

**ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD BUCODENTAL EN  
EL PERÍODO 2010 -2014, IMPLEMENTADAS EN GUATEMALA POR EL  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (MSPAS).**

Tesis presentada por

**NARDA ARACELY PINEDA MARROQUIN**

Ante el Tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de  
Guatemala, que practicó el Examen General Público, previo a optar al título de:

**CIRUJANA DENTISTA**

Guatemala, noviembre de 2016

**ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD BUCODENTAL EN  
EL PERÍODO 2010 -2014, IMPLEMENTADAS EN GUATEMALA POR EL  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (MSPAS).**

Tesis presentada por

**NARDA ARACELY PINEDA MARROQUIN**

Ante el Tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que practicó el Examen General Público, previo a optar al título de:

**CIRUJANA DENTISTA**

Guatemala, noviembre de 2016

## **JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero	Dr. Edwin Oswaldo López Díaz
Vocal Segundo	Dr. Henry Giovanni Chessman Mazariegos
Vocal Tercero	Dr. José Rodolfo Cáceres Grajeda
Vocal Cuarto	Br. José Rodrigo Morales Torres
Vocal Quinto	Br.. Stefanie Sofía Jurado Guilló
Secretario Académico	Dr. Julio Rolando Pineda Córdón

## **TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN PÚBLICO**

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal I	Dr. Edgar Abelardo Sánchez Rodas
Vocal II	Dra. Miriam Ninette Samayoa Sosa
Vocal III	Dr. Rodolfo Estuardo Aguirre Contreras
Secretario Académico	Dr. Julio Rolando Pineda Córdón

## ACTO Y TESIS QUE DEDICO

- A DIOS Y A LA VIRGEN MARÍA:** Les doy gracias por haberme permitido alcanzar este éxito.
- A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:** especialmente a la Facultad de Odontología, a mis docentes, compañeras y compañeros.
- A MIS PADRES:** Jaime Pineda (QEPD) y Ana Marroquín por darme la vida.
- A MI HIJA:** Ana Isabel García, con todo mi amor por ser una bendición en mi vida.
- A MI NIETO:** Christian Niederheitmann, por ser la alegría de mi vida.
- A MI ESPOSO:** Homero García Montenegro (QEPD), flores sobre su tumba.
- A MI FAMILIA EN GENERAL:** amor fraternal.
- A MIS AMIGOS Y AMIGAS:** especialmente a Joaquina Del Carmen y a Vinicio Barrientos Carles, todo mi cariño y eterno agradecimiento.
- A TODOS LOS ÁNGELES QUE DIOS PONE CADA DÍA EN MI CAMINO:** muchas bendiciones

Tengo el honor de someter a su consideración, mi Trabajo de Tesis titulado: **ANÁLISIS DE LAS POLITICAS PUBLICAS DE SALUD BUCODENTAL EN EL PERÍODO 2010 -2014 IMPLEMENTADAS EN GUATEMALA POR EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.** Conforme lo demandan los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

**CIRUJANA DENTISTA**

Quiero expresar mi mayor agradecimiento al Dr. Edwin Ernesto Milian Rojas y a la Dra. Miriam Ninette Samayoa Sosa, por su orientación y apoyo.

Y ustedes distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, reciban mis más altas muestras de consideración y respeto.

# Tabla de Contenidos

Sumario .....	1
I. Introducción .....	2
II. Antecedentes .....	4
III. El Problema de Investigación .....	7
IV. Justificación.....	8
V. Marco Teórico .....	9
1. Políticas Públicas .....	9
2. Políticas Públicas de Salud de Guatemala .....	13
3. Políticas Públicas de Salud 2010 -2011.....	13
4. Políticas Públicas de salud 2012 -2014.....	14
5. Sistema de Salud de Guatemala.....	16
6. El Sector Salud de Guatemala .....	17
7. Financiamiento y Gasto en Salud del Ministerio de Salud Pública MSPAS.....	18
8. Cobertura.....	25
9. Red de Servicios de Salud del Subsector público: .....	26
10. Estructura del Ministerio de Salud Pública:.....	26
11. Situación Epidemiológica Bucodental en Guatemala.....	27
VI. Objetivos.....	30
1. Objetivo General .....	30
2. Objetivos Específicos .....	30
VII. Variables .....	31
1. Políticas Públicas en Salud Bucodental .....	31
2. Recursos Financieros .....	32
3. Cobertura.....	32
VIII. Marco Metodológico .....	34
1. Procedimiento y técnicas empleadas.....	34
2. Materiales.....	35
3. Recursos Humanos.....	35
4. Costos .....	35
5. Tiempo.....	36

6. Asesoría .....	36
IX. Presentación de Resultados.....	37
1. Políticas Públicas de Salud.....	37
2. Recursos Financieros asignados y ejecutados.....	42
3. Cobertura de atención y tipo de tratamientos .....	49
X. Discusión de Resultados .....	53
1. Políticas Públicas de Salud Bucodental .....	53
2. Ejecución financiera de las distintas instancias estatales.....	54
3. Cobertura e impacto de los servicios bucodentales .....	55
XI. Conclusiones .....	56
XII. Recomendaciones .....	57
XIII. Limitaciones .....	58
XIV. Bibliografía .....	59

## Sumario

**ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD BUCODENTAL EN EL PERIODO 2010 – 2014, IMPLEMENTADAS EN GUATEMALA POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (MSPAS)”.**

**AUTOR: NARDA ARACELY PINEDA MARROQUIN**

**FECHA: Noviembre 2016**

**ASESOR: Dr. EDWIN ERNESTO MILIAN ROJAS**

Con el propósito de identificar las Políticas Públicas de Salud Bucodental, que la Red Nacional de Servicios de Salud implementó durante los últimos cinco años, los recursos que fueron ejecutados en este rubro, la cobertura y el tipo de tratamientos odontológicos que les fueron otorgados a la población guatemalteca, se procedió a efectuar un análisis documental sobre salud bucodental mediante la recopilación, identificación, clasificación y análisis de la bibliografía pertinente (la oficial del MSPAS, de SEGEPLAN, la específica que se solicitó a la Unidad de Acceso a la Información Pública del Ministerio, información en línea que se consideró necesaria, así como documentos impresos, memorias y libros disponibles).

En el estudio no se encontró ninguna política integral de salud bucodental. Sin embargo, se encontró un programa de salud bucodental que no posee presupuesto ni autonomía; el Ministerio a través del departamento de programas prioriza 17 actividades, dentro de las cuales el de salud bucodental ocupa el número 15 en el orden de prioridades. Se identificaron siete estrategias como parte de una propuesta de política, sin socializarse ni ejecutarse.

Respecto al presupuesto analizado, se encontró un presupuesto totalmente comprometido en dos terceras partes destinados a salarios y lo asignado a la salud, el 67% está dirigido al área metropolitana; de los 5.8 millardos asignados al Ministerio, únicamente 6 millones son asignados a la salud bucodental.

En cuanto a cobertura en salud bucal, el análisis mostro una cobertura muy baja, solamente un 3.7% de la población fue atendida en este periodo, presentando las extracciones dentales los mayores índices.

Con base en los resultados obtenidos se concluye que no fue posible encontrar una política integral de salud bucodental dentro de los lineamientos de la política de salud del MSPAS 2010 -2014; que la asignación a la salud bucodental es muy baja (0.13% del presupuesto del MSPAS), y que la atención dentro de la Red de Servicios de salud tiene un enfoque curativo con una baja cobertura en el área de salud bucodental (apenas el 3,7%).

## I. Introducción

Las enfermedades bucales son consideradas como uno de los principales problemas de salud pública, debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo (según informe de la OMS–2007). Representan una carga para la población, afectando sobre todo a los de mayor índice de marginalidad<sup>(9,36,50)</sup> En el ámbito nacional, se estima que la caries dental y la enfermedad periodontal, son dos de las principales enfermedades infecciosas, progresivas, transmisibles, crónicas, causadas por bacterias, de mayor prevalencia e incidencia que afectan a más del 90% de la población<sup>(9,12,20,34)</sup> y desempeñan un papel crucial en una serie de complicaciones, que pueden llegar a alterar la función a nivel sistémico, como por ejemplo: Una endocarditis bacteriana de importancia clínica, que muchas veces puede repercutir sobre la vida de un paciente.<sup>(12,34,36.)</sup> Existen otras patologías de menor incidencia, como cáncer bucofaríngeo, lesiones herpéticas, úlceras, fluorosis dental (que ocurre en regiones de alta concentración de flúor), mal oclusión, otras de origen congénito, como labio leporino y paladar hendido, etc. <sup>(19)</sup>

La Constitución Política de la República, reconoce que el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna, y obliga al Estado a velar por la misma, desarrollando a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, a fin de procurarles a los habitantes, el más completo bienestar físico, mental y social, reconociendo asimismo, que la salud de los habitantes de la Nación, es un bien público<sup>(4)</sup> Incluyendo la Salud Bucodental como parte de la Salud General.

Sin embargo, históricamente la práctica odontológica dentro de la Red Nacional de Servicios de Salud, ha manifestado un verdadero rezago en materia de cobertura, calidad de los servicios y asignación de recursos humanos y económicos<sup>(17,27,28,31,32)</sup> lo que hizo necesario un diagnóstico situacional de la Estomatología, dentro de la política pública de salud; que ha motivado la realización de este estudio, el cual hizo un análisis de las políticas públicas de salud bucodental, que el ministerio ha ejecutado durante el último lustro, a través de la Red Nacional de Servicios de Salud, así como el análisis y evaluación

de sus objetivos, alcances y resultados obtenidos, a efecto de contar con elementos de juicio que permitan un verdadero diagnóstico situacional de la salud bucal.

Para realizar la investigación se obtuvo información existente en la Unidad de Acceso a la Información Pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, relacionada con las Políticas Públicas de Salud Bucodental, ejecutadas, así como los informes financieros y ejecutivos.

## II. Antecedentes

La Constitución Política de la República, establece que Guatemala es un Estado libre, soberano e independiente. Su organización persigue garantizar a los habitantes derechos y libertades; establece la forma de Gobierno como republicana, políticamente es una nación democrata, basada en el concepto de democracia representativa. El ejercicio del poder público es representado por los tres Organismos de Estado: Ejecutivo, Legislativo y Judicial; y por las Municipalidades que son entidades autónomas. Además, forman parte de la agenda política los convenios internacionales ratificados por el país, así como los Acuerdos de Paz firmados en 1996.

Desde esa perspectiva, se consideran los artículos 93, 94 y 95, de la Constitución, los cuales garantizan la salud integral de los guatemaltecos, como un bien público; textualmente dicen así:

**Artículo 93.-** Derecho a la salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser Humano, sin discriminación alguna.

**Artículo 94.-** Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

**Artículo 95.-** La salud, bien público. La salud de los habitantes de la Nación es un bien Público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento. <sup>(4)</sup>

La Carta Magna, no especifica la Salud Bucodental como un componente de la salud integral de los guatemaltecos, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud, declaró en el año 2002 que: “La salud bucodental es un derecho humano básico y su contribución es fundamental para una buena calidad de vida”. Y específicamente en la política del

Programa Mundial de Salud Bucodental, declaró que: “Esta forma parte integral de la Salud General y es un factor determinante de la calidad de vida”. En 2007, la OMS aprobó la resolución No. WHA 60.17 en la Asamblea Mundial de la Salud, en la que exhorta a los gobiernos a incorporar la salud bucodental en los programas de prevención y el tratamiento integrados a las enfermedades crónicas no transmisibles, a las enfermedades transmisibles y a las políticas de salud de la madre y el niño. <sup>(9,37,38)</sup>

En el ámbito nacional, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) por Ley, es la autoridad rectora de la prestación de servicios de salud en el país y es a quien corresponde la formulación de políticas, por ende el encargado de la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones que realizan las instituciones de salud, a nivel nacional. <sup>(4,5)</sup>

El objetivo de toda política social consiste en desarrollar una estrategia económica viable, que garantice la inclusión de toda la población al trabajo y la equidad, en la distribución de riquezas. <sup>(47)</sup> El autor guatemalteco Oswaldo Lapuente, concluye que en Guatemala no se percibe la presencia institucional del Estado, en diversas comunidades y que es visible la ausencia de servicios públicos a la ciudadanía, lo cual categoriza a los ciudadanos de primera, segunda o tercera categoría, según vivan a 5, 100 o 200 Km. de algún centro poblado, con lo cual se evidencia la falta de conexión entre lo territorial, la inversión social y las políticas públicas, ya que como él mismo lo menciona: “La salud pública sigue desconectada de los planteamientos de política y únicamente son instrumentalizados para fines de redacción del presupuesto general de ingresos y egresos en cada ejercicio fiscal”.<sup>(15)</sup>

En el año 2000, todos los países en vías de desarrollo incluyendo Guatemala, adquirieron el compromiso ante la sede de la Organización de Naciones Unidas, de construir un mundo diferente para el 2015, mediante el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, situaron la salud en el corazón del desarrollo. Sin embargo a finalizado el año 2015 y los datos obtenidos del último informe de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), reflejan que Guatemala únicamente logró alcanzar el puesto 131 de 184 a nivel mundial, la calificación más baja de Latinoamérica, debido a las desigualdades e

inequidades existentes, la población no mejora su calidad de vida; el salario diario de la población económicamente activa en el área rural se ubicó en el 2015, en 78.72 quetzales, muy por debajo del costo de la canasta básica; el 51.5% de la población vive en zonas rurales donde los servicios de salud son ineficientes o inexistentes y donde la mayoría de los pobladores son analfabetas y viven en pobreza, o pobreza extrema.<sup>(34)</sup> Este segmento de la población únicamente recibió por más de 18 años, el Programa de Extensión de Cobertura del MSPAS, (PEC) un paquete básico que estaba restringido a mujeres embarazadas y a niños y niñas menores de 5 años, consistía en una visita mensual de médico o enfermera profesional a la comunidad a través de las prestadoras y administradoras de los servicios de salud (organizaciones no gubernamentales ONG's) con funciones mayoritariamente curativas y poco preventivas y el cual fue cancelado por no cumplir con la obligación adquirida ante el Ministerio y por ser fuentes de corrupción.<sup>(26)</sup>

En el campo específico de la salud bucodental, la Caries Dental y la Enfermedad Periodontal, dos de las principales enfermedades en el mundo. Tienen varias características en común: destruyen los tejidos de la boca, son multicausales, infecciosas y progresivas, causan lesiones reversibles en las etapas iniciales e irreversibles en las medias y avanzadas.

En Guatemala, la caries dental se manifiesta como una enfermedad endémica, muy destructiva y de alta prevalencia, a la que se han dirigido escasos e ineficientes intentos de solución.<sup>(12)</sup>

### III. El Problema de Investigación

La salud bucal como un componente integrador de la salud general, no ha sido abordada desde una perspectiva amplia y compleja desde la academia, por lo que se hizo necesario el análisis, la evaluación y el diagnóstico de la situación actual de la Estomatología en nuestro país.

Los principales problemas bucales de nuestra población son: La Caries Dental y la Enfermedad Periodontal, por su alta incidencia y prevalencia; las dos tienen un alto impacto en la calidad de vida de las personas y ambas son prevenibles con medidas sencillas y económicas.

