

JUSTICIA ECONÓMICA Y COVID-19 EN GUATEMALA

Factores condicionantes intermedios de la respuesta del Estado a la pandemia y la vacunación: financiamiento, presupuesto y recursos humanos



GUATEMALA 2023

Con el apoyo de:



AGENDA
REGIONAL
PARA UNA
VACUNA
UNIVERSAL
CONTRA LA COVID-19



JUSTICIA ECONÓMICA Y COVID-19 EN GUATEMALA

Factores condicionantes intermedios de la respuesta del Estado a la pandemia y la vacunación: financiamiento, presupuesto y recursos humanos

GUATEMALA 2023

Por
Enrique Maldonado
Paolo Marsicovetere
Karin Slowing

CONTENIDO

1. Introducción	4
1.1 objetivos de la investigación	5
1.2. Metodología	6
2. Principales resultados	10
2.1. Financiamiento para enfrentar la pandemia y la vacunación COVID-19	10
2.2. Presupuesto público dirigido a enfrentar la pandemia 2020-2022	11
2.3. Ejecución del presupuesto de Gobierno Central para enfrentar la COVID-19, 2020-2022	12
2.4. Presupuesto público dirigido a la pandemia en el MSPAS e IGSS	20
2.5. Sobre el uso de los recursos e insumos para responder a la pandemia	27
3. Conclusiones y Recomendaciones	38
4. Bibliografía	41



1. INTRODUCCIÓN

Desde abril del 2020, el Laboratorio De Datos GT ha venido trabajando en el monitoreo y análisis de lo que acontece en Guatemala con la pandemia COVID-19 y con la vacunación. También ha presentado varias propuestas orientadas a mejorar el desempeño institucional, principalmente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-. Preocupa que, a dos años de iniciada la vacunación para la COVID-19 en el país, aún no se alcanza una cobertura poblacional mínima del 70%, como fuera propuesto por la Organización Mundial de la Salud -OMS-. Además, persiste una significativa desigualdad en el acceso a la vacunación y en los niveles de cobertura alcanzados. Por otra parte, la pandemia continúa: hay brotes y nuevas variantes emergiendo en China, Estados Unidos de Norteamérica y Europa, por lo que es de esperar que en Guatemala también continúen presentándose brotes. Además, siempre existe el riesgo de emergencia de variantes que no solo tengan alta capacidad de infectividad y contagio, sino que puedan, eventualmente, también ser más letales o evadir la inmunidad vacunal disponible en la actualidad, con consecuentes efectos en la morbilidad y mortalidad de la población.

El Laboratorio De Datos GT ha desarrollado un esquema conceptual, fundamentado en la teoría de “Determinación social de la salud” (OMS, 2008) para identificar, examinar y entender el conjunto de factores causales que subyacen a la respuesta que ha dado el MSPAS -y el Estado de Guatemala a la vacunación COVID-19¹ (Slowing, K., 2022). Empleando este esquema conceptual, en otro estudio de la presente serie se examinaron los denominados “Factores causales inmediatos o barreras institucionales” que han operado en la vacunación (Slowing, K. y Chávez, O., 2022); que examina las dinámicas, situaciones y decisiones que tomó el gobierno de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, durante la coyuntura (2020-2022), para gestionar la respuesta a la pandemia, cómo ha

accedido a vacunas COVID-19, quienes y cómo se diseñó el plan nacional de vacunación y cómo se ha implementado.

En el presente estudio, realizado por los economistas Enrique Maldonado y Paolo Marsicovetere, el Laboratorio De Datos GT avanza en el examen de los factores causales intermedios que explican cómo se ha dado la oferta de vacunación COVID-19 en Guatemala. El estudio se concentra en examinar las capacidades institucionales que puso a disposición el Estado de Guatemala, y en el MSPAS en particular. El análisis se realiza por medio del examen del financiamiento; del destino del gasto, según fuera definido en las distintas partidas que configuran el presupuesto institucional del MSPAS, y finalmente, de la ejecución presupuestaria, que refiere a la parte de esos recursos que verdaderamente se ejecutaron. El estudio también aborda lo referente a los recursos humanos que fueron reclutados para “suplementar” el recurso humano institucional preexistente.

Este estudio complementa los análisis de otras dimensiones de las capacidades institucionales desplegadas para la vacunación COVID-19: El “Atlas de la Vacunación COVID-19” (Gudiel, M., Chávez, O., y Slowing, K., 2023); y el análisis sobre “El papel del sector privado, ejército y otros actores no gubernamentales en la vacunación COVID-19” (Reina, C., Chávez, O., y Slowing, K., 2023), y el estudio sobre “Políticas públicas empleadas en Guatemala para enfrentar la pandemia y la vacunación COVID-19” (Slowing, K., 2023).

Se espera que estos estudios contribuyan para definir un plan de fortalecimiento institucional del MSPAS de manera tal que esté mejor preparado de ahora en adelante para enfrentar emergencias y amenazas sanitarias de gran envergadura.

¹ El marco conceptual que emplea el Laboratorio De Datos GT reconoce que hay factores inmediatos, intermedios y estructurales que también operan sobre la población y determinan cómo se ha dado la demanda de vacunarse. Esta agenda de investigación está aún pendiente de ser desarrollada.

1.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

El estudio tuvo como objetivo general Identificar, cuantificar y caracterizar la respuesta estatal a la pandemia desde su inicio en marzo 2020 hasta el 31 de agosto del 2022 en términos del financiamiento, ejecución del presupuesto y de los recursos humanos disponibles para enfrentar el desafío que impusieron la pandemia y la vacunación COVID-19 al Estado de Guatemala.

Objetivos Específicos

1. Analizar el presupuesto público en respuesta a la pandemia para 2020 hasta el 31 de agosto de 2022 identificando sus fuentes de financiamiento, el destino y nivel de ejecución, en función de la clasificación institucional y programática del gasto.
2. Analizar el presupuesto público total que tuvo el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social «MSPAS», así como el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social «IGSS» y el específico para la pandemia identificando su sostenibilidad y eficiencia para identificar las desigualdades de asignación interna
3. Caracterizar las brechas de oferta pública en el financiamiento, recurso humano e insumos críticos.

1.2. METODOLOGÍA

1.2.1. MARCO DE REFERENCIA Y MODELO CONCEPTUAL PARA EL ANÁLISIS DE LOS FACTORES CAUSALES SUBYACENTES A LA VACUNACIÓN

En la actualidad, la ciencia reconoce que todo problema de salud que afecta a la población es generado por un conjunto, generalmente diverso, de factores que interactúan para producir una determinada situación de salud-enfermedad. Según la Oficina Panamericana de la Salud -OPS- (2011):

“El enfoque epidemiológico considera que la enfermedad en la población no ocurre por azar ni se distribuye homogéneamente; su génesis tiene factores asociados que, para ser considerados “causales”, deben cumplir con los siguientes criterios: 1. la temporalidad (toda causa precede a su efecto), 2. la fuerza de asociación, 3. la consistencia de la observación, 4. la especificidad de la causa, 4. el gradiente biológico (efecto dosis-respuesta) y 5. la plausibilidad biológica (Hill, 1965). El enfoque epidemiológico también considera que la enfermedad en la población es un fenómeno dinámico y su propagación depende de la interacción entre la exposición y la susceptibilidad de los individuos y grupos constituyentes de dicha población a los factores determinantes de la presencia de enfermedad; además, considera que toda causa precede a su efecto (el llamado principio de determinismo causal).”

Estos principios también pueden ser aplicados para examinar los sistemas de salud y el papel que juegan en resolver y/o perpetuar los problemas de salud que enfrenta la población. Tal y como lo señaló la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008): “El sistema sanitario es un determinante de la salud en sí mismo; interacciona y puede modificar el efecto de otros determinantes sociales, ya que tiene la responsabilidad de desempeñar una función activa en las condiciones sociales que afectan el nivel de salud, a través del acceso equitativo a los servicios de atención.”. En otras palabras, además de factores

causales de orden biológico, ambiental, de cultura y/o estilo de vida, y socioeconómicos, el estado de salud de una población también depende de la capacidad resolutoria que tenga el sistema de salud. Para ello, es fundamental que las instituciones que forman parte del sistema de salud cuenten con las capacidades que les permita un adecuado desempeño y una respuesta oportuna frente al desafío que representa la pandemia.

Dado el papel central que tiene el MSPAS en el sistema de salud del país, el análisis de capacidades institucionales se concentra en esta entidad, aunque también se documenta el desempeño de otras instancias que ejecutaron recursos como parte de la respuesta gubernamental a la pandemia. Esto se debe a que, según la Constitución Política del país, el MSPAS es el ente rector de la salud, y por ende tiene funciones de liderazgo y coordinación sectorial, de definición de políticas y establece las normas y regulaciones que rigen las operaciones de todas las demás entidades públicas y privadas del sector salud. En el caso específico de la pandemia y de la vacunación COVID-19, solo el MSPAS tenía oficialmente las facultades legales para, en nombre del Estado de Guatemala y el gobierno de turno, definir la política de manejo de la pandemia y de la vacunación, y para gestionar, por ejemplo, la compra de vacunas en el extranjero y definir cómo utilizarlas en el país. De hecho, las empresas farmacéuticas y compañías que produjeron las vacunas para la COVID-19 definieron solo negociar con los Estados la compra de vacunas, en lugar de hacerlo, como suele suceder, por medio de empresas privadas que regularmente operan como concesionarias y/o intermediarias de las farmacéuticas en los países. De esa cuenta, de lo que el MSPAS hiciera o dejara de hacer en esta materia, dependía mucho si había o no disponibilidad de suficientes dosis para vacunar.² Esta posibilidad, a su vez, está dada por cómo se da la gobernanza del sistema de salud guatemalteco, en donde el MSPAS, a pesar de tener toda la responsabilidad legal e institucional, no necesariamente tiene el poder suficiente para conducir al sector y la propia institución hacia la realización del derecho a la salud. Más bien, son otros actores gubernamentales y no gubernamentales quienes

² Este tema ha sido ampliamente tratado en el Estudio de caso: "Vacunación COVID-19 y poblaciones vulnerables: Desigualdad y barreras institucionales (MSPAS) de acceso a la vacunación" (Slowing, K., y Chávez, O. 2022).

ejercen alta influencia sobre el MSPAS y terminan modelando las políticas y decisiones institucionales.

También, por su vía, el Estado financia una parte de la prestación de servicios de salud y provee directamente servicios a la mayor parte de la población, en particular aquella en situación de pobreza y en el área rural, que depende casi exclusivamente de los servicios de salud del MSPAS. Así también tiene funciones de vigilancia sanitaria y otras "Funciones Esenciales de Salud Pública" que van mucho más allá de la prestación de servicios de salud individuales y que son de las áreas que más fueron debilitadas a lo largo de 30 años de desmantelamiento de las capacidades estatales con las reformas neoliberales de las décadas de los 80 y 90 del siglo XX, muchas de ellas aún vigentes en el sector salud guatemalteco. El MSPAS funge también como agente de compra pública de bienes y servicios que son provistos por el sector privado empresarial a la institución, en particular, para abastecer los insumos que permiten que funcione la red de servicios de salud del MSPAS. Todas estas funciones estratégicas colocan al MSPAS como el objeto central de este análisis.

En el presente estudio se emplea una definición acotada y tradicional del concepto de capacidades institucionales, enfocada en las habilidades técnico-burocráticas de la institución requeridas para instrumentar sus objetivos oficiales (Rosas-Huerta, A. 2008). Incluye capacidades como: 1. Contar con un marco legal y normativo que regule y delimite su mandato y su actuar institucional; 2. Tener políticas y estrategias que orientan la manera en que responde a su mandato y responsabilidades; 3. Contar con los recursos (financieros, humanos, físicos) necesarios para materializar los mandatos y las políticas, para que así éstas se transformen en bienes y servicios concretos que se entregan a la población; 4. Disponer de modelos operativos y/o protocolos de intervención, instrumentos y herramientas técnicas, tecnológicas, operativas, logísticas, y administrativas que viabilicen la implementación de las acciones; 5. Dar seguimiento, monitoreo, evaluación y aprendizaje que retroalimente la gestión institucional y mejore su eficiencia y eficacia.

Este estudio se concentra en la dimensión de los recursos disponibles (financieros, materiales y humanos) con que se ha contado para enfrentar la COVID-19 y la vacunación.

FIGURA 1
MODELO CONCEPTUAL: ANÁLISIS DE FACTORES Y DINÁMICAS QUE GENERAN LA DESIGUALDAD EN LAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN COVID-19 EN GUATEMALA



Fuente: elaboración propia Laboratorio De Datos GT* ³

³ Los factores causales inmediatos, intermedios y estructurales también afectan la demanda de la vacunación. Estos aspectos no son examinados en el presente estudio. Están todavía pendientes de análisis.

Otros estudios que está realizando el Laboratorio De Datos GT, como parte de esta serie de análisis, están abordando otras capacidades institucionales: el marco legal y de políticas y planes; la infraestructura física y la organización para asegurar la oferta vacunal; y un tercero, que sistematiza una de las dimensiones de la gobernanza del sistema que tiene que ver con el papel que otros actores gubernamentales y no gubernamentales desempeñaron en la vacunación COVID-19.

La figura 1 muestra el esquema conceptual que está empleando el Laboratorio De Datos GT para examinar la causalidad de la baja cobertura vacunal en Guatemala, la más baja de toda Latinoamérica a diciembre 2022. En el estudio sobre “Barreras institucionales a la vacunación COVID-19” se estudiaron los factores inmediatos, de la coyuntura, que han afectado la oferta de la vacunación en el país. Mucho de ese análisis se centró en las decisiones y las políticas que se implementaron entre 2020 y 2022. Las causas inmediatas de la baja, lenta y desigual

vacunación (barreras institucionales del MSPAS) operaron tanto a nivel global, como nacional.⁴ Están referidas principalmente a las decisiones que se tomaron sobre cómo acceder a la vacuna, el diseño del plan de vacunación y la implementación de la vacunación propiamente dicha. El cuadro 1 muestra una síntesis de las barreras o factores causales inmediatos que se identificaron.

⁴ También operaron a nivel local, especialmente en la relación entre el MSPAS y las municipalidades; y en la relación entre el MSPAS y las comunidades y los agentes comunitarios tradicionales de salud. También en la indiferencia con respecto a las acciones de organizaciones de sociedad civil, en contraste con la relación que se dio entre MSPAS y sector privado empresarial organizado y con el ejército de Guatemala (ver, Reina, C., Chávez, O. y Slowing, K., 2023).

CUADRO 1

RESUMEN “BARRERAS INSTITUCIONALES (MSPAS) DE ACCESO A LA VACUNACIÓN COVID-19 Y ACCESO INEQUITATIVO A VACUNAS”

ACCESO A LAS VACUNAS	DISEÑO DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN	IMPLEMENTACIÓN DE LA VACUNACIÓN
El gobierno de Guatemala se atuvo en un inicio solo a COVAX para obtener vacuna solo para el 20% de la población	Se diseñó un modelo homogéneo de vacunación para todo el país, que no se corresponde con la realidad heterogénea de Guatemala.	Información y educación para la vacunación llegó tarde, y a cuentagotas, mientras que la “desinformación” llegó muy rápido
El acaparamiento de vacunas por los países de mayores ingresos en el primer trimestre 2021, retrasó las entregas por medio de COVAX países como Guatemala.	Una lógica de priorización por riesgo individual, que no consideró la vulnerabilidad socioeconómica de la población como criterio	Debilidades estructurales de la cadena de frío; las mejoras llegaron tardíamente.
Las decisiones gubernamentales sobre la compra de vacunas no se basaron en las recomendaciones técnicas del CONAPI	Menor experiencia de los servicios de salud del MSPAS con la vacunación masiva de adultos, especialmente hombres.	Criterios gerenciales inequitativos para la de distribución/asignación de vacunas en los distintos municipios o puestos de vacunación
Negociación opaca e incumplimiento tolerado por el gobierno con las entregas de la Vacuna Sputnik.	La falta de metas claras	La estructura y operatividad institucional del MSPAS no fue reforzada para realizar la vacunación masiva en el plazo señalado por el plan de vacunación(*).
No se ha tenido control sobre el cronograma de entrega de vacunas al país, lo que se tradujo en saturación de disponibilidad y desperdicio de vacuna.	Sistema de registro moderno, pero no de fácil uso para la mayor parte de la población, especialmente en el área rural	

(*) Actualmente se está llevando a cabo un estudio que aborda en profundidad los problemas estructurales de la institucionalidad del MSPAS durante la COVID-19, en el marco del programa de investigación sobre “Desigualdad y vacunación COVID-19” con el apoyo de Oxfam.

Fuente: elaboración propia a partir de “Estudio de caso de Guatemala sobre barreras de acceso a la vacunación” OXFAM-Laboratorio De Datos GT

Las decisiones que se tomaron en la coyuntura se materializaron en un sustrato institucional concreto y específico lleno de desafíos de carácter sistémico. No operaron en el vacío, sino sobre las condiciones institucionales y sectoriales concretas existentes en el país, tal y como lo muestra la figura 1, y que son producto, a su vez, de factores de orden histórico y estructural que han modelado la debilidad institucional del MSPAS, la fragmentación de la oferta institucional de servicios de salud y la segmentación y la variable calidad y eficacia, y en función de la capacidad de pago de las personas y de los hogares. Toda esta compleja dinámica, que antecede la pandemia, tuvo su expresión concreta durante la pandemia y la vacunación.

1.2.2. ANÁLISIS DE BASES DE DATOS SOBRE INGRESOS, EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA Y COMPRAS HECHAS CON EL PRESUPUESTO DEL MSPAS PARA LA COVID-19

En el presente estudio, el énfasis se puso en examinar los factores causales intermedios que afectan la oferta de vacunación y que refieren a factores que operan a nivel sistémico en la institución y que son esenciales para que ésta ejecute sus competencias previamente descritas. Son sistemas que le proveen al MSPAS la capacidad para ofertar servicios de salud y realizar sus otras funciones sustantivas. Esenciales, además, para implementar las decisiones de manejo de la pandemia y de la vacunación COVID-19. Si bien son varios los sistemas institucionales del MSPAS que deben operar adecuada y sinérgicamente para provocar resultados positivos en la salud de la población⁵, el presente estudio se enfocó en tres aspectos: el financiamiento para la COVID-19; ejecución de recursos presupuestados y destino del gasto, y el recurso humano adicional que se reclutó para apuntalar y responder al desafío de una vacunación a escala masiva y acelerada como la que requería.⁶ A partir de eso, se identificaron las brechas y desigualdades generadas en la distribución de dichos recursos.

