

*NEOLIBERALISMO Y POLÍTICA DE SALUD*  
*EN GUATEMALA*  
*PERÍODO 1986-1994.*

*JUAN CARLOS VERDUGO URREJOLA*

*Tesis para obtener el grado de Maestría en Medicina Social.*

*Dirección de la tesis Doctora Cristina Laurell.*

*Universidad Autónoma Metropolitana  
Unidad Xochimilco  
Maestría en Medicina Social.*

*Ciudad de México, invierno 1995.*

FRENTE AL BALANCE,  
MAÑANA

Y cuando se haga  
el entusiasta recuento  
de nuestro tiempo  
por los que todavía  
no han nacido,  
pero que se anuncian  
con un rostro  
más bondadoso,  
saldremos gananciosos  
los que más hemos sufrido por él.

Y es que adelantarse  
uno a su tiempo  
es sufrir mucho de él.

Pero es bello amar al mundo  
con los ojos  
de los que no han nacido  
todavía.

Y espléndido  
saberse ya un victorioso  
cuando todo en torno a uno  
es aún tan frío y tan oscuro.

Otto René Castillo.

## I N D I C E

	Página
I. INTRODUCCIÓN.	1
PRIMERA PARTE: <u>LA TRANSFORMACIÓN DEL ESTADO GUATEMALTECO</u> <u>EN LA TRANSICIÓN POLÍTICA.</u>	
II. LA PROFUNDIZACIÓN DE LA CRISIS PERMANENTE Y EL INICIO DE LA TRANSICIÓN POLÍTICA.	10
III. LAS BASES PARA UNA NUEVA INSTITUCIONALIDAD AUTORITARIA DEL ESTADO Y EL PROYECTO DE ESTABILIDAD NACIONAL.	14
IV. EL PROYECTO DE ESTABILIDAD NACIONAL: EL ESTADO SUBSIDIARIO/CONTRAINSURGENTE.	20
A. LA DEMOCRACIA CRISTIANA (DC) COMO ALIADO ESTRATÉGICA DEL EJÉRCITO	22
B. EL PROYECTO DE GOBIERNO DC/EJÉRCITO Y EL ESTADO SUBSIDIARIO/CONTRAINSURGENTE.	23
C. LA POLÍTICA ECONOMICA DE LA DC.	29
D. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA DC.	33
1. <u>Las principales características del proceso descentralizador.</u>	39
a) Un mecanismo de autoritarismo horizontal.	39
b) Las dos caras de la descentralización: la subsidiaria y la contrainsurgente.	43
c) La subsidiariedad de la DC versus la neoliberal.	44
2. <u>Los obstáculos del proceso descentralizador.</u>	44
a) Obstáculos Políticos.	45
b) Obstáculos Técnico-administrativo.	46
c) Obstáculos Financieros	46
3) <u>Los resultados del proceso descentralizador.</u>	48
E. LA CRISIS DE HEGEMONÍA DEL PROYECTO DE ESTABILIDAD NACIONAL Y EL ESTADO SUBSIDIARIO FRUSTRADO DE LA DC.	51
V. HACIA LA CONSOLIDACIÓN DEL NEOLIBERALISMO COMO PROYECTO DE GOBIERNO.	54
A. EL CONSTANTE REACOMODO DE FUERZAS Y EL IMPULSO DEL NEOLIBERALISMO.	55
B. EL PROYECTO Y ESTADO NEOLIBERAL.	59
C. LA POLÍTICA ECONOMICA NEOLIBERAL.	64

D.	LA MODERNIZACIÓN NEOLIBERAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.	66
1.	<u>La acción mínima del Estado: La concepción neoliberal y el Plan Nacional 1994-1995.</u>	67
2.	<u>Las estrategias para la modernización neoliberal de la administración pública.</u>	70
a)	La descentralización de los servicios estatales.	71
	La mercantilización del bienestar social y la desaparición del papel del Estado de redistribuidor de la riqueza. (71)	
	La consolidación de una democracia neoliberal: limitada y formal. (73)	
b)	La reducción, reorientación y focalización del gasto social público.	82
	Focalización del gasto público social o focalización de los servicios sociales mercantilizados. (83)	
	Un proyecto neoliberal productor de pobres y fondos transitorios/decrecientes para pobres. (84)	
	Fondos asistenciales/discrecionales y el clientelismo político. (86)	
c)	La privatización.	87
E.	HACIA UN ESTADO NEOLIBERAL/CONTRAINSURGENTE.	88
VI.	IMPACTO Y PERSPECTIVAS DE LA POLÍTICA ECONOMICA Y SOCIAL.	94
A.	EL PRODUCTO INTERNO BRUTO.	94
B.	DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO.	96
C.	DESEMPLEO.	98
D.	SALARIOS.	101
F.	GASTO DEL GOBIERNO CENTRAL.	104
G.	LAS PERSPECTIVAS DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL.	110
H.	CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN.	112
	<u>SEGUNDA PARTE: POLÍTICA DE SALUD EN LA TRANSICIÓN POLÍTICA.</u>	
VII.	LA SITUACION DEL SECTOR SALUD.	116
A.	EL SECTOR PUBLICO.	117
1.	<u>El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).</u>	117
2.	<u>El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).</u>	119

B. EL SECTOR PRIVADO.	120
1. <u>El sector Privado con fines de lucro</u>	120
2. <u>El sector privado sin fines de lucro</u>	120
C. LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL SECTOR SALUD.	121
SEGUNDA PARTE: <u>LA POLÍTICA DE SALUD EN LA TRANSICIÓN POLÍTICA.</u>	
VIII. POLÍTICA DE SALUD.	127
A. EL GASTO EN SALUD.	134
1. <u>El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).</u>	135
2. <u>El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).</u>	146
3. <u>Las perspectivas del gasto en el sector salud.</u>	157
B. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	160
1. <u>La primera etapa de la descentralización.</u>	160
a) Gobierno de la Democracia Cristiana. El consejo nacional del PREN. (160) La descentralización en la reestructuración del MSPAS. (163)	160
b) Gobierno del Movimiento de Acción Solidaria (MAS).	170
2. <u>La segunda etapa: La descentralización neoliberal.</u>	172
C. LA PRIVATIZACIÓN.	188
D. HACIA UNA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA NEOLIBERAL DEL SECTOR SALUD.	206
IX. CONCLUSIÓN	212
ABREVIATURAS	218
BIBLIOGRAFÍA	220
ANEXO 1: Marco Teórico-referencial y Metodología.	
ANEXO 2: Esquemas sobre la descentralización de la DC.	
ANEXO 3: Esquemas sobre la descentralización en salud de la DC.	
ANEXO 4: Esquemas sobre la descentralización neoliberal.	

## I. INTRODUCCION

La crisis económica mundial de inicios de los ochenta obligó a todos los países subdesarrollados a buscar una reinserción en las nuevas condiciones del mercado mundial. Esto ha llevado a realizar cambios dentro de cada uno de los países, bajo el tutelaje de los organismos internacionales, que prácticamente son una reorganización completa de las sociedades. Esta reorganización implica cambios en lo político-ideológico, económico y social, y parte del cuestionamiento al papel del Estado y su redefinición en todos esos ámbitos, con el objetivo de darle supremacía al mercado y al poder económico sobre el político.

Por ello, hoy presenciamos un renovado interés por parte de los organismos financieros internacionales y de los distintos gobiernos, de realizar reformas en los servicios de salud de todos los países del mundo. Esto no se debe a una auténtica preocupación por la salud de los pueblos, sino más bien, forma parte del interés por establecer nuevos ejes de acumulación para el capital nacional e internacional en el mismo contexto histórico de dependencia.

Así, la Agenda para la Reforma del Sector Salud del Banco Mundial y el proyecto neoliberal del cual forma parte, han impactado negativamente en las condiciones de vida de las mayorías y han deteriorado los servicios de salud para la población más pobre. Sin embargo, el proceso de implementación de la política neoliberal en salud no se ha dado por igual en todos los países, ya que ésta depende de las condiciones particulares de cada uno de ellos.

En el caso de Guatemala, los cambios en la política de salud se dan de una manera más lenta y discontinua debido a que la crisis económica de los ochenta se acompañó de una profunda crisis política, que puso en peligro la sobrevivencia del sistema capitalista subdesarrollado nacional, altamente concentrador y excluyente. A principios de los ochenta, el modelo de desarrollo económico-social imperante se había agotado, el bloque dominante que sostenía dicho modelo se desgastó y desprestigió a nivel nacional e internacional, y se dio una creciente inestabilidad política producida por la

gran dinámica y fortaleza que adquirieron los sectores populares y las fuerzas político-militares de izquierda.

La crisis económica y la política determinaron que, a partir de 1982 pero principalmente después de 1986, se entrara en lo que llamamos la transición política y que los sectores dominantes reformularan sus proyectos.

De ahí, que el surgimiento y la paulatina concreción del neoliberalismo, promovido por fracciones del capital nacional/internacional emergente, compitiera con el proyecto de Estabilidad Nacional del Ejército que concebía el papel del Estado de manera distinta a la neoliberal.

A consecuencia de lo anterior, la política de salud ha sufrido cambios que responden a la intención de los sectores dominantes de redefinir el papel del Estado en el cuidado a la salud de la población, redefinición que ha ido de acuerdo a cada uno de los proyectos mencionados.

La presente investigación tiene como propósito analizar el proceso de cambio de la política de salud entre 1986-1994, enfatizando en el conocimiento sobre el proceso de implementación de la política neoliberal en salud. Por ello, se utilizaron como ejes de análisis, para todo el período de estudio, a las estrategias neoliberales en salud que han sido propuestas o instrumentadas antes en otros países, a saber, el recorte, la reorientación y focalización del gasto, la descentralización autoritaria y favorecedora de la mercantilización de los servicios, y la privatización.

El contexto en que se plantea el análisis de la política de salud es el de crisis permanente, que se manifiesta en las distintas esferas de la vida nacional (económica, política y socio-cultural). Esta crisis se caracteriza por la falta de hegemonía de cualquiera de los proyectos nacionales existentes. Sin embargo, el Neoliberal es el que se perfila como el más importante al haber desplazado paulatinamente al de Estabilidad Nacional. Actualmente, el proyecto neoliberal es el que tiene mayor posibilidad de consolidarse en el país, dado que sus promotores se ubican dentro de la clase dominante nacional y el capital internacional, que son dominantes en el campo de la lucha política.

## Ejes analíticos de la investigación

### Generales:

1. El proceso de implementación de la política de salud neoliberal se traduce en nuevas formas y contenidos de los servicios públicos y privados del sector salud y en una nueva articulación entre ambos. Por ello, estudiar dicho proceso nos permite conocer, respecto a un ámbito particular, la paulatina transformación del Estado guatemalteco en su relación con la sociedad y el mercado, durante el período a estudio.

2. La implementación de la política neoliberal de salud ha sido un proceso discontinuo y heterogéneo, distinguiéndose por mantener diversos grados de coherencia o discrepancia con el modelo propuesto. Esto tiene relación con las distintas correlaciones de fuerza que se dan en la lucha inter e intra clases, y que han impedido a cualquier proyecto político ser hegemónico.

### Específicos:

1. La política de salud se ha caracterizado por el recorte al gasto en salud y su reorientación a la medicina preventiva, deteriorando la calidad de los otros ámbitos de atención. Esta estrategia de gasto forma parte de las medidas económicas, dirigidas a resolver la crisis fiscal a la que se enfrenta el Estado y a redefinir el papel de éste en el cuidado a la salud.

2. La focalización del gasto en salud en los sectores más pobres de la población tiene como objetivo principal dar legitimidad al proyecto neoliberal y no mejorar sus condiciones de vida.

3. La descentralización de los servicios estatales es una de las estrategias de la política de salud que, pese a estar legislada en la Constitución, no ha logrado consolidarse por la falta de liderazgo o hegemonía de sus promotores al interior de los equipos de gobierno y ante el resto de la sociedad.

4. La descentralización neoliberal de los servicios de salud establece condiciones para una progresiva privatización de los servicios de salud, al abrir espacios a los servicios privados con o sin fines de lucro, y crear



mecanismos para subsidiarlos. Esto no es más que el retraimiento del Estado en su responsabilidad de velar por la salud de la población.

5. El recorte, reorientación y focalización del gasto en salud y la descentralización de los servicios, favorecen en su conjunto a la estrategia de privatización. Se establece en el sector salud, una nueva definición de límites entre Estado y mercado, que permite en términos generales un mayor campo de acción para la acumulación del capital.

6. La nueva estructura organizativa del sector que se intenta consolidar, deteriora los servicios públicos y genera una progresiva mercantilización de los servicios, lo que se traduce en una mayor desigualdad y estratificación en cuanto a las posibilidades de acceso de las distintas clases o grupos sociales a los servicios de salud.

#### **Metodología**

Para abordar nuestro objeto de estudio, la política de salud de 1986 a 1994, partimos de que los cambios que se han dado en ella afectan no sólo a las instituciones de carácter público sino, también, a las privadas con o sin fines de lucro. Es decir, que dependiendo del contenido de atención y la forma que van adquiriendo los servicios públicos, así se van rearticulando y redefiniendo los servicios privados de salud.

La metodología consistió en analizar las características de las estrategias del gasto, de la descentralización y de la privatización durante los tres gobiernos de la transición política. Cada una de las estrategias se estudió por medio de tres dimensiones: el discurso, las acciones y los resultados.

Se estableció, para cada una de las estrategias, si había coherencia entre las tres dimensiones anteriores y se analizó si las estrategias adquirirían los rasgos de una política neoliberal en salud, que son: la reducción, reorientación a la atención de primer nivel y focalización del gasto; la descentralización autoritaria que favorece a la mercantilización de los servicios; y, la privatización que se da gracias a las condiciones generadas por las anteriores, pero que se termina de consolidar cuando se

establecen subsidios y se desmonopoliza el seguro social, para generar o fortalecer formas estables de financiamiento (seguros privados y servicios prepago), con el objetivo de que la población pueda pagar los servicios privados lucrativos.

Posteriormente se determinó las características generales de cada una de las políticas de salud de los distintos gobiernos y el impacto que ha tenido en los servicios públicos y privados. Asimismo, se estableció cuáles son las perspectivas de la actual política neoliberal, estableciendo la estructura organizativa del sector salud que se intenta consolidar y cómo ésta favorece a la mercantilización de la atención a la salud y a la estratificación de la población por no poder acceder a iguales servicios.

La recopilación de información se hizo durante tres visitas a Guatemala, en el período 1993-1994. Las técnicas de investigación utilizadas fueron el análisis documental de fuentes secundarias y la de entrevistas con informantes claves. Las fuentes secundarias utilizadas fueron muy variadas y a través de ellas se recopiló la mayor parte de la información. Las entrevistas se realizaron con funcionarios de los distintos gobiernos que ocuparon cargos en las instituciones públicas de nuestro interés y con consultores de los organismos internacionales.

Las entrevistas a éstos informantes claves fueron de medular importancia, ya que a través de ellas se logró aclarar las relaciones entre los diversos documentos de gobierno emitidos sobre política de salud y se profundizó en algunos aspectos que no quedaron claros en las fuentes secundarias consultadas.

Una limitación del estudio es que las distintas políticas de salud casi no se llegaron a concretar y la actual política neoliberal todavía no se ha consolidado. Por ello, la mayor parte del análisis se hace a partir del discurso, es decir, de las propuestas o planteamientos hechos por los gobiernos. Sin embargo, se consideran importantes los resultados del estudio, porque nos permiten proyectar cuál será el impacto del neoliberalismo en el sector salud al llegar instrumentarse y, al mismo tiempo, conocer con mayor

profundidad la transformación del Estado durante el período de estudio.

#### Contenido

El contenido de la presente investigación se divide en dos grandes partes. La primera, de carácter general e intitulada "**La Transformación del Estado Guatemalteco en la Transición Política**", tiene como objetivo describir el contexto en que se da la política de salud. Esta parte da cuenta, aunque no de manera acabada, del proceso de cambios en la relación entre Estado-mercado y Estado-sociedad; y para ello, se describe brevemente la política económica de los distintos gobiernos, así como los cambios en la institucionalidad del Estado.

En el capítulo II, se describe la profundización de la crisis permanente, que es el origen de la transición política y de los cambios políticos, económicos y sociales que ésta involucra. En el capítulo III, se analiza cuáles fueron los objetivos y las acciones de los gobiernos militares posteriores al golpe de 1982, que sentaron las bases para una nueva institucionalidad autoritaria del Estado en correspondencia con el proyecto de Estabilidad Nacional que impulsó la nueva cúpula militar.

En el capítulo IV, se describe y analiza como el gobierno de la Democracia Cristiana (DC) se adapta al proyecto de Estabilidad Nacional, pero sin abandonar sus intereses partidarios. El Estado que se trató de consolidar fue el que llamamos "subsidiario/contrainsurgente", con el fin de expresar los cambios que se dan en concreto y las visiones de las dos fuerzas políticas que convergen, la del ejército y la DC. La exposición de los cambios estatales se hace con la descripción del desenvolvimiento de la política económica y la caracterización del proceso descentralizador durante el gobierno de la DC. Al final, se delinear las principales contradicciones y eventos políticos que nutrieron la crisis de hegemonía del proyecto DC/ejército y la imposibilidad de consolidar el Estado subsidiario desde la perspectiva de la DC.

En el capítulo V, se analizan los gobiernos del Movimiento de Acción Solidaria (MAS) y de Ramiro de León Carpio, en los cuales el proyecto neoliberal, pese a la gran inestabilidad política, va cobrando forma al

seguirse instrumentando el ajuste neoliberal en lo económico y plantear, e iniciar, los cambios en la institucionalidad del Estado desde esa perspectiva. La exposición en esta parte sigue la misma lógica que se utilizó en la investigación de la política de salud. Por ello, las estrategias del gasto, la descentralización y la privatización fueron los ejes para describir y analizar la modernización de la administración pública propuesta en los documentos de gobierno. Al final de este capítulo, se planteó cuál es la probable perspectiva de cambio del Estado, tomando en consideración las distintas fuerzas políticas dominantes y subalternas, y los cambios ya realizados. Se propone la definición de un Estado neoliberal/contrainsurgente.

En el capítulo VI, se describe el impacto de las medidas económicas y sociales de los gobiernos de la transición política. Esto se hace a través del desarrollo del PIB, del empleo, de los salarios, de la distribución del ingreso y del gasto del gobierno central. Estos indicadores económico-sociales permiten un acercamiento general al impacto que ha tenido la crisis y las medidas de estabilización y ajuste neoliberal en Guatemala. Resaltan las condiciones de vida infrahumanas de la mayor parte de la población, que es el contexto social en el que se propone la actual política neoliberal de salud.

La segunda parte de la tesis, "**la Política de Salud en la Transición Política**", presenta los resultados de la investigación sobre la política de salud. En el capítulo VII, se describe la situación actual del sector salud, identificando su estructura organizativa y los principales problemas por los que atraviesa.

El capítulo VIII, expone los principales cambios en la política de salud y cuál es su tendencia actual. Se diferencian dos etapas que se traslapan y que son: la no neoliberal, de 1986 a 1992, que corresponde a la visión del primer gobierno civil sobre las transformaciones del Estado y que se mantiene, aunque débil, durante los primeros años del MAS; y la neoliberal, de 1991 a 1994, que se dividió en dos fases, la preparatoria y la de implementación, y que es la actual orientación de la política.

La exposición sigue los ejes analíticos planteados para la

investigación, por lo que en su análisis y descripción se separó en las tres estrategias -la del gasto en salud (MSPAS e IGSS), la descentralización de los servicios y la privatización- y al final, se define la tendencia de los cambios en la estructura organizativa del sector salud y los efectos que ésta tiene en la mercantilización de los servicios y en el acceso de la población a ellos.

El capítulo IX, contiene las conclusiones del trabajo, que están enfocadas a establecer algunas constantes en todo el proceso y que son: las razones políticas y económicas del cambio de las dos etapas de la política de salud; y la imposibilidad, que ha existido durante la transición política, de instrumentar una política de salud como parte de proyectos que no gozan del consenso entre los distintos sectores de poder de la sociedad. Se hace una reflexión final sobre la importancia que tiene el análisis del actual proyecto de gobierno de Ramiro de León Carpio, ya que es la agenda de los organismos internacionales para el país.

PRIMERA PARTE:

LA TRANSFORMACIÓN DEL ESTADO GUATEMALTECO

EN LA TRANSICIÓN POLÍTICA.

## II. LA PROFUNDIZACIÓN DE LA CRISIS PERMANENTE Y EL INICIO DE LA TRANSICIÓN POLÍTICA.

Guatemala mantuvo un crecimiento económico sostenido (tasa crecimiento PIB anual promedio de 5%) durante la década de los sesenta y setenta, pero su estilo de desarrollo se caracterizó por ser concentrador en lo económico y excluyente en lo social (Ortiz, 1991;3). Durante esos años, como fruto de los anteriores gobiernos revolucionarios democrático-burgueses de Arévalo y Arbenz, entre 1944-1954, el Estado guatemalteco reconoció una serie de derechos sociales y laborales de la población y su política económica estuvo dirigida por los principios Keynesianos (Castro, et.al. 1989;88-94). No obstante, en la práctica los derechos laborales fueron abandonados por los gobiernos contra-revolucionarios y las políticas sociales que se implementaron se caracterizaron por ser extremadamente limitadas en su contenido y amplitud, por lo que contribuyeron de manera determinante, a mantener y a profundizar la marginación y pobreza de la mayor parte de la población.

Esto llevó a acentuar las contradicciones de una estructura económica en extremo polarizada y un entorno político autoritario que tenía como expresión un Estado militar contrainsurgente que fue producto del conflicto permanente con el sector popular y con la guerrilla que inició acciones a partir de los años sesenta. Este conflicto, con sus alti-bajos, se generó por la crisis de hegemonía que después de 1954 sufrieron los distintos equipos de gobierno, que en su gran mayoría fueron dirigidos por presidentes militares<sup>1</sup> y con el respaldo de la clase dominante.

El crecimiento económico sostenido se dio sin mayores obstáculos hasta la década de los setenta, cuando se comienza a observar las debilidades estructurales de la economía. Su primer traspié fue con la crisis que se generó a inicios de esa década ocasionada por problemas monetario-financieros, la crisis energética y el aumento de la inflación mundial. El país, entre 1973 y 1978 combinó su crecimiento con inestabilidad financiera, adicionándose en 1979-1980 el deterioro de las inversiones y las importaciones (Redd Barna y

---

<sup>1</sup> De 1954 a 1985, los presidentes guatemaltecos fueron militares en 9 ocasiones y civiles en 2.

Alianza,1992a;1). La inestabilidad política aumentó durante estos años, ya que las medidas económicas siguieron deteriorando las condiciones de vida de la población y se cerraron los escasos espacios de participación por el aumento de la represión. Esto llevó a que, entre 1975-1982, se diera una gran dinámica de las distintas organizaciones representantes de la clase o grupos subalternos y su radicalización con el subsecuente fortalecimiento de la guerrilla.

El gobierno del Gral. Lucas Garcia (1978-1982), se enfrentó a una crisis global, que agudizó las contradicciones histórico-estructurales, y mostró su incapacidad para implementar medidas políticas, sociales y económicas apropiadas, para salir de ella.

En el ámbito económico, la nueva crisis mundial del capitalismo de inicios de los ochenta se expresó en la caída de los precios de los productos tradicionales de agroexportación. Esta caída de precios afectó también al resto de las economías centroamericanas que, sumado a la crisis político-militar de la región, provocó la desarticulación del Mercado Común Centroamericano. Estos dos hechos dañaron los dos pilares del crecimiento de la economía guatemalteca: el de la agroexportación de los productos tradicionales y el de la sustitución de importaciones.

En 1980 y 1981, las políticas económicas buscaron estimular las exportaciones y con el aumento del gasto público se intentó mantener la demanda interna. Sin embargo, la corrupción en el aparato estatal y la crisis político-militar, generaron expectativas desfavorables e inseguridad que se tradujeron en la casi paralización de las actividades productivas, la inversión privada cayó tres años consecutivos, la fuga de capitales creció, el déficit fiscal alcanzó su nivel más elevado (AVANCSO,1993b; S/P) y la deuda externa se multiplicó por 2.5 entre 1980 y 1985 (SEGEPLAN y UNICEF,1991;8).

Así, la crisis económica se combinó con una severa crisis de hegemonía, que adquirió rasgos particulares en estos años debido a que no se dio únicamente respecto a las clases subalternas sino que, además, al interior del



mismo ejército y con la clase dominante.

La gran movilización de los sectores populares y la fuerza que adquirieron las organizaciones político-militares de izquierda provocaron que el gobierno implementara medidas represivas nunca vistas en la historia moderna del país y el recrudecimiento de la guerra en el área urbana y rural. La extrema violación de los derechos humanos llevó al gobierno militar a sufrir un gran desgaste, desprestigio y aislamiento a nivel internacional.

El descontento al interior del ejército con la cúpula militar que gobernaba, se debió a su incapacidad para resolver el conflicto armado, por los altos niveles de corrupción y por otras políticas que favorecían al apoyo de la guerrilla (Jonas, 1994; 163). Asimismo, sectores empresariales entraron en tensión con el gobierno militar por la misma corrupción, la prepotencia y la inseguridad debida al interés de éste de compartir las "ganancias del gran capital" (Gálvez, 1989; 34); o bien, por la intención de la camarilla militar de separar a otras fracciones de la burguesía del poder, involucrándose en lo que un periodista llamó "una lucha por el control de las formas de saqueo" (cita de Handy en Jonas, 1994; 162).

El detonante de la global crisis de hegemonía del gobierno luquista, fue el fraude electoral con el que se trató de imponer al Gral. Aníbal Guevara. Esto significaba el continuismo gubernamental, afectando los intereses de las distintas fracciones dominantes mencionadas y a los Estados Unidos, por no favorecer a su política de establecer un "marco democrático" en Centro América y así neutralizar políticamente a nivel regional a la Revolución Sandinista de Nicaragua (Palencia, 1987; 92-92).

La salida se dio con el golpe de Estado, en marzo de 1982, por parte de los "oficiales jóvenes" del ejército, apoyados por fracciones de la clase dominante y con el respaldo del gobierno norteamericano (Palencia, 1987; 204).

El golpe de Estado, destituyó a Lucas García e impidió el ascenso al poder de Aníbal Guevara evitando el continuismo de la cúpula militar en el poder. La recomposición de fuerzas al interior de la institución armada llevó a una reformulación de la estrategia contrainsurgente, que posteriormente se

conocería como la Tesis de Estabilidad Nacional (Gramajo,1989) y que fue presentada en el Foro Nacional "27 Años de Lucha por la Libertad" en 1987, dirigido principalmente a los empresarios.

Este fue el principio de la transición política que buscó darle viabilidad al proyecto capitalista, en lo político y económico. La forma y el papel del Estado debía refuncionalizarse para lograr el control y el mayor grado de consenso posible de la población, además de estabilizar y reactivar la economía.

III. LAS BASES PARA UNA NUEVA INSTITUCIONALIDAD AUTORITARIA  
 DEL ESTADO Y EL PROYECTO DE ESTABILIDAD NACIONAL.

La nueva fracción del Ejército en el poder -comandada sucesivamente por un triunvirato, por Ríos Montt y por Mejía Víctores- consideraba que la doctrina de Seguridad Nacional de los regímenes militares anteriores se había agotado y no podía enfrentar la compleja problemática económica, política y social del país. Los "oficiales jóvenes" señalaban que las fuerzas armadas actuaban con una doctrina de "ejército de ocupación" (La Epoca citado en Gálvez, 1989;34), por lo que la Tesis de Estabilidad Nacional fue la nueva base doctrinaria de las distintas campañas militares que se realizaron después del golpe de Estado. Sus principales objetivos y acciones fueron las siguientes.

- Derrotar, a corto plazo, a las fuerza político-militares de izquierda, para iniciar la estabilización política y económica del país.

La campaña Victoria 82, tenía como objetivo la pacificación del país y la reorganización de la población en función de la lucha contrainsurgente. Este año y los siguientes se caracterizaron por altos niveles de represión, violación a los derechos humanos y el control militar se extendió en el territorio nacional. Con la estrategia de "tierra arrasada", se intentó vencer a la guerrilla, que quedó debilitada, pero no se logró la pacificación, ni el control total del país. (IGE, 1989;14-16)

- La nueva doctrina concebía que, para el caso de Guatemala, la política era la continuación de la guerra (inversión del concepto de Clausewitz), o sea, que ésta no sólo era bélica sino psicológica, social y económica. De ahí la importancia que se le daba a la interdependencia entre el desarrollo y la seguridad, siendo la primera complemento y condición para la última. (Inforpress Centroamericana [IC], 1988;114-118)

Esta concepción reconocía que la fuerza alcanzada por la guerrilla no se debía únicamente a la influencia de los países socialistas, sino que tenía su sustento en las precarias condiciones socioeconómicas de la mayor parte de la población, principalmente la del área rural ubicada geográficamente en las

zonas de conflicto armado; había que trabajar en la atención de las necesidades básicas de la población para quitarle el caldo de cultivo a la guerrilla. (IC,1988;114-118)

Este planteamiento tuvo implicaciones estratégicas desde el mismo año 82, ya que se iniciaron programas como "Techo, Trabajo y Tortillas", "Pala y Pico" y "Fusiles y Frijoles". Todos ellos tenían como objetivo la reconstrucción y reparación de la infraestructura dañada por el conflicto armado, utilizando mano de obra barata y dando algún tipo de atención a la población que se encontraba en condiciones muy precarias a consecuencia del desplazamiento y la pérdida de sus cultivos por efecto de la guerra. (Palencia,1987;93-95)

Asimismo, en marzo de 1983, con el decreto-ley 28-83 se cambió la organización del ejército. Se establece el Estado Mayor de la Defensa Nacional encargado de llevar los planes de seguridad y defensa. Como parte constitutiva de esta nueva estructura, se establece la Dirección de Asuntos Civiles<sup>2</sup> (D-5) encargada de los nuevos elementos estratégicos de la contrainsurgencia, "desarrollista y participativa". También se creó la Sección de Asuntos Civiles, responsable de la "asesoría al comandante de la Zona Militar en lo referente a los aspectos políticos, económicos, sociales y psicosociales de las operaciones militares" (Documento orgánico del Ejército sobre asuntos Civiles, citado en IGE,1989;61).

La estrategia contrainsurgente se complementaba con otros elementos como: Polos de Desarrollo, las Coordinadoras Interinstitucionales<sup>3</sup>, las Aldeas Modelo, Patrullas de Autodefensa Civil, empresas asociativas campesinas y la repoblación en áreas de conflicto. (IGE,1989;16-52)

Estos elementos de la estrategia contrainsurgente, junto al trabajo de

---

<sup>2</sup>. El Ejército define Asuntos Civiles de la siguiente manera: "...El conjunto de actividades que realiza el Ejército en forma participativa con las autoridades civiles y la población en general, para facilitar las operaciones militares contra un enemigo declarado o encubierto, así como para prevenir y resolver los problemas derivados del subdesarrollo y de la acción de los grupos terroristas." (Documento orgánico del Ejército sobre asuntos Civiles (S-5), citado en IGE,1989;61).

<sup>3</sup> Las Coordinadoras Interinstitucionales se crearon por medio del Acuerdo Gubernativo 772-83 y posteriormente adquieren su cuerpo orgánico con la emisión del Decreto Ley 11-84.

Asuntos Civiles se implementó en áreas de conflicto y formaba parte de las operaciones militares de desarrollo y control que, luego de haber aplicado la política de tierra arrasada, buscaban la recepción, atención, reubicación y seguridad para los desplazados, refugiados o repatriados. (IGE,1989;59-64)

- Los militares se plantearon la necesidad de regresar a la institucionalidad del Estado y la importancia de que los distintos factores de poder, el económico, el político, el psicosocial y el militar<sup>4</sup>, participaran bajo el marco constitucional, con el fin de lograr los objetivos de la nación.

Esta participación de los campos o factores de poder debería darse de una manera "saludable", es decir, equilibrada, en cooperación, en alianza e interrelación, que permitiera la estabilidad, entendida de manera dinámica con la capacidad de evolucionar positivamente. El sistema político debía tener la capacidad de hacer evidente lo previsible y durar en el tiempo, logrando así responder a las relaciones futuras entre las fuerzas sociales. (Gramajo,1989;43-52). En otras palabras, la participación de los distintos factores de poder, dentro del marco legal establecido y la nueva institucionalidad del Estado, buscaba establecer la hegemonía de la nueva cúpula militar para que ésta pudiera impulsar su proyecto de Estabilidad Nacional.

El regreso a la institucionalidad era vital para legitimar el régimen a nivel internacional y poder acceder a la asistencia técnica, financiera y

---

<sup>4</sup> La tesis de estabilidad nacional ubica 4 factores de poder, que son:

"Factor político (expresión política del poder nacional):

Es la parte del poder nacional que incluye los órganos y la función de la dirección de la sociedad política; ese poder es la totalidad de los medios necesarios para que el Estado pueda efectivamente ejercer su soberanía. El poder político comprende: Poder Ejecutivo,Legislativo y Judicial , así como el poder político que los diferentes partidos pudieran generar.

Factor Económico (expresión económica del poder nacional):

Es el componente del poder nacional que se expresa con hechos y fenómenos predominantemente económicos.

Factor Psicosocial (expresión psicosocial del poder nacional): Es el componente del poder nacional que se expresa en fenómenos psicológicos y sociales. Entre estos factores hay que hacer notar: La población, el medio ambiente y las instituciones sociales. Del poder psicosocial derivan directamente el poder de la moral nacional, el poder de la comunicación social, el poder de la opinión pública, el poder sindical, el poder religioso,etc.

Factor militar (expresión militar del poder nacional): El cual usa los medios específicamente militares y actúa tanto en el campo externo como en el campo interno. En el campo interno el poder militar interviene para garantizar la seguridad y la paz interior reduciendo o anulando antagonismos y presiones."

(Gramajo,1989;28-29)

militar en apoyo de las actividades contrainsurgentes y de la resolución de la crisis económica. Como parte del Plan de Campaña Reencuentro Institucional, en 1984, se convoca a las elecciones de la Asamblea Nacional Constituyente (ANC)<sup>5</sup> y se elabora una nueva Constitución. Previamente se estableció el Tribunal Supremo Electoral, la ley de Organizaciones Políticas y el Registro de Ciudadanos (Gálvez, 1989; 34).

Las conclusiones sobre la elaboración de la nueva Constitución Política de la República fueron las siguientes<sup>6</sup>: no existió una representación de los sectores populares dentro de la ANC; la Constitución, producto del movimiento de fuerzas al interior de la ANC, fue favorable a los sectores de la extrema derecha y a la fracción dominante que representaban; favoreció también al proyecto global del ejército ya que quedó asentada la creación del Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural, los Consejos de Desarrollo a nivel regional y departamental, el mandato de la regionalización y la institucionalización de las patrullas de autodefensa Civil, por lo que la estrategia contrainsurgente se institucionalizó dentro del aparato de Estado<sup>7</sup>

Al final del mandato del último presidente militar de facto (Mejía Víctores) se estableció el Ministerio de Desarrollo Urbano y Rural que, junto a los elementos mencionados, constituía la base institucional del renovado

---

<sup>5</sup>. La convocatoria hecha para conformar una Asamblea Nacional Constituyente (ANC) tuvo una mala respuesta por parte del 46.9% de la población empadronada; porcentaje constituido por los votos nulos y blancos y por los abstencionistas. Significa el rechazo de una parte importante de la población a la clase política del país, que para ese entonces estaba representada por los partidos de derecha conservadora (MLN, PID, CAN, PUA, FUN), la nueva derecha (UCN, PR, PNR) y la izquierda democrática (DCG, PNR-DC). La elección dio como resultado los siguientes porcentajes de diputaciones: la extrema derecha el 34%, la nueva derecha 41% y la izquierda democrática 22%. (Palencia, 1987; 212-219)

<sup>6</sup>. Un análisis detallado del proceso de alianzas de fuerzas políticas y de las posturas que se dieron al interior de la ANC es hecho por Mayra Palencia en su estudio Autoritarismo y Crisis Económica en Guatemala (Palencia, 1987; 212-230). Otro texto que hace un análisis sobre lo que se legisló en esa nueva constitución es el cuaderno 7 publicado por CITGUA titulado La Constitución Guatemalteca de 1985. En ese texto, luego de analizar varias partes de la constitución, se llega a la conclusión de que ella significa el continuismo de todo el sistema económico, social, político y jurídico del país.

<sup>7</sup> Declaraciones del jefe de Estado Mayor de la Defensa durante el último gobierno militar, nos aclara lo que la regionalización representa para el ejército: "La regionalización del país, que mancomuna en jurisdicciones la administración pública con las zonas militares, y a la vez con las divisiones administrativas de la nación, constituye un logro fundamental, no sólo para el control del territorio nacional, sino también un acertado paso al frente en el proceso de desarrollo que se está acometiendo. Todo esto ha sido seria y cuidadosamente analizado por estudios realizados por el alto mando, en conformidad con la evaluación estratégica que las fuerzas armadas mantienen en atención actualizada para orientar adecuadamente los objetivos de interés nacional". (IGE, 1989; 16-54)

proyecto contrainsurgente. De esa manera, el Ejército reestablece la institucionalidad del país, salvaguardando sus intereses y dejando intacta su aparato de control militar, político y social de la población. Para terminar este proceso de institucionalización, sólo quedaba la designación de un gobierno electo en la urnas, que de acuerdo con la estrategia militar debería de ser civil. (plan de campaña Estabilidad Nacional 85 y el de Consolidación Nacional 86).

- Otra acción importante durante los años 1982 a 1985 fue el intento de estabilizar la economía. Las medidas fueron de corto plazo y tenían como objetivo estabilizar la liquidez de la economía y equilibrar el sector externo mediante una reducción de las importaciones y un aumento de las exportaciones<sup>8</sup>. En 1984, la evaluación del FMI<sup>9</sup> encontró que los compromisos de ajuste no fueron cumplidos, por lo que insistió en aplicar medidas de mayor peso. El gobierno intentó una reforma tributaria con un paquete de impuestos que fue rechazado por el sector empresarial provocando una nueva crisis política (Reyes, 1991; 84). No obstante, durante estos años se redujo el gasto público y se logró introducir el Impuesto sobre el Valor Agregado (IVA). En 1985, la economía se mantenía deprimida con un retroceso del PIB por habitante de 13 años y exportaciones por un valor de U\$ 500 millones menor que de 1980; el control del tipo de cambio generó prácticas especulativas; la inflación se mantuvo en 31.5%; y el déficit público se redujo a través de la contracción de la inversión pública (AVANCSO, 1993b; S/P); y la deuda externa del año 80 al 85 se multiplicó por 2.5 (SEGEPLAN Y UNICEF, 1991; 8). Ante dichos resultados, la labor de estabilizar la economía quedaba en manos del próximo gobierno

---

<sup>8</sup>. Para cumplir con ese objetivo se crearon incentivos arancelarios y fiscales para las actividades de exportación y a las empresas que se establecieron en la actividad de la maquila (AVANCSO, 1993b; S/P).