Aunque la Constitución Política, no especifica la Salud Bucal como un componente fundamental de la salud integral de los guatemaltecos, la Organización Mundial de la Salud, en la Asamblea Mundial de la Salud del 2007, reconoció el vínculo intrínseco que une la salud bucodental, la salud general y la calidad de vida; y exhortó a los gobiernos a incorporar en sus agendas la política mundial de salud bucal, por ser un derecho humano básico y su contribución es fundamental y factor determinante para una buena calidad de vida. <sup>(9,40)</sup>

En ese contexto, surgieron las siguientes interrogantes:

¿Cuáles fueron las políticas públicas de Salud Bucodental implementadas por los gobiernos de turno durante los años 2010 – 2014?, ¿Cuántos recursos le fueron asignados y ejecutados en el presupuesto nacional al programa de Salud Bucal?, ¿Cuál fue la cobertura y tipo de tratamientos otorgados a los guatemaltecos, en el último lustro 2010 - 2014?

## IV. Justificación

Dentro de las razones que sustentaron la realización de esta investigación destacan las siguientes:

1. Era esencial identificar las políticas públicas de salud bucodental, que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha venido implementando, con el objeto de poder aportar un fundamento a los tomadores de decisiones, basadas en evidencias, para poder cambiar la realidad de la población vulnerable
2. Era fundamental saber si el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha atendido el llamado de la Organización Mundial de la Salud, de involucrar la Salud Bucodental como pilar fundamental de la Salud General, dado que la buena salud de la población, es un factor esencial para la reducción de la pobreza y el desarrollo económico.
3. Era crucial conocer los recursos asignados y ejecutados en Salud Bucodental, dentro del presupuesto general de salud, para poder determinar la cobertura y el tipo de tratamientos odontológicos otorgados a la población en el período 2010-2014.

## V. Marco Teórico

### 1. Políticas Públicas

#### (a) Concepto

Es un comportamiento propositivo, intencional, planeado, no simplemente reactivo, casual. Se pone en movimiento con la decisión de alcanzar ciertos objetivos a través de ciertos medios: es una acción con sentido.

La política es un resultado de enfrentamientos y compromisos, de competiciones y coaliciones de conflictos y transacciones convenientes. <sup>(2)</sup>

Los tres componentes principales de cualquier política son: los principios que la orientan (la ideología o argumentos que la sustentan); los instrumentos mediante los cuales se ejecuta (incluyendo aspectos de regulación, de financiamiento, y de mecanismos de prestación de las políticas) y los servicios o acciones principales que se llevan o deberían llevarse a cabo de acuerdo a los principios propuestos. <sup>(47)</sup>

El diseño de una estrategia no es tarea de una sola persona u organización. Tampoco se trata de una política que pueda promoverse en forma tecnocrática, por un grupo de expertos o instituciones especializadas, es decir, tienen que ser un conjunto de actores los cuales interactúen y negocien, obteniendo así una Política Pública que logre beneficios convergentes a todos los involucrados. <sup>(47)</sup>

Se implementan para cambiar la realidad, en una dirección socialmente deseable. <sup>(47)</sup>

Salamanca las define: como un curso de acciones por parte del Estado y de factores extra estatales, sobre una situación social dada, a fin de distribuir valores de diferentes tipos, sobre dichos estados sociales. <sup>(47)</sup>

El autor guatemalteco Oswaldo Lafuente, dice: Una política pública será concreta y articulada con la realidad, cuando genera cambios positivos en la sociedad, desde una

perspectiva del desarrollo humano. Si no hay acciones, no hay política pública; si no hay identificación del marco operativo o instrumentos que cumplan los valores, metas y objetivos de una política, no es una política pública; en tanto no haya un componente operativo, un marco institucional que sea responsable y la respectiva asignación presupuestaria, no es política pública. <sup>(15)</sup>

### **(b) Definición**

Entiéndase la política como ciencia y arte de gobernar, que trata de la organización y administración de un Estado en sus asuntos e intereses.

Las Políticas Públicas se pueden entender como el ámbito privilegiado de realización del “pacto” entre Estado y sociedad. Un nuevo papel del Estado, en el sentido de hacerlo más ágil y organizador.

Las Políticas Públicas son “el conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos”. Pallares señala: las Políticas Públicas deben ser consideradas como un “proceso decisional”, un conjunto de decisiones que se llevan a cabo a lo largo de un plazo de tiempo. Pallares, al mencionar esa persuasión sobre la población no comenta si es de índole positiva o negativa, pero podemos decir que en ocasiones el bienestar se ve cuestionado en una política restrictiva o de imposición, por ejemplo, logrando ciertamente esa modificación conductual. Aunque la mayoría de las Políticas Públicas tienen un impacto directo en el bienestar de la población.

Cabe resaltar que no todo es asunto público y de lo público no todo se convierte en política y, actualmente asuntos públicos están siendo atendidos solamente y únicamente por el gobierno. <sup>(47)</sup>

### **(c) Definición de lo Público.**

Entiéndase por público como un adjetivo notorio, patente, visto o salido por otros del común de la sociedad. Relativo al pueblo. Común del pueblo o sociedad. <sup>(47)</sup>

En Guatemala, la política pública comienza a abrir un espacio a partir de los Acuerdos de Paz, ya que suscriben sin entrar en la discusión bibliográfica y académica, en una política de Estado, porque enmarcan un replanteamiento del modelo de Estado contrainsurgente, hacia uno que camina hacia la democracia y su consolidación comienza en los sectores públicos. De hecho, no es factible identificar el número de políticas, porque algunas son meros planes, otras son solo metas, otras son expresiones del deseo y algunas son políticas <sup>(15)</sup>. Sin embargo, se lograron avances destacados en diversas áreas de política económica y social, la tasa de crecimiento promedio cercana al 4%, fue respetable y muy poco volátil para los patrones latinoamericanos <sup>(3)</sup>.

En el Gobierno de Guatemala y específicamente en la administración Pública, tradicionalmente se entiende que el marco de formulación de políticas, se construye a partir del proceso de formulación del Presupuesto de Ingresos y Egresos anuales del Estado. En esa lógica de provisiones financieras, en la que se dota de recursos a todas las acciones sectoriales e institucionales, territoriales y municipales, queda plasmado lo que se entiende como: el Sistema de Planificación, concebido mediante el marco de Plan-Programa-Proyecto y actividades. <sup>(49)</sup>

En ese marco, vale aclarar que la política económica, es el instrumento de planificación, que traza el lineamiento e instrumentos para comportamiento de las dinámicas que tienden a generar riqueza estable y sostenible entre los agentes económicos de un Estado y la política social, que constituye el conjunto de instrumentos, que regulan y buscan de manera institucional el reparto de la riqueza en la sociedad, particularmente de los sectores en riesgo socio económico y en condiciones de vulnerabilidad. <sup>(3)</sup>

Hasta el año 2007, la Secretaría General de Planificación (Segeplan), reconoció la existencia de 40 Políticas Públicas agrupadas en 4 categorías:

- 01 - Política General
- 19 - Transversales
- 18 - Sectoriales
- 02 - Otras Políticas.

Redefinió institucionalmente, el enfoque hacia la recuperación del rol de la planificación y programación, por políticas y su traducción a la gestión pública, de forma que la construcción del presupuesto anual de ingresos y egresos responda a prioridades racionalmente previstas para largo plazo. <sup>(49)</sup>

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, le corresponde formular las políticas y hacer cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva, curativa y a las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país y a la preservación higiénica del medio ambiente; a la orientación y coordinación de la cooperación técnica y financiera en salud y a velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud, en casos de emergencia, por epidemias y desastres naturales; y, a dirigir en forma descentralizada, el sistema de capacitación y formación de los recursos humanos del sector salud. <sup>(6)</sup>

Existe además un órgano asesor conformado por múltiples instituciones gubernamentales y privadas, adscrito al Ministerio de Salud, cuya función principal es promover mecanismos de Coordinación entre las instituciones del Sector y brindar asesoría al Ministerio en la formulación y evaluación de las Políticas Públicas y Estrategias. <sup>(5)</sup>

El Ministerio de Salud, de acuerdo a su posición dentro del gobierno, está dotado por ley actuar como ente rector de una o una serie de políticas, que se traducen en respuestas institucionales del Estado; las cuatro fuentes de financiamiento conocidas son: Gobierno, Cooperación Internacional, Empresas y los hogares, las del subsector público, están integradas por las instituciones gubernamentales: Ministerio de Salud, de la Defensa Nacional y Gobernación, las instituciones autónomas como la Universidad, los gobiernos locales y el IGSS. <sup>(32)</sup>

La Política Nacional de Salud, es el marco de referencia que establece las prioridades, estrategias y objetivos para lograr que toda la población guatemalteca, cuente con acceso a servicios de salud adecuados, enfocando esfuerzos prioritariamente en aquellos sectores, hasta ahora relegados y con problemas sociales como pobreza, analfabetismo, desnutrición infantil y, por ende, un bajo nivel de desarrollo humano. <sup>(24)</sup>

Existe un marco jurídico y normativo, que proporciona las bases sobre las cuales las instituciones construyen y determinan el alcance y naturaleza de la participación política. Regularmente se encuentra un buen número de provisiones regulatorias y leyes interrelacionadas entre sí. Su fundamento es la Constitución, pero también están comprendidas dentro del mismo, otras Leyes promulgadas por el Congreso de la República y Regulaciones que incluyen Códigos, reglamentos, normas, etcétera.

## 2. Políticas Públicas de Salud de Guatemala

Las Políticas Públicas de salud existentes dentro periodo estudio 2010 - 2014 corresponden a los partidos gobernantes en ese periodo de tiempo, los cuales fueron: La Unidad de la Esperanza (UNE) y el partido Patriota (PP).

## 3. Políticas Públicas de Salud 2010 -2011

Desarrolladas por el gobierno de la Unidad Nacional de la Esperanza (UNE), caracterizada por la gratuidad, lo cual dejó sin efecto todos los contratos firmados con los patronatos que funcionaban físicamente dentro de los hospitales. Marcada en gran medida por los programas presidenciales, particularmente Mi Familia Progresá (Mifapro), se caracterizó por la introducción de transferencias monetarias condicionadas a los diferentes municipios y las corresponsabilidades en salud con las que debió cumplirse, vitalizó la creación de los Puestos de Salud Reforzados, CAP y CAIMI, así como la ampliación de horarios de atención en fines de semana; la improvisación de atención en estos centros, especialmente CAP y CAIMI y por no contar con procedimientos administrativos, con frecuencia se encontraron escasos de personal, equipamiento e insumos para la atención. <sup>(43)</sup>

### ***Lineamientos Básicos de la Política:***

1. Fortalecimiento de la Rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para fortalecer el Estado de Guatemala.

2. Mejorar y Ampliar la cobertura de Atención y prestación de los servicios de salud integrales e integrados.
3. Promover y fortalecer acciones que garanticen la accesibilidad a medicamentos. Reconocimiento al uso y práctica de la medicina alternativa y tradicional.
4. Promover la investigación y Desarrollo Tecnológico de la salud.
5. Fortalecimiento de la Investigación, desarrollo y administración de la fuerza laboral en salud.
6. Desarrollo de la atención primaria ambiental, por medio de la regulación, vigilancia y control de la aplicación de la normativa vigente en materia de agua potable, saneamiento e higiene, para mejorar la calidad de vida de la población.
7. Responder a la demanda de servicios de salud, generada por la implementación de programas de solidaridad y equidad social.
8. Mejoramiento del financiamiento y calidad del gasto en salud.
9. Armonización y alineamiento de la Cooperación Internacional a los intereses nacionales y prioridades sectoriales. <sup>(28)</sup>

## 4. Políticas Públicas de salud 2012 -2014

Caracterizada por el Pacto Hambre Cero, del Gobierno de Otto Pérez Molina, con el Partido Patriota, impulsa un proceso participativo de la institucionalidad pública, bajo la rectoría de los Ministerios e instancias con responsabilidad política, para dar los resultados comprometidos desde la Presidencia de la Republica. Basados en el combate a la desnutrición crónica y la promoción de la lactancia materna. Enfocándose las estrategias en las primeras cuatro enfermedades causadas por bacterias.

El año 2014 hizo apremiante la necesidad del análisis del financiamiento de la salud pública, debido a una crisis de pagos, en la red hospitalaria nacional.

Al no aprobarse el presupuesto del año 2014, según la Carta Magna, debía cobrar vigencia el presupuesto del año anterior, por lo tanto, se asumió que además de la recaudación de 51.9 millardos, lograda en 2013, nuevamente se tendrían esos fondos externos, lo que no era cierto. Al mes de octubre sólo se habían garantizado 4 mil millones en préstamos. El presupuesto de 2013 también incluía donaciones ya negociadas, que no se garantizaron en el mismo monto para el año 2014. Este rubro tuvo una reducción de 0.7 millardos, lo que influyó en la crisis. <sup>(43)</sup>

Los *Lineamientos Básicos de la Política* fueron:

1. Fortalecimiento de la Rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para fortalecer el Estado de Guatemala.
2. Mejorar y Ampliar la cobertura de atención y prestación de los servicios de salud integrales e integrados.
3. Promover y fortalecer acciones que garanticen la accesibilidad a medicamentos.
4. Reconocimiento al uso y práctica de la medicina alternativa y tradicional.  
Promover la investigación y desarrollo tecnológico.
5. Fortalecimiento de la investigación, desarrollo y administración de la fuerza laboral en salud.
6. Desarrollo de la atención primaria ambiental por medio de la regulación, vigilancia y control de la aplicación de la normativa vigente en materia de agua potable, saneamiento e higiene para mejorar la calidad de vida.
7. Responder a la demanda de servicios de salud generada por la implementación de los programas de solidaridad y equidad.
8. Mejoramiento del financiamiento y de la calidad del gasto en salud.
9. Armonización y alineamiento de la cooperación internacional a los intereses nacionales y prioridades sectoriales. <sup>(29)</sup>

***Prioridad de Salud del País.***

1. Mortalidad Materna.
2. Enfermedades Respiratorias agudas (ERAS).
3. Enfermedades transmitidas por Alimentos y agua (ETAA).
4. Desnutrición.
5. Enfermedades transmitidas por Vectores.
6. Enfermedades Inmuno-prevenibles.
7. Rabia.
8. VIH/SIDA.
9. Tuberculosis.
10. Accidentes y Violencia.
11. Enfermedades Crónicas y Degenerativas (Cáncer, Hipertensión y Diabetes).
12. Situación de Desastres.
13. Adicciones (Alcoholismo, Tabaquismo y Drogadicción).
14. Intoxicaciones Agudas por Plaguicidas.
15. Enfermedad Bucodental.
16. Salud Mental.
17. Atención a la Demanda.

## 5. Sistema de Salud de Guatemala

Es el conjunto de recursos y procesos para ejecutar acciones, realizadas por diferentes actores e instituciones en forma coordinada, para contribuir a mejorar la salud de la población. Se integra de la forma siguiente:

- Subsistemas
- Proyectos

- Programas
- Acciones
- Actividades.<sup>(17)</sup>

### ***Estructura del Sistema de Salud de Guatemala***

Bajo la concepción de la Organización Mundial de la Salud: “Un Sistema de Salud engloba a todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud (OMS 2011)”. Para el caso de Guatemala, esta definición debe también incluir que a nivel local (en comunidades y aldeas) existen personas individuales que sin utilizar las formalidades de la medicina occidental, prestan servicios de salud sin remuneración.