Se trabajó con información financiera y presupuestaria contenida en el Sistema de Contabilidad Integrada «SICOIN» y en el Sistema Informático de Gestión «SIGES», ambos administrados por el Ministerio de Finanzas Públicas -MINFIN-. Se accedió a la base de datos del SICOIN, lo que permitió construir bases de datos específicas para este estudio, para las cuales se identificaron 54 campos de información con series de datos para los años 2020 a 2022. Las series de datos fueron unidas en un solo archivo y se etiquetaron dos campos más que respondieron a las preguntas: i) ¿es un gasto relacionado con la pandemia? y ii) ¿en qué actividad relacionada con la pandemia fueron las erogaciones? Con estas bases de datos se generaron una serie de tablas de

⁵ Slowing, K. (2016)

⁶ Otros factores relacionados con las capacidades institucionales del MSPAS para enfrentar la pandemia y la vacunación COVID-19 se examinan en otros estudios de esta colección.

referencia cruzada que alimentaron los análisis. Respecto al SIGES, se crearon dos bases de datos que comprenden información sobre gasto que corresponden al período comprendido entre el año 2019 al 2022. En total, 24 campos que hacen referencia al total de insumos adquiridos por el MSPAS en ese período. Entre éstos, los productos y medicamentos que específicamente conformaron el total de kits que entregó esta entidad a las personas reportadas como positivas para Covid-19 leve, así como otros insumos y/o medicamentos empleados en la atención hospitalaria de COVID-19 en sus formas más severas. Al igual que con el SICOIN, posterior a la elaboración de estos reportes se procedió a crear tablas de referencia cruzada para el análisis de la información.

Por otra parte, por medio de la ley de Acceso a Información Pública se solicitó información al MSPAS sobre el recurso humano contratado para atender la pandemia. Esta información tomó tiempo para ser obtenida, y, a diferencia de la información financiera y presupuestaria, que es de fácil acceso a la ciudadanía por medio de los sistemas informáticos SICOIN y el SIGES del MINFIN, el MSPAS proporcionó la información sobre recursos humanos contratados en formatos de hojas en PDF, lo cual evidentemente, dificulta y enlentece el procesamiento y análisis de dicha información. La misma, además, restringida a renglones presupuestarios de contratación, sin especificar la función que dicho personal contratado desempeñó durante la pandemia y la vacunación. Mucho menos sus calidades y competencias técnicas y/o profesionales, no digamos, sus condiciones de contratación y de remuneración. Si bien estas situaciones imponen limitaciones a la profundidad del análisis que es posible presentar, si fue posible documentar la manera en que se emplearon y distribuyeron los recursos financieros y humanos para enfrentar la pandemia y la vacunación COVID-19.

2. PRINCIPALES RESULTADOS

2.1. FINANCIAMIENTO PARA ENFRENTAR LA PANDEMIA Y LA VACUNACIÓN COVID-19

Uno de los aspectos más positivos que sucedieron cuando comenzó la pandemia en Guatemala (primer caso detectado el 13 de marzo 2020), es que algunas medidas importantes se tomaron tempranamente; entre ellas, medidas que aseguraron que el Estado contara con recursos financieros suficientes para hacer frente a la situación. Valga recordar que cuando todo esto comenzó, había un gobierno que recién había tomado posesión el 14 de enero de ese año y que no contaba con presupuesto aprobado. El presupuesto del 2019 seguía vigente, pero requería una serie de adecuaciones presupuestarias y de fuentes de financiamiento en las que el nuevo gobierno recién estaba comenzando a trabajar.

Prepararse para enfrentar la pandemia requería una disponibilidad inmediata de recursos que obviamente no estaban contemplados en el presupuesto 2019. Este es el contexto en el cual el Congreso de la República aprobó en el primer Estado de Calamidad por la pandemia.

Así, entre marzo y abril 2020, el Congreso aprobó una serie de decretos-ley específicos donde autorizó endeudamiento y financiamiento extraordinario para la atención de la pandemia y para el financiamiento de los programas de soporte socioeconómico que se comenzarían a implementar entre seis y ocho semanas más tarde. También se incluyeron medidas de flexibilización de algunos requisitos establecidos en la ley de compras y contrataciones del Estado, que fueron incorporados en los Estados de Calamidad, en los márgenes acostumbrados ya para otras situaciones de emergencia.

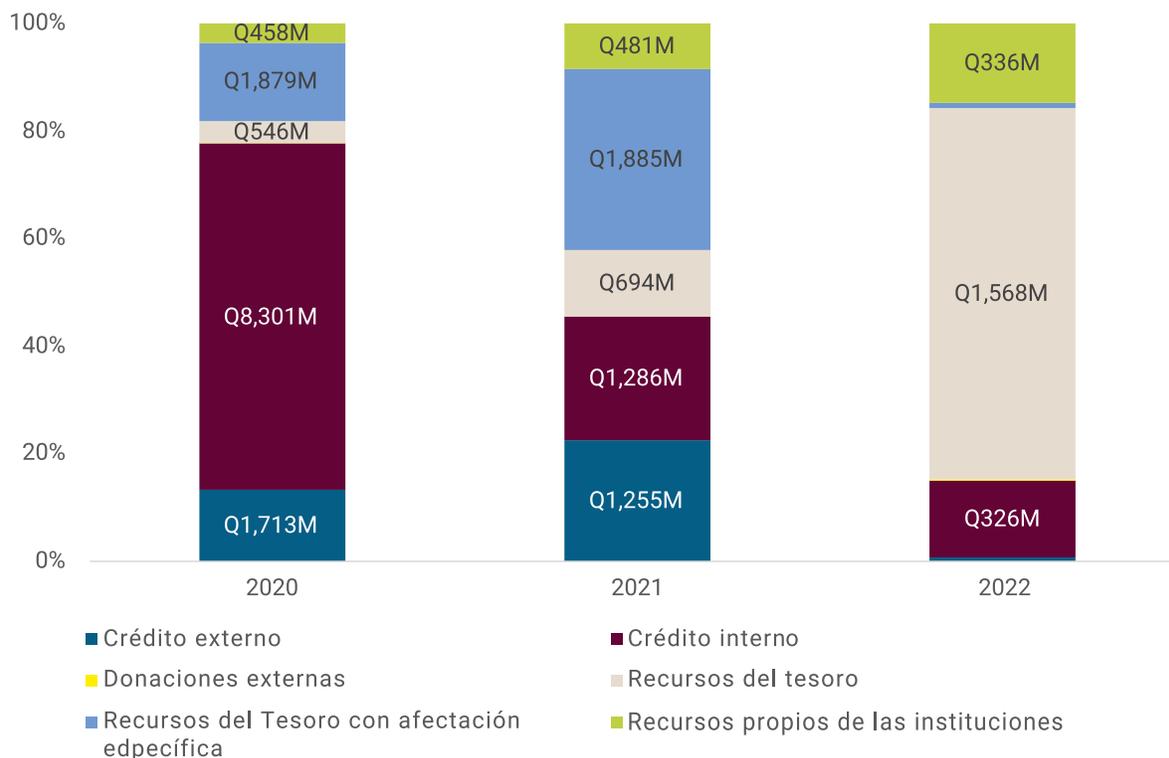
Durante 2020, en parte, las fuentes de financiamiento provinieron del crédito interno por medio de la emisión de bonos que se hizo a través del Banco Central, utilizando el artículo 133 de la Constitución Política de la República, el cual indica que éste

puede financiar actividades del Estado en casos de catástrofes o desastres públicos, siempre y cuando el mismo sea aprobado por las dos terceras partes del número total de diputados que integran el Congreso, a solicitud del presidente de la República. Así, el Congreso terminó aprobando una ampliación presupuestaria y endeudamiento por más de Q11 millardos (11 mil millones de quetzales), Q6 millardos fueron destinados para financiar medidas de asistencia económica a la población. El resto se destinó para afrontar compromisos regulares de gobierno (5 millardos). Se anunció también un paquete de 10 programas de asistencia social y económica para la población a ser financiados con estos recursos.

La segunda fuente de financiamiento más utilizada en 2020 fueron los recursos del tesoro con afectación específica (Q1,879.3 millones), lo que básicamente refiere a los recursos provenientes del Aporte Constitucional y el IVA-Paz. La tercera fuente de financiamiento fue el crédito externo, con la contratación de préstamos con Organismos Financieros Internacionales (Q1,712.9 millones).

En 2021, la principal fuente de financiamiento fueron los recursos del tesoro con afectación específica, seguido de la colocación de bonos en el exterior y la tercera fuente más utilizada fue la disminución de los saldos de caja y bancos de la deuda interna contraída, que no fueron utilizados durante el 2020. Por último, en 2022, el financiamiento para la Covid-19 provino principalmente de recursos del tesoro, es decir, de la recaudación de impuestos directos e indirectos, sin utilizar los específicos. Debido a la disminución de financiamiento extraordinario para esta finalidad, los recursos propios de las instituciones (en el caso del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social) cobraron importancia en el presupuesto para afrontar la pandemia.

GRÁFICA 1
FUENTES DE FINANCIAMIENTO PARA LA RESPUESTA ESTATAL AL COVID-19 POR AÑO



Fuente: elaboración propia con base en: SICOIN Gobierno Central y Descentralizadas. 2020 y 2021 refiere a presupuesto devengado; y 2022 se refiere a presupuesto vigente.

2.2. PRESUPUESTO PÚBLICO DIRIGIDO A ENFRENTAR LA PANDEMIA 2020-2022

De acuerdo con datos del SICOIN, en el primer año de la pandemia, las entidades descentralizadas y autónomas destinaron un total de Q482.6 millones para enfrentar la situación, cifra muy similar a la de 2021. Para el 2022 tuvieron un presupuesto vigente menor, de Q340.1 millones. Por otra parte, la Administración Central destinó el primer año un total de Q12,422.2 millones en 2020, mientras que para 2021, esa cifra se redujo a menos de la mitad, situándose en Q5,119.6 millones; en 2022, los recursos asignados se redujeron a Q1,934.7 millones.

En términos per cápita, el Estado destinó en 2020 Q765.5 por habitante para atender la pandemia; en 2021, destinó Q327.3 por persona y en 2022, si se ejecutara todo el presupuesto contemplado para esta finalidad, la asignación per cápita se situaría en apenas Q131.1 por persona para atender la pandemia.

En términos de porcentaje del gasto público del Gobierno Central, durante 2020, el gasto para la COVID-19 representó el 10.04% del gasto público total; proporción que, para el 2021, se redujo a 4.40% y para el 2022 equivalió al 1.44% del gasto total del Gobierno Central. En términos del producto interno bruto «PIB» los valores para cada uno de los tres años son: 2.15%, 0.84% y 0.32% respectivamente.

TABLA 1
INDICADORES SOBRE EL PRESUPUESTO PÚBLICO DIRIGIDO A LA PANDEMIA EN GUATEMALA DURANTE 2020 AL 31 DE AGOSTO DE 2022

VARIABLE	AÑO		
	2020	2021	2022
Presupuesto devengado para atender la pandemia en entidades descentralizadas y autónomas	482.6	481.0	340.1
Presupuesto devengado para atender la pandemia en la administración central	12,422.2	5,119.6	1,934.7
Gasto total para atender la pandemia	12,904.7	5,600.6	2,274.8
Población Guatemala	16,858,333	17,109,746	17,357,886
Per cápita Gobierno Central	765.5	327.3	131.1
Gasto público descentralizadas	31,893.0	34,209.2	45,316.1
Gasto público Administración Central	96,625.4	93,005.7	112,380.7
Gasto público Gobierno Central	128,518.4	127,214.9	157,696.8
Producto interno bruto	599,400.7	665,048.2	718,099.3
Gasto para atender la pandemia como porcentaje gasto público	10.04%	4.40%	1.44%
Gasto para atender la pandemia como porcentaje del PIB	2.15%	0.84%	0.32%

Fuente: elaboración propia con base en: SICOIN Gobierno Central y Descentralizadas, Banguat e INE. 2020 y 2021 se refiere a presupuesto devengado y 2022 se refiere a presupuesto vigente.

Los datos invertidos por Guatemala para atender la pandemia como porcentaje del PIB pueden compararse contra otros países de acuerdo con la metodología utilizada por el Centro de Investigación de Política Económica (The Centre for Economic Policy Research (CEPR), 2020). En este estudio que toma en cuenta a 166 países del mundo, Guatemala se encuentra por debajo del promedio mundial en cuanto a gasto para atender la pandemia como porcentaje del PIB. Por ejemplo, países como Austria había invertido el año 2020 el 17.8% del PIB para atender la pandemia, los Estados Unidos 10.5%, Paraguay 6.5%, Japón 4.9%, Brasil 3.5%, Honduras 2.2%, y El Salvador 1.34%, .

2.3. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE GOBIERNO CENTRAL PARA ENFRENTAR LA COVID-19, 2020-2022

Un tema son los recursos gastados y otro los que se tuvieron y no fueron utilizados, lo que comúnmente se conoce como ejecución del presupuesto. En 2020 se alcanzó una tasa de ejecución presupuestaria para la COVID-19 del 92.4%; para el 2021, la ejecución alcanzó apenas el 77.5%, mientras que, al

31 de diciembre 2022, ese valor se situó en 79.1%. La ejecución presupuestaria es un efecto, un resultado que devela, en este caso, debilidades institucionales en el uso y aplicación de la ley de compras y contrataciones, como ya con anterioridad lo ha planteado el Laboratorio de Datos GT. En 2020, el grupo de gasto con la menor ejecución fue el de “Propiedad, planta y equipo”; es decir: construcciones y equipamiento médico, seguía con menores ejecuciones que la “adquisición de materiales y suministros”. No obstante, para 2021, éste fue el grupo de gasto con la menor utilización de su presupuesto, seguido por “Propiedad, planta y equipo”. El ejecutar un menor presupuesto en estos grupos de gasto significa que el sistema de salud tendrá menor dotación de insumos y equipamiento clave, además la provisión de la atención a la población será más escasa o de menor calidad.

En lo relativo a las transferencias corrientes, prácticamente se llegó a un 100% de ejecución en el 2020 y 2021. Con respecto a los servicios personales (pago de recurso humano) en 2020 alcanzó una ejecución presupuestaria del 91.7%; y 76.5% en 2021, lo que demuestra una pobre utilización de los recursos financieros, a pesar de haber recursos están disponibles en la caja fiscal (tabla 2).

TABLA 2
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA EN POR GRUPO DE GASTO DE LOS RECURSOS DESTINADOS A ATENDER LA PANDEMIA

GRUPO DE GASTO	2020	2021
Asignaciones Globales		90.0%
Materiales Y Suministros	73.2%	67.5%
Propiedad, Planta, Equipo e Intangibles	50.0%	71.1%
Servicios No Personales	72.9%	74.8%
Servicios Personales	91.7%	76.5%
Transferencias Corrientes	99.6%	99.8%
Total	92.4%	77.5%

Fuente: elaboración propia con base en: SICOIN Gobierno Central y Descentralizadas.

Es así como se sabe que para los dos primeros años el Estado de Guatemala contó con un total de Q21.1 millardos para utilizarse exclusivamente para afrontar la pandemia, pero solo se usaron Q18.5 de ellos, esto tuvo para la ciudadanía un costo de oportunidad equivalente de Q2.6 millardos en bienes y servicios para tratamiento y vacunación del Covid-19 al cual no tuvieron acceso, a pesar de tener en la caja los recursos para realizarlo. Es, ésta, una de las más grandes tragedias de la gestión de la pandemia y la vacunación en el país: no haberlos utilizado los recursos que tenía en su totalidad.

El análisis de la ejecución presupuestaria puede desagregarse mucho más y mostrar diversas debilidades en la utilización de los recursos públicos, en este caso a nivel de las distintas entidades del Gobierno Central. La gráfica 2 muestra en azul aquellas entidades que durante 2020 tuvieron un nivel de ejecución de su presupuesto dirigido a la Covid-19 por encima del promedio (92.4%); en rojo, aquellas entidades cuya ejecución estuvo por debajo de este umbral. Los Ministerios de Economía, Educación y Desarrollo Social prácticamente alcanzaron el 100% de ejecución. Sin embargo, su función se limitó a hacer transferencias monetarias a empresas, a grupos de padres y madres de familia, así como a personas individuales. Es ésta, una forma muy sencilla de ejecutar el presupuesto, y no

significa necesariamente, que se logra el resultado esperado con dicha transferencia.

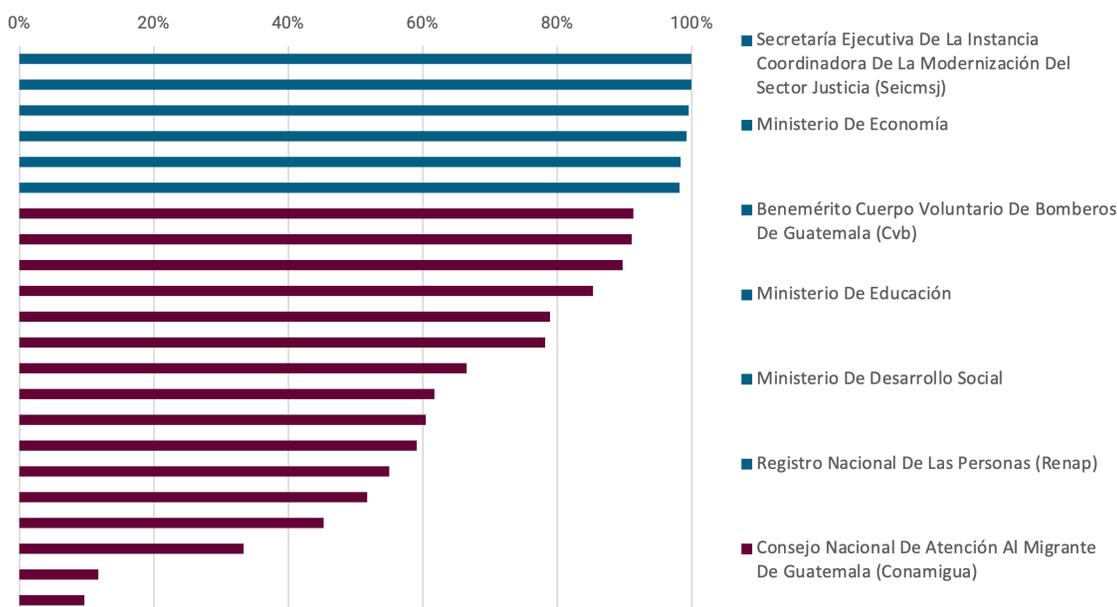
En contraste, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social «MSPAS» tenía que ejecutar tareas y gestiones mucho más complejas: contratación de personal, servicios no personales; infraestructura y compras de equipamiento, materiales y suministros. Las debilidades gerenciales de la entidad, sumadas a las complejidades que entraña ejecutar recursos en estos grupos de gasto, inclusive bajo el Decreto de Estado de Calamidad, explican por qué solo logró alcanzar un 78.2% de ejecución presupuestaria ese año. Aun así, la ejecución del MSPAS estuvo muy por encima de lo que alcanzó a ejecutar el IGSS ese año, con un 59.1%.