<sup>9</sup>. El Fondo Monetario Internacional (FMI), durante el primer quinquenio de la década de 1980 realizó dos convenios con el país. El primero de ellos en el año de 1981 (stand-by), con el cual se le daba énfasis a la reducción del déficit fiscal mediante la racionalización del gasto como también a través de una mejor recaudación. Además, hacía las siguientes recomendaciones: "1) no poner en vigor nuevos controles cambiarios o comerciales, ni intensificar los existentes; 2) no variar el tipo de cambio; 3) elevar las tasas de interés activas; y 4) limitar la contratación de deuda externa a Q250. millones. El otro convenio fue en el año de 1993, en el cual se estipulaba las siguientes recomendaciones: "1) la liberalización gradual de la política cambiaria, 2) la adopción de una política realista de tasas de interés, 3) un mejor aprovechamiento del crédito externo y, 4) la reducción del déficit del sector público. Este último es el que es suspendido en 1984 por incumplimiento de las condiciones pactadas. Con esto se le cerró a Guatemala las ventanillas de financiamiento externo. (AVANCSO, 1993b; S/P).

civil, que iniciaba su período en 1986.

En síntesis, los años después del golpe tuvieron varios saldos. En lo político, se estableció a una nueva institucionalidad del Estado con la Constitución de 1985, en la cual los gobiernos militares dejaron sentadas las bases y las estructuras institucionales de un **Estado Contrainsurgente** basado en la doctrina de Estabilidad Nacional. Se abrió, además, el juego democrático formal con las elecciones generales de 1985 que llevaron al poder a Vinicio Cerezo. En lo económico, quedó pendiente la agenda de estabilizar y reactivar la economía, en un clima de gran incertidumbre y con un enfoque desarrollista desde la perspectiva del Proyecto de Estabilidad Nacional.



#### IV. EL PROYECTO DE ESTABILIDAD NACIONAL Y EL ESTADO SUBSIDIARIO/CONTRAINSURGENTE.

A partir de la reformulación de la estrategia contrainsurgente por parte del Ejército, se comenzó a cambiar la visión de la forma, el contenido y el papel del Estado dentro de la sociedad guatemalteca. El autoritarismo, verticalidad y burocracia de las instituciones estatales fueron cuestionadas al no permitir al Estado integrar a la sociedad civil dentro de un proyecto capitalista que gozara de consenso.

Por ello, el proyecto de Estabilidad Nacional requería de un aparato estatal que llevara un desarrollo mínimo a la población y así poder cubrir sus necesidades básicas. Este proceso de desarrollo tendría que estar fundamentado en la participación y organización de la población bajo el control del ejército y del nuevo equipo de gobierno, con el objetivo de canalizarla dentro del proyecto que interesaba seguir impulsando. Esto no significaba el abandono de las acciones bélicas contrainsurgentes, pero era un cambio en la relación entre la población y el Ejército-gobierno civil; tenía como objetivo final el disputar la población pobre a la guerrilla, mediante la satisfacción de las necesidades básicas de las comunidades, sin lesionar el proceso de acumulación capitalista.

Complementariamente, la apertura política tenía como objetivo establecer alianzas entre la clase dominante, el ejército y el partido gobernante, para constituir un nuevo bloque de poder que fuera capaz de impulsar el Proyecto de Estabilidad Nacional. Sin embargo, la transición política planteaba un reto al entrar a jugar varias fuerzas políticas en plena recomposición y/o reconstitución, que el ejército no podía controlar por completo. Estas eran determinantes a el grado de consenso que el proyecto podía alcanzar. Dichas fuerzas eran las distintas corrientes al interior del Ejército, el equipo gobernante, la distintas fracciones de la clase dominante y las organizaciones representantes de las clases subalternas.

La crisis global generó cambios en las representaciones partidarias de la clase dominante y en sus planteamientos. Los partidos conservadores de

derecha, viejos aliados de las cúpulas militares, fueron rebasados por los eventos políticos y dejaron de ser los aglutinadores de los intereses burgueses. Precisamente para las elecciones de 1984 y 1985, aparecieron la Unión del Centro Nacional (UCN) y el Partido de Acción Nacional (PAN), que pasaron a ser las representaciones partidarias de la nueva derecha. Asimismo, el CACIF y las cámaras empresariales se fueron politizando y entraron en contradicción con el proyecto económico del gobierno de la DC.

Aunque es difícil determinar si los partidos de la nueva derecha y las cámaras empresariales se basan por completo en el modelo neoliberal, éstos mantuvieron una visión antiestatista e hicieron presión para que las medidas de estabilización y ajuste de la DC se tornaran cada vez más ortodoxas. Asimismo, la intervención de los organismos financieros internacionales fue determinante para que, después de 1990, se comenzaran a dar las bases para un Proyecto Neoliberal, aunque desde 1989 la política económica ya había adquirido ese perfil.

Así, la transición política significó la disputa entre dos proyectos dominantes<sup>10</sup>, que buscaban transformar al Estado de acuerdo a sus distintas visiones. El de Estabilidad Nacional otorga al Estado un importante papel en el desarrollo, por lo que la políticas e instituciones estatales debían mantener una fuerte intervención en lo económico y social. Por su lado, el Proyecto Neoliberal, sostiene que la intervención del Estado se debe refuncionalizar para darle un mayor campo al mercado en lo económico y social. Como veremos más adelante, estas dos visiones encontradas fueron determinantes para el grado de consenso, que obtuvo el proyecto del ejército/DC, en los sectores económicos dominantes.

Los grupos u organizaciones subalternas (sindicatos, organización indígena, etc.), aunque en pleno proceso de reconstitución, fueron, y son, la

---

<sup>10</sup> La conducción estatal ha sido dominada por éstos dos proyectos y aunque no gocen de hegemonía en los mismos sectores de poder donde se originaron, se han ido imponiendo al resto de la sociedad. Las clases subalternas permanentemente se han opuesto a ambos proyectos, pero la carencia de un proyecto propio no le ha permitido tener claridad para oponerse y/o proponer salidas alternativas. Sin embargo, las medidas de hecho y su progresiva reconstitución le han permitido ir cobrando fuerza y obstaculizar el proceso de implementación de ambos proyectos; actualmente del Neoliberal.

fuerza de presión para que la transición política se llegara a transformar en una real apertura democrática y que sean tomadas medidas económico-sociales que favorezcan a las mayorías. Las demandas por mejores salarios, por repartición de tierras, por el cese a la represión, por la investigación de las violaciones a los derechos humanos en el pasado reciente y el castigo a los culpables, entre otras, nutrieron la oposición a los dos proyectos dominantes mencionados.

El primer gobierno civil era fundamental para el Proyecto de Estabilidad Nacional, por lo que el partido que llegara al poder debería plegarse a la política "desarrollista y participativa" del Ejército, y al mismo tiempo, emprender los cambios en la administración del Estado (según mandatos constitucionales), necesarios para terminar de institucionalizar dicha estrategia contrainsurgente.

Por ello, la fuerza más importante desde el punto de vista estratégico para el ejército era el partido demócrata-cristiano, que había llegado al gobierno con las elecciones de 1985. La DC era un partido estructurado y con una ideología propia, por lo que se podía esperar un proyecto de gobierno demócrata-cristiano. De ahí, que el impulso y la consolidación del Proyecto de Estabilidad Nacional dependían de la actitud de la Democracia Cristiana (DC) frente al ejército, de sus planteamientos y acciones de gobierno, y de su habilidad política para lograr algún grado de consenso de los distintos sectores de poder.

Por lo tanto, es importante analizar, cuál era la postura de la Democracia Cristiana Guatemalteca (DCG) ante el ejército; cuáles eran los planteamientos más importantes de proyecto de gobierno de la DC y sus coincidencias con el de Estabilidad Nacional; y cuál era el planteamiento político para lograr cierto grado de consenso entre las distintas fuerzas de la sociedad.

#### A. LA DCG COMO ALIADA ESTRATÉGICA DEL EJÉRCITO:

A lo largo de su historia la DCG ha mostrado ser proclive a aliarse al ejército para gobernar el país. El partido apoyó repetidas veces a candidatos

militares para la presidencia, por ejemplo, en las elecciones de 1970, 1974 y 1978 (AVANCSO,1990b;6-11). De hecho, en 1975 Cerezo Arévalo en su ensayo "El Ejército una Alternativa", decía: "El factor clave para la creación de un nuevo orden lo constituye la toma de poder por el Ejército Nacional y por el PDCG...las actuales condiciones nos están planteando un conflicto sin salida positiva, a menos que los dos sectores mencionados se UNAN y realicen un esfuerzo gigantesco en conjunto para reorganizar y reorientar al país" (Citado en IGE,1989;22).

Además los planteamientos generales del DCG eran compatibles con los intereses del Ejército. La DCG se basa en la doctrina social de la iglesia y no se presentaba como un peligro para el orden capitalista establecido, ya que, a pesar de asumirse como una tercera opción entre el comunismo y el capitalismo, ha mantenido una marcada postura anticomunista<sup>11</sup>. En los años setenta estuvo estrechamente relacionada con el movimiento sindical y cooperativo pero su política, centrada en ganar elecciones y no en jugar un papel crítico ante la situación socio-económica de la población, hizo que sectores sindicales e importantes miembros del partido se alejaran del partido. (AVANCSO,1990b;6-11)

En este camino, la DCG fue cambiando sus planteamientos. En 1970 planteaba reformas estructurales como la agraria, la fiscal, la educacional y la política. Para 1986 planteaba el olvido del pasado, la concertación, la reconciliación y la continuidad del proyecto desarrollista iniciado por el Ejército. Es así como la DCG pasa a ser un aliado estratégico para los militares en este importante período de transición política. (IGE,1989;23)

B. EL PROYECTO DE GOBIERNO DC/EJÉRCITO: EL ESTADO SUBSIDIARIO/CONTRAINSURGENTE.

La DCG inicia su período presidencial en 1986 con grandes expectativas en sectores de la población. La estrecha apertura de participación, dado el

---

<sup>11</sup> El Ejército consideraba oponentes o antagonistas del Estado, a los siguientes: el contrabando; la subversión (del marxismo-leninismo y del conservadurismo extremo y radical); las huelgas, manifestaciones violentas, la agitación en general; el narcotráfico; el tráfico de influencias; y la inmigración clandestina o solapada. (Gramajo,1989;24-25)

pasado autoritario y represivo, era suficiente para despertar optimismo y esperanzas de que La transición política poco a poco se pudiera constituir en una transición democrática. No obstante, la historia posterior se encargaría de borrar todas esas expectativas por el proceder del gobierno de la DC, los límites estructurales y el entorno siempre adverso a la libre expresión y acción de las distintas fuerzas políticas que representan los intereses de la clase o grupos subalternos.

La DCG llegó al poder con la votación a su favor más numerosa de los últimos 35 años y con un bajo nivel de abstención de los votantes (35%) (Rosada,1990;286-292). Además, la coyuntura nacional e internacional le favorecía dado que era el primer gobierno civil después de una serie de gobiernos militares dictatoriales. Sin embargo, el proyecto de gobierno de la DCG<sup>12</sup> no entraba en contradicción con el sistema capitalista-dependiente guatemalteco y sus planes y programas de gobierno se adecuaron al proyecto de Estabilidad Nacional. Por lo que hay que destacar algunos elementos doctrinarios y acciones para comprender cómo se complementaba el binomio DC/ejército y cómo discrepaba de las posturas de algunas fracciones o grupos de la clase dominante.

Desde la perspectiva doctrinaria, la DC postuló como eje central de su proyecto al Estado subsidiario y promotor, que debía jugar un papel importante en la dirección del desarrollo y mantener un nivel alto de intervención en lo económico y social. Esta visión del Estado era compartida por el Ejército ya que su estrategia contrainsurgente se basaba en la interdependencia entre el desarrollo y la seguridad. El Estado subsidiario y contrainsurgente discrepaba, en general, con los planteamientos del Comité Coordinador de Asociaciones Agrícolas, Comerciales y Financieras (CACIF) que ejerció una permanente oposición a las medidas económicas y sociales gubernamentales, como veremos más adelante.

---

<sup>12</sup> Se debe destacar que la DC no llegó al poder con un plan y programa de gobierno completamente terminado y que al interior del partido existió muchas veces indefinición o posturas contradictorias sobre que políticas aplicar. Por ello, cuando se habla del proyecto de gobierno de la DC se hace de manera general, con la intención de ubicar cual era la tendencia inicial del proyecto que posteriormente fue variando de acuerdo a los resultados obtenidos y a la oposición que encontró en los distintos sectores.

El gobierno de la DC, en sus planes y programas de gobierno, propuso una política de desarrollo, económica y de concertación<sup>13</sup>, que si bien respondían a los intereses del partido, eran la versión civil de la estrategia contrainsurgente. Las características conceptuales del Estado subsidiario, son fundamentales para entender como justificaba y concebía la DC sus acciones de modernización o descentralización de la administración pública; y por otro lado, para determinar cuales son la diferencias teóricas con el Estado subsidiario neoliberal que posteriormente De León Carpio ha tratado de estructurar. Las características más importantes que rescatamos de los documentos de gobierno son las siguientes:

- **El Estado es el rector o gerente del bien común en la sociedad**, entendido éste con criterios de jerarquía, es decir, que el "bien común general es superior y privará, aunque de manera no absoluta, sobre los bienes particulares e individuales"; y no, como lo hacen los liberales en cuanto a que el bien común es la suma de los bienes individuales (INAP,1990; 168-169)

- **La concepción de sociedad en la que se basa el Estado para actuar**, tiene dos elementos doctrinarios importantes: uno, la idea de la importancia del desarrollo integral, mediante el cual se logre una economía que satisfaga las necesidades de la población para que ésta se realice en el plano político, social y cultural; y el otro, el principio de solidaridad, a partir de cual se crea la conciencia de que todos los individuos de una sociedad tiene un destino común y que lo que le suceda a los otros no nos puede dejar indiferentes. (INAP,1990;169)

- **La naturaleza promotora del Estado** consiste en que tiene la responsabilidad de estimular y canalizar el potencial de la sociedad. Básicamente le corresponde crear las condiciones legales, técnicas y financieras para la participación de la población (INAP,1990;179). En ese sentido, la creación o el apoyo a comités comunitarios, cooperativas,

---

<sup>13</sup> El gobierno de la DC siguió los lineamientos de política exterior iniciados por el ejército después del golpe del 82 y tenían como principal objetivo sacar del aislamiento internacional a Guatemala.(Ver: Castañeda,1987 y AVANCSO,1990a)

sindicatos, partidos políticos, entre otras, es fundamental (a estas organizaciones la DC les llama organizaciones intermedias), para ir integrando a la sociedad, principalmente a los más marginados y pobres del país.

- La naturaleza subsidiaria del Estado, se refiere a que el Estado debe hacerse cargo de las actividades que no pueden ser cumplidas por las personas particulares y que por lo mismo el gobierno debe cubrirlas en su totalidad o bien en forma complementaria con el sector privado. Esto es aplicable a todos los tipos de actividades: económicas, sociales y culturales. Sin embargo, es importante resaltar de que el Estado, como gerente del bien común, no puede retraerse ante las injusticias o las necesidades de los más pobres y debe actuar en consonancia con los intereses colectivos (INAP,1990;169). Por ello, la intervención del Estado como productor de bienes y servicios se debe reducir a aquellas que se consideren de carácter estratégico desde la perspectiva del bien común, es decir, que no conviene dejarlas a libre manejo de la actividad empresarial de carácter privado (INAP,1990;179)

Esta concepción de Estado subsidiario adquirió su real significado en la política de desarrollo, económica y de concertación que pasamos a revisar a continuación.

- La DC, en su Proyecto Nación de 1985, adecuó su política de desarrollo y las reformas administrativas estatales a la de los gobiernos militares del período 1982-1985.

Una sistematización de este hecho la hace AVANCSO, de la siguiente manera:

#### LA POLÍTICA DE DESARROLLO

ULTIMO GOBIERNO MILITAR	GOBIERNO DEMÓCRATA CRISTIANO
Desarrollo integral	Desarrollo integral
Descentralización	Descentralización
Regionalización	Regionalización
Polos de desarrollo	Centros de desarrollo
Aldeas modelo	Aldeas de desarrollo
Patrullas de autodefensa civil	Comités autodefensa civil
Coordinadoras interinstitucionales	Consejos de desarrollo
Empresas asociativas campesinas	Impulso a la microempresa
Repoblación en áreas de conflicto	Apertura de mercados internos
	(AVANCSO,1990b;56)

De esta manera, el programa demócrata cristiano asume desde el inicio, en su política de desarrollo, elementos esenciales de la nueva estrategia contrainsurgente, por lo que algunos llaman al proyecto que se impulsa: "proyecto nacional ejército/demócrata cristiano" (AVANCSO, 1990a; 82). Entre los elementos presentados, la regionalización y descentralización de la administración pública, significan el seguimiento a la transformación del Estado guatemalteco y eran mandato constitucional. El establecimiento de regiones administrativas, de Consejos de Desarrollo y el 8% del Presupuesto General de Ingresos Ordinarios del Estado para las municipalidades (el 8% Constitucional), eran los primeros pasos para un proceso que buscaba modernizar a la administración pública de acuerdo a la visión contrainsurgente y a la del equipo de gobierno, por ahora, la visión demócrata-cristiana.

Los objetivos fundamentales de la regionalización y descentralización de la administración pública eran ser las <sup>4</sup>vía institucional de organización y movilización de la población, para controlarla e integrarla al Proyecto de Estabilidad Nacional. Esto parecía tener dos propósitos: por un lado, legitimar dentro de la institucionalidad del Estado a los mecanismos e instrumentos contrainsurgentes, y por otro, crear las condiciones para poner en práctica la subsidiariedad del Estado que, como veremos más adelante, podía permitir a la DCG fortalecer sus base social.

Una diferencia sustancial en el cómo se implemento, o trató de implementar, la descentralización administrativa entre el gobierno de la DC y actualmente con De León Carpio es que, en el primer caso, la subsidiariedad y promoción se entiende más ante los grupos, instituciones y organizaciones de diversas índoles de la población, mientras que en el segundo caso, el neoliberal, el proceso descentralizador establece mecanismos específicos para ampliar el campo del mercado.

- La Economía Social de Mercado de la DCG y la política militar de aplicar una política de desarrollo.

El primer gobierno civil de la transición política tenía como reto estabilizar y reactivar la economía guatemalteca. El modelo neoliberal,



promovido por los organismos financieros internacionales y por fracciones de la burguesía de los países, busca reducir la intervención del Estado en todos los ámbitos posibles, garantizando así, un mayor y seguro campo para el libre mercado.

Ante esta versión radical del pensamiento liberal, en los países europeos como Alemania, Francia e Italia, los partidos DC proponen un neoliberalismo menos ortodoxo que busca cuidar los aspectos sociales para disipar el descontento social por las medidas económicas. Como veremos más adelante, este planteamiento fue explícito en el Programa de la Reorganización Nacional (PREN)<sup>14</sup> mediante el concepto del pago de la deuda social (BED, 1989; 14-16). Este planteamiento coincidía con la visión desarrollista del ejército, ya que invertir en servicios de salud, educación y vivienda para las comunidades, podía proporcionar una mayor sensación de bienestar en la población y generarse estabilidad. Asimismo,<sup>f</sup> la deuda social era compatible con la intención del gobierno, en los primeros años, de reactivar la economía a través del estímulo a la demanda interna, por lo que el aumento del gasto público era fundamental.

- La concertación demócrata-cristiana y la articulación de los factores de poder alrededor del proyecto de Estabilidad Nacional:

La concertación fue una de las políticas más importantes que echó a andar el gobierno con el objetivo de unir posiciones tradicionalmente antagónicas, crear convergencia entre los distintos sectores estableciendo compromisos concretos de trabajo y poder contar con un método flexible de entendimiento, en las medidas que avanzara el período de gobierno. Esto se realizaría en tres pasos: el primero, los pactos concertados entre gobierno e instituciones productivas y sociales; el segundo, llamado concertación nacional, que se constituiría con la suma de los anteriores pactos; y por

---

<sup>14</sup> La ejecución del PREN, durante 1987 y 1988, dependía de la reforma tributaria del equipo gobernante que, luego de una intensa negociación con el sector privado, se logró plasmar. Esa coyuntura enfrentó a la cúpula militar con los representantes del empresariado que se negaban a financiar el proyecto de estabilidad nacional impulsado por la DCG y el Ejército, que como hemos visto, proponía una importante (en recursos e infraestructura) intervención del Estado a través de una dinámica política social. Esto, por supuesto, chocaba con la visión neoliberal del empresariado, de reducir al mínimo las acciones del Estado.

último, la concertación internacional, que era una invitación a la comunidad internacional a participar y apoyar a dicho proceso. (PR,1987;83-92)

Establecer ese consenso en la sociedad guatemalteca significaba el inicio de la hegemonía del proyecto de Estabilidad Nacional del ejército/DC, dentro de los distintos factores de poder psicosocial, económico y político. Es decir, articular a la burguesía en un nuevo bloque de poder con el ejército y el partido político en turno, y abrir espacios restringidos de participación para los sectores o clases subalternos. En este proceso de concertación, la descentralización del Estado y su política de desarrollo eran fundamentales.

En los hechos la concertación nunca se dio y se redujo a una actividad política gubernamental de pénduleo, que tenía como objetivo buscar apoyos coyunturales de las distintas fuerzas, de acuerdo a las características y necesidades políticas del momento. El fracaso de la concertación se manifestó en dos hechos: en que el proyecto de Estabilidad Nacional, con su Estado subsidiario/contrainsurgente, no llegó a consolidarse; y que la DC llegó al final de su período de gobierno, sólo por el apoyo que recibió del ejército, pues su desgaste y desprestigio con los distintos sectores y con la población en general fue claramente manifiesto.

Hasta ahora hemos planteado de una manera general, cuáles eran las características del proyecto que impulsaba el gobierno DC junto al ejército. Este proyecto implicaba cambios en la forma, contenido y funciones del Estado pero, dada la inestabilidad política, la posibilidad de impulsarlo dependía básicamente del equilibrio de fuerzas que se fuera dando durante su instrumentación. Para definir cuales son las principales características de la transformación del Estado, pasaremos a analizar la política económica y la descentralización administrativa, ya que a través de ellas se comienza a establecer una nueva relación entre Estado-sociedad y el Estado-mercado.

#### C. LA POLÍTICA ECONOMICA DEL GOBIERNO DE LA DC.

En el equipo de gobierno de la DC no existió consenso sobre la política económica a implementar y fue variando de acuerdo a quien dirigía el gabinete

económico, por los resultados obtenidos y por las distintas presiones políticas. Podemos diferenciar dos etapas de política económica durante este período de gobierno:

1. La primera, inicia la estabilización de la economía en 1986, con el Programa de Reordenamiento Económico y Social (PRES) y, posteriormente, con el Programa de Reorganización Nacional (PREN). Esta etapa se puede calificar de heterodoxa (SEGEPLAN-GTZ,1991;14), pues no asume todas las características neoliberales<sup>15</sup>.

Ambos programas eran ambiguos, PRES y PREN, ya que su estrategia de reactivación se planteó por medio de la promoción y diversificación de las exportaciones, pero también por el fortalecimiento del mercado interno (PR,1986;62-68 y PR,1987;93-104). Asimismo, con el paulatino aumento del gasto público se buscó promover la demanda interna y se inició una progresiva liberación de precios, pero las principales variables económicas aún se mantenían bajo control estatal. (AVANCSO,s/f;2)

El PRES, inició el proceso de unificación cambiaria con la ley transitoria del régimen cambiario que establecía tres mercados de divisas (oficial, regulado y bancario) (PR,1986; 42-46). En materia crediticia, se buscó contraer la liquidez por medio de la contracción del crédito interno; y la política fiscal, tuvo como objetivo llevar el déficit a 1.5% del PIB, para finales del año 87 (Reyes,1991;84).

En 1987, se implemento el PREN para consolidar los logros obtenidos anteriormente. El programa pretendió la unificación de los tres mercados de cambio; aplicó nuevas restricciones al crecimiento del crédito interno, principalmente el dirigido al gobierno central; y en materia fiscal, se

---

<sup>15</sup> El modelo neoliberal, pretende refuncionalizar a las economías nacionales al proceso de cambios que sufre la economía mundial. Como proyecto global, se manifiesta en lo político-ideológico y socio-cultural. Se expresa en el llamado ajuste económico estructural que busca modificar el patrón de acumulación a través de cambios en la economía y la adecuación funcional a ésta de las instituciones sociales y estatales. Para llevarlo a cabo, el ajuste se sucede en dos fases complementarias y no divididas claramente en el tiempo, que son: la de estabilización y la de ajuste o cambio estructural. La fase de estabilización tiene como objetivo lograr los equilibrios básicos de la economía, el de la balanza de pagos, el fiscal y el monetario. La fase de cambio estructural (ajuste), luego de que la anterior haya alcanzado cierto grado de maduración y con la cual se traslapa, busca reactivar y diversificar la oferta y redefinir la estructura estatal a largo plazo. Esto último llamado por algunos la "modernización del Estado". (AVANCSO, 1993a;1-7),

propuso un paquete impositivo que fue rechazado por el sector empresarial, teniéndose que modificar la propuesta original (Reyes,1991;85).

De acuerdo al discurso oficial, la reforma tributaria tenía como objetivo pagar la "deuda social" contraída con el pueblo guatemalteco (PR,1987;108-109), al haber caído sobre éste el impacto de la crisis y de las medidas económicas. El pago de la deuda social era el eje de la política social del gobierno demócrata-cristiano y las inversiones que requeriría saldrían, además, de la implementación del Fondo de Inversión Social (FIS), que no fue aprobado durante este gobierno, sino hasta 1993. (AVANCSO,1993b;S/P)

La reactivación de la economía se buscó a través del mismo pago de la deuda social, ya que ésta representó un programa ambicioso de inversión pública en las áreas rurales y de alto contenido social. Asimismo, se buscó estimular la inversión privada en las exportaciones de productos no tradicionales (IC,1988;68).

Los resultados de estos programas de estabilización económica fueron positivos. Se logró recuperar algunos indicadores como el PIB, que creció 0.1% en 1986, 3.5% en 1987 y 3.9% en 1988; se aumentó en 4% el consumo privado y el de gobierno, en el último año; se disminuyó la inflación de 12% al 10% entre 1987 y 1988; la tasa de inversión global subió notoriamente (SEGEPLAN y UNICEF,1991;8); y se estabilizó el tipo de cambio (Castellanos,1992;11). Otros elementos de importancia que contribuyeron a los buenos resultados económicos de estos programas fue el aumento del precio internacional del café (principal producto de agroexportación); los precios del petróleo y las tasas de interés bajaron; y se captaron recursos de la asistencia financiera internacional<sup>16</sup>. (AVANCSO,1993b;s/p)

---

<sup>16</sup>. Del año 86 al 88 el gobierno de Guatemala obtuvo 5 préstamos del Banco Mundial, alcanzando estos un monto total de US\$130 millones. Durante ese período el banco intensificó su apoyo a Guatemala en las áreas como "la mejora administrativa del sector público, la de apoyo a una mayor movilización de recursos, el mejoramiento de los servicios básicos y la expansión de las exportaciones no tradicionales". En 1989, se establecieron dos programas más que no lograron realizarse, el primero de ellos el diseño de una estrategia y de un programa de desarrollo municipal general y el otro, las propuestas del Fondo de Inversión Social (FIS). A finales del período de gobierno demócrata-cristiano se enfrenta una serie de problemas que imposibilitan el pago de la deuda externa, lo que significó que Guatemala entrara en la lista de países morosos y las financieras internacionales le bloquearan su apoyo. (AVANCSO,1993b;S/P)

A partir de 1988 se observan cambios a nivel interno y externo que señalan un nuevo deterioro de la economía del país. Se evidencian problemas fiscales, el debilitamiento de la inversión privada y pública, inestabilidad cambiaria y de precios, fuga de capitales y condiciones externas desfavorables. Para 1989, la política económica se encuentra francamente debilitada. La reactivación de la economía a través del gasto público y por medio de las exportaciones, recibe un fuerte revés cuando la coyuntura internacional se pone en una situación adversa<sup>17</sup>. Además, en materia fiscal se debe resaltar el boicot que el sector empresarial emprendió contra el gobierno, como represalia por la reforma tributaria realizada en 1987. Esto afectó al déficit fiscal que en 1989 llegó a Q400 millones mayor que el de 1988. (AVANCSO,1993b;s/p)

De esta forma, el gobierno de la DC se encontró sin divisas, sin recursos internos, con su política<sup>f</sup> de estabilización agotada (AVANCSO,1993b;S/P) y con el fracaso de la concertación, que lo llevó a agudizar sus enfrentamientos con los distintos sectores, en particular con los empresarios, que estaban en desacuerdo con la estrategia económica de reactivación por medio del gasto público. Sin embargo, dentro del mismo sector privado no había consenso sobre el modelo de crecimiento hacia afuera, ya que los empresarios "modernistas" no representaban a todo el sector y los grupos o fracciones más conservadoras se mostraban renuentes a sufragar un proyecto que no les aseguraba rentabilidad. (IC,1988;82).

2. En 1989, se inició la segunda etapa de la política económica, cuando el equipo de gobierno se apega a una mayor ortodoxia neoliberal. El Plan Guatemala 2000 de 1988 y el de los 500 Días en 1989, privilegiaban en el discurso la apertura externa y la reinserción de la economía en el mercado externo, aunque implícitamente seguía el desacuerdo al interior del gabinete

---

<sup>17</sup>. En 1989 se registraron "flujos negativos de capital, oficial y bancario, un alto déficit en el saldo de turismo, una brusca disminución en los precios del café, disminución de las reservas de divisas, acumulación de un monto considerable de demanda insatisfecha de divisas para importación, ante lo cual se aplicó una serie de medidas correctivas que resultaron finalmente infructuosas en su objetivo de mantener la estabilidad cambiaria". (AVANCSO,1993c;s/p)

económico<sup>18</sup>.

La redefinición de la política se da cuando la dirección del gabinete económico queda en manos de Lizardo Sosa, desplazando a Paíz Andrade, (Castañeda et al,1993;69), y en 1989, las medidas económicas adquieren un mayor perfil neoliberal, pero sin un programa definido y se aplican de forma repentina e incoherente (AVANCSO,s/f;2).

En ese año se liberan las tasas de interés y el tipo de cambio, llevando al país a una profunda crisis económica que culmina en el año de 1990. La inflación alcanzó un 60% en diciembre de ese año; bajó el consumo privado y el del gobierno; se redujeron las tasas de inversión; y se premió al capital especulativo, obteniendo estas grandes ganancias en comparación a los sectores productivos. Todo lo anterior, más la devaluación y la crisis fiscal, profundizaron el problema económico, repercutiendo en la producción, la demanda interna, el empleo y en un mayor deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población (SEGEPLAN y UNICEF,1991;8).

En conclusión, al final del gobierno de la DC<sup>19</sup>, el Estado desregulariza y libera en gran medida la economía, apegándose a una política económica de perfil neoliberal, dejando al mercado como principal mecanismo de regulación y de asignación de recursos.

#### D. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA:

El gobierno demócrata-cristiano emprendió acciones para llevar a cabo el mandato constitucional de la regionalización (RE) y descentralización (DES). Estas formaban parte de sus estrategias para transformar la administración pública, con el fin de facilitar la funciones subsidiadora y promotora del Estado, que se complementaron y adaptaron a la estrategia contrainsurgente.

---

<sup>18</sup> En 1988, las discusiones internas en el gabinete económico se volvieron a dar. Por un lado, el Ministro de Finanzas, Paíz Andrade, mantenía la tesis de la reactivación vía el gasto público; y por otro, el de Economía, Lizardo Sosa y el presidente del Banco de Guatemala, Federico Linares, proclives a las posturas del CACIF, mantenían los principios de la política cambiaria, crediticia y monetaria. Ambos grupos elaboraron por separado la estrategia económica a largo plazo que debía seguir el gobierno (IC,1988;99).

<sup>19</sup> Este gobierno también inició la privatización con la línea aérea nacional AVIATECA, que fue señalada como un proceso sin la debida transparencia (Reyes,1991;89).

Los planes y programas de este gobierno planteaban a la RE y a la DES como estrategias que tenían como principales objetivos dar eficiencia al sector público y apoyar la democratización del país. Para ambos objetivos la participación y coordinación de los distintos sectores de la población era central, y de ahí, su importancia para el programa de concertación nacional del gobierno. La situación a la que se enfrentó esta descentralización era una administración pública que se caracterizaba por su centralismo, verticalidad, la carencia de una coordinación interinstitucional, acciones parceladas y la falta de complementariedad entre las instituciones públicas (Castro, 1990; 85-86). Las principales propuestas y acciones que se realizaron durante este período de gobierno para establecer el marco legal y la institucionalización de la descentralización fueron las siguientes<sup>20</sup>:

La Ley de Regionalización (LR), que se promulgó durante el primer año de gobierno y a través de ella se dividió a la administración pública en ocho regiones<sup>21</sup>.

La Ley<sup>22</sup> y Reglamento<sup>23</sup> de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural (LCD y RCD), que se promulgaron en septiembre de 1986 y en octubre de 1987 respectivamente.

---

<sup>20</sup> Las leyes que se emitieron, durante el gobierno de la DC, para cumplir con la descentralización administrativa persisten en la actualidad casi sin modificación y en las que existen cambios se discutirán en su momento.

<sup>21</sup> Las ocho regiones son las siguientes: I. Región Metropolitana: integrada por el Departamento de Guatemala; II. Región Norte: Integrada por los Departamentos de Alta y Baja Verapaz; III. Región Nor-Oriente: Integrada por los Departamentos de Izabal, Chiquimula, Zacapa y El Progreso; IV. Región Sur-Oriente: Integrada por los Departamentos de Jutiapa, Jalapa y Santa Rosa; V. Región Central: Integrada por los Departamentos de Chimaltenango, Sacatepéquez y Escuintla; VI. Región Sur-Occidente: Integrada por los Departamentos de San Marcos, Quetzaltenango, Totonicapán, Sololá, Retalhuleu y Suchitepéquez; VII. Región Nor-Occidente: Integrada por los Departamentos de Huehuetenango y Quiché; VIII. Región Petén Integrada por el Departamento de El Petén.

<sup>22</sup> La Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural contiene la forma como se integran los distintos Consejos de Desarrollo, sus funciones, su financiamiento, la forma de distribución del 8% Constitucional para las municipalidades y disposiciones transitorias.

<sup>23</sup> Este reglamento contiene la definición, objetivos, integración y actividades del Sistema Nacional de Desarrollo Urbano y Rural, y de los consejos a los distintos niveles. Además contiene, la operatividad del sistema, el presupuesto, sistemas de apoyo, la distribución del 8% constitucional a las municipalidades y disposiciones especiales.

Ministerio de Desarrollo Urbano y Rural (MDUR), que fue creado durante el gobierno anterior, pero inició funciones con la DC.

El Programa de Desconcentración y Descentralización de la Administración Pública (PDDAP), que inició en 1988 e iba dirigido a desarrollar el proceso descentralizador a nivel de los ministerios y otras entidades públicas. Acá es donde se ubica la estrategia de descentralización de la política de salud, durante este período de gobierno.

Los Consejos Nacionales por Proyecto Prioritario fue una propuesta para agilizar y descentralizar la administración pública y formaba parte del PREN en 1987.

El 8% Constitucional para apoyo a las municipalidades fue legislado en la Constitución Política de la República de 1985, donde se estableció que el Organismo Ejecutivo debe velar por que del Presupuesto General de Ingresos Ordinarios del Estado se fije y traslade el 8% a las municipalidades. Este fondo debe ser utilizado en obras de infraestructura y de servicios público en los municipios.

Es así, como el gobierno de la DC inicia el proceso descentralizador que significaba dar los primeros pasos para transformar la forma y funciones del Estado. La creación de las regiones administrativas, integradas por uno o más departamentos, era la base para el reordenamiento territorial y el funcionamiento de los Consejos de Desarrollo (Decreto 70-86, Artículo 3).

Estos consejos se ubicaban en los distintos niveles de la administración pública (Nacional, Regional, departamental, municipal y local) y en su conjunto integraban el Sistema Nacional de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. Este sistema tenía la responsabilidad de organizar y coordinar la administración pública mediante la formulación de las políticas de desarrollo urbano y rural, así como la de ordenamiento territorial, así como, promover la organización y participación de la población en el desarrollo integral del país. (Decreto 52-87, Artículo 1).



Los Consejos de Desarrollo, tenían como funciones, entre otras<sup>24</sup>, la de establecer comunicación entre los distintos niveles para dar a conocer sus necesidades y de realizar diagnósticos regionales, departamentales, municipales y locales para elaborar el Plan Nacional de Desarrollo. La ejecución de este plan se debía de coordinar y organizar con la participación de las distintas dependencias públicas y con el apoyo de las organizaciones de la población que participaban.

El marco legal ubicaba a los Consejos de Desarrollo en una posición jerárquica preferente dentro de la administración, al hacer obligatorio para todas las entidades del Estado acatar las políticas, planes y programas, que determinará el Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural (Decreto 52-87, Artículo 20).

Con el fin de promover y coordinar la ejecución de los planes de desarrollo con la población, los Consejos se integraron con representantes del CACIF, de las cooperativas, de las ONG y de los trabajadores. De ahí, que a través de ellos se podía establecer cuáles eran las demandas de la población y se debía de coordinar con el trabajo de estas instituciones u organizaciones.

