciones de local, equipo y vehículo.

3.3 Excedentes y distribución de excedentes

Como se ha mencionado en secciones anteriores, el SIS forma parte de una organización sin fines de lucro que realiza actividades en beneficio de la clase trabajadora guatemalteca. Por sí misma el SIS no posee un estatus jurídico definido. A pesar de ello se acciona se circunscribe dentro de la función social de la CGTG. De lo anterior, ni la CGTG ni ninguna de sus partes orgánicas ejerce actividades cuyo objetivo es poseer ganancias o excedentes por sí mismas.

En el caso de la venta de servicios de salud (medicamentos, exámenes de laboratorio) y para el caso de no afiliados, la venta de consultas médicas; todo margen de ganancia (porcentaje de ingreso por encima del costo) es utilizado para ser reinvertido en el mantenimiento y mejora de los servicios de salud ofertados (inventario de medicamentos, material de trabajo, etc.).

Un vistazo al Estado de Resultados para el periodo fiscal 1998, del Sistema de Salud, muestra cifras en rojo (déficit bruto). Estos resultados negativos son financiados

actualmente a través del Fondo común de la CGTG (pues el SIS no posee fondos de reserva). En vista de lo anterior una de las prioridades en este momento es la búsqueda de recursos frescos que permitan hacer sostenible completamente el Sistema de Salud. La búsqueda del incremento de nuevos afiliados gira en torno a esa preocupación.

3.4 Fondos de reserva

Como mencionado anteriormente, el SIS no dispone de fondos de reserva.

4. Prestadores de atención médica

4.1 Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS

Actualmente solo existe un Puesto Médico ubicado en la Sede de la CGTG en el centro de la capital. En dicho Puesto trabajan tres profesionales (médico, enfermera y laboratorista) quienes se constituyen en los únicos prestadores de atención médica laborando actualmente para el SIS. Los beneficiarios, para poder acceder al paquete de servicios, deben dirigirse exclusivamente a estos prestadores designados por los responsables del Proyecto de Salud. La información sobre los prestadores a los cuales pueden recurrir para tener derecho al uso de los servicios se efectúa a través de los Promotores de salud⁴⁸, reuniones de organizaciones de base, volantes y afiches.

El siguiente cuadro muestra algunas características de los prestadores autorizados por el SIS.

Cuadro N°23. Prestadores autorizados por el SIS actualmente

Nombre/Identificación prestadores	Localización	Tipo	Nivel	Tipo servicios ofrecidos	Fecha autorización
Centro de Clínica médica de la CGTG	Sede de la CGTG en el centro de la capital de Guatemala	Privado sin fines de lucro	Primario	Consulta médica general, medicamentos y laboratorio	Julio, 1996

Fuente: Elaborado por autores con la colaboración del Responsable del Sistema de Salud.

En el municipio de Guatemala (zona de implementación del SIS), existen otros prestadores que ofrecen servicios del mismo nivel que el Puesto Médico de la CGTG. Entre ellos dos hospitales generales públicos, cuatro centros de salud, cuatro centros médicos de ayuda social y muchas clínicas privadas.

El personal del único Puesto Médico autorizado por el SIS fue seleccionado por la Comisión de Salud y el Comité Ejecutivo de la CGTG. Para ello los responsables del Sistema establecieron un contrato laboral con los profesionales en salud en donde estos se comprometen a laborar en sus funciones respectivas a cambio de un salario establecido por la CGTG.

⁴⁸ Los promotores de salud son afiliados a organizaciones de base que recibieron capacitación sobre el funcionamiento del SIS y mantienen informados a los beneficiarios organizados.

A pesar que los servicios médicos cubiertos por el SIS han traído beneficios palpables a sus usuarios, existen una serie de problemas aún por resolver en la disponibilidad de los mismos. Entre ellos se mencionan: en atención médica, falta de personal para hacer frente a la demanda; en medicamentos, falta ampliar en diversidad y cantidad las existencias; en el laboratorio, falta más equipos que permitan realizar otros tipos de exámenes. Además de manera general es necesario material informativo (libros, revistas) que mantenga actualizado al personal médico sobre los avances e investigaciones de la medicina, falta equipo informático propio que facilite el manejo y procesamiento de la información del Sistema de Salud, alta concentración del servicio médico en el área urbana.

Los esfuerzos tendientes a paliar estas dificultades se han dirigido a la búsqueda de recursos financieros nuevos. Principalmente el trabajo de los promotores de salud ha estado enfocado en la afiliación de nuevos miembros. Según la Comisión de Salud, se han planteado la meta de alcanzar 3.000 afiliados (actualmente existen 948 afiliados al SIS).

4.2 Relaciones entre los prestadores y el sistema de seguro

Tal como se dijo anteriormente, el SIS ha establecido contratos laborales individuales con los prestadores de atención médica. Dicha negociación ha estado a cargo de la CGTG a través de su representante legal. El contenido de dichos contratos especifica: las partes contratantes, deberes de cada una de ellas, plazo de vigencia (seis meses renovables), monto salarial, horario de trabajo y causas de anulación del contrato, principalmente.

Ya en el pasado se ha anulado el contrato laboral con algunos prestadores. En esas ocasiones (tres veces) las causas fueron la atención deficiente a los usuarios, el uso indebido de efectivo, y la falta de ética profesional. La decisión final de anulación quedó en manos del Comité Ejecutivo de la CGTG, aunque en ella participaron la Comisión de servicios de salud y los Comités Ejecutivos de organizaciones de base.

Por otra parte, es importante mencionar que la enfermera del Puesto Médico verifica el derecho de los beneficiarios a hacer uso de los servicios. Para ello lleva un registro en el que verifica que el usuario está al día en las obligaciones correspondientes (pago de cotizaciones).

En relación al criterio de los afiliados sobre la calidad de los servicios, el SIS realiza una serie de actividades particulares para recoger su opinión. Dentro de ellas está la ejecución de encuestas no periódicas dirigidas por la Comisión de Salud, la Asambleas de afiliados de organizaciones de base y durante las visitas que los beneficiarios hacen al servicio de consulta médica.

Cada veinte días la Comisión de Salud se reúne con los prestadores a fin de evaluar el funcionamiento del SIS, además revisan el programa de actividades relacionadas con el Proyecto y se delegan acciones concretas a los miembros de la Comisión.

Los beneficiarios ni los responsables del SIS participan en la gestión de actividades propias de los prestadores. A pesar de ello, la organización de actividades de promoción e información permite que estas tres partes (beneficiarios, prestadores y responsables) se unan para alcanzar el cometido de ampliar y fortalecer el SIS.

Aunque no se establece en el contrato laboral, los responsables del SIS ofrecen incentivos adicionales a los prestadores de atención médica. La realización de actividades de formación y actualización para el personal médico es la forma que se ha ideado la Comisión en este sentido.

4.3 Pago a los prestadores

Los prestadores de atención médica reciben a cambio de su trabajo (cuyo horario está definido en el contrato laboral) un honorario por servicios profesionales el cual se constituye en su salario.

Esta forma de pago no ha evolucionado desde que inicio el SIS a funcionar. La forma de pago y la pertinencia con las labores ejercidas por los prestadores es controlada por la Comisión de Salud y el Departamento contable, pero en última instancia es definida y aprobada por el Comité Ejecutivo de la CGTG.

Para el pago a los prestadores el procedimiento es simple: cada fin de mes el prestador se presenta al Departamento contable de la CGTG en donde se maneja la planilla laboral, éste recibe un cheque con el monto por honorarios profesionales (su salario mensual), a cambio lo cual firma una constancia de recibo del cheque y la planilla laboral.

5. Administración y gestión del Sistema de Seguro

5.1 Estatutos y reglamentos

Actualmente el SIS no cuenta con personería jurídica propia, forma parte de una estructura organizativa privada y sin fines de lucro más amplia denominada la CGTG. Lo anterior hace que el Sistema de Salud se adhiera a los lineamientos estatutarios y reglamentarios bajo los que funciona la Central.

Aunque el SIS no posee estatutos, actualmente tiene en revisión un reglamento interno propio en el que se presenta la naturaleza y objetivos del SIS, su papel económico y social, así como los derechos y obligaciones de los prestadores, beneficiarios y responsables.

5.2 Organización de la gestión del SIS

La gestión global del Sistema de Salud está a cargo de la CGTG a través de la Comisión de Salud creada para tal fin. En este marco son varias las estructuras que están a cargo de la gestión:

Comité Ejecutivo de la CGTG: es el órgano máximo de gestión. De aquí emanan las directrices generales a seguir por el Sistema.

Comisión de Servicios de Salud: Es el ente encargado de dictar los lineamientos específicos para el funcionamiento del Proyecto. Acata los acuerdos tomados por el Comité Ejecutivo, se constituye así en el órgano administrador. Está dirigido por el

Responsable quien se constituye en el enlace entre la Comisión, el Comité Ejecutivo y el Puesto Médico.