En ese sentido el sistema de salud de Guatemala, está conformado por todas las Organizaciones Gubernamentales, privadas, sin fines de lucro y comunitarias (de medicina tradicional y del sector informal) que prestan servicios de salud a la población, con el objeto de atender las áreas urbanas y rurales que demandan atención.

Haciendo agrupaciones teóricas, se puede decir que en Guatemala el sistema de salud está conformado por 3 tipos de subsistemas:

- El Subsistema Público de prestación de Servicios de Salud
- El Subsistema Privado de Prestación de Servicios de Salud
- El Subsistema Comunitario de Prestación de Servicios de Salud.<sup>(20)</sup>

## **6. El Sector Salud de Guatemala**

El Código de Salud lo define como: “El conjunto de organismos e instituciones públicas, centralizadas y descentralizadas, autónomas y semi-autónomas, municipalidades, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias cuya

competencia u objeto es la administración de acciones de salud, incluyendo los que se dediquen a la investigación, educación, la formación y la capacitación del recurso humano, en materia de salud a nivel de la comunidad”.<sup>(5)</sup>

**El subsector Público.** Está conformado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, servicios de salud de los Ministerios de la Defensa, y Gobernación, Fondo Nacional para la Paz, (FONAPAZ, en liquidación), Secretaria Ejecutiva de la Presidencia, Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), gobiernos locales y el IGSS.<sup>(32)</sup>

**Fonapaz.** Lleva a cabo la construcción de la infraestructura física, a solicitud del MSPAS, el cual tiene a su cargo establecer las prioridades de inversión.

**La Universidad de San Carlos de Guatemala** se encarga de la formación del recurso humano, para brindar los servicios médicos que demanda la población.

**Los Gobiernos Locales** se encargan de inversiones de infraestructura física y llevan a cabo el pago de servicios médicos a personal que labora en los puestos de salud, principalmente.<sup>(32)</sup>

## 7. Financiamiento y Gasto en Salud del Ministerio de Salud Pública MSPAS

### **Financiamiento, asignación y uso de recursos**

El Ministerio de Salud para poder ejecutar su política general, así como los planes y programas y para poder administrar descentralizadamente los programas de promoción, prevención, rehabilitación y recuperación de la salud, tiene asignado dentro del presupuesto nacional, un 6.5% del Producto Interno Bruto (PIB) y los aportes financieros y técnicos que brinda la Cooperación Internacional. El producto interno bruto presentó un escenario moderado entre el 2006-2008, en donde los incrementos del gasto estuvieron cercanos al comportamiento de la demanda y un escenario en donde los gastos de salud son

incrementales (periodo 2009-2014).<sup>(31)</sup> Producto Interno Bruto (PIB) nominal del año 2013 fue de 53,696.8 millones de dólares (US\$).<sup>(30)</sup>

La evolución del gasto del Ministerio de Salud en casi 20 años ha transitado por tres escenarios básicos. Un primer escenario durante el periodo 1995-2005, que muestra un lento crecimiento, mucho menor a la tendencia de las necesidades de la población. Un escenario moderado entre el 2006-2008 en donde los incrementos del gasto estuvieron cercanos al comportamiento de la demanda y un escenario en donde los gastos de salud son incrementales (periodo 2009-2014).<sup>(30)</sup>

### **Financiamiento de la Salud a Nivel Nacional**

El financiamiento de la salud a nivel nacional mantiene el comportamiento incremental de toda su historia, con un repunte en el año 2012 y un acomodamiento en el año 2013, que lo ubicó en 27,568 millones de quetzales. Este monto representa el 6.5% del Producto Interno Bruto. El peso del gasto en salud sobre la producción nacional había alcanzado 7.1% del PIB en 2012, y la baja que se observa en el 2013, se debe al crecimiento de la economía cuya variación fue superior al incremento de los gastos en salud. Debido a que la información se trabaja a precios de mercado, el incremento en el precio de los insumos utilizados en la prestación de los servicios de salud, tiene una fuerte influencia en su comportamiento. Esto principalmente por los componentes del gasto en salud que en su mayoría son de carácter privado y por lo tanto mantienen la tendencia variante de los precios según los mecanismos de mercado.<sup>(30)</sup>

### **Gasto del Sector Salud**

Se le denomina Gasto en Salud, a las erogaciones realizadas con el propósito de promover, preservar y restaurar la salud de la población en general.

Los fondos asignados por la economía para sufragar los gastos de la salud, son trasladados a una serie de agentes financieros, que tienen como fin administrar dichos recursos para distintos grupos poblacionales, ya sea prestando por cuenta propia como lo hace el Ministerio de Salud y el IGSS, o que los contraten con otros proveedores.<sup>(32)</sup>

## **Gasto Público en Salud**

Representa los gastos en salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Gobernación, la Defensa, Fondos Sociales, Universidad de San Carlos de Guatemala, Gobierno Local y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS); representa el 40% del gasto total y depende directamente del comportamiento del PIB. <sup>(30)</sup>

## **Gasto del Gobierno General en Salud**

Es la suma de gastos por mantenimiento, recuperación o mejora de la salud pagados en efectivo o en especie por entidades del gobierno, tales como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, otros ministerios como el de la Defensa, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, (sin contabilizar por duplicado las transferencias del gobierno a la seguridad social).

El Gasto del Gobierno General en Salud incluye todas las transferencias a los hogares para compensar los costos de la atención médica y fondos extrapresupuestarios para financiar los bienes y servicios de salud, pero no incluye las prestaciones proporcionadas a los trabajadores bajo el concepto de salarios no percibidos por enfermedad. <sup>(31)</sup>

## **El Gasto Total en Salud,**

Es el monto total que se ve reflejado en el comportamiento del gasto público y privado. Este gasto actualmente se considera como una inversión estratégica para el mantenimiento y recuperación de la salud de los guatemaltecos. El gasto total en salud incluye los recursos utilizados para el consumo de bienes y servicios relacionados a la asistencia en salud, la adquisición de bienes y equipo médico, los gastos preventivos y la administración del sistema. <sup>(32)</sup>

## **Gasto Privado en Salud**

Es la suma de los gastos en salud realizados por entidades privadas tales como compañías o mutuas de seguro médico, corporaciones y cuasi-corporaciones residentes no controladas por el gobierno que ofrecen servicios de salud o su financiación, las instituciones sin fines de lucro y los hogares, intervienen como agentes financieros como el gasto de bolsillo.<sup>(32)</sup>

### **Indicadores Económicos de Salud**

Son instrumentos que sirven de patrón para medir, evaluar o mostrar el progreso de una actividad.

Entre los principales indicadores están:

- Gasto total en salud % del PIB.
- Gasto en Salud del Gobierno en General % del PIB.
- Presupuesto ejecutado MSPAS como una proporción (%) del PIB,
- Gasto en salud privado como porcentaje (%) del Gasto Total en Salud.
- Gasto en Salud del Gobierno en General.
- Gasto en Salud Directo Hogares % gasto en salud Privado.<sup>(32)</sup>

### **Integración del Gasto a Nivel Nacional**

El financiamiento privado, continúa siendo la principal fuente del gasto en salud a nivel nacional. En el año 2013, el gasto privado alcanzó los 17,261 millones de quetzales y su variación respecto del año 2012 fue mínima. Sin embargo, el repunte de los gastos en el año 2012 respecto de lo reportado en el año 2011, se dio debido al incremento en el presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el acomodamiento en el año 2013 recibió una fuerte influencia de las asignaciones presupuestarias del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y de una reducción del gasto público en las otras entidades financieras, específicamente del Gobierno Central y las municipalidades.<sup>(30)</sup>

## **Distribución del gasto en Salud por área geográfica**

Respecto de la distribución geográfica del gasto total en salud, es de hacer notar la disparidad que existe entre las Regiones:

La Región I, o Región Metropolitana: Se gasta el 66.9% de presupuesto, en detrimento de las demás regiones del país, con una población de 3 millones de habitantes y un gasto per cápita de Q.678 millones. En esta región se ubican el 43% de las camas disponibles y el 40% de la infraestructura física, incluyendo puestos, centros de salud y hospitales; el recurso humano también está concentrado en esta Región, alrededor del 40% del personal que asciende a más de 36 mil personas, trabaja en la región metropolitana. Del total del personal 68% trabaja en los servicios hospitalarios y en el nivel político normativo 24%, en los centros de salud y el restante 8%.

La Región II: Compuesta por los departamentos de Alta Verapaz, con casi un millón de habitantes, es la que cuenta con menor asignación per cápita: Q.103.2 millones, 4 veces menos que el promedio nacional; el 78% de esta población habita en el área rural, 7 de cada 10 personas se encuentran en pobreza y 3 de cada diez en pobreza extrema. El 85% de la población total es de la raza indígena.

La Región III: Abarca los departamentos de Zacapa, Chiquimula, El Progreso e Izabal, la población total asciende a un millón de habitantes de los cuales el 69% habita en el área rural. Es la tercera región menos afectada económicamente después de la región Metropolitana y la Región V, ya que los indicadores de pobreza son de 49 y 15% de general y pobreza extrema respectivamente.

La Región IV: Abarca los departamentos de Jutiapa, Jalapa y Santa Rosa, 933 mil 381 habitantes de los cuales 93% no son indígenas. Su situación económica es precaria pues 2 de cada 3 se encuentran en estado de pobreza y 1 de cada 4 en pobreza extrema.

La Región V: Sacatepéquez, Chimaltenango y Escuintla, forma parte de las tres cuyo gasto per cápita esta sobre el promedio nacional. Cuenta con más de 1.2 millones de personas. El gasto en este periodo se estimó en un gasto per cápita Q1, 008.7 millones. El área rural en esta región, es de 44% la más baja después de la Región Metropolitana, con índice de 14%.

La Región VI: Abarca 6 departamentos: Quetzaltenango, Totonicapán, Sololá, San Marcos, Suchitepéquez y Retalhuleu, es la Región en la cual habita el porcentaje más grande de la población más pobre, 2.7 millones de personas cuyo gasto per cápita se ubica por debajo del promedio nacional con Q886.1 En estos seis departamentos se ubica el 32% de los indígenas del país; el promedio de pobreza es de 70% y extrema pobreza 33%; el 62% viven en el área rural. Es la menos favorecida con cerca del 5% de los recursos físicos asignados por el Ministerio, de los cuales el 37% de los centros de salud tiene la infraestructura deteriorada y 67% cuenta con equipo deficiente.

La Región VII: Huehuetenango y Quiché, tiene una población de 1.5 millones de habitantes; es la que, después de la región Metropolitana, tiene el más alto gasto per cápita. Estos dos departamentos, después de San Marcos y Totonicapán, son los más afectados económicamente, pues sus niveles de pobreza general son de 77.85 y 81.09 y 4 de cada 10 personas se encuentran en pobreza extrema. Esta población tiene 76% de ruralidad y 3 de cada 4 personas son indígenas de la etnia Maya.

La Región VIII: La conforma el departamento de Petén. Cuenta con el territorio más grande del país, 35.9 miles de kilómetros cuadrados. Habitada por 366 mil 735 personas de acuerdo al último censo. 31% de la población es indígena y 70% se ubica en el área rural. La situación económica de la población está marcada por la pobreza y pobreza extrema, con indicadores de 60 y 22% respectivamente.

En las otras Regiones la inversión fue menor a la VI, habiendo sido la de Petén, que únicamente absorbió el 1.5 por ciento. <sup>(32)</sup>

### **Gasto Por Enfermedad**

Se han establecido 17 Prioridades de Salud en el país y sus acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación, las cuales deben desarrollarse para cada uno de los grupos etarios, estas prioridades surgen dentro del marco de lo que es el perfil epidemiológico nacional y el plan estratégico de salud.

Las estimaciones de gasto en función de las 17 líneas de trabajo, ascendieron a 139.5 millones de quetzales.

- 01 Mortalidad Materna y Neonatal
- 02 Enfermedades Respiratorias agudas
- 03 Enfermedades transmitidas por alimentos y agua
- 04 Desnutrición
- 05 Enfermedades transmitidas por vectores
- 06 Inmuno-prevenibles
- 07 Rabia
- 08 Enfermedades de transmisión sexual ETS/VIH/SIDA
- 09 Tuberculosis
- 10 Accidentes y Violencia
- 11 Enfermedades Crónicas Degenerativas
- 12 Situación de Desastres
- 13 Adicciones
- 14 Intoxicaciones por Plaguicidas
- 15 Enfermedad Bucodental
- 16 Salud mental

### **Evolución del gasto en Recursos Humanos**

Las remuneraciones a los empleados, constituyen el rubro de gasto que representa los alcances de la provisión de servicios de salud. Una mayor plantilla de personal de salud, representa mayor alcance en la atención de los servicios si se compara con la densidad poblacional. De manera global, los gastos en recursos humanos se han visto incrementados por dos razones, una de ellas es el incremento de la plantilla, que en el Ministerio de salud

alcanzó los 10,000 empleados nuevos entre los años 2012 y 2014. La otra forma de incrementar el gasto en recursos humanos tiene que ver con las prestaciones laborales y el aumento de salario. Todos estos elementos influyeron para que en el año 2013 el monto del gasto en Recursos humano alcanzara 5,908 millones de quetzales, una participación del 1.4% si se compara con el Producto Interno Bruto. La partición de este gasto entre sectores señala que el sector público tiene una cuota mayor. <sup>(30)</sup>

### **Integración del Gasto de Recursos Humanos**

En el año 2013, los servicios de gobierno erogaron en el rubro de remuneración a los asalariados un total de 3,937 millones de quetzales, en comparación con un monto de 1,166 millones de quetzales erogados en el sector privado para el mismo concepto y el mismo año. Si bien el sector público incluye una mayor flotilla de personal, la variabilidad de los salarios es mayor en función de la demanda, la cual en el sector privado es mucho menor. También es observable un decremento en el gasto en recursos humanos de los otros proveedores de salud que no son Gobierno, esto se debe a que la producción de recursos humanos en salud de las Universidades permanece constante, y el Ministerio de Salud Pública realizó contrataciones mayores, lo que significó un traslado de recursos humanos de los otros sectores hacia el Ministerio de Salud. <sup>(31)</sup>

## **8. Cobertura**

Los indicadores de cobertura de los servicios de salud reflejan la medida en que las personas que lo necesitan reciben de hecho intervenciones de salud importantes. En general, los indicadores de cobertura se calculan dividiendo el número de personas que reciben una intervención definida por la población que tiene derecho a recibirla o la necesita.

Actualmente únicamente se cuenta con una proyección, reflejando una tasa de crecimiento de 2.5 por ciento, que indica que Guatemala cuenta con 15,468,000 habitantes, de los cuales el 40.8% está entre los 0 y 14 años, el 55.5% está entre los 15 y 64 años y el 3.6% de los 65 en adelante.

## 9. Red de Servicios de Salud del Subsector público:

Está formado por el propio Ministerio de Salud Pública, servicios de salud del Ministerio de la Defensa, Gobernación, la Universidad de San Carlos de Guatemala USAC, Gobiernos Locales y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). El MSPAS es el que cuenta con el mayor número de unidades físicas de salud.