Otro elemento importante dentro del proceso descentralizador era el MDUR, que se creó con la intención de apoyar al desarrollo del país y por lo tanto debía tener una colaboración estrecha con el Sistema de Consejos de Desarrollo. El objetivo del MDUR, era promover y hacer efectiva la subsidiariedad del Estado. Debía crear las condiciones para la participación

---

<sup>24</sup> Las funciones que la Ley atribuye a los distintos niveles de los consejos son de manera general, las siguientes: organizar y coordinar la administración pública; formular políticas de desarrollo urbano y rural, así como las de ordenamiento territorial; promover el desarrollo económico, social y cultural; promover la participación efectiva de la población en la identificación y solución de problemas; promover y coordinar el sistema nacional de consejos; evaluar periódicamente la ejecución de los planes y programas de desarrollo y proponer medidas correctivas para el logro de sus objetivos y metas; promover la descentralización y desconcentración de la administración pública; establecer las necesidades de financiamiento para la ejecución de los planes y programas de desarrollo, gestionando los recursos necesarios; establecer comunicación entre los distintos niveles con el objetivo de poder dar a conocer las necesidades que se detectan en cada uno de ellos; velar por la eficiencia de la administración pública; elaborar aprobar y ejecutar planes de desarrollo urbano y rural; promover la participación del vecino en la identificación de las necesidades, la formulación de propuestas de solución y su priorización en la ejecución; desarrollar una conciencia colectiva de participación en los diversos estratos políticos administrativos; y otras funciones específicas para los distintos niveles. (Decreto 52-87, Artículo 4, 6, 8, 10, 13, 15, 17)

permanente de la población, desde el nivel local hasta el regional, y apoyar a los objetivos y metas de los planes nacionales de desarrollo; captar y promover la asignación óptima de recursos para programas y proyectos de desarrollo (Cerezo,1987;70).

Con la regionalización, los Consejos de Desarrollo y el MDUR, se tenían las bases para el proceso descentralizador. Si embargo, faltaba la descentralización de los ministerios y otras entidades públicas, que serían las encargadas de ejecutar los planes y programas regionales, departamentales y municipales de desarrollo.

Es por ello que el gobierno de la DC, realizó acciones y elaboró propuestas de descentralización de carácter temporal y permanente, para el resto de la administración pública. Entre las primeras, están los 9 Consejos Nacionales por Proyecto Prioritario del PREN. Estos<sup>25</sup> eran de carácter temporal, la mayor parte de corto plazo, otros de mediano plazo y, los menos, sin plazo definido (seguridad alimentaria y el de fomento a las exportaciones). El único con carácter permanente fue el de seguridad urbana. (BED,1989;10-11)

El PREN se planteó como objetivo iniciar una reorganización nacional que ayudara a construir la concertación, la conciencia del bien común y la subsidiariedad del Estado y que, al mismo tiempo, fortaleciera y consolidara el proceso democrático en el país. Para esto, estableció la necesidad de crear nuevas organizaciones que permitieran la intervención del Estado cuando fuera necesario, y que al mismo tiempo, promocionaran una participación responsable de las comunidades, los grupos y las familias para cubrir sus necesidades (PR,1987;27-28). Se debía superar la verticalidad tradicional del Estado y de las organizaciones de las comunidades, por lo que se requería articular

---

<sup>25</sup> Las Consejos Nacionales eran los siguientes: Conagua y Conriego para atender problemas de agua potable y agua para riego; Conatierra cuya tarea era "conjugar mecanismos financieros para la adquisición de tierras, educación productiva y organización de la producción" (PR,1987;39); Conalimentos que tenía como meta "el abastecimiento, precio y calidad en los productos básicos para los sectores mayoritarios de la población" (PR,1987;45); Conavive que consistiría en la dotación de unidades de lotes con servicio a familiares de escasos recursos; Conapex para el fomento de las exportaciones; Consalud que tendría como tarea enfatizar en programas de atención preventiva y bajar los precios de medicamentos agilizando su comercialización; Consegura que buscaría resolver el problema de la inseguridad urbana debida a diversas causas; y Coneduca que pretendía llevar a cabo una reforma educativa.(PR,1987;35-66)

otras organizaciones de una relación horizontal y más efectiva con las comunidades. Estas dos organizaciones horizontales, eran la Participativa de Proyectos y la Participativa de apoyo.

La Organización Participativa de Proyectos y de Apoyo se organizaría por medio del establecimiento de 9 Consejos Nacionales, dirigido cada uno de ellos a implementar los proyectos considerados prioritarios. Estos consejos se constituían en una estructura administrativa más ágil y flexible que las instituciones ministeriales, pero con objetivos y algunos recursos comunes. A través de estos consejos se debía pagar la deuda social. Para la implementación de estos consejos se requería de un presupuesto elevado de inversión, el cual sería cubierto gracias a la reforma tributaria de ese año (1987) y por medio del Fondo de Inversión Social (FIS).

Para la descentralización permanente de los ministerios y otras entidades públicas el gobierno inició el Programa de Desconcentración y Descentralización de la Administración Pública que fue desarrollado por la Vicepresidencia de la República con apoyo del PNUD y de la OPS. Este Programa se comenzó a ejecutar en septiembre de 1988 y constaba de cuatro etapas.

La primera, de análisis, que era una caracterización socio-económica de los departamentos que conforman la actual administración pública, planteando los indicadores por sector para tener una idea del déficit y así poder priorizar las acciones posteriores. Esta etapa también incluía un análisis institucional de tipo administrativo y normativo para prever las capacidades institucionales y las acciones necesarias para desarrollar la desconcentración y descentralización.

La segunda etapa se llamó Bases Fundamentales. En ésta se determinaba qué funciones o actividades se transferían al órgano desconcentrado y cuáles debían quedar a nivel central. Además esta etapa contemplaba el establecimiento de los mecanismos para la coordinación intra e interinstitucional.

La tercera etapa era la Propuesta de Acción, que debía terminar en la

concepción de un Plan Operativo integrado por los siguientes elementos: imagen objetivo, la estrategia, objetivos y metas, actividades, tiempo y fechas, responsables, factores limitantes y mecanismos de seguimiento y control. Y, la cuarta etapa, que era la implementación del Plan Operativo. (INAP, 1990; 208-217).

Desde la perspectiva de la descentralización financiera, el 8% constitucional fue de particular valor, ya que era la primera vez que las municipalidades contaban con recursos propios para desarrollar proyectos de infraestructura y servicios básicos. El municipio es el espacio tradicionalmente descentralizado de la administración pública y las municipalidades habían estado desprovistas de fondos, mientras que las mayores inversiones se han ubicado en la capital o las cabeceras departamentales.

El proceso descentralizador, el marco legal promulgado y las propuestas del equipo de gobierno establecieron una nueva institucionalidad del Estado, como la base para una nueva relación entre el Estado y la sociedad. De hecho, el gobierno presentaba a la descentralización como un mecanismo para promover una mayor participación de la población en la política de desarrollo, y por consiguiente, como favorecedor de la democratización del país. Sin embargo, como veremos a continuación, un análisis de las características de las instancias de participación, y de algunos otros elementos, nos permite concluir, que lo que se hizo fue continuar con la institucionalización autoritaria que se inició con la Constitución de 1985.

#### 1. Principales características del proceso descentralizador.

##### a) Un mecanismo de autoritarismo horizontal:

Una de las principales características del proceso descentralizador era ser un mecanismo de autoritarismo horizontal ya que, si bien el Sistema de Consejos de Desarrollo y los Consejos Nacionales por Proyecto Prioritario abría la participación a representantes de organizaciones o instituciones no estatales, esto se hacía más con fines de establecer cierto grado de consenso/control y no para la toma de decisiones.

Los Consejos de Desarrollo a nivel Nacional, Regional y Departamental,

así como los Consejos por Proyecto Prioritario del PREN, estaban integrados por representantes, tanto del sector público, como de varias organizaciones de la población<sup>26</sup>, pero la decisión quedaba en manos del Organismo Ejecutivo o del Presidente de la República.

Eso se debe a la forma como estaban compuestos los consejos, por quién elegía a los integrantes y por la forma en que se tomaban las decisiones. En todos los Consejos de Desarrollo, a excepción del Local, el mayor número de integrantes pertenecía al sector público y, en su mayoría, dependían del ejecutivo, ya que son nombrados por decisión presidencial en los cargos por los que son incluidos en los consejos<sup>27</sup>. En lo que se refiere a la toma de resoluciones, éstas dependen del Presidente o del Ejecutivo ya que se hacen por votación<sup>28</sup>. Esto nulifica de antemano la posibilidad de que los representantes electos o del sector privado puedan incidir en las decisiones que se tomen sobre la política de desarrollo a seguir.

En el caso de los Consejos por Proyecto Prioritario, también se da una concentración de las decisiones a nivel del ejecutivo. El Presidente del Consejo, así como toda la Junta Directiva, eran nombrado por el Presidente de la República. En estos consejos participarían diversas organizaciones privadas o de la comunidad pero sólo a nivel operativo, por lo que la relación entre la administración pública y la población era marcadamente más vertical que la

---

<sup>26</sup> Los Consejos de Desarrollo son entidades mixtas, integradas por personas que provienen del sector público y de las organizaciones de la población. Dependiendo del nivel del que hablemos, así irían cambiando los representantes de cada sector. Cada consejo tiene representantes en el consejo que está a nivel local, y así sucesivamente, hasta llegar al nivel nacional. En términos generales la integración de los consejos está dada de la siguiente manera: del sector público participan: el Presidente y Vicepresidente de la República, los gobernadores, los distintos ministros, la Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica (SEGEPLAN), autoridades municipales; y del sector privado así, miembros provenientes de cooperativas, de las Asociaciones Industriales, Agropecuarias, Comerciales y Financieras (CACIF), de las organizaciones de los trabajadores, de las organizaciones no gubernamentales (ONG's), de la Universidad de San Carlos de Guatemala y de las universidades privadas del país, y las poblaciones de los municipios. (Decreto 52-87, artículos 3, 7, 9, 12)

<sup>27</sup> Los restantes tienen su origen en elecciones, como por ejemplo los alcaldes. Las distintas organizaciones que participan en los consejos, el nombran a sus representantes de acuerdo a sus normas o reglas establecidas por las instituciones u organizaciones que representan.

<sup>28</sup> La forma como se toman las resoluciones en los Consejos de Desarrollo es por mayoría absoluta de votos de los presentes en las reuniones. Para fines de empate, el que preside el Consejo tiene doble voto (Acuerdo gubernativo 1041-87, Capítulo II, Artículo 8). En todos los Consejos (menos en el local y el municipal), esta persona es elegida por el Presidente dado el cargo que ocupa en la administración pública.

de los Consejos de Desarrollo. (PR,1987;30-32)

De los Consejos de Desarrollo, el único que mantenía total autonomía de la población en relación a las autoridades gubernamentales fue el Consejo Local y su órgano de mayor jerarquía, la Asamblea de Vecinos, era nombrada por la misma comunidad sin ninguna intromisión gubernamental o externa, desde el punto de vista formal<sup>29</sup>.

Los Consejos Locales de Desarrollo (además de los Municipales) fueron la causa de que la Ley de los Consejos entrara en una fase de consulta a nivel de la Corte de Constitucionalidad, para que ésta dictaminara si dicha Ley violaba o no la autonomía municipal.

Esto se debió a la oposición (a dicha Ley) del bloque parlamentario constituido por los partidos Movimiento Liberación Nacional (MLN), la Unión del Centro Nacional (UCN), el Institucional Democrático (PID) y el Movimiento de Acción Solidaria (MAS) (AVANCSO,1990b; 96-97). Argumentó la inconstitucionalidad de los Consejos Locales por violar la autonomía municipal. Los funcionarios del gobierno demócrata cristiano contraargumentaban que la oposición de los partidos se debía fundamentalmente al temor de que los consejos locales se constituyeran en espacios de participación popular. Estos funcionarios decían mirar en los Consejos Locales un mecanismo efectivo de representatividad comunal que garantizaba que las necesidades reales de la población de los municipios se tomarán en cuenta y que no atentaba contra la autonomía municipal. Los Consejos Locales eran interpretados como importantes para la movilización de la población y ayudar a impulsar el proceso democrático en el país. (AVANCSO,1990b;97-98)

Así, la verdadera preocupación de los partidos mencionados eran dos: una, de que estos Consejos podían ser manipulados por la DC para ampliar su base social con fines electoreros; o bien, se podían constituir en focos de

---

<sup>29</sup> Los Consejos Locales de Desarrollo Urbano y Rural, se podrían constituir en comunidades que no contarán con menos de 250 habitantes mayores de 18 años. El consejo se debía integrar por una asamblea de vecinos, órgano de mayor jerarquía, y por el Comité Ejecutivo nombrado por la misma asamblea. Las funciones del este consejo son en general las mismas que se señalaban para el resto de los consejos del sistema. (Decreto 52-87, Artículo 12, 13, 14, 15, 16)

presión y poder popular (AVANCSO, 1990b; 96-97 y Castro, 1990; 99). El resultado final, fue que la Corte de Constitucionalidad diera por inconstitucionales a los Consejos Locales por considerar que estos violaban la autonomía municipal, derogando la Ley en los artículos que se referían a dichos consejos<sup>30</sup>.

Esta decisión de la Corte, significó a la postre que la población tuviera menos fuerza para incidir en las decisiones de cómo y en qué gastar el 8% constitucional. De ahí que, en la mayor parte de las municipalidades, los proyectos en los que se ha utilizado el fondo, no se han basado en diagnósticos ni en la definición de prioridades por parte de la población de los municipios. Esto dio paso a que las propuestas de proyectos se encuentren fuertemente influenciadas por partidos políticos, constructoras privadas, finqueros, empresarios o los intereses personales de los alcaldes, secretarios o tesoreros. Otro elemento, son las inversiones que por sus características son impactantes para la población, como son: los salones de usos múltiples, parques, edificios municipales, etc. Es importante destacar que también se ha detectado malversación de fondos en por lo menos un alcalde de cada región, aunque se cree que las cifras pueden ser mayores. (IDEAS, 1992a; 46-47)

En resumen, los Consejos de Desarrollo y por Proyecto Prioritario no pueden considerarse autónomos, ni democráticos, ya que la toma de decisiones depende enteramente del ejecutivo. La participación de los distintos representantes de las organizaciones de la población puede ser interpretada de tres formas: la primera, es que su participación puede ayudar a detectar las demandas y necesidades de la población para posteriormente ser tomadas en cuenta de acuerdo a la decisión del Ejecutivo; la segunda, es que los consejos pueden servir para tener conocimiento y control de las distintas organizaciones existentes en cada uno de los niveles; y por último, la participación de los representantes del sector privado puede ayudar a obtener cierto grado de consenso sobre la política, planes y programas gubernamentales

---

<sup>30</sup>. El Ministerio de Desarrollo Urbano y Rural tenía como un ámbito importante de trabajo el nivel local. Los promotores sociales que capacitaba estaban dirigidos a apoyar a las distintas comunidades en aspectos de carácter organizativo. El papel de este ministerio y el de Consejos Locales, fue interpretado por los partidos de oposición y sectores de derecha como un intento del partido gobernante de perpetuarse en el poder por la posibilidad de crear una importante base social.

de desarrollo.

b) Las dos caras de la descentralización: la subsidiariedad y la contrainsurgente.

En los Consejos de Desarrollo se da una relación de autoritarismo horizontal y juegan un papel diferente dependiendo de la población y del área geográfica que se trate.

En esto cobra relevancia el MDUR <sup>31</sup> y la Sección de Asuntos Civiles (S-5) del Ejército<sup>32</sup>. Con la entrada del gobierno civil, el Ministerio se encargaría de las áreas geográficas menos conflictivas, mientras que la S-5, seguiría haciendo su trabajo prioritariamente en las áreas que fueron los escenarios más importantes de la guerra o donde aún persisten enfrentamientos militares entre el Ejército y la guerrilla. (AVANCSO, 1990b; 101-102).

La diferencia entre la S-5 y el MDUR radica en que el primero se rige por la ideología y estrategia del ejército, y el segundo, por la filosofía y doctrina de la DC. Esto último causó alerta en los sectores de la burguesía y de la oposición política partidaria ya que podía constituirse en un mecanismo de organización de base social del partido gobernante (AVANCSO, 1990b; 65-66).

Los proyectos de desarrollo local de las comunidades estaban fuertemente influenciados por el papel que éstas instituciones realizaban. Los promotores sociales, que ambas instituciones capacitaban, tenían la función de detectar las demandas de la población, a los líderes y a echar andar proyectos comunitarios. El objetivo era canalizar, controlar o cooptar la participación de la población hacia dos intereses fundamentales: el del ejército, que

---

<sup>31</sup> El MDUR es considerado por algunos como un ministerio dirigido a tareas organizativas más que técnicas, siendo altamente ideologizado y con funciones que se duplican con otras instituciones del Estado como el Comité de Reconstrucción Nacional (CRN). (AVANCSO, 1990b; 65-69). Sus acciones se han enmarcado en la capacitación e información sobre el Sistema Nacional de Consejos, coordinando sus actividades con otras instituciones y produciendo materiales educativos y de difusión para el personal de las instituciones del sector público y para la población en general.

<sup>32</sup> Otro de los elementos que favoreció a la estrategia contrainsurgente, fue el hecho de que la regionalización no se hizo con base a las características socio-económicas-étnicas de la población. Lo que hubiera favorecido al desarrollo de las distintas regiones y potenciado la autonomía de cada una de ellas. Sino al contrario, los principales criterios fueron dados por el ejército, con el fin de que la división regional coincidiera con sus zonas militares



buscaba ganarse a la población en las áreas de conflicto y así quitarle o disputarle la base social a la guerrilla; o bien, él de la DC de constituir y fortalecer su base social.

Ambos intereses, tenían como denominador común, el ir integrando a la sociedad al proyecto de Estabilidad Nacional, que desde el punto de vista político/ideológico tenía dos caras: una de contrainsurgencia y, la otra, demócrata-cristiana.

c) La subsidiariedad de la DC versus la neoliberal:

La subsidiariedad de la DC, de acuerdo a los Consejos Nacionales por Proyecto Prioritario y a la descentralización sectorial de salud que veremos en el último capítulo, no se puede calificar de neoliberal.

Desde el punto de vista doctrinario y práctico, el Estado subsidiario estaba dirigido a facilitar, promover y complementar el trabajo de los grupos comunitarios, cooperativas, entre otros. Sin embargo, el Estado seguía siendo el principal financiador/productor de servicios y el referente principal para las demandas de la población. Esto se reflejó en el interés de aumentar el gasto público durante los primeros años de gobierno y en la intención de controlar y "ganarse" a la población por parte del ejército con su estrategia desarrollista; o bien, desde la perspectiva de la DC, crearse una mayor base social que le permitiera ganar futuras elecciones y así perpetuarse en el poder.

Además, desde la perspectiva sectorial, se puede decir que la estrategia de descentralización no establecía mecanismos para ampliar el mercado en los servicios, por lo que no cumplía con uno de los objetivos de la descentralización neoliberal. Esta es una característica fundamental para diferenciar la subsidiariedad de la DC con la que propone actualmente De León Carpio.

2. Los obstáculos del proceso descentralizador:

Las distintas medidas descentralizadoras no funcionaron como se esperaba, y en general, no se logró modificar la forma tradicional de trabajo de la administración pública. Esto se debió a una serie de problemas u

obstáculos de tipo político, técnico-administrativo y financiero, que a continuación se presentan.

a) Obstáculos Políticos:

Al interior del equipo gobernante y de la burocracia se dieron, varios obstáculos:

En general, el equipo de gobierno careció de la decisión política de llevar a cabo la desconcentración y descentralización administrativa. Esto se expresó en la falta de voluntad de los niveles superiores para delegar funciones y atribuciones a los otros niveles y en la falta de decisión para que los técnicos de las instituciones dedicaran el tiempo necesario a las tareas de implementación de las reformas (VP,1990;5-6)

Las personas que ocupaban los altos cargos, temían perder autoridad y mantuvieron la tradición centralista en la toma de decisiones lo que dificultó cualquier avance en el proceso (VP, 1990;5-6). En concreto, esto afectó a elementos del proceso descentralizador. En el caso de los Consejos Nacionales por Proyecto Prioritario, los ministros se negaron a que los presidentes de estos consejos, que eran elegidos directamente por el Presidente de la República, estuvieran fuera de su autoridad y, por consiguiente, con la facultad de utilizar los recursos de los ministerios lejos de su control. (Castro,1990;102)

Asimismo, existieron conflictos institucionales entre las organizaciones claves que debían apoyar al Sistema de Consejos.

En el caso de la Secretaria General del Consejo Nacional de Planificación Económica, existió desinterés en implementar el Sistema de Planificación Nacional. Esto repercutió, entre otras cosas, en la inexistencia de un Plan Nacional de Desarrollo que sirviera de marco para la definición de una política regional, departamental y municipal de desarrollo. (VP,1990;5-6)

Además de los problemas internos, el equipo de gobierno se encontró con una sociedad polarizada y en confrontación que no permitió la implementación de algunas de sus propuestas, o bien, que se negó a participar en el proceso.

Así, los partidos y sectores de derecha desconfiaron permanentemente del gobierno de la DC, por lo que sus distintas propuestas para modificar la administración pública fueron bloqueadas y consideradas como mecanismos del partido para perpetuarse en el poder. Ejemplo de ello, fue la polémica surgida alrededor de los Consejos de Desarrollo Locales, que al final fueron declarados inconstitucionales; y la oposición al pago de la deuda social a través del aumento de la inversión pública y de la implementación de los Consejos por Proyecto Prioritario. Además, los sectores conservadores mantenían su tradicional desconfianza a cualquier espacio de participación que se abriera para la población, como el caso de los Consejos Locales de Desarrollo.

Dada la relación de claro autoritarismo y el desprestigio del equipo gobernante, las Organizaciones No Gubernamentales, las cooperativas, los trabajadores y la población en general, estuvieron reacios a desarrollar procesos participativos y organizativos, a la par de las estructuras del Estado. Asimismo, como producto de la historia, la población no ha desarrollado grupos de poder a nivel regional que se pudieran constituir en la base de una regionalización con verdadera autonomía y constituirse en gobierno regionales (Castro,1990;96-97)

De manera general, la permanente inestabilidad política, por la que atravesó el gobierno demócrata cristiano, no permitió desarrollar un proceso de tal envergadura, como era la descentralización de la administración pública. Entre otras cosas porque se careció del liderazgo, del consenso y la capacidad de hacerlo en el equipo de gobierno.

b) Obstáculos Técnico-administrativos:

El proceso descentralizador se enfrentó a una gran cantidad de obstáculos técnico-administrativos.

Se careció de recursos humanos capacitados o con la experiencia para llevar adelante las reformas de la administración pública. La poca coordinación interna de las instituciones del sector público incidió además en que los grupos que trabajaban la descentralización actuarán aisladamente.

(VP,1990;5-6)

Esta incapacidad se reflejó en el PREN con la propuesta de los Consejos Nacionales por Proyecto Prioritario. Estos consejos se constituían en una estructura administrativa paralela a la existente y se cruzaban líneas de mando entre los ministros y los presidentes de los consejos, lo que evidentemente se iba a traducir en problemas administrativos de diversa índole.

Asimismo, era imposible desarrollar la descentralización únicamente con el establecimiento de los Consejos de Desarrollo, ya que el resto de la administración pública, principalmente los ministerios, siguió funcionando de manera centralizada, verticalmente y sin coordinación. El avance del proceso descentralizador a nivel sectorial se vio obstaculizado por diversos factores que veremos para el caso específico de salud.

c) Obstáculos financieros:

Entre los obstáculos financieros podemos ubicar tres que afectaron el desarrollo del proceso descentralizador.

Los Consejos de Desarrollo no contaban con recursos para financiar los proyectos considerados prioritarios de acuerdo a los diagnósticos realizados, por lo que su ejecución se vio limitada. De hecho, el "8% Constitucional" está fuera del control de los Consejos Regionales o Departamentales por la autonomía municipal.

Los Consejos Nacionales por Proyecto Prioritario del PREN, requerían para su funcionamiento de una importante inversión que rebasaba la capacidad histórica de financiamiento del Estado (BED, No.2, 1989;11). Se esperaba que los fondos provinieran de la reforma fiscal y del FIS, pero ninguno dio los resultados esperados. En el primer caso, se dio el boicot empresarial como represalia a la reforma, y en el segundo, el fondo fue criticado por varios sectores de la población y bloqueado en el Congreso por la oposición, al considerar que iba ser utilizado por la DC con fines electoreros (Garst, 1993;20-21).

Sobre el 8% Constitucional, se puede decir que, a pesar de ser escaso<sup>33</sup> en comparación con las necesidades de la población, era una medida importante para apoyar a las municipalidades. Sin embargo, se dieron una serie de problemas en los montos recibidos y en la entrega a cada municipalidad. Respecto a la fijación del monto, se siguieron distintos criterios durante 1986-1989 y, al final, se favorecieron a los municipios con mayores recursos. En 1986, se repartió por igual a todas las municipalidades; en 1987 se legislaron los criterios para su distribución<sup>34</sup>, que en términos generales no eran malos, pero había algunos problemas para calcularlo; y en 1988, se establecieron nuevos criterios modificando los anteriores. Estos últimos afectaron a las municipalidades de las regiones más pobres y, en general, el 59% de ellas vieron deteriorados sus ingresos, mientras que tres grandes cabeceras municipales incrementaron sus ingresos de manera importante (IDEAS, 1992b; 334-335).

Esto motivó el descontento de las corporaciones municipales, y en 1988 se presentaron fuertes protestas por las irregularidades en los pagos y por las diferencias que anualmente se registraban en el fondo que se recibía en cada una de las municipalidades. En ese año, por lo menos 80 municipalidades, pertenecientes a la Asociación Nacional de Municipalidades (ANAM), se negaron a recibir el dinero proveniente de dicho fondo. Se detectaron además importantes incongruencias e inequidades en los fondos captados entre las distintas municipalidades (Castro, 1990; 90-91).

### 3. Resultados del Proceso de Descentralización de la Administración Pública:

Como consecuencia de los múltiples obstáculos que enfrentó el proceso

---

<sup>33</sup> En relación a la población del país, 8,663,859.00 habitantes (INE-FUNAP, 1991; 58), el ocho por ciento (cada año) constituyó un monto de 16.5 quetzales per cápita (U\$S3.03) y por población pobre (6,922,243.00), 20.65 quetzales per cápita (U\$S4.13) al año. Lo anterior nos indica que el monto del ocho por ciento constitucional es aún bajo si lo comparamos con el tamaño de la población y con el nivel de sus necesidades. Del total de pobres que se presentó para 1989, el 74.23% se ubican en la extrema pobreza, lo que establece un parámetro del tremendo deterioro de las condiciones de vida de la mayor parte de guatemaltecos.

<sup>34</sup> Este fondo sería distribuido por el Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural, de acuerdo a las siguientes normas: "a) El 25% distribuido en partes iguales a todas las municipalidades; b) El 25% distribuido proporcionalmente al número de población de cada municipio; c) El 25% distribuido proporcionalmente al número de población rural de cada municipio; y d) El 25% distribuido directamente proporcional al inverso del ingreso per-cápita ordinario de cada jurisdicción municipal, conforme las fórmulas de cálculo contenidas en el reglamento de esta ley" (Decreto 52-87, Artículo 23 del Capítulo III).

de descentralización tuvo pocos resultados y en esencia no cambió la forma de trabajo centralizada, descoordinada y vertical de la administración pública.

Los Consejos de Desarrollo<sup>35</sup> llegaron a establecerse pero prácticamente fueron inoperantes. Ejemplo de esto, fue la falta de apoyo del sistema de consejos a las municipalidades para ejecutar el 8% Constitucional (IDEAS, 1991a; 48) y la ausencia, como antes se señalaba, de Políticas, Planes y Programas Nacionales de desarrollo.

Las acciones del Ministerio de Desarrollo Urbano y Rural (MDUR) se han dirigido a la capacitación e información sobre el Sistema Nacional de Consejos, coordinando sus actividades con otras instituciones y produciendo materiales educativos y de difusión para el personal de las instituciones del sector público y para la población en general. El MDUR tuvo además, un importante papel en la capacitación de promotores sociales que impulsan el desarrollo a nivel municipal y comunitario (ver informes de gobierno DC).

En relación al Programa de Descentralización y Desconcentración Pública, éste no se concretó en ninguno de los ministerios, aunque se alcanzaron algunas metas de trabajo<sup>36</sup>. Se logró crear las direcciones regionales de

---

<sup>35</sup> Se obtuvieron los siguientes logros: los reglamentos internos de los Consejos de Desarrollo a nivel Regional y Departamental pendientes de aprobar por el Consejo Nacional. Propuesta del reglamento interno a nivel Nacional; Los Manuales de Funcionamiento y Operación de las Unidades Técnicas de los consejos a nivel Regional, Departamental y Municipal; en relación al Programa de Capacitación: Curso Informativo, Curso Básico, Curso de Capacitación, Actividades de información; se dio apoyo al proceso de operacionalización de la asesoría administrativa para los Consejos de Desarrollo a nivel Regional y Departamental y se prestó al apoyo necesario pero no existe la capacidad instalada para implementarla. (VP, 1988 y 1989)

<sup>36</sup> Para la Etapa de Análisis se logró lo siguiente:

- apoyo al proceso de operacionalización de diagnósticos institucionales en los sectores prioritarios;
- caracterización institucional de los sectores Salud, Transportes, Comunicación y Obras Públicas, Educación, Trabajo y Previsión Social, Agricultura y el INFOM;
- caracterización sectorial-regional de los sectores: Salud; Agricultura; Transportes, C y Obras Públicas; Trabajo y Previsión Social y el INFOM;
- la definición de algunas imágenes-objetivo sectoriales;
- apoyo del INAP: estrategia de coordinación de sus acciones de investigación, asesoría, formación y capacitación para dar unidad a las acciones de apoyo;
- marco normativo, leyes y reglamentos específicos que viabilicen las acciones de desconcentración y descentralización administrativa en cada sector: proyecto Ley del Ejecutivo en el Congreso y Proyecto de Reglamento del Ministerio de Salud Pública terminado;
- apoyo técnico, legal y administrativo a los sectores involucrados en esta etapa del proceso de desconcentración y descentralización de la administración pública.

Para la Etapa de Bases Fundamentales se logró lo siguiente:

- lineamientos para orientar las coordinadoras intra e intersectoriales.

Para la Etapa de Propuesta de Acción, se logró lo siguiente:

- plan operativo integrado que permita a los sectores involucrados ejecutar de manera coordinada las acciones de desconcentración y descentralización programadas. (VP, 1988 y 1989)

algunos ministerios como el de Educación, Salud y Asistencia Social, Agricultura; y se establecieron grupos de trabajo con ese objetivo en el de Comunicación, Transporte y Obras Públicas y en el de Trabajo y Previsión Social. Se elaboró una propuesta de regionalización para el Instituto de Fomento Municipal (INFOM).

Uno de los elementos fundamentales para la segunda etapa del programa, era determinar cuál era la transferencia mínima y máxima de funciones, recursos y autoridad de cada sector, pero las autoridades no lo definieron. En el capítulo sobre política de salud se discutirá cuál fue el planteamiento de la descentralización de la DC y los resultados más importantes.

El 8% constitucional fue la medida más destacada ya que, pese al bajo monto y los problemas en su distribución y ejecución, éste significó un aumento en los ingresos de las municipalidades para las obras de infraestructura y servicios públicos. Estos fondos complementaron la recaudación de las municipalidades<sup>37</sup>, pero en la mayor parte de los casos la superaron y se constituyeron en la principal fuente de ingreso<sup>38</sup>. Aunque los proyectos financiados son de dudosa prioridad, han tenido impacto en el nivel de empleo temporal y han dinamizado las economías locales (IDEASb;338).

Al mismo tiempo, el 8% constitucional ha tenido algún efecto en la organización de vecinos, ya que éstos han hecho críticas y denuncias por la corrupción o malversación de fondos, que en el pasado pasaban inadvertidos. Además, las irregularidades de la entrega ha generado un acercamiento entre las municipalidades, que podría llegar a constituirse en un movimiento consciente, fuerte y bien dirigido (IDEAS,1991a;50).

A manera de resumen, podemos decir que el proceso de descentralización se logró parcialmente en un nivel general, al establecer

---

<sup>37</sup> Los ingresos propios de las municipalidades provenientes de arbitrios, tasas administrativas, por prestación de servicios, la ayuda económica irregular del gobierno central y los ingresos por algunas actividades productivas del municipio, eran de poca cuantía y no permitían desarrollar obras de infraestructura, de hecho, la mayor parte de la municipalidades hizo prestamos para desarrollar algunas de sus actividades que posteriormente no podía pagar.(IDEAS,1992b;337-338).

<sup>38</sup> Sólo en 10 de los 330 municipios en 1989, obtuvieron ingresos propios superiores a la asignación del 8%. (IDEAS, 1992b;50)

regiones y los Consejos de Desarrollo, pero no se logró implementar en los ministerios y otras entidades públicas, lo que era fundamental para culminar el proceso.

#### E. LA CRISIS DE HEGEMONÍA DEL PROYECTO DE ESTABILIDAD NACIONAL DEL EJÉRCITO Y DE LA DC: EL ESTADO SUBSIDIARIO FRUSTRADO DE LA DC.

La profundización de la crisis de hegemonía que se dio a principios de los ochenta, no se había resuelto al final del período de gobierno de la DC. La inestabilidad política y el enfrentamiento continuo del gobierno con los distintos sectores de la población, fueron el denominador común de esos años. El Proyecto de Estabilidad Nacional, impulsado por la alianza estratégica entre el Ejército y la DC, no logró establecer su hegemonía en los sectores dominantes ni entre los subalternos. Las principales determinantes o condicionantes de esta situación fueron las siguientes:

1. Uno de los determinantes fue la no coincidencia de las políticas gubernamentales con los intereses de los sectores económicamente más poderosos y con las fracciones más conservadoras del Ejército.

En lo económico, la reforma tributaria y el intento de mantener una política social importante chocaron con la visión neoliberal de la clase dominante guatemalteca, que buscaba reducir la intervención del Estado al mínimo. Lo anterior, junto con la oposición al Fondo de Inversión Social (FIS), contribuyó a desmantelar la política desarrollista del Ejército y de la DC. Al final del período, la política económica al final del período, se caracterizaba por la progresiva desregularización y liberalización.

En lo político, la derecha del país mantuvo una permanente desconfianza en la DC durante todo el período de gobierno. Hechos como el inicio del diálogo con la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) y el pacto con la Unidad de Acción Sindical y Popular (UASP) en 1987, provocaron una reacción de los sectores más conservadores de la derecha y del propio Ejército. Esto se manifestó en los dos intentos de golpe de Estado perpetrados



en mayo de 1987 y 1988<sup>39</sup> que cerraron aún más los espacios de movilización para el gobierno y evidenciaron contradicciones dentro del Ejército respecto a la nueva estrategia contrainsurgente.

Las medidas y propuestas de reorganización nacional en el PREN y los Consejos Locales de Desarrollo, fueron interpretados por los sectores de derecha como mecanismos de la DC para perpetuarse en el poder, o en el peor de los casos, como favorecedores de organización comunitaria o popular que posteriormente se podían constituir en grupos de presión.

2. El gobierno DC se deslegitimó por su errática conducción política, la creciente corrupción, despilfarro, nepotismo y demagogia. Estos juicios sobre el gobierno eran compartidos por la mayor parte de la población y fueron utilizados por los empresarios para negarse a financiar su proyecto por medio de los impuestos.

3. Al avanzar el gobierno de la DC, la mayor parte de la población fue afectada por la política gubernamental que, lejos de traer bienestar, deterioró las ya precarias condiciones de vida de las mayorías. Esto, junto con el incumplimiento de promesas -por ejemplo, el establecido con el Grupo de Apoyo Mutuo (GAM) sobre la creación de la Comisión para la investigación de los desaparecidos- y de pactos -por ejemplo, como el establecido con la Unidad de Acción Sindical y Popular (UASP)<sup>40</sup> provocaron el progresivo desprestigio del gobierno, llevando a una permanente confrontación con el sector popular. Como producto de lo anterior, la represión volvió a ascender, principalmente, después de 1988.

4. El proyecto que impulsó la DC no gozaba de consenso en interior de sus filas. Ejemplo de esto son los obstáculos que enfrentó a nivel interno para

---

<sup>39</sup> Estas acciones de los sectores más radicales de la derecha y de fracciones del ejército fue llamada por algunos como la tesis desestabilizadora. Estos sectores llegaron a señalar, que la DCG podía ser la vía para la instauración de un socialismo, como el gobierno de Eduardo Frei en Chile, "que había allanado el camino al comunista Salvador Allende" (AVANCSO-IDESAC, 1990;13).

<sup>40</sup> La UASP, fundada en 1987, ha sido el salto más importante de reconstitución del movimiento sindical y popular del país. Al inicio se llamó UAS, pero en enero se incorporaron organizaciones estudiantiles, el Comité de Unidad Campesina (CUC) y otras organizaciones no sindicales, por lo que se pasó a llamar UASP.

la descentralización y los distintos puntos de vista de su gabinete económico para conducir la economía del país.

La política de concertación del gobierno fracasó y el continuo enfrentamiento con los distintos sectores, dejó claro que el elemento más importante dentro de la estructura de poder era el Ejército. Como consecuencia de esta crítica situación política, no se logró consolidar el Estado subsidiario. En lo económico, la política fue cobrando progresivamente un perfil neoliberal y, al final del período, el impacto de la crisis económica y de las medidas de estabilización y ajuste había recaído principalmente sobre la población de escasos recursos.

En cuanto a la descentralización, el proceso quedó inconcluso por la misma inestabilidad política. El marco legal establecido no favoreció a la democratización del país, sino todo lo contrario: concentró el poder en el Presidente y en el ejecutivo, y al mismo tiempo, dejó intacto el aparato contrainsurgente del ejército. De ahí, que la relación entre el Estado y la sociedad no cambió en esencia; permaneció autoritaria y represiva.

#### V. LA CONSOLIDACIÓN DEL NEOLIBERALISMO COMO PROYECTO DE GOBIERNO.

Durante el primer gobierno de la transición política, la balanza entre el Proyecto de Estabilidad Nacional y el Neoliberal se inclinó hacia este último. Al final, el contexto económico internacional, las presiones de la clase dominante y de los organismos financieros internacionales, la indefinición e incapacidad del gobierno de la DC, pudieron más que la visión contrainsurgente "desarrollista integral y participativa" del Ejército.

En 1990 se realizan nuevamente elecciones generales en un contexto nacional de profunda inestabilidad política y crisis económica. Los partidos, base de la democracia formal instaurada en el país desde 1986, no cumplían su función de representar e integrar a la mayor parte de la población, principalmente a los grupos subalternos, al sistema político. Los partidos se caracterizaban por su ideología indefinida, su clientelismo político, su carencia de respaldo popular y su falta de un programa económico, político y social definido (IC,6/junio/1991;8).

El escenario político-partidario se distinguía por la ausencia de partidos de centro-izquierda, por las divisiones internas de la DC, y por la falta de unificación de criterios y acciones de los de derecha (Taracena,1990;150). Estos últimos, se renovaron desde el primer quinquenio de la década de los ochenta y, precisamente uno de ellos, el Movimiento de Acción Solidaria (MAS), fue el que ganó las elecciones con su candidato el Ing. Jorge Serrano Elías. La inclinación de los votantes por esta nueva opción partidaria y el marcado abstencionismo (53%) fue reflejo del desprestigio de los partidos.