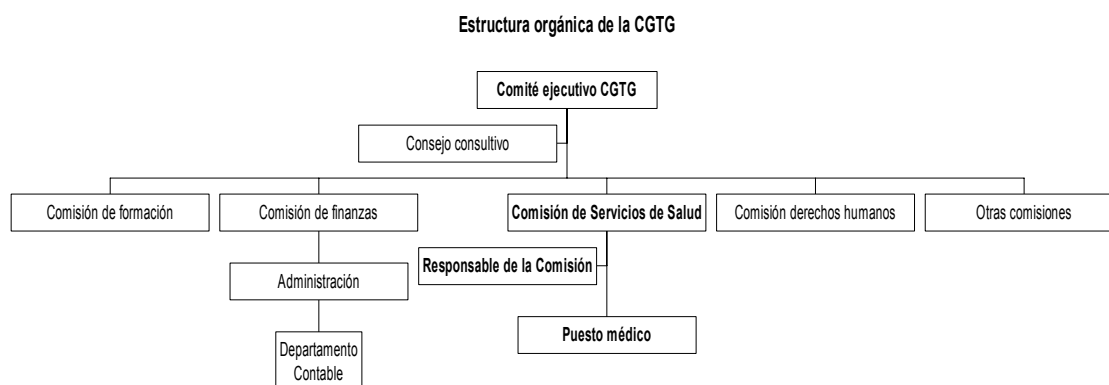
Puesto Médico: Prestador de los servicios médicos, posee consultorio para atender pacientes, laboratorio y farmacia. Está a cargo de un médico, una enfermera y la laboratorista, todos ellos laborando tiempo completo.

Tanto el aseguramiento como los servicios de asistencia médica están a cargo de la misma estructura organizativa descrita anteriormente.

Es importante hacer notar que los distintos órganos de gestión del SIS, aparte del Comité Ejecutivo de la CGTG fueron diseñados exclusivamente para encargarse del funcionamiento del Sistema de Salud, sus mandatos son los descritos en párrafos anteriores. En vista de ello es interesante conocer otras actividades realiza al Comité Ejecutivo de la CGTG. Dentro de éstas se mencionan:

- ◆ Revisa las políticas y estrategias globales del funcionamiento de la CGTG.
- ◆ Elabora proyectos y establece posiciones sobre los diferentes problemas, políticos, sociales, culturales y económicos de sus agremiados y del pueblo guatemalteco en general.
- ◆ Representa a la CGTG ante los diferentes foros de sectores organizados de la sociedad civil.

El siguiente organigrama da una visión amplia de la ubicación del SIS dentro de la estructura general de la CGTG.



Aunque los responsables directos de la gestión del SIS son el Comité Ejecutivo de la CGTG, la Comisión de Salud y el equipo médico; el Sistema mantiene relación con los otros órganos de la CGTG, tales como la Comisión de formación o la Comisión de finanzas, por mencionar solo algunos.

Cabe destacar lo relacionado a la composición y elección de los responsables de Sistema de Salud:

Comité Ejecutivo de la CGTG: compuesto por nueve miembros titulares y seis suplentes (todos hombres). Cada cuatro años los estos miembros son electos durante la Asambleas Generales de delegados de las organizaciones de base, a través de votación por mayoría simple.

Comisión de Servicio de Salud: la componen tres personas (todos hombres) miembros del Comité Ejecutivo quienes son electas (dentro del mismo comité) por consenso y por tiempo indefinido.

Equipo médico: actualmente son tres profesionales (un médico, una enfermera y una laboratorista). Éstos son seleccionados por la Comisión de Salud a través de un análisis curricular y avalados por el Comité Ejecutivo de la CGTG. Finalmente se establece un contrato laboral entre cada profesional (individualmente) y la CGTG a través de su representante legal.

A continuación se presenta un cuadro que caracteriza al personal empleado por el SIS.

Cuadro N°24. Personal asalariado trabajando para el SIS

Título del Puesto	Asalariado o no	Fecha de creación del puesto	Calificación del titular actual	Principales tareas
Médico	Asalariado por CGTG	Julio, 1996	Doctor en medicina y cirugía	Atender la consulta médica, presentar propuestas al responsable de la Comisión, coordinar al equipo médico, asesorar al responsable de la Comisión para elaborar y ejecutar el plan de trabajo
Enfermera	Asalariado por CGTG	Julio, 1996	Enfermera graduada	Atender a pacientes, administrar la farmacia, llevar el control de usuarios, apoyar al médico
Laboratorista	Asalariado por CGTG	Diciembre, 1997	Tecnóloga médica	Atender pacientes, coordinar actividades de salud con el médico y la enfermera

Fuente: Elaborado por autores con colaboración del Responsable del SIS

Además del equipo médico, quienes fueron contratados exclusivamente para el funcionamiento del SIS, existen otras personas que trabajan de una forma no exclusiva en este proyecto de salud. A pesar de ello su trabajo es voluntario, pero sin lugar a duda su aporte constituye un pilar de sostenibilidad administrativa y de gestión. El siguiente cuadro muestra las características de ese personal.

Cuadro N°25. Otro personal no asalariado que trabaja para el SIS

Categoría	Número	Organización responsable	Porcentaje del tiempo consagrado al SIS	Principales tareas
Responsable de la Comisión de Salud	Uno	CGTG	60%	Operativizar el plan de trabajo del servicio de salud y los acuerdos de la CGTG, elaborar propuestas y estudios para la mejora de los servicios, evaluar el servicio de salud en coordinación con la Comisión de Salud y equipo médico, servir de enlace entre el Comité Ejecutivo de la CGTG, la Comisión de Salud y el equipo médico.
Comisión de Servicios de Salud	Tres – incluye al Responsable	CGTG	40%	Coordinar con el Responsable de la Comisión todas las actividades del servicio de salud, organizar actividades de formación y capacitación a beneficiarios, cumplir acuerdos del Comité Ejecutivo, evaluar el funcionamiento del servicio de salud.
Comité Ejecutivo CGTG	Nueve titulares	CGTG	Toma acuerdos pertinentes en reuniones ordinarias	Establece las directrices generales del SIS y toma las decisiones finales de los acuerdos de la Comisión de Salud.

Fuente: Elaborado por autores con colaboración del Responsable del SIS

Los tres miembros de la Comisión de Salud (quienes son los reponsables directos de la gestión del SIS) son remunerados por sus funciones de manos de la CGTG. Esta organización mantiene un contrato laboral con los miembros de la Comisión de Salud en donde se establece, entre otras cosas, el pago de un salario mensual pagadero con cheque. Es importante saber que dicha remuneración no corresponde exclusivamente al trabajo de estas personas con el SIS, sino, a una serie de compromiso diversos con la CGTG, uno de los cuales está relacionado en el servicio de salud.

5.3 Carácter democrático y participativo de la gestión

Son varios los medios que utiliza el SIS para informar a los nuevos afiliados sobre sus derechos y obligaciones, y sobre el funcionamiento del Sistema de Salud. Dentro de ellos se mencionan:

- ◆ Volantes y afiches
- ◆ Visitas de la Comisión de Salud a las organizaciones de base
- ◆ El trabajo de divulgación que realizan los promotores de salud y dirigentes de las organizaciones de base
- ◆ Al momento de la afiliación el personal médico informa sobre los detalles del Sistema

A través de estos medios se da a conocer información sobre el funcionamiento del Sistema, paquetes de beneficios, derechos del afiliado y actividades programadas en el proyecto. Esta actividad informativa se hace permanentemente durante todo el año.

El material utilizado para brindar esa información es diversa: papalería impresa, pizarra, proyector de filminas, y verbalmente; y es puesta a circular por la Comisión de Salud y el personal médico.

Son diversos los esfuerzos tendientes a la divulgación del SIS. Los responsables utilizan todos los medio disponibles para mantener informados a los afiliados: confección de volantes y afiches, visitas personales, llamadas telerfónicas, uso de vehículos para movilizarse hasta donde están los afiliados y horas extras laboradas.

Los afiliados juegan un papel importante en diversos aspectos relacionados con la gestión del Sistema de salud. Para la selección de los servicios cubiertos, monto y forma de pago de cotización, así como evaluación del funcionamiento, dan su opinión (a través de encuestas, reuniones, etc.) sobre cuales son sus prioridades en salud, disponibilidad de pago y bondad de los servicios ofrecidos, respectivamente. A pesar de su participación, con opiniones y sugerencias, en los aspectos antes mencionados, no participan en la selección de los responsables ni prestadores del SIS.

Cada tres meses se realizan Asambleas Generales ordinarias de afiliados a la CGTG. A ellas se convocan los Comités Ejecutivos de las organizaciones de base. Es através de estas Asambleas Generales que se informa a los afiliados al SIS sobre las actividades programadas y otra información sobre los servicios médicos (los Comités Ejecutivos se encargan de transmitir la información a sus agremiados).

El SIS maneja dos mecanismos para responder a los pedidos de información y los reclamos de los afiliados, a saber:

- ◆ el contacto directo con el equipo médico
- ◆ un buzón de quejas y sugerencias ubicado a la entrada del Puesto Médico.

5.4 Gestión de las disponibilidades

En relación a los gastos corrientes del Sistema, unicamente el responsable de la Comisión de Salud y el médico pueden emitir autorización para realizar ese tipo de erogaciones.