Por otra parte, la ejecución de fondos que alcanzó el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación «MAGA», entidad que se apoyó en el Programa Mundial de Alimentos «PMA» para lograr supuestamente una entrega más rápida y oportuna de los alimentos a las comunidades priorizadas, fue de apenas el 66.5% del presupuesto destinado para atender la pandemia Covid-19; en este caso particular la Asociación Diálogos (Asociación Diálogos, 2020, pág. 12) señaló que:

“en el caso del programa de Apoyo Alimentario, el trabajo de monitoreo ha resaltado y puesto en evidencia la continua falta de ejecución presupuestaria, que ha dejado al programa como uno de los menos efectivos en términos del gasto público de la emergencia [...] asimismo, es importante notar que no se han entregado,

ni priorizado los departamentos de Totonicapán, Huehuetenango, identificados por el algoritmo de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República (SESAN) como los que más beneficiarios deberían de tener, considerando sus características socioeconómicas de pobreza y cantidad de personas.”

GRÁFICA 2
EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA EN PROGRAMAS RELACIONADOS AL COVID-19 DURANTE 2020



Fuente: elaboración propia con base en: SICOIN Gobierno Central y Descentralizadas.

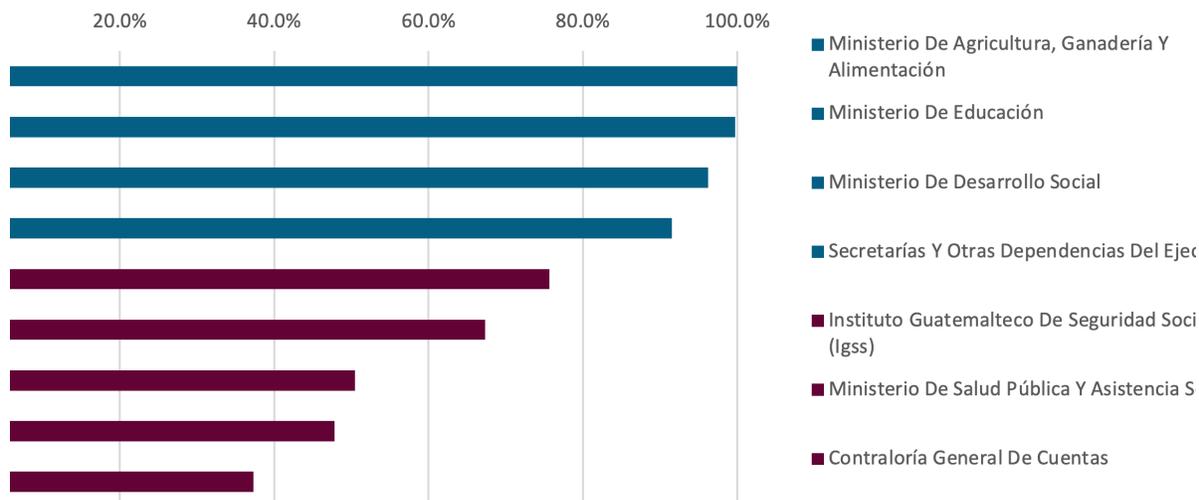
Para 2021, la situación fue bastante diferente. Solo 9 de las 22 entidades que durante 2020 manejaron fondos para la Covid-19 tuvieron fondos en 2021. De éstas, el MAGA fue el que utilizó el 100% de su presupuesto, seguido del MINEDUC y MIDES, respectivamente; para este año, el promedio de ejecución de estos fondos estuvo en 77.5%, estando por debajo de este umbral tanto el IGSS como el MSPAS, las entidades más importantes para enfrentar la pandemia (gráfica 3).

En 2020, el principal programa que ejecutó el MIDES fue el Bono Familia, (Q6 millardos) seguido en importancia por el Fondo de Protección al

Empleo (Q2.0 millardos). En tercer lugar, aparece el programa de Alimentación Escolar -PAE- que gestionó el MINEDUC. Posiblemente, éste fue el programa que mejor funcionó durante la pandemia pues logró altas tasas de ejecución presupuestaria y entregas oportunas de los alimentos, pues hizo uso de los sistemas y procesos que ya tenía instituidos previamente para el PAE. Básicamente siguió haciendo lo mismo, solo que se sustituyó en un inicio, la compra de alimentos frescos a los agricultores locales, por compra de paquetes de alimentos ya empacados que se entregaban a los hogares de los escolares de cada localidad donde funciona el PAE.

GRÁFICA 3

EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA EN PROGRAMAS RELACIONADOS AL COVID-19 DURANTE 2021 POR ENTIDAD



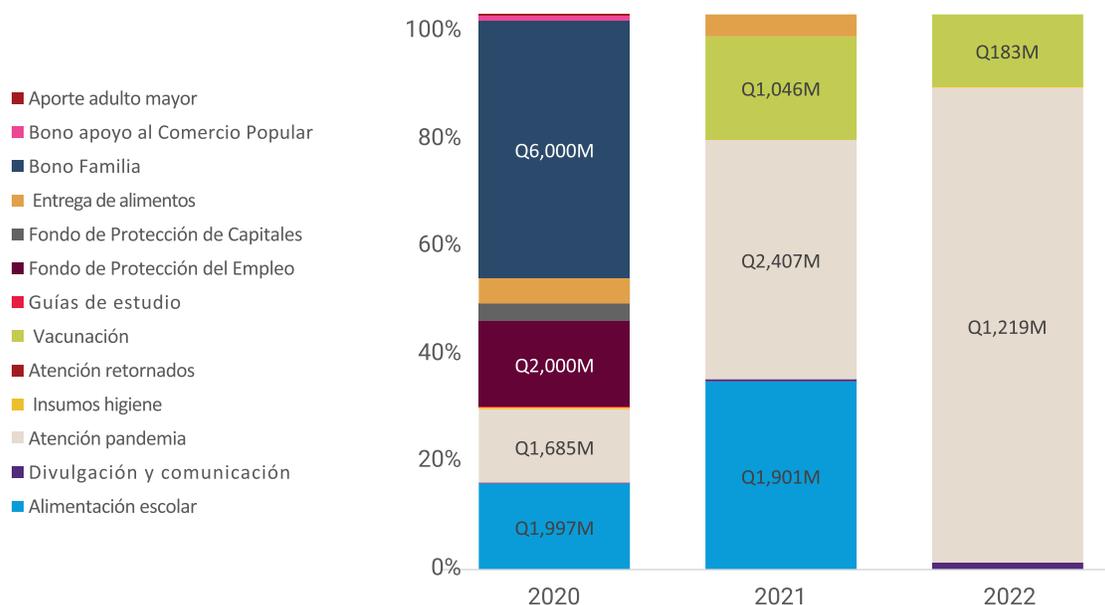
Fuente: elaboración propia con base en: SICOIN Gobierno Central y Descentralizadas.

En la gráfica 4 se aprecia que los programas de protección social y económica, establecidos en 2020 por la pandemia, desaparecieron en el 2021, a pesar de que la crisis continuó y diversas publicaciones evidenciaron el incremento en la inseguridad alimentaria en el país. De esa cuenta, la principal actividad para la cual se utilizaron los recursos para Covid-19 durante 2021 fue la atención a las y los pacientes para la recuperación de su salud, para lo cual se utilizó un total de Q2.4 millones entre el MSPAS y el Seguro Social. Le siguió en importancia el programa de alimentación escolar -PAE- del MINEDUC con Q1.9 millones y, en tercer lugar, la vacunación contra la Covid-19 con Q1.04 millones. En 2022, los recursos utilizados para la vacunación COVID-19 fueron apenas Q182.7 millones, mientras que el tratamiento de las y los pacientes fue la principal actividad en la cual se invirtieron los fondos, con Q1,218.7 millones. Es así como los fondos destinados a afrontar la pandemia se redujeron de Q12.9 millones en 2020, a Q1.0 millardo como presupuesto devengado en 2022.

Esta situación que durante 2020 la respuesta para afrontar la pandemia fue mucho más diversa e intersectorial porque se abordó no únicamente la recuperación de la salud, sino la protección social, dotación de alimentos para familias, la alimentación escolar y protección de capitales; no obstante, a pesar que durante 2021 se tuvo saldos de caja sin ejecutar de hasta por Q20 millones éstos se utilizaron en 2022 para financiar programas absurdos que no llegaban a la población más necesitada como por ejemplo: el subsidio a los combustibles y el subsidio al gas propano, cuando con excepción del área metropolitana y algunas cabeceras departamentales, en el resto del país la principal energía para cocinar es la leña. Esto evidencia poca voluntad y certeza de las políticas implementadas por el gobierno para paliar la crisis tanto del Covid como la crisis de inflación de 2022.

GRÁFICA 4

ACTIVIDADES EN LAS QUE FUE UTILIZADO EL PRESUPUESTO DEVENGADO DESTINADO AL COVID-19 POR AÑO



Fuente: elaboración propia con base en: SICOIN Gobierno Central y Descentralizadas.

Retomando el tema de la utilización de recursos para la pandemia; también se calcularon las tasas de ejecución presupuestaria para cada una de las actividades consideradas en el presupuesto, confirmando lo anteriormente expuesto: el Programa de Alimentación Escolar fue el que más recursos logró ejecutar, junto con el Fondo de Protección del Empleo, Protección de Capitales, Bono Familia y Apoyo al Comercio Popular. En

lo que respecta a actividades que no lograron altas tasas de ejecución presupuestaria puede evidenciarse la atención a pacientes enfermos de Covid-19, que en 2020 y 2021 ejecutó solo el 71.7% y 68.2% del presupuesto asignado respectivamente. Así también, la adquisición de insumos para la higiene del personal de trabajo que, cuando mucho, logró utilizar el 40.4% de su presupuesto durante 2021.

TABLA 2

EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA POR AÑO Y POR ACTIVIDAD RELACIONADA CON PRESUPUESTO DESTINADO AL COVID-19

ACTIVIDAD	2020	2021	2022
Alimentación escolar	99.4%	99.7%	
Divulgación y comunicación	80.7%	85.9%	
Atención pandemia	71.7%	68.2%	92.5%
Insumos higiene	32.5%	40.4%	
Atención retornados	90.3%		
Vacunación		68.3%	41.9%
Guías de estudio	89.8%		
Fondo de Protección del Empleo	100.0%		
Fondo de Protección de Capitales	100.0%		
Entrega de alimentos	69.6%	100.0%	
Bono Familia	100.0%		
Bono apoyo al Comercio Popular	100.0%		
Aporte adulto mayor	46.2%		

Fuente: elaboración propia con base en: SICOIN Gobierno Central y Descentralizadas.

La ejecución en estos últimos programas contrasta con los altos niveles de ejecución del Bono Familia o la Entrega de Alimentos del MINEDUC. No obstante, una cosa es ejecutar los recursos y otra, su correcta utilización. Al respecto, varias organizaciones manifestaron sus cuestionamientos sobre la calidad y efectividad de la implementación de estos programas, como se cita a continuación:

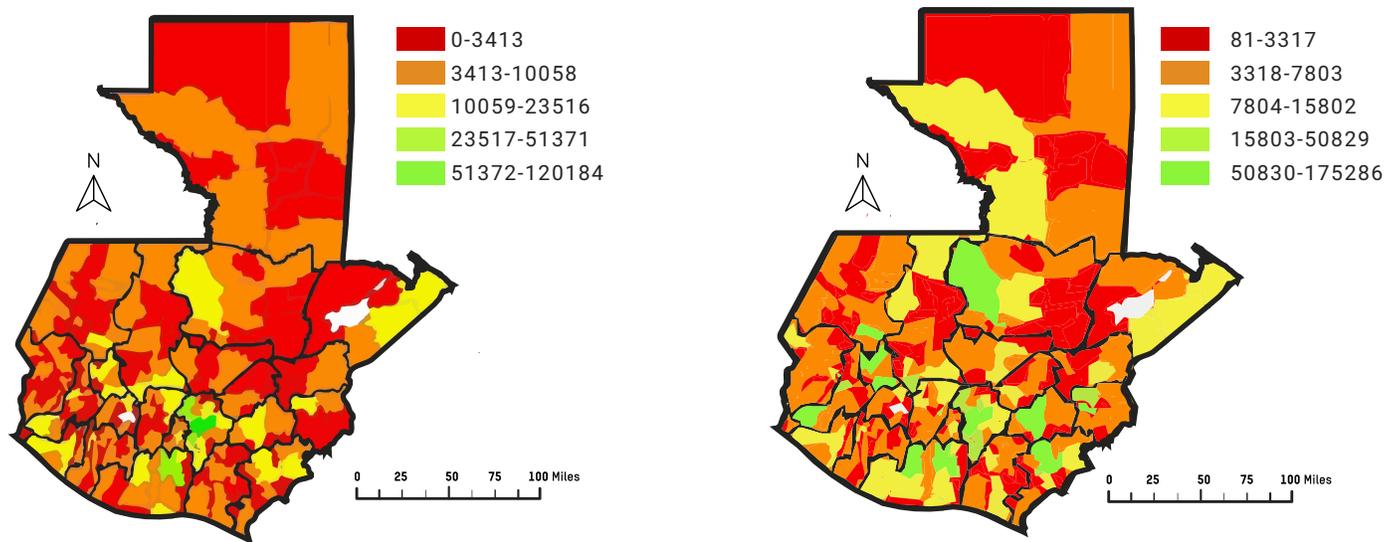
“En cuanto al primer informe de monitoreo participativo del “bono familia” (Paraíso Desigual, 2020) analizó el padrón reportado por el MIDES destacando el hecho de que, en 133 municipios, el número de hogares beneficiarios es menos de la mitad del número de viviendas en condiciones de pobreza (en 15 municipios no se había registrado ni una sola persona beneficiaria del programa Bono Familia), ubicados principalmente en el Norte y Occidente del país. Por otro lado, se registraron 19 municipios en donde el número de las personas beneficiarias del programa es más del doble (llegando hasta

el cuádruple) del número de viviendas en condiciones de pobreza; principalmente en el área central.”

La Asociación Diálogos (Asociación Diálogos, 2020) generó cuatro informes donde vincularon tanto la especialidad de análisis del presupuesto presentada por ICEFI como la identificación de beneficiarios que realizó Paraíso Desigual. Entre sus hallazgos más notables en cuanto al “bono familia” está que la primera entrega fue realizada sin las correcciones que introdujo el Decreto 22-2020. Ello implicó que, en su mayoría, la entrega del bono se concentró en municipios del área metropolitana y en la cabecera departamental de Escuintla.

Para el mes de julio 2020, cuando ya se había implementado dicho Decreto, la distribución de beneficiarios ya no estuvo concentrada en el área metropolitana, sino que fue más desconcentrada pues llegó a las cabeceras departamentales más grandes, por lo que, al menos, sus impactos se percibieron de mejor manera.

MAPA 1
DISTRIBUCIÓN MUNICIPAL DE LOS BENEFICIARIOS DEL BONO FAMILIA AL MES DE JUNIO (IZQUIERDA) Y JULIO (DERECHA)



Fuente: Asociación Diálogos.

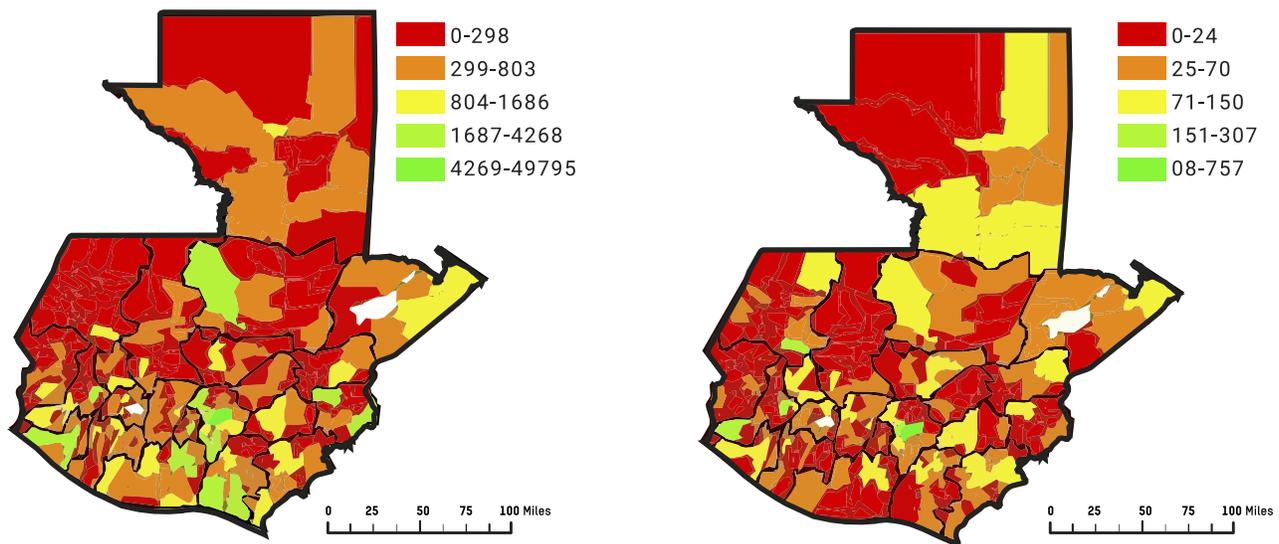
En cuanto a las entregas de alimentos, la base de datos de la Asociación Diálogos sobre beneficiarios encontró que, en el caso de MAGA, sus beneficiarios en su mayoría estuvieron concentrados en los municipios de El Estor en Izabal y Santa María Cahabón en Alta Verapaz; así como en varios municipios de Jalapa, en la cabecera departamental de Jutiapa; en el Chol y Granados en Baja Verapaz, así como en Río Bravo y San Antonio en Suchitepéquez. El resto del país, a la fecha indicada, no había sido atendido por el MAGA. En el caso de las entregas de alimentos realizadas por el MIDES, su respuesta fue un poco más ágil que la del MAGA pues logró cubrir en el departamento de San Rosa, casi todos los municipios, así como en Izabal, Zacapa, Jalapa, Baja Verapaz y Sacatepéquez.