Los hechos destacables del proceso electoral fueron: que por primera vez en más de 50 años, un civil le traspasa el poder a otro civil; Serrano es el primer Presidente evangélico de un país mayoritariamente católico; por primera vez un candidato perteneciente a la clase dominante llega al poder y toma directamente la conducción estatal, principalmente en materia económica. (IC,10/enero/1991;2)

#### A. EL CONSTANTE REACOMODO DE FUERZAS Y EL IMPULSO AL NEOLIBERALISMO:

El período 1991-1994 se caracteriza por un constante reacomodo de las fuerzas dominantes del país, producto de los eventos políticos. El resultado ha sido un mayor impulso del proyecto neoliberal. Los eventos políticos más importantes después de la llegada al gobierno de Serrano fueron: el fallido autogolpe de éste; el nombramiento de Ramiro de León Carpio como nuevo Presidente y el referéndum que culminó el proceso de arreglo y ordenamiento de los poderes del Estado.

A pesar de la poca representatividad de Serrano (los votantes disminuyeron en un 40% respecto a 1985) y la permanente inestabilidad política, el nuevo gobierno era el punto de partida para reiniciar el proceso de implementación del modelo neoliberal. La menor autonomía del gobierno respecto a las condicionantes de los organismos internacionales por no poseer un proyecto propio, la incorporación de miembros del sector empresarial moderno a importantes puestos de gobierno<sup>41</sup> y las alianzas establecidas con las fuerzas políticas del país, hicieron avanzar dicho proceso.

En los primeros dos años de gobierno, Serrano estableció alianzas con la UCN y la DC en el congreso (la Triple Alianza). Estas facilitaron la aprobación de varias iniciativas de ley cursadas por el ejecutivo y mantuvieron un clima de gobernabilidad y a nivel del ejecutivo. A nivel del ejecutivo las alianzas se establecieron con el Partido de Avanzada Nacional (PAN) y con el Socialista Democrático (PSD) cuyos principales dirigentes se incorporaron a dos ministerios. En el Ejército, desde finales del período de gobierno anterior, se fortaleció la línea dura, relegando a un segundo plano a la fracción o grupo llamado institucionalista que sustentaba la tesis de Estabilidad Nacional (Werner, 1994; s/p).

Con el paso del tiempo, la credibilidad del gobierno de Serrano fue cada vez menor y la imagen de los poderes del Estado se deterioró. La corrupción,

---

<sup>41</sup> Los ministerios que quedaron en manos del sector empresarial moderno, fueron las siguientes: Adolfo Boppel en el de Agricultura, Richard Aitkenhead en el de Economía, Manolo Bendfelt en el de Desarrollo y Alvaro Heredia en Comunicaciones, transporte y Obras Públicas. Uno de los ministerios que se salió de esta corriente, fue el Ministerio del Trabajo al ser ocupado por Mario Zolorzano Secretario General del PSD. (IC, 10/enero/91; 3-4)

la impunidad, la inseguridad ciudadana, la continua violación a los derechos humanos, el poco avance de las negociaciones de paz con la URNG y el endurecimiento del gobierno, dibujaron un escenario sin expectativas para dicha gestión gubernamental (IC,17/sep/1992; 17). Los tres poderes del Estado sufrieron un gran desprestigio: el Organismo Judicial se politizó, y el Ejecutivo y el Congreso fueron señalados por mantener altos niveles de corrupción, y en el caso de los miembros de este último, se les involucraba en actos delictivos (Werner,1994;s/p).

En 1993, la antesala del golpe se caracterizó por el rompimiento de la Triple Alianza, el gran desgaste del presidente ante los distintos sectores de la sociedad<sup>42</sup> y el estancamiento de las negociaciones con la URNG. La ruptura de la Triple Alianza por las elecciones municipales precipitó los enfrentamientos entre el Ejecutivo y los poderes legislativo y judicial. Serrano se mostró autoritario y con una gran facilidad para crearse conflictos con la prensa, los empleados públicos y los estudiantes. Las medidas de austeridad neoliberales también contribuyeron al causar un malestar generalizado y movilizaciones del sector popular<sup>43</sup>. Todo esto fue dando pauta para una creciente ingobernabilidad que, sumado a algunos hechos coyunturales, como la amenaza de hacerle un juicio político<sup>44</sup> al mandatario, provocaron que éste tomara la decisión del autogolpe el 25 de mayo<sup>45</sup>. (Jonas,1994;19 y Werner,1994;s/p)

---

<sup>42</sup> El sector privado en general, tenía más confianza en el gobierno del MAS que en el de la DCG, lo que le permitió a Serrano tener una relación estable con este sector. Sin embargo, las medidas económicas provocaron algunas contradicciones dentro de los mismos empresarios y la discrepancia se centraba en la distribución de los beneficios de la política económica. En 1993, las divergencias entre el gobierno y este sector se concretizaba a la forma en que se debía seguir implementando el ajuste (Werner,1994,s/p).

<sup>43</sup> El aumento de tarifas de electricidad y del transporte urbano provocaron una serie de manifestaciones en la ciudad capital que fueron el preámbulo al golpe.

<sup>44</sup> Serrano durante su mandato fue fuertemente criticado y era acusado de abuso de autoridad, soborno y malversación de fondos del Estado, lo que eventualmente podía terminar como un juicio político, como ocurrió en Venezuela. (INCEP,1993;4)

<sup>45</sup> Otros de los hechos que parecen haber alimentado dicha decisión fueron los siguientes: la errónea interpretación del Presidente, de la victoria relativa que obtuvo el MAS en las elecciones municipales, que lo llevo a pensar que contaba con un importante apoyo popular; el creciente desprestigio de los miembros del Congreso por el asesinato de un estudiante por un guardaespaldas de un diputado y el posterior atentado al diputado, hizo pensar que la población apoyaría el golpe; y el autogolpe podía favorecer la postura gubernamental en el diálogo que se encontraba estancado y con cierta ventaja para la URNG. (INCEP,1993;3-6)

La trascendencia de dicha decisión y dado que la institución armada es la columna vertebral del actual sistema político, hace pensar en dos explicaciones: que la decisión fue tomada en conjunto con los militares o avalada por ellos. Varios hechos apuntan hacia la primera explicación: las denuncias de que el Ejército estaba planeando desde enero el golpe (Werner,1994;s/p); el señalamiento al Gral. Francisco Ortega Menaldo como el poder tras el trono, o bien, el "hombre de confianza del Presidente" por su estrecha colaboración con él (IC,17/Sep/1992;18); la cúpula militar dirigida por la línea dura; los efectos al interior de la institución armada de las negociaciones de paz y de los procesos judiciales contra algunos militares por violaciones a los derechos humanos (Werner,1994;s/p); las indefiniciones y ambigüedades del alto mando durante los días posteriores al golpe; y las tensiones al interior del ejército con la aparición de una corriente llamada los "Oficiales Eticos" (INCEP,1993;20-22). ✓

La justificación de Serrano para el autogolpe fue la corrupción e impunidad en los organismos del Estado y el narcotráfico. Disolvió el Congreso de la República, la Corte Suprema de Justicia y la Corte de Constitucionalidad, entre otras medidas anticonstitucionales (INCEP,1993;3). Sin embargo, el golpe generó una gran movilización de la sociedad civil por el descontento generalizado. La prensa, la Universidad de San Carlos, el sector popular, Rigoberta Menchú (Premio Nobel de la Paz), el sector empresarial y otros, se unen en contra del mandatario y hacen fuerte presión a través de las representaciones surgidas durante el conflicto, como la Instancia Nacional de Consenso y el Foro Multisectorial Social, para destituirlo.

La resolución del conflicto se dio por la vía legal, ya que la Corte de Constitucionalidad depone -bajo una fuerte presión interna, la condena internacional- una vez retirado el apoyo del Ejército, a Serrano Elías y a su Vicepresidente Gustavo Espina que, pese al impedimento legal, intentó quedarse en la Presidencia. Posteriormente, el Congreso de la República nombró

Presidente, al exprocurador de los derechos humanos, Lic. Ramiro de León Carpio.

La crisis, generada por el autogolpe de Estado y la gran movilización de los distintos sectores de la población, fue interpretada por algunos, como una oportunidad histórica para ampliar los márgenes de participación y buscar soluciones consensuadas a los problemas políticos, económicos y sociales del país (IC,10/junio/1993;1). Sin embargo, la coyuntura no fue aprovechada por los sectores populares. Esto se debió, de acuerdo a algunas opiniones, a que cayeron en la trampa de buscar una solución inmediata por la vía legal y no perseguir soluciones de carácter político a largo plazo (Jonas,1994;20). Al final quedó claro que, "Sólo los empresarios tenían una finalidad estratégica: reordenar las coordenadas de poder en Guatemala" (Werner,1994;s/p).

Así, la salida de esta crisis política se convirtió en una nueva correlación de fuerzas dentro de los sectores dominantes del país y el fortalecimiento del proyecto neoliberal. En general, los grupos conservadores, reaccionarios y proclives al autoritarismo quedaron relegados. Al interior del Ejército, luego de algunos cambios en los altos cargos, la línea institucionalista volvió a tomar el mando y en el sector empresarial los empresarios modernizantes fortalecieron su liderazgo (Werner,1994;s/p). El nuevo presidente frustró las expectativas y confianza que la población depositó en él, ya que se plegó a los mandatos de los organismos internacionales y a los intereses de la nueva fracción económica dominante y se continuó con las políticas neoliberales. El asesinato de un reconocido líder de la nueva derecha (UCN) y primo del Presidente, el periodista Jorge Carpio Nicolle<sup>46</sup> sirvió de advertencia y mostró la debilidad del exprocurador como nuevo Presidente del país.

La agenda pendiente, después de la resolución del autogolpe de Estado y el nombramiento de León Carpio como presidente, era la depuración de los organismos del Estado. De León Carpio promovió la consulta popular que fue

---

<sup>46</sup> De acuerdo las informaciones surgidas de la oficina de Derechos Humanos del Arzobispado, se señala de este asesinato a miembros de las PAC. Los que actualmente están siendo procesados judicialmente (Werner,1993;s/p)

convocada por el Tribunal Supremo Electoral para enero de 1994. Dicha consulta rebasó los objetivos iniciales de depuración y fue producto de una serie de negociaciones entre el Ejecutivo y el Congreso (mediadas por la Iglesia) donde se incluyeron los intereses de los grupos dominantes. La consulta incluyó 43 artículos de reforma a la constitución que reforzaron al proyecto neoliberal y le dieron la primacía al poder económico sobre la "clase" política.

Entre las reformas más importantes, estuvo la privatización de las funciones del Banco de Guatemala. Además, se aumentó al 10% el 8% Constitucional para las municipalidades; reforma que busca adecuar este fondo a las medidas neoliberales, que retiran el subsidio del gobierno central a las municipalidades e inician la descentralización en los sectores de Educación y Salud. Asimismo, las reformas tienen la intención de limitar las pretensiones de los políticos al reducir el período de gobierno a cuatro años y fortalecer la Contraloría de Cuentas y el Ministerio Público (Werner, 1994; s/p).

La Consulta Popular fue promovida por el gobierno como una acción legítima y democrática que buscaba dar respuesta al clamor de la población por depurar a los organismos del Estado y propuestas, como el 10% Constitucional, se presentaron como una preocupación por las necesidades de la población. Sin embargo, la respuesta de la ciudadanía fue la de un abstencionismo del 84%, lo que indicó un rechazo a las componendas entre los sectores dominantes (Werner, 1994; s/p). De ahí, que el regreso a la institucionalidad del Estado después del golpe careció de toda credibilidad ante la población.

Es así como, a pesar de la permanente inestabilidad política y de los hechos críticos que se vivieron en el período de 1991 a 1994, el proceso de implementación del proyecto neoliberal siguió avanzando y la clase dominante aprovechó las coyunturas para imponerlo.

## B. EL PROYECTO Y ESTADO NEOLIBERAL.

Los gobiernos de Serrano y de León Carpio implementaron, en términos generales, la misma política económica y social, y no la variaron pese al



descontento de los sectores subalternos y a su impacto negativo en las condiciones de vida de la mayor parte de la población. El proceso de implementación del neoliberalismo, y por consiguiente, las transformaciones del Estado fueron el centro de sus propuestas y acciones.

Serrano llegó al poder sin un programa definido de gobierno y su gestión fue dependiente y sometida a las condicionantes de los organismos internacionales. Esto fue patente desde el inicio, cuando presentó su programa de gobierno intitulado: Política Económica y Social del Gobierno de Guatemala para el Período 1991-1996 (PES 1991-1996). Este programa tenía un discurso inspirado en la Economía Social de Mercado, influido aparentemente por la asesoría de la Asociación Alemana de Cooperación Técnica (GTZ)<sup>47</sup> a la Secretaría General de Planificación (SEGEPLAN). No obstante, de acuerdo al criterio de algunos, el programa no explicitaba a donde se quería llevar la economía nacional y era sólo un esbozo de las áreas donde el gobierno pensaba intervenir (IC,15/octubre/1992;7).

La ausencia de un proyecto propio y la urgencia de conseguir prestamos internacionales llevaron al gobierno a entrar en negociaciones con el Banco Mundial (BM) desde 1991. Aunque las negociaciones eran secretas, sus resultados se concretaron en el Programa de Modernización Económica y Desarrollo Social que fue impulsado posteriormente (IC,15/octubre/1992;7). Este programa, respaldado por prestamos, tenía como fin, según la agencia de noticias EFE, "apoyar los programas económicos y sociales del gobierno de Serrano, que tienen como objetivo fortalecer las finanzas públicas, mejorar la eficacia de las empresas estatales, liberalizar más el comercio; promover la reforma del sector financiero e intensificar los esfuerzos por aliviar la pobreza"<sup>48</sup> (IC,10/dic/1992;1992).

---

<sup>47</sup> De acuerdo a una de las entrevistas realizadas a un extrabajador de SEGEPLAN, la GTZ había elaborado estudios de evaluación de la gestión demócrata-cristiana y había asesorado la preparación de un plan o programa gobierno para el próximo período.

<sup>48</sup> Este programa se componía de dos partes. La primera integrada por tres áreas: el proceso de apertura externa; la modernización económica, donde jugaba un fundamental papel la modernización de la estructura tributaria y la racionalización del gasto público; y la modernización del sistema financiero que se dirigía a ampliar y diversificar los servicios financieros. La segunda parte, era la de desarrollo social e incluía la creación de 5 fondos: El Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ), el Fondo de Inversión social (FIS), el Fondo Guatemalteco de la Vivienda (FOGUAVI) el Fondo Nacional para la Tierra (FONATIERRA) y el Programa de

El convenio para el préstamo del BM se firmó en diciembre de 1992 gracias al aval que el gobierno de Serrano obtuvo por haber convenido con el FMI<sup>49</sup> un acuerdo de contingencia durante el mismo mes. Lo que además significó, otra serie de compromisos con ésta institución (AVANCSO, 1993b;s/p). Todo ello era debido a que el gobierno había cumplido con los pagos correspondientes de la deuda externa, que habían sufrido un retraso desde el gobierno anterior.

Otro plan del gobierno de Serrano fue el Plan de Acción de Desarrollo Social (PLADES) que incluía, luego de hacer un diagnóstico y caracterización de la situación del país, dos partes: la primera, que era la misma política para el período 1991-1996 discutida anteriormente; y la segunda, eran los lineamientos específicos del plan de acción social, que se constituía, de manera general, en una estrategia de combate a la pobreza.

El plan de acción social definía como población meta a los pobres y para su ejecución planteaba los fondos de compensación social: Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ); el Fondo de Emergencia y Solidaridad Social (FESS) que era el FIS de la DC y que posteriormente se volvió a llamar así; el Programa Nacional de Apoyo a la Microempresa (SIMME), implementado desde el gobierno de la DC; además de una serie de acciones que buscaban darle a la administración pública una mayor capacidad ejecutora como la descentralización, la coordinación interinstitucional, el fortalecimiento de las municipalidades, el fomento a la participación del sector privado en la prestación de servicios, entre otras. También establecía una serie de

---

Crédito Popular (IC, 15/octubre/1992;7).

<sup>49</sup> "El acuerdo da acceso a una disponibilidad de US\$75.8 millones, en caso de afrontar problemas con la balanza de pagos; además de lo cual abrió las puertas para que el Banco Mundial aprobara un día después la concreción de un préstamo de US\$120 millones para la implementación del Programa de Gobierno para la Modernización Económica y social del país y otro de US\$20 millones para el FIS; también permitió el desembolso de US\$50 millones de una donación que AID había aprobado en 1991 pero mantenía congelada debido a la falta de acuerdo con el FMI; facilita la calificación de Guatemala para participar en el programa de reducción de hasta un 89% de la deuda bilateral contratada con Estados Unidos (US\$320 millones), anunciado por el ex-presidente Bush como parte de su Iniciativa para las Américas. La suscripción de acuerdo con el FMI también era colocado como requisito por el Club de París (grupo de los principales bancos privados acreedores de Guatemala) para renegociar el pago de la deuda que a fines de 1992 acumulaba una mora de US\$37 millones" (AVANCSO, 1993b;s/p). Entre las condicionantes de éste préstamo del BM, estaba el compromiso del gobierno de avanzar en el proceso de implementación de las reformas del sector salud, que veremos más adelante (Entrevista con personal del Ministerio de Salud y Finanzas).

objetivos, políticas, acciones y metas por componentes de trabajo<sup>50</sup>.

Después del autogolpe, el nuevo presidente De León Carpio, planteó en julio de 1993 el "Plan de 180 Días" y, en septiembre del mismo año, el "Plan de Gobierno para el Período 1994-1995" (Plan 1994-1995). El Plan de 180 Días proponía cuatro estrategias: la política, la social, la económica y la de modernización institucional. Este plan seguía de manera general, la política del anterior gobierno y los proyectos que planteaba ejecutar ya formaban parte del presupuesto de 1993 (BED, No. 9, 1993; 1-14). Algunos calificaron a este plan como ambicioso por los fondos que requería para la implementación de sus 417 proyectos y por lo breve del tiempo para ejecutarlos. De acuerdo al Plan, se debían ejecutar 3 proyectos diarios a un costo promedio de Q2.5 millones cada uno (IC, 8/julio/1993; 16). Pasada la mitad del tiempo no se tenía información sobre qué proyectos se habían implementado y parecía que el gobierno todavía no lograba su consolidación para poder arraigar (BED, No. 9, 1993; 10). Se debe tomar en cuenta que el nuevo gobierno declaró, al recién haber tomado el poder, que el Estado atravesaba por una crisis financiera que limitaba la ejecución del plan (IC, 8/julio/1993; 16).

El Plan 1994-1995, establecía cinco compromisos del nuevo gobierno con el pueblo que eran: la consolidación de la democracia y del Estado de Derecho; como compromiso prioritario, el combate a la pobreza; la transformación productiva; la conservación del medio ambiente; y la modernización institucional. Este Plan retoma las iniciativas del gobierno anterior y las de los organismos internacionales y es un documento con claro perfil neoliberal.

Estos planes y las acciones que después se ejecutaron, tenían (o tienen) como objetivo establecer un Estado subsidiario neoliberal que De León Carpio definía, en su mensaje económico de octubre de 1993, como uno de los

---

<sup>50</sup> Los distintos componentes del plan de acción social eran: la salud, alimentación y nutrición, educación básica y alfabetización, fortalecimiento de la función de la familia, promoción de la mujer, menores en circunstancias especialmente difíciles, menores afectados por el conflicto armado y medio ambiente. La definición de estos componentes tenía relación con los compromisos que el gobierno de Guatemala había tomado en la Cumbre Mundial de la Infancia. (SEGEPLAN, 1992a; 26-40)

principios fundamentales de su gobierno: "para mi gobierno la subsidiariedad significa que el Estado debe normar pero no intervenir en las acciones del sector productivo y de las personas individuales. Por tanto, ser subsidiario significa crear las condiciones y complementar los esfuerzos de la sociedad para la solución de los problemas económicos y sociales de los guatemaltecos" (IC,21/oct/1993;s/p)

La concepción subsidiaria neoliberal del Estado, como elemento central de los planes y acciones del gobierno Ramiro de León Carpio, busca limitar las funciones y reducir la intervención del Estado en lo económico y social.

El neoliberalismo parte de la idea de que el mercado es el mejor asignador de recursos y el mecanismo más idóneo para la satisfacción de las necesidades individuales. Por ello, cualquier intervención que obstaculice al libre mercado por parte del Estado o por grupos de presión como los sindicatos, se considera contraproducente para la sociedad y la economía. Esa es la explicación que los ideólogos neoliberales dieron a la crisis capitalista de finales de los setenta e inicios de los ochenta. Por lo que calificaban a la intervención del Estado como de ineficaz, ineficiente, antiproduktiva y antieconómica (Laurell,1992a;133-134).

En resumen, lo que buscan los neoliberales es reducir las acciones estatales y ampliar el campo del libre mercado a todas las actividades rentables, y asegurar, mediante un Estado fuerte, el control de la población para garantizar el orden en la sociedad; ese orden, entendido como el respeto a la libertad individual, la propiedad privada y la competencia en el libre mercado (AVANCSO,1993a;9).

Esta concepción de Estado subsidiario neoliberal también se plantea como la modernización del Estado y se expresa en la política económica implementada durante estos años y en la modernización administrativa. Ambas buscan redefinir el papel del Estado, para adaptarlo a un nuevo patrón de acumulación que busca refuncionalizar la economía nacional al proceso de cambios de la economía mundial. Esta refuncionalización de acuerdo a los intereses del capital nacional, pero principalmente a los del capital transnacional

representado por los organismos financieros internacionales. (AVANCSO, 1993a; 1-7)

### C. POLÍTICA ECONOMICA NEOLIBERAL:

En 1991, Serrano encontró una economía inestable con la inflación más alta de la historia del país y con grandes déficits en la cuenta corriente de la balanza de pagos y en el sector público (Castellanos, 1992; 12). Sin embargo, su gobierno siguió la misma política económica que el anterior había implementado a mediados de 1989. Es decir, se continuó profundizando el ajuste neoliberal.

El gobierno del MAS propuso lograr la modernización de la economía, a través de una mayor desregularización de los mercados y la descentralización de las decisiones económicas: "utilizando, lo más posible, los mecanismos del mercado para una asignación eficiente de recursos; una redefinición de prioridades; y una reconsideración de los instrumentos de política económica" (PR, 1991; 9). El papel del Estado se reduciría a establecer las reglas y velar porque éstas se cumplieran.

Dichas reglas deberían asegurar la libre competencia en los mercados, por medio de: "la apertura de la economía; la emisión de leyes y reglamentos para evitar la competencia desleal, los monopolios y oligopolios; la eliminación de barreras de ingreso a los mercados, y la eliminación de los monopolios estatales de derecho" (SEGEPLAN, 1992a; 14-15).

El crecimiento económico se buscó a través de acciones que tenía como fin dar un mayor dinamismo al mercado exterior reduciendo los aranceles, lo que disminuyó la protección nominal no así la efectiva. Se dio énfasis a las exportaciones de productos no tradicionales, sin abandonar los tradicionales. Para esto ultimó, se han generado las condiciones propicias para el desarrollo de la maquila, creando zonas francas y la implementación de una ventanilla única. Para el mercado interno se eliminaron los subsidios y los controles de los precios (Reyes, 1991; 87-88).

El control de la inflación, se logró principalmente a través de las

siguientes medidas: el sacrificio de los salarios reales; la política de crédito cero para el sector público; el control de la emisión monetaria; la estabilización del tipo de cambio y la reorientación de la política fiscal. (OPS,1991;9-10)

El desequilibrio fiscal se enfrentó a través del Programa de Modernización Tributaria que tenía como objetivos: consolidar la estabilidad alcanzada en 1991, aumentar la tasa de crecimiento de la producción e impulsar la inversión social. Por el lado de los gastos se emprendió la racionalización del sector público que ha consistido en la reducción de los gastos de inversión y de funcionamiento del sector (Reyes,1991; 87-88); el retiro de los subsidios a los servicios sociales básicos como el de la electricidad (AVANCSO,s/f;4); y la reorientación a las áreas que más se necesita con fines de eficiencia (OPS,1991;9-10). Por el lado de los ingresos, las medidas aplicadas consistieron en la modificación de los principales impuestos, entre ellos el impuesto de valor agregado (IVA), el impuesto sobre la renta (ISR) y los aranceles. (AVANCSO,1993b;S/P)

En cuanto a política monetaria, cambiaria y crediticia, se ha mantenido un fuerte control en la emisión de moneda, se ha logrado una estabilización de la tasa de cambio y se maneja la política de crédito cero al sector público (OPS,1991;9-10).

Otra de las estrategias del ajuste son las privatizaciones de las empresas del sector público. La primera empresa privatizada fue la línea nacional de aviación, AVIATECA, durante el gobierno de la DC que, de acuerdo con algunas opiniones, no fue un proceso totalmente transparente (Reyes,1991;89). Actualmente, se tiene conocimiento de una serie de estudios para realizar la privatización de varias de las empresas públicas como la de ferrocarriles (FEGUA) y la desmonopolización de los servicios de la empresa eléctrica de Guatemala, que ya es una realidad con la transnacional ENRON en el país<sup>51</sup>. Se discutió la posibilidad de vender una serie de activos del

---

<sup>51</sup> Después de cierto tiempo de funcionamiento de esta compañía salió a luz pública que parte de las cláusulas del contrato eran lesivas al interés nacional y favorecían al capital transnacional (AVANCSO,S/f;2-4).

Estado, entre ellos las hidroeléctricas que ya habían amortizado su inversión y que generarían, por lo mismo, grandes ganancias (AVANCSO,s/f;2-4). Además se elaboró la iniciativa de ley para la privatización del sistema de previsión social, lo cual no prospero (AVANCSO,1993b;s/p).

En 1993, De León Carpio llamó a su política económica "La Transformación Productiva". Esta incluía cuatro áreas de trabajo, que son: la consolidación de bases económicas estables; el fomento de la inversión privada; la modernización del sistema financiero nacional; y la integración a la economía internacional. En general, esta política siguió la misma línea que la de su antecesor y se pliega completamente a las recomendaciones que emiten los organismos internacionales.

Es así como se siguió privilegiando, en un primer momento, la estabilización y el crecimiento de la economía, dejando en un segundo plano, los aspectos de carácter social y la redistribución del ingreso. La lógica del mercado ha pasado a jugar un papel cada vez más importante en la regulación de la economía y, al contrario, el Estado ha ido retirando su intervención.

Esta política económica se complementa con la modernización de la administración pública y ambas favorecen a la privatización y a la desmonopolización de los servicios y empresas del Estado.

#### D. LA MODERNIZACIÓN NEOLIBERAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA:

Le llamamos modernización de la administración pública, a las propuestas de modernización institucional en el sector público y a la estrategia de combate a la pobreza que propone el gobierno. Ambas se complementan y forman parte del proceso de transformación del Estado que tiene como propósitos hacer que cumpla con su papel subsidiador, además de darle credibilidad a las instituciones del gobierno, ordenar la gestión pública y fortalecer la capacidad gerencial (PR,1993b;59).

La modernización de la administración pública está inspirada en la ideología neoliberal y se justifica con los argumentos de mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios públicos, y apoyar a la

democratización del país.

A continuación pasaremos a analizar el Plan 1994-1995 en relación a la ideología neoliberal que lo sustenta.

### 1. La acción mínima del Estado: la concepción neoliberal y el Plan Nacional 1994-1995:

La idea central de la modernización es reducir el papel del Estado en el bienestar social y ampliar, correlativamente, la de los privados con o sin fines de lucro. Hay dos objetivos generales de la modernización administrativa: el primero es limitar la responsabilidad del Estado en la prestación de los servicios y ampliar la de los privados; y el segundo, es reducir el contenido de la acción estatal. Estos dos conceptos generales tienen una racionalidad técnica económica<sup>52</sup> y tienen su expresión en el Plan 1994-1995 como veremos a continuación.

a) El Plan 1994-1995, señala que las reformas institucionales-administrativas persiguen una adecuada articulación del Estado y la sociedad para que, entre otros objetivos, se logre mayor eficacia y eficiencia en las funciones del Estado. Dichas reformas están orientadas a que la comunidad se haga cargo de la planificación, operación, mantenimiento y financiamiento de la infraestructura social; y además, a promover nuevas modalidades de ejecución con amplia participación de organismos no gubernamentales, municipalidades y organizaciones comunitarias (PR 1993b;61). Asimismo, uno de los elementos fundamentales es el concepto de autoayuda a nivel familiar o comunitario para cubrir ciertas necesidades de la población (PR,1993b;11-14).

Las acciones para reducir la responsabilidad del Estado en la prestación de los servicios, se basan, de acuerdo a la ideología neoliberal, en que la familia, la comunidad o el mercado, son los mecanismos "naturales" para lograr

---

<sup>52</sup> Para conocer las razones económicas en las que se fundamenta la modernización del Estado ver los planteamientos del Banco Mundial en relación al papel de los gobiernos y los mercados en el sector salud, en su informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud (BM,1993;53-73). Y, análisis sobre esta racionalidad económica en: Laurell, La Salud: de derecho social a mercancía (Laurell,1994b;9-31); o bien, de Lerner y García, el Discurso Neoliberal en las políticas Sociales: aportes para una discusión (García y Lerner,1991;37-40).



el bienestar de la población. El Estado debe actuar sólo si los anteriores actores fallan, si los privados no quieren o no puede producir los servicios y para garantizar servicios mínimos para los pobres o indigentes (Laurell,1991;9).

Además de reducir la responsabilidad del Estado, existe un proceso de redefinición de cuál es el contenido de los servicios que se van a prestar; para lo cual existe una justificación ideológica y un interés económico, como veremos a continuación.

b) La reducción del contenido de la acción estatal se basa en la racionalidad neoliberal que restringe la intervención estatal a las siguientes: la provisión de "bienes públicos"; a acciones que gocen de grandes externalidades; a medidas regulatorias o de información; y a intervenciones de gran eficacia (costos/beneficio) para el combate a la pobreza.

Los "bienes públicos", son definidos por los neoliberales como aquellos que benefician a toda la sociedad y su uso particular no excluye su utilización por otros, es decir que son indivisibles entre los individuos beneficiados. El Plan 1994-1995 coincide con este planteamiento al establecer que la intervención del gobierno se dirigirá al cuidado del medio ambiente, y a otras, como algunas de las acciones definidas en el paquete básico de atención a la salud que veremos en el último capítulo.

Hay otras actividades que el Estado no debe financiar por no entrar a este concepto neoliberal de bien público<sup>53</sup> y por lo tanto se deben hacer esfuerzos para que los individuos lo cubran con sus propios recursos, como por ejemplo: la educación superior, de la atención hospitalaria y el de la seguridad social (PR,1993b;29-30). La justificación neoliberal, es que éstos servicios son considerados bienes privados porque sólo benefician al individuo que los recibe y no al colectivo, por lo que no deben ser financiados por fondos públicos. Además estas son actividades que se pueden constituir en negocios rentables, por lo que los privados con fines de lucro están

---

<sup>53</sup> Otra de las acciones consideradas como bien público son aquellas dirigidas a la seguridad y defensa nacional, pues esta es indivisible y es difícil que los individuos puedan proveersela por sí mismos. (García y Lerner,1991;37)

interesados en producirlos y ofrecerlos como mercancías a la población.

Entre las otras acciones, bajo responsabilidad del Estado, estarían las dirigidas al individuo, pero con la condición de que éstas posean **grandes externalidades**, es decir, que al mismo tiempo que se beneficia al individuo se beneficia al colectivo o a la sociedad. Ejemplo de éstas acciones las encontramos en los planteamientos específicos que el gobierno ha hecho en el Plan 1994-1995, pues en el sector educativo responsabiliza al Estado sólo de la educación primaria, preprimaria y de la alfabetización; en el sector salud sólo del tratamiento de enfermedades muy contagiosas como el cólera, la tuberculosis, etc. (ver capítulo de política de salud); y en la provisión de agua potable (PR,1993b;15-23)

En el caso del sector salud, si estas acciones quedaran en la lógica del mercado, seguramente sus costos subirían mucho y los tratamientos serían escasos, por ello, no conviene que la atención a estos problemas quede en manos de los privados con fines de lucro. (BM,1993;56)

El Estado debe realizar acciones de **combate a la pobreza** que tengan una gran eficacia en relación al costo-beneficio. El fundamento para estas acciones es que los pobres no pueden comprar estos servicios en el mercado. A ellos se les destinarían servicios considerados bienes públicos, algunas acciones con grandes externalidades y otros servicios básicos, como por ejemplo: programas de vivienda y la dotación de servicios básicos; asistencia y apoyo a actividades agrarias básicas; y atención a problemas de salud y educación que describimos anteriormente (PR,1993b;15-23).

Otra de las responsabilidades del Estado sería ayudar a corregir **algunas imperfecciones del mercado** por medio de medidas regulatorias y de información, con la condición de que no interfieran en el mercado. Las medidas de información se justifican porque en el mercado el consumidor debe estar bien informado para una decisión racional sobre qué servicio comprar. Esto es particularmente importante en el caso de la salud por la conocida asimetría de conocimiento entre el proveedor y el consumidor (García y Lerner,1991;39).

Es así como el Estado se encargaría de todas aquellas acciones o servicios que no sean de interés de los privados lucrativos, o bien, que no se puedan vender como mercancía. Esto tiene un efecto en el contenido de los servicios que se garantizan a la población a través de los servicios públicos, pues hay una serie de ellos que podemos considerar como derechos sociales que dentro de la lógica neoliberal son considerados como bienes privados. Sería el caso de la educación superior o de la atención hospitalaria que antes mencionábamos.

Prácticamente, a través de las estrategias que veremos a continuación, pero especialmente por medio de la descentralización, el Estado delega los servicios sociales a la familia, la comunidad, organizaciones no gubernamentales, servicios privados con fines de lucro y otros; y al mismo tiempo, redefine el contenido o la amplitud de sus servicios.

## **2. Las estrategias para la modernización de la administración pública:**

La concepción neoliberal anteriormente descrita es la base de la actual transformación de la administración pública y se implementa con las siguientes acciones: reformas institucionales administrativas; la descentralización; la revalorización de los Consejos de Desarrollo; el mejoramiento de la planificación, control y seguimiento de los proyectos; la administración de la cooperación internacional; y la estrategia global de combate a la pobreza (PR, 1993b; 61-72).

En lo que se refiere a las reformas institucionales los sectores considerados prioritarios son: el educativo, el de salud, la previsión social y el público agrícola. Cobra especial relevancia en el plan gubernamental, el fortalecimiento de las funciones de desarrollo de las administraciones municipales y la revitalización de los Consejos de Desarrollo (PR, 1993b; 62)

Sin embargo, con el fin de analizar la modernización de la administración pública vamos a resaltar tres estrategias básicas que involucran al planteamiento general del gobierno: la descentralización de los servicios; la reducción, reorientación y focalización del gasto público en los

más pobres; y la privatización<sup>54</sup>.

a) La descentralización de los servicios estatales:

La descentralización, propuesta por el gobierno del MAS, tiene como objetivo que el Estado cumpla su papel subsidiario. Es presentada como una estrategia que permitirá dar eficiencia, efectividad y capacidad gerencial al sector público en su tarea de combate a la pobreza. Además la descentralización busca promover la integración nacional, el proceso democrático y la participación de las comunidades en la solución de sus problemas de desarrollo (PR, 1993b; 62-63).

La descentralización se entiende como un proceso de transferencia del Gobierno Central a los gobiernos locales de los servicios públicos que por sus características puedan ser manejados a ese nivel. Este proceso descentralizador involucra a las municipalidades que juegan un papel central a nivel local, a las reformas sectoriales (ministerios y entidades descentralizadas) y a los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. Todo esto con el apoyo de los fondos sociales transitorios (PR, 1993b; 60)

La descentralización neoliberal tiene dos objetivos no explícitos en el discurso del gobierno: el primero, es la mercantilización del bienestar social, con el fin de que los privados con fines de lucro amplíen su campo de acumulación en los servicios sociales que antes eran cubiertos por instituciones estatales y reducir, además, su papel de redistribuidor de la riqueza; el segundo, es el de consolidar una democracia neoliberal, que calificamos como formal y limitada.

**La mercantilización del bienestar social y la desaparición del papel del Estado de redistribuidor de la riqueza:**

- La descentralización es una estrategia que favorece a la lógica del

---

<sup>54</sup> Para analizar estas estrategias nos basaremos principalmente en el Plan 1994-1995 y en el mensaje económico de De León Carpio de octubre de 1993. Estos retoman las iniciativas del anterior gobierno y la de los organismos internacionales; y la propuesta es más acabada y es la que actualmente se implementa. También mencionaremos algunas acciones del gobierno de Serrano cuando estas sean relevantes para nuestro análisis. Básicamente el Plan 1994-1995 es la continuación de la política implementaba el gobierno de Serrano.

mercado en la prestación de servicios sociales, tanto al interior de las instituciones públicas como de las privadas.

Uno de los planteamientos del Plan 1994-1995 es aumentar la eficiencia del gasto social a través de la reducción de costos para el gobierno de los servicios (en especial la atención en hospitales y la educación superior) y desarrollar fuentes alternativas de financiamiento como la recaudación de tarifas y la búsqueda de subsidios específicos. (PR,1993;30)

En lo anterior, la descentralización juega un papel fundamental ya que a través de ella se dejará a nivel de la comunidad la responsabilidad del financiamiento de los servicios (IC,21/Oct/1993;s/p). Esto significa, que el pago de cuotas o tarifas en los servicios sociales a nivel local será el mecanismo alternativo para el financiamiento. Esto se aplicará no sólo para la atención o servicios de mayor complejidad, ya que la descentralización delegará al nivel local los servicios que pueden ser manejados a ese nivel, es decir, los servicios básicos.

El gobierno plantea la focalización de servicios para pobres, pero sin duda, ésto no excluye que tengan que pagar por servicios, aunque sean estos básicos (ver en política de salud el Seguro Campesino). Además, la lógica del discurso gubernamental nos hace pensar que habrá una focalización de servicios en población pobre con ciertas características, por ejemplo: la educación para las niñas, la atención a madres embarazadas, etc. Esto se traduce en que en los servicios básicos otorgados por públicos o privados se hará una doble focalización. No bastará con ser pobre, si no tener además, alguna característica especial que para la lógica neoliberal se convierta en una inversión atractiva desde su perspectiva de costo/beneficio.

Es así, como la noción de derechos sociales o ciudadanos se omite a través de tres mecanismos: el primero, es la asistencia doblemente focalizada en los pobres; por la incorporación del pago de cuotas o tarifas por servicio que favorece la mercantilización de servicios; y por el concepto de autogestión y autoayuda, a través de los cuales las familias y las comunidades pobres tendrán que seguir atendiendo su bienestar social.