El SIS posee una cuenta bancaria que le permite hacer uso de fondos para los gastos operativos en que incurre dentro de su funcionamiento normal. Las firmas autorizadas para mover esos dineros la tienen los tres miembros de la Comisión de Salud y uno de la Comisión de finanzas de la CGTG. Interesante es saber que la mayor parte de las transacciones financieras realizadas por el SIS se efectúan con cheques (95%), el resto en efectivo.

Para facilidad en las transacciones bancarias del SIS, la entidad financiera en donde se maneja la cuenta es de facil acceso, pues se encuentra cerca a la Sede de la CGTG en la ciudad capital.

Además de ese fondo en el banco, el Proyecto de salud maneja una caja chica para gastos menores (entre Q50 (US\$6,67) y Q150 (US\$20)). Ejemplo de esos gastos son: papalería de oficina, bolsas para medicamentos, etc. La administración de esa caja está a cargo de la enfermera.

5.5 Sistema de información e instrumentos de gestión

Registro contable

El Proyecto no dispone de una contabilidad propia, sino, que sus registros contables se manejan dentro del sistema de contabilidad de la CGTG. A pesar de ello las transacciones del SIS son separables y pueden ser resumidas en Estados financieros distintos del resto de los registros efectuados por la Central. Todos los registros contables están actualizados y se ajustan a los principios de contabilidad generalmente aceptados y apegados a la legislación guatemalteca.

Subordinado a la Comisión de finanzas se encuentra el Departamento de Contabilidad. Orgánicamente es el responsable de administrar los registros contables y es manejado por un contador general y un auxiliar de contabilidad. Ambos poseen el grado académico de técnico medio en el ramo. A pesar de ello no han recibido ninguna formación especial relacionada con las cuentas y registros propios de un sistema de seguro en salud.

Información sobre afiliaciones, cotizaciones y prestaciones

El SIS maneja una serie de documentos actualizados que permiten llevar un control sobre aspecto tales como afiliaciones, cotizaciones y prestación de servicios. Dentro de estos documento se tienen los siguientes:

- ◆ Registro de afiliados y familiares
- ◆ Tarjeta de identificación de afiliados (carné de afiliado)
- ◆ Registro de pago de cotizaciones
- ◆ Registro de seguimiento de prestación de servicios

Instrumentos de gestión

Además de los registros anteriores, que facilitan la gestión del Sistema, se realizan anualmente un presupuesto, Estado de Resultados y Balance General diseñados especialmente para ordenar y resumir la situación financiera del SIS. A pesar de ello hasta la fecha no se construyen indicadores de funcionamiento que permitan arrojar información valiosa para el análisis de la situación financiera del proyecto de salud.

A pesar que el Sistema de Salud tiene a disposición equipo informático⁴⁹ que le permite ordenar y procesar la información, solamente los registros contables, los informes de pacientes (cantidad de consultas, clasificación por sexo) y listados de afiliados se elaboran utilizando el computador.

⁴⁹ Posee a disposición el equipo informático de forma parcial, pues en realidad debe utilizar el mismo que ocupan otras comisiones de la CGTG. Por ejemplo debe usar el equipo informático del departamento contable. Lo anterior dificulta el procesar toda la información del SIS en computadora.

La CGTG se mantiene generando resúmenes de sus actividades durante el año como una forma de informar y rendir cuentas por parte diferentes estructuras de su organización (la Comisión de Salud toma parte en estos informes). Estos resúmenes adoptan la forma de Informes mensuales, semestrales y anuales. Los mensuales y semestrales van dirigidos al Comité Ejecutivo, los anuales a los Consejos ordinarios de la Central.

La formalización de los procedimientos de gestión ha requerido del diseño de formularios que son utilizados en el funcionamiento corriente del SIS. A continuación se detalla la lista de los éstos:

- ◆ Carné de afiliado
- ◆ Ficha familiar
- ◆ Padrón de afiliados
- ◆ Tarjeta Kardex
- ◆ Recibos de dinero
- ◆ Recibos de pago de honorarios profesionales
- ◆ Libro de pacientes
- ◆ Recetario médico
- ◆ Carta de transferencia (remisión de pacientes)
- ◆ Constancia de atención médica
- ◆ Remisión para exámenes de laboratorio
- ◆ Recibo de medicinas
- ◆ Recibo de laboratorio clínico

5.6 Función de control

Todos los documentos ya señalados en la sección anterior facilitan a su vez el realizar controles internos tales como:

- ◆ Control de caja chica
- ◆ Control de contabilidad
- ◆ Control de afiliación
- ◆ Control de pago de cotizaciones
- ◆ Control de derecho a prestaciones de servicios
- ◆ Control de facturación de prestaciones de servicios
- ◆ Control médico (a través de expediente médico del paciente)
- ◆ Control de inventarios
- ◆ Control de venta de medicamentos y exámenes de laboratorio

Todos estos controles internos se realizan de manera regular. En el proceso de funcionamiento cotidiano del SIS el Departamento contable en coordinación con la Comisión de Salud y el equipo médico se encargan de ejecutar estos controles. Además cabe señalar que la CGTG realiza anualmente una auditoría externa de acatamiento obligatorio (según la legislación nacional) y cuyo financiamiento está a cargo de la Central. Para el efecto se ha creado un fondo dentro del presupuesto anual de la CGTG que haga frente a este gasto. Por supuesto la realización de esta auditoría externa se constituye en una auditoría para el SIS al ser parte integrante de la organización CGTG.

5.7 Distribución real de funciones

A continuación se muestra el cuadro N°xx, en él se indica la persona u órgano a quien realmente le corresponde tomar determinadas decisiones dentro de la gestión del Sistema de salud. Toda esta información ya ha sido especificada en las secciones anteriores.

Cuadro N°26. Distribución real de funciones.

	Órgano del Sistema	Personal asalariado del Sistema	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica regular	Otros organismos
Gestión de prestaciones:					
¿Quién decide los paquetes de beneficios?	Comisión de Salud		Equipo médico		Comité Ejecutivo de organizaciones de base
¿Quién realiza los arbitrajes en materia de cobertura?					Comité Ejecutivo de la CGTG
¿Quién decide hacer la remisión de un enfermo a un nivel superior?	No aplica				
¿Quién hace el seguimiento de las prestaciones? (frecuencia por servicio, costo promedio, etc.)			Equipo médico		
Gestión de los afiliados y recaudación de cotizaciones					
¿Quién recibe las solicitudes de afiliación?			Equipo médico		
¿Quién actualiza los registros de afiliados?			Equipo médico		
¿Quién establece las tarjetas de identificación de afiliados?	Comisión de salud				
¿Quién decide la exclusión de un afiliado?	Comisión de salud				Comité Ejecutivo de la CGTG
¿Quién calcula el monto de las cotizaciones?	Comisión de Salud		Equipo médico		Organizaciones de base
¿Quién decide el monto de las cotizaciones?	Comisión de salud				Comité Ejecutivo de la

	Órgano del Sistema	Personal asalariado del Sistema	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica regular	Otros organismos
					CGTG
¿Quién recauda las cotizaciones?			Equipo médico		
¿Quién lleva el registro de pago de las cotizaciones?			Equipo médico		
Gestión de relaciones con los prestadores					
¿Quién elige a los prestadores?	Comisión de Salud				Comité Ejecutivo de la CGTG
¿Quién negocia los acuerdos con los prestadores?	Comisión de Salud				Representante legal de la CGTG
¿Quién retira la autorización a un prestador?	Comisión de Salud				Comité Ejecutivo de la CGTG
¿Quién decide el pago a los prestadores?	Comisión de Salud				Comité Ejecutivo de la CGTG
Contabilidad y gestión financiera					
¿Quién efectúa los registros contables?					Departamento contable de la CGTG
¿Quién prepara el presupuesto?	Comisión de Salud		Equipo médico		Departamento contable de la CGTG
¿Quién elabora el Sistema de Administración contable?					Departamento contable de la CGTG
¿Quién elabora los estados de resultado?					Departamento contable de la CGTG
¿Quién elabora el balance?					Departamento contable de la CGTG
¿Quién calcula los indicadores financieros?	No aplica				
¿Quién propone la distribución del excedente?	No aplica				
¿Quién decide la distribución del excedente?	No aplica				
¿Quién realiza el seguimiento de la utilización de las	Comisión de Salud				

	Órgano del Sistema	Personal asalariado del Sistema	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica regular	Otros organismos
disponibilidades de caja?					
¿Quién cobra los créditos?	No aplica				
¿Quién decide las inversiones financieras?	No aplica				
¿Quién autoriza los gastos?	Responsable de la Comisión de Salud		Médico		
¿Quién administra la caja chica?			Enfermera		
Control					
¿Quién controla la caja?	Comisión de Salud				
¿Quién efectúa los controles contables y financieros?					Departamento contable
¿Quién controla a los beneficiarios?			Equipo médico		
¿Quién controla el pago de cotizaciones?			Equipo médico		
¿Quién controla el derecho a las prestaciones?			Equipo médico		
¿Quién controla la facturación de los prestadores?					Departamento contable
¿Quién efectúa el control médico?			Médico		
¿Quién sanciona los fraudes?	Comisión de Salud				Comité Ejecutivo de la CGTG
¿Quién interviene en caso de malversación de fondos?					Comité Ejecutivo de la CGTG
Relaciones con los beneficiarios y el grupo destinatario					
¿Quién decide convocar la Asamblea General?	No aplica				
¿Quién organiza la Asamblea General?	No aplica				
¿Quién designa a los responsables?	No aplica				
¿Quién informa a los beneficiarios en cuanto al paquete de beneficios?	Comisión de Salud		Equipo médico		Comité Ejecutivo de organización de base

	Órgano del Sistema	Personal asalariado del Sistema	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica regular	Otros organismos
¿Quién organiza las campañas de información del grupo destinatario?	Comisión de Salud				
¿Quién organiza las actividades de prevención y de educación para la salud?	Comisión de Salud		Equipo médico		

Fuente: Elaboración de autores con la colaboración de los responsables del SIS.