## 10. Estructura del Ministerio de Salud Pública:

La prestación de servicios de salud se divide en tres niveles de atención.

Se define servicio de salud como el lugar donde el usuario recibe atención médica integral de acuerdo a sus necesidades. Incluye desde la salud preventiva, curativa y de recuperación, orientada a la persona, a la familia y a la comunidad.

### **Primer Nivel de Atención**

Es el servicio de salud para la atención preventiva, se localiza en cabeceras municipales y aldeas, de común acuerdo con la población que existe en su jurisdicción, cuenta con: unidades de atención, Puestos de salud, de jurisdicción Institucional, de jurisdicción mixta, puestos de salud fortalecidos, Unidades mínimas, organizaciones no gubernamentales y de jurisdicción.

### **Segundo Nivel de Atención**

Los Centros de Salud, tipo A, son centros de asistencia médica general, se localizan en las cabeceras municipales o en poblaciones que por su accesibilidad e importancia poblacional deben de contar con disponibilidad de encamamiento. Los Centros de Atención Tipo B, son centros de asistencia médica sin encamamiento, con la responsabilidad de dirigir supervisar y controlar los puestos de salud que corresponden a su jurisdicción.

### **Tercer Nivel de Atención**

Corresponde a los hospitales, Nacionales, 6 Regionales y Distritales<sup>(25,38)</sup>

Infraestructura en Salud Bucodental: el MSPAS, para la prestación de servicios odontológicos necesita de infraestructura odontológica, la cual se refiere a los Consultorios dentales habilitados con Sillón Dental, Unidad Dental, Equipo de Rayos X, Lámpara Dental e instrumental de mano, los cuales se encuentran en los hospitales y algunos centros de Salud.

## 11. Situación Epidemiológica Bucodental en Guatemala

La epidemiología es una disciplina científica que estudia la distribución, la frecuencia, los factores determinantes, las predicciones y el control de los factores relacionados con la salud y con las distintas enfermedades existentes en poblaciones humanas definidas. Obtiene y analiza información que permite desarrollar un proceso de toma de decisiones basado en la situación epidemiológica existente y proyectada y, de esta manera, coordinar una respuesta global del sistema ante situaciones de emergencia epidemiológica. <sup>(12)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, la epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes. <sup>(40 42)</sup>

La Salud Bucal puede definirse como la ausencia de dolor oro facial crónico, cáncer bucofaríngeo, estomatitis ulceronecrotizantes, úlceras bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, enfermedades y disfunciones de hueso y tejidos blandos de la boca, relaciones entre variables biológicas y no biológicas implicadas con la salud bucal, así como otras enfermedades y trastornos que afectan la cavidad bucal. La caries dental y la enfermedad Periodontal son las de mayor prevalencia, y tienen en común la placa bacteriana <sup>(12,38)</sup>

## A. Placa Dental

Como Placa Dental, Placa Bacteriana o Placa Dentobacteriana, se conoce a la placa suave, blanquecina, metabólicamente activa, fuertemente adherida a los dientes, formada principalmente por bacterias y sus productos atrapados en una matriz de polisacáridos de origen bacteriano y glicoproteína. Es semipermeable a los distintos solutos de los fluidos que tienen contacto con ella.

Si bien hoy por hoy todavía no se han aclarado completamente muchos aspectos de la etiopatogenia de la caries y de la enfermedad Periodontal, el papel etiológico principal que la placa bacteriana juega en ambos procesos es incuestionable. Aunque los factores genético-hereditarios, la dieta, la inmunidad, la salivación, los hábitos higiénicos y otros factores modificadores locales y sistémicos, condicionan de forma importante la aparición y el desarrollo de la caries y la enfermedad Periodontal.

## B. Caries Dental

La caries dental es una enfermedad crónica, infecciosa, multifactorial y transmisible que afecta los tejidos duros del diente. Es producida por la acción de bacterias acidógenas y acidúricas, las cuales degradan hidratos de carbono de la dieta y producen ácidos como resultado final de su metabolismo. Como consecuencia el esmalte dentario se desmineraliza iniciándose un proceso patológico que implica una amplia gama de cambios, desde la disolución microscópica de cristales de apatita del esmalte, hasta dejar el diente visiblemente cariado.

La caries dental es un proceso patológico de destrucción de los tejidos dentales causada por microorganismos. (Del latín: Caries = podredumbre). La caries dental es una enfermedad multifactorial en la que existe interacción de los siguientes factores: El huésped (saliva y dientes), la microflora, el substrato (dieta), el tiempo para que haya caries debe haber un huésped susceptible, una flora oral criogénica y un substrato apropiado que deberá estar presente durante un período determinado. La caries en el hombre se considera una enfermedad crónica debido a que las lesiones se desarrollan durante un período de meses o de años. El tiempo promedio transcurrido entre el momento en que aparece la caries incipiente y la caries clínica es más o menos entre 6-18 meses. <sup>(1,12)</sup>

### C. Enfermedad Periodontal

La importancia decisiva de las bacterias en la etiología de la periodontitis, se describió en 1882. Los estudios microbiológicos recientes, las encuestas epidemiológicas y los experimentos en animales, han confirmado la significación etiológica de la Placa Dentobacteriana (PDB) en la patogenia de ésta enfermedad. Hasta la fecha se han identificado más de 300 tipos de bacterias en la PDB, aunque sólo muy pocas participan en el origen de la enfermedad Periodontal. Sin embargo, los microorganismos especialmente implicados son: Las bacterias Gram negativas. Actinobacillus, actinomycetemcomitans (A.a.), Porphyromonas gingivalis (P.g.), Prevotella intermedia, Bacteroides, forsythus, Eikenella corrodens, Fusobacterium nucleatum, Campylobacter rectus, Selenomonas sp. y espiroquetas, entre otros. Los más relacionados a la enfermedad Periodontal son los dos primeros.

Se ha planteado que, en los países de América Latina, no existen estudios de prevalencia de enfermedad Periodontal representativos del nivel nacional y que los pocos estudios existentes, han sido realizados en sub poblaciones con representatividad discutible y métodos diversos de evaluación de enfermedad. <sup>(11,41)</sup>

En la Facultad de Odontología de la Universidad San Carlos de Guatemala, se han reportado varios estudios, entre ellos, el realizado en la Villa de Chicacao, Suchitepéquez, en donde se concluyó que el 100% de las personas estudiadas padecen de inflamación gingival, por lo que determina que la prevalencia de la enfermedad Periodontal es de 100%. <sup>(17)</sup>

Sin embargo, en las Memorias de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, únicamente se ven reflejadas: Infecciones respiratorias agudas, gastritis, parasitismo intestinal e infecciones de las vías urinarias, lo que representa el 75% del total de las consultas en la red de servicios de salud. <sup>(35)</sup>.

## VI. Objetivos

### 1. Objetivo General

El objetivo principal del presente estudio obedeció a la importancia que representa identificar las Políticas Públicas de Salud Bucodental, que la Red Nacional de Servicios de Salud implementó durante los últimos cinco años, los recursos que fueron ejecutados en este rubro, la cobertura y el tipo de tratamientos odontológicos que les fueron otorgados a la población guatemalteca.

### 2. Objetivos Específicos

1. Identificar las Políticas Públicas de Salud Bucodental dentro de la Política Nacional de Salud 2010 -2014.
2. Conocer los recursos financieros asignados y ejecutados a la salud Bucodental por el MSPAS, durante el último lustro.
3. Conocer la Cobertura de atención de salud bucodental otorgada y el tipo de tratamientos Odontológicos proporcionados a la población por la Red Nacional de Servicios de Salud en el período 2010 – 2014.

## VII. Variables

Las variables son multidimensionales, en el sentido de estar conformadas por varias variables componentes y diversos indicadores. Estas macro-variables o variables principales del estudio son tres, a saber: las Políticas Públicas en Salud Bucodental, los Recursos Financieros de inversión o funcionamiento administrativo-operacional, y la Cobertura y Tipos de tratamientos prestados, a través de los programas, proyectos y la ejecución de las acciones planificadas.

### 1. Políticas Públicas en Salud Bucodental

#### 1- Definición

Son las acciones que generan cambios positivos en la sociedad, logrando Bienestar Social en parte o la totalidad de la población, a través del uso de instrumentos que cumplan con los valores, metas y objetivos preestablecidos en la Política. Implica el uso de Recursos y Objetivos, y se establece determinando de manera específica unas Metas, que a su vez se desglosan en Cobertura, Alcance y Período de ejecución bien definidos. De esta manera, estos aspectos de la Política Pública y en particular, de las Políticas Públicas de Salud Bucodental.

#### 2- Valores

En el presente estudio se analizaron cuantas y cuáles fueron las Políticas Públicas de Salud Bucodental que el MSPAS, formulo e implementó durante el periodo de 2010 - 2014.

#### 3- Fuente

Para la obtención de las Políticas Públicas de Salud Bucodental, del periodo 2010 – 2014, se recurrió a la publicación de la Unidad Técnica de Planificación del MSPAS, “Lineamientos Básicos y Políticas de Salud”.

## 2. Recursos Financieros

### 1- Definición

Representan toda la colección de recursos asignados a un Proyecto o Programa, y pueden ser de tipo financiero, capital humano, capitales en equipo y materiales fungibles.

En la práctica, todos los recursos asignados a un proyecto, programa o política pública, son reducidos e integrados financieramente a través de los costos y las inversiones monetarias que se tengan que llevar a cabo para disponer de los recursos activos y pasivos en cuestión. Los Recursos, y en especial los relacionados con la práctica y ejercicio de una Política Pública suelen expresarse en función del Presupuesto asignado para su ejecución, y en este sentido, es una parte del Presupuesto General de la Nación, expresado en función de un porcentaje o por millar del total del presupuesto, y de esta manera, un porcentaje o por millar del total del PIB. Estas proporciones relativas indican cuál es la importancia real concedida a tal o cuál programa o política, pues no es posible asignar cierta prioridad nominal a una determinada Política Pública si no se acompaña tal determinación de los correspondientes recursos financieros.

### 2- Valores

En el presente estudio se analizaron los recursos financieros que fueron presupuestados y cuantos recursos financieros fueron erogados para la ejecución de las Políticas Públicas de salud Bucodental.

### 3- Fuente

Para la realización del presente análisis se recurrió al documento publicado por el MSPAS: “Reporte de Guatemala al Informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales 2015”

## 3. Cobertura

### 1- Definición

Se entiende por cobertura a la población meta que fue beneficiada por la política que se está evaluando, lo cual incluye la definición demográfica y epidemiológica de las personas que

conforman esta población. Se expresa usualmente en cantidad de personas, con la descripción de los estratos que la puedan constituir, o bien los conglomerados que la cobertura pueda contemplar, en este estudio nuestra población meta son todos los habitantes no cubiertos por el Seguro Social.

## **2- Valores**

En el presente estudio se analizaron las estadísticas otorgadas por SIGSA a la Unidad de Información Pública del MSPAS, de los tratamientos efectuados en las clínicas dentales donde se presta este servicio, durante el periodo 2010 – 2014.

## **3- Fuente**

Para la realización del presente análisis se procedió a solicitar la información a la Unidad de Acceso a la Información Pública del MSPAS.

## VIII. Marco Metodológico

### 1. Procedimiento y técnicas empleadas

Para la realización del presente análisis, se recopiló, identifiqué, clasifiqué y analicé la bibliografía pertinente: la oficial del MSPAS, de SEGEPLAN, la específica que se solicitó a la Unidad de Acceso a la Información Pública del Ministerio, información en línea que se consideró necesaria, así como documentos impresos, memorias y libros que fueron convenientes para un análisis documental sobre salud bucodental.

#### **Marco político:**

- Políticas Públicas de Salud 2010 -2014

#### **Marco financiero:**

- Se identificaron los recursos, las asignaciones y ejecuciones presupuestarias correspondientes (gasto), período 2010–2014.

#### **Marco ejecutivo:**

- Informes de ejecución, manejo y atención, durante el período 2010 – 2014.
- Memorias de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica 2010 – 2014
- La cobertura y tipo de tratamientos odontológicos otorgados por el MSPAS durante el período 2010-2014
- Se elaboraron cuadros y gráficas que reflejaron el análisis realizado.
- Se obtuvieron conclusiones y Recomendaciones.

## 2. Materiales

El presente estudio se realizó con información electrónica y física para lo cual fue necesario utilizar materiales físicos como:

1. Ordenador electrónico para la recolección y el procesamiento de los datos
2. Utilerías informáticas de Oficina, como Microsoft Excel, MS Word, MS Power Point y MS Paint sobre el sistema operativo de Microsoft Windows
3. Acceso a libres consultas, académicas e informativas en la Internet
4. Dispositivos tipo USB para organizar, trasladar y guardar la información
5. Libros, folletos, revistas académicas, informes, documentos e impresiones
6. Vehículo y combustibles para la movilización y las consultas personales

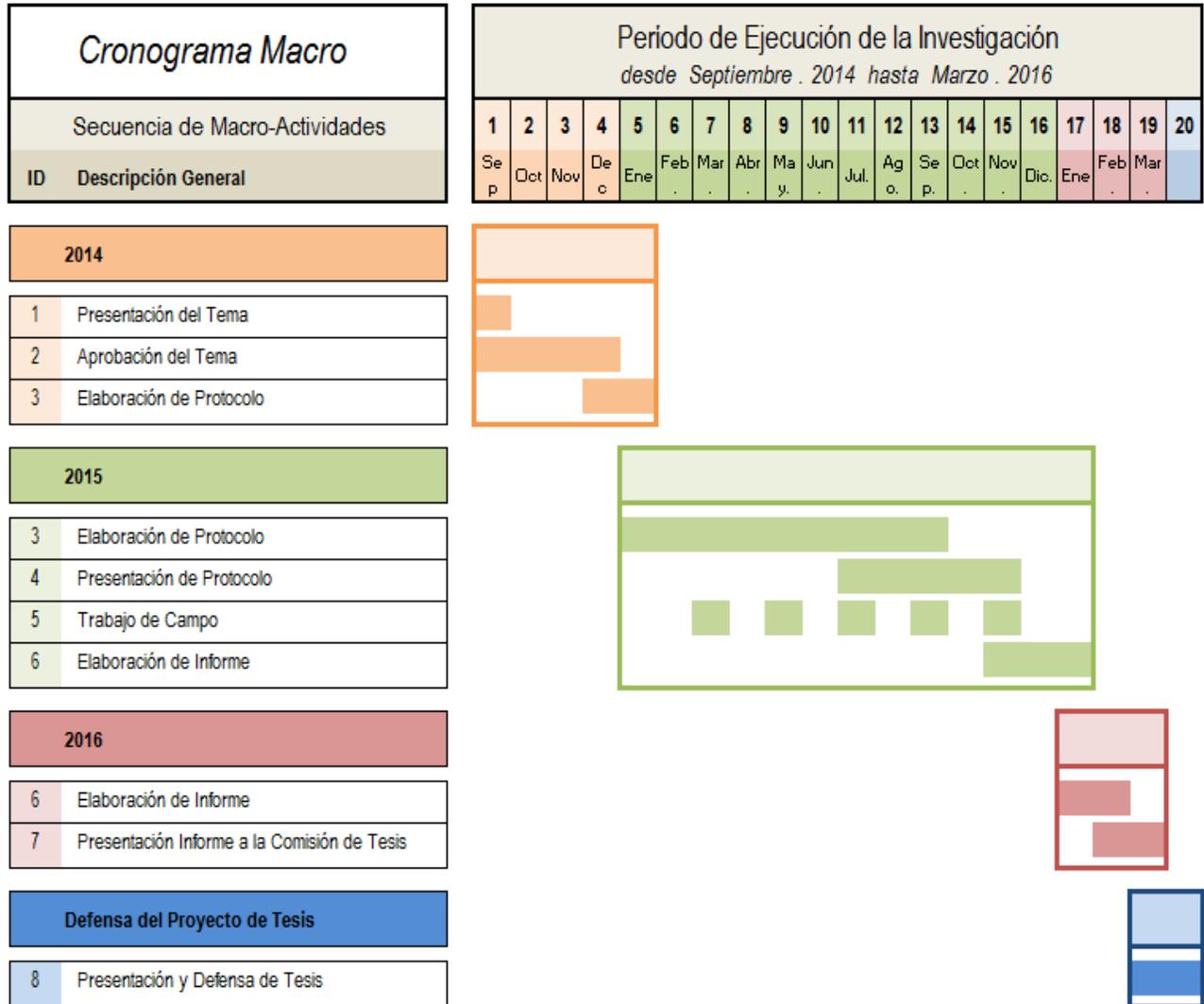
## 3. Recursos Humanos

- Narda Aracely Pineda M. - Investigadora
- Dr. Edwin E. Milian R. - Asesor

## 4. Costos

Asesorías	<b>15,000.00</b>
Equipo de Oficina	5,000.00
Documentación Impresa	500
Combustible	1,000.00
<b>TOTAL</b>	<b>21,500.00</b>

## 5. Tiempo



## 6. Asesoría

Dr. Edwin Ernesto Milian Rojas  
Cirujano Dentista

## IX. Presentación de Resultados

Los resultados presentados a continuación sobre las variables analizadas en los dos periodos de estudio, evidencian la voluntad política de las autoridades de turno, respecto a los resultados e impactos generados con las políticas implementadas, el uso de los recursos como satisfactor de las demandas de la población, así mismo, el número y tipos de tratamientos realizados en Salud Bucodental, factor fundamental de la Salud Integral de la población guatemalteca.