Todo el planteamiento del gobierno parece soslayar de que el 87% de la población guatemalteca es pobre y que los servicios sociales tradicionalmente se han caracterizado por ser de baja cobertura, lo que se ha expresado en índices de analfabetismo y morbi-mortalidad elevadísimos. A lo largo de la historia de nuestro país, la mayor parte de los pobres se han atendido sus necesidades por si mismos o autoayudado, lo que no ha cambiado su situación. La diferencia ahora, es que la exclusión es explícita, servicios mínimos para los pobres, muchas veces financiados por ellos mismos o mediante la autogestión o autoayuda.

- Reducir el papel del Estado como redistribuidor de la riqueza:

La idea de reducir la acción estatal en los servicios básicos, incorporar el pago de cuotas y focalizar la atención en los más pobres, no tiene otro objetivo que reducir o mantener bajo el gasto social del gobierno. Esto fractura el mecanismo redistributivo que se debería de dar por medio del Estado. Esto último es de particular importancia para un país donde las diferencias sociales son abismales y la concentración de los recursos se da en un pequeño grupo de la población.

Además, la descentralización al reducir el papel redistributivo del Estado y dejar que el financiamiento corra a cargo del nivel local por medio del pago de cuotas o de la captación del financiamiento externo, hace posible que se desarrollen diferencias interregionales, interdepartamentales o intermunicipios, dependiendo de la capacidad económica de los habitantes de cada lugar geográfico o bien de su capacidad de gestionar el apoyo económico de los organismos internacionales o de las instancias financieras gubernamentales como los fondos transitorios que discutiremos mas adelante.

**La consolidación de una democracia neoliberal: limitada y formal.**

La descentralización propuesta por el actual gobierno tiene entre otros objetivos: la de promover la integración nacional, el proceso democrático y la participación de las comunidades para la solución de sus problemas de desarrollo (PR,1993b;62-63). Sin embargo, al analizar este proceso descentralizador concluimos que con él se intenta consolidar una democracia

neoliberal que calificamos de limitada y formal por los efectos o el impacto que pueden tener en la participación de la población.

El actual proceso descentralizador neoliberal se fundamenta en una particular forma de interpretar a la democracia y a la participación de la población. Los ideólogos neoliberales consideran que la crisis económica de inicios de los ochenta se provocó, en parte, por el papel que ha jugado la democracia al facilitar la organización de "grupos de presión", que se constituyen con el objetivo de demandar sus derechos y satisfacer sus necesidades, lo que promueve una mayor intervención estatal. Estos grupos de presión, así como la creciente intervención del Estado vienen a limitar el libre mercado por lo que ambos son considerados contraproducentes para el desarrollo económico social (Laurell,1992a;133-134).

De ahí, que la democracia de la que hablan los neoliberales, debe ser una democracia limitada<sup>55</sup> que no permita la generación de fuerzas sociales colectivas que se constituyan en fuentes de poder capaces de limitar al libre mercado.

Desde esta perspectiva la estrategia de descentralización trata de mantener la supremacía de lo económico sobre lo político. Por ello, tiene un doble sentido no explícito en el discurso gubernamental y que a nuestro criterio es: por un lado, la disminución del papel del Estado como instancia articuladora de lo político y social; y por el otro, debilitar a los "grupos de presión", emergentes o ya existentes, a través de la micro-corporativización o atomización de la sociedad. Asimismo, las instancias de decisión y coordinación del proceso descentralizador le dan un poder discrecional al gobierno, que le permite mediatizar la participación de las distintas organizaciones e instituciones y seguir impulsando la lógica de la

---

<sup>55</sup>. La democracia limitada se logra a través de tres elementos. El primero de ellos, la tradición, que no puede ser determinada por las mayorías por ser éstas intrascendentes, el cambio en la tradición puede ser sólo gradual y dirigido por las élites; el segundo elemento es el Estado de Derecho, concebido éste último como superior a la democracia, "la vigencia de la ley por encima de gobernantes y gobernadores la mejor garantía del funcionamiento democrático; el tercer elemento, son las proscripciones políticas, a las personas o grupos que no crean en la libertad individual. Popper señala dos grupos antisistémicos: los gobiernos tentados al ejercicio ilimitado del poder y quienes quieren derribar el sistema por la vía violenta. (AVANCSO, 1993a;1-4)

democracia formal.

- La disminución del papel del Estado como instancia articuladora de lo social y lo político.

La participación de los privados en el bienestar social se ha dado de una manera importante a través de las ONG, la iglesia, cooperativas, etc. Estas han trabajado en el campo del desarrollo, de una manera desarticulada a la política gubernamental y su trabajo se generó como producto de la baja cobertura y mala calidad de los servicios estatales.

El actual proceso descentralizador plantea modificar el papel que el Estado ha tenido y debe jugar como referente de las demandas de la población. La idea general, es reducir aún más, el papel del Estado como ejecutor y financiador del bienestar de la población, al ampliar el campo del bienestar social a los privados con o sin fines de lucro.

Entre los privados no lucrativos estarían organizaciones comunitarias diversas, ONG y cooperativas, que serían las encargadas de ejecutar los proyectos, prestar los servicios a la población y estarían coordinadas a nivel local por las municipalidades. El financiamiento de los privados podría depender del gobierno central, de los organismos internacionales o de la misma comunidad. Así es como se diversificaría los proveedores de los servicios y el financiamiento, lo que permitiría mediatizar de una manera efectiva las demandas sociales al atomizarlas en distintas instituciones u organizaciones.

A lo anterior se suma la idea de incorporar con mayor fuerza la idea de la autoayuda, el trabajo comunitario o el pago por los servicios. Esto reduce aún más, el concepto de derechos sociales y al Estado como responsable directo de brindar los servicios, o bien, de financiarlos.

- Las instancias de decisión y coordinación de la descentralización:

La diversificación de los proveedores de servicios y la autogestión serían beneficiosos, si estos mismos tuvieran representatividad y pudieran incidir en los espacios de decisión. Así, el proceso descentralizador tendría un importante efecto en la relación entre Estado y Sociedad y favorecería a la democratización del país. Por ello, se requiere hacer un breve análisis de



las instancias de decisión y coordinación que se establecen para llevar a cabo la descentralización y el probable impacto que éste tiene en la organización social.

Entre estas instancias están los Consejos de Desarrollo y las Municipalidades, que no han funcionado como instancias democráticas y de coordinación para impulsar el desarrollo a nivel Nacional, Regional, Departamental o Municipal. (ver capítulo sobre descentralización de la DC).

Durante el gobierno de Serrano poco se hizo para cambiar esta situación. El Sistema de Consejos quedó prácticamente inoperante debido a varias razones<sup>56</sup>.

No existió apoyo político para su funcionamiento por considerar que era una política del gobierno anterior y por la visión autoritaria del Presidente. Además, había incapacidad en la Vice-presidencia para impulsar el proceso descentralizador.

Se dieron pugnas de poder, como en el pasado, entre los ministros y los coordinadores de los Consejos. Estos últimos parecían no tener claras sus funciones y habían sido nombrados por compadrazgos y con nepotismo, lo que generó problemas al ser, algunos de ellos, gente inepta y corrupta.

Como producto de lo anterior, no se realizaron reuniones del Consejo Nacional durante todo el período y siguió la reticencia de los sindicatos, cooperativas y ONG a participar en dichas instancias.

En el Plan 1994-1995, los Consejos de Desarrollo y las municipalidades son presentados nuevamente como la columna vertebral de la descentralización, al constituirse en los espacios de decisión que tienen como objetivo darle eficiencia y racionalidad a los programas públicos mediante la coordinación, a cada nivel, de las necesidades de desarrollo con las políticas

---

<sup>56</sup> La información recabada sobre el trabajo de los Consejos de Desarrollo durante el gobierno de Serrano Elías, fue a través de entrevistas al personal que laboro en el Ministerio Desarrollo durante ese período de gobierno.

sectoriales<sup>57</sup>, los programas municipales y los fondos transitorios (PR,1993b;62-66).

El Plan de De León Carpio plantea la necesidad de revitalizar a los Consejos de Desarrollo dándoles legitimidad democrática a los representantes que los integren. Por lo que se promoverá una revisión de la ley de regionalización y se estudiará la factibilidad de que los presidentes de los Consejos Regionales sean elegidos democráticamente. Desde el punto de vista financiero se fortalecerán a los Consejos con el Fondo Solidario para el Desarrollo Comunitario, por medio del cual podrán apoyar distintos proyectos. (PR,1993b;64-66)

Con ambas disposiciones, se busca darle mayor autonomía a los Consejos en la toma de decisiones y en la ejecución de proyectos, que eran dos de las debilidades reconocidas de ellos.

Aunque estos sean algunos adelantos, no se logra modificar las características esenciales de los Consejos de Desarrollo:

Se sigue manteniendo una importante concentración de poder en el Presidente de la República y el Organismo Ejecutivo, lo que se traduce en que todavía sean instancias discrecionales para impulsar el desarrollo. Asimismo, la democratización de los Consejos se busca vía el juego electoral mediante la posibilidad de que los presidentes de los Consejos Regionales sean elegidos democráticamente. Sin embargo, no se hace otras modificaciones importantes para promover la participación y confianza de las organizaciones y de la población en general. Se debe recordar que los Consejos de Desarrollo, a igual que las Patrullas de Autodefensa Civil (PAC), los comisionados militares, las aldeas modelo y la S-5 del Ejército, siguen jugando un papel medular en la estrategia contrainsurgente en las regiones consideradas conflictivas. En el caso de las PAC, éstas han sido condenadas internacionalmente por su vinculación a graves violaciones a los derechos humanos. El mismo De León

---

<sup>57</sup> Las políticas sectoriales parecen darse de una manera vertical. En el caso del sector salud, la elaboración de propuestas y la implementación de la reestructuración y descentralización se a hecho de manera vertical, lo que genera oposición y conflicto al interior de la burocracia y con las distintas fuerzas políticas del país. Esta verticalidad se suma a la de los Consejos de Desarrollo y las Municipalidades.

Carpio apoyaba su disolución cuando era procurador de los Derechos Humanos, ahora, les brinda su apoyo.

La permanente intolerancia a las expresiones políticas de la clase o grupos subalternos hace que no exista agrupación partidaria que represente los intereses de los sectores populares, lo que no permite que el juego electoral sea suficiente para democratizar dichas instancias.

Además, no se integran a los Consejos organizaciones de la sociedad que tienen relevancia para el desarrollo y no se cuestiona la actual regionalización. Las organizaciones populares campesinas e indígenas representan la población más marginada y pobre y, dada la composición étnica de algunas regiones, deberían de estar representadas directamente en los Consejos. Desde la perspectiva neoliberal y por el carácter autoritario del país, es lógico que estas organizaciones no se consideren por ser fuentes de presión importantes, ya que sus demandas se dirigen a tres contradicciones esenciales de la sociedad guatemalteca; a saber, el reclamo por la tierra (mejores condiciones de trabajo), el respeto a los derechos humanos y a los derechos étnicos (Bastos y Camus, 1993; 119-121). La participación de estos sectores de la población se potenciaría con una regionalización que siguiera criterios étnicos y socio-económicos y no militares como la actual.

Con respecto a las municipalidades, el Plan 1994-1995 indica la importancia de fortalecerlas en lo financiero, técnico y gerencial. Estas participarían como el órgano básico de decisión y coordinación de las acciones sectoriales, de los fondos transitorios y de los privados a nivel local (PR, 1993; 62-66)

La experiencia en la utilización del 8% Constitucional nos permiten conocer que tan democráticos son las municipalidades.

En general, la utilización de los fondos se realizó con base a diagnósticos poco serios de las necesidades de la población del municipio y muchas veces no existió diagnóstico alguno. (IDEAS, 1992a; 46-47)

Dentro de las causas técnicas que favorecieron a la mala utilización de los fondos están las siguientes: faltó educación-formación de los gobiernos

locales (alcaldes y corporación municipal); existió una concepción equivocada -a nivel central- sobre la autosuficiencia de las corporaciones municipales por lo que se dejaron a la deriva, traduciéndose su accionar en situaciones anárquicas, desordenadas e inefectivas; faltó visión para que, actuando dentro del marco de la autonomía municipal, se realizaran medidas tendientes a evitar anomalías; falta operatividad del Ministerio de Desarrollo y el Sistema Nacional de Consejos de Desarrollo aunque fueron creadas como instancias organizativas e integracionistas para la operatividad del 8%. (IDEAS,1992a;49)

En lo político, lo que afectó de manera determinante fue la escasa participación comunal. Las comunidades se mostraron reservadas y temerosas a causa de la violencia que se ha vivido en el pasado inmediato y presente. Al declararse, inconstitucionales los Consejos Locales de Desarrollo, se restó fuerza a las comunidades ya que no se garantizó institucionalmente su participación. Además, no se elaboraron<sup>f</sup> estrategias para motivar la integración de la comunidad (IDEAS,1992a;49).

La descentralización al nivel local es, indiscutiblemente, importante para el desarrollo del país. Sin embargo, las actuales autoridades proponen y desarrollan un proceso descentralizador sumamente vertical, en el cual no se crean instancias colectivas de participación y, al mismo tiempo, los planes y los programas se dan de manera vertical (ver el capítulo de política de salud). Esto sin duda repercutirá en el grado de confianza que la población pueda tener en el proceso y en su grado de participación.

En enero de 1994, se realizaron reformas a la Constitución Política de la República<sup>58</sup>, dentro de las cuales se encontraban los cambios que se hicieron al Artículo 257. Los cambios fueron en tres sentidos: se subió a 10% el porcentaje del Presupuesto General de Ingresos ordinarios del Estado asignado a las municipalidades; se determinó que el monto asignado fuera

---

<sup>58</sup>. Los diputados del Congreso de la República, buscando una salida política, después del rechazo que la población en general manifestó contra su gestión a raíz del autogolpe frustrado de Serrano, redactó una serie de reformas a la Constitución Política de la República que fueron puestas a votación en la consulta popular que se llevó a cabo en enero de 1994. Algunos analista jurídicos establecen que las reformas son producto de una negociación que establecieron los diputados con los dos sectores más poderosos del país: el ejército y la iniciativa privada representada por el CACIF.

utilizado, ya no sólo para obras de infraestructura y servicios públicos, sino que se amplió de manera explícita para la implementación de proyectos de educación y medicina preventiva; por último, se estableció que del total de lo asignado para cada municipalidad el 90% tenía que ser utilizado para las actividades señaladas anteriormente, dejando el restante 10% para gastos de funcionamiento.

Con esto se apoya la descentralización a nivel municipal de los servicios del sector Salud y Educación como parte de la política social neoliberal. Por otro lado, se pretende tapar el problema que tienen las municipalidades de no poder cubrir sus gastos de funcionamiento, al retirarles el subsidio del gobierno central. Esto restó fuerza a la presión que las autoridades municipales ejercían para obtener fondos a través de la implementación de impuestos a la producción y territoriales, que ya han provocado reacciones negativas por parte del CACIF, La Cámara de Comercio de Guatemala (CCG) y la Cámara del Agro (CA) (IC,1/abril/1993;16)

El 10% Constitucional es, sin duda, un buen apoyo al desarrollo económico-social del municipio, aunque los grandes rezagos en que vive la mayor parte de la población haga que éste sea siempre insuficiente para cubrir las necesidades de servicios públicos e infraestructura. Al aumentar a 10% el 8% Constitucional, también se amplió las tareas a cubrir con este fondo. Seguramente este aumento va a significar poco para la capacidad financiera que requieren las municipalidades para cubrir sus obligaciones con la población.

- La desintegración social: la micro-corporativización o atomización de la sociedad.

Así planteada, la descentralización tiene varios efectos importantes sobre la cohesión social: el primero de ellos, es la tendencia a desaparecer al gobierno central como el referente de las demandas sociales, y al mismo tiempo, diversificar la producción y financiamiento de servicios por medio de la intervención de los privados; el segundo, es la ausencia de instancias democráticas en el proceso descentralizador, que permitan aglutinar a los distintos sectores y organizaciones de la población; y tercero, es el impacto

negativo que tiene sobre los sindicatos estatales.

A nivel local, ésto se expresa con claridad, ya que las municipalidades y los fondos transitorios buscan estimular y coordinar la participación de gran diversidad de organizaciones comunitarias<sup>59</sup>, ONG, cooperativas, asociaciones de padres de familia, etc. Todas ellas son ejecutoras de gran diversidad de proyectos o de servicios a la comunidad, pero no tienen representación en las municipalidades que son su referente local, y sólo las cooperativas y las ONG participan a nivel de los consejos. Por otra parte, la fuente de financiamiento se diversifica a través de los fondos transitorios que se caracterizan por ser discrecionales, por las donaciones o préstamos de los organismos internacionales y por el pago de cuotas de los usuarios. Dada la diversificación, no estaría mal si existiera control social sobre la asignación de recursos y mecanismos redistributivos que, por el origen de las fuentes, parecen desaparecer.

A lo anterior se suma el impacto que ha tenido en la población la crisis política y económica del país. El conflicto armado llevó al ejército a aplicar la estrategia de tierra arrasada (más de 440 pueblos destruidos<sup>60</sup>) que, de acuerdo al criterio de algunos, tenía como objetivo eliminar la economía local, romper la estructura comunitaria y la unidad étnica, con el fin de quitarle la base social a la guerrilla (Jonas, 1994; 165). Esto se complementó con la estrategia "desarrollista integral y participativa" que buscó mantener el control del poder local de las comunidades mediante los elementos contrainsurgentes discutidos anteriormente y que prevalecen en la actualidad.

La crisis económica y las medidas de estabilización y ajuste para salir de ella, han causado un mayor empobrecimiento de la población, lo que aumenta la dificultad de la lucha cotidiana por la sobrevivencia. Esto sustrae a los individuos de la organización social y tiende a recluirlos en los grupos sociales más estrechos, como la familia o grupos locales comunitarios.

---

<sup>59</sup> Entre éstas pueden estar comunidades educativas, patronatos, comités de vecinos, etc.

<sup>60</sup> Esta estrategia significó más de 100,000 civiles muertos o desaparecidos y más de un millón de personas desplazadas (entre refugiados externos e internos).

(AVANCSO,1993a;s/p).

La descentralización de los servicios y empresa estatales modificará la actual organización sindical fraccionándola y debilitándola al tener que ser ésta manejada de manera descentralizada. A ésto se suma los planteamientos del Plan 1994-1995, en política salarial y laboral en la que se especifica que los pactos colectivos se concertarán con base a la productividad y a las condiciones particulares de cada una de las empresas (PR,1993b;37). Esto reduce las negociaciones a la lógica individual desplazando los derechos colectivos de los trabajadores.

Lo anterior, promueve algunos elementos de desintegración social como: diversos grupos organizados alrededor de distintas reglas, procesos e instituciones; la consolidación de la heterogeneidad social; dificultades de articular intereses comunes; una reducción de las acciones colectivas centralizadas; y el fortalecimiento del individualismo, la organización en torno a grupos locales y la acción social fragmentada o atomizada. (AVANCSO,1993a;s/p)

#### b. La reducción, reorientación y focalización del gasto social público:

Los últimos gobiernos han planteado en sus distintos planes y programas la necesidad de aumentar el gasto social. Sin embargo en la práctica, como veremos en el capítulo siguiente, la implementación de una política económica neoliberal ha reducido este gasto social, principalmente en el renglón de inversión.

El Plan 1994-1995, dice que el combate a la pobreza requiere de la reorientación y focalización del gasto público en los sectores y programas que tengan mayor impacto en la población más vulnerable. El reto, es mejorar la calidad y eficiencia del gasto público social dado los escasos recursos con que cuenta el Estado. Para ello se plantea la implementación de fondos transitorios como el Fondo de Inversión Social (FIS), el Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ), el Fondo Guatemalteco para la Vivienda (FOGUAVI), el Fondo Nacional de Tierras (FONATIERRA) y el Fondo Solidaridad para el Desarrollo

Comunitario<sup>61</sup> (PR,1993b; 23-25).

Estos fondos fueron creados desde el gobierno de Serrano y han sido negociados con el BM para el desarrollo de la política económica-social. La lógica de éstos, es ser subsidios focalizados, temporales, decrecientes y otorgados directamente al consumidor y no a los productores. (IC,21/oct/1993;S/P).

Sin embargo, esta forma de financiar el gasto social tiene una serie de contradicciones y objetivos no explícitos que responden al proyecto neoliberal. Es por ello que a continuación trataremos algunas de sus características.

**Focalización del gasto público social o focalización de los servicios sociales mercantilizados:**

Los Fondos se destinan a la atención mínima, barata y focalizada que el Estado dará a los más pobres. Esto contrastará con la situación socioeconómica del país, pues se calcula que el 87% de la población vive en la pobreza y de un 76% en extrema pobreza. Ante una situación tan precaria es difícil hablar de programas focalizados en los más pobres. Prácticamente tendríamos que hablar de un programa social nacional para la mayor parte de la población. Y como contraparte, en lugar de hablar de ampliar los mercados en el ámbito del bienestar social, deberíamos de plantear la focalización de los mercados para el 10% o menos de la población que tiene la capacidad de pagar los servicios.

El trasfondo de estas medidas de focalización, es la concepción del papel del Estado y del Mercado en la economía y en el bienestar social. Los neoliberales se inclinan por el mercado como el mejor asignador de recursos económicos y como satisfactor de necesidades individuales. De ahí, la crítica que hacen al Estado benefactor que se implementó en los países centrales y a la política económica keynesiana.

---

<sup>61</sup> FONAPAZ: es un fondo dirigido para la atención de refugiados, desplazados y repatriados; FOGUAVI, canalizará recursos para "el financiamiento de programas de vivienda para las familias de menores recursos, incluyendo lotes con o sin servicios, compra, construcción, ampliación y mejoramiento de viviendas"; FONATIERRA, "financiará la compra y venta de tierra con fines agrícolas, pecuarios y forestales, para regularizar la tenencia y propiedad de la tierra, fomentar la inversión en el agro y contribuir al mejoramiento de vida de la población campesina"; y, el Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Comunitario, será dirigido a los Consejos de Desarrollo para el financiamiento de proyectos a nivel municipal. (PR,1993b;23-24)



Esta crítica al Estado se traslada a los países tercermundistas y es adoptada de una manera acrítica o interesada por parte de sectores económicamente poderosos que, junto a los organismos internacionales, se constituyen en las principales fuerzas que impulsan el neoliberalismo. En el caso de Guatemala, el Estado está muy lejos de haber cumplido un papel benefactor y su institucionalidad no ha crecido tanto como para ser la causa de la crisis fiscal del Estado, si se compara con lo que ha significado el pago de la deuda pública en términos financieros. La burocracia guatemalteca<sup>62</sup> es pequeña, 23 trabajadores por cada mil habitantes, en comparación con otros países como: Costa Rica con 50, México 44, Dinamarca 142 y la Comunidad Económica Europea con promedio de 60 (ACEN-CIAG, No.224, 1991;4) y el gasto del gobierno central en relación al PIB (12.1) ocupaba el penúltimo lugar de la región centroamericana en 1988 (SEGEPLAN, 1992b; anexo). Esto, agregado a la baja tasa de tributación y a la estructura tributaria regresiva, indican que el Estado guatemalteco no ha jugado un papel importante en la redistribución de la riqueza y, por consiguiente, en el bienestar de la población.

Es decir, la inversión social para generar servicios y una infraestructura social necesaria para mejorar las condiciones de vida es una tarea aún pendiente y debe estar dirigida a la mayor parte de la población.

Un proyecto neoliberal productor de pobres y fondos transitorios/decrecientes para pobres.

Una de las contradicciones que encontramos en estos fondos es su carácter transitorio y decreciente. Esto se basa en tres supuestos cuestionables.

El primero de ellos es que la estabilización y reactivación económicas basada en la desregulación estatal de los mercados y en la apertura comercial, asegurarán la incorporación al sector formal de la nueva mano de obra, de la

---

<sup>62</sup> En ese sentido, no es que no se reconozca los problemas que en sí representa la burocracia por pequeña o grande que sea ésta. Lo importante es analizar con objetividad y no de una manera mecánica, qué de esa burocracia funciona de manera ineficiente o ineficaz, y tratar de resolverlo. Es difícil aceptar en un país como Guatemala, que el Estado deje de jugar un papel importante en la política social cuando la mayor parte de la población vive en extrema pobreza y, más aún, pensar que la lógica del mercado puede resolver este problema.

actualmente desocupada y de la que se ubica en el sector informal. Esto generará mejores condiciones de vida gracias al aumento del empleo y de los salarios. Por lo tanto, estos Fondos serán cada vez menos necesarios. Los pobres tienden a desaparecer.

El segundo supuesto es que la modernización de la administración pública le dará capacidad para hacerse cargo de los servicios que los Fondos hayan generado. Esta modernización buscaría ser eficiente, ágil y de calidad en la prestación de los servicios sociales.

El tercer supuesto es que los servicios generados con los fondos transitorios puedan ser autosostenibles a largo plazo mediante el cobros de cuotas o tarifas a los usuarios.

Estos supuestos difícilmente se cumplirán si los contrastamos con los resultados que el proyecto neoliberal ha tenido en Guatemala y en otros países.

Respecto al primer supuesto, se ha visto que la implementación de la política neoliberal ha concentrado el ingreso, las medidas redistributivas se han reducido, los salarios reales han bajado y el desempleo ha aumentado. En consecuencia la pobreza ha crecido. Esto ha ocurrido en países en los cuales el modelo neoliberal se ha implementado desde hace más de 10 años, y la tendencia no se ha revertido a pesar de los fondos compensatorios<sup>63</sup>.

En el segundo supuesto, se ha encontrado que el Estado reduce cada vez más su gasto social lo que no permitiría que se hiciera cargo de los servicios de salud, educación y vivienda que han generado los fondos. El Estado tendría que manejar recursos equivalentes a los de los fondos, con el agravante de que en el futuro seguramente habrá más pobres de seguirse implementando un proyecto neoliberal. Además, de acuerdo a la lógica neoliberal, la intervención estatal debe reducirse al mínimo en la producción y financiamiento del bienestar social, por lo que entra en contradicción con el mismo modelo la idea de que el Estado se haga cargo de los servicios que hoy

---

<sup>63</sup> En el caso México, la pobreza ha pasado de 48.5% en 1981 a 66.0% en 1992 (Boitvinik, en la Jornada 17/2/95).

generan los fondos transitorios.

El tercer supuesto tampoco se cumpliría o se tendría fuertes limitaciones para mantener servicios sociales de calidad para la población más pobre que difícilmente tendrá la capacidad de pago en el mediano a largo plazo bajo el modelo neoliberal.

En esta perspectiva los Fondos, transitorios y decrecientes, no son la salida para atender los servicios sociales de la población cada vez más pobre. Significan gastar millones de dólares en acciones puntuales o asistenciales sin resolver los problemas de fondo de la pobreza y extrema pobreza y, al mismo tiempo, incrementar el endeudamiento.

#### **Fondos asistenciales/discrecionales y el clientelismo político.**

La actual política no busca resolver los problemas socio-económicos más urgentes de la población guatemalteca, es decir, la pobreza y la extrema pobreza. Aunque estos se han agudizado por la crisis y las medidas de ajuste implementadas se deben, en su mayor parte, a las características estructurales de la economía.

De los Fondos, el FONATIERRA, es el que ofrece más evidencia en este sentido, ya que toca el tema más crítico de la estructura económica de Guatemala; el problema de la distribución de la tierra. En un país donde la mayor parte de la población pobre depende de actividades agrícolas para su sobrevivencia, el acceso a una extensión de tierra suficiente para cubrir sus necesidades básicas, significa el comienzo de la solución de los problemas de pobreza. En Guatemala encontramos la distribución de la tierra más desigual de América Latina. El 2% de las fincas más grandes ocupan el 67% de la tierra cultivable y el 80% de las fincas cubre sólo el 10% (Jonas, 1994; 192).

Ante este enorme problema, el gobierno implementa un Fondo que tiene como objetivo financiar "la compra y venta de tierra con fines agrícolas, pecuarios y forestales, para regularizar la tenencia y propiedad de la tierra, fomentar la inversión en el agro y contribuir al mejoramiento de vida de la población campesina" (PR, 1993b; 24). Aunque no conocemos el monto de FONATIERRA, es improbable que se pueda resolver o paliar la pobreza de la

población campesina, por lo que la aplicación de éste tendrá un impacto marginal ante las dimensiones del problema.

Al no resolver los problemas de la estructura económica del país, los Fondos resultan ser medidas asistenciales cuyo único fin es legitimar al proyecto neoliberal del cual forman parte.

Aunque no conocemos las estructuras administrativas de todos los fondos, estos se dicen guiar por criterios técnicos en contraposición al de FONAPAZ que es un fondo claramente discrecional. En el caso del FIS, el sector ONG's ha sido marginado en la dirección y en la fijación de los criterios para su operacionalización. Por ello este sector, un actor fundamental en la descentralización de los servicios, ha mostrado desconfianza respecto a los criterios de selección de los ejecutores o los proyectos y sospecha que el apoyo vaya condicionado por el gobierno o tiene fines de controlarlas (Garst,1993;100). Las actuales autoridades directivas del FIS pertenecen al sector empresarial moderno, y es de esperar que apoyen a los grupos comunitarios u organizaciones afines, o bien, que la política del Fondo responda a sus intereses o a su particular forma de interpretar el desarrollo.

Con esta característica de discrecionalidad, se corre el peligro de que se conviertan en un importante instrumento de clientelismo político, que favorecería la atomización de las demandas sociales y de las organizaciones colectivas.

#### c. La privatización.<sup>64</sup>

La privatización de las instituciones o empresas estatales se da por dos vertientes. Una, que es la más evidente, es la descrita en el apartado de la política económica e involucra la desmonopolización o venta de activos de algunos de los servicios o empresas estatales como: AVIATECA, FEGUA, la desmonopolización de la empresa eléctrica, las reformas al sistema de previsión social y concesiones de GUATEL al sector privado de la telefonía

---

<sup>64</sup> En este apartado, cuando hablamos de privatización nos referimos a la participación de los privados con fines de lucro.

celular<sup>65</sup> y comunitaria.

Para tener una idea de la fuerza que ha cobrado estas medidas de privatización se tiene de ejemplo el presupuesto para 1994, ya que parte de los ingresos para realizar el gasto del gobierno central provienen de la venta de algunos activos de FEGUA. Asimismo, el Secretario de planificación económica, ha señalado "ya se están considerando los mecanismos para concesionar algunos servicios que el sector privado puede convertir en más eficientes", además " podrían venderse algunos activos adicionales a los de FEGUA, así como desmonopolizar otras empresas estatales, entre las cuales podría estar el INDE y GUATEL" (AVANCSO,1993b;S/P).

La otra vertiente es menos evidente y se da como parte del proceso de modernización de la administración pública a nivel sectorial. Esta vertiente será descrita y analizada para el caso específico del sector salud en la segunda parte de este trabajo. /

#### E. HACIA UN ESTADO NEOLIBERAL/CONTRAINSURGENTE.

El Estado guatemalteco se halla inmerso en un proceso global, complejo e inestable, que hemos llamado la transición política. Esta transición es un proceso inconcluso e impredecible, que durante el segundo quinquenio de la década de los ochenta puso en la balanza política al proyecto de Estabilidad Nacional y al Neoliberal.

Ambos proyectos, desde sus distintas perspectivas, han determinando, y determinan, transformaciones en el Estado que modifican su relación con la sociedad y el mercado. Durante el primer gobierno civil, dichas transformaciones no avanzaron de manera significativa, a excepción de los elementos contrainsurgentes que permanecieron funcionando y la redefinición de la política económica que, a partir de 1989, asumió una mayor ortodoxia neoliberal.

En 1990, un historiador guatemalteco hacía la siguiente pregunta: ¿Cómo

---

<sup>65</sup> Actualmente la compañía privada, Comunicaciones Celulares (COMCEL) se encarga de la telefonía celular.

conjugar las necesidades de la visión contrainsurgente -que se apoya en el reconocimiento del papel pivote del Estado en la instrumentación de una política social en la cual el Estado debe ser reforzado y no acotado- con una voluntad política y económica divergente de las clases dominantes? (Taracena, 1990; 144)

Cuatro años después, podemos concluir que la clase dominante y el capital transnacional lograron imponer su proyecto. El proceso de avance del neoliberalismo se ha ido dando, a pesar de su falta de hegemonía y de la gran inestabilidad política. La visión del Estado como referente de las demandas y como productor/financiador del bienestar social limitado del ejército y la DC, fue sustituida por la visión neoliberal que es la base del actual proyecto de gobierno de De León Carpio.

Sin embargo, si partimos de que el ejército diseñó la transición política y es el sector más importante de la estructura de poder; de que mantiene una unidad sólida e histórica con la clase dominante; y que el actual proyecto neoliberal, más que un proyecto del actual equipo de gobierno, es la agenda de los organismos internacionales para el país, debemos preguntar, ¿qué coincidencias y contradicciones hay entre el neoliberalismo y la tesis de Estabilidad Nacional?

El modelo neoliberal no toca los intereses esenciales de los militares en Guatemala. De hecho, la mancuerna neoliberalismo-militares no ha sido ajena a la realidad latinoamericana; el ejemplo más conocido es el de Chile. Es más, los neoliberales requieren de la institución armada o de los cuerpos de seguridad, para mantener bajo control a las distintas fuerzas que puedan afectar el libre juego en el mercado. De ahí, que su concepción de democracia se puede calificar de limitada y, asimismo, dirigida a mantener la concentración de la riqueza y la exclusión social.

Sin embargo, el concepto neoliberal de democracia no abarca solamente a la participación restringida de la población, sino que plantea, además, la necesidad de disminuir la autonomía relativa con que las élites políticas y burocráticas actúan en relación al poder económico. Por ello,

independientemente de que la institucionalización política del Estado, con la Constitución de 1985, haya o no sido pensada desde la visión neoliberal existen marcadas coincidencias con ella. En el sentido de disminuir o dispersar el poder de las élites mencionadas, es que se entiende el papel de la Corte de Constitucionalidad, el tribunal supremo Electoral, el Ministerio Público y la Contraloría de Cuentas. Además, el papel de las mayorías queda definido en dos sentidos limitados: para las elecciones que prácticamente dependen del conjunto de las condiciones políticas en que se den; y en mecanismos como la consulta popular y el referéndum que carecen, de acuerdo a la opinión de juristas, de fuerza vinculante, es decir, que el gobierno no está obligado a aceptar los resultados. (Escoto,1993;15-16). La consulta popular de enero de 1994 fue ejemplo de cómo el poder económico estableció condiciones que le favorecen.

Entre las reformas constitucionales surgidas de ella se encuentran la reducción del período de gobierno a cuatro años y el fortalecimiento de la Contraloría de Cuentas y el Ministerio Público (Werner,1994;s/p). Se hicieron además, modificaciones de tipo económico, como la prohibición de que la banca central de prestamos al gobierno, que favorece el control del capital financiero sobre las políticas gubernamentales<sup>66</sup>. En la medida en que los organismos, responsables de regular el poder estatal, funcionen la libertad con la que ha actuado el ejército puede verse restringida. En el fallido autogolpe de Estado de Serrano y en la frustrada intención del Vicepresidente Espina de quedar en el poder (con el respaldo del ejército), la Corte de Constitucionalidad jugó un papel fundamental. Al final sus disposiciones, bajo la fuerte presión de los distintos sectores de la población y el repudio internacional, tuvieron que ser acatadas<sup>67</sup>.

---

<sup>66</sup> Esto se complementa con la posible reducción de los ingresos del estado por la privatización de las empresas estatales más rentables, como GUATEL, y por la actual reforma tributaria que no modifica la regresividad de su estructura. Por ello, las finanzas del Estado quedarían en una situación muy precaria y el poder económico adquiriría cada vez más relevancia.

<sup>67</sup> La participación directa del empresariado en puestos estatales, el reordenamiento institucional del estado y la apertura política, con la posible firma de la paz con la URNG, hace que el poder de la institución armada sea más limitado y su tradicional posición confrontativa cuestionada. Si antes la DC adaptó su proyecto de gobierno a la estrategia contrainsurgente, ahora esta deberá adaptarse a los nuevos

Desde la perspectiva política, también cobra interés la modernización de la administración pública ya que contribuye a construir y mantener la democracia neoliberal. Acá debe existir una adaptación de la estrategia contrainsurgente a la descentralización y a los fondos compensatorios. El efecto de desintegración social del neoliberalismo se puede complementar con el control a nivel local de las PAC, comisionados y promotores sociales militares (S-5) en distintos departamentos del país. De hecho, la discrecionalidad de los fondos, puede servir para apoyar a proyectos pro-ejército o pro-empresariales. En tiempos de paz, de acuerdo a declaraciones del propio ejército, elementos paramilitares como las PAC se pueden transformar en comités de desarrollo, que bien pueden adaptarse a las transformaciones administrativas del sector público.

La contradicción entre el neoliberalismo y la tesis de Estabilidad Nacional se ubica en cómo mantener la estructura concentradora y de exclusión dentro de los márgenes de gobernabilidad con las reformas institucionales del Estado y un sistema político partidario. Los programas de estabilización y ajuste deterioran severamente las condiciones de vida de la población, lo que genera y mantiene una aguda crisis política muy lejana de la pretendida estabilidad perseguida por los militares. Esto da como resultado, un ambiente de permanente confrontación social, ingobernabilidad y de descomposición, que empujará nuevamente al autoritarismo y represión.

Por ello, la forma y contenido que va adquiriendo el Estado, en la transición política, es la neoliberal con sus tradicionales rasgos de autoritarismo. Posiblemente decir Estado neoliberal sería suficiente ya que éste lleva implícito el concepto de una democracia limitada y formal. En el caso guatemalteco, la razón de calificar al Estado de

---

escenarios políticos y a las transformación neoliberal del Estado. Pese a que la institución armada sigue siendo la columna vertebral del sistema político, hay inconformidad en sus líneas. La tesis desestabilizadora de la que hablan algunos estudios (AVANCSO-IDESAC,1990;12-14) en la época de la DC, ahora ha llegado a constituirse en un terrorismo de derecha, donde los ejecutores seguramente se ubican en las fracciones de la burguesía y del ejército más conservadoras y reaccionarias.



neoliberal/contrainsurgente<sup>68</sup> es por que, a pesar de los cambios neoliberales, la estructura contrainsurgente ha quedado intacta y potencialmente adaptable a la actual modernización de la administración pública. Asimismo, el ejército sigue siendo el principal sostén del sistema político, dada la ilegitimidad y falta de credibilidad de todos los gobiernos civiles que han participado en la transición política.