A pesar de la importancia que tiene para la eficiente gestión de Sistema de Salud la formación de sus responsables y personal que labora para el mismo, solo en una ocasión se realizó una actividad de este tipo en la que se impartió información muy general relativa a los servicios de salud. A continuación el cuadro detalla al respecto.

Cuadro N°27. Principales actividades de formación destinadas a los responsables y al personal.

Beneficiarios directos de la formación	Objetivos de la formación	Duración de las actividades de formación	Organizaciones o personas que realizaron la formación	Financiamiento
-Equipo médico -Comisión de Salud -Comité Ejecutivo de la CGTG -Comités Ejecutivos de organizaciones de base	-Estudiar el funcionamiento de una Mutual de Salud -Conocer los lineamientos de la gerencia social aplicada a la empresa solidaria de salud	Dos días	-Experto de COLACOT -Administrador de empresas	A cargo de la CGTG

Fuente: Elaboración de autores con la colaboración del Responsable de la Comisión de Salud.

5.8 Equipamiento e infraestructura

La CGTG, organización responsable del Sistema de Salud, dispone de locales propios en el centro de la ciudad de Guatemala (capital). Es un edificio de más de ocho oficinas amuebladas y equipadas para desarrollar trabajo de investigación social y manejo de papelería. En este edificio sede se lleva a cabo la administración de la CGTG, y se maneja toda la documentación pertinente a las actividades que desarrolla esta organización en el país. De lo anterior se desprende que el SIS es solo parte de los proyectos y actividades que ejecuta la Central en ese edificio. Vale decir que en esas mismas instalaciones se encuentre el Puesto Médico, farmacia y laboratorio que funciona para el Sistema de Salud.

Respecto al equipo informático en poder de la CGTG se encuentran dos computadoras (una Acer y una Pentium de 32 Mb) e impresoras. Poseen ambiente Windows 95 y el paquete Microsoft Office 97 para los trabajos diarios de oficina.

Además de las computadoras el SIS tiene a disposición teléfono, telefax, internet; todo ello facilita la comunicación y el intercambio de información.

En lo que refiere a otro tipo de equipo el SIS cuenta con: Equipo y mobiliario médico, de laboratorio y farmacia; un vehículo ambulancia con camilla y botiquín (Toyota Land Cruiser, modelo 1997); equipo de oficina, máquina de escribir y una refrigeradora.

6. Actores en relación con el SIS

6.1 Estructuras de reaseguro y fondos de garantía

El Sistema de Salud a cargo de la CGTG no participa (ni ha participado) en ningún tipo de mecanismo relacionado con un reaseguro, tampoco en alguno que tenga que ver con fondo de garantía.

6.2 Estructuras de asistencia técnica

Acutlamente el SIS no recibe asistencia técnica. En el pasado, como ya se había mencionado se tuvo el aporte de la CESAL en este respecto. La asistencia técnica brindada por este organismo externo fue de tipo puntual (en contraposición a periódica). Fue impartida de julio de 1996 a marzo de 1998. Consistió en la evaluación y seguimiento al funcionamiento y gestión de los Servicios de Salud. Esta actividad vino a mejorar la gestión del SIS y a fortalecer a la CGTG. La ampliación de los beneficios que la Central (incorporación de servicios médicos) había venido dando a lo largo de los años a sus agremiados constituye por sí solo logro de sus objetivos como organización.

6.3 Movimientos sociales y organizaciones de la economía social

Como se ha observado a lo largo de este estudio, el SIS forma parte una organización que agrupa a diversas asociaciones que portan la bandera del sindicalismo. Es así que desde su génesis los sectores beneficiarios del Sistema de salud tienen claramente definidos una característica común: ser sindicalistas. Prácticamente el 100% de los afiliados organizados actuales militan dentro agrupaciones con esta ideología.

Por lo anterior el SIS, a través de la CGTG, ha establecido relaciones con asociaciones y cooperativas. Se debe recordar que desde el inicio del Sistema en 1996 se determinó que el grupo destinatario iba a estar conformado en primera instancia por aquellos agremiados a organizaciones de base que conformaban la CGTG. De ahí que muchas asociaciones y cooperativas adscritas a la Central se constituían en organismos cuyos asociados tenían (y tienen) derecho de prioridad para verse favorecidos con este esquema de protección social en salud.

6.4 Otros actores

El SIS no posee relaciones con otros actores distintos de las organizaciones de base que constituyen la CGTG y que agrupan al grupo destinatario de Sistema de Salud.

Como se mencionó en secciones anteriores, los responsables del SIS trataron en inicio lograr un acercamiento con el Gobierno de turno. Éste convino en apoyar técnica y financieramente el proyecto de salud pero finalmente los compromisos en el papel se convirtieron en letra muerta.

VI. Indicadores de funcionamiento del Sistema de Seguro de Salud

Esta sección muestra algunos indicadores relacionados con el funcionamiento del SIS. A pesar de presentar alguno de ellos, la mayoría no estaba disponible al momento de recolectar la información pertinente.

Dinámica de afiliación

Con respecto a la dinamica de afiliación se muestran una serie de indicadores pertinentes, entre ellos están:

- 1.1 Relación entre el número de beneficiarios y el número de miembros del grupo destinatario: 5,9%.
- 1.2 Proporción de los afiliados cubiertos fuera de la población objetivo: 0%.
- 1.3 Tasa de crecimiento del número de afiliados⁵⁰: -17,5%.
- 1.4 Promedio de beneficiarios por afiliado: 5 personas.

Utilización de servicios

Indicadores no disponibles.

Financiamiento y situación financiera

Muy poca información se logró reunir al respecto. Salvo saldo arrojado por el Estdo de resultados disponible del último año, ninguna otra información estaba disponible.

- 3.1 Saldo del Estado de Resultados para el período comprendido entre enero y diciembre de 1998: Q-67.964 (US\$-9.061).

Participación de los afiliados

Los siguientes indicadores pretender dar una idea del cuanta participación tienen actualmente los afiliados en la gestión y funcionamiento del SIS.

- 4.1 Frecuencia de las asambleas generales y reuniones: Asambleas Generales de afiliados de la CGTG cada tres meses, Congresos de afiliados de la CGTG cada cuatro años, Consejos de afiliados de la CGTG anualmente. A partir de setiembre de 1999, se pretende realizar la primera reunión de afiliados del SIS.
- 4.2 Frecuencia de las encuestas de opinión dirigidas a los afiliados: se realizan esporádicamente.

Según los responsables del SIS se pretende hacer los cálculos de más indicadores de funcionamiento a fin de contar información resumida que facilite la toma de decisiones relacionadas con la gestión y evolución del Sistema de Salud.

⁵⁰ Tasa calculada como la variación porcentual del número de afiliados de los años 1998 y 1999.

VII. Punto de vista de los actores sobre el sistema de seguro de salud

En este capítulo se recoge el criterio externado por diversos actores que participan del Sistema de Salud. Dentro de ellos se conocerá el punto de vista de la Comisión de Salud a través del Responsable. Además opinará al respecto el grupo beneficiario, información que estará apoyada en una de las encuesta aplicadas por la CGTG. Finalmente el punto de vista de los prestadores formará parte de la información que se presenta a continuación.

1. Procesos de evaluación

Para obtener la opinión de los beneficiarios en lo que se refiere al funcionamiento del Sistema de salud, la Comisión de Salud aprovecha algunos espacios dentro de las Asambleas generales de las organizaciones de base realizadas cada tres meses. Además el equipo médico al momento de las consultas averigua el punto de vista de los usuarios. En ambas oportunidades se pregunta al afiliado sobre la calidad del servicio y se piden sugerencias para mejorarlo. Además se informa sobre cambios y situación del Sistema.

De forma aislada los responsables del SIS realizaron una encuesta dirigida a miembros de organizaciones de base. Ésta fue aplicada entre octubre y noviembre de 1997. En esta oportunidad se preguntó sobre la calidad de los servicios de salud, disposición a pagar una cotización mensual⁵¹ y servicios que espera recibir como afiliado.