### 1. Políticas Públicas de Salud.

Al analizar las Políticas de Salud del MSPAS, se encontraron 10 lineamientos estratégicos básicos de las Políticas de Salud impulsadas para el período 2010 -2014, donde la Salud Bucodental no aparece explícitamente, ni se ve reflejada en ninguno de ellos como una política de salud bucodental propiamente dicha.

Sin embargo, puede afirmarse que la Salud Bucodental está incluida dentro del segundo lineamiento de las políticas básicas de salud, que incluyen los servicios integrales e integrados y que textualmente dice: “Mejorar y ampliar la cobertura de atención y prestación de los servicios de salud integrales e integrados”. Y es través de la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, que el Ministerio desarrolla acciones, las cuales ejecuta por medio del Departamento de Programas.

El Departamento de Programas prioriza actividades y dentro de estas prioridades programáticas de Salud, se encuentra el Programa de Salud Bucodental, identificado con el número 15 en el orden de prioridades, el cual contempla la mayor parte de enfermedades bucales dependiendo el ciclo de vida.

Se pudo comprobar por entrevista efectuada al Coordinador del Programa de Salud Bucodental, por un lado, que este programa no posee autonomía y tampoco posee presupuesto propio y por otro lado, que existen siete líneas de acción estratégica, como

parte de un planteamiento de política de salud bucal, pero por falta de presupuesto no ha sido posible la socialización y ejecución.

En el cuadro adjunto se presentan las siete estrategias de salud bucodental:

Cuadro N° 1

**Estrategias de Salud Bucodental del MSPAS**

1. Promoción y Educación de la Salud Bucal.
2. Prevención en Salud Bucal.
3. Coordinación Intersectorial para el fortalecimiento de la Comisión Nacional de la Salud Bucal.
4. Promover la Investigación.
5. Ampliar la Cobertura.
6. Fortalecer las Normas de Atención.
7. Fortalecer los Sistemas de Información para la Salud Bucodental

[Fuente: Unidad de Información Pública del MSPAS, Guatemala 2014]

Estas estrategias son definidas de la siguiente forma:

**1 Promoción y Educación de la Salud Bucal**

La primera línea de acción de esta estrategia, se considera muy bien planteada ya que se enfoca en capacitar y vincular a profesionales, técnicos, auxiliares del sector salud, con acciones de educación de salud bucal, así como Incorporar en el currículo de estudios de las carreras de salud, objetivos y contenidos sobre salud bucal, para que asuman un rol educativo en el ejercicio profesional.

Otro de los aspectos importantes que considera este lineamiento, es Introducir en el currículo de estudios de la carrera de magisterio, objetivos y contenidos básicos de salud bucal, con el propósito de que los maestros desarrollen actividades educativas en la comunidad, promoviendo y fomentando el autocuidado de la salud bucal. También considera Implementar programas de educación en salud bucal, en las escuelas públicas con énfasis en nivel pre primario y primario, con el propósito de que el escolar incorpore desde los primeros años, información pertinente para la prevención y mantenimiento de las estructuras bucales.

## **2 Prevención en Salud**

Una de las acciones más importantes a considerar dentro de la Odontología es la prevención, en esta segunda estrategia se considera la Implementación de programas de fortificación de la sal con yodo y flúor, como principal estrategia de prevención de la caries dental. (ACUERDO GUBERNATIVO 29-2004) la Introducción en las escuelas públicas, programas de enjuagatorios fluorados, en forma intersectorial Salud-Educación, en tanto se alcanzan niveles apropiados de cobertura de la sal fortificada, establecer programas de cepillado, control de placa bacteriana y dieta criogénica, en escuelas primarias del sector oficial, así como Implementar programas de aplicación de sellantes y geles fluorados, en población escolar con criterios de riesgo, en tanto se alcanzan los niveles apropiados de cobertura de la sal fortificada.

Otro aspecto igualmente importante en las acciones de prevención, es el apoyo que se pueda proporcionar al Ministerio de Educación en el desarrollo de una reglamentación pertinente de las tiendas escolares, con la inclusión de dietas saludables. Desarrollar componentes programáticos en los servicios de salud, que permitan evitar pérdidas dentarias prematuras, orientar extracciones selectivas, eliminar hábitos desestabilizadores de la oclusión, así como otras medidas de ortodoncia preventiva. Implementar un programa de capacitación para los equipos de salud bucal, que permita coadyuvar en la detección temprana de manifestaciones bucales del VIH/SIDA y Cáncer bucal, así como internalizar los riesgos de contraerlos, aplicando correctamente medidas de protección y prevención.

Implementar un programa de capacitación para los equipos de salud bucal, que les permita aplicar medidas de protección contra la Hepatitis B, así como aplicar medidas que reduzcan los riesgos.

### **3 Coordinación Intersectorial**

La tercera línea de acción contempla: Desarrollar acuerdos de participación de los sectores públicos, privados y de cooperación internacional. Elaborar un reglamento interno o de funciones de la Comisión. Promover acciones coordinadas para la realización de campañas, jornadas y otras que beneficien y otras que beneficien a la población en salud bucal.

### **4 Promover la Investigación**

Esta línea de acción de acción considera Planificar y ejecutar cada 5 años, estudios socio-epidemiológicos de representación nacional sobre caries dental, fluorosis y enfermedad Periodontal, en los grupos poblacionales definidos por la OMS. Planificar y ejecutar estudios sobre infraestructura y recursos humanos en salud bucal, a nivel nacional. Promover investigaciones de representación regional, sobre patologías bucales específicas. Establecer y promover con las Universidades, las líneas de investigación prioritarias para el país. Desarrollar protocolos de investigación. Gestionar recursos para el desarrollo de las investigaciones. Coordinar con el comité de Ética, las líneas de investigación que sean de interés para el Programa de Salud Bucal y la Comisión Nacional de Salud Bucal.

### **5 Ampliar la Cobertura**

En esta estrategia se considera ampliar la contratación del Recurso Humano. Es decir, se pretende continuar con la aplicación de la Técnica Practica de Restauración Atraumatica (PRAT); a su vez, por su bajo costo, una mínima intervención a la pieza dentaria, puede ser realizada por personal auxiliar. También se propende a garantizar el abastecimiento de insumos y mantenimiento de equipo odontológico. Se considera parte de esta estrategia el enfatizar la importancia que los odontólogos contratados por

el Estado, participen activamente en la elaboración del Plan Operativo Anual (POA), para incorporar de esta manera las necesidades de insumos e instrumental que se puedan tener para la realización de sus actividades; así mismo, se pedirá que el Jefe de Área y Distritos de Salud le brinden apoyo a este tipo de solicitudes. Se debe promover habilitación de clínicas dentales en los Centros de Salud, que no poseen. Coordinar campañas de promoción, prevención y jornadas de atención, a través de brigadas en municipios priorizados.

## **6 Fortalecer las Normas de Atención**

Respecto a las Normas de Atención, se puede aseverar que esta línea estratégica considera el establecer acciones inter-programáticas, para la atención de las personas con pertinencia cultural, en sus diferentes ciclos de vida y condiciones especiales. Así también, se incluye el elaborar guías de abordaje y los protocolos de atención de los problemas bucodentales más frecuentes. Revisión y actualización de las Normas de atención deben de ser continuas, con Capacitación permanente, tanto en materia de promoción como en la prevención y tratamiento de las enfermedades bucodentales.

## **7 Fortalecer los Sistemas de Información**

Y la última estrategia considera la Creación de indicadores para el análisis de la situación de la Salud Bucodental. Identificar las fuentes de información primaria y otras fuentes. Promover acuerdos con las diferentes instituciones que prestan servicios de salud bucodental, para el uso de SIGSA 22, como instrumento de captura de datos. Centro de Información de Salud Bucodental. Acuerdos de Paz. <sup>(39)</sup>

Otro aspecto referido por Director del Programa de Salud Bucodental fue, que ha sido a través de la Cooperación Internacional, que se pudieron realizar algunas acciones como, por ejemplo: La capacitación regional para la institucionalización de la técnica PRAT, pero que a la fecha no ha sido posible la asignación de recursos para su institucionalización en todas las Áreas de Salud.

La Práctica de Restauración Atraumática (**PRAT**) es una técnica muy bien fundamentada por la evidencia científica actual, que consiste en remover la lesión cariosa del diente

utilizando sólo instrumentos manuales y restaurarlo con un material adhesivo llamado Ionomero de vidrio.

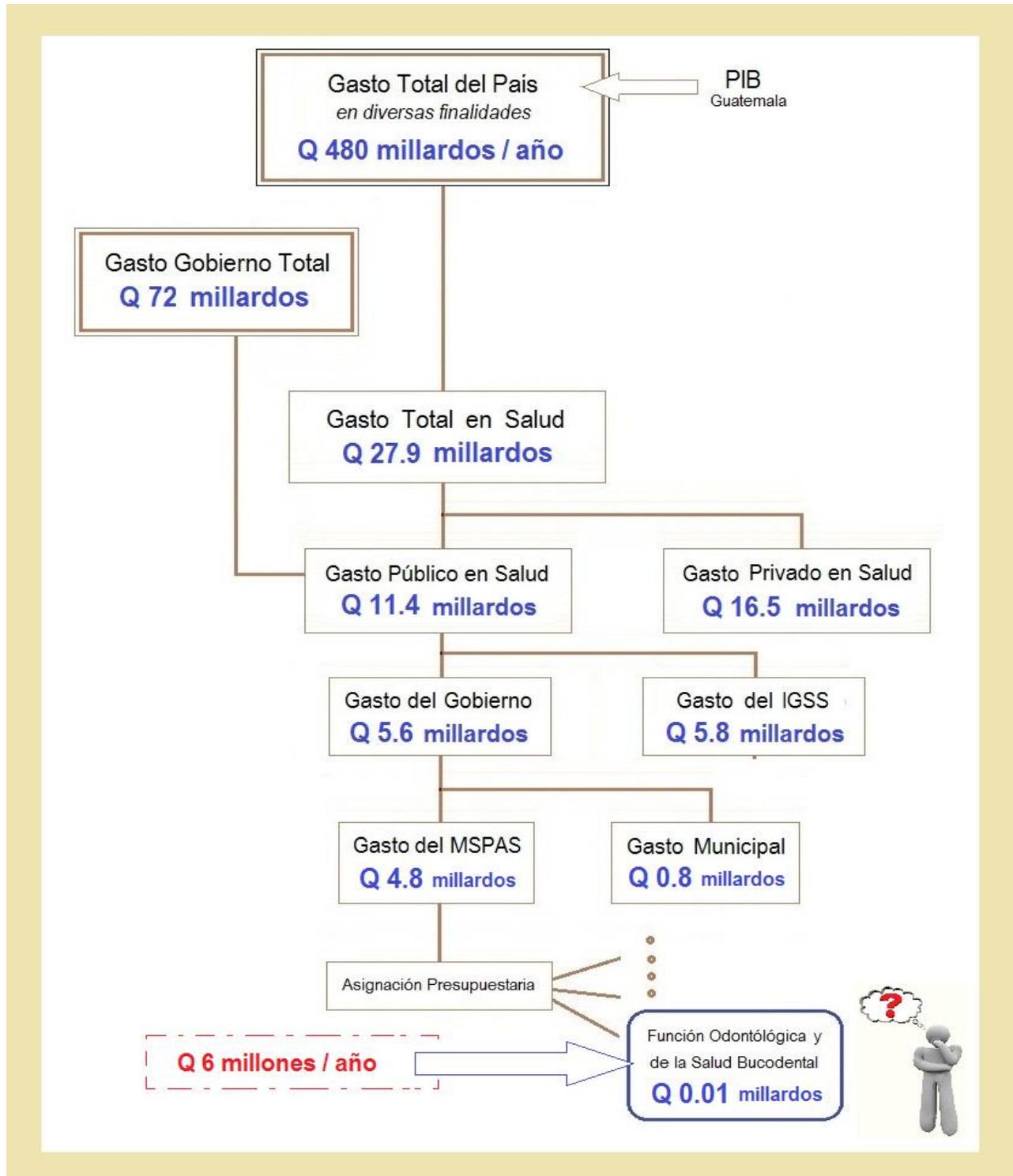
## 2. Recursos Financieros asignados y ejecutados.

Para la realización del Análisis de los Recursos Financieros asignados al MSPAS, fue importante seguir una lógica descendente, desde el total de la productividad neta del país, representada por el PIB, posteriormente se fue haciendo un acercamiento gradual y descendente hacia los rubros más específicos, que permitiera llegar a aquellos que comprenden la Salud Bucodental.

Para los efectos del análisis se presentan algunos cuadros y gráficas de contextualización general.

Para poder efectuar un análisis del presupuesto asignado y ejecutado por el MSPAS, hubo necesidad de hacer un desglose general del Gasto de país. Se analizó el gasto total en salud, el cual alcanzó durante el 2013, cifras de hasta 27.9 millardos y se evidenció que fue el financiamiento privado la principal fuente de financiamiento de la salud, la cual alcanzó cifras de 17,261 millones de quetzales, el gasto público se ha quedado relegado con 11.4 millardos o sea el 41% del gasto total en salud; este gasto público se dividió en 5.6 millardos para el MSPAS y 5.8 para el gasto del IGSS.