Sin embargo, otra pregunta es, ¿qué posibilidades tiene el neoliberalismo de consolidarse en el país?

Para responderla, se debe hacer una breve análisis de las principales fuerzas que apoyan o se oponen a dicho proyecto. Tras el proyecto neoliberal ubicamos a los sectores más poderosos de país y al capital transnacional. El capital nacional, con sus distintas fracciones (financiera, agrícola e industrial) y el ejército (por medio de su fracción llamada, por algunos, constitucionalista o institucionalista<sup>69</sup>) <sup>4</sup>mantienen distintos grados de contradicción interna<sup>70</sup> y entre si, pero no obstante constituyen el eje de conducción política del país. Estos impulsan<sup>71</sup> el neoliberalismo y han demostrado que tiene la suficiente fuerza para imponer algunos de los cambios en el Estado sin consultar o buscar consenso entre los sectores subalternos.

Los sectores subalternos carecen de fuerza para influir en la conducción política y su fragmentación y división no permite que sean efectivos en sus

---

<sup>68</sup>. Una adecuación importante entre el neoliberalismo y el proyecto contrainsurgente puede ser el FONAPAZ. Este último, es un fondo que sigue la lógica neoliberal de focalización y de los mínimos esenciales, y al mismo tiempo es aplicado a las áreas conflictivas del país apoyando proyectos de desarrollo comunitario. Dichas áreas están bajo el estrecho control del ejército.

<sup>69</sup>. Monteforte Toledo ubica a distintos sectores dentro del ejército: "El sector más progresista respalda el orden constitucional y el ejercicio democrático; otro sector resiente que la institución no ejerza directamente el gobierno, y otro, minoritario pero muy activo, es partidario del golpe de Estado y de la acción directa para evitar que en el país haya cambios estructurales y ejercicio político o social capaces de entronizar el 'comunismo'". (Monteforte, 1992;62)

<sup>70</sup> El sector privado lucrativo tiene en general una gran unidad. Sin embargo se dan algunas fricciones durante la implementación del ajuste neoliberal porque los beneficios y el modelo de acumulación que se trata de consolidar favorece a unos mas que a otros. Los agroexportadores, principalmente de productos no tradicionales, las empresas financieras y de servicios son las más favorecidas y, por el contrario, las actividades dirigidas al mercado interno, como la industria protegida, salen más perjudicadas a igual que los agroexportadores de productos tradicionales. (AVANCSO, 1993b;S/P)

<sup>71</sup>. Otro fuerza importante en este escenario político la constituyen los organismos internacionales, pues su apoyo es fundamental para hacer los cambios en la políticas económicas y sociales que los gobiernos impulsan como resultado de este juego de fuerzas al interior de la sociedad guatemalteca.

demandas. No obstante, la presión que ejercen dificulta o bloquea el accionar del gobierno en la implementación de sus políticas neoliberales, pero la ausencia de propuestas alternativas no permite que tengan mayor efecto en el desarrollo actual del país<sup>72</sup>. El impacto que tuvo la represión en el pasado reciente ha debilitado a los sectores populares, y en el presente, su reconstitución se ha dificultado por la permanente represión; 1993 y 1994 se destacaron nuevamente por un aumento en la violación a los derechos humanos.

Sin duda, el proyecto neoliberal avanzará en algunos aspectos pero en otros, que afecten de manera inmediata al sector popular, seguramente será bloqueado.

El impacto, que han tenido la crisis y la implementación del neoliberalismo en las condiciones de vida de la población, genera un ambiente de creciente inconformidad, frustración y desesperación. Tiene su expresión en una descomposición social cada vez más acentuada de la sociedad guatemalteca.

La crisis de inicios de los ochenta no se ha superado y para inicios de los noventa las perspectivas parecen ser más críticas y complejas en los distintos ámbitos, económico, social y político. No cabe duda que, de seguir la implementación del modelo neoliberal, la sociedad guatemalteca entrará a una confrontación política cada vez mayor y los rasgos autoritarios o contrainsurgentes del Estado se mantendrán bajo la fachada de los gobiernos civiles.

---

<sup>72</sup>. Algo que en definitiva puede cambiar el escenario político brevemente expuesto es el Diálogo gobierno-URNG. La firma de la paz y los acuerdos a que se lleguen puede tener efectos muy diversos en la sociedad guatemalteca, difíciles de valorar en estos momentos. Sin embargo, si abre el espectro de fuerzas políticas dando cabida a la izquierda, con la posibilidad que se desarrolle mayor capacidad de propuestas; instrumentos contrainsurgentes como las PAC ya no se justificarían por parte del ejército, lo que daría más libertad de participación a las poblaciones campesinas e indígenas; y la reducción de éste último podría llevarse a cabo tomando en cuenta las presiones internacionales que existen para que ésto se realice, etc.. O bien, se puede pensar que el contrapeso de la balanza en las fuerzas políticas, dada la importancia del ejército, se pierda en favor de los grupos de derecha del país.

## VI. IMPACTO Y PERSPECTIVAS DE LA POLÍTICA ECONOMICA Y SOCIAL.

Antes de la crisis de los ochenta, la sociedad guatemalteca se encontraba inmersa en una compleja problemática, que en términos de condiciones de vida, era de un franco y permanente deterioro. Es importante tener esta visión histórica del país, porque permite dimensionar mejor lo que ha significado para la población la crisis de inicios de los ochenta y las medidas estabilización y ajuste aplicadas para salir de ella.

A continuación se presentan varios indicadores económicos que nos permiten visualizar, cuál ha sido el impacto de la crisis, la política económica y social, en las condiciones de vida de la población. El período de estudio es de 1986 a 1994, pero algunos de los indicadores se relacionarán con el comportamiento que ellos mismos tuvieron durante 1980 o inicios de la década. El marco de análisis general de los indicadores son las dos principales etapas de la política económica.

La primera, es la etapa en que se inicia la estabilización de la economía en 1986 durante el gobierno demócrata-cristiano. Esta etapa no se puede calificar como enteramente neoliberal pues no asume todas las características de la fase de estabilización del ajuste neoliberal (Escoto, 1993;18).

La segunda, es la que se inicia en 1989 cuando el gobierno demócrata-cristiano aplica medidas de estabilización y ajuste con características claramente neoliberales. Es en este año cuando se liberan las tasas de interés, el tipo de cambio y los precios regulados. Además, se redujeron los aranceles a las importaciones y la inversión pública (Martínez y Werner, 1992; s/p). Esta política económica es seguida por los siguientes gobiernos y marca el progresivo retiro de la intervención del Estado en la economía.

### A. PRODUCTO INTERNO BRUTO:

Uno de los indicadores importantes para medir el crecimiento de la economía, es el producto interno bruto. En la década de los ochenta el PIB

tuvo un comportamiento variable, como se muestra en el Cuadro 1.

CUADRO 1.  
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL DEL  
PRODUCTO INTERNO BRUTO (PIB) NACIONAL  
Y PER CAPITA, GUATEMALA.  
(1982 a 1992)

	1982	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
PIB	-3.5	0.1	3.5	3.9	3.9	3.1	3.2	4.6
PIB PER CAPITA	-6.2	-3.0	0.6	0.9	1.0	0.2	0.3	1.7

Fuente: Secretaría General de Planificación. (SEGEPLAN)

Se puede observar, que durante el primer quinquenio de la década el PIB tuvo un franco deterioro para posteriormente, entre 1986 y 1989, mantener un crecimiento sostenido de 0.1 a 3.9%. En 1990 disminuye a 3.1, pero en 1992 vuelve a ascender la tasa de crecimiento anual a 4.6%. A pesar de esto último, para el año de 1993 las perspectivas no son tan alentadoras ya que se espera que la tasa de crecimiento del PIB no suba arriba del 4% (AVANCSO(2), 1993;S/P).

La mejoría en el crecimiento de la economía ha sido sustentada en general por el ascenso de los precios de los principales productos de exportación del país a nivel internacional y un aumento de las exportaciones de productos no tradicionales. No obstante, al hacer un análisis de cuáles son los sectores más dinámicos de la producción, se observa que los productos tradicionales de exportación no han alcanzado el crecimiento esperado y al igual que la industria que mantiene tasas de crecimiento inferiores a la tasa de crecimiento global de la economía y a la tasas de crecimiento poblacional. Por otro lado, los productos no tradicionales están manteniendo una tendencia a la reducción. Un ejemplo de ello, es la maquila cuyos ingresos habían aumentado 61% en 1991, mientras que en septiembre de 1993 alcanzaban únicamente un aumento del 12%. (AVANCSO,1993b; S/P)

Esto contrasta con la mayor dinámica del sector de servicios. Entre ellos, llama la atención el marcado crecimiento del comercio, restaurantes, hoteles y la banca, cuyas tasas son mayores a las de la industria o la

agricultura. La banca y el sistema financiero son favorecidos por las medidas de estabilización y ajuste y han mantenido un crecimiento sostenido. Esto nos señala que la producción de bienes se ha desarrollado, en los últimos años, de una forma menos dinámica que la de servicios, por lo que estos últimos parecen ser el eje de acumulación de la nueva economía guatemalteca. (AVANCSO, 1993b; S/P)

Es importante resaltar que la tasa de crecimiento anual del PIB ha sido mayor que la del crecimiento poblacional, lo que ha permitido que el PIB per capita mejore en comparación con el primer quinquenio de la década (tasas per capita negativas). Sin embargo, a pesar de su crecimiento el PIB per capita, no ha alcanzado los niveles de 1975, año en el cual, el ingreso per capita fue de Q 390.65 en comparación con Q 375.90 en 1992 (Quetzales de 1958) (SEGEPLAN y GTZ, 1991, Cuadro 6). Esto nos muestra que el crecimiento económico ha sido insuficiente para producir mejoras en las condiciones de vida de la población, en el caso que este se distribuyera de forma equitativa.

#### B. DISTRIBUCION DEL INGRESO:

Otra de las formas para medir cuál ha sido el impacto de la políticas económicas es la distribución del ingreso. Más allá de lo que pueda crecer la economía es importante evaluar si la riqueza generada es distribuida de manera equitativa entre la población. En el Cuadro 2, observamos cómo se distribuye el ingreso entre los hogares guatemaltecos agrupados por deciles, en tres momentos distintos de la década de 1980.

El cuadro nos muestra como los hogares de menores ingresos, los primeros cuatro deciles, han disminuido drásticamente su participación en el ingreso a lo largo de la década, pasando del 14.1% en 1980-81 al 8.2% en 1988-89. Los hogares ubicados entre el quinto y séptimo decil también han tenido una disminución en su participación en el ingreso, aunque no tan marcada como en el grupo anterior; en 1980-81 fue de 20.8% y en 1988-89 de 19.3%. Los hogares de mayores ingresos, octavo, noveno y décimo decil, han aumentado su participación de 65% en 1980-81 al 72.5% en 1988-89. En otras palabras, en

1989 el 70% de la población disponía sólo del 27.5% del ingreso, lo que indica una concentración fuerte del ingreso en un pequeño sector de la población.

CUADRO 2.  
ESTIMACION DE LA DISTRIBUCION DEL  
INGRESO SEGÚN DECILES DE POBLACION.

DECIL (Hogares)	1980-81	INGRESO % 1986-87	1988-89
1	2.4	0.9	0.5
2	3.1	1.9	1.4
3	3.7	2.7	2.7
4	4.9	3.7	3.6
5	5.9	5.3	4.9
6	6.3	6.5	6.4
7	8.6	8.6	8.0
8	10.1	10.4	11.4
9	14.2	16.0	17.1
10	40.8	44.0	44.0

Fuente: SEGEPLAN con base en datos de la INE (Instituto Nacional de Estadística), citado por Castellanos, E. et al 1992. Mujeres Niños y Ajuste Estructural. pp. 13.

El costo social de la crisis económica del primer quinquenio y de las políticas económicas de la década, ha sido distribuido de manera inequitativa. La peor parte, la ha llevado los sectores más empobrecidos, que pasaron de un 38.8% en extrema pobreza y 32% en pobreza en 1980 a 59.3% y 20.6% respectivamente, del total de la población, en el año 1989 (Alianza y Redd Barna, 1992b; Grafica 2). Sin embargo, otras fuentes calculan que el problema de la pobreza en Guatemala es aún peor. De acuerdo a la CEPAL (IC,9/11/1989;16), la pobreza total en 1989 habría alcanzado un 87% y la extrema pobreza un 67%. Según sus cálculos, "se requeriría que el crecimiento del Producto fuera del 17%, por diez años consecutivos y que la distribución de la riqueza se realizara equitativamente. Considerando un crecimiento moderado del 4.5% del PIB y manteniendo el supuesto de distribución equitativa, se necesitarían 45 años, para eliminar el status de pobreza extrema". Esto ilustra el serio problema y reto que es para el país, el mejorar las condiciones de vida de la mayor parte de la población.

Además, la pobreza no se distribuye de manera homogénea en el territorio nacional, existiendo diferencias importantes entre las distintas regiones del

país. Las regiones que registran los niveles más altos de pobreza y extrema pobreza son la Norte (Alta y Baja Verapaz), y la nor-occidental (Huehuetenango y Quiché). Estas regiones tienen 89.5% y 88.4% de pobreza respectivamente; cifras que contrastan con el 60% de pobreza en la Región Metropolitana, el más bajo del país. Sin embargo, esta última cifra tampoco deja de ser crítica por lo que significa en condiciones y calidad de vida de la población guatemalteca. (INE y FNUAP, 1991; 40-41)

Aunque los datos presentados sólo llegan a 1989, de esa fecha a 1993, es cuando el ajuste neoliberal se aplica de manera más completa y es a partir de estos años que algunos autores consideran que la concentración del capital en el país se desarrolla más consistentemente (AVANCSO, 1993b; s/p).

#### C. DESEMPLEO:

La política de empleo varió durante el período de estudio. En términos generales fue más dinámica durante el gobierno de la democracia cristiana, aunque de poco alcance e impacto en los niveles de desempleo.

El gobierno de la DC inició su gobierno con el programa de empleo de emergencia que formaba parte del PRES. Este consistía en una inversión de Q100.00 millones dirigidos a generar 47,800 empleos mediante la creación de nuevas plazas en las instituciones del sector público y en proyectos intensivos en el uso de mano de obra, como de infraestructura, vivienda, salud etc. (PR, 1986; 37-41). Además, en 1987, se dio apoyo al sector informal con el Sistema Multiplicador de Microempresas (SIMME). El conjunto de estas políticas, como veremos en el siguiente cuadro, tuvieron poco efecto en el nivel de desempleo: el presupuesto del programa de generación de empleo se redujo en un 59% (BED, No. 10, 1988; 10) y el programa del SIMME fue calificado como diminutivo al compararlo con las dimensiones del problema de desempleo (Castro, 1990; 93) y otros lo consideraron como un programa político más que económico (BED, No. 7, 1989; 13).

En el cuadro 3, vemos como el desempleo total aumentó de 31.2 en 1980 a 43.8 en 1986, reduciéndose levemente a 43.1 en 1988, para posteriormente

descender más y llegar a 40.7 en 1991. En relación a la composición del desempleo, observamos que el subempleo y el desempleo abierto aumentaron, pero después de 1988 el desempleo abierto disminuye y el subempleo comienza a elevarse. La leve reducción en el desempleo se debe a la marcada disminución del desempleo abierto que paso de 11.7% en 1988 a 6.2% en 1989, para mantenerse más o menos a ese nivel durante los años posteriores.

CUADRO 3  
EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE DESEMPLEO.  
GUATEMALA, 1980-1991.

	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Desempleo Total	31.2	42.6	43.8	43.4	43.1	41.6	42.5	40.7
Subempleo	29.0	30.6	29.8	31.7	31.7	35.4	37.0	34.0
Abierto.	2.2	12.0	14.0	11.0	11.7	6.2	5.5	6.7

Fuente: SEGEPLAN.

Sin embargo, la súbita caída del desempleo abierto contrasta con otros indicadores y con las políticas del gobierno a partir de 1991, que hace pensar en un posible subregistro. Por ejemplo, la tasa de crecimiento del PIB durante 1990 y 1991<sup>73</sup> se redujo y el porcentaje de la población económicamente activa ocupada, afiliada al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), ha disminuido permanentemente después de 1988 (ver Cuadro 11). Además, a partir del gobierno de Serrano la política de empleo se limitó a esperar que los niveles de empleo aumentaran en la medida que avanzaba el proceso de estabilización y reactivación económica y no se planteó ninguna acción para la incorporación de la fuerza de trabajo a nuevas plazas<sup>74</sup>. Asimismo, algunas políticas del gobierno anterior perdieron fuerza, como fue el aumento de plazas en el sector público y el funcionamiento del SIMME (Werner, 1992; s/p).

El sostenido crecimiento del subempleo durante todo el período a estudio

<sup>73</sup> De hecho, durante el segundo quinquenio de la década de los ochenta no se encontró correspondencia entre la tasa de crecimiento del PIB y del empleo. El PIB tuvo una tasa promedio de 3.2% y la del empleo fue de 2.7%, por lo que éste último no necesariamente crece al ritmo que lo hace el PIB (BED, No.1-2, 1991; 4-5).

<sup>74</sup> De hecho, las únicas acciones que planteó el PES 1991-1996 fue el fomento del autoempleo y el fortalecimiento a los pequeños agricultores; y una serie de acciones en el campo de la formación y capacitación de la mano de obra.



es consistente con la creciente importancia del sector informal en la economía que traduce la imposibilidad del sector formal de incorporar a la fuerza de trabajo a empleos con cierta estabilidad y prestaciones laborales.

En términos generales el nivel de empleo no ha alcanzado el nivel de principios de la década, lo que nos habla de la incapacidad de los distintos sectores productivos para absorber la fuerza de trabajo; ejemplo de ello tenemos en que cada año se crean 20 mil nuevas plazas pero 70 mil jóvenes buscan empleo por primera vez (Escoto, 1993; 18)

Si relacionamos el comportamiento del desempleo con las perspectivas económicas del país y la política de empleo actual, concluimos que la posibilidad de una rápida recuperación es difícil.

En cuanto a la política de empleo del Plan 1994-1995, ésta se restringe a esperar que la estabilización y reactivación de la economía genere nuevas plazas de trabajo y no plantea ninguna acción para crear empleos (PR, 1993b; 36-38).

Esta política no dista mucho de la del gobierno de Serrano que se tradujo en una reducción de las plazas del sector público durante 1991-1992 (Velásques, 1994; 24), lo que contribuyó a disminuir los gastos de funcionamiento del Estado. Esto forma parte de la racionalización o modernización de la administración el sector público y puede aumentar al iniciarse la privatización de las empresas e instituciones del Estado. Por de pronto, ministerios como el de Asuntos Específicos y el de Desarrollo Urbano y Rural han dejado de funcionar, y las privatizaciones o desmonopolización de las empresas públicas poco a poco parecen irse concretando.

Desde el punto de vista de la reactivación económica se observa que hay una falta de crecimiento adecuado de los sectores tradicionales de la economía en los últimos años y, los posibles ejes de acumulación alternativos a éstos como la maquila, a pesar de ser más dinámicos, han mostrado un decrecimiento en sus ingresos.

La reducción del Estado como empleador y la dudosa premisa de que el crecimiento económico actual generará nuevos trabajos suficientes para reducir

de una manera importante el desempleo, esbozan un futuro desalentador para la gran masa de desempleados del país. Además, emplearse no resuelve automáticamente el problema, ya que las condiciones en que se desempeña el trabajo deja mucho que desear. En 1989, de acuerdo a cifras del INE, la tres cuartas partes de la PEA ocupada vivía bajo condiciones de pobreza (INE-FUNAP, 1991;49).

#### D. SALARIOS:

La política salarial de los distintos gobiernos no ha logrado recuperar el nivel de los salarios reales de años atrás, y al igual que con la política de empleo, el gobierno de la DC fue el que planteó y desarrolló la política más dinámica pero de muy corto alcance para paliar la pérdida del poder adquisitivo de la población.

La política salarial del gobierno de la DC se concretó al aumento de salarios de los empleados del sector público mediante una bonificación de emergencia de Q50.00 y Bono Vacacional de Q100.00 (PR, 1986;59-60 y BED, No.2, 1989;5); la fijación de salarios mínimos para el campo y la ciudad; y la emisión de un decreto que obligaba a la iniciativa privada a otorgar a sus trabajadores una bonificación e incentivo (BED, No3, 1990;3). Estas medidas tuvieron poco impacto, como veremos en el siguiente cuadro, y los salarios mínimos no se ajustaron a la pérdida del poder de compra del Quetzal (BED, No3, 1990;3).

Para el año de 1983, la canasta básica para 5 personas tenía un valor de Q4.82 (Quetzales), y los salarios mínimos agrícola y urbano eran Q3.20 y Q3.48 respectivamente. En 1990, la canasta básica aumentó a Q13.48, pero los salarios mínimos únicamente ascendieron a Q4.50 en el área rural y Q7.04 en la urbana.

En 1991, durante el gobierno de Serrano, se volvió a aumentar los salarios mínimos del sector público y del privado, pero nuevamente no logró compensar la pérdida del poder de compra del Quetzal y para 1992 se calculaba que el nivel de dichos salarios no llegaba a cubrir ni siquiera la

canasta básica de alimentos (BED, No.10;1993). Un ejemplo de esta situación crítica para la población es, que entre 1989 y 1991 los salarios promedio eran más elevados que el salario mínimo (a excepción de la agricultura) pero aún así, no son suficientes para cubrir la dieta mínima diaria de la población (BED, No.4,1992;7).

En el Cuadro 4, observamos que pese al incremento de los salarios medio nominales de los asalariados de 171 en 1983 a 678 en 1993, éstos han sufrido una reducción en términos reales, ya que en 1983 eran de 171 y bajaron a 115 en 1993. Lo que expresado en índice de salarios representa una caída de 34%.

De 1986 a 1989, el salario real ascendió, llegando el índice de salarios a 74. A partir de que se inicia el ajuste neoliberal, en 1989, los salarios empiezan nuevamente un descenso y, en 1992, se vuelven a elevar logrando apenas ascender al nivel de 1987. Sin embargo, este último aumento en el salario real parece deberse a que el Índice de Precios al Consumidor (IPC) se redujo durante esos años, producto de una modificación a la canasta de consumo, lo que significa serias limitaciones en la calidad de vida de la población. (IC, 23/1/1992;14).

CUADRO 4.  
SALARIO NOMINAL Y REAL MENSUAL DE TRABAJADORES  
AFILIADOS AL IGSS, TOTAL DEL PAÍS.  
(1983=100.0)

	1983	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Salario Nominal	171	184	221	258	302	349	441	559	678
Salario Real	161	108	117	124	128	105	98	113	115
Índice de Salario	100	64	68	72	74	60	56	65	66

Fuente: INE en IIES, No.11,1993.

Los resultados anteriores explican, en parte, el por qué del aumento de la pobreza en esta década. Anteriormente mostramos la distribución del ingreso en el país así como el comportamiento de la pobreza hasta 1989. Si ahora sumamos al análisis la marcada baja de los salarios después de 1989, podemos decir que los niveles de pobreza seguramente han aumentado durante los últimos

años en que el ajuste ha sido implementado con mayor fuerza.

Para ejemplificar lo anterior, la inflación tuvo una alza moderada entre 1985 y 1988, para posteriormente en 1989 subir a 20%; tornándose aún más crítica la situación, cuando en 1990 asciende a un 60%. El alza de precios, sin embargo, no se dio por igual en todos los productos, sino que los de primera necesidad aumentaron más que el índice general; los precios de los alimentos, entre 1989 y 1990 se incrementaron en un 67%; y el de los medicamentos en un 100%. (SEGEPLAN y UNICEF,1991;11). En 1993, el salario nominal de Q678.00 sólo llegaba a cubrir el 67% de la Canasta Básica de Alimentos<sup>75</sup> en el área urbana, situación que es peor en las áreas rurales por el menor ingreso familiar.

Esta situación, es en parte, producto de la progresiva liberalización de precios de los distintos productos y por el aumento de las tarifas de los servicios públicos como el transporte y la electricidad. Los últimos gobiernos han ido retirando su subsidio a dichos servicios públicos y a los combustibles, con un fuerte efecto sobre la capacidad adquisitiva de la población.

El gobierno del MAS, como parte de su política salarial, establece los objetivos de fortalecer la Comisión Nacional del Salario, las Comisiones Paritarias de Salario Mínimo y el Departamento Nacional del Salario, además de mejorar la capacidad operativa de la Inspección General del Trabajo. Asimismo, establece el objetivo de fomentar pactos colectivos entre patronos y trabajadores con base en la productividad y a las particulares condiciones de las empresas y los trabajadores (PR,1993b;36-37). Sin embargo no se establecen medidas que en concreto incrementen los salarios mínimos a la par de la tasa del inflación. En la práctica se han congelado los salarios del sector público y se piensa negociar los pactos colectivos, dando prioridad a la lógica individual y no a los derechos colectivos de los trabajadores. Esto, más la liberalización de los precios de los distintos productos y servicios públicos, hace pensar que las condiciones de vida de la mayor parte de la

---

<sup>75</sup> La Canasta Básica de Alimentos para 1993 se calcula en Q1,011.97.00 (PRESENCIA, No.1, 1994;3)

población se seguirán deteriorando y que la distribución del ingreso se seguirá concentrando en un pequeño grupo.

Otro elemento de suma importancia en el análisis se refiere al gasto social público (salario indirecto), ya que éste podría compensar el deterioro de las condiciones de vida de la población.

#### E. EL GASTO DEL GOBIERNO CENTRAL:

El gasto del gobierno central se ha modificado a partir de la crisis de inicios de los ochenta. Su análisis cobra relevancia, ya que a través de él podemos dar cuenta de cuál es la redefinición del papel del Estado en lo económico y social durante la transición política. En términos generales, los distintos gobiernos se enfrentaron al déficit fiscal mediante la racionalización del gasto público, que determinó el comportamiento de los distintos tipos de gasto y de los gastos sectoriales. Este comportamiento ha variado paralelamente a las dos etapas que ha tenido la política económica y ha mantenido algunas características comunes durante el período de estudio.

En el Cuadro 5 se observa el gasto total del gobierno central como porcentaje del PIB y los distintos tipos de gasto como porcentaje del PIB y del gasto total. De manera general el gasto total del gobierno central como porcentaje del PIB se ha reducido durante el período a estudio. Esta reducción ha sido a expensas de disminuir acentuadamente los gastos de inversión y levemente los de funcionamiento, pero el pago de la deuda pública se incrementó en el mismo lapso de tiempo.

Los comportamientos de los gastos que llaman la atención son los siguientes:

De 1980 a 1986, el gasto total se redujo de 15.2% a 13.3% del PIB. Esta reducción se dio principalmente por la disminución de los gastos de inversión y funcionamiento, siendo el primero el más afectado. El pago de la deuda pública aumentó su participación a más del doble al pasar de 1.6% a 3.8% del PIB y su participación en el gasto total casi se triplicó al pasar de 10.2% a 28.7%. Este comportamiento obedeció a que después de 1983 se inició una

severa reducción del gasto público, que tenía como objetivo reducir el déficit fiscal priorizando el pago de la deuda.

CUADRO 5  
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO, INVERSIÓN Y SERVICIO DE  
LA DEUDA PÚBLICA DEL GOBIERNO CENTRAL.  
AÑOS 1980, 1986-1992.  
(Como porcentaje del PIB y del gasto total)

CONCEPTO		1980	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Tasa anual crecimiento PIB			0.1	3.5	3.9	3.9	3.1	3.2	4.6
Gasto Total	1	15.2	13.3	13.2	14.0	14.7	11.5	11.3	12.4
	2	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Gastos de Funcionamiento	1	7.9	7.5	8.3	8.6	8.7	7.3	5.9	6.7
	2	52.4	56.5	62.6	61.7	59.1	63.7	51.9	54.5
Gastos de Inversión	1	5.7	2.0	2.1	2.5	3.1	1.7	1.7	2.9
	2	37.4	14.8	16.2	17.7	21.4	15.1	14.8	23.3
Servicio Deuda Pública.	1	1.6	3.8	2.8	2.9	2.9	2.4	3.8	2.7
	2	10.2	28.7	21.2	20.6	19.5	21.1	33.3	22.2

1= gasto como porcentaje del PIB.

2= gasto como porcentaje del gasto total.

Fuente: SEGEPLAN.

Entre 1986 y 1989, el gasto total aumentó de 13.3 a 14.7 como porcentaje del PIB. Esto fue en base a incrementar marcadamente los gastos de funcionamiento que llegaron a 8.7% en 1989 (sobrepasando el porcentaje de 1980) y levemente los de inversión a 3.1% el mismo año. El servicio de la deuda se redujo a 2.9%, pero se mantuvo casi al doble en comparación de 1980. El incremento de los gastos de funcionamiento se debió principalmente a la política salarial y de generación de empleo en el sector público durante el gobierno demócrata-cristiano. En lo que se refiere a los gastos de inversión, su tímido aumento se debe a que el presupuesto en ese tipo de gasto fue subejecutado en un 69%<sup>76</sup> en promedio entre 1986 y 1991. Como agravante a esta situación, está que la inversión indirecta representa el mayor porcentaje del total de inversión y se da a través de las transferencias del gobierno central

<sup>76</sup> Cálculo realizado para los años de 1986 a 1991, con base a datos de Boletín Economía al Día (BED), No. 8-9, 1992; 12.

a las entidades descentralizadas y a las municipalidades; lo que no garantiza que el dinero haya sido invertido directamente, o bien, que se haya hecho de manera adecuada<sup>77</sup> (ver capítulos anteriores sobre el uso del 8% Constitucional).

Durante 1989, se inicia la política económica francamente neoliberal. Es precisamente después de ese año, que el gasto total se reduce drásticamente de 14.7% en 1989 a 11.5% en 1990 y 11.3% en 1991, para tener un pequeño repunte al 12.4% en 1992. La reducción impactó los gastos de funcionamiento e inversión pero no el pago de la deuda pública que aumentó de 2.9% en 1989 a 3.8% en 1991. La reducción del gasto de funcionamiento obedeció principalmente a la contracción de los salarios y los empleos del sector público. La nueva reducción en los gastos de inversión coloca en una situación alarmante a la ya precaria infraestructura básica y social del país. El pago de la deuda pública fue prioritario durante estos años, lo que hizo que alcanzará un 33.3% del gasto total en 1991. Esto permitió que el gobierno, posteriormente logrará firmar nuevos acuerdos con el FMI, el BM y con el Grupo de París.

El repunte del gasto total en 1992 se dio a favor de los gastos de funcionamiento e inversión, mientras que el servicio de la deuda se redujo levemente. Vale la pena mencionar que el aumento en el gasto de inversión no se tradujo en inversión directa (infraestructura básica y social), ya que el aumento correspondió al rubro de inversión indirecta del Instituto Nacional de Electrificación (INDE) que se dirigió al pago de su deuda externa (PR, 1993c;3).

Como corolario al análisis del Cuadro 5, podemos decir que el marcado aumento de los recursos gastados en el pago de la deuda pública, hace ver como ésta desvía una gran cantidad de recursos para el pago al capital financiero o especulador, lo que significa que el gasto del gobierno central es altamente regresivo en términos redistributivos dañando el salario

---

<sup>77</sup> Para análisis sobre los presupuestos y su ejecución, ver Boletines Economía al Día (BED), No.1,2, de 1987; No.10,11, de 1988; No.2,3,4,5, de 1989; No.8-9, de 1992.

indirecto de la población. Esto contrasta con la tesis neoliberal de que los altos gastos sociales del gobierno son los causantes del déficit fiscal. Si algo queda claro durante la década de los ochenta es que fue el pago de la deuda que mantuvo en jaque a las finanzas del Estado. El pago de la deuda pública fue mayor en casi todos los años que los gastos de inversión y al final, en el año 1992, mantenía niveles marcadamente más elevados a los de 1980 como porcentaje del PIB o del gasto total.

Si a lo anterior le agregamos, que del total de ingresos del gobierno, el 59.6% es por tributación indirecta y sólo 18.8% son ingresos tributarios directos en 1992 (SEGEPLAN), podemos concluir que son los consumidores los que pagan principalmente la deuda pública. Es así, como se profundiza más el carácter regresivo de la política económica de ajuste neoliberal dentro del período a estudio.

El Cuadro 6, presenta el gasto total como porcentaje del PIB y los gastos sectoriales como porcentaje del PIB y del gasto total. Su análisis nos permite conocer como se va redefiniendo el papel del Estado y cuáles son los sectores de poder más relevantes en relación al gasto del gobierno.

Al analizar el comportamiento de los distintos sectores del gasto del gobierno central, observamos que todos, a excepción del de servicios de la deuda pública y de apoyo institucional, han reducido su participación relativa del gasto público y como porcentaje del PIB. Todos los sectores tienen un comportamiento parecido al del gasto total, de 1986 a 1988, hay una tendencia a mantenerlos o aumentarlos como porcentaje del PIB, para posteriormente a 1989, iniciar un descenso, a excepción de los antes mencionados.

La sostenida tendencia ascendente del pago de la deuda pública y del gasto en los sectores de apoyo institucional, donde los gastos de seguridad y defensa son los más importantes, indica cuales fueron las prioridades durante el período estudiado y refleja la importancia de los sectores económicos y políticos dominantes en la determinación del gasto.

En el primer caso, el capital financiero nacional ha sido el más notable dentro del campo económico, no sólo por mantener un sostenido crecimiento



sino, también, por ser favorecido por la actual política económica. En ese sentido el capital financiero internacional también juega un importante papel en la definición de como racionalizar el gasto público, y de la política económica y social en general.

CUADRO 6  
DISTRIBUCION SECTORIAL DE LOS GASTOS  
DEL GOBIERNO CENTRAL, AÑOS 1980, 1986-1990.  
(Como porcentaje del PIB y del gasto total)

CONCEPTO		1980	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Tasa anual crecimiento PIB			0.1	3.5	3.9	3.9	3.1	3.2	4.6
Gasto Total	1	15.2	13.3	13.2	14.0	14.7	11.5	11.3	12.4
	2	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Sectores Productivos	1	1.2	0.5	0.6	0.7	0.7	0.4	0.3	0.3
	2	8.1	4.4	4.4	5.3	4.9	4.2	3.1	2.8
Sectores Básicos	1	3.9	1.2	0.9	1.1	1.8	1.1	1.0	2.2
	2	26.0	8.8	6.5	7.8	12.5	9.6	9.2	17.6
Sectores Sociales	1	5.2	4.8	5.2	5.3	5.4	3.9	3.6	4.2
	2	34.1	36.1	39.1	38.1	36.7	33.8	31.9	32.9
Sectores Apoyo Institucional.	1	3.2	2.9	3.8	3.9	3.9	3.6	2.5	3.0
	2	21.3	22.1	28.4	28.1	26.5	31.3	22.4	24.4
Servicio Deuda Pública.	1	1.6	3.8	2.8	2.9	2.9	2.4	3.8	2.7
	2	10.2	28.7	21.2	20.6	19.5	21.1	33.3	22.2

1= gasto sectorial como porcentaje del PIB.

2= gasto sectorial como porcentaje del gasto total.

Fuente: SEGEPLAN.

Los distintos sectores incluyen lo siguiente:

- Sectores Productivos: Minería e Hidrocarburos, Agrícola, Industria y Comercio; y turismo.
- Sectores Básicos: Transporte, Comunicaciones, Energía y Minas.
- Sectores Sociales: Salud y Asistencia Social; Trabajo y Previsión Social; Educación, Ciencia y Cultura; Vivienda y Desarrollo Urbano.
- Sectores Apoyo Institucional: Administración y Servicios Generales, Defensa y Seguridad Interna; y Financiero.
- Servicios Deuda Pública: Intereses y Amortizaciones.

En el segundo caso, los gastos dirigidos a la defensa y seguridad interna reflejan la importancia que tiene dentro del sistema político el ejército y los efectos de una guerra que lleva más de treinta años. En

relación a esto último, los gastos de seguridad y defensa fueron, en promedio, los de mayor participación durante el primer quinquenio de la década de los ochenta; años en que la guerra interna llegó a niveles nunca antes vistos. Posteriormente, durante 1986 a 1992 ha sido el tercer rubro de gasto más importante del gobierno central, manteniendo un promedio de 13% del gasto total, ubicándose por arriba de Salud, Desarrollo Urbano, Vivienda, entre otros. De hecho, sólo lo superaron el pago de la deuda pública (24%) y el de Educación (15%) que ocuparon el primero y segundo lugar, respectivamente.

Esto contrasta con lo gastado en los sectores básico y social que han reducido su participación del total del gasto así como también en relación con el PIB. Esto demuestra un paulatino y mayor abandono de las actividades de infraestructura básica y social, que permitirían no sólo mantener la infraestructura de comunicación para la economía, sino para mejorar las condiciones de vida de la población.

El comportamiento del gasto por sectores del gobierno central durante 1980 a 1992, pero principalmente después de 1989, nos permite observar cuál ha sido, en parte, el proceso de redefinición del papel del Estado como parte del proyecto neoliberal.

En lo económico, el proyecto neoliberal busca reducir al máximo el papel del Estado. Esto es compatible con la acentuada reducción del gasto en los sectores productivos que observamos entre 1980 y 1992, que denota una disminución de la intervención del Estado en actividades agrícolas, de industria y comercio, turismo y minería e hidrocarburos.

De acuerdo al modelo neoliberal, el Estado debe hacerse cargo de los bienes "públicos" (ver la modernización de la administración pública), por lo tanto, el fuerte gasto en defensa y seguridad del gobierno es compatible con dicho modelo. La defensa y seguridad nacional son considerados bienes indivisibles y no existen los medios para que puedan ser producidos por particulares (García y Lerner, 1991; 37). Además, de coincidir con los intereses de la institución armada.

Dentro de los sectores de apoyo institucional también se encuentran, con una significativa participación, el de administración y servicios generales. Los rubros más importantes de éstos gastos son: los de dirección y servicio técnico, la administración de la justicia, legislación nacional y dirección superior del gobierno. Estos distintos rubros no son incompatibles con las prioridades que el modelo neoliberal le da al Estado y pueden ser considerados como bienes públicos. De hecho, la conducción del país dentro de un marco legal y orden, que garanticen el libre mercado son fundamentales para el modelo neoliberal. En relación al orden también juega un papel importante el gasto en seguridad y defensa.