Es importante mencionar que el SIS realiza evaluaciones internas (auto-evaluaciones) de dos tipos: una cada seis meses en donde el Responsable de la Comisión de Salud y el médico revisan el cumplimiento del plan de trabajo; y una cada mes, a cargo del médico, quien se reúne con la enfermera y la laboratorista a fin de analizar su trabajo profesional.

En general los principales elementos examinados durante esas evaluaciones tienen que ver con la calidad de los servicios prestado, el cumplimiento del plan de trabajo y la detección y resolución de problemas. Los pormenores de estas evaluaciones son analizados por el Comité Ejecutivo de la CGTG, quien comunica los resultados del análisis al Responsable de la Comisión de Salud para ser incorporados en los planes del SIS.

Es importante destacar que aunque los afiliados no están asociados a dichas evaluaciones, se informa a éstos, a través de Asambleas de organizaciones de base, sobre algunos resultados, tales como el número de pacientes atendidos, principales padecimientos, el problema de la morosidad en el pago de cotizaciones, entre otros.

Respecto a evaluaciones externas, actualmente no se realizan. A pesar de ello en el pasado la CESAL y COLACOT hicieron alguna. Los resultados de ambas evaluaciones fueron utilizados para mejorar la gestión y funcionamiento del SIS, es decir, la Comisión de Salud tomó en cuenta las conclusiones para mejorar las actividades desarrolladas por el proyecto.

⁵¹ Recuérdese que hasta enero de 1998 empieza a funcionar el mecanismo de cotizaciones.

2. Punto de vista de los responsables

2.1 Puesta en marcha del SIS

Es importante destacar los factores que contribuyeron de una forma especial al éxito alcanzado por el Sistema de Salud. Dentro de esos aspectos se mencionan los siguientes:

- ◆ La baja cobertura de seguridad social en la zona de implementación del SIS dió cabida al desarrollo del proyecto
- ◆ La extrema pobreza motiva la aparición de este tipo de proyectos de Protección Social
- ◆ Aporte del donativo por parte de la CESAL para crear el Sistema de Salud.
- ◆ Disponibilidad por parte de la CGTG para hacerse cargo del Proyecto
- ◆ El proceso de privatizaciones de los servicios de salud en Guatemala a aumentado el número de personas excluidas de estos beneficios sociales.

Aparte de los factores que contribuyeron al éxito del SIS, se encuentran otros que constituyeron dificultades para su creación y funcionamiento. Los siguientes son los principales:

- ◆ El grupo destinatario no está acostumbrado a disfrutar de un Servicio de Salud permanentemente
- ◆ Falta cantidad de recursos financieros
- ◆ Falta experiencia en este tipo de proyectos
- ◆ Inicialmente, se limitó la cobertura solo a agremiados de la CGTG
- ◆ El Puesto Médico se encuentra dentro de la Sede de la CGTG, esto imposibilita ser visible a mayor cantidad de personas
- ◆ Falta de promoción

Son varias las medidas que pudieron haberse hecho para evitar o al menos disminuir el impacto negativo de estas dificultades:

- ◆ Haber realizado una campaña de divulgación y educación sanitaria previo a la creación del SIS que sensibilizara al grupo destinatario
- ◆ Buscar con mayor ahínco fuentes alternativas de financiamiento
- ◆ Los responsables de Sistema de Salud debieron haber recibido capacitación previa en materia de Mutuales y Microseguros
- ◆ Universalizar el servicio desde un principio
- ◆ Ubicar el Puesto Médico fuera de las instalaciones de la CGTG

En el transcurso de estos años, la actitud de los diferentes actores respecto al funcionamiento del SIS, ha venido modificándose positivamente. Así pues, los responsables han visto la necesidad e importancia de establecer una comunicación más abierta con los prestadores y los beneficiarios, de forma que su criterio sirva para mejorar el SIS; los prestadores por su parte, han adquirido cierta autonomía para poder sugerir cambios y nuevas ideas que fortalezcan el servicio; los beneficiarios se muestran más optimistas y colaboradores para que el proyecto de salud crezca y asuma más retos.

2.2 Dinámica de afiliación

Al día de hoy los beneficiarios (afiliados y familiares) conocen los principales aspectos sobre el funcionamiento del SIS, es decir, conocen bastante sus deberes, derechos y el mecanismo de afiliación. A pesar de ello la mayoría del grupo destinatario desconocen los detalles del funcionamiento del SIS. Es por ello que el trabajo de promotoría desempeña un papel importante en la consecución de informar a la mayor cantidad de destinatarios.

Los principales factores que limitan la afiliación dentro del grupo destinatario son:

- ◆ Algunas organizaciones poseen médico de empresa
- ◆ Existe indiferencia de la gente en materia de seguro de salud
- ◆ Algunos no quieren verse como asociados a la CGTG, pues ideológicamente se consideran neutrales⁵²
- ◆ La gente cree que el SIS al ser barato debe de ser de mala calidad
- ◆ Otros consideran innecesario destinar periódicamente parte de su ingreso a la seguridad social, ven la salud como una necesidad secundaria

Hasta la fecha no se pretende cambiar al grupo destinatario, pues éste involucra gente de bajos ingresos que necesitan de servicios básicos de salud.

Como se mencionó en capítulos anteriores, anualmente los afiliados renuevan su hoja de afiliación, pero no deben pagar nuevamente la cuota de inscripción. Los que no renuevan o cesan de pertenecer al SIS, es porque tuvieron que trasladarse fuera de la zona de cobertura del Sistema, perdieron su fuente de ingresos, o bien porque consideran que el valor agregado en bienestar de pertenecer al SIS es muy bajo.

En este sentido el siguiente cuadro muestra los principales motivos de satisfacción o insatisfacción de los beneficiarios.

Cuadro N°28. Motivos de satisfacción o insatisfacción de los beneficiarios del SIS

Satisfacción	Insatisfacción
Brinda servicios básicos de salud con los que anteriormente no se tenía acceso	No se dan especialidades médicas que son grandemente demandadas por el grupo destinatario
Bajo costo y calidad de los servicios	Un solo Puesto Médico
Atención personalizada	Hace falta un local de servicio rápido (para vacunación, por ejemplo)
Inclusión de los familiares del afiliado dentro del grupo beneficiario	Horario de atención durante el tiempo en que a los afiliados se les hace más difícil recibir el servicio médico
Facil acceso del Puesto Médico	Poca variedad de medicamentos

Fuente: Elaborado por los autores con la colaboración del médico del Puesto

⁵² El trabajo de protesta por parte de la CGTG ante las autoridades de gobierno por la crítica situación social y económica que vive el país, genera temores a algunas personas que consideran que algún conflicto interno pueda dañar su integridad física.

La falta de recursos financieros impide el solventar los motivos de insatisfacción experimentados por los beneficiarios. Es por ello que una de las prioridades para los responsables del SIS es el aumento en el número de afiliados que permitan generar mayores ingresos económicos. El trabajo actual de promotoría se mueve en este sentido.

2.3 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores

La situación sanitaria del grupo destinatario motivó la creación del SIS. Estas personas, en su mayoría pertenecientes a la economía informal, no poseían los medios necesarios para satisfacer su demanda de servicios médicos. El sector público por su parte muestra altos niveles de ineficiencia y falta de recursos que le imposibilitan brindar adecuadamente estos servicios a la población guatemalteca. Desde ese punto de vista el SIS ha permitido el acceso de los beneficiarios a la atención médica de calidad, en momentos en que carecían del mismo. A pesar de ello la proporción de beneficiarios es relativamente pequeña respecto al grupo destinatario, lo anterior no permite palpar una mejoría significativa en la salud de los pobladores del área de funcionamiento del SIS.

La selección del paquete de servicios ofrecidos actualmente por el SIS corresponden a las necesidades prioritarias de salud de los beneficiarios. Su constitución incluyó la opinión de los mismos, y basado en las características epidemiológicas y sanitarias existentes en la zona de implementación del SIS. A pesar de ello se requiere de la prestación de especialidades médicas tales como odontología, servicio de rayos x y ultrasonido.

Por otra parte, la cobertura de afiliados que no están al día en el pago de sus cotizaciones constituye un problema serio para el funcionamiento del SIS. La mora en el pago se traduce en una disminución de los ingresos del SIS, mientras que los gastos operativos se mantienen o aumentan. Esto debilita e impide el desarrollo del Sistema de Salud quien debe recurrir al Fondo común de la CGTG para necesidades de financiamiento que enfrentan las dependencias de la Central. Actualmente existe una alta tasa de morosidad que atenta contra la estabilidad del proyecto de salud.

Es importante mencionar que tanto el SIS como sus beneficiarios han demostrado interés en actividades de prevención y educación para la salud. Al respecto el médico del Puesto elaboró un plan de educación y medicina preventiva que es considerado por los afiliados como satisfactorio. A la fecha no se ha puesto en práctica con toda rigurosidad.

Tal como ya se ha indicado existen problemas de acceso a los servicios de salud cubiertos. Dos razones son las que tienen mayor peso. La primera es la distancia que puede tener el Puesto Médico de la residencia o lugar de trabajo de algunos beneficiarios. Este problema podría resolverse a través de creación de nuevos Puestos médicos en distintos sectores de la zona de implementación del SIS. Mientras que no se posean los recursos necesarios el problema persistirá.