Un ejemplo de la inacción del MAGA puede verse en lo reportado por (El Periodico, 2020) ya que en la Aldea Cahaboncito, Panzós, Alta Verapaz familias piden ayuda por pérdidas de cultivo. “Hemos tenido pérdidas no solo de cultivos, sino también de aves y cerdos que murieron por la falta de alimentación ya que no se ha podido movilizar de forma normal. Las 650 familias que conformamos esta comunidad, hemos quedado a la deriva de encontrar una forma de subsistir con la alimentación necesaria”

Los bonos de Protección del Empleo y del Fondo de Protección de Capitales fueron gestionados por el Ministerio de Trabajo y Economía (en el caso del primero) y por el Crédito Hipotecario Nacional, en el caso del segundo. Al identificar la distribución territorial de ambos programas sociales, con cifras al mes de octubre de 2020, se encontró que, en el caso del Bono de Protección del Empleo, éste quedó distribuido sobre todo en el área metropolitana del país, así como en las grandes cabeceras departamentales de Cobán, Retalhuleu, Chiquimula, Escuintla y Quetzaltenango, al igual que ocurrió con el Bono Familia; Huehuetenango, Quiché, Alta Verapaz, Petén y el norte de San Marcos fueron los que menos recibieron el Fondo de Protección del Empleo; en estos municipios, cuando mucho, unas 300 personas fueron beneficiadas.

El Fondo de Protección de Capitales tuvo una presencia aún más reducida. Únicamente los municipios de Coatepeque, Huehuetenango, Quetzaltenango y Guatemala recibieron recursos de este Fondo, para entre 308 a 757 beneficiarios; hubo municipios que tuvieron solo 24 beneficiarios. Quiché, San Marcos, Petén, Huehuetenango y Jalapa fueron los departamentos con menos beneficiarios.

MAPA 2
CANTIDAD DE BENEFICIARIOS DEL FONDO DE PROTECCIÓN DEL EMPLEO (IZQUIERDA) Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN DE CAPITALS (DERECHA) AMBOS A OCTUBRE 2020



Fuente: elaboración propia con base en Asociación Diálogos.

Si bien Guatemala implementó políticas sociales como nunca en su historia para contrarrestar los impactos de la pandemia Covid-19, lo hizo a través de instituciones debilitadas durante décadas, que carecían de instrumentos básicos tales como un registro de beneficiarios y reglamentos para su funcionamiento. Se montaron sobre la marcha, cuando la pandemia ya estaba en el proceso y comenzaba el alza de casos que se tradujo en la primera ola de COVID-19. Esto implicó, en algunos casos, retrasos en la entrega o bien errores de omisión e inclusión. También significó que recursos que estaban previstos originalmente para ser entregados en 3 meses, terminaran distribuyéndose en un lapso de 6 meses, con lo cual perdieron el sentido de oportunidad epidemiológica que también conllevaban, pues uno de los propósitos de entregar estos recursos a las personas, los hogares y las empresas, era hacer posible que las personas pudieran quedarse en su casa y reducir así, los contagios. Esa finalidad se perdió cuando la implementación de los programas de asistencia social y económica se atrasó y su entrega tomó más tiempo de lo propuesto. Ciertamente, la población beneficiada dio igualmente la bienvenida a esos recursos, pues la necesidad era grande. Sobre estos hallazgos, Asociación Diálogos (Asociación Diálogos, 2020) concluyó que la implementación de los programas de protección social en el contexto del Covid-19 se caracterizó por:

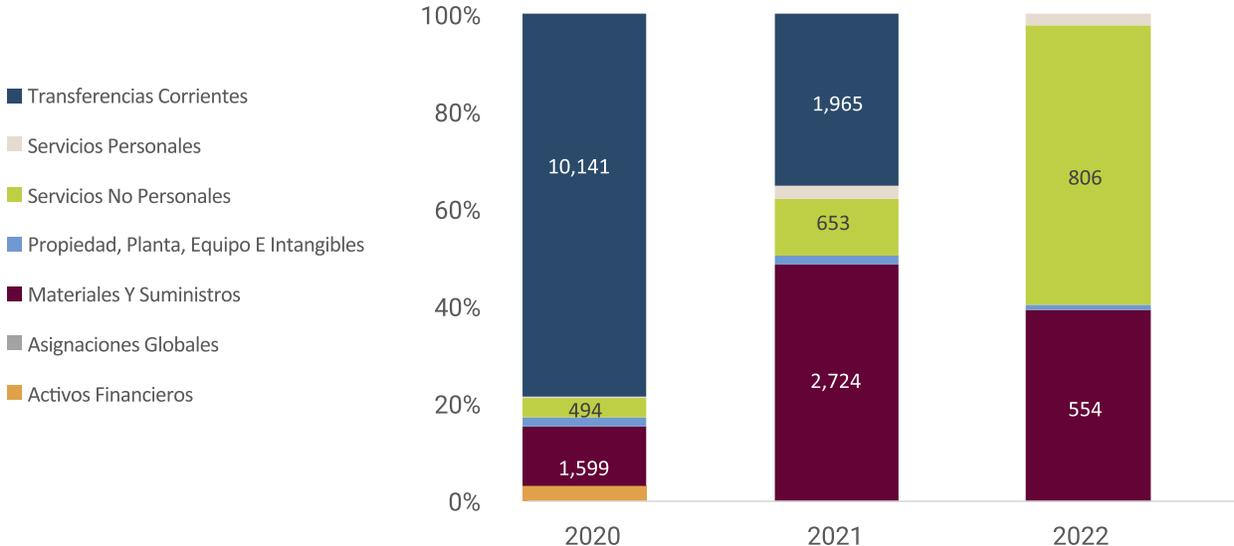
- Estar concentrados en el área metropolitana o en las ciudades secundarias más grandes.

- Llegaron a destiempo y de manera limitada en el caso de los programas de apoyo alimentario.
- En algunos municipios, el programa de alimentación escolar llegó hasta en el último bimestre del ciclo escolar.
- Los programas implementados por el Ministerio de Economía se caracterizaron por estar concentrados en población masculina, del área urbana y metropolitana, así como por una notoria opacidad en la rendición de cuentas.

En la utilización de estos recursos para enfrentar la pandemia, durante 2020 se empleó principalmente el grupo de gasto de “transferencias corrientes”, así como el de “materiales y suministros”. En 2021, éstos representaron la mitad de los recursos utilizados, seguidos siempre por las “transferencias corrientes” y “los servicios personales” empezaban a cobrar notoriedad. En 2022, estos grupos de gasto representaron casi el 40% de los recursos destinados a la pandemia por el Estado de Guatemala.

Llama poderosamente la atención el hecho de que los destinados para la propiedad, planta y equipamiento en ningún año representaron más allá del 3.0% del monto total del presupuesto destinado para la pandemia, cuando era evidente la precariedad de las instalaciones y equipos del sistema de salud en Guatemala, así como de sus escuelas públicas. Eso significó que el país perdió la oportunidad de remodelar sus instalaciones de salud y educación, pues la Administración Gubernamental, teniendo los recursos, no avanzó con estas actividades.

GRÁFICA 5
GRUPOS DE GASTO DEL PRESUPUESTO DEVENGADO DESTINADO AL COVID-19 POR AÑO (EXPRESADOS COMO PROPORCIÓN Y EN MILLONES DE QUETZALES)



Fuente: elaboración propia con base en: SICOIN Gobierno Central y Descentralizadas.

2.4. PRESUPUESTO PÚBLICO DIRIGIDO A LA PANDEMIA EN EL MSPAS E IGSS

En esta sección se examina el financiamiento y el gasto realizado específicamente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social «MSPAS», como por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social «IGSS» para la pandemia y la vacunación COVID-19. Se replican los indicadores mostrados en la sección anterior pero aquí delimitados y separados para cada una de estas instituciones del Estado.

Gasto en salud del MSPAS e IGSS para la pandemia 2020-2022

En 2020, el IGSS destinó un total de Q441.2 millones para atender a sus afiliados y beneficiarios que fuesen contagiados con Covid-19; la cifra para 2021 aumentó a los Q477.3 millones, y disminuyó para 2022 a Q290.7 millones. En el caso del MSPAS, la dinámica fue similar: aumento para el segundo año y disminución en el tercero, con montos que fueron de los Q1,223.2 millones en 2020 a Q865.5 en 2022. De esa cuenta, durante el segundo año de la pandemia, las dos instituciones más grandes en materia de salud en Guatemala destinaron en su conjunto un total de Q3,465.5 millones, equivalentes aproximadamente a USD\$450.0 millones para

atender la pandemia y la vacunación COVID-19. Se ha estimado que el monto total destinado por el IGSS, dividido entre el total de sus afiliados cotizantes, fue en promedio de: Q342.1 en 2020; Q343.8 en 2021; y Q196.4 en 2022. Para el caso del MSPAS se procedió de la misma manera, pero restando el total de afiliados al IGSS, considerando que éstos ya han tenido cobertura en el seguro social. Así el estimado per cápita por ciudadano no asegurado en el IGSS fue de Q78.6 en 2020; y aumentó hasta Q190.1 en 2021 (por la compra de vacunas), y disminuyó a Q88.3 en 2022.

Para 2020, el presupuesto devengado tanto por el MSPAS como por el IGSS exclusivamente para Covid-19 fue del 1.30% del presupuesto total del Gobierno Central, proporción que aumentó al 2.72% en 2021 y disminuyó para 2022 a 1.18%. En otras palabras, el Estado de Guatemala apenas invirtió poco más del 1.0% del total de sus recursos para proteger a la población, atender a los enfermos y vacunar contra la Covid-19.

Con respecto al PIB, el valor máximo fue del 0.52% del PIB durante 2021, lo que significa que, en el año cuando supuestamente más recursos se destinaron a la salud por parte del Estado de Guatemala, en realidad no se invirtió siquiera el 1.0% del total de su producción para garantizar la protección y atención de la población.

TABLA 4
INDICADORES SOBRE EL PRESUPUESTO PÚBLICO DIRIGIDO A LA PANDEMIA EN EL MSPAS E IGSS DURANTE 2020 AL 31 DE AGOSTO DE 2022

VARIABLE	2020	2021	2022
Presupuesto devengado para Covid-19 en el Instituto Guatemalteco De Seguridad Social (IGSS)	441.2	477.3	290.3
Presupuesto devengado para Covid-19 en el Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social	1,223.2	2,988.2	1,401.5
Total, gasto en salud Covid-19	1,664.4	3,465.5	1,691.8
Afiliados cotizantes al seguro social	1,289,882	1,388,248	1,478,383
Per cápita en el seguro social	342.1	343.8	196.4
Población Guatemala	16,858,333	17,109,746	17,357,886
Población Guatemala - afiliados IGSS	15,568,451	15,721,498	15,879,503
Per cápita MSPAS	78.6	190.1	88.3
Gasto público descentralizadas	31,893.0	34,209.2	35,364.9
Gasto público Administración Central	96,625.4	93,005.7	108,593.1
Gasto público Gobierno Central	128,518.4	127,214.9	143,958.0
Producto interno bruto	599,400.7	665,048.2	718,099.3
Gasto en salud relacionado al COVID como porcentaje gasto público	1.30%	2.72%	1.18%
Gasto en salud relacionado al COVID como porcentaje del PIB	0.28%	0.52%	0.24%

Fuente: elaboración propia con base en: SICOIN Gobierno Central y Descentralizadas, Banguat e INE

Ambas entidades lograron utilizar más su presupuesto en servicios personales durante 2020 que en 2021, muy probablemente porque en el segundo año de la pandemia hubo más recursos disponibles; Sin embargo, sus procesos de contratación fueron lentos y no lograron la contratación total de personal.

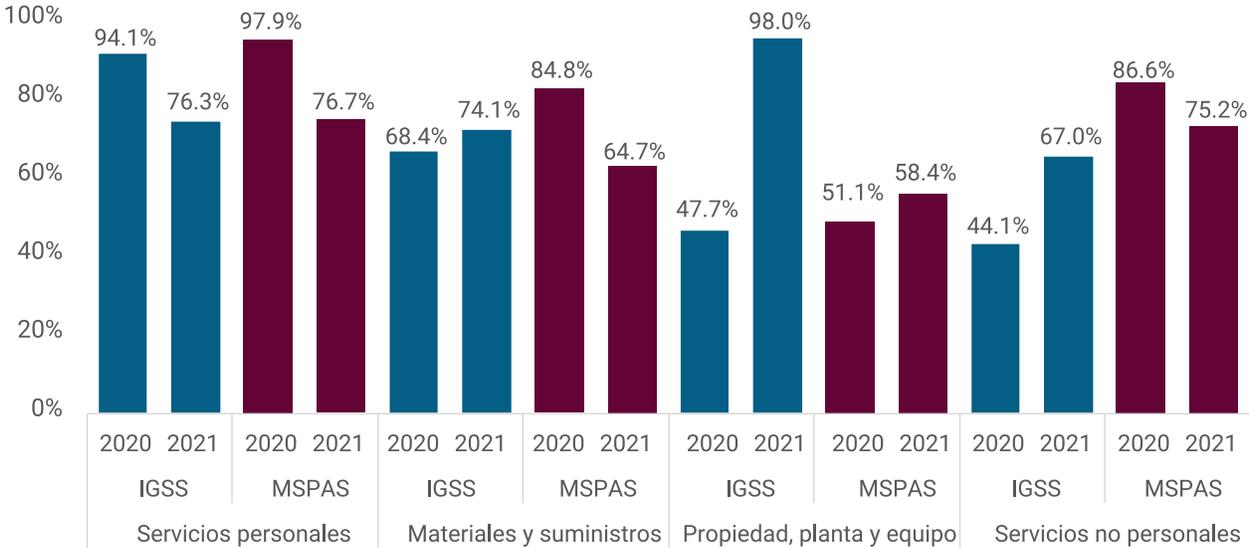
En cuando a materiales y suministros, ambas entidades lograron utilizar una menor proporción de su presupuesto en este grupo de gasto que en servicios personales. En el caso del IGSS, se logró aumentar esa utilización en 2021 con respecto a 2020; en contraste, en el MSPAS esa ejecución fue menor en 2021.

En el grupo de gasto de propiedad, planta y equipo es donde menos lograron utilizar el presupuesto

ambas entidades. Durante 2020, el IGSS únicamente utilizó el 47.7% de los recursos destinados a esta finalidad, en comparación con el 51.1% de ejecución que tuvo el MSPAS ese año. En 2021, el MSPAS apenas logró el 58.4% de ejecución, mientras que el IGSS si logró ejecutar casi la totalidad de recursos para infraestructura y equipamiento.

Con respecto a los servicios no personales, es evidente que el IGSS tiene más complicaciones para utilizar los recursos destinados a este tipo de contrataciones que el MSPAS. Este hallazgo muestra que es necesaria tanto una modificación a la Ley de Compras y Contrataciones, específicamente para el tema de salud, pero también un fortalecimiento de las unidades ejecutoras y de su personal para mejorar la utilización de los recursos públicos.

GRÁFICA 6
TASA DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO POR GRUPO DE GASTO Y ENTIDAD DURANTE 2020 Y 2021



Fuente: elaboración propia con base en: SICDIN Gobierno Central y Descentralizadas

Las fuentes de financiamiento del presupuesto público para salud -MSPAS e IGSS- para la pandemia El Estado guatemalteco posee varias fuentes de financiamiento para responder a los retos que la coyuntura le va planteando. Están divididas en financiamiento interno que son los impuestos más la colocación de deuda interna y en financiamiento externo que es la colocación de bonos o la contratación de préstamos con Organismos Internacionales. En el caso particular del MSPAS como en el IGSS para atender la pandemia, fueron las

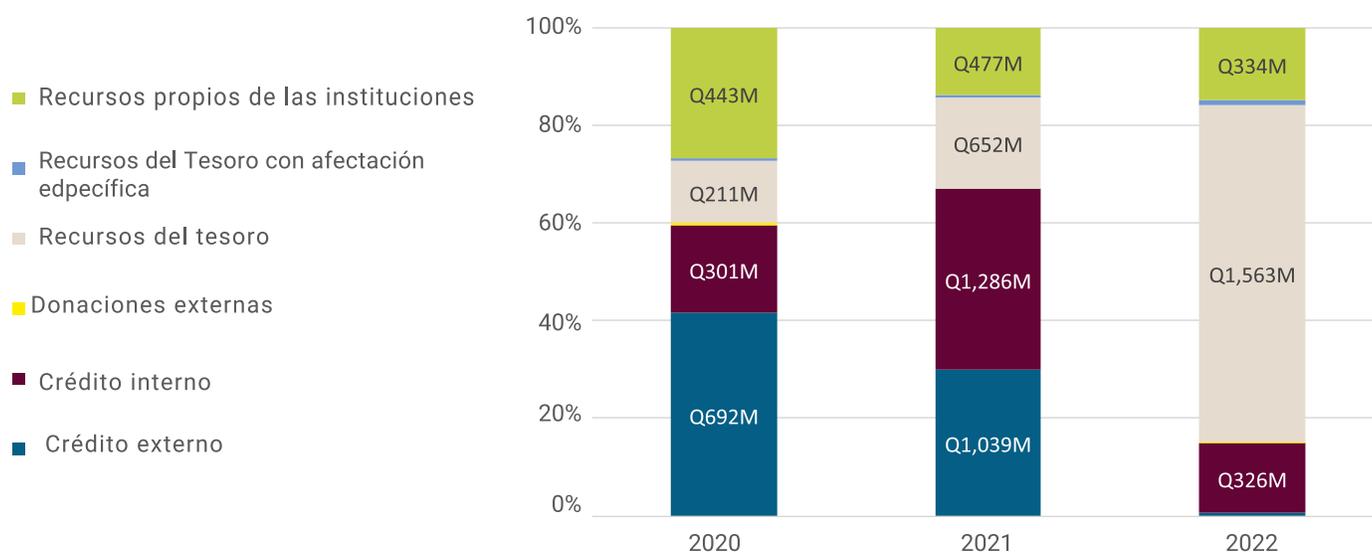
siguientes: En el año 2020, en el MSPAS, la mayoría de los recursos provinieron de la contratación de préstamos externos, y en el caso del IGSS, se usaron sus ingresos propios. Fue menor la proporción que le correspondió a salud de los recursos del tesoro (impuestos) y del endeudamiento interno, fuente que, para 2021, representó casi el 40% del financiamiento para ambas entidades. El crédito externo fue muy importante pero ya no por contratación de préstamos, sino por colocación de bonos en el exterior y, desde luego, los recursos

del tesoro que, aunados a los ingresos propios de las entidades, aportaron una menor proporción al financiamiento total de las instituciones.