En cuanto al gasto social, se puede decir que éste se redujo marcadamente desde 1980 como porcentaje del PIB y, a pesar de que haya ascendido entre 1986-1989, luego volvió a disminuir durante 1990-1991. En 1992 tuvo un pequeño repunte de 4.1% del PIB, pero realmente fue producto del ascenso que sufrió en general todo el gasto público, pues su participación porcentual del gasto total (32.9% en 1992) no fue importante en relación a los niveles anteriores (37.5% como promedio durante 1986-1989). La tendencia de reducir el gasto social durante el período de estudio indica que en la "racionalización" del gasto se priorizó otros sectores; sin embargo, no está determinada únicamente por el interés de sanear las finanzas públicas y garantizar el pago de la deuda pública, sino también por la concepción neoliberal del papel del Estado en lo social y en la redistribución del ingreso. Como vimos en el análisis sobre la modernización de la administración pública, la intervención estatal en lo social será mínima, focalizada y barata; y hasta ahora la reducción del gasto social forma parte de las estrategias que buscan crear las condiciones para una creciente mercantilización de los servicios sociales. Esta tendencia parece mantenerse en los planes del gobierno actual, como veremos a continuación.

#### F. LAS PERSPECTIVAS DEL GASTO:

El actual gobierno reconoce el abandono en el que se ha dejado

históricamente al gasto social y el impacto que ha tenido en él, la crisis y la política económica de los últimos años. Por ello, le ha dado un importante lugar al gasto social, particularmente a la inversión, en su Plan 1994-1995 y en su Programa de Inversiones Públicas y Gasto Social 1994-1996 (PIPGS 1994-1996). Esto se debe en parte a las presiones de los organismos internacionales, BM, de subir el gasto social para compensar el ajuste neoliberal.

El Plan 1994-1995 propone las siguientes metas como porcentaje del PIB en los gastos sociales para 1996: Salud 2.0%, Educación 2.7%, Vivienda 0.5% y Desarrollo Municipal 0.8% (PR, 1993b;28). Representan un aumento si las comparamos con lo ejecutado en 1980 en Salud con 1.9%, Educación con 2.3% y Vivienda con 0.2%; y para 1986, Desarrollo Urbano con 0.4.

No obstante, se debe analizar que significa este aumento en términos de la redefinición del papel del Estado y en la redistribución de la riqueza. En cuanto a lo primero, no basta con decir que se va aumentar sino se debe analizar a nivel sectorial cómo y en qué se gastarán los recursos financieros. En términos generales el Estado producirá y financiará servicios básicos, dejando las áreas que son de interés para los privados con fines de lucro, es decir, los servicios que se pueden vender como mercancía. En el caso de la educación se priorizará los niveles de preprimaria, primaria y la alfabetización, dirigida a ciertos grupos de pobres, desfinanciando los otros niveles de educación, principalmente la educación superior. En el capítulo sobre política de salud tratamos este tema con detenimiento.

En lo referente al segundo punto, el PIGS proyecta una tasa de crecimiento del PIB de 6.5 en 1994 y 6.1 en 1995 (PR, 1993c; 21). Es decir que, independientemente de que se logren las proyecciones, el marcado crecimiento del PIB se acompañaría de un crecimiento del gasto social que sobrepasa en poco el nivel alcanzado en 1980, por lo que el gasto social debería de seguir aumentando en su participación del PIB para llegar a niveles con los cuales sea factible tener un importante efecto redistributivo y un positivo impacto en las condiciones de vida de la población. Esto no parece ser el caso del

actual proyecto neoliberal, ya que las fuentes de financiamiento de dicho gasto social mantienen la regresividad de la tributación y la dependencia al financiamiento externo.

En lo referido a los recursos internos, el gobierno plantea seguir profundizando el Programa de Modernización Tributaria, que se dirige a implementar importantes medidas de tipo legal y administrativo pero no significan cambio a la actual estructura tributaria (PR,1993c;17).

En cuanto a los recursos externos, los fondos transitorios FIS, FONAPAZ y el Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Comunitario, juegan un papel fundamental. Estos dependen, casi en su totalidad, del financiamiento externo y forman parte del presupuesto de Desarrollo Municipal (PR,1993;28)

#### G. CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACION:

Los últimos datos con que contamos son de 1989. Hay que tomar en cuenta, que después de ese año la reducción del gasto social se da de una manera más severa, el salario real se redujo y el desempleo aumento. Por lo que podemos esperar un creciente deterioro de las condiciones de vida de la población.

La situación de la vivienda en el año de 1988 presentaba un déficit habitacional de 800,000 viviendas. Si una familia guatemalteca promedio está integrada por 5 miembros, es de esperarse que más de 4 millones de personas tendrían problema habitacional, es decir, el 45% de la población del país. Esta situación tiende rápidamente a agudizarse; cada año se suman aproximadamente 40 mil viviendas al déficit. (Ortiz,1991;4)

La situación de la vivienda en términos sanitarios, deja mucho que desear. En 1989, del total de las viviendas, sólo el 52% tenían acceso al abastecimiento de agua, y 26.5% poseían servicio sanitario adecuado. En relación a la disponibilidad de luz eléctrica, sólo el 50% de las viviendas contaban con ese servicio. El grado de hacinamiento (personas/cuarto) y promiscuidad (personas/dormitorio) alcanzaban respectivamente, 2.1 y 3.7 (INE y FNUAP,1991;47)

Los anteriores datos varían ampliamente cuando diferenciamos entre la

población pobre y no pobre, estos mismos indicadores se muestran a continuación, para los hogares considerados pobres: sin abastecimiento de agua el 53.35, sin adecuado sistema sanitario 77.8%, sin servicio de luz eléctrica el 60%, el índice de hacinamiento 2.4 y promiscuidad de 4.1.

(INE y FNUAP,1991;47-48)

En lo referente a la educación, el analfabetismo alcanza un 53.2% en 1988, siendo la cobertura del nivel preprimario de 26.4%, del nivel primario de 60.6% y del nivel medio de 16.4% (Hernández,1991;9). Además hay grandes diferencias regionales en las coberturas. En general, que las áreas más pobres son las que tienen menor cobertura de servicios educativos (Alianza y Redd Barna,1992b;6).

Respecto a salud, Guatemala han tenido un menor progreso en sus indicadores que la mayoría de países latinoamericanos y se compara desfavorablemente con los países de similar desarrollo. En 1989 la tasa de mortalidad infantil era de 57 por mil nacidos vivos (existen reportes que varían entre 40 y 70 por mil nacidos vivos), la mortalidad materna fue de 9.3 por diez mil nacimientos vivos, la esperanza de vida al nacer fue de 63 años y la tasa de mortalidad de 7.2 por mil. (MSPAS,1994;2)

La mortalidad de la población se debe, en más del 64%, a enfermedades infecciosas, nutricionales y perinatales. Las principales causas de mortalidad infantil se debe a enfermedades diarreicas (30%), las infecciones respiratorias agudas (23%), las enfermedades perinatales (20%) y la desnutrición (4%) (MSPAS,1994;3).

Asimismo se debe señalar que los índices promedio ocultan diferencias importantes por condición de pobreza, por lugar de residencia (rural o urbana) y, en particular, por grupo étnico (MSPAS,1994;3). Por ejemplo, para 1990 el INE reportó una tasa de mortalidad infantil en el departamento de Guatemala de 42.49 por mil nacidos vivos, mientras que la de Totonicapán fue de 67.09 por mil nacidos vivos; y la tasa de mortalidad materna en Izabal fue de 6.60 por diez mil nacidos vivos y la de Sololá fue de 21.10 por diez mil nacidos vivos (OPS,1993;21)

Como conclusión, se puede señalar, que el gasto social retrocedió más de 10 años, y que sumándolo a la baja de salarios reales, aumento del desempleo, aumento de la inflación (principalmente los productos de la canasta básica) y una situación crónica de deterioro de los servicios; conforman una situación altamente preocupante, ya que, de seguir las políticas económicas y sociales en la misma dirección, se puede llegar a profundizar, aún más que en el pasado, los altos niveles de conflicto político y descomposición social.

Lo anterior se vuelve dramático cuando se observa que, pese al costo social del ajuste en Guatemala, no se ha logrado la estabilidad macrofinanciera:

"a) El déficit de la balanza de pagos de 1992 (casi US\$1000 millones), fue el más alto en las últimas décadas;

b) El gobierno enfrenta una grave crisis de liquidez. El déficit fiscal de 1993 se estima en Q 850 millones y hay pagos atrasados de la deuda externa por casi US\$ 150 millones;

c) El panorama monetario sigue siendo incierto. Las políticas del Banco de Guatemala para recoger el exceso de dinero en circulación, se han agotado" (Escoto,1993;18).

Las medidas económicas neoliberales han construido una "economía de papel", en que la venta de valores públicos ha elevado las tasas de interés y han colocado al sector del capital financiero como el sector económico más poderoso del país, incluso por encima de los cafetaleros (Escoto,1993;18).

Por otro lado, las medidas económicas neoliberales no han logrado reactivar la economía del país y los posibles ejes alternativos de acumulación (productos no tradicionales de exportación), no muestran el dinamismo que se requiere, y al contrario su crecimiento tiende a reducirse.

Vemos entonces, como el histórico modelo de desarrollo, concentrador y excluyente, se ha reafirmado y profundizado con el proyecto neoliberal prevaleciente en el país, marginando a la mayor parte de la población de los beneficios económicos y sociales, creando condiciones de vida infrahumanas.

SEGUNDA PARTE:

POLÍTICA DE SALUD

EN LA

TRANSICIÓN POLÍTICA.



## VII. LA SITUACION DEL SECTOR SALUD.

El sector salud se puede dividir en dos sub-sectores<sup>78</sup>, que son: el público y el privado<sup>79</sup>. Ambos son extremadamente heterogéneos, pues en cada uno de ellos hay una gran diversidad de instituciones y organizaciones que por su tipo y forma de administración, fuentes de financiamiento, intereses y lógica por la que se rigen (lucrativo, por humanitarismo, etc), pueden ser muy diferentes unas de otras. De hecho algunos autores han señalado que es difícil enmarcar a muchas de ellas en algunos de los dos polos que serían ambos subsectores, por lo que las ubican en una zona de intersección o intermedia que han llamado la "zona gris" de servicios de salud. (Alvarado,1990;5-6).

El sub-sector público, está integrado por aquellas instituciones o servicios de salud que están regidas por las decisiones y políticas gubernamentales y dependen en gran medida de la administración y fondos públicos para su administración y financiamiento. La institución más relevante es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)<sup>80</sup> ya que de acuerdo al marco legal es la autoridad rectora de todo el resto de instituciones que conforman el sector. Dentro del sub-sector público hay otras instituciones, como el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que son descentralizadas<sup>81</sup> y con relativa autonomía, jurídica, administrativa y financiera. El IGSS y el MSPAS son las instituciones de carácter público que estudiaremos más adelante.

---

<sup>78</sup> Durante el texto utilizaremos los términos de sub-sector y sector indistintamente cuando nos refiramos a las instituciones u organizaciones públicas o privadas que prestan servicios de salud.

<sup>79</sup> Consideramos al sector público como aquel que está "conformado por instituciones que se vinculan de manera directa, jurídica y exclusiva a las políticas y directrices del Gobierno, disponiendo para ello de la asignación de fondos públicos" y el sector privado como aquel "formalmente regulado por la autoridad del Estado, pero orientado de manera predominante por los principios del libre mercado, en el grado de desarrollo que este manifiesta en un medio específico, y menos por las políticas de salud gubernamental, lo que de hecho significa que en buena medida actúa por propia iniciativa" y la "zona gris" es aquella que emerge entre ambos polos (el privado y el público) y esta ocupada por instituciones y organizaciones que pueden identificarse en mayor o menor medida con ambos polos. (Alvarado, 1990;5)

<sup>80</sup> La administración central del sub-sector público esta conformado, además del MSPAS, por: Sanidad Militar y Acción Cívica del Ejército, Secretaría de Bienestar Social y el Comité de Reconstrucción Nacional. (Donis,1991;12-13)

<sup>81</sup> Entre las instituciones descentralizadas de la administración pública, están: el IGSS, la Sanidad municipal, la Empresa Municipal de agua y la Universidad de San Carlos. (Donis,1991;12-13). El término descentralizado utilizado acá no se refiere a que estas instituciones tengan una administración descentralizada, sino indica que no dependen directamente del gobierno central.

El sub-sector privado está regulado formalmente por el MSPAS y se divide en dos grupos: las instituciones, empresas o servicios privados con o sin fines de lucro. En el primer grupo ubicamos a los que se rigen por la lógica del mercado y está conformado por una gran diversidad de servicios y empresas, como son las clínicas médicas, hospitales, servicios médicos prepagados, compañías de seguros, universidades privadas, empresas farmacéuticas y de productos médicos. En el segundo encontramos a una gran diversidad de instituciones como las ONG, servicios de salud proporcionados por la iglesia, el Consejo de Bienestar Social, clínicas y hospitales de beneficencia y la medicina tradicional, entre otras. Estas instituciones y organizaciones se pueden considerar como intermedias entre los sub-sectores público y privado ("zona gris"), pero algunas pueden ser ubicadas más cerca de alguno de los dos polos de acuerdo a sus características.

#### A. EL SECTOR PUBLICO.

##### 1) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS):

El MSPAS, es la entidad responsable de formular las políticas de salud y de coordinar a las demás instituciones u organizaciones que integran al sector. De acuerdo al marco legal, es a través de él, que el Estado cumple su obligación de velar por la salud<sup>82</sup> de los habitantes (CS, Cap. I, Art. 3), que es considerada un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna, así como un bien público (CPR, Sección Séptima; Arts. 93-95).

La estructura orgánica y funcional del ministerio está dada por tres niveles: él de Dirección Superior integrado por el ministro y los dos viceministros responsables de la dirección política; el nivel de Dirección Técnica donde se ubica la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS) que tiene carácter ejecutivo y técnico normativo de las unidades; y él de Aplicación de las Acciones donde se ubican los tres niveles de atención, los que se constituyen en la estructura jerárquica administrativa legal.

---

<sup>82</sup> El Estado a través de sus instituciones desarrollará acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurar el más completo bienestar físico, mental y social de la población (CPR, sección séptima; artículo 94).

(Donis,1991;17)

Actualmente los servicios están organizados en cuatro niveles de acuerdo a su situación geográfica y contenido de la atención. Estos son producto de los tres anteriormente mencionados: el nivel central; el regional integrado por uno o varios departamentos de acuerdo a las ocho regiones establecidas para la administración pública; el nivel de área, que cada una de ellas corresponde a uno de los 22 departamentos, a excepción del departamento de Guatemala que cuenta con tres áreas; y el nivel distrital o local, que son las divisiones administrativas de las áreas de acuerdo al número centros de salud que exista en los departamentos e incluye además los puestos de salud (Donis,1991; 17-18).

Los niveles administrativos no coinciden exactamente con los niveles de atención de la población, que son los siguientes:

- El primer nivel, que está integrado por 785 puestos de salud y cuenta con personal de enfermería auxiliar, el estudiante de la carrera de medicina en su último año (Ejercicio Profesional Supervisado), promotores de salud, comadronas, curanderos, las familias y la comunidad en general. A este nivel se dan las actividades de prevención, promoción y atención curativa básica.

- El segundo nivel, integrado por 188 centros de salud tipo B y 32 tipo A. Cuenta con mayor capacidad de ejecución que el anterior y personal más calificado y diversificado. Entre sus servicios están siempre los de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, con un mayor grado de complejidad, y además, tiene otros servicios como: laboratorio, trabajo social, inspectores del medio ambiente, estadísticos, entre otros. Hay además encamamiento en los centro de salud tipo A.

- El tercer nivel está constituido por los hospitales que se ubican a nivel distrital, de área y regional. Hace énfasis en la medicina curativa y su grado de complejidad varía de acuerdo a su ubicación. De los hospitales destacan los llamados Hospitales Nacionales que se encuentran en la capital; que se caracterizan por su alta complejidad y pueden ser considerados como un cuarto nivel de referencia para los otros hospitales. El número de hospitales

llega a 35; 7 de ellos especializados y 2 nacionales.

(Donis,1991;67-71)

La cobertura del MSPAS no está bien establecida y existen varios reportes: SEGEPLAN la señala de 25% de la población para 1989; el MSPAS de 31% para 1988; el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP) de menos de 40%; y el Centro de Investigaciones Económicas Nacionales de la iniciativa privada de 25%. (Donis,1991;20)

## 2) El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS):

El IGSS, fue creado en 1946 con el objetivo de dar atención a la clase trabajadora. El seguro es de carácter obligatorio y se financia con los aportes de patronos, trabajadores y del Estado. Tiene los siguientes programas: el de "Invalidez, Vejez y Sobrevivencia" (IVS), el de "Accidentes", "Enfermedad" y "Maternidad" (AEM)<sup>83</sup> (IGSS,1992;3-4). Legalmente es una entidad autónoma y descentralizada, cuyos órganos superiores están integrados por una Junta Directiva, la Gerencia y un Consejo Técnico. Su atención también está dividida en tres niveles, que son:

- El primer nivel integrado por 6 puestos de salud y 16 de primeros auxilios, cubriendo únicamente a algunos municipios de ocho departamentos. Merece especial mención al programa iniciado en 1939 de atención primaria de salud en el departamento de Escuintla.

- El segundo nivel constituido por 35 consultorios (10 de ellos en la capital) distribuidos en 16 de los 22 departamentos y cuentan con una mayor complejidad que el anterior nivel.

- El tercer nivel, con 27 hospitales: 5 en la capital, 14 en la costa sur y 8 en el altiplano. Los hospitales de la capital tienen mejor capacidad instalada y captan la mayor parte del presupuesto (Donis,1991;67-71).

La cobertura del instituto se ubica alrededor del 16% del total de población y sus programas no cubren de manera homogénea a todo el territorio nacional. El Programa de Accidentes e IVS cubre todo los

---

<sup>83</sup> Los programas de Accidentes, Enfermedad y Maternidad (AEM), no se distribuyen por igual en el territorio nacional por lo que normalmente se divide en el Programa de Accidentes y el Programa de Enfermedad y Maternidad (EM).

departamentos, mientras que el EM cubre 9 de los 22 departamentos del país. (IGSS,1992;142-143).

## B. EL SECTOR PRIVADO.

### 1) El sector privado con fines de lucro:

El sector privado con fines de lucro está constituido por una gran cantidad y diversidad de servicios y empresas de salud, como las siguientes: 71 centro médicos u hospitales de los cuales el 70% se localiza en la capital; 2,926 clínicas particulares, de ellas 71% en la capital; tres empresas agroindustriales prestan servicios de salud a sus trabajadores, situación que se encuentra fuera del marco legal establecido; compañías de seguros y servicios prepagados; y una variedad de industrias que provee equipo y medicinas al sector y a la población (OPS,1991;19).

Los servicios privados de salud tiene una cobertura máxima de 25% de la población y de éste porcentaje el 20% es atención que se presta a nivel de consulta externa en clínicas particulares (OPS,1991;19). Otros estudios señalan una cobertura de entre 8 y 12% (MSPAS,1994;3). No se tiene mucha información de este sub-sector dada la poca regulación que hay de él por parte de las autoridades de salud del MSPAS. Además, las investigaciones, se han topado con el problema de no tener acceso completo a ella, al consultar directamente este tipo de instituciones.

### 2) El sector privado sin fines de lucro.

Dentro de la gran variedad de organizaciones e instituciones que se pueden enmarcar en la "zona gris", las organizaciones no gubernamentales (ONG) han ido cobrando poco a poco mayor relevancia dentro de la política de salud y social de los gobiernos durante la transición política. El desarrollo de éstas en Guatemala data desde los años sesenta, por la necesidad de atender a la población pobre y marginada de los servicios públicos. Sin embargo su número y dinámica han variado de acuerdo al contexto socio-político. En los años setenta hubo un fuerte desarrollo que luego disminuyó por el impacto sobre ellas de la violencia política a finales de esa década e inicios de los

ochenta. Posteriormente, con la apertura política, la creciente ayuda internacional fue uno de los factores que favoreció a un nuevo desarrollo de este tipo de organizaciones.

Es difícil hacer una caracterización de este grupo, y aún más, establecer un perfil de los servicios de salud que presta. No se conoce con exactitud el número de ONG's de salud y muchas veces el trabajo por la salud está integrado a un trabajo más global de desarrollo o asistencial. Un estudio señala que de las ONG que realizan acciones para la atención a la salud y el medio ambiente, son en un 74.7% de características asistenciales, sin representación popular y son programas locales o a pequeña escala. Otras, 24.2%, realizan acciones de acompañamiento a los procesos organizativos de las comunidades, trabajando en un nivel local, con una problemática específica, con mayor representación popular (protagónica/subalterna) y una transferencia parcial de los proyectos y programas a la comunidad. Por último, un reducido 1.1% de ONG, desarrolla un trabajo más autónomo, global, sostenido y articulado/insertado en nivel más macrosocial, la representación popular es protagónica/rectora y tienen largo tiempo trabajando (IDESAC, 1989; 15-16).

Otras caracterizaciones establecen que hay ONG's apegadas a distintas políticas o sectores de poder del país, como: pro-ejército con la visión de la tesis de estabilidad nacional; otras pro-gubernamentales variando la orientación de acuerdo al equipo o partido en el poder; otras de tipo empresarial con la visión neoliberal; y otros grupos de ONG's, con un trabajo fundamentado en distintas visiones de lo que debe ser el desarrollo (AVANCSO- IDESAC; 1990; 33-35). Estas caracterizaciones son importantes, ya que las políticas de salud contemplan la coordinación de la descentralización del MSPAS con estas organizaciones, bajo la justificación de generar espacios más democráticos y eficientes.

#### C. LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y LOS PROBLEMAS DEL SECTOR SALUD:

La estructura organizacional del sector salud se puede resumir como en el Esquema 1. En el cual observamos a las instituciones más importante del

sector público y a las dos grandes divisiones, con algunas de sus instituciones u organizaciones, que hemos hecho del sector privado. Como toda esquematización, esta sólo permite establecer relaciones fijas y sencillas entre las instituciones, la condición por la cual accede y la características comunes de la población y la cobertura, pero no muestra la dinámica cambiante de esas relaciones y la complejidad en que se dan en la realidad (por ejemplo, la población no siempre utiliza un sólo servicio sino varios, etc.). Sin embargo, el esquema nos permite tener una idea general del acceso de la población a los distintos servicios de salud de acuerdo a la condicionante de ser afiliado al IGSS, de ser pobre o de poder pagar por un servicio privado de salud, y el grado de cobertura de cada sector y sus instituciones.

ESQUEMA 1.  
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL SECTOR SALUD.

INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD			
SECTOR PUBLICO		SECTOR PRIVADO	
MSPAS	IGSS	SIN FINES DE LUCRO -ONG's -Iglesia -Otros.	CON FINES DE LUCRO -Seguros Privados -Formas Prepago -Hospitales y clínicas, etc.
* Población abierta POBRE	Obligatorio AFILIADOS	Población abierta POBRES	De acuerdo a la capacidad de pago CLASES MEDIAS Y ALTAS
30% **	16%	?	8-12%

\* Tipo de población que utiliza los servicios de salud y la condición de la que depende su acceso a dichos servicios.

\*\* Cobertura de cada uno de los tipos de servicio (% sobre población total).

Como se señaló anteriormente, el MSPAS es la entidad rectora del sector y de él dependen la regulación y la coordinación de las otras. El MSPAS padece de una gran cantidad de problemas, entre ellos, una gran concentración de sus servicios y una administración centralizada; baja cobertura atendiendo

únicamente, y no toda, la demanda espontánea<sup>84</sup> (aunque en los últimos años se implementó la canalización que no se aplica de igual forma en todos los servicios y no se sigue un enfoque de riesgo para la realización de las visitas); restricciones de accesibilidad por obstáculos de tipo económico, físico y cultural; el modelo de atención es principalmente biólogo y clínico/curativo; baja adecuación a las características socio-culturales de la población (OPS,1991;97-103); y falta de capacidad gerencial en las instancias decisorias de la institución, lo que se expresa en una alta ineficiencia e ineficacia en sus acciones (Cardona,1991;7-13).

Además de lo anterior, el MSPAS no cumple con su función de coordinar e integrar a las otras instituciones del sector a sus políticas de salud, por lo que se da una gran fragmentación, desarticulación y duplicación de las acciones institucionales (OPS,1991;97-103).

El IGSS es la segunda institución más importante del sector público y es un régimen unitario que permite, por su mecanismo de financiamiento, una importante justicia distributiva y aspira, mediante su obligatoriedad, a unificar los servicios asistenciales y sanitarios del Estado (IGSS,1992;3). Aunque inicialmente fue concebida como un institución autónoma, en la práctica depende directamente del Ejecutivo ya que durante el gobierno de Castillo Armas, se erigió un Acuerdo Ley que determinó que el Presidente de su Junta Directiva así como el Gerente y Sub-gerente de la institución fueran nombrados por el Presidente de la República (Donis,1991;29).

El IGSS, a igual que el MSPAS, padece de una gran concentración y centralización, dando su atención principalmente en la capital y centros urbanos de los departamentos; sus servicios son marcadamente curativos (Donis,1991;34) y de baja cobertura en relación a la PEA y a la población total.

En cuanto a la relación del sector público con el privado, hay una serie

---

<sup>84</sup> Entre los factores que promueven el rechazo de pacientes en los servicios de salud están: la falta de coordinación en las referencias entre centros y hospitales; cuotas muy reducidas de consultas diarias; incumplimiento de horarios por parte del personal; y funcionamiento de los servicios en días y horas inadecuadas para la población local (OPS,1991;98).



de elementos que nos permiten afirmar que, aunque la lógica global del sector público es facilitar el accionar de los servicios del sector privado, existen todavía algunos elementos que no permiten que este último se desarrolle con la libertad deseada por algunos sectores de poder económico del país.

Entre los elementos facilitadores tenemos que la baja cobertura de los servicios públicos, así como la escasa regulación y coordinación por parte del MSPAS, hacen que el sector privado se desarrolle aceleradamente con un alto grado de autonomía en términos cuantitativos y cualitativos (Alvarado, 1991;91). En este último sentido, se observa que el sector privado, por ejemplo las ONG's, asume una serie de funciones que tradicionalmente han sido de las instituciones públicas. Además, este sector participa de una manera importante en la captación de fondos provenientes de organismos internacionales; y condicionan las acciones del sector público al proveerlo de insumos materiales, técnicos y financieros para su supervivencia (Alvarado,1991;81-82). Por otra parte, hay una fuerte influencia de los organismos internacionales en la formulación de políticas y acciones del sector público, que parecen favorecer al desarrollo del sector privado (Alvarado,1991; 84).

Sin embargo hay algunos elementos característicos del sector público que obstaculizan a los servicios privados con fines lucrativos. Uno es la obligatoriedad del IGSS, que ha sido señalada como una de las razones por la que los seguros privados y servicios prepago no han alcanzado más desarrollo en el país, por lo que se plantea la desmonopolización de la seguridad social aduciendo que la libre competencia y elección traerá por consecuencia mayor calidad en los servicios (Serra,1992;134-135 y CEES,1992;103-104). El otro elemento es la intervención del MSPAS y del IGSS en los niveles de atención de tercer o cuarto nivel que limita la acción de los privados y del mercado en ese tipo de servicios. Abolir estos obstáculos para un mayor desarrollo del mercado en el ámbito de la atención a la salud, ha sido el centro de la política de salud neoliberal promovida por los organismos internacionales e impulsados por el actual gobierno de De León Carpio, como veremos más

adelante.

Como producto de lo anterior, el sector privado se ha desarrollado en sus dos grandes divisiones. Por un lado, las instituciones de carácter lucrativo concentradas en su mayor parte en la ciudad y atendiendo a la población que tiene capacidad de pago y, por consiguiente, manteniendo una baja cobertura (8-12%), ya que la mayor parte de la población es pobre o en extrema pobreza. Por el otro, las instituciones u organizaciones privadas sin fines de lucro que atienden los problemas de salud de la población de escasos recursos o pobres.

La cobertura de los servicios de salud de las ONG, de la Iglesia y otros no se conoce. Sin embargo su gran proliferación y larga permanencia, por lo menos en el caso de la Iglesia y de algunas ONG históricas, nos hace suponer que es de gran importancia. De hecho podemos suponer que el 40% de la población que no es cubierto por otros servicios, lo es en gran parte por este tipo de servicios.

El grupo de servicios privados sin fines de lucro se ha generado por distintas razones, tres de las cuales son: los problemas históricos de pobreza de la mayor parte de la población y su exclusión de las instituciones del sector público, lo que ha motivado que la misma población busque resolver sus propios problemas de salud (entre otros) con o sin el apoyo de organizaciones solidarias o de la Iglesia Católica; otra, por problemas coyunturales, como el terremoto de 1976, que sirvieron de motivación inicial para la instalación y funcionamiento de varias de ellas; y por último, como resultado de las distintas políticas nacionales e internacionales para generar el desarrollo de este tipo de organización, como por ejemplo: en los años sesenta la Alianza para el Progreso, las acciones de distintas iglesias fundamentalistas, el apoyo de la AID que varía de acuerdo a la política estadounidense, y la intención de los últimos gobiernos de motivar el desarrollo de éstas con una visión neoliberal (Castañeda, et al, 1993; 125-131). Un factor fundamental ha sido el contexto socio-político del país, ya que se observa un comportamiento cíclico del nivel organizativo de la población de acuerdo a las olas de

represión y violencia política. Particularmente las instituciones de salud privadas sin fines de lucro y su personal (principalmente promotores de salud), han sido muy golpeadas por la represión en el pasado reciente.

### VIII. POLÍTICA DE SALUD.

La política de salud en la transición política ha tenido como objetivo primordial reestructurar el sector salud, partiendo del reconocimiento de que en el pasado, y aún en el presente, el conjunto de instituciones y organizaciones que lo constituyen, padecen una gran cantidad de problemas que las han llevado a no poder afrontar de una manera adecuada los problemas de salud de la población. Sin embargo, las propuestas y acciones no responden únicamente a ese reconocimiento, sino que lo utilizan para justificar las transformaciones que el Estado guatemalteco inicia durante esos años y que obedece a los distintos proyectos políticos: el de Estabilidad Nacional y el Neoliberal.

Debe señalarse que la reestructuración del sector cobra un sentido, en esencia, distinto en cada uno de las etapas estudiadas, aunque comparten algunas características que los hacen aparecer similares. De esto deviene, en gran parte, el grado de consolidación al que llega la reestructuración del sector en cada uno de los períodos, ya que estará determinado por el grado de hegemonía o dominación que alcanzó o alcanza cada uno de los proyectos políticos descritos.

La reestructuración del sector salud tiene como eje a las instituciones públicas (MSPAS e IGSS) alrededor de las cuales se articulan las otras instituciones u organizaciones del sector. El objetivo de la reestructuración o modernización es transformar al sector salud y, para ello, los distintos gobiernos han utilizado las siguientes estrategias: la disminución, reorientación y focalización del gasto; la descentralización administrativa; y, a partir de las anteriores, el impulso con mayor fuerza de la privatización de los servicios. Aunque, estas estrategias se han desarrollado de manera distinta durante los gobiernos de la transición política, obedeciendo ello a una serie de razones que posteriormente se discutirán, al final han significado la progresiva consolidación de la visión neoliberal en la política de salud.

Esta política neoliberal de salud, intenta garantizar dos cuestiones de

carácter económico. Una, es la desarticulación del Estado como un espacio de redistribución de la riqueza a través de los servicios públicos de salud. La otra es la máxima apertura del campo de la atención a la salud a las fuerzas del mercado y, por lo tanto, a las instituciones privadas con fines de lucro que producen bienes o servicios relacionados con el cuidado a la salud. En otras palabras, se tiene la visión de privilegiar al mercado como el mejor asignador de recursos y satisfactor de las necesidades de los individuos.

Sin embargo, los gobiernos y los organismos internacionales no hacen siempre explícita estas motivaciones y justifican la reestructuración neoliberal con razones de carácter técnico que se basan en el deterioro objetivo de las instituciones públicas y en los problemas que en general padece el sector de salud; pero sin llegar a explicar a fondo, las causas del deterioro y de los problemas del sector.

Pero ya que las estrategias descritas, a nivel de formulación e implementación, no han adquirido por completo los rasgos neoliberales, podemos dividir en dos grandes etapas a la política de salud: la primera etapa de 1986 a 1992, no adquiere todas las características de una política neoliberal y abarca al gobierno de la DCG y parte del MAS; y la segunda etapa, de 1991 a 1994, asume claramente un perfil neoliberal y abarca al gobierno del MAS y al de De León Carpio. Ambas etapas, se traslapan entre 1991-1992, período que hemos llamado de transición (ver Esquema 2).

#### Primera etapa no neoliberal, 1986-1992<sup>85</sup>:

Durante el período de gobierno de la DCG, la política de salud no adquiere por completo un perfil neoliberal. El gasto en salud del gobierno adquirió esa característica, por su estrecha relación con la política

---

<sup>85</sup> Esta etapa se caracteriza porque los planes y programas de salud fueron producto de una mayor confección nacional y el organismo internacional que más participó en la formulación de la política fue la OPS. El Plan Nacional de Salud de la DC fue realizado por el Comité Técnico del partido y era expresión de distintas corrientes dentro de él. El Plan Maestro de Desarrollo Institucional se realizó en la Unidad de Desarrollo Administrativo de la DGSS con apoyo de la OPS. Este último plan quedó sin efecto hasta el año 1988 cuando el Dr. Gehlert Mata asume el cargo de ministro y lo oficializa mediante el acuerdo ministerial No. SPM-50-88 y sufrió modificaciones con el No. SP-M-55-89. Se constituyó el Comité Gerencial del MSPAS para echar andar el proceso, pero nunca llegó a funcionar por problemas políticos internos del equipo gobernante. La Vice-presidencia fue la que le dio cobertura a estos esfuerzos y era la que estaba a cargo de la modernización de la administración pública, que nunca se llegó a concretar a nivel sectorial (Entrevistas: asesor de OPS y personal del MSPAS durante el gobierno de la DC)

económica neoliberal del gobierno, principalmente después de 1989, pero las demás estrategias no lo hicieron. El Plan Maestro de Desarrollo Institucional no tenía una concepción neoliberal y la estrategia de descentralización, que no se llegó a concretar, privilegiaba al Estado como eje en la dirección, producción y financiamiento de los servicios de salud. Por ello, los planes de salud no planteaban, ni establecían mecanismos para una mayor expansión del mercado en el cuidado a la salud. De ahí, que la ausencia de una estrategia de privatización no coincidía con los planteamientos de los organismos internacionales ni con los intereses del sector privado de reducir la intervención del Estado en ese ámbito.

ESQUEMA 2  
LOS PLANES Y PROGRAMAS DE GOBIERNO  
EN LAS ETAPAS DE LA POLÍTICA DE SALUD.  
GUATEMALA, PERÍODO 1986 A 1995.

P O L I T I C A   D E   S A L U D	
A Ñ O S	
1986 -----1991-----	1992-1993-----1994-
<p style="text-align: center;"><b>PRIMERA ETAPA</b> <b>Política No Neoliberal</b></p> <p><u>Gobierno DC:</u> Plan Nacional de Salud, Plan Maestro de Desarrollo Institucional y documentos de la Vicepresidencia Consalud del PREN.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Gobierno del MAS:</u> Nuestro Compromiso con la salud Pública de Guatemala y el Programa de Racionalización de la Adm. Pública.</p>
<p><b>SEGUNDA ETAPA</b> <b>Política Neoliberal</b></p>	
<p><b>Fase Preparatoria:</b> <u>Gobierno del MAS:</u> Estudio Básico del Sector y propuestas para el MSPAS IGSS y los privados.</p>	<p><b>Fase de Implementación:</b> <u>Gobierno de De León Carpio:</u> Programa Sectorial de Salud del BID, 1993 (PSSBID). Lineamientos de Política de Salud 1994-1995 (LPS). Guía para Operativizar Los Lineamientos de Política de Salud 1994-1995 (OLPS). Programa Sectorial de Salud del MSPAS (PSSMS).</p>

De ahí, que la reestructuración del sector salud coincidía con la visión sobre el papel del Estado subsidiario/contrainsurgente del Proyecto de

Estabilidad Nacional de la DC/ejército. En esta etapa se mantuvo la visión del Estado como el espacio articulador de las demandas sociales y de su papel de redistribuidor mínimo de la riqueza.

Aunque ésto último no significaba ningún cambio importante con el pasado, era suficiente para ganarse la desconfianza y contraposición de la iniciativa privada que mantenía y mantiene una visión antiestatista neoliberal. Atrás de esta contradicción entre el proyecto DC/ejército y la iniciativa privada, estaba la permanente necesidad del ejército de financiar su estrategia contrainsurgente.

Durante el gobierno del MAS, se dan dos iniciativas de política paralelas, pero de distinta orientación. Una de ellas, la ubicamos en esta primera etapa y continua con la visión no neoliberal que se había mantenido en el pasado gobierno; y la otra, con una visión neoliberal, forma parte de la segunda etapa (fase preparatoria). Estas dos iniciativas se dan entre 1991 a 1992 y es un período de transición en el que se define las bases para la implementación de la política neoliberal de salud. Ambas iniciativas se dan en un contexto en el cual los planteamientos generales del gobierno del MAS van adquiriendo un perfil neoliberal y la estrategia de reducción y reorientación del gasto en salud se mantenía y cuya expresión más nítida era, y es, la permanente crisis hospitalaria.

La primera iniciativa<sup>86</sup>, se constituye en los planes y programas iniciales de las autoridades de salud del MAS, que son: Nuestro Compromiso con la Salud Pública (NCSP) y el Programa de Racionalización de la Administración Pública (PRAP) para el MSPAS. Ambos, conceptualmente afines con la visión del gobierno anterior, discrepaban con el planteamiento general del actual; y ninguno llegó a concretizarse (ver esquema 2 y 3).