Figura N° 1: Esquema de la conformación y desglose del Gasto Total en Salud del MSPAS, Años 2010 -2014



[ Fuente: Proporcionado por Equipo Técnico de Salud del MSPAS, Guatemala 2016 ]

Durante el periodo analizado el gasto total en salud fue incremental, con un repunte especialmente en el 2010 y 2012, alcanzando el gasto público los Q 10,581 millones, una caída en el 2013 que luego en 2014 provocó una crisis por no haberse aprobado dicho presupuesto y tomar vigencia el del 2013, sin haber negociado prestamos ni donaciones.

El primer dato importante que observamos en la Gráfica 1, es la distancia que existe entre el gasto privado y el gasto público.

Un segundo dato, es la cantidad en que se incurrió en concepto de Gasto Total en Salud, el cual alcanzo la cifra de Q 27,568 millones de quetzales. El gasto privado con un mayor porcentaje equivalente a 51% alcanzo la cifra de 17,261 millones de quetzales y el gasto público con 49% equivalente a 10,508 millones.

Gráfica N° 1  
Desglose del Gasto Total en Salud

## Gasto total en Salud: público y privado

-Millones de quetzales-

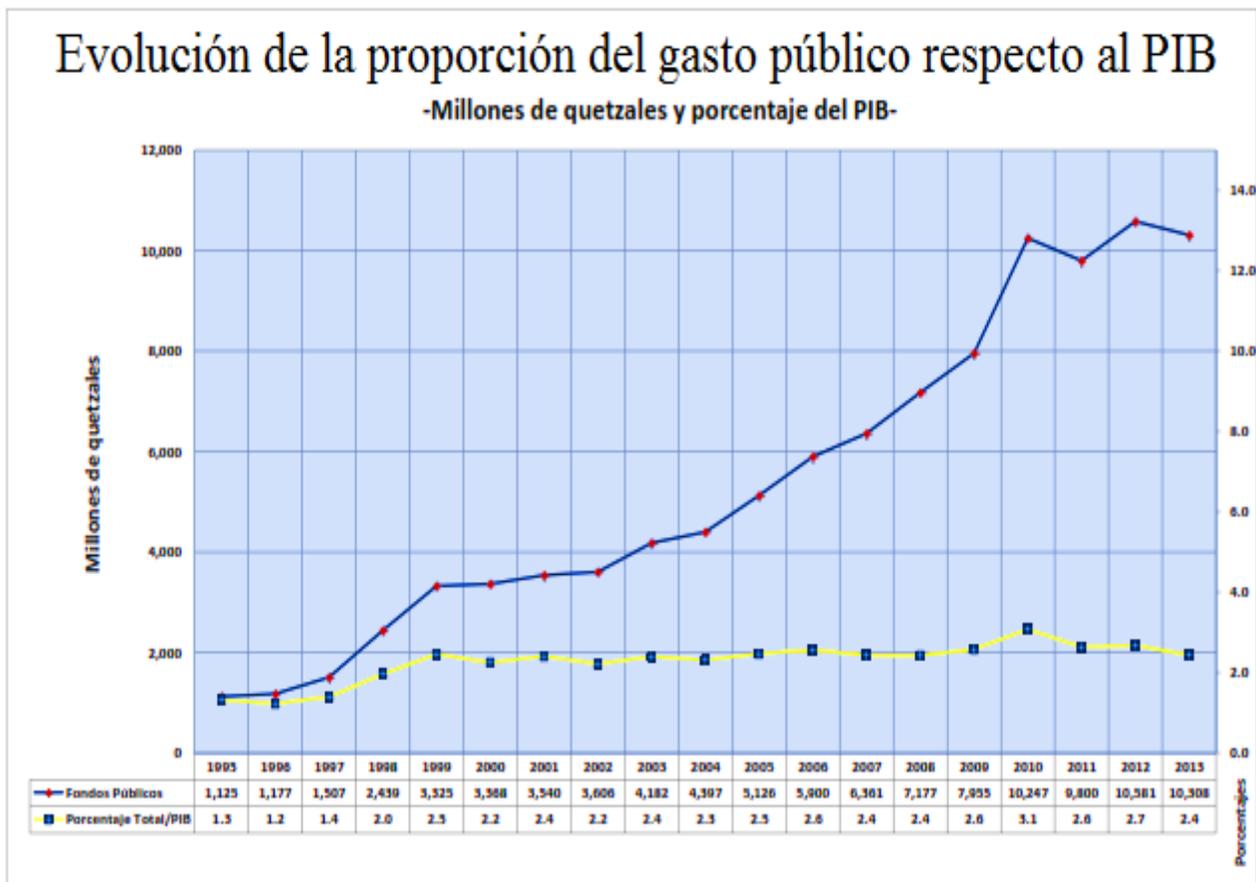


[ Fuente: Informe de las Cuentas Nacionales en Salud, Guatemala 2015 / MSPAS–OMS]

Un tercer dato importante de esta Gráfica 1, es que el gasto total en salud, fue incrementado en un factor de 9, pasando de 3 millardos a más de 27 millardos en los últimos años

En la segunda gráfica, es importante comparar estas cifras con el correspondiente valor del Producto Interno Bruto (PIB), el nominal del 2013 se ubicó en los 53,696.8 millones US\$, mientras que el PIB per cápita del mismo año según datos del INE, se ubicó en 3,478.1 US\$. Estos valores implican un estancamiento, es decir, que la tasa constante observada, indica una ausencia de prioridad o de alguna política específica que desee impulsarse. Esta proporción constante es la línea amarilla, refleja un porcentaje que ha descendido en los últimos cuatro años.

Gráfica N° 2  
**Relación entre el crecimiento del Gasto Público en Salud y el PIB**



[ Fuente: Informe de las Cuentas Nacionales en Salud, Guatemala 2015 / MSPAS–OMS]

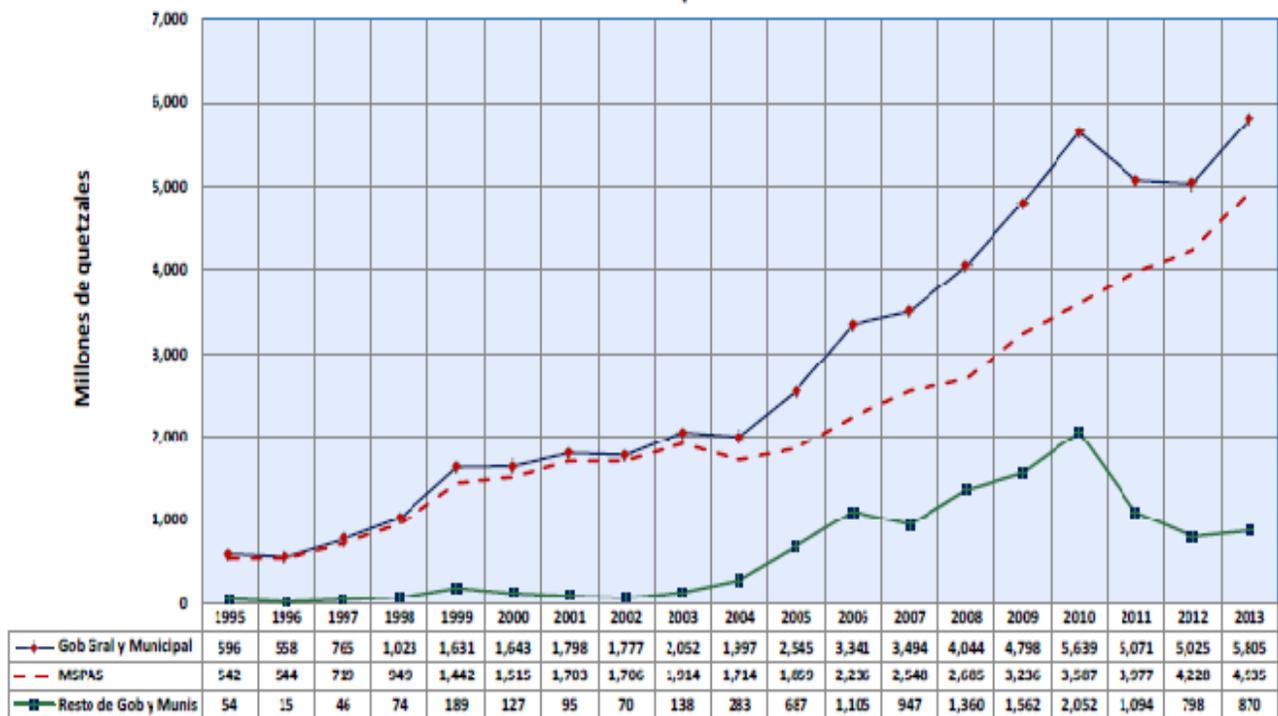
En la Gráfica 3, observamos que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el principal financista de los servicios de salud prestados por Gobierno General.

El presupuesto asignado al MSPAS, ha mantenido un comportamiento alcista históricamente y depende directamente del comportamiento del PIB, ubicado en 6.5% del producto interno bruto, equivalente a 5.8 millones de quetzales, sin embargo, en el 2012 éste había alcanzado un 7,1% del PIB y la baja se observa en el 2013 y se mantiene en el 2014, por no haber sido aprobado el presupuesto 2014 en el Congreso de la República, dándole vigencia al anterior del 2013. En esta premisa se asumió, erróneamente, que además de la asignación interna previa que ascendió a 5.9 millones en el 2013, se tendrían disponibles nuevamente fondos externos, lo cual no resultó cierto, pues el presupuesto ejecutado del año 2013 también incluyó fuertes donaciones ya negociadas que no se garan\_

Gráfica N° 3  
Gasto Gubernamental en Salud: MSPAS y otros ejecutores

## Integración del Gasto del Gobierno general y municipal

-Millones de quetzales-

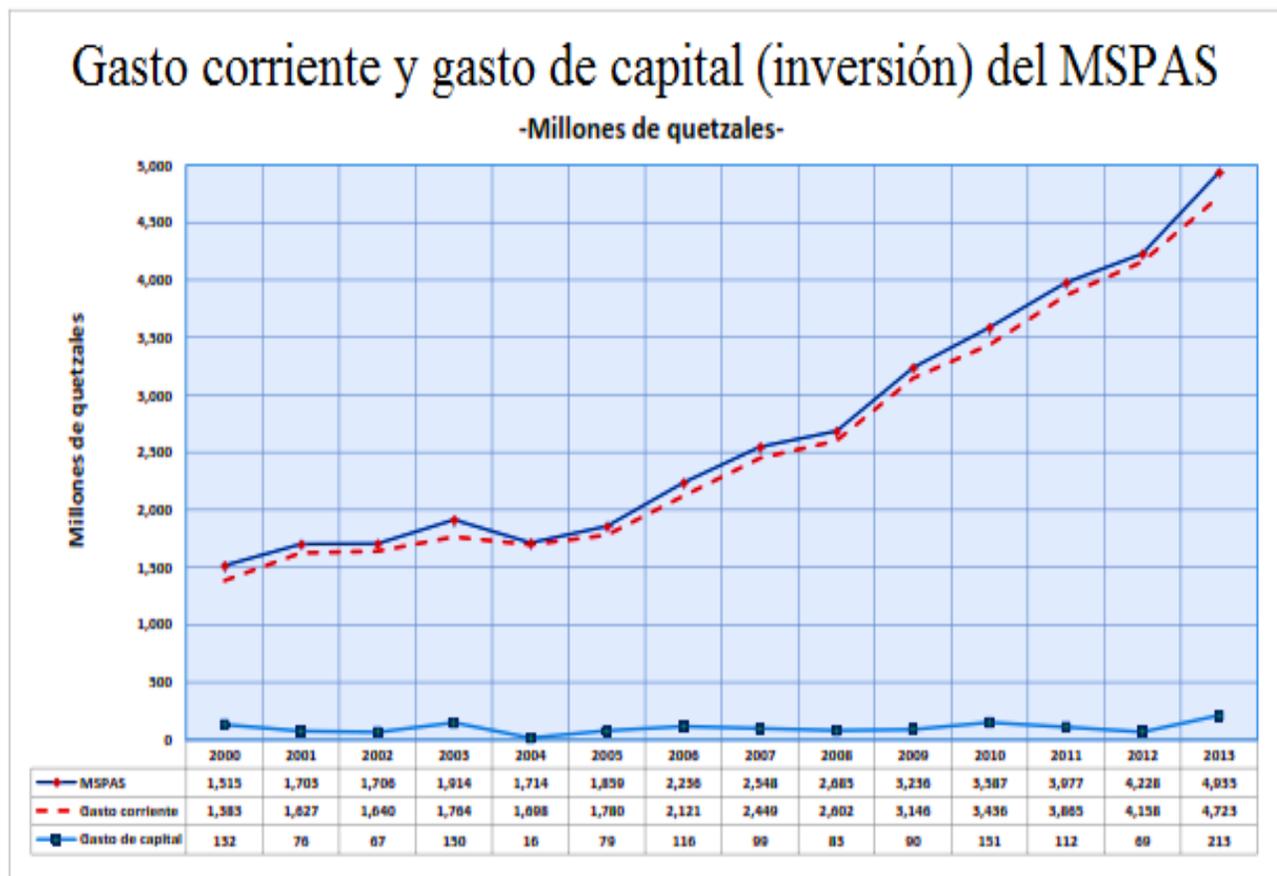


[ Fuente: Informe de las Cuentas Nacionales en Salud, Guatemala 2015 / MSPAS–OMS]

\_tizaron en el mismo monto para al año próximo del 2014. Así, este rubro tuvo una reducción de O.7 millardos, lo que influyó en la crisis que hizo apremiante la necesidad de un re-análisis del financiamiento, debido a la crisis en pagos en la Red Hospitalaria. Se observa en la Gráfica 3, en el año 2013, el presupuesto del MSPAS, pasó de Q5,025 millones a Q 5,805 millones, porque le fue trasladado el presupuesto de FONAPAZ según se ha indicado.

La Gráfica 4, nos presenta información crucial para el análisis financiero, pues se presenta la separación del gasto total en gasto corriente y gasto de capital.

Gráfica N° 4  
**Inversión (gasto de capital) del MSPAS vrs. Gasto Corriente**



[ Fuente: Informe de las Cuentas Nacionales en Salud, Guatemala 2015 / MSPAS–OMS]

Es decir, en la Gráfica 4 se está ilustrando la cantidad de la Inversión que se hizo con el presupuesto ejecutado en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Puede observarse aquí que tales inversiones son mínimas (representadas por la línea azul de abajo), o de manera más clara, por la brecha insignificante representada por el espacio entre la línea roja punteada del gasto corriente, y la línea azul del total inmediata arriba de la primera. Inversión significa desarrollo de mejoras e incremento de la calidad de la atención y los servicios.

### Costeo de la Salud Bucodental

Debido a las diferentes aristas y una estructura de desagregación de las cuentas en diferentes niveles de información estadística, el componente de la Salud Bucodental se mantiene parcialmente oculta y al margen de algún tipo de priorización. Muy por el contrario, los cálculos y estimaciones de costeo indirecto que se pudieron realizar desde la ejecución presupuestaria de líneas y funciones, hace ver que la proporción de gastos asociados a la salud bucodental fueron muy pequeños, respecto del total asignado al MSPAS.