En 2022, las fuentes de financiamiento público para la salud cambiaron pues ya no había fuente de crédito externo (ni préstamos ni bonos), por lo que explica casi la totalidad del financiamiento para enfrentar la pandemia en estas dos instituciones son los recursos del tesoro, con 69.5% del financiamiento total en este año. Debe tomarse en consideración

que esto significa que la respuesta a la pandemia durante 2022 estuvo determinada por los niveles y ritmo de la recaudación tributaria con la implicación de que, si la recaudación aumenta, habrá para respuesta a la pandemia, si no, no. A pesar de la advertencia anterior debe reconocerse que, de acuerdo con datos de la Administración Tributaria, los resultados de la recaudación de impuestos al 31 de diciembre de 2022 presentan un crecimiento interanual del 13.3% comparado con la recaudación acumulada al mes de diciembre 2021.

GRÁFICA 7
ESTRUCTURA DE LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL PRESUPUESTO DESTINADO A LA PANDEMIA EN EL MSPAS E IGSS DURANTE 2020 A 2022



Fuente: elaboración propia con base en: SICOIN Gobierno Central y Descentralizadas. 2020 y 2021 se refiere a presupuesto devengado y 2022 se refiere a presupuesto vigente.

Destino del gasto ejecutado en el MSPAS e IGSS para la pandemia y la vacunación

En el caso del IGSS, la mayoría de los recursos ejecutados durante el 2020 fueron destinados a la atención de la pandemia propiamente dicha; esto era, básicamente, prevención, comunicación y atención de pacientes, para lo cual destinó un total de Q441.1 millones ese año, de los cuales ejecutó apenas el 59.0%. Este monto disminuyó en 2022 a Q105.0 millones. Otra de las importantes actividades en las cuales el IGSS utilizó sus recursos fue en el cumplimiento de la Ley de Emergencia Nacional, por la cual se gastó Q126.1 millones durante 2021, lo que equivalía al 59.6% de ejecución presupuestaria, es decir, de una Ley de Emergencia,

el IGSS dejó de utilizar ese año un total de Q85.2 millones; mientras que para 2022 se utilizó el 89.1% del total de recursos disponibles para ese fin.

Por último, es de hacer notar que el IGSS durante 2021 destinó Q31.0 millones para la vacunación y Q31.4 durante 2022, habiendo utilizado el 99.6% y 100% respectivamente para esta actividad en cada año.

En lo que respecta al MSPAS, durante 2020 se utilizaron Q1,223.18 millones en prevención, comunicación y atención a la ciudadanía contagiada por la Covid-19, con una tasa de ejecución del 78.1%; en 2021, la ejecución fue de 88.2% lo que es equivalente a devengar Q921.3 millones. Esta

actividad desaparece en 2022 y cambia su nombre a “servicios de prevención y tratamiento de Covid-19” la cual al mes de diciembre de ese año tuvo un presupuesto ejecutado de Q1,218.7 millones de un total de Q1,317.3, para una tasa de ejecución del 79.5%.

Es de hacer hincapié en el hecho de que para 2021 tanto el IGSS como el MSPAS contaron con la Ley de Emergencia Nacional para atender a la población afectada con Covid-19 y el MSPAS para ese año tuvo un presupuesto vigente por esta ley de Q1,895.2 millones, de los cuales únicamente pudo

utilizar Q1,051.52 para una ejecución del 55.4%. Por último, también el MSPAS utilizó sus recursos en la adquisición de vacuna contra el Covid-19 contando con un presupuesto vigente de Q1,500.0 millones en 2021, de los cuales solo utilizó el 67.6% ese año (Q1,015.3 millones), mientras que, en 2022, utilizó Q182.3 millones para la compra de la vacuna. Esto explica, en parte, el lento avance de la vacunación en Guatemala, pero, sobre todo, la alta dependencia de la donación de vacunas por parte de países amigos de Guatemala (Reina, C., Chávez, O., y K. Slowing, K. 2023).

TABLA 5
PRESUPUESTO DEVENGADO DIRIGIDO A LA PANDEMIA, CLASIFICADO POR ACTIVIDAD Y AÑO EN EL MSPAS E IGSS

ENTIDAD / ACTIVIDAD	2020	2021	2022
Instituto Guatemalteco De Seguridad Social (IGSS)	441.15	477.33	290.22
Intervenciones Realizadas Para La Atención Por La Emergencia Covid-19	441.15	320.08	193.50
Intervenciones Realizadas Para La Atención Por La Emergencia Covid-19 (Ley De Emergencia Nacional)	-	126.16	65.30
Vacuna Covid-19	-	31.09	31.42
Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social	1,223.18	2,988.15	1,401.07
Intervenciones Realizadas Para La Atención Por La Emergencia Covid-19	1,223.18	921.33	-
Intervenciones Realizadas Para La Atención Por La Emergencia Covid-19 (Ley De Emergencia Nacional)	-	1,051.52	-
Servicios De Prevención Y Tratamiento De Covid-19	-	-	1,218.70
Vacuna Covid-19	-	1,015.31	182.37
Total	1,664.42	3,465.48	1,691.29

Fuente: elaboración propia con base en: SICOIN Gobierno Central y Descentralizadas. 2020 y 2021 se refiere a presupuesto devengado y 2022 se refiere a presupuesto vigente.

Al estudiar la ejecución del presupuesto, pero por grupo de gasto, se observa que existen importantes diferencias entre ambas entidades. Por ejemplo, mientras el IGSS utilizó durante 2020 a 2022 casi el 60% de los recursos destinados para “materiales y suministros”, en el MSPAS, durante el primer año solo se usó el 55.2%, en 2021, el 73.3% durante 2021 y en 2022, el 38.3% de los recursos asignados a este grupo de gasto. Otra importante diferencia es que, en el IGSS, la proporción de recursos utilizados en “propiedad, planta y equipo” fue levemente inferior

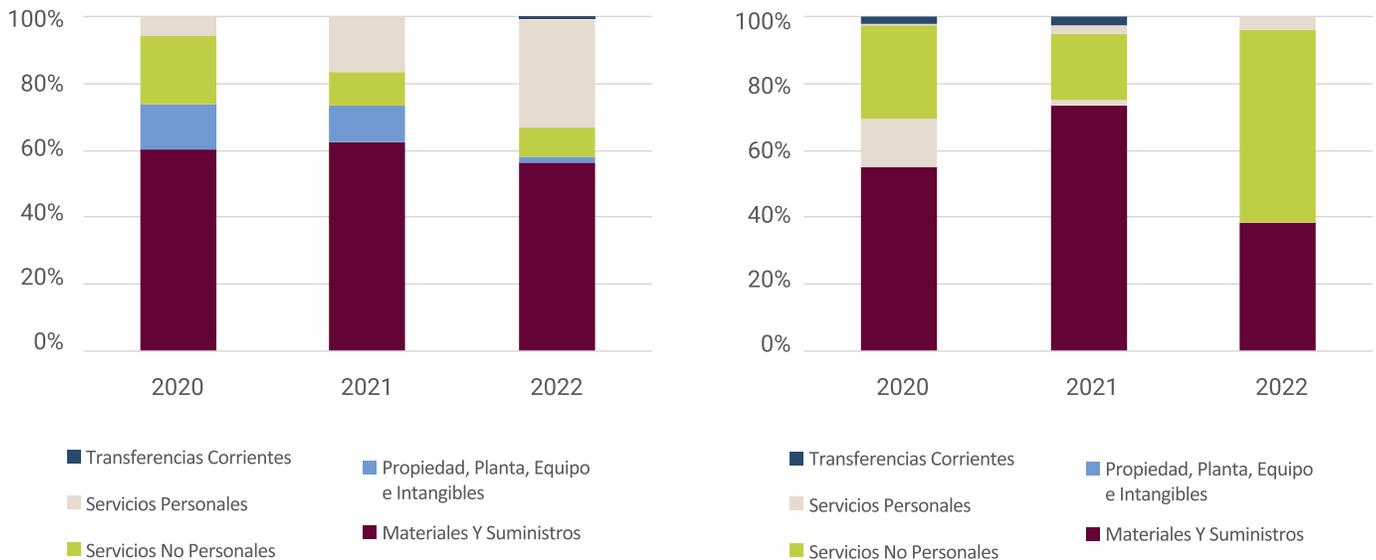
que en el MSPAS durante 2020 (13.5% y 14.2% del total respectivamente), pero para 2021, hubo una notable diferencia pues el IGSS destinó el 10.7% de sus recursos para este grupo de gasto mientras que el MSPAS únicamente el 1.8%. Para 2022 el patrón de comportamiento es similar.

Es evidente que el IGSS destinó más recursos para la contratación de servicios personales, los cuales para 2022, llegaron a representar el 32.3% del total, mientras que, en el MSPAS, en ningún año

superaron el 4.0% del total de gastos en actividades para pandemia. Por el contrario, el MSPAS cada año aumentó sus erogaciones en servicios no personales, lo que principalmente estuvo explicado

por la contratación de médicos. De hecho, en 2022 tuvo un presupuesto vigente en ese subgrupo de gasto de Q918.0 millones, de los cuales al 31 de agosto iban ejecutados un total de Q488.6 (53.22%).

GRÁFICA 8
ESTRUCTURA DEL PRESUPUESTO DIRIGIDO A LA PANDEMIA, CLASIFICADO POR GRUPO DE GASTO DURANTE 2020 A 2022 EN EL IGSS (IZQUIERDA) Y MSPAS (DERECHA)



Fuente: elaboración propia con base en: SICDIN Gobierno Central y Descentralizadas. 2021 refiere a presupuesto devengado y 2022 se refiere a presupuesto vigente.

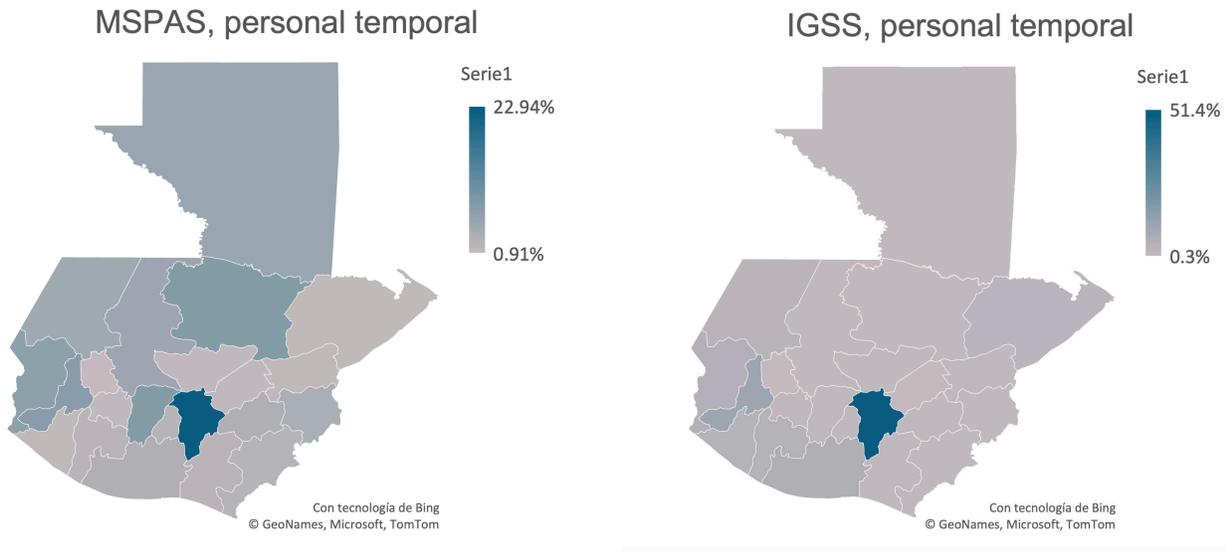
No es tan fácil establecer cómo se distribuyeron y utilizaron los recursos presupuestarios para la pandemia por ambas instituciones, pues existen compras que se realizan de forma centralizada, lo cual hace que se pierda la especificidad de la asignación de recursos a nivel territorial. No obstante, sí es posible evidenciarlo para algunos subgrupos de gasto, porque hay partidas presupuestarias vinculadas a la unidad ejecutora y ésta, está vinculada a un territorio. Una de ellas es el personal temporal contratado durante 2021 tanto en el MSPAS como IGSS, encontrándose que:

• Quetzaltenango es el segundo departamento donde más recursos erogó el IGSS para la contratación de personal temporal (11.0%), mientras que el MSPAS destinó a este departamento para este subgrupo de gasto el 7.4% de los recursos para estas contrataciones, proporción que era inferior a la registrada en el MSPAS en Chimaltenango y Alta Verapaz con 8.4% y 8.3% respectivamente.

- El MSPAS erogó durante ese año el 22.9% de su presupuesto de contratación de personal temporal en el departamento de Guatemala, mientras que el IGSS ejecutó la mitad en este departamento (51.4%), que, a diferencia del MSPAS, es donde se concentra principalmente su población afiliada.

MAPA 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PRESUPUESTO DIRIGIDO A LA PANDEMIA, ESPECÍFICAMENTE PARA PERSONAL TEMPORAL DURANTE 2021 TANTO EN EL MSPAS



Fuente: elaboración propia con base en: SICOIN Gobierno Central y Descentralizadas.

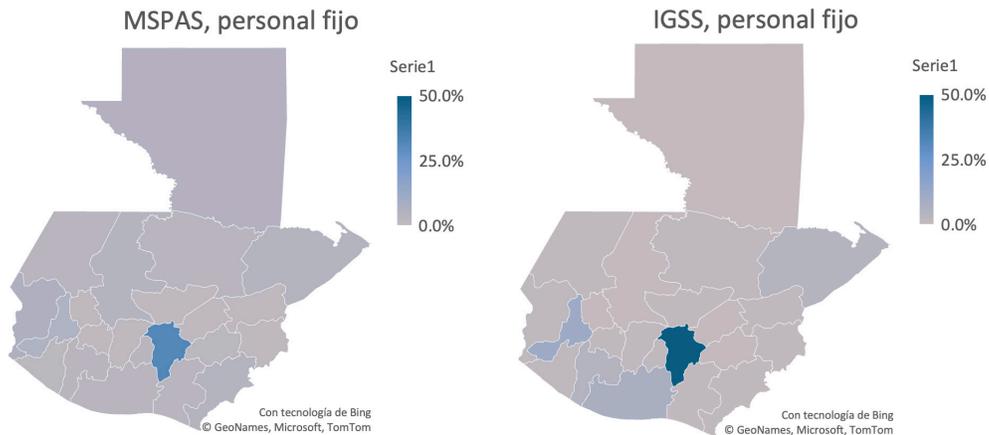
La situación anteriormente descrita también se evidencia para la contratación de recurso humano, pero en renglón fijo. Al respecto el MSPAS erogó el 32.1% del presupuesto en este subgrupo en el departamento de Guatemala durante 2021, contra el 60.5% del IGSS. También ambas instituciones en el segundo departamento que más recursos erogaron durante ese año en la contratación de personal fijo fue Quetzaltenango con 11.0% y 10.9% respectivamente; pero debe aclararse que el MSPAS también realizó considerables contrataciones en San Marcos, Suchitepéquez y Retalhuleu que en su conjunto representaron el 13.5%; mientras que el

IGSS en 13 departamentos erogó el 6.3% del total de recursos para la contratación de personal fijo, lo que es un reflejo de la cobertura departamental del Seguro Social, de hecho en Guatemala está ubicado el 55.7% de las y los afiliados, mientras que en Escuintla el 9.5% y en Quetzaltenango el 4.0%, lo que suma 69.2% y el resto se encuentra distribuido en los restantes 19 departamentos de la república de Guatemala.

De hecho, los siguientes mapas dan cuenta de esa desigualdad en la distribución territorial de recursos principalmente en el IGSS, que en el MSPAS.

MAPA 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PRESUPUESTO DIRIGIDO A LA PANDEMIA, ESPECÍFICAMENTE PARA PERSONAL FIJO DURANTE 2021 TANTO EN EL MSPAS COMO IGSS



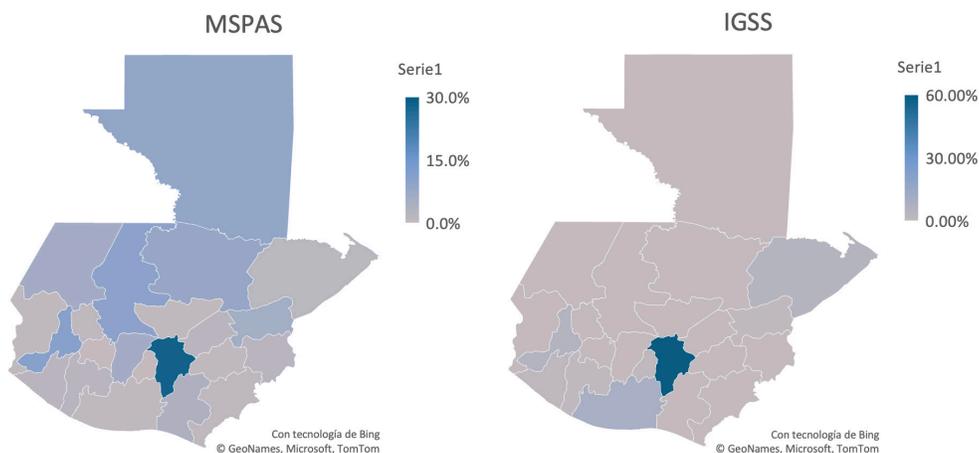
Fuente: elaboración propia con base en: SICOIN Gobierno Central y Descentralizadas.