La otra razón por la cual la accesibilidad a los servicios representan un problema es el horario de atención a los beneficiarios. El horario establecido es de 8:00a.m a 4:00p.m, de lunes a viernes; que coincide con el horario laboral de la mayoría de los afiliados. Por lo anterior el trabajador debe de sacrificar parte de su periodo de trabajo para poder asistir disfrutar de los servicios a los que tiene acceso.

Tal como funciona el mecanismo de facturación de los prestadores (pago mensual de honorarios profesionales por cumplir con el horario de atención establecido), se pretende

continuar en el futuro. En la práctica el personal médico acepta un contrato laboral por un periodo de vigencia de seis meses renovables. La CGTG es la que diseña el contrato y el prestador no tiene opción de negociar. Este acepta o no las cláusulas especificadas en el documento con validez legal. Esto no se constituye en origen de divergencias entre los responsables del SIS y los prestadores. Además no existen dificultades de ninguna índole con el personal médico que labora actualmente.

2.4 Pago de las cotizaciones

Ya se ha mencionado que uno de los problemas que enfrenta el SIS es el atraso en el pago de las cotizaciones por parte de los afiliados. Las principales causas de esta situación son la falta de tiempo por parte de los afiliados para hacer frente a sus compromisos, y la falta de recursos para implementar un mecanismo de cobro (tal como un equipo de cobradores).

En vista de lo anterior, la Comisión de Salud envía cartas a las organizaciones de base en donde se pide a los Comités Ejecutivos que recuerden a los afiliados al SIS a ponerse al día en el pago de las cotizaciones. Además se han ideado la entrega de obsequios en especie (gorras, camisetas) a aquellos afiliados que paguen por adelantado varios meses de cotización. Otras medidas aplicadas son:

- ◆ Envío de telegramas a afiliados
- ◆ Se planea la contratación de un cobrador
- ◆ Se pretende en el futuro que las empresas en donde laboran los trabajadores afiliados deduzcan de la planilla la cotización correspondiente

2.5 Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios

El nivel de cotizaciones no guarda relación con el paquete de beneficios. Lo cobrado actualmente no es suficiente para poder aumentar la calidad y variedad de los servicios de salud que demanda el grupo destinatario. Se debe recordar que además de los afiliados, sus familiares forman el grupo de beneficiarios, pero estos últimos no aportan cotización. Por lo anterior el hacerle frente a los gastos operativos del SIS es un sacrificio en donde la CGTG a jugado un papel de suma importancia como financiador de los déficits recurrentes del Estado de Resultados del Proyecto de Salud.

En este sentido tres caminos se mencionan como las medidas paliativas de este problema: el aumento del monto de cotización, la incorporación de al menos 3.000 afiliados, o la ayuda de un organismo externo que financie vía donación los gastos en que se incurre para el funcionamiento del SIS.

2.6 Gestión de riesgos vinculados con el seguro

En ocasiones la inclusión de personas expuestas a un alto riesgo se afilian al un Sistema de Seguro de Salud en mayor proporción que el resto de la población destinataria. Esta situación puede comprometer la viabilidad financiera de Sistema debido a los gastos elevados por afiliado. En el caso del SIS desarrollado por la CGTG no existe este problema. El riesgo asociado al afiliado promedio que existe actualmente es muy similar.

Otro de los problemas que a menudo se encuentran en las experiencias de seguros, es el abuso por parte de los beneficiarios en la utilización de los servicios cubiertos a fin de sacar el mayor provecho al pago de cotizaciones. Esto aumenta indudablemente los gastos operativos por afiliado y provoca el uso ineficiente de los recursos al atender a pacientes que podrían no necesitar de la consulta. Ya se ha mencionado que más bien muchos de los afiliados tiene choques de horario que le dificultan la asistencia a los servicios médicos, por lo cual la situación de abuso descrita no constituye un problema para el SIS.

En relación a los costos generados por el funcionamiento del SIS, estos muestran una tendencia creciente debido al aumento de precios de los insumos y materiales utilizados normalmente en la prestación de los servicios (papelería, medicamentos, material de laboratorio), además los salarios del personal médico y los servicios tradicionales (agua, electricidad, teléfono) han experimentado alzas constantemente. Al respecto no se ha podido limitar el aumento de estos costos pues se trabaja sin despilfarros y evitando a su vez deteriorar la calidad y cantidad de servicios. Esta situación amerita la entrada de recursos adicionales para que el Sistema no se vea en una situación de insostenibilidad financiera que ponga en peligro la permanencia del Proyecto. Actualmente no se han diseñado nuevas medidas.

2.7 Fraudes

El Sistema de Salud a cargo de la CGTG ha tenido la experiencia de actos de mala fe por parte de los prestadores en el pasado. Dos razones de esta situación tienen que ver con la falta de ética profesional que obligó a los Responsables a prescindir de los servicios del médico. En una ocasión también se despidió a la enfermera de entonces por el uso indebido de dineros del SIS.

Dichosamente estos casos son aislados por lo que no constituyen un problema que amerite el diseño de mecanismos remediales.

2.8 Administración y la gestión

Aunque los afiliados no participan directamente en la gestión del SIS, sus recomendaciones y sugerencias permiten conocer las faltas y errores, permitiendo ello mejorar los servicios. Se considera que los principales puntos sobre los que deberían ser consultados los afiliados son:

- ◆ Calidad y accesibilidad de los servicios de salud cubiertos y la atención del personal médico
- ◆ Composición del paquete de servicios
- ◆ bondad de la gestión y funcionamiento
- ◆ determinación del monto y periodicidad de las cotizaciones

En relación a la ejecución de las tareas por parte de los responsables directos del SIS⁵³ y del personal médico, aunque existe un compromiso personal por realizar las funciones de la mejor manera posible, los responsables tienen dificultades en la gestión pues no conocen a fondo el tema de seguros de salud ni poseen conocimientos de administración.

⁵³ Comisión de Salud.

Ello resta eficiencia a la ejecución de tareas y la consecución de las metas propuestas en el Proyecto.

Por su parte aunque el equipo médico poseen toda la capacidad necesaria para realizar correctamente sus funciones, son relativamente pocos para hacer frente a la demanda de los servicios.

La falta de equipo informático viene a limitar la rapidez para ejecutar las tareas correspondientes. El sistema de información existente no responde a las necesidades que la buena marcha del SIS requiere. En capítulos anteriores se mencionó este problema: las dos computadoras existentes en la CGTG están disponibles solo de manera parcial para realizar labores pertinentes al Sistema de Salud.

2.9 Relaciones con el Estado (nacional, subnacional y local)

Al respecto, el Estado a ningún nivel está involucrado en el funcionamiento del SIS. En el pasado hubo acercamientos que no terminaron en acciones concretas (por ejemplo, ofreció brindar asesoría a los promotores). Además los últimos contactos tampoco terminaron en nada: exigen para negociar el cumplimiento de requisitos costos, tales como el traslado del servicio a zonas de difícil acceso.

Sin embargo, el Sistema de Salud (a través de sus responsables) esperaría el apoyo del Gobierno a fin de fortalecer el Sistema. Dentro de las formas de apoyo están la asistencia técnica, el préstamo de personal médico, la donación de equipo médico y medicamentos, así como la coordinación de programas de salud de ejecución conjunta.

2.10 Funcionamiento global

El Proyecto de Salud, a través de la Comisión respectiva, prevé introducir nuevos servicios que hagan más atractivo el afiliarse al SIS. Dentro de estos servicios se mencionan: rayos X, ultrasonido, odontología y oftalmología.

El SIS funciona como parte integrante de una estructura más compleja (CGTG) que busca la realización de acciones tendientes a la mejora de las condiciones de vida de los trabajadores guatemaltecos. Es por ello que el aspecto de la salud está vinculado a diversas actividades tales como la búsqueda de la participación de la mujer, la conquista del cumplimiento de los derechos humanos, la formación y capacitación educativa de las personas. Todo este accionar viene a contribuir al aumento del bienestar general. Cada aspecto, aunque posee su propio plan de trabajo, viene a ser parte integrante de un todo.