Fue a través de una metodología de costeos indirectos, y un desglose de las distintas líneas presupuestarias registradas en el Sistema de Contabilidad Integrada –SICOIN- del Gobierno Central, como parte del Sistema Integrado de Administración Financiera del Ministerio de Finanzas Públicas, se logro obtener que las mejores estimaciones del gasto-inversión pública en la componente de la Salud Bucodental, indican de una proporción muy baja que asciende al 1.3 por millar, es decir del 0.13%, tasa que aplicada al monto total del MSPAS, consistente en 4.8 millardos de quetzales, tendremos un total de gasto-inversión de apenas Q 6 millones anuales.

Las estimaciones del 0.13% de asignación bucodental se realizó como un detalle del trabajo realizado en la Cuentas Nacionales en Salud, presentados a la OPS/OMS a inicios del año 2015, y se procedió a esclarecer todas las líneas y funciones referidas a la salud bucodental, según el detalle de registro llevado en el SICOIN, en donde se lleva control de la ejecución presupuestaria. La dificultad para realizar sistemáticamente este control está vinculada con

el sistema de registro contable de la ejecución presupuestaria, en la cual no existe una separación preestablecida de las acciones de servicios de salud que redunden en la Salud Bucodental de los pacientes tratados. De esta forma, estos cálculos llevaron a la incipiente cifra de 6 millones de quetzales, los cuales, aún en el mejor de los casos no podría subir más allá de un factor de 3, es decir, un monto muy inferior a los Q 20 millones.

Se hace énfasis, que la realización de pertinentes análisis de la ejecución presupuestaria del MSPAS, se hizo altamente complicado por las muchas plataformas y aristas de información presupuestaria que se tienen, lo que lleva casi a la imposibilidad para cruzar un tipo de información con otra, y de aquí que un análisis a detalle de los gastos ejecutados no sea posible. Según el Tercer Informe sobre la Situación de la Salud y su Financiamiento, el Ministerio de Salud, MSPAS, invirtió el 67% en el Área Metropolitana, en detrimento del resto del país; 139.5 millones en las 17 Prioridades Programáticas; 46% en acciones del Tercer Nivel y 40% en acciones del Primero y Segundo nivel. Según el informe a la OMS, en el 2013 más de dos terceras partes del presupuesto se invirtieron en salarios. Algunos expertos en salud de USAID, manifestaron que el MSPAS dirigió el gasto a mantenimiento de infraestructura, recurso humano y medicamentos e insumos. No existe una razonable evaluación de los usos presupuestarios, lo que va en detrimento del planteamiento de nuevas políticas y estrategias

### 3. Cobertura de atención y tipo de tratamientos

El Ministerio de Salud Pública y Atención Social, a través de la Red Nacional de Servicios de Salud, dio la prestación de servicios de salud a la población guatemalteca, durante los años comprendidos en el período 2010 – 2014, incluyendo en éstos los correspondientes a la Salud Bucodental. Con una contratación muy baja de personal odontológico ya que solamente 145 odontólogos fueron contratados por el Estado, para poder cubrir todo el territorio nacional y que según los estudios epidemiológicos realizados.

Con respecto a la infraestructura odontológica para poder prestar estos servicios, se pudo comprobar según el documento recibido por la Unidad de Información Pública de MSPAS

que solamente 42 hospitales de los 44 que conforman la red hospitalaria, tenían infraestructura y que la mayoría de Centros de Salud mantenían en mal estado sus equipos.

Según el cuadro presentado por el Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud, el Ministerio tiene clasificadas las enfermedades dependiendo el ciclo de vida:

Neonatos: Lesiones Micóticas, Dientes Neonatales, Labio y paladar hendido.

Lactantes: Lesiones Micóticas, Dientes Neonatales, Labio y Paladar hendido, caries de biberón.

Niños de 1 a 9 años: Caries dental, Labio y Paladar hendido.

Adolescencia y Adultos: Caries dental, Gingivitis, lesiones herpéticas recurrentes, Cáncer bucofaríngeo.

Adulto Mayor: Caries dental, Gingivitis, Periodontitis, Lesiones herpéticas recurrentes, Cáncer bucofaríngeo, Xerostomía.

Según esta clasificación se pudo analizar que la atención odontológica institucional, no contempla el segmento preventivo y educativo, a pesar que la Organización Mundial de la Salud –OMS-, desde el año de 2002 ha venido exhortando a los distintos gobiernos, de manera clara y transparente, para que la Salud Bucodental tome un papel protagónico en la salud integral de la población de los respectivos países, y se hagan esfuerzos considerables para que se institucionalicen programas educativos preventivos, especialmente contra la Caries Dental, enfermedad crónica, infecciosa, transmisible causada por bacterias presente en el 100% de la población. En el Cuadro N° 2 adjunto, es posible analizar que los tratamientos realizados fueron de tipo curativo y reactivo, ya que son las exodoncias las que presentan las mayores frecuencias estadísticas. No existe la evidencia de una política de prevención y educación comunitaria en los temas de la Salud Bucodental.

Es importante enfatizar que la realización de los análisis sobre la cobertura de la atención Bucodental, dentro de la Red Nacional de Servicios de Salud, no resultó fácil de realizar, debido a la precaria información o la inexistencia de datos en fuentes diversas, aunado al hecho que la cobertura se calcula de distinta manera y responde a diferentes conceptos según la instancia o Unidad Operativa de la que se trate, lo que significa nuevamente una ausencia palpable y visible de ausencia de Políticas Públicas sobre el tema de la Salud Bucodental.

La tabla que se presenta en el Cuadro N° 2 muestra las estadísticas proporcionadas por SIGSA, a la Unidad de Información Pública del MSPAS. Es importante señalar a su vez que esta población no está considerada dentro de la cobertura del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Según las estadísticas poblacionales proyectadas por el INE a 2014, fueron de: 15 millones 468,00 habitantes, de los cuales 40.8% están entre los 0 y 14 años, 55.5% entre los 15 y 64 años y el 3.6% de los 65 en adelante, por lo que se analizó que el porcentaje de población atendida por el MSPAS, durante el periodo en estudio, fue de un 3.7 % de personas cubiertas.

**Cuadro N° 2**  
**Cobertura de atención en la Salud Bucodental a Nivel Nacional**

<b>Enfermedad y/o Tratamiento</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>TOTALES</b>
<b>Cirugía Mayor</b>	1,231	156	308	142	25	<b>1,862</b>
<b>Cirugía Menor</b>	1,448	1,681	1,434	1,202	250	<b>6,015</b>
<b>Extracciones dentales</b>	182,257	103,579	83,002	97,801	77,951	<b>644,590</b>
<b>Pulpotomía</b>	1,847	762	696	585	666	<b>4,556</b>
<b>TCR</b>	1,395	2,241	3,925	1,925	37	<b>9,523</b>
<b>Ob. de amalgama</b>	18,844	12,795	9,995	14,403	8,095	<b>64,132</b>
<b>Ob. De Resina /Ionomero de vidrio</b>	9,741	7,318	10,220	11,752	6,409	<b>45,440</b>
<b>Ob. Temporal</b>	4,574	1,067	341	3,260	3,940	<b>13,182</b>
<b>Tx. Periodontal</b>	15,592	17,261	24,379	18,578	9,041	<b>84,851</b>
<b>Caries Dental</b>	61,864	70,271	109,710	133,330	122,727	<b>497,902</b>
<b>Enfermedad Periodontal</b>	15,622	16,447	22,794	28,780	26,886	<b>110,529</b>
<b>Otros Servicios Odontológicos</b>	123,129	116,191	174,685	217,483	213,354	<b>844,842</b>
<b>TOTALES</b>	<b>437,544</b>	<b>349,552</b>	<b>441,481</b>	<b>529,241</b>	<b>562,972</b>	<b>2,327,424</b>

[ Fuente: Unidad de Información del MSPAS, Guatemala 2015]

## X. Discusión de Resultados

### 1. Políticas Públicas de Salud Bucodental

El objetivo primordial de la presente investigación está vinculado con la identificación de las Políticas Públicas de Salud Bucodental, para la consecución, el logro y la sostenibilidad de la Salud Bucodental a nivel nacional, con lo cual se ha evidenciado la ausencia de una Política Pública definida. El análisis financiero nos indica que no hay ninguna priorización respecto a esta línea de acción, lo que implica una falta de voluntad política y una nula concientización de la importancia que reviste la Salud Bucodental, ampliamente recomendada por la OMS.

Aunque existen documentos que evidenciaron la existencia de siete estrategias como parte de un planteamiento de política de salud bucodental, existe también la evidencia suficiente que indica explícitamente que estas fueron planteadas para la elaboración de un presupuesto y no para satisfacer necesidades de la población, tal como lo menciona Oswaldo Lapuente en su documento: "La salud pública sigue desconectada de los planteamientos de política y únicamente son instrumentalizados para fines de redacción del presupuesto general de ingresos y egresos en cada ejercicio fiscal"

La presente investigación ha reflejado a través los recursos presupuestarios presentados, una clara y definida falta de voluntad política.

El hecho de que la mayoría los habitantes tengan que pagar por sus servicios de salud, nos muestra la desproporción del peso que adquiere en Guatemala el financiamiento de la salud, lo cual no es admisible como una política silenciosa oculta de privatización, ya que los artículos 93, 94 y 95 de la Constitución del país establecen que es obligación del Estado, Proporcionar salud Integral, a través de la cobertura Universal.

## 2. Ejecución financiera de las distintas instancias estatales

La primera observación relevante es el bajo presupuesto público de que dispone el Estado, en relación al PIB que asciende a Q 480 millardos. Específicamente, el estado guatemalteco tiene asignado actualmente un presupuesto anual de Q 72 millardos, lo cual viene a ser apenas un 15% del total del PIB. En países mejor desarrollados esta proporción es muy superior, llegando a ser hasta un 70%. Un presupuesto estatal bajo implica poca voluntad para construir un Estado fuerte capaz de enfrentar los retos que le plantea el Bienestar General Básico de la Población, lo que incluye el aspecto de la salud.

Una segunda observación importante es el gasto total en salud, cercano a los Q28 millardos, equivalente a un 6% del PIB, lo cual coincide con las recomendaciones que la OMS. El problema es que de estos Q28 millardos deberían estar asignados al Sector Público de la Salud. Los 11 millardos que actualmente se utilizan, refleja una Política muy pobre del Gobierno, que ha dejado de lado la prioridad de la salud para todos los guatemaltecos, especialmente a aquellos que no poseen las posibilidades económicas para otorgarse servicios básicos de salud, porque el financiamiento privado incluye la contribución directa de los hogares a través del pago de bolsillo.

Un tercer aspecto muy relevante que pudimos observar en la Gráfica No.4, es la ausencia de inversión y brecha para el desarrollo de políticas específicas que permitan ir re-direccionando el aparato administrativo instalado para ofrecer los distintos servicios de salud. Este aspecto cobra especial importancia en el tema de la Salud Bucodental, pues no es posible la implementación e impulso de políticas específicas, ni mejoramiento de los servicios, por falta de liquidez financiera.

Finalmente, en la Figura N° 1 se puede ver cómo es del orden de un centésimo de millardo (Q 0.01 millardos) los fondos destinados a Salud Bucodental, cuando se habla de más de Q 5 millardos de gastos en el resto de componentes de salud. En este sentido la falta de una política específica de Salud Bucodental, ha evidenciado el verdadero rezago en materia de cobertura, asignación de recursos humanos y económicos.

### 3. Cobertura e impacto de los servicios bucodentales

La baja cobertura encontrada en el presente estudio, la alta cantidad de tratamientos curativos, la baja contratación de profesionales de la Odontología, así como las malas condiciones y bajo número de infraestructura Odontológica dentro de la Red Nacional de Servicios de Salud, hace evidente la poca voluntad política de los gobiernos de turno por mejorar la calidad de vida de los guatemaltecos, pese a las exhortaciones que la Organización Mundial de la Salud ha venido haciendo a los gobiernos, para que la salud bucodental tome un papel protagónico en la salud integral de la población.

No se ven reflejadas acciones en el Nivel Primario de Atención, integrado por los Centros de Salud, que son las unidades operativas que deberían de estar orientadas a la prevención y promoción de la Salud.

## XI. Conclusiones

1. Dentro de los Lineamientos de las políticas de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010-2014, no se encontró una Política Integral de Salud Bucodental.
2. Existe el planteamiento de siete estrategias como parte de una propuesta de Política de Salud Bucodental, la cual nunca ha sido socializada, constituyendo una propuesta nominal.
3. El Ministerio cuenta con un Programa de Salud Bucodental.
4. Sin embargo, es la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, la que maneja y ejecuta las acciones de Salud, incluyendo la Salud Bucodental
5. El presupuesto asignado a, 20l Ministerio a través del PIB en los años 2011, 2013 y 14, ha oscilado entre los 5.8 millardos de quetzales.
6. En los años 2010 Y 2012, el presupuesto alcanzo los Q 10,581 millones, con una baja en el 2013 y 2014.
7. El Ministerio le asigna 6 millones de quetzales anuales a la Salud Bucodental, o sea, el 0.13% del Presupuesto total.
8. Dos terceras partes del presupuesto del Ministerio es utilizado en salarios.
9. Del presupuesto asignado a la Atención General en Salud, el 67% está dirigido al Área Metropolitana.
10. La Cobertura en el Área de Salud Odontológica, dentro de la Red de Servicios de Salud, en el período en estudio, se considera que es baja porque únicamente alcanzó el 3.7% de la población.
11. La atención Odontológica dentro de la Red de Servicios de Salud tiene un enfoque de atención curativa, sin considerar la atención preventiva.

## XII. Recomendaciones

1. Es el momento idóneo para que la Academia y los organismos relacionados, tomen el reto de formular y proponer una política Nacional de Salud Bucodental, de acuerdo a las necesidades del país, dando prioridad a la prevención.
2. Solicitar un presupuesto específico para la Política de Salud Bucodental, fijando esta en proporción y dependencia del valor total del PIB (equivalente actualmente a Q 480 millardos), y no del presupuesto del Gobierno Central.
3. Que sea la academia con ayuda de la cooperación internacional, la que proponga instrumentos de control financiero dentro del MSPAS, para saber exactamente a cuánto asciende y que está haciendo el ministerio, con el presupuesto asignado a la salud Bucodental, dando seguimiento a la Recomendación N° 4, de la Estrategia Mundial de Rendición de cuentas y al convenio 0038 de la Organización Mundial de la Salud, donde el Estado de Guatemala quedó obligado a transmitir a la OMS, informes estadísticos oficiales de importancia y pertinentes a la salud.
4. Incrementar la atención odontológica en las áreas rurales y marginales.
5. Que la cobertura incluya la odontología comunitaria y de prevención.

## XIII. Limitaciones

La OMS solicita a los distintos gobiernos de la comunidad internacional que con el apoyo de los organismos nacionales lleven a cabo una estandarización que viabilice las Cuentas Nacionales de Salud, en las cuales el MSPAS posee la rectoría legal a nivel nacional y por lo mismo tiene la responsabilidad de ordenar y articular todos los procesos. La solicitud y los parámetros e indicadores de rendimiento han sido de gran apoyo en la realización del presente estudio.