La conclusión anterior: que el IGSS concentra excesivamente sus recursos en el departamento de Guatemala porque aquí está la mitad de sus afiliados, también hay forma de comprobarla al filtrar el presupuesto destinado para la pandemia, pero con el grupo de gasto de propiedad, planta y equipo y se obtuvo que durante 2021 el IGSS destinó el 73.0% de los recursos para el departamento de

Guatemala, además hubo 12 donde no ejecutó un solo centavo en este grupo de gasto. Por su parte, si bien el MSPAS también concentró estos recursos en el departamento de Guatemala fue solo el 28.2% e hizo considerables inversiones en Petén, Quiché, Alta Verapaz, Zacapa y Huehuetenango que absorbieron el 38.9% del presupuesto para propiedad, planta y equipo.

MAPA 5

DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO DIRIGIDO A LA PANDEMIA UTILIZADO DURANTE 2021 EN PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO EN EL MSPAS E IGSS



Fuente: elaboración propia con base en: SICOIN Gobierno Central y Descentralizadas.

2.5. SOBRE EL USO DE LOS RECURSOS E INSUMOS PARA RESPONDER A LA PANDEMIA

Recurso humano para la pandemia

Uno de los temas clave para describir la respuesta del Estado ante la pandemia es analizar cómo y en qué cuantía se utilizó el recurso humano.⁷ No obstante, debido a las limitaciones en el acceso a estadísticas sobre este ámbito se ha recurrido a confrontar tanto las provistas por la Oficina Nacional del Servicio Civil «ONSEC» y lo encontrado en el XII Censo Nacional de Población de 2018 como una línea de base para conocer ¿cuál era la capacidad de respuesta del Estado ante la pandemia? En materia del recurso humano contratado para el sector salud. El Censo revela que al año 2018 un total de 76,840 personas laboraban en el sector salud de las cuales un 62.0% eran mujeres. A nivel departamental esta proporción llegó hasta el 72.3% en el caso de Totonicapán, 62.6% en Guatemala, y fue menor en Alta Verapaz con 50.5%. Las mujeres fueron quienes durante la pandemia laboraron en actividades más riesgosas para su salud y las de su familia, y cómo lo ha indicado la (Comisión Económica para América Latina «CEPAL», 2022):

“La presión sobre los sistemas sanitarios afecta a las trabajadoras de la salud, exponiéndolas al virus y a la sobrecarga laboral [...] El sector de la salud, además de ser fundamental para el cuidado de la vida, es un sector altamente feminizado [...] La baja inversión en este sector incide fuertemente en las condiciones de trabajo”

De hecho, en la más reciente encuesta nacional de empleo e ingresos «ENEI» (Instituto Nacional de Estadística «INE», 2022) se encontró que en promedio las mujeres obtuvieron un sueldo promedio de Q4,202 contra Q4,396 de los hombres. Cuando la desagregación considera además

⁷ Es de aclarar que al momento de realizar esta versión del documento aún no existe respuesta del MSPAS a la solicitud realizada a través de la Ley de Acceso a la Información Pública en la cual detallen la cantidad de recurso humano contratado en respuesta a la pandemia por unidad ejecutora y renglón de contratación.

aquellas que trabajan en el sector privado, la brecha es mucho mayor; puesto que las mujeres en promedio devengan un salario de Q3,515 y los hombres de Q4,854. Es decir, las mujeres no solo han estado más expuestas al virus, sino que también han percibido menores remuneraciones.

Luego de esta importante observación sobre la feminización del trabajo en el sector salud debe recordarse la cifra citada con anterioridad: para 2018 en Guatemala un total de 76,840 personas se encontraban empleadas en el sector salud, de ellas: 33,913 en el sector público equivalente a un 44.1%, el resto se encontraba empleado: 25,379 en el sector privado, 12,879 como autoempleo en el referido sector y 4,669 no especificaron su categoría ocupacional. En resumen, el empleador más grande en materia de salud es el Estado, seguido del privado y los autónomos.

¿Cómo saber si ese stock de recurso humano que trabaja en el sector salud es suficiente para afrontar una pandemia? Con la finalidad de aportar a esa respuesta se procedió a dividir ese total dentro la proyección de población que hay a nivel municipal y se estableció una tasa por cada 10 mil habitantes. En promedio, el país reporta un total de 46 personal médico por cada 10 mil habitantes. Los resultados muestran que los 12 municipios con más personal médico están entre 100 y 150 personal médico por cada diez mil habitantes, y están en el área metropolitana del país: Guatemala, Mixco, Fraijanes; así como en las principales cabeceras departamentales o municipios con bajos niveles de pobreza y principalmente urbanos como Quetzaltenango, San Marcos, Huehuetenango, y Antigua Guatemala. En un valor medio se situaron siempre, cabeceras departamentales como Flores en Petén, Zacapa en Zacapa y Puerto Barrios en Izabal; por el contrario, el resto del país mostró valores una tasa de muy baja de recurso humano que trabaja en el sector salud por cada diez mil habitantes. Por ejemplo, en San Mateo Ixtatán y Santa Bárbara en Huehuetenango (así como otros municipios de Huehuetenango, Quiché, Totonicapán y Sololá principalmente) solamente reportan entre 5 y 10 profesionales de la salud para atender a 10 mil habitantes cada uno. Por su parte, en Chisec y Panzós en Alta Verapaz duplicaban esta tasa a 10,

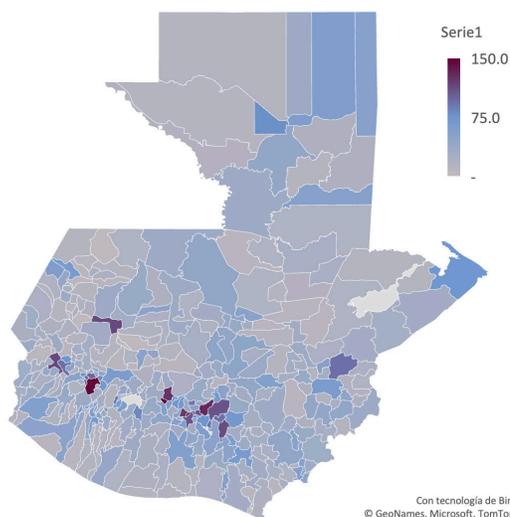
pero aún estaban muy lejos del estándar fijado por la Organización Mundial de la Salud «OMS» la cual recomienda 23 médicos y enfermeras por cada diez mil habitantes.⁸

133 de 340 municipios están por debajo del parámetro establecido por OMS, considerando empleados del sector público, privado y autoempleo. Si se considera únicamente a los empleados en el sector público de salud, resulta que en 244 de los 340 municipios no se alcanza el referido estándar. En el Mapa 7 (abajo), los municipios en amarillo son aquellos que rebasan el estándar fijado por la OMS para el personal de salud, es decir: 23 por cada diez mil habitante. Los municipios marcados en corinto son aquellos donde no se alcanza ese estándar.

Nótese por ejemplo que las áreas más pobres del país: como el norte y sur de Huehuetenango, la zona del Polochic en Alta Verapaz e Izabal, así como el área Chortí en Zacapa y Chiquimula no alcanzan ese estándar; por el contrario, todas las cabeceras departamentales lo alcanzan, lo que evidencia que la inoportuna distribución del recurso humano del sector público amplía las desigualdades en el país.

⁸ Mayor especificación ver en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10947:2015-pahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

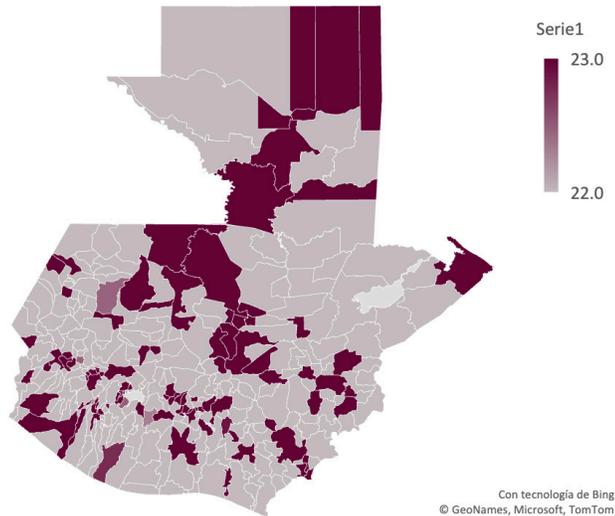
MAPA 6
TASA DE RECURSO HUMANO POR CADA 10 MIL HABITANTES QUE TRABAJABA EN EL SECTOR SALUD



Fuente: elaboración propia con base en censo 2018 y proyecciones de población.

MAPA 7

TASA DE RECURSO HUMANO POR CADA DIEZ MIL HABITANTES A NIVEL MUNICIPAL PARA 2018 QUE REBASA Y QUE NO REBASA EL ESTÁNDAR ESTABLECIDO POR LA OMS.



Fuente: elaboración propia con base en censo 2018 y proyecciones de población.

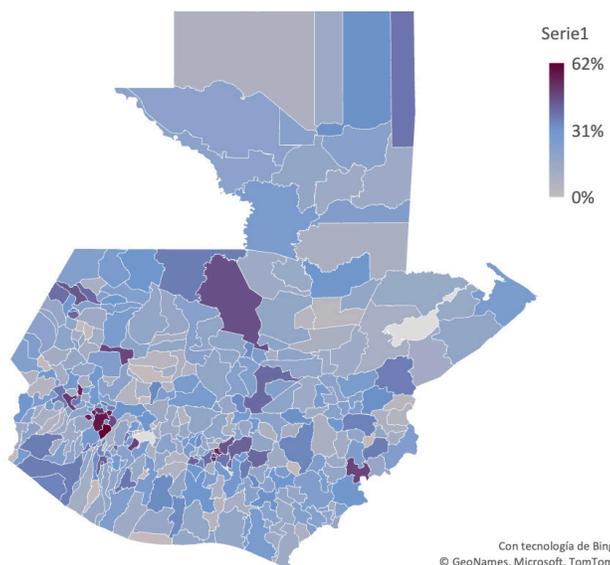
Si bien un tema es la cantidad de recurso humano empleado en el sector salud y otro es su calificación. El Censo 2018 permite identificar que el 53.2% tiene formación de nivel medio, 31.1% de licenciatura, únicamente 6.0% de maestría y 3.9% doctorado. También se registra un 5.5% del recurso humano con nivel de educación primaria. Debe aclararse que estos datos son para las tres categorías ocupacionales indicadas: público, privado y cuenta propia.

Con la base de datos del censo se aplicaron filtros para conocer únicamente el total de personas empleadas en actividades relacionadas con la salud en el sector público y que a su vez tuvieran grado universitario de licenciatura. Los resultados muestran que, si bien se continúa con el patrón de predominio de este

tipo de personal en el área metropolitana del país y en cabeceras departamentales, también sucedió que otros municipios que no son muy relevantes en el ámbito económico o político como por ejemplo Zunil en Quetzaltenango el 62% del personal médico tiene grado universitario, proporción muy similar a la de Río Blanco en San Marcos con 55% o bien Santa Catarina Mita en Jutiapa con 47%.

Sin embargo, lamentablemente a las áreas más pobres del país como el Polochic y el área Chortí, así como el norte de Petén, no les afecta únicamente la escasez de recurso humano especializado en salud, sino que también la baja cualificación que éste pueda tener al momento de recibir un nombramiento de trabajo en esas áreas.

MAPA 8
PORCENTAJE DEL RECURSO HUMANO CONTRATADO EN EL SECTOR PÚBLICO EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD Y QUE TENÍAN NIVEL ACADÉMICO DE LICENCIATURA.



Fuente: elaboración propia con base en censo 2018 y proyecciones de población.

Por último, se revisaron las estadísticas de la Oficina Nacional del Servicio Civil «ONSEC» con respecto al MSPAS y las del Instituto Guatemalteco de Seguro Social «IGSS», teniendo como hallazgos que ambas instituciones aumentaron sus contrataciones de personal entre 2019 a 2021, principalmente con motivo de la pandemia. Por ejemplo, en el MSPAS

el personal contratado creció un 3.9%, mientras que en el IGSS fue un 11.4%. El dato del MSPAS no incluye al subgrupo 18 que es donde principalmente se contrató a las y los médicos especialistas; esto debido a las restricciones de información de la ONSEC y del MSPAS. Por ende, el dato para el MSPAS es incompleto.

TABLA 6
CANTIDAD DE RECURSO HUMANO EMPLEADO EN EL MSPAS E IGSS POR AÑO

INSTITUCIÓN	2019	2020	2021
MSPAS	25,089	26,103	26,072
IGSS	19,627	19,913	21,869
Total	44,716	46,016	47,941

Fuente: elaboración propia con base en ONSEC e IGSS.

Dichas restricciones no son específicas de estas dos instituciones porque si bien el IGSS provee el total de recurso humano contratado, no especifica los renglones de contratación como si lo hace el MSPAS; lo cual se puede apreciar en el siguiente cuadro que excluye al subgrupo 18 (contratación de médicos), en ella se evidencia que en el renglón 011 (contratación permanente) se incrementó la cantidad de recurso humano hasta octubre de 2022, puesto que en el período más difícil de la pandemia: 2020 y 2021 no tuvo incrementos (cuando más se necesitaba).

Por otra parte, puede notarse también que en renglón 021 hubo un pequeño incremento hasta junio de 2021, de 159 personas, y para octubre 2022 (fecha

más reciente de la cual se dispone de información) son 128 personas más las contratadas bajo este renglón, respecto marzo 2020.

En lo que respecta al renglón 029, se pone de manifiesto la ambivalencia con la cual se gerencian estas contrataciones. Para marzo de 2020 se registró la contratación de 2058 personas bajo este renglón, cuando a diciembre de 2019 eran 1,351; pero en junio de 2021 solamente habían contratadas 1,207; nótese pues la inconsistencia en esta modalidad de contratación en el Estado la cual ha sido muy cuestionada y para octubre de 2022 se registra un total de 2,265 en este renglón.

TABLA 7
CANTIDAD DE RECURSO HUMANO CONTRATADO POR EL MSPAS POR SEMESTRE ENTRE 2019 A 2022 (EXCLUYE GRUPO 18)

RENGLÓN	2019	MAR-20	DIC-20	JUN-21	DIC-21	JUN-22	OCT-22
Renglón 011	23,651	24,622	24,266	23,869	23,697	23,968	25,660
Renglón 022	81	7	7	6	6	6	6
022 temporal	6	82	82	79	86	90	86
Renglón 021		1,738	1,747	1,906	38	1,881	1,866
Renglón 029	1,351	2,058	1	1,207	2,245	2,247	2,265
Total	25,089	28,507	26,103	27,067	26,072	28,192	29,883

Fuente: elaboración propia con base en ONSEC.

Insumos médicos

Para la realización de esta sección se recurrió a construir una base de datos a través del Sistema Informático de Gestión «SIGES» para el MSPAS dando monitoreo a los insumos que se adquirieron durante el período de la pandemia; posteriormente, se procedió a filtrar únicamente los más relevantes, siendo estos: acetaminofén, ácido acetilsalicílico, amoxicilina, amoxicilina + ácido clavulánico, clorfenamina, ivermectina⁹, mascarillas KN-95, loratadina, oxígeno, prueba Covid, tocilizumab, traje para atender pacientes, vacuna contra Covid-19,

vitamina C, vitamina D y zinc. En la siguiente tabla se muestra el total adquirido en cada uno de ellos por año, incluyendo 2022 hasta septiembre.

En principio se puede indicar que con excepción de la vacuna; el oxígeno, la prueba contra el Covid-19 y los trajes médicos representaron el 77.9% del total de gastos en estos insumos clave y también es de reconocer que un 14.8% se erogó durante 2020, 73.5% durante 2021 y 11.7% en 2022.

⁹ Este no es un insumo clave, pero ha sido incluido para su análisis dado que fue promovido por el Presidente de la República.

TABLA 8

MONTO EROGADO POR EL MSPAS EN INSUMOS CLAVE FRENTE AL COVID-19 POR AÑO. (2022 CONTIENE INFORMACIÓN HASTA SEPTIEMBRE) CIFRAS EN MILLONES DE QUETZALES

INSUMO	2020	2021	2022	TOTAL
Vacunas	-	1,014.8	149.5	1,164.3
Oxígeno	105.9	283.9	83.4	473.2
Pruebas para Covid-19	94.5	242.0	21.3	357.8
Trajes de protección	73.6	136.7	8.6	218.9
KN-95	28.8	40.5	2.2	71.4
Acetaminofén	18.2	34.0	14.9	67.0
Tocilizumab	24.2	32.4	1.5	58.1
Amoxicilina	8.0	6.5	3.1	17.5
Amoxicilina +Acido Clavulánico	5.5	7.7	2.8	15.9
Vitamina C	0.8	9.3	1.5	11.6
Clorfenamina	4.0	5.0	2.6	11.6
Zinc	2.0	8.1	1.4	11.6
Vitamina D	2.5	7.2	0.8	10.5
Ácido Acetilsalicílico	0.2	9.7	0.5	10.3
Loratadina	1.5	4.1	1.2	6.7
Ivermectina	1.3	3.9	0.1	5.3
Total	370.9	1,845.9	295.1	2,511.9

Fuente: elaboración propia con base en SIGES.

Uso de otros programas presupuestarios para registrar gastos COVID-19

Es complicado darles seguimiento a los flujos presupuestarios destinados al Covid-19 porque durante 2020, el 23.3% de los gastos se registraron en programas fuera del destinado para contabilizar las compras relacionadas con la pandemia: “programa 94: calamidades públicas”. Una parte de los insumos fueron adquiridos y contabilizados en otros programas. Por ejemplo: durante 2020 casi la mitad del oxígeno fue comprado a través del programa de “recuperación de la salud” e inclusive se registraron compras de ivermectina durante 2021 y 2022 en el programa de “prevención de la desnutrición crónica”. Así surge la pregunta si las niñas y niños menores de cinco años estuvieron recibiendo este medicamento como desparasitante, puesto que no es recomendado por la OMS para la COVID-19. SE asume lo primero, puesto que fue contabilizado en la actividad: atención por infección respiratoria aguda a niña y niño menor de cinco años.