En este sentido es importante detectar las deficiencias y puntos fuertes que poseen los distintos proyectos. De interés es conocer lo relacionado al Sistema de Salud que se ha venido estudiando. A continuación se mencionan sus principales puntos fuertes:

- ◆ El apoyo de una organización que agrupa a miles de personas con las características idóneas para justificar el desarrollo del Proyecto de Salud
- ◆ Ha habido aceptación por parte de los beneficiarios
- ◆ La Comisión de Salud y el equipo médico han asumido su tarea con compromiso y entrega y se identifican con el Sistema

- ♦ La colaboración de los Comités Ejecutivos de las organizaciones de base
- ♦ Los resultados obtenidos son palpables y medibles

Además se pueden listar los factores que limitan la eficacia o ponen en peligro la existencia del SIS:

- ♦ Falta de recursos para fortalecer el Sistema
- ♦ Los responsables poseen poco conocimiento del tema de Sistemas de salud y mutuales
- ♦ Indiferencia por parte de algunos afiliados ante las bondades del Proyecto
- ♦ La morosidad en el pago de cotizaciones por parte de los afiliados
- ♦ Imposibilidad de ampliar los servicios cubiertos
- ♦ La existencia de un solo Puesto Médico
- ♦ Falta de apoyo por parte de las instituciones de salud tradicionales
- ♦ Esfuerzo del Gobierno y el sector privado por desarticulizar el movimiento sindical

Por lo anterior se han diseñado una serie de orientaciones a seguir para mejorar el funcionamiento del SIS y su impacto sobre la realidad del grupo destinatario:

- ♦ Constituir y fortalecer una estructura autónoma: La Mutual de Salud
- ♦ Crear un equipo de personas que se dediquen de manera exclusiva a la administración del SIS
- ♦ Ampliar el número de afiliados y los servicios cubiertos
- ♦ Idear mecanismos alternativos generadores de recursos
- ♦ Lograr apoyo financiero de diversos organismos donantes
- ♦ Regionalizar el servicio y extenderlo a diversas regiones del país

3. Punto de vista de los beneficiarios

En este apartado se detalla el punto de vista de los beneficiarios según los resultados arrojados por una encuesta de opinión aplicada anteriormente.

Al menos una encuesta de este tipo para beneficiarios se ha elaborado desde la creación del SIS. En agosto de 1997 se presentaron sus resultados al Comité Ejecutivo de la CGTG. La encuesta fue aplicada a 377 afiliados de diferentes organizaciones de base adscritas a la Central. Su objetivo era conocer su criterio respecto a la factibilidad y aceptación del Servicio de Salud.

Sus principales hallazgos se resumen a continuación: el 89% de los afiliados⁵⁴ tenían conocimiento acerca del servicio de salud que brinda la CGTG, a pesar de ello el 62% de los afiliados y el 69% de sus familias no ha hecho uso del servicio; el 33% calificó el servicio de muy bueno, el 32% como bueno, el 8% como regular, y el 1% como malo. Las razones expuestas por los que calificaron de malo el servicio fueron:

- ♦ No encontraron el medicamento buscado

⁵⁴ Al momento de la encuesta no existían afiliados al SIS, los afiliados a la CGTG eran los usuarios de los servicios de salud.

- ♦ El horario es inconveniente, debería funcionar los fines de semana

Ante la pregunta de si estarían dispuestos a pagar una cotización mensual por el servicio, el 88% de los afiliados dijo que sí. De este 88%, el 67% estuvo de acuerdo con que dicho monto fuera de Q10 (US\$1,33) mensuales, el 14% de Q15 (US\$2) y el 7% habría pagado Q20 (US\$2,66) por mes.

Finalmente, sobre sugerencias de otros servicios que deberían implementarse al servicio de salud, los cuatro más solicitados fueron: radiología y ultrasonografía (56,7% de los afiliados), odontología (41,3%), gineco-obstetricia (30,7%) y laboratorio (26%).

4. Punto de vista de los prestadores de atención médica

Según el criterio del actual médico del Puesto, el SIS ha tenido un impacto positivo en la salud de los beneficiarios puesto que anteriormente se dificultaba el acceso a servicios de salud. El resto de la población, aunque tiene acceso al seguro público (o privado, si posee los medios económicos suficientes) se debe de enfrentar a servicios públicos de baja calidad, mal trato, y sin los recursos necesarios para hacer frente a la demanda de salud que requiere la población. Por su parte, la consulta médica es de calidad, se acceso está destinado a aquellos que tiene el dinero para pagar los servicios. El cuadro N°29 resume los servicios alternativos de la población que no es beneficiaria del SIS.

Los beneficiarios externan una mejoría en su condición sanitaria al gozar de los servicios del SIS. El trabajo del equipo médico en la puesta en práctica de la medicina preventiva está surtiendo efectos en la salud de los beneficiarios.

El trabajar para el Sistema de Salud de la CGTG aporta experiencia valiosa para el ejercicio profesional del equipo médico. Constituye una vivencia novedosa trabajar en un sistema mutual debido a que se amplía el horizonte laboral al tener no solo experiencia en la atención de pacientes, sino, en la administración y fortalecimiento del SIS.

Cuadro N°29. Precios y calidad de los servicios de salud alternativos al SIS

Hospital público		Clínicas privadas	
Precio	Calidad	Precio	Calidad
Consulta externa			
Q0,25-Q5 (US\$0,03-US\$0,67)	Deficiente	Q20-Q50 (US\$2,66-US\$6,66)	Buena
Especialidades			
Q0,25-Q5 (US\$0,03-US\$0,67)	Deficiente	Q100-Q150 (US\$13,33-US\$20)	Buena

Fuente: Elaboración de los autores con colaboración del médico del Puesto.

A continuación se resumen las principales ventajas e inconvenientes para el equipo médico el trabajo con el Sistema:

Ventajas:

- ♦ Salario periódico y fijo

- ◆ Adquisición de experiencia
- ◆ Amplio margen de participar en la gestión
- ◆ Ayuda a los grupos excluidos

Desventajas:

- ◆ Salario bajo
- ◆ Se forma una clientela ajena, es decir para el Puesto de la CGTG y no para el médico mismo
- ◆ Falta personal para que el personal médico se dedique más de lleno al servicio de los pacientes

Asimismo es importante destacar las sugerencias que los prestadores hacen para mejorar el funcionamiento del SIS: se debe contratar más personal para hacer frente a la demanda de servicios de una forma eficaz; la ampliación de los servicios es otra de las prioridades a alcanzar; desarrollar sistemas de información propio; fortalecer una estructura más independiente (con estatutos y reglamentos propios, ampliar el espacio físico para atender a los beneficiarios y una mayor participación en la administración del proyecto.

5. Punto de vista de otros actores

Como una institución independiente pero que trabaja muy de cerca a la CGTG, está la IGEFOS⁵⁵. Esta organización juega un papel importante en el funcionamiento del SIS a través de la coordinación de talleres de formación y capacitación en temas relacionados con la salud y gestión del propio SIS. El siguiente es el criterio dado por su director general, el señor Julián Melchor Guzmán.

Considera que el aporte del SIS al estado de la salud de la población beneficiaria es valioso, pues atiende sectores poblacionales tradicionalmente excluidos de protección social en salud, tal es el caso de los trabajadores de la economía informal. Su trabajo ha venido a fortalecer a la CGTG pues permite brindar a muchos de sus asociados beneficios con que anteriormente no contaban. Además gente más sana es más productiva y ello contribuye a mejorar la situación económica de muchas familias.

En este mismo sentido se afirma que el SIS es eficaz, pues cumple su cometido de llevar salud a muchas personas que lo necesitaban con urgencia. A pesar de ello una mayor cantidad de afiliados permitiría mejorar y fortalecer los servicios cubiertos.

La oferta de una mayor cantidad de servicios (ampliar el paquete) de calidad es un objetivo que se debe de alcanzar a fin de hacer más atractivo el afiliarse al Sistema, a su vez que eleva el nivel de bienestar de los usuarios de los servicios.

El Sistema de salud es bueno, es la única experiencia a nivel sindical. Se espera fortalecer los servicios a través de un mayor número de afiliados.

⁵⁵ Organismo sin personería jurídica financiado por la fundación alemana Konrad Adenauer.

No se tenía ninguna experiencia en este tipo de proyectos y a pesar de ello se ha mantenido satisfactoriamente.

A pesar de la falta de conocimiento en proyectos de seguros y mutuales, la sensibilidad del personal que labora para el SIS a fortalecido el funcionamiento y la gestión de este proyecto de proyección social.

VIII. Conclusiones

El Sistema Solidario de Salud de la Central General de Trabajadores de Guatemala (CGTG) surge en el segundo semestre de 1996 dentro de un contexto de insuficiencia de servicios sociales (inclusive en salud) que se vive en todo el país. El municipio de Guatemala y sus alrededores no son la excepción. Lo anterior aunado a que el sector informal de la economía (sector en el que se concentraba la mayor parte de destinatarios del SIS) se encontraba excluido de algún tipo de seguro de salud del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y la deficiente cobertura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), da pie para que surja el Sistema de Salud impulsado por la CGTG y dirigido a solventar las necesidades básicas en salud de los sectores sociales más desfavorecidos. Los servicios otorgados por el SIS, en orden de importancia son, en primer lugar, la atención médica; en un segundo puesto, el servicio de farmacia; y finalmente, los exámenes de laboratorio.

Po lo anterior, dentro de las razones de mayor peso que justificaron la creación de SIS se resume la falta de acceso a los servicios de salud (públicos y privados) por parte de los trabajadores de la economía informal, baja calidad de los servicios de salud existentes y falta de medicamentos, altos precios de los servicios de salud privados y medicinas, y el proceso de privatizaciones emprendido por el Estado deja cada vez más personas excluidas de los servicios de atención médica, especialmente aquellas de menores ingresos.

Durante 1996 y 1997 las actividades del SIS se realizaron en un contexto diferente a lo que se puede denominar microseguro debido a que ni siquiera existía un mecanismo de afiliación ni forma alguna de pago de cotizaciones, condiciones necesarias para que el sistema se catalogue dentro de la modalidad mencionada.