Debe hacerse mención, que lastimosamente el MSPAS posee una estructura de desagregación en las cuentas con diferentes niveles de información estadística, y la coordinación e integración de los distintos niveles de consolidación a nivel nacional se transforma en una seria limitante, tanto en la solicitud y sistematización de la información del gasto público, como en el registro y control de los distintos rubros del gasto y el resto de estadísticas importantes, de manera que sea transparente cuánto se gasta y en qué específicamente se gasta. Esto compete tanto en lo relativo a los recursos ejecutados, así como en los correspondientes niveles de cobertura y tratamientos realizados en el área odontológica del MSPAS. En este sentido, el MSPAS a través del SIAS respondió que en el área Odontológica no existe ningún tipo de registro, y que el gasto está desagregado para cada área de salud. Por ello, parte del mérito de la presente investigación ha sido el análisis de los datos obtenidos por medios de costeo indirecto.

Vale anotar que los datos empleados como referencias de población y otros indicadores demográficos, no son datos ni exactos ni actualizados, ya que el último Censo Nacional Poblacional fue realizado, penosamente, hace ya casi quince años, por parte del Instituto Nacional de Estadística –INE.

## XIV. Bibliografía

1. Alonzo Escobar, Z. (2006). **Prevalencia de la caries dental en dentición decidua. población atendida en guarderías de la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República de Guatemala, en la ciudad capital.** Tesis (Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología. 51 p.
2. Aguilar Villa Nueva, L. F. (1992). **La hechura de las políticas.** (en línea). México: Consultado el 23 de octubre de 2015. Disponible en: <http://www.iapqroo.org.mx/website/biblioteca/LA%20HECHURA%20DE%20LAS%20POLITICAS.pdf>
3. BID (Banco Interamericano de Desarrollo). (2002). **Apoyando la reducción de pobreza y el desarrollo sostenible.** Guatemala: Documento presentado al Grupo Consultivo de Guatemala. (en línea). Washington, DC: Consultado el 07 de mayo de 2014. Disponible en: [http://biblos.usac.edu.gt/library/index.php?title=587428&lang=es%20%20%20%20%20&query=@title=Special:GSMSearchPage@process=@subheadings=DESARROLLO%20SOSTENIBLE%20@mode=&recnum=115&mode=:](http://biblos.usac.edu.gt/library/index.php?title=587428&lang=es%20%20%20%20&query=@title=Special:GSMSearchPage@process=@subheadings=DESARROLLO%20SOSTENIBLE%20@mode=&recnum=115&mode=:)
4. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe de Naciones Unidas). (2005). **Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas.** (en línea). Santiago de Chile: Consultado el 08 julio de 2014. Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/61119/S051049\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/61119/S051049_es.pdf?sequence=1)
5. Congreso de la República de Guatemala. (1993). **Constitución política de la república: sección séptima, salud y seguridad social.** (en línea). Guatemala: Consultado el 13 de junio de 2014. Disponible en: [http://www.un.org/depts/los/LEGISLATIONANDTREATIES/PDFFILES/GTM\\_constitucion\\_politica.pdf](http://www.un.org/depts/los/LEGISLATIONANDTREATIES/PDFFILES/GTM_constitucion_politica.pdf)
6. ----- . (1997). **Decreto 90-97. Código de salud.** (en línea). Guatemala: Consultado el 3 de Octubre de 2014. Disponible en: <http://www.iadb.org/Research/legislacionindigena/leyn/docs/GUA-Decreto-90-97-Codigo-Salud.htm>



Vo. Bo.  
*Quindi Medina*  
28-10-2016.

7. ----- (1997). **Decreto 114-97. Ley del organismo ejecutivo.** (en línea). Guatemala: Consultado el 23 de agosto de 2015. Disponible en: <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/gt/gt009es.pdf>
8. **Epidemiología.** (2014). (en línea). Consultado el 15 de julio de 2015. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Epidemiolog%C3%ADa>
9. FDI (Federación Dental Internacional). (2011). **Políticas públicas de la organización mundial de la salud, visión 2020 de la FDI.** (en línea). Switzerland: Consultado el 15 de junio de 2014. Disponible en: [http://www.fdiworldental.org/media/12516/vision\\_2020\\_spanish.pdf](http://www.fdiworldental.org/media/12516/vision_2020_spanish.pdf)
10. Gálvez J. (2013). **Políticas públicas y un buen gobierno.** (en línea). Guatemala: Consultado el 17 de julio de 2014. Disponible en: <http://plaza publica.com.gt/content/políticas-publicas-y-buen-gobierno>.
11. Genco, R.; Goldman H. M. y Cohen D. (1993). **Periodoncia.** Trad. Claudia P. Cervera, Rossana Santies Castelló. (en línea). México: Interamericana McGraw-Hill. pp.3 . Consultado el 20 de agosto de 2015. Disponible en: [//personal.us.es/segurajj/documentos/CV-Art-Sin%20CR/Periodoncia.1-Placa%20bacteriana%20para%20higienistas.htm](http://personal.us.es/segurajj/documentos/CV-Art-Sin%20CR/Periodoncia.1-Placa%20bacteriana%20para%20higienistas.htm)
12. González Ávila, M. (1989). **Epidemiología de la caries dental y la enfermedad periodontal en Guatemala.** (en línea). Guatemala: USAC, Facultad de Odontología, Multicentro de Innovaciones Estomatológicas. pp. 29-54. Consultado el 5 de septiembre de 2015. Disponible en: <http://biblos.usac.edu.gt/library/index.php?title=25612&lang=%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20&query=@title=Special:GSMSearchPage@process=@subheadings=ENFERMEDADES%20DENTALES%20@mode=&recnum=13&mode=>
13. ----- (1988). **Fluorosis dental en Guatemala.** (en línea). Guatemala: USAC, Facultad de Odontología, Multicentro de Innovaciones Estomatológicas. pp. 57-90. Consultado el 5 de septiembre de 2015. Disponible en: <http://biblos.usac.edu.gt/library/index.php?title=25612&lang=%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20&query=@title=Special:GSMSearchPage@process=@subheadings=ENFERMEDADES%20DENTALES%20@mode=&recnum=13&mode=>
14. Hurtarte Hernández, M. P. (2008). **Características epidemiológicas, radiológicas y microbiológicas de la enfermedad periodontal en empleados**

vo. 130.

*Heidi Medina*

28-10-2016.





<http://epidemiología.mspas.gob.gt/index.php/dos/estadísticas-vitales/147-mem1999-2012> en página del Centro Nacional de Epidemiología del MSPAS.

26. ----- (2007). **Modelo de extensión de cobertura.** (en línea). Guatemala: Consultado el 18 de mayo de 2014. Disponible en:  
<http://icosguate.org/files/Extension%20de%20cobertura.pdf>
27. ----- (2008). **Plan nacional de salud 2008-2011.** (en línea). Guatemala: Consultado el 19 de abril de 2015. Disponible en:  
[http://www.segeplan.gob.gt/downloads/clearinghouse/politicas\\_publicas/Salud/Plan%20Nacional%20Salud.pdf](http://www.segeplan.gob.gt/downloads/clearinghouse/politicas_publicas/Salud/Plan%20Nacional%20Salud.pdf)
28. ----- (2015). **Plan nacional de salud bucal.** (pdf). Resolución 683UNIP SV-2013. Guatemala: El Ministerio. 10 p.
29. ----- (2013). **Políticas del programa de salud bucal.** (pdf) Resolución 683-2013. Guatemala: El Ministerio. 10 p.
30. ----- (2015). **Reporte al informe de estadísticas sanitarias mundiales.** (pdf). Guatemala: El Ministerio. 30 p.
31. ----- (2015). **Servicios odontológicos prestados.** (pdf). Resolución UNIP-SV-469-2015. Guatemala: El Ministerio.
32. ----- (2015). **Tercer informe situación de la salud y su financiamiento periodo 1999-2003.** Guatemala: El Ministerio. 89 p.
33. Navarro Montes, I. (2010). **Estudio epidemiológico de salud bucodental en una población infantil-adolescente en castilla-la mancha.** Tesis (Doctor en Odontología). España: Universidad Complutense de Madrid, Fac. Odontología. pp. 3. (en línea). Madrid: Consultada el 25 de marzo de 2014. Disponible en:  
<http://eprints.ucm.es/10292/1/T26867.pdf>.
34. ONU. (Organización de Naciones Unidas). (2000). **Objetivos de desarrollo del milenio.** (en línea). New York. USA: Consultado el 17 de noviembre de 2014. Disponible en:  
<http://www.onu.org.gt/contenido.php?ctg=1340-objetivos-milenio-odm>.
35. OMS. (Organización Mundial de la Salud). (2005) **Cobertura de los servicios de salud.** (en línea). Ginebra, Suiza: Consultado el 21 de octubre de 2015. Disponible en: [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS09\\_Table4.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table4.pdf)

Vo. 130.  
*Maideri Medina*  
28-10-2016.



36. ---- (2009) **Cobertura universal de los servicios de salud.** (en línea). Ginebra, Suiza: Consultado el 21 de octubre de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049387-ab/es/>
37. ----- (2015). **Epidemiología.** (en línea). Ginebra, Suiza: Consultado el 15 de julio de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>
38. ---- (2004). **Informe sobre el problema mundial de la salud bucodental.** (en línea). Ginebra, Suiza: Consultado el 20 de mayo de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
39. ----- (2007) **Plan de acción para la promoción y prevención integrada de la morbilidad.** (en línea). Ginebra, Suiza: Consultado el 10 de junio de 2014. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/25414>  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHASSA\\_WHA60-Rec1/S/WHASS1\\_WHA60REC1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/S/WHASS1_WHA60REC1-sp.pdf)
40. ----- (2007). **Salud bucodental.** Nota Informativa No.318. (en línea). Ginebra, Suiza: Consultado el 15 de mayo de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
41. **Periodoncia.** (2014). (en línea). España: Consultado el 24 de julio de 2015. Disponible en: <http://www.revistahigienistas.com/imagenes/articulos/p12-1.jpg>
42. **Placa bacteriana bucodental. (2012).** (en línea). España: Consultado el 16 de agosto de 2015. Disponible en: [//C:/Users/USUARIO/Desktop/LA%20PLACA%20BACTERIANA\\_%20CONCEPTOS%20BASICOS%20PARA%20EL%20HIGIENISTA%20BUCODENTAL.html](C:/Users/USUARIO/Desktop/LA%20PLACA%20BACTERIANA_%20CONCEPTOS%20BASICOS%20PARA%20EL%20HIGIENISTA%20BUCODENTAL.html)
43. PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo) (2010). **Ajustes, reforma y resultados de las políticas de salud en Guatemala 1985-2010. Cuaderno de 6 políticas.** (en línea). Guatemala: Consultado el 6 de septiembre del 2015. Disponible en: <http://desarrollchumano.org.gt/sites/default/files/Cuaderno%206%20Políticas%20de%20salud%20Guatemala%201985-2010%2016sep11.pdf>
44. ----- (2010). **Informe nacional de desarrollo humano.** (en línea). Guatemala: Consultado el 26 de junio de 2014. Disponible en: <http://www.undp.org/corte nt/guatemala/es/home/presscenter/pressreleases/2014/07/24/el-informe-de-desarrollo-humano-2014-del-pnud-sugiere-la-creaci-n-de-un-fondo-monetario-regional-para-reducir-la-vulnerabilidad-financiera-.html>

45. Romero, Y. (2005). **La salud bucal en el marco de las políticas públicas de Venezuela.** (en línea). Venezuela: Consultado el 13 de septiembre de 2015. Disponible en:  
<http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v6n2/6-2-7.pdf>
46. Ruiz López, D. y Cárdenas, C. E. (20011). **Qué es una Política Pública.** Universidad Latina de América. (en línea). México: Consultado el 10 de marzo de 2014. Disponible en:  
<http://www.unla.mx/iusunla18/reflexion>  
<http://www.unla.mx/iusunla18/reflexion/QUE%20ES%20UNA%20POLITICA%20PUBLICA%20web.htm>
47. Salamanca, L. (1994). **La política pública como la ciencia de la intervención del gobierno en la vida social.** (en línea) México D.F.: 223 p. Consultado el 15 de mayo de 2014. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-97922008000100004&lng=en&nrm=iso&ignore=.html](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-97922008000100004&lng=en&nrm=iso&ignore=.html)
48. Secretaría de Salud. (2010). **Perfil epidemiológico de la salud bucal en México.** México D.F. Secretaria de Salud. (en línea). México: Consultado el 02 de abril de 2014. Disponible en:  
[http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P\\_EPI\\_DE\\_LA\\_SALUD\\_BUCAL\\_EN\\_MEXICO\\_2010.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LA_SALUD_BUCAL_EN_MEXICO_2010.pdf)
49. SEGEPLAN (Secretaria de Planificación de la Presidencia). (2009). **Marco y mapa actual de las políticas en Guatemala.** (en línea). Guatemala: Consultado el 05 de julio de 2014. Disponible en:  
<http://www.segeplan.gob.gt/downloads/politicaspublicas/Marco%2520y%2520mapa2520de%2520Pol>
50. ----- (2011). **Políticas Públicas para la reducción de la pobreza en Guatemala.** (en línea). Guatemala: Consultado el 21 de junio de 2014. Disponible en:  
[http://biblio3.url.edu.gt/libros/2011/semi\\_inter/4.pdf](http://biblio3.url.edu.gt/libros/2011/semi_inter/4.pdf).

Vo. P. 20.  
*Maridí Medina*  
28-10-2016.



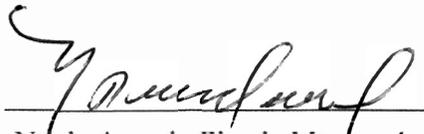
El contenido de esta Tesis es única y exclusiva responsabilidad de la autora

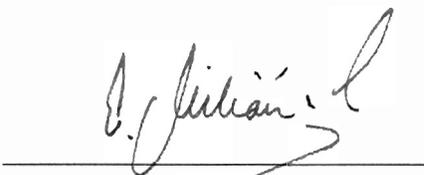


---

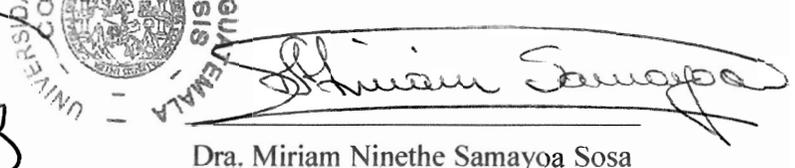
Narda Aracely Pineda Marroquín

**FIRMAS DE TESIS DE GRADO**

  
Narda Aracely Pineda Marroquín  
SUSTENTANTE

  
Dr. Edwin Ernesto Milian Rojas  
ASESOR

  
Dr. Marvin Lisandro Maas Ibarra  
PRIMER REVISOR  
Comisión de Tesis

  
Dra. Miriam Ninethe Samayoá Sosa  
SEGUNDA REVISORA  
Comisión de Tesis



IMPRÍMASE

Vo.Bo.  
  
Dr. Julio Rolando Pineda Córdón  
Secretario General  
Facultad de Odontología  
Universidad de San Carlos