Aunque también debe considerarse que si bien varios programas del MSPAS contabilizaron insumos clave relativos al abordaje de la pandemia, se reconoce que aparte del programa de calamidades públicas, que era donde por instrucción se tenían que registrar estas compas, el segundo más utilizado fue recuperación de la salud, que es un programa genérico que hace mención a actividades como la atención médica por enfermedades transmisibles, no transmisibles, accidentes y violencia, recuperación y diagnóstico de la salud. En mayor detalle estas contabilizaciones se muestran en la siguiente tabla.

TABLA 9

MILLONES DE QUETZALES DESTINADOS A LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA ENFRENTAR LA PANDEMIA POR AÑO (2022 CONTIENE INFORMACIÓN HASTA SEPTIEMBRE)

PROGRAMA	2020	2021	2022	TOTAL
Administración institucional	2.0	5.7	0.0	7.7
Fomento de la salud y medicina preventiva	2.0	1.8	0.2	4.0
Servicio de formación del recurso humano	0.0	0.1	0.0	0.2
Recuperación de la salud	69.8	138.4	85.7	293.8
Prevención de la mortalidad de la niñez y de la desnutrición crónica	7.2	7.5	7.6	22.3
Prevención de la mortalidad materna y neonatal	2.8	7.1	3.8	13.7
Prevención y control de la tuberculosis	1.0	1.6	0.7	3.3
Vectoriales y Zoonóticas	0.1	0.1	0.1	0.4
Prevención y control ITS, VIH/ SIDA	1.5	2.1	1.1	4.8
Calamidades públicas	284.4	1,681.6	193.4	2,159.5
Actividades comunes Prog (14,15,16,17 y 18)	-	-	2.4	2.4
Total	370.9	1,845.9	295.1	2,511.9

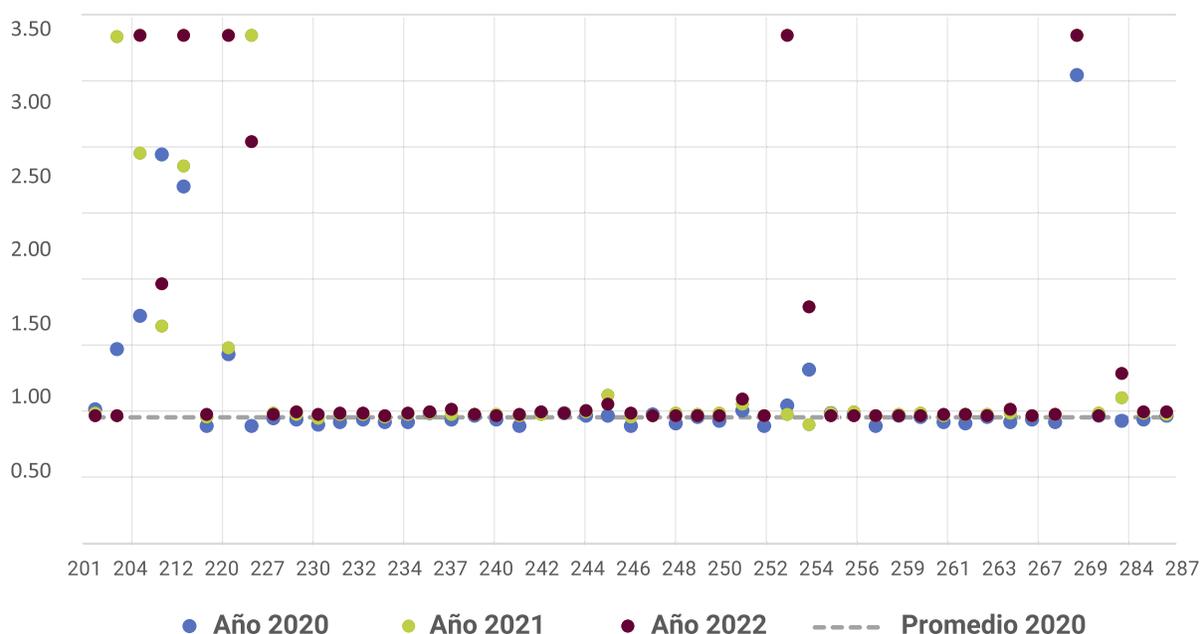
Fuente: elaboración propia con base en SIGES.

No obstante, más allá de que se haya distribuido ivermectina en un programa para menores de cinco años o de contabilizaciones en otros programas que no correspondían al de la pandemia, corresponde analizar también la dispersión en los precios medios de estos insumos clave para afrontar el Covid-19.

A continuación se presenta un análisis en esta temática con respecto a compras de oxígeno, pruebas contra el Covid-19, trajes médicos y mascarillas KN-95.

GRÁFICA 9

PRECIO DE ADQUISICIÓN DEL OXÍGENO EN UNIDAD POR PIE CÚBICO DURANTE 2020 A 2022 POR UNIDAD EJECUTORA



Fuente: elaboración propia con base en SIGES.

Con respecto de la unidad de oxígeno por pie cúbico se sabe que el precio promedio para 2020 fue de Q0.86 y para 2021 y 2022 de Q0.88, no obstante, nótese en la gráfica anterior que hubo unidades ejecutoras que tuvieron adquisiciones muy encima de dichos valores, por ejemplo: la Dirección de Área de Salud de Guatemala Noroccidente durante 2020 lo adquirió a Q1,32 y en 2021 el precio de adquisición fue de Q3.44 y para 2022 bajó a estar en parámetros del promedio de ese año.

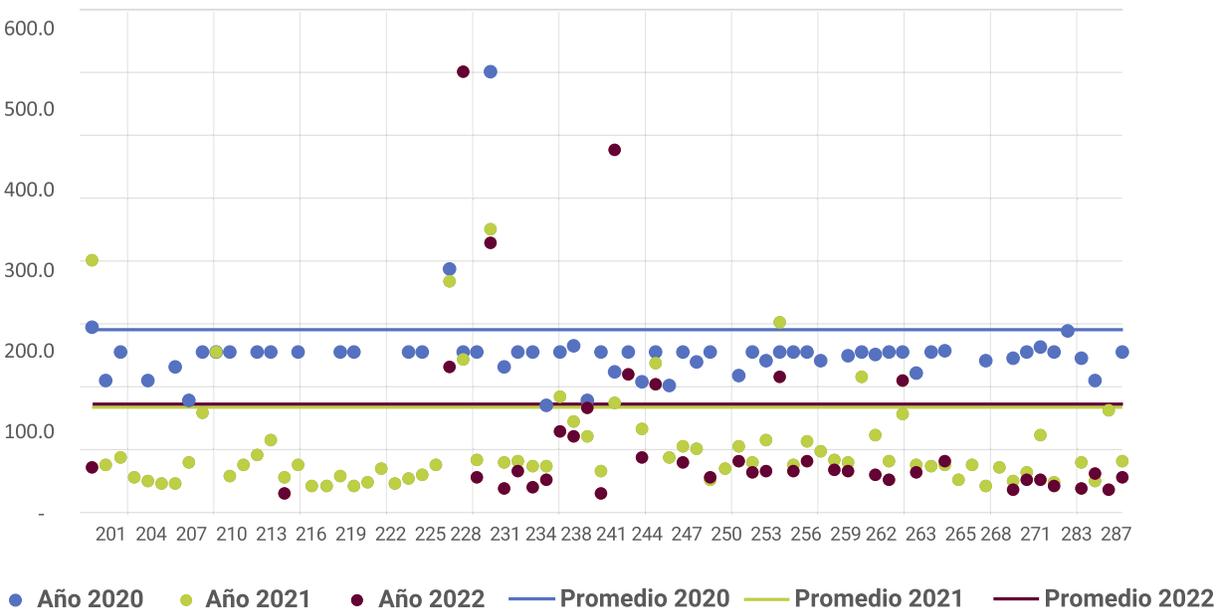
Si bien el año que muestra una menor dispersión en el precio es 2022 lo es también donde más unidades ejecutoras adquirieron el pie cúbico de oxígeno al precio más alto: Q3.45 y fueron las de la Dirección de Área de Salud de Guatemala Sur, la Dirección de Área de Salud de Quetzaltenango, así como la de Alta Verapaz, el Hospital Nacional de Salamá y el Hospital Nacional de Uspantán.

El otro tema de análisis en las adquisiciones de oxígeno es que la unidad ejecutora del Área de Salud Guatemala Sur, durante los tres años hizo adquisiciones por encima del promedio de Q0.86 siendo éstas de Q1.54, durante 2020, Q2.65 en 2021 y Q3.45 en 2022; aspecto que llama la atención

porque es injustificable que otras áreas de salud del mismo departamento (como el Hospital Roosevelt) lo adquirieron a Q0.80 (por ejemplo). Mismo patrón de comportamiento tuvieron las Áreas de Salud de Santa Rosa y de Quetzaltenango; es decir: durante los tres años compraron el oxígeno a precio muy superior al promedio con que estaban comprando sus pares.

En lo que respecta a las adquisiciones de las pruebas contra el Covid-19 se estableció que durante 2020 su precio promedio de compra fue de Q226.1, mientras que para 2021 y 2022 disminuyó a Q130.6 y Q133.8 respectivamente; sin embargo, al igual que con las adquisiciones de oxígeno hubo unidades ejecutoras que hicieron compras muy por encima del precio de referencia (el promedio) tal fue el caso del Hospital San Juan de Dios que durante 2020 las adquirió a Q301.4 y también durante 2021 compró por encima del precio promedio, específicamente a Q286.27 y Q179.53 durante 2022. Una situación similar sucedió en el Hospital Roosevelt el sobrepago fue mucho más alto ya que en 2020 este hospital las adquirió a Q545.67, durante 2021 a Q351.03 y en 2022 a Q332.77 cada una.

GRÁFICA 10
PRECIO DE ADQUISICIÓN UNITARIO DE LA UNIDAD DE PRUEBA CONTRA EL COVID-19 DURANTE 2020 A 2022 POR UNIDAD EJECUTORA, ASÍ COMO PRECIO PROMEDIO POR AÑO



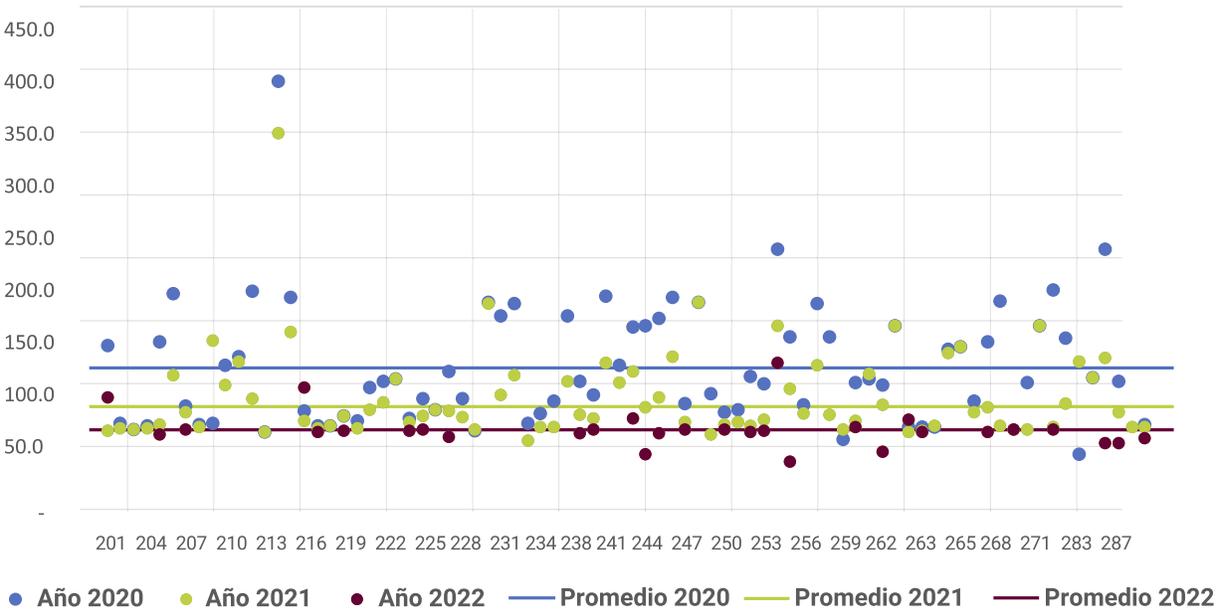
Fuente: elaboración propia con base en SIGES.

También debe enfatizarse que no únicamente en los sobreprecios podrían identificarse casos de corrupción, sino también en los precios muy bajos, hasta tres veces menos por debajo del promedio, tal es el caso de las compras de este insumo médico en las Direcciones de Áreas de Salud de Chimaltenango, Zacapa y Huehuetenango cuyo precio de adquisición durante 2021, respectivamente fue de: Q34.51, 34.82 y Q59.09; pero son las pruebas por las cuales la entonces Ministra de Salud Amelia Flores presentó una denuncia ante el Ministerio Público por ser falsas esas pruebas. “la demanda presentada, en la cual destaca la adquisición de 30.000 pruebas para detección de coronavirus que fueron compradas para utilizarse en los hospitales regionales de

Zacapa, Huehuetenango y Chimaltenango a la empresa Kron Científica e Industrial Sociedad Anónima” (Los Angeles Times, 2021).

El otro tema de análisis con la adquisición de las pruebas radica en que durante 2020 un total de 61 unidades ejecutoras compraron 369,238 pruebas, para 2021 esa cifra subió a 1.76 millones, pero en 2022 habiendo transcurrido nueve meses se registraba la adquisición de solamente 158,639 pruebas por 42 unidades ejecutoras cuando en el año previo un total de 74 unidades ejecutoras compraron pruebas. Aquí se puede evidenciar que uno de los objetivos del actual gobierno fue eliminar la pandemia a través de su no detección

GRÁFICA 11
PRECIO DE ADQUISICIÓN UNITARIO EN TRAJES PARA ATENDER PACIENTES CON COVID-19 POR UNIDAD EJECUTORA PARA LOS AÑOS 2020 A 2022 Y PRECIO PROMEDIO POR AÑO



Fuente: elaboración propia con base en SIGES.

Continuando con este tipo de análisis procede hacerlo para los trajes especiales para el personal de salud que debía atender a pacientes con Covid-19, al respecto puede indicarse que durante 2020 en este insumo se erogó un total de Q71.9 millones por la adquisición de 592 mil trajes a un precio promedio de Q121.50 cada uno, mientras que durante 2021

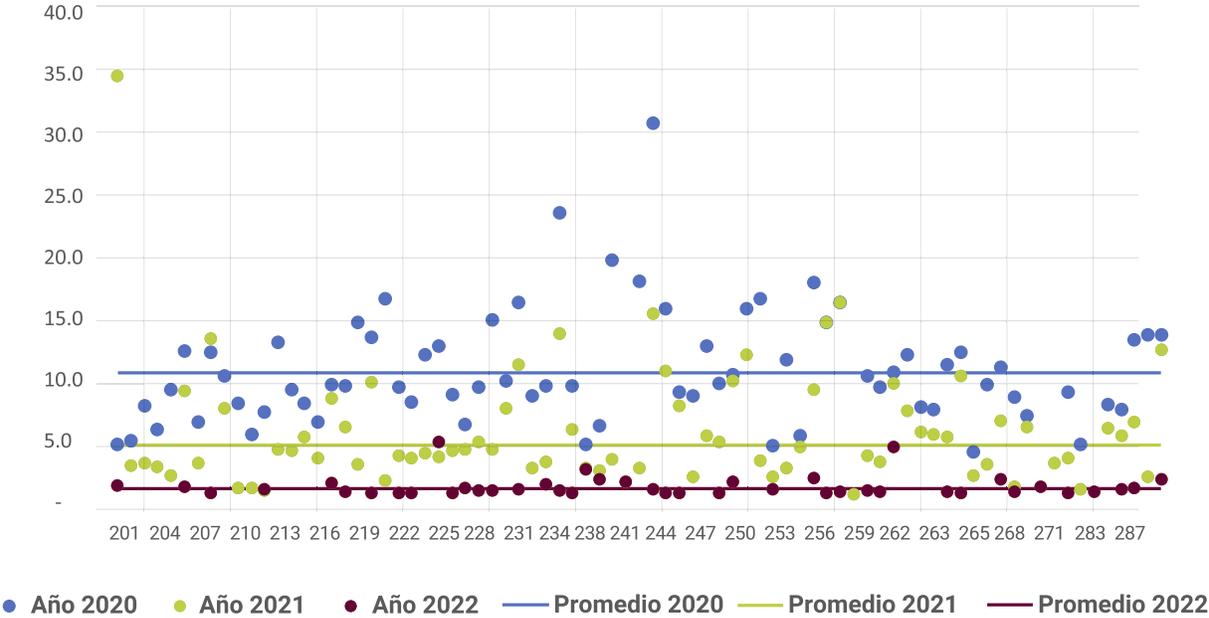
el monto erogado ascendió a los Q135.3 millones habiéndose comprado 135.3 miles a un precio promedio de Q85.8 y para 2022 a pesar de que se compró menos cantidad de trajes (132.4 miles) el precio aún continuó bajando hasta los Q64.6 por traje para una erogación total en ese año de Q8.5 millones.

A pesar de que se identificó la reducción de precio año con año, no dejaron de ocurrir compras muy por encima del precio promedio, tales fueron los casos de las unidades ejecutoras de la Dirección de Área de Salud de Retalhuleu que durante 2020 cada traje lo adquirió a Q400.0, mientras que para 2021 a Q350; mientras que para 2022 no registra compras. Por su parte llama la atención que la unidad ejecutora del Hospital Regional de Quiché durante los tres años estudiados siempre compró los trajes muy por encima del precio promedio ya que en 2020 registró la compra de 811 trajes a Q238.2 para un total de Q193.1 miles; para 2021 compró cada traje en Q164.8 cuando el precio promedio ya había disminuido a Q121.5 y para 2022 cuando el precio promedio es de Q88.5 esta unidad ejecutora los está comprando al doble de precio. El mismo comportamiento para 2020 y 2021 mostró el Hospital Nacional de Barillas en Huehuetenango. Por último, debe advertirse que aquí se compara exactamente el mismo producto en todas las unidades ejecutoras.