Cabe destacar que los afiliados juegan un papel importante en diversos aspectos relacionados con la gestión del Sistema de salud. Para la selección de los servicios cubiertos, monto y forma de pago de cotización, así como evaluación del funcionamiento, dan su opinión (a través de encuestas, reuniones, etc.) sobre cuales son sus prioridades en salud, disponibilidad de pago y bondad de los servicios ofrecidos, respectivamente. A pesar de su participación, con opiniones y sugerencias, en los aspectos antes mencionados, no participan en la selección de los responsables ni prestadores del SIS.

El Sistema de Salud desarrollado por la CGTG ha surgido en un contexto socioeconómico guatemalteco con características sumamente adversas para la población. De ahí que casi cualquier proyecto o programa desarrollado por institución pública o privada tendiente a satisfacer de alguna forma las necesidades básicas en salud (o de cualquier otra índole), resulta eficaz (pero no necesariamente eficiente). A pesar de ello es posible referirse a la eficacia con que esos proyectos funcionan y hacerse la pregunta sobre si dados los recursos y los medios disponibles, ¿fue o es posible obtener resultados más favorables (en cantidad y calidad)?.

Uno de los puntos fuertes con que contó y cuenta el SIS para su desarrollo, es el tener el repaldo de una estructura organizacional que agrupa a personas con características deseables como para considerarse destinatarias de un Sistema como el que nos ocupa: personas excluidas de formas de seguridad social, y bajas remuneraciones.

Mucho trabajo y esfuerzo se ha ahorrado el SIS al contar con organizaciones de base donde localizar e informar a sus afiliados existentes y potenciales.

Otro aspecto que se enumera como fortalecedor del SIS es el deterioro en que se encuentra el Sistema público de seguridad social. La falta de recursos por parte del Estado, para la ampliación y mantenimiento de sus servicios de salud, incentiva el surgimiento de Sistemas alternativos que satisfagan las necesidades de la población. A pesar de ello no todos estos servicios disponibles son de acceso a la mayoría de personas, pues las prestaciones del sector privado lucrativo están dirigidas a aquellos que tienen los medios económicos suficientes para disfrutarlas. En vista que el Sistema de Salud de la CGTG (perteneciente al sector privado no lucrativo) cobra cotizaciones y precios relativamente bajos, posibilita a muchas personas de bajos ingresos disfrutar de servicios de salud.

Es importante hacer notar el hecho que la CGTG es vista por la población como un bando político opositor a las medidas “neoliberales” del Gobierno de turno. Por este papel de la CGTG en el ámbito político es que muchas personas que se consideran apolíticas o neutrales, no quieren tener relación alguna con la Central ni con los servicios que emanan de su organización, tal es el caso de los Servicios de Salud. Lo anterior se constituye en una limitante para poder afiliar una mayor cantidad de personas al SIS.

Otra limitante en el eficiente desarrollo del SIS es la falta de conocimiento en materia de seguros de salud, y mutualismo por parte de los responsables del Sistema. Lo anterior ha dificultado la toma eficiente de decisiones a fin de aprovechar al máximo los escasos recursos (incluyendo material humano) con que se cuentan para llevar a fin los objetivos propuestos por el proyecto. La sola disposición por parte de los que tienen a cargo la administración y gestión no es suficiente para lograr con el éxito deseado el satisfacer las demandas de la población destinataria.

Actualmente el SIS posee un solo Puesto de salud, con éste se pretende cubrir una población destinataria ubicada dispersamente en el Municipio de Guatemala. Para la gran mayoría que habita en las zonas periféricas resulta difícil poder trasladarse al centro de la capital a recibir el servicio de salud requerido, bien porque no poseen el tiempo suficiente, bien porque no tienen los medios para hacerlo. Esta problemática estructural se constituye en un factor adicional que limita al aumento de la afiliación, pues el beneficio marginal que deriva de estar adscrito al Sistema podría ser considerado por el destinatario como muy bajo, al tener asumir costos adicionales para poder acceder los servicios ofrecidos por el SIS.

Ya se ha comentado, por otra parte, en el documento, las intenciones de los responsables de que el SIS adquiera una mayor autonomía en su gestión y administración; a pesar de ello sus necesidades financieras necesitan de la ayuda permanente de la CGTG, es decir, el SIS por sí solo no es económicamente sostenible: sus pocos ingresos por cotizaciones y alto nivel de morosidad, requieren del uso del Fondo Común de la Central; ello imposibilita su autonomía y desarrollo a futuro.

Por lo dicho en las líneas anteriores el SIS, para mejorar su funcionamiento e impacto social, necesita seguir, entre otras, las siguientes orientaciones operativas:

- ◆ Contando con la organización y logísticas de la Central se deben buscar vías alternas de financiamiento, cuyos recursos adicionales sirvan para formar el capital humano en materia de seguros de salud y mutualismo, así como la promoción y campañas divulgativas de concientización, como un mecanismo que busque al incorporación de nuevos afiliados que generen los fondos necesarios para ampliar y fortalecer los servicios ofrecidos por el SIS (ampliación de paquete de beneficios, construcción de más Puestos.
- ◆ La consolidación de una organización con estructura propia que se encargue de la administración del SIS, y separada de la dirección de la CGTG, a fin de ejercer sus actividades sin matices políticos o ideologías determinadas. A pesar de ello, se debe mantener una relación estrecha con la CGTG y otras organizaciones locales (públicas y privadas) a fin de coordinar programas de salud que beneficien a la población más desprotegida.
- ◆ Es importante el desarrollo de la medicina preventiva (sin descuidar la medicina curativa) no solo como un medio para alcanzar el objetivo de una población más sana, sino como un camino para reducir los costos de atención médica, contribuyendo ésto a dar mayor sostenibilidad al Sistema. La educación en salud a través de campañas y talleres a la población destinataria vienen a constituirse en mecanismos eficaces para lograr este fin.

Son importantes los logros alcanzados por el SIS en materia de salud para la población pobre del Municipio de Guatemala. Ello no exime la búsqueda de mecanismos alternativos y complementarios que consigan mejorar y fortalecer el SIS para que el grupo beneficiario muestre una tendencia creciente en los próximos años. El papel de la sociedad guatemalteca y las organizaciones extranjeras en este sentido es medular: la organización de la sociedad permite extender los beneficios de manera sistemática y ordenada; el aporte de recursos financieros y asesoría técnica por parte de organismos donantes posibilitan el “despegue” hacia sistemas de salud viables y autosostenibles.

Este informe se ha desarrollado en el marco de una metodología descriptiva. A pesar de ello la gran cantidad de información que incluye permitiría realizar algunos análisis y evaluaciones preliminares del Sistema de salud desarrollado por el Sistema de Salud de la CGTG. En vista que esto no es parte de los objetivos de la investigación, no se hacen esas evaluaciones y análisis. Queda, eso sí, disponible un documento valioso que se pretende sirva para futuras investigaciones sobre el tema.

Anexo

Disponibilidad y calidad de la información

La información incluida en el estudio descriptivo sobre el Sistema de Seguro de Salud, fue básicamente recabada de las entrevistas realizadas a responsables, prestadores y otros actores involucrados con el Sistema. Dentro de las personas entrevistadas están: el señor Manuel Pablo Quino, Responsable de la Comisión de Salud; el señor José Pinzón, Secretario General de la CGTG; Dr. Dionisio Elías Lucas, médico del Puesto Médico del Sistema; señor Julián Melchor Guzmán, Director General de IGEFOS; y el señor Rafael González Cano, Secretario General del Sindicato Frente Nacional de Vendedores Ambulantes de Guatemala.

Además de estas entrevistas, se utilizó material y documentación suministrada por la Comisión de Salud de la CGTG. Esta información adicional incluye:

- ♦ CESAL, *Programa de Atención Básica Sanitaria en Sectores Urbanos Marginales y Comunidades Indígenas Rurales*; 1995.
- ♦ CGTG, *Plan de Atención Primaria en Salud y Funcionamiento del Plan de Salud*, 1997.
- ♦ CGTG, *Proyecto de Autofinanciamiento del Servicio de Salud*, agosto, 1997.
- ♦ COLACOT, *Diagnóstico y Plan de Desarrollo del Servicio Solidario de Salud de la CGTG*; agosto, 1998
- ♦ Estados financieros anuales del Sistema de Salud; 1998-1999.
- ♦ Estadísticas descriptivas elaboradas por el médico del Puesto.
- ♦ Formularios relacionadas con el funcionamiento del proyecto.
- ♦ Folletos y documentación informativa sobre el Sistema de Salud.

Prácticamente todos los aspectos relacionados con el funcionamiento del Sistema se encontraban disponibles. Algunos puntos de la guía no pudieron ser abarcados de la manera esperada, pues aunque tenían el material suficiente para poder ser obtenidos, aún no estaban procesados (costo por consulta, número de beneficiarios e indicadores de funcionamiento del Sistema); y otros (algunos datos del contexto en que funciona el Sistema), no estaban a disposición en el momento requerido.