También vale advertir que para 2020 un total de 78 unidades ejecutoras adquirieron estos trajes, para el año siguiente un total de 80 y para 2022 únicamente 30 de ellas. Si bien esto podría explicarse por una menor demanda (menos casos) también debe considerarse que al comprarse menos pruebas (como lo indicado anteriormente) se iba consumir también menos de todos los insumos para el Covid-19, tal como lo muestra la tabla 10 que para 2022 únicamente se han erogado Q295.1 millones en estos insumos cuando el año previo fue un total de Q1,845.9 millones.

Si bien se construyó la base de datos para cada uno de los insumos clave para afrontar la pandemia aquí se analizan únicamente cuatro de ellos, por representar la mayoría del presupuesto utilizado, siendo el último de éstos la adquisición de mascarillas KN-95, citándose a continuación y encontrando que al igual que con los trajes médicos éstas experimentaron una reducción en su precio medio de adquisición año con año. Tal es así que para 2020 éste fue de Q10.90 la unidad, Q5,00 para 2021 y 1.40 para 2022.

GRÁFICA 12
PRECIO DE ADQUISICIÓN UNITARIO EN MASCARILLAS KN-95 PARA ATENDER PACIENTES CON COVID-19 POR UNIDAD EJECUTORA PARA LOS AÑOS 2020 A 2022 Y PRECIO PROMEDIO POR AÑO.



Fuente: elaboración propia con base en SIGES.

A pesar de esos precios de referencia y al igual que con los insumos anteriores se cometieron excesos en las adquisiciones tal es el caso de la unidad ejecutora 201 (Departamento Administrativo) que en 2021 hizo una adquisición de 200 mascarillas a Q7,000 para un costo medio de Q35.0 cada una. En similar situación se registró la adquisición de 101,223 mascarillas KN-95 en el hospital de Quetzaltenango durante 2020 a un precio de Q31.20 cada una y para 2021 se situó en Q15.70; siendo de las unidades ejecutoras que más caro pagó la adquisición de mascarillas. También no se puede dejar de mencionar lo actuado por el Hospital de Ancianos Fray Rodrigo de la Cruz que en 2020 adquirió cada mascarilla a Q23.90 y en 2021 a 14.90. Tal como se puede apreciar en la gráfica anterior, 2020 fue el año donde se experimentó una mayor dispersión y precios más altos en la adquisición de mascarillas KN-95, para 2021 se mantuvo la dispersión de precios, pero en una menor cuantía y durante 2022 fue mucho más normalizado el precio unitario de adquisición contando únicamente con la compra realizada en el Hospital San Juan De Dios que las adquirió a Q5.30 cada una.

Este tipo de análisis deja como constancia que el MSPAS debería de implementar en la unidad de economía de la salud, así como en la Dirección de Planificación, mecanismos de control e inteligencia de compras para reducir costos y adquirir insumos de mejor calidad.

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Admitir una verdad que ya se sabe. Durante la ejecución de los programas sociales que en respuesta a la pandemia implementó el Gobierno de la República, hubo diversidad de esfuerzos de seguimiento y evaluación de éstos; lo evidenciado en este documento viene a confirmar y ampliar lo dicho por otros estudios: fueron programas mal diseñados desde su legislación (Bono Familia es un ejemplo, el cual necesitó de un Decreto adicional para corregir las fallas en selección de beneficiarios), además fueron programas insuficientes que incluso llegaron a destiempo a las familias que lo necesitaban tal fue el caso de los programas de alimentos en los Ministerios de Desarrollo y Agricultura, también fueron programas que profundizaron y ampliaron las desigualdades en el país, tales fueron los casos del Fondo de Protección de Capitales y el Fondo de Protección del Empleo cuyos beneficiarios fueron en su mayoría personas residentes en áreas urbanas, mestizos y hombres.

A la luz, una nueva verdad. La utilización del Sistema Informático de Gestión «SIGES», entre otros hallazgos permitió establecer que: 1) todos los programas del MSPAS adquirieron insumos para atender la pandemia, lo que sin dudas dificultó el monitoreo de los esfuerzos institucionales ante este reto. 2) Se registraron compras de ivermectina durante 2021 y 2022 en el programa de “prevención de la desnutrición crónica” y aquí surge la pregunta si las niñas y niños menores de cinco años estuvieron recibiendo este medicamento que no es recomendado por la OMS ya que fue contabilizado en la actividad: atención por infección respiratoria aguda a niña y niño menor de cinco años. 3) Se pudo establecer los sobrepagos pagados por diferentes Unidades Ejecutoras en insumos clave para atender la pandemia, tal es el caso del oxígeno cuyo precio promedio por pie cúbico fue de Q0.86 pero en la Unidad Ejecutora 269 se registró para 2020 precios de adquisición 4 veces superior a dicho promedio.

Desigualdades en la utilización y aprovechamiento de los recursos humanos. Fue evidente la contratación de profesionales de la salud para afrontar la pandemia y desde el punto de vista de dotación se podría decir que se cumplió el objetivo, no obstante al analizar las condiciones de contratación surgen objeciones porque casi en su totalidad ocurrió bajo modalidades que no entregan prestaciones laborales ni siquiera seguro social a los contratados, con ello exponiéndose ellos, ellas y sus familias ante la enfermedad; además no hubo una adecuada distribución del recurso humano a nivel territorial y donde más se demandase su intervención.

Recomendaciones

Una oportunidad perdida para la política social. Durante la pandemia, como nunca en la historia reciente del país se destinó una cantidad abundante de recursos para financiar la política social. Lamentablemente esta es vista por el actual gobierno como una “ambulancia” que recoge a los heridos de eventos catastróficos o como resultado de fallidas políticas económicas. En tal sentido el Gabinete Específico de Desarrollo Social que coordina la Vicepresidencia de la República, debe retomar esta experiencia para impulsar una reforma integral a la política social en Guatemala, para dejar de ser “esa ambulancia” y convertirse en un instrumento que genere crecimiento y desarrollo económico.

La gestión público – financiera del presupuesto. Ya en otras publicaciones el Laboratorio de Datos ha señalado dos problemas básicos en la gestión del presupuesto en el MSPAS su incapacidad en utilizar de manera oportuna los recursos provenientes de préstamos externos y donaciones; así como su incapacidad en ejecutar con celeridad y oportunidad el gasto público relativo a la adquisición de propiedad, planta y equipo; así como en los materiales y suministros. Una reforma integral a los manuales de compras y adquisiciones (a lo interno de la institución) así como a sus procesos de compra es urgente a manera de que se pueda gastar de manera más ágil y con mayor calidad; esto implicaría coordinar esfuerzos con la

Contraloría General de Cuentas de la Nación y con el Ministerio de Finanzas Públicas para reforzar el conocimiento de los funcionarios del MSPAS en materia de compras y adquisiciones públicas en sus diferentes modalidades y sobre todo impulsar la subasta pública inversa y los contratos abiertos, en vez de favorecer tanta compra directa.

Criterios de calidad del gasto público. A pesar, de las dificultades internas tanto el MSPAS como el IGSS logran realizar el gasto público, éste aún debe tener evaluaciones sobre su calidad más allá de la eficiencia (ejecución) y en ese sentido el Departamento de Economía de la Salud del MSPAS y la Subgerencia Financiera del IGSS deben realizar estudios para evaluar la efectividad, sostenibilidad, equidad, transparencia y oportunidad del gasto público en salud.

Avanzar en el sistema de compras y contrataciones.

En efecto este documento demuestra que la calidad del gasto público también implica revisar las modalidades de adquisición y sobre todo que el MSPAS tenga un mayor y mejor control sobre las compras que hace y los precios medios a los cuales ocurre, así como confrontarlos contra precios del mercado para evitar los sobrepagos que se pagaron durante la pandemia, asimismo es importante un trabajo más activo de la Contraloría General de Cuentas de la Nación verificando este tipo de situaciones en cumplimiento a la Ley de Compras y Contrataciones del Estado. Esto evidencia una vez más que estas entidades deben fortalecer sus departamentos de planificación y administración financiera para hacer más eficiente el gasto público. Lo que funcionó bien, mejorarlo. La pandemia permitió visibilizar tanto los errores cometidos en la implementación de los programas sociales en respuesta a ésta, así como los aciertos que se tuvieron y en ese último sentido se podría catalogar al programa de alimentación escolar de preprimaria y primaria, no obstante, mucho que haya funcionado adecuadamente para las familias, debe reconocerse que hubo experiencias donde falló, pues en algunos municipios del país su ejecución fue sumamente lenta; en ese sentido la Dirección de Planificación del MINEDUC debe considerar evaluar los aciertos y desaciertos que esté teniendo el gasto en alimentación escolar, ello porque durante 2021 la ley que le da vida fue ampliada y es oportuno anticiparse a ineficiencias en el futuro cercano.

Aumentar el financiamiento para la salud pública.

En atención a los cálculos realizados y en atención al incremento en el financiamiento público a la salud en Guatemala con motivo de la pandemia es imperativo que esta no sea una oportunidad perdida para el país en el sentido de incrementar los recursos para la salud pública. Es de considerar que de acuerdo con cálculos de la Administración Tributaria en Guatemala, únicamente el 20% de personas jurídicas no incumplen con el pago del impuesto sobre la renta y que al año 2021 el incumplimiento del impuesto al valor agregado ascendió a los Q7,840.27 millones, y que si se lograra reducir un 10% (de no existir rigideces del gasto público) podría significar hasta un 6.5% de incremento en el presupuesto del MSPAS, monto que podría apoyar el inicio de la ampliación de servicios en materia de salud pública. En otras palabras: Guatemala tiene espacios fiscales para aumentar el financiamiento al MSPAS, pero se requiere en buena medida de voluntad política en el Ejecutivo y Legislativo para alcanzarlo.

Una política de recursos humanos. Las cifras a las cuales se tuvo acceso evidencian que particularmente el MSPAS no tiene una política de contratación de su recurso humano para que éste tenga derecho a sus prestaciones laborales, así como a la seguridad social, de hecho, los profesionales que afrontaron la pandemia fueron contratados en renglones de gasto no garantizan ni su propio acceso a la salud en caso resultasen contagiados. Esto es suficiente evidencia para recomendar que el MSPAS debe embarcarse en una política de estimación de la cantidad de recurso humano necesario en diferentes áreas, así como su aprovechamiento, promoción y retiro digno.

El aprovechamiento del recurso humano. Parte de la política de recursos humanos implica que éste sea ubicado de acuerdo con criterios de demanda y sobre todo territorialidad, los indicadores mostrados en el documento evidenciaron que mientras en algunos departamentos del país se podría decir que el recurso humano tuvo una carga de trabajo aceptable en otros hubo una sobrecarga lo que pudo sin lugar a dudas mermar la calidad del servicio entregado a la población; sin duda esto pasará primero por tener mapeada la demanda a nivel territorial.

Más allá de la política de recursos humanos: el censo de empleados públicos. Y si bien, las anteriores recomendaciones mejorarían la gestión del recurso humano en el MSPAS, no debe de obviarse el tema estructural: que el Estado de Guatemala sepa ¿cuántos empleados o contratos tiene?, ¿bajo qué modalidades?, ¿en qué sectores?, ¿en qué territorios?, ¿con qué cualificaciones? Tema que implica hablar de un censo de empleados públicos y sobre el cual las Autoridades del Instituto Nacional de Estadística deberían de trabajar.



4. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Diálogos. (2020). ¿A quién no llega la ayuda? cuarto informe. Guatemala: Diálogos.
- Asociación Diálogos. (2020). Reporte final del monitoreo de programas de emergencia Covid-19 y recomendaciones para el futuro. Guatemala: Diálogos.
- Banco de Guatemala «BANGUAT». (18 de Septiembre de 2022). Módulo de Información Estadística Económica Financiera. Obtenido de <https://app1.banguat.gob.gt/ords/f?p=215:2:12981843934151:::>
- Comisión Económica para América Latina «CEPAL». (2022). La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad. Santiago: CEPAL.
- Comisión Económica para América Latina «CEPAL». (10 de Octubre de 2022). Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe. Obtenido de <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>
- El País. (01 de Diciembre de 2022). Pacientes de VIH contra Guatemala: “Si fuera por el Estado, estaríamos muertos”. Obtenido de <https://elpais.com/america-futura/2022-12-01/pacientes-de-vih-contra-guatemala-si-fuera-por-el-estado-estariamos-muertos.html>
- El Periódico. (23 de Octubre de 2020). Familias piden ayuda por pérdidas de cultivo en Cahaboncito de Panzós, Alta Verapaz. Obtenido de <https://elperiodico.com.gt/nacionales/2020/10/23/familias-piden-ayuda-por-perdidas-de-cultivo-en-cahaboncito-de-panzos-alta-verapaz/>
- Gudiel, Miguel., Chávez, Oscar., y Slowing, Karin. (2023). Atlas de la Vacunación COVID-19 en Guatemala. OXFAM-Laboratorio De Datos GT, Guatemala.
- Imperial College. (13 de Octubre de 2022). Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: a modelling study. London, Londo, United Kingdom.
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social «IGSS». (30 de Noviembre de 2022). Informes y estadísticas. Obtenido de <https://www.igssgt.org/informes-y-estadisticas/>
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (15 de Octubre de 2022). Estadísticas actualizadas de Seguridad Social. Guatemala, Guatemala, Guatemala.
- Instituto Nacional de Estadística «INE». (11 de Mayo de 2021). Proyecciones por edad simple, municipio y sexo para 2020 a 2030. Guatemala, Guatemala, Guatemala.
- Instituto Nacional de Estadística «INE». (27 de Octubre de 2022). Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos 2021 «ENEI». Guatemala, Guatemala, Guatemala.
- Instituto Nacional de Estadística -INE-. (08 de Junio de 2022). XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda. Obtenido de <https://www.censopoblacion.gt/>

- Los Angeles Times. (21 de Febrero de 2021). Guatemala: Denuncian compra de pruebas falsas de COVID-19. Obtenido de <https://www.latimes.com/espanol/articulo/2021-02-21/guatemala-denuncian-compra-de-pruebas-falsas-de-covid-19>
- Ministerio de Finanzas Públicas «MINFIN». (30 de Septiembre de 2022). Sistema Informático de Gestión «SIGES». Obtenido de <https://siges.minfin.gob.gt/SIGESWeb/login/frmLogin.aspx>
- Ministerio de Finanzas Públicas -Minfin-. (23 de Septiembre de 2022). Sistema de Contabilidad Integrada -Sicoin-. Obtenido de <https://sicoin.minfin.gob.gt/sicoinweb/menu/index.html>
- Organización Mundial de la Salud -OMS-. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). Washington, D.C., E.U.A. Disponible en <https://www.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE2.pdf>
- Oficina Nacional del Servicio Civil «ONSEC». (17 de Noviembre de 2022). Estadística de recurso humano en el Organismo Ejecutivo. Obtenido de <http://www.onsec.gob.gt/w/index.php/estadisticas-del-recurso-humano-del-organismo-ejecutivo/>
- Paraíso Desigual. (2020). Primer informe: monitoreo participativo del Bono Familia . Guatemala: Oxfam.
- Plaza Pública. (21 de Mayo de 2017). El día que el Hospital San Juan fue eficiente y todo salió mal. Obtenido de <https://www.plazapublica.com.gt/content/el-dia-que-el-hospital-san-juan-fue-eficiente-y-todo-salio-mal>
- Prensa Libre. (17 de Mayo de 2017). Enfermos en fase terminal tienen limitado acceso a servicios y medicamentos. Obtenido de <https://www.prensalibre.com/ciudades/enfermos-en-fase-terminal-con-limitado-acceso-a-servicios-y-medicamentos/>
- Prensa Libre. (12 de Abril de 2019). La falta de agua y de medicamentos agobia a los vecinos de Suchitepéquez. Obtenido de <https://www.prensalibre.com/ciudades/suchitepequez/pobladores-de-suchitepequez-se-sienten-agobiados-por-la-falta-de-agua-y-medicamentos/>
- Prensa Libre. (23 de Noviembre de 2022). Derechos de la niñez se deterioraron durante la pandemia en Guatemala, dicen organizaciones, que reclaman atención. Obtenido de <https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/derechos-de-la-ninez-se-deterioraron-durante-la-pandemia-en-guatemala-dicen-organizaciones-que-reclaman-acciones/>
- Programa de Naciones Unidas para Guatemala «PNUD». (1998). Guatemala: los contrastes del desarrollo humano. Guatemala: PNUD.
- Reina, Carmen., Chávez, Oscar., y Slowing, Karin. (2023). Policy Brief: El papel del sector privado, ejército y otros actores no gubernamentales en la vacunación COVID-19. OXFAM-Laboratorio De Datos GT, Guatemala.
- Rosas-Huerta, Angélica. (2008). Una ruta metodológica para evaluar la capacidad institucional. Política y Cultura. Universidad Autónoma Metropolitana–Xochimilco. México.
- Slowing, Karin. (2022). Policy Brief: ¿Por qué no avanza la vacunación COVID-19 en Guatemala? Barreras

institucionales a la vacunación COVID-19. OXFAM-Laboratorio De Datos GT, Guatemala.

Slowing, Karin. (2023). Policy Brief: Políticas públicas empleadas en Guatemala para enfrentar la pandemia y la vacunación COVID-19. OXFAM-Laboratorio De Datos GT, Guatemala.

Slowing, Karin., Chávez, Oscar. (2022). Estudio de caso: “Vacunación COVID-19 y poblaciones vulnerables: Desigualdad y barreras institucionales (MSPAS) de acceso a la vacunación”. OXFAM-Laboratorio De Datos GT, Guatemala. Disponible en: <https://www.elfuturodelaspandemias.org/estudios-de-caso-latinoamerica>

The Centre for Economic Policy Research (CEPR). (2020). Economic policy responses to a pandemic: Developing the Covid-19 economic stimulus index. New York: CEPR Press.





Oxfam en   
CENTROAMÉRICA



Con el apoyo de



www.vacunasparalagente.org