---

<sup>86</sup> Esta iniciativa fue promovida por el ministro entrante, Dr. Miguel Angel Montepeque el cual fue sustituido por problemas con el Presidente Serrano. Los nuevos ministros, Eusebio del Cid y, posteriormente, el Dr. Hernández Polanco, fueron más receptivos o condescendientes con la política neoliberal promovida por el BID y BM. Esto fue determinado, en parte, porque la implementación de ésta política era, y es, condición para que el BM desembolse un préstamo que irá apoyar la reforma del sector salud y, principalmente, la balanza de pagos del país. (Entrevistas con asesor del despacho ministerial y personal de la sectorial de salud de SEGEPLAN)

ESQUEMA 3  
 CARACTERIZACIÓN DE LAS ETAPAS DE LA POLÍTICA DE SALUD  
 GUATEMALA, PERÍODO 1986 A 1995

P O L I T I C A   D E   S A L U D	
A   Ñ   O   S	
1986 -----1991-----	1992-1993-----1994-
<p style="text-align: center;"><b>PRIMERA ETAPA</b>  <b>Política No Neoliberal</b></p> <p>Estado subsidiario/contrainsurgente</p> <p><b>Estrategias:</b></p> <p><u>Gasto:</u> reducción y reorientación a lo preventivo, principalmente después de 1989.</p> <p><u>Descentralización:</u> El Estado como eje en la dirección, financiamiento y producción de servicios. No se plantea mecanismos para ampliar el mercado. Concentración de poder en el ejecutivo y alta discrecionalidad.</p> <p><u>Privatización:</u> aunque el comportamiento del gasto favorece, no se dan todas las condiciones.</p>	<p style="text-align: center;"><b>SEGUNDA ETAPA</b>  <b>Política Neoliberal</b></p> <p>Estado neoliberal/contrainsurgente</p> <p>Ampliar el mercado en el cuidado a la salud</p> <p>Anular la función redistributiva del Estado</p> <p><b>Estrategias:</b></p> <p><u>Gasto:</u> continua bajo y orientado a lo preventivo.</p> <p><u>Descentralización:</u> servicios mínimos, baratos para la población pobre. Establece mecanismos para la participación formal de los privados con o sin fines de lucro. Reduce el papel del Estado como instancia articuladora de lo político y social. Debilita la organización laboral.</p> <p><u>Privatización:</u> condiciones previamente creadas por anteriores. Establecimiento de formas estables de financiamiento y apoyo o subsidio a los privados.</p>

**Segunda etapa neoliberal, 1991-1994:**

La segunda etapa, la neoliberal, se destaca por la marcada intervención del BID y del BM en la formulación de la política y la subordinación a sus



condicionantes<sup>87</sup>. Esta etapa se puede dividir en dos fases: una, de tipo preparatorio que se traslapa con la primera etapa en los años 1991-1992; y otra, de implementación durante 1993 a 1995.

La fase preparatoria, durante el gobierno del MAS, consistió en una serie de estudios diagnósticos sobre las distintas instituciones del sector público y privado de salud<sup>88</sup> y, a partir de sus resultados, se plantearon propuestas de reestructuración o modernización del sector salud. En esencia, se buscaba adecuar la agenda de reforma para el sector salud del BM<sup>89</sup> al caso guatemalteco.

La fase de implementación, que consiste en la ejecución de las propuestas de reestructuración, se da principalmente durante y después de 1993, con el gobierno de De León Carpio. Esta fase se concretizó<sup>90</sup> en los documentos siguientes: Programa Sectorial de Salud del BID, 1993 (PSSBID); Lineamientos de Política de Salud 1994-1995 (LPS 1994-1995); Guía para Operativizar Los Lineamientos de Política de Salud 1994-1995 (OLPS 1994-1995); y el Programa Sectorial de Salud del MSPAS, 1994 (PSSMS).

La reestructuración del sector salud es condición para que el BM desembolse un préstamo (US\$50 millones<sup>91</sup>) que forma parte del apoyo al Programa sectorial de salud del MSPAS, 1994 (PSSMS), y al déficit de recursos externos del país. la implementación del Programa Sectorial se realizará por medio de cuatro tramos al mismo monto y cada uno durará aproximadamente un

---

<sup>87</sup> Vale destacar, que durante esta etapa el BID ha sido el organismo internacional que ha tenido el papel más destacado. Una vez establecido el marco o límites dentro de los cuales se tenía que basar la reforma o reestructuración del sector salud, se constituyó el Grupo de los Doce integrado por profesionales nacionales y extranjeros, que desarrolló parte de la propuesta para Guatemala (entrevista con asesores del despacho ministerial y de la Dirección de la DGSS). La OPS aunque presente, ha mantenido un perfil más bajo y se ha adaptado a la agenda de reforma del BM. Otros organismos involucrados han sido la AID y UNICEF.

<sup>88</sup> El Estudio Básico del Sector Salud es un diagnóstico del sector y es la base para la elaboración de las propuestas neoliberales para reestructurarlo. Se sabe de otros estudios específicos para los distintos grupos de instituciones del sector privado pero no se han hecho públicos.

<sup>89</sup> Ver el informe del BM sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud (BM, 1993).

<sup>90</sup> Sin embargo, en la parte que trata sobre salud en el PLADES 1992, ya existían algunos elementos que tenía coincidencia con el modelo neoliberal.

<sup>91</sup> Estos se dividen en: US\$20 millones para apoyo en cooperación técnica al proceso de reestructuración y serán provenientes del Fondo para Operaciones especiales del BM; y los restantes, US\$30 millones, provienen para de los recursos de capital Ordinario del BM (MSPAS, 1994;13).

año. El cumplimiento de cada uno de los tramos, de manera satisfactoria para el BM, será la condición para que sea desembolsado lo que corresponde al siguiente. Además, el gobierno tendrá que aplicar una política macroeconómica consistente con el PSSMS, en particular en los aspectos fiscales (MSPAS,1994;13-14).

El Programa Sectorial está dividido en 3 componentes que son: el de Desarrollo Institucional que incluye el establecimiento de mecanismos de coordinación entre el sector público y el privado, y la reestructuración del MSPAS y del IGSS; el de Financiamiento, que se refiere a los cambios que se dan en el gasto en salud y a la búsqueda de fuentes alternativas de recursos; y el de Extensión de Cobertura, que abarca distintas medidas para mejorar el acceso de la población a los servicios y el aumento de cobertura (MSPAS,1994;1-15).

Cada uno de los componentes se integra y forma parte de las metas de cada tramo y, en su conjunto, involucran modificaciones de tipo legal y técnico-administrativo<sup>92</sup> que abarcan al sector en su totalidad y, en específico, a cada una de las instituciones públicas (MSPAS e IGSS). Un papel fundamental en la reestructuración lo juega la cooperación técnica que, en conjunto con las autoridades del sector público, adoptaron el Plan de Acción para llevar a cabo el PSSMS. Este Plan de Acción y las distintas actividades para cada tramo son las que se discutirán en los apartados que correspondan a la etapa neoliberal. Podemos decir, entonces, que durante la transición política se ha ido dando un proceso discontinuo y heterogéneo de implementación de las estrategias de una política neoliberal de salud, pero que en los últimos gobiernos ha sido más explícita, coherente y llevada a la práctica. Las dos etapas definidas de la política de salud, son el marco de

---

<sup>92</sup> Entre las medidas iniciales de tipo legal están: la Ley de Coordinación del Sector Salud presentada actualmente en el Congreso, previa revisión del BM; las modificaciones al Reglamento del Código de Salud para definir su nueva organización y descentralización de las Áreas, también acordado con el BM; y entre otras, Acuerdo Ministerial que reorganiza las Áreas de los primeros tres departamentos: Chiquimula, Alta Verapaz y Escuintla. Entre las medidas técnico-administrativas, está la reestructuración de las siguientes dependencias: Unidad de Planificación, Subdirección General de Administración y Finanzas, Unidad de Informática, Unidad de Supervisión y Evaluación, Relaciones públicas, División de Recursos Humanos, Unidad de Convenios Internacionales y Cooperación Privada y Oficialía Mayor. Como parte del Plan de Acción están los ajustes de los sistemas de abastecimiento de insumos médicos y mantenimiento; y descentralización y autonomía administrativa de la Droguería Nacional, Escuelas Formadoras, etc. (MSPAS,1994,Matriz)

análisis a través del cual abordaremos a continuación las estrategias de reducción y reorientación del gasto en salud, la descentralización y la privatización.

#### A. EL GASTO EN SALUD.

El intento de reestructurar al sector salud durante la transición política, ha llevado a los gobiernos a asumir una estrategia en el gasto que no responde únicamente a la necesidad de reducir el déficit fiscal (mientras se priorizan otros sectores y la deuda pública); sino que además, es producto de la intención de los distintos gobiernos y de los organismos internacionales, de redefinir el papel del Estado en el cuidado a la salud.

Esta redefinición ha sido paulatina y determinada por la política económica de los gobiernos, principalmente a partir de 1989, cuando la DC inicia con mayor ortodoxia el ajuste estructural. La estrategia neoliberal del gasto en salud consiste en una reducción de éste y su reorientación a la medicina de tipo preventivo (desfinanciando la curativa) y la focalización en los pobres.

Esta estrategia se justifica con dos argumentos: el primero, que el Estado posee escasos recursos para el financiamiento de los servicios; y el otro, es que su asignación ha sido de manera ineficiente, inequitativa y ha favorecido a la medicina curativa más que a la preventiva (BID,1993;1-4). Por ello, actualmente se plantea la necesidad de combatir la pobreza a través de la asignación de recursos de una manera más eficiente y focalizada en esta población.

Sin embargo, por la forma como se ha hecho y se plantea el financiamiento por parte del Estado y las fuentes alternativas que se buscan, la estrategia del gasto favorece a una mercantilización de los servicios y tiende a desarticular al Estado como un espacio donde se redistribuye el ingreso. En síntesis, da un mayor impulso a la lógica del mercado en el cuidado a la salud y desecha el concepto del derecho a la salud, constitucionalmente reconocido. Al seguir desfinanciando al IGSS y a los

servicios de tercer y cuarto nivel de atención del MSPAS, prepara las condiciones para una privatización selectiva de los servicios.

A continuación pasaremos a describir y analizar el gasto del MSPAS y del IGSS, en su comportamiento general, en su estructura (por tipo de gasto) y fuentes de financiamiento.

1) Ministerio de salud Pública y Asistencia Social (MSPAS):

El gasto del MSPAS, durante el período de estudio, se ha caracterizado por dos rasgos fundamentales: la reducción en todo el período que afecta principalmente al rubro de inversión; y, la reorientación del gasto a las acciones de carácter preventivo o de primer nivel de atención, abandonando al mismo tiempo el tercer y cuarto nivel. Ambos tienen algunas particularidades de acuerdo a las políticas de cada uno de los gobiernos

En el Cuadro 7, podemos observar la evolución del gasto del MSPAS en cifras corrientes y constantes (Quetzales<sup>1</sup> de 1980), y su porcentaje de participación del PIB y del gasto público total. Además, se presentan los datos sobre las tasas anuales de crecimiento del PIB y el gasto público total como porcentajes de éste último, con el objetivo de tener un marco de referencia apropiado para el análisis de la información.

De manera general, se puede decir, que a pesar de que en cifras corrientes el gasto del MSPAS mantenga un sostenido aumento, la tendencia de las demás variables (en cifras constantes, como % del PIB y como % del Gasto Público Total) presentadas en el cuadro, es a la reducción. Esto nos permite concluir que en el período, el MSPAS no ha sido prioritario para los distintos gobiernos, lo que explica, en parte, el gran deterioro de los servicios y la permanente crisis hospitalaria. Esta baja prioridad contrasta con las condiciones de vida infrahumanas de la mayor parte de la población y sus altos índices de morbilidad y mortalidad.

CUADRO 7  
 EVOLUCIÓN DEL GASTO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
 Y ASISTENCIA SOCIAL, 1980 y 1986-1992.  
 (cifras constantes, corrientes, como porcentaje del PIB  
 y del gasto total del gobierno central)

AÑO	Tasa anual crecimiento PIB	Gasto Total* % PIB	Gasto del MSPAS (miles de quetzales)			
			Corrientes	Constantes**	%PIB	%GT
1980		15.2	114,700	114,700	1.5	9.6
1986	0.1	13.3	157,808	80,482	1.0	7.5
1987	3.5	13.2	172,997	79,579	1.0	7.4
1988	3.9	14.0	261,929	107,391	1.3	9.1
1989	3.9	14.7	277,735	94,430	1.2	8.0
1990	3.1	11.5	296,757	62,319	0.9	7.5
1991	3.2	11.3	405,408	77,027	0.9	7.6
1992	4.6	12.4	485,875	82,599	0.9	7.2

\* El Gasto Total (GT) es igual al gasto público total.

\*\* Cifras constantes con base en 1980, índice de precios al consumidor SEGEPLAN.

Fuente: SEGEPLAN.

La resolución del déficit fiscal por medio de la llamada "racionalización del gasto" afectó de manera importante al MSPAS y priorizó otros gastos, siendo uno de los más importantes el pago de la deuda pública y el de los sectores de Apoyo Institucional, dentro de los cuales el gasto del ejército representa una importante cantidad (ver cuadro 6). Para dimensionar como se combina esta situación con la corrupción, tenemos que los confidentiales de Serrano Elías en dos años y medio alcanzaron la cifra de Q135 millones que seguramente fueron utilizados para su enriquecimiento, mientras que la deuda con los proveedores del sistema hospitalario nacional (último trimestre de 1992 y primeros dos meses de 1993) llegaba a Q68 millones (IC,5/agosto/93;10).

Es decir, que la "racionalización" del gasto no sólo no ha favorecido a los sectores más prioritarios para el desarrollo del país, sino que, además, la corrupción ha seguido pese a la dramática situación por la que atraviesa la red hospitalaria, entre otros servicios públicos.

Los datos anteriores refutan el discurso de los distintos gobiernos,

sobre su preocupación por la salud de la población, ya que en sentido contrario, se privilegia a las medidas de criterio económico y se prioriza a otros sectores e instituciones dentro del gasto del gobierno central. El MSPAS presta atención a los problemas de salud de población abierta, por lo que en teoría, a través de él se lograría contribuir a mejorar las condiciones de vida de los sectores pobres y en extrema pobreza del país.

Analizando la información del Cuadro 7, de acuerdo al cambio (o unilateralización) que se da en la política económica durante el período de estudio<sup>93</sup>, tenemos lo siguiente:

- En la primera etapa, 1986-1989, el gasto del MSPAS asciende en cifras corrientes, en cifras constantes, en su porcentaje de participación del PIB y como porcentaje del Gasto Total del gobierno central. Esta etapa, corresponde a los primeros años del gobierno de la democracia cristiana y refleja un interés en aumentar el gasto público total, y de éste, el gasto del MSPAS. Veremos en que consistió este aumento, cuando más adelante analicemos el gasto del MSPAS por tipo de gasto. Un elemento importante para entender la capacidad financiera del gobierno para aumentar el gasto total y en específico el del MSPAS, es que con la entrada de la DCG se dio un importante apoyo internacional en préstamos (que significó un mayor endeudamiento) y donaciones. Esto último se revirtió al caer el gobierno en mora con los organismos internacionales y con una reducción en su captación fiscal, vía impuestos, por el boicot que realizó la iniciativa privada del país, como respuesta a la reforma tributaria realizada por el gobierno.

Durante la segunda etapa, 1989-1992, que incluye la última parte del gobierno de la DCG y los primeros años de gobierno del MAS, se reduce en cifras constantes el gasto del MSPAS y su participación en el gasto total y como porcentaje del PIB. La reducción en cifras constantes se ha adjudicado al proceso inflacionario que sufrió el país durante esos años (Cardona, 1991; 5). Sin embargo, al analizar la participación porcentual del éste como parte del gasto total de los gobiernos, vemos que bajo de 8.0% de 1990 a 7.2% en

---

<sup>93</sup> Ver el capítulo donde se describe la política económica que implementó el gobierno de la DCG.

1992. Lo que nos lleva a concluir que, a pesar de la deteriorada situación de los servicios y al proceso inflacionario, el gasto del MSPAS no fue prioritario durante los últimos años de gobierno de la DCG y en los primeros años del MAS. Esta situación es alarmante si vemos que el gasto total de los gobiernos redujo su participación del PIB en estos años, pese a que la tasa de crecimiento del PIB disminuyó, con una recuperación hasta el año de 1992. Esta última etapa expresa con claridad cuál es el efecto de la política económica neoliberal en el gasto del MSPAS.

La reducción del gasto se dio principalmente en el rubro de inversión del MSPAS y afectó principalmente a los servicios de tipo curativo. En el Cuadro 8, se observa la participación porcentual de los gastos de funcionamiento e inversión del MSPAS y, entre ellos, los gastos dirigidos a acciones curativas y preventivas.

CUADRO 8  
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO E INVERSIÓN DEL  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.  
(como porcentaje del total del gasto del MSPAS)

CONCEPTO	1981	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Gasto Total del MSPAS.	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>Funcionamiento</b>	76.9	94.2	93.3	77.6	89.2	95.8	95.1	93.7
Curativo*	31.2	32.8	38.1	35.4	nd	nd	nd	nd
Preventivo	5.2	9.0	12.2	10.8	nd	nd	nd	nd
Otros	40.5	52.3	42.9	31.4	nd	nd	nd	nd
<b>Inversión</b>	23.1	5.8	6.7	22.4	10.8	4.2	4.9	6.3
Curativo	9.8	0.9	0.	0.0	nd	nd	nd	nd
Preventivo	2.8	3.6	6.6	10.4	nd	nd	nd	nd
Otros	10.5	4.5	0.1	12.0	nd	nd	nd	nd

\* "GASTO EN ATENCIÓN PREVENTIVA: en esta categoría se incluyeron los gastos de funcionamiento de los Centros y Puestos de Salud y el de los programas de Saneamiento Ambiental, Epidemiología y Salud Materno Infantil. Incluye también los gastos de inversión realizados en el programa de Saneamiento ambiental y en la reposición de equipo en los centros y puestos de salud.

GASTO EN ATENCIÓN CURATIVA: En esta categoría se incluyeron los gastos de funcionamiento de los Hospitales Generales y los Hospitales Especializados. También incluye los gastos de inversión en reparaciones de edificios y reposición de equipo de dichos hospitales." (Gómez y Pacajo, 1991; 92)

Fuente: Elaboración propia con base en datos de SEGEPLAN y de Gómez y Pacajo, 1991, Cuadro 13, p.30.

De manera general, se puede decir, que los gastos de inversión han disminuido de 23.1% del gasto del MSPAS en 1981, al 6.3% en 1992. Mientras que

los gastos de funcionamiento han aumentado de 76.9% a 93.7% en el mismo lapso de tiempo. Si tomamos en cuenta la disminución del gasto del MSPAS en términos reales (Cuadro 7), podemos concluir que la infraestructura y equipo del ministerio han estado durante estos años carentes de apoyo para mantenerla en buenas condiciones, lo que se expresa en el permanente deterioro de los hospitales, centros y puestos de salud de la institución.

En relación a la atención curativa y preventiva, tanto en funcionamiento e inversión, hay una tendencia a aumentar el gasto en la atención preventiva. En ese sentido es importante resaltar lo que sucede con la inversión durante 1988-1989, porque hay un claro ascenso en este tipo de gasto y se prioriza a la atención preventiva, dejando por ejemplo, en 1988 en cero por ciento el apoyo a la atención curativa. Esto afecta directamente a los hospitales generales y especializados del país. Dicha tendencia, aunque no se cuenta con los datos de ejecución, parece mantenerse en los años posteriores (1989-1990) ya que el gasto programado se planteaba con la misma orientación en los presupuestos (Gómez y Pacajo, 1991; 23).

Además, dicho comportamiento es de esperarse después de 1989 ya que la reducción de los gastos de inversión y el abandono de la atención de tercer/cuarto nivel, forma parte de la tendencia típica de las medidas económicas neoliberales en salud. A consecuencia de esta reorientación en el gasto observamos que la permanente crisis de la red hospitalaria no se resuelve. De hecho, la participación porcentual de la inversión total del MSPAS se redujo de 10.8% en 1989 a 4.2%, 4.9% y 6.3% en 1990, 1991 y 1992 respectivamente.

En relación a la política de salud del gobierno de la DC, podemos decir que ésta si explicitaba la prioridad de la atención preventiva en el PREN, como parte del pago de la deuda social. El leve incremento del gasto en salud entre 1987 y 1989 (cuadro 7), se debe a que los gastos de funcionamiento aumentaron por el programa de distribución y reducción de costo de medicinas que se inició en 1987 (Cardona, 1991; 4-5), que formaba parte de las tareas del Consalud que nunca se llegó a implementar como tal; y, por la política



salarial y de empleo del gobierno.

En relación a las inversiones, se debe señalar que el equipamiento y construcción inicial de los servicios de salud corre a cuenta del la Unidad Ejecutora de Proyectos de Servicios de Salud (UNEPSSA) dependiente del Ministerio de Comunicación, Transporte y Obras Públicas. Así la inversión del Cuadro 8 se refiere a la que esta dirigida al mantenimiento de la infraestructura y del equipo de los servicios, además de los gastos del programa de saneamiento ambiental.

En lo que se refiere al gobierno del MAS, la reorientación del gasto a la atención preventiva, contradice, en un primer momento, el Plan Nacional de Salud del MAS de febrero de 1991, que planteaba solventar en corto plazo (90 días) la crisis hospitalaria que se heredaba del pasado. Pero en un segundo momento, a partir de finales de 1991, con los distintos programas y planes de gobierno del MAS y de De León Carpio<sup>94</sup> el discurso gubernamental cambia y explícitamente apoya dicha reorientación o tendencia. La forma como se justifica dicha medida, es que en el país se ha subsidiado a la población de ingresos medios y altos que se ubica en las áreas urbanas (principalmente de la capital), al destinar la mayor parte del gasto del MSPAS a los hospitales y no a la población pobre y en extrema pobreza<sup>95</sup>.

Querer priorizar la atención preventiva es legítimo en cualquier sistema de salud, sin embargo, en el caso de Guatemala, el gasto total del MSPAS ha sido históricamente bajo y ha sufrido una mayor reducción en los últimos 12 años. Por lo que los aumentos porcentuales a la atención preventiva, aunque indiquen una mayor preocupación por ese tipo de gastos, han significado en términos reales una abandono de los hospitales generales y especializados<sup>96</sup>.

---

<sup>94</sup> Del MAS: Programa Política Económica y Social para el período 1991-1996 y el Plan de Acción de Desarrollo Social (PLADES) 1992-1996. De De León Carpio: Programa de Inversiones Públicas y Gasto social período 1994-1996, Plan de Gobierno para el Período 1994-1995 y Líneamientos de Política de Salud 1994-1995.

<sup>95</sup> Ver por ejemplo, el mensaje económico del De León Carpio en IC,21/oct/1993.

<sup>96</sup> Pese a la reducción del financiamiento de los hospitales, éstos son los que más recursos consumen y, hasta la fecha, la mayor parte del presupuesto se otorga a la región metropolitana.

Esto limita la posibilidad de contar con servicios en calidad y cantidad de tercer/cuarto nivel para la población pobre y en extrema pobreza, que alcanzaba para 1989, el 87% del total.

Esta orientación del gasto explica, en parte<sup>97</sup>, porque se ha acentuado la crisis hospitalaria del país. La falta de voluntad política para resolverla, se debe a que ésta genera condiciones favorables a la privatización selectiva de los servicios de salud. Una de las condiciones, es que crea un mercado cautivo que facilita y asegura una mayor demanda de servicios para el sector privado con fines de lucro; y la otra, es que establece el consenso en la población, de que los servicios públicos son ineficientes y de mala calidad, por lo que se debe buscar mecanismos alternativos para resolver el problema.

Esta salida alternativa, es planteada en el PSSMS de De León Carpio que pretende que el gobierno central financie principalmente la atención preventiva y de primer nivel en los puestos de salud e incorpore sistemas de recuperación de costos en los hospitales a través del cobro de cuotas a los usuarios. Otro dos elementos son la puesta en funcionamiento de patronatos, que administren con criterios gerenciales a los hospitales, y la promoción de la participación del sector privado en la prestación de los servicios. (MSPAS, 1994; 8-11). Estas medidas forman parte de las metas para el primer año o primer tramo del Plan de Acción del PSSMS, es decir 1995.

Esta alternativa favorece la mercantilización de los servicios de salud, al mismo tiempo que se pierde la idea de derecho a la salud, y hace posible que el gobierno pueda mantener un gasto bajo, al enfocar su financiamiento en atención mínima y barata. Esto se agrava (como veremos más adelante con el Seguro Campesino), porque también se quiere que los pobres financien, en parte, sus servicios básicos.

---

<sup>97</sup> Sumado a la reducción del presupuesto del MSPAS, se debe agregar la corrupción al ejecutarlo, su inadecuada distribución y las tardanzas en su otorgamiento por parte del Ministerio de Finanzas. Históricamente los hospitales han carecido del personal, material, equipo e infraestructura necesaria, para prestar adecuadamente sus servicios curativos a la población. (Ver: Hospitales al desnudo en Siglo Veintiuno, 12/julio/1992; Mata más la indiferencia en Actualidad, Prensa Libre, 4/julio/1993; El Cáncer de los hospitales en Crónica, 12/nov/1992; entre muchos otros)

Para justificar el aumento de los aranceles en los hospitales públicos, se señala que los actualmente vigentes, son muy bajos (ver Cuadro 9); que fueron establecidos desde 1979 y que el fenómeno devaluativo de la moneda nacional, hace que éstos hayan perdido cualquier valor económico de importancia y sólo se cobran por una parte de los servicios y no por todos. Asimismo, estos fondos son considerados como no redistributivos, pues no establecen diferenciación en los usuarios de acuerdo a su capacidad de pago. Por ello se considera que favorecen a la población de ingresos medios y altos. (Gómez y Pacajo, 1991; 13-14)

En el Cuadro 9 se muestran las tarifas arancelarias actualmente vigentes en los hospitales del país. Estas jurídicamente son definidas como privativos y son incluidas dentro de los ingresos corrientes.

**CUADRO 9**  
**TARIFAS ARANCELARIAS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**  
**EN LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y**  
**ASISTENCIA SOCIAL.**

CONCEPTOS	ARANCEL (Quetzales)
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	
Por cada consulta.....	0.25
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO</b>	
Por cada examen .....	de 0.25 a 1.00
(Hematología, Bacteriología, Bioquímica, Urología o Coprología, y Serología)	
<b>RADIOLOGÍA.....</b>	de 1.00 a 8.00
(Por cada Fotofluoroscopia, Radiografía sino con medio de contraste)	
<b>SALUD ORAL</b>	
Por cada consulta (elaboración de ficha).....	0.50
Por cada servicio.....	de 1.00 a 3.00
(extracción dentaria, limpieza de sarro dental con o sin piedra pómez, aplicación de fluoruro, relleno de amalgama o de resinas compuestas, por corona de acero, por pulpotomía)	
<b>DÍAS DE ESTANCIA EN CASA DE SALUD</b>	S. I*

\*S.I: sin información.

Fuente: Estudio de los Ingresos Específicos de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Citado en Gómez y Pacajo, 1991, Cuadro 5, p.14)

Sin embargo, se olvida que aunque dichos aranceles vigentes son de 1979, también se debe considerar que el salario real de la población no ha alcanzado los niveles de 1980 y que la concentración del ingreso de 1980-81 a 1988-89 se ha incrementado, teniendo como saldo un aumento de la pobreza y extrema

pobreza. El sólo hecho de establecer el cobro de servicios, lleva a la necesidad de que la población demuestre su condición de pobreza para exonerarse del pago, lo que puede generar grandes confusiones o un fuerte impacto en la economía de las familias de escasos recursos que buscan atenderse en esos servicios.

Asimismo, si comparamos éstos aranceles con el salario mínimo de la población, vemos que algunos de ellos o en su conjunto son elevados. El salario mínimo promedio es de Q10.50 diario (BED, No.4, 1992;7), es decir, que una visita a la consulta externa (Q0.25), más dos exámenes de laboratorio, puede llegar a representar el 10% (o más) del ingreso diario de un trabajador de escasos recursos<sup>98</sup>; una radiografía con medio de contraste (Q8.00) el 76% del salario diario; o la limpieza del sarro dental (Q2.00) significar casi el 20% de su ingreso diario. Hay que considerar que este tipo de población se mueve en un rango muy estrecho o insuficiente de ingreso. Para 1993, el salario nominal mensual de Q678.00 (Q22.60 diarios, más del doble que el mínimo), sólo cubría el 67% de la Canasta Básica de Alimentos en el área urbana, situación que se deterioraba en las áreas rurales por el menor ingreso familiar (PRESENCIA, No.1, 1994; 3)..

Por otra parte, el Cuadro 10 no contabiliza los aranceles invisibles o informales, que son los aportes que la población hace en material, equipo o en compra de servicios, para que sus enfermos puedan ser atendidos de la mejor manera. Esta es una práctica común y de muchos años, pero la crisis ha provocado que a las familias de los pacientes se les pida cada vez más que paguen, total o parcialmente, los insumos (yeso, agujas simples, angiocats, material ortopédico, marcapasos etc.) o servicios (laboratorios, ultrasonidos, tomografías, etc.) en el sector privado, ya que los hospitales públicos carecen de ellos. Es difícil establecer la magnitud de estos gastos de la población, pero sin duda, son de un monto considerable y una constante transferencia de fondos de la población de escasos recursos y del sector

---

<sup>98</sup> Para ver las tarifas arancelarias de los hospitales del MSPAS ver: el Cuadro 5 en la p. 14 de Gómez y Pacajo, 1991.

público al privado.

Algo que se debe señalar es que para el BM, principal formulador de la actual política de salud guatemalteca, los servicios de tercer/cuarto nivel son bienes privados, por lo que no son responsabilidad de gobierno y los llama servicios clínicos discrecionales (BM,1993;123-129). Por ello, en su racionalidad económica, el BM considera que el Estado no debe financiar ni proveer éste tipo de servicios. Esto contradice, por completo, a lo que se entiende, en la Constitución Política de la República de Guatemala, por derecho a la salud y lo que es responsabilidad del Estado (CPR,Sección Séptima, Art. 93 al 95).

Además, habría que establecer de una manera objetiva qué tipo de población es atendida en los hospitales públicos, ya que es poco probable que una persona de ingresos altos busque ser atendida en ese tipo de servicio, y quizás no menos raro, alguien de ingresos medios. Si este tipo de población pudiera llegar a ser atendida en un futuro en los hospitales públicos, nos obliga a pensar que dichos hospitales entrarían a competir con los servicios privados de salud, a partir de lo cual hay dos posibilidades: uno, si se vuelven los hospitales públicos buenos ofertores de servicios de salud para los grupos de ingreso alto y medio, seguramente su lógica tendería a ser cada vez más excluyente con la población de bajos recursos; la otra, es que si los hospitales públicos no llegan a ser competitivos en el mercado en comparación con los servicios privados, la posibilidad de que estos puedan captar recursos de los grupos con mayor poder de pago es remota, quedando así los hospitales con el único y escaso financiamiento del gobierno central.

Ambas posibilidades significan una mayor exclusión de los sectores pobres y en extrema pobreza, que son la mayor parte de la población, de los servicios de tercer o cuarto nivel. Estos sectores son, en general, los que padecen mayores tasas de morbilidad y mortalidad, no sólo de desnutrición, diarreas o infecciones respiratorias agudas, sino también, de enfermedades crónico-degenerativas, cardiovasculares y otras que requieren de servicios quirúrgicos.

Además, buscar mecanismos redistributivos del ingreso mediante el cobro de cuotas diferenciadas, no parece ser la medida más adecuada; ya que probablemente, sean usuarios de clase media baja o pobres entre los que se establecería el mecanismo redistributivo. Esto contrasta con la permanente negativa, de los gobiernos y de los sectores económicos más fuertes, de modificar la actual estructura tributaria.

De hecho, cuando analizamos el origen del financiamiento del gasto del MSPAS, concluimos que son los mismos consumidores, a través de impuesto indirectos, los principales financiadores de dicha institución pública.

En el Cuadro 10 observamos que la mayor fuente de ingresos del MSPAS son los recursos internos y, entre ellos, los más importantes son los ordinarios que alcanzan aproximadamente 2/3 partes del total del financiamiento.

CUADRO 10  
ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO DEL  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
(porcentajes)

AÑOS	Recursos Internos Ordinarios	Recursos Internos Extraordinarios	Prestamos	Donaciones	Total
1980	70.7	10.4	18.9	0.0	100.0
1985	62.5	30.3	7.1	0.0	100.0
1986	60.2	26.8	13.0	0.0	100.0
1987	69.6	18.9	11.5	0.0	100.0
1988	59.5	23.6	15.2	1.7	100.0
1989*	62.4	19.2	12.6	5.8	100.0
1990	62.4	19.2	12.6	5.8	100.0

\* los datos de 1989 y 1990 corresponden a presupuesto programado que se repitió para los dos años.  
Fuente: Presupuesto del MSPAS, citado en Gómez y Pacajo, 1991, Cuadro 1, p.6.

En 1990, los recursos ordinarios alcanzaron un 84% del total del financiamiento con que el gobierno central financió el gasto público. Este 84%, está integrado por un 19.7% de impuestos directos y un 64.7% de indirectos (SEGEPLAN, s/f). Si a lo anterior le agregamos, que el gasto del MSPAS ha disminuido, podemos afirmar que el papel redistributivo del Estado tiende a reducirse y que son los mismos consumidores los que mantienen, en su mayor parte, los servicios de salud del MSPAS. Hay que señalar además, que la carga tributaria del país es de las más bajas del mundo, en 1990 fue de 7% del

PIB (Velásquez, 1994; 34).

De particular importancia, es el aumento de la participación de los prestamos en el financiamiento del MSPAS, en 1985 llegaba a un 7.1% y para 1986 aumenta a 13.0%. Las donaciones también comenzaron a jugar un importante papel en el financiamiento del ministerio durante 1988, 1989 y 1990. Ambas fuentes, prestamos y donaciones, fueron parte del creciente apoyo internacional que se dio con la entrada del gobierno civil de la DCG, que iniciaba una nueva etapa en la vida política del país.

Para concluir, la negativa de cambiar la estructura tributaria actual y el establecimiento de mecanismos redistributivos entre la población de escasos recursos y los pobres, sólo profundizará la desigual distribución del ingreso en la población. Los sectores económicos más fuertes, nuevamente salen exentos de aportar una cantidad proporcional a sus ingresos para el salario indirecto de la mayor parte de la población.<sup>99</sup>

## **2) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS):**

En la actual reestructuración del sector salud, el IGSS cobra carácter estratégico para la privatización selectiva de los servicios, ya que si se logra desmonopolizar, abriría un mayor campo al seguro social privado<sup>99</sup>; que es la manera de garantizar una demanda efectiva de servicios privados de salud y, al mismo tiempo, un negocio en si mismo, por la alta rentabilidad de los fondos al administrarse privadamente en el mercado financiero.

Para justificar la desmonopolización, se dice que la seguridad pública es menos eficiente y de peor calidad que la privada y, para ejemplificar esas ideas, utilizan el actual deterioro de los servicios del IGSS. Sin embargo, la situación actual del instituto se entiende desde dos perspectivas: la primera, como expresión del particular desarrollo del capitalismo dependiente en nuestro país; y, la segunda, por el negativo impacto que ha tenido la actual estrategia neoliberal de la reducción del gasto en salud y, en general,

---

<sup>99</sup> Para comprender cómo la reestructuración puede afectar al IGSS y favorecer a la privatización selectiva de los servicios de salud, ver el apartado sobre privatización de este mismo capítulo.

la política económica-social implementada para salir de la crisis de inicios de los ochenta. Tanto la política macroeconómica, como la reducción del gasto en salud han servido, como veremos a continuación, para deteriorar aún más la institución. De ahí la importancia que tiene revisar la cobertura, el gasto y el financiamiento de dicha institución. Prácticamente, como se vera más adelante, no hay institución pública o privada que pueda mantener servicios de calidad, al ser tan negativamente impactada por las distintas medidas económicas de los gobiernos y por la evasión y deuda del sector privado.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social fue creado en 1946 con el objetivo de dar protección a la población trabajadora del país y se financia con los aportes de los patronos, trabajadores y del Estado de acuerdo a cómo la ley lo especifica.

La afiliación al IGSS es obligatoria y sus dos programas, el AEM y el IVS, "contemplan prestaciones en servicios<sup>100</sup> o en especie y prestaciones de dinero, es decir, que protege la salud de sus afiliados y beneficiarios, considerando fundamental la restauración de la capacidad de trabajo y a la vez mantiene la economía familiar mediante la reposición del total o de una parte de los salarios de los trabajadores durante los periodos de incapacidad por causas eventuales o contingentes" (IGSS,1992;3)

El IGSS cubre a los trabajadores contribuyentes al régimen y a algunos de sus familiares que dependen económicamente de él (esposa e hijos hasta 5 años). En el Cuadro 11 se muestra el porcentaje de la población económicamente activa ocupada afiliada, el número de afiliados y protegidos, la proporción entre estos últimos y la cobertura del IGSS.

En relación al porcentaje de la PEA ocupada afiliada al IGSS<sup>100</sup>, se puede decir, de manera general, que ésta ha decrecido de un 30% en 1986, a un 27.9% en 1992, y más aún, si se compara con 1980 (35.9%). Hay dos comportamientos dentro de estos años que vale destacar. El primero de ellos,

---

<sup>100</sup> Se debe señalar, que durante el primer quinquenio de la década, el país sufrió una severa crisis económica que llevó a un estancamiento de la economía y los gobiernos asumieron una política restrictiva del gasto, lo que redujo el personal empleado de las instituciones estatales (Gómez y Pacajo,1991;51). Durante este período, la cobertura bajo de 35.9% en 1980 a 30.0% en 1986.



de 1986 a 1988, en que el porcentaje se mantuvo estable con un ligero aumento en 1988, este período corresponde a la primera mitad del gobierno de la DCG en la que se inició la estabilización de la economía y se impulsaron algunas medidas de generación de empleo. En esta etapa se dio una leve disminución del desempleo total y se mantuvo constante el subempleo.

CUADRO 11  
POBLACION AFILIADA Y PROTEGIDA AL  
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.

AÑO	% de la PEA ocupada afiliada	No. de afiliados	No. de protegidos	Personas protegidas por afiliado	Cobertura del IGSS (1)
1980	35.9	766,859	1,048,088	1.4	15.1
1986	30.0	660,444	1,064,100	1.6	13.0
1987	29.0	678,995	1,102,467	1.6	13.0
1988	31.4	779,560	1,316,329	1.7	15.2
1989	30.0	788,367	1,530,985	1.9	17.1
1990	29.1	785,753	1,558,272	2.0	16.9
1991	28.4	786,903	1,553,240	2.0	16.4
1992	27.9	795,708	1,564,606	2.0	16.1

1. Cobertura del IGSS: se refiere al porcentaje de la población total del país que es cubierta o protegida por el IGSS. La población total para cada año se obtuvo de la publicación Estimaciones y Proyecciones de población 1950-2025 de la Dirección General de Estadística, Centro Latinoamericano de Demografía. Guatemala, enero/1985, p.45.

Fuente: Construcción propia con base en datos obtenidos en: Boletín de Trabajo y Previsión Social, Mayo/1993, p.39 y de los Informes Anuales del IGSS. Estos últimos citados en Gómez y Pacayo, 1991, Cuadro 24, p.54.

El segundo comportamiento, contrario al anterior, se dio cuando el porcentaje de afiliados se reduce al pasar de 31.4% en 1988 a 27.9% en 1992. Esto se puede explicar, en parte, porque en ese período se da un aumento de la PEA subempleada, lo que indica un crecimiento del sector informal que no afilia sus trabajadores al IGSS. Es en 1989 en que la economía se desestabiliza nuevamente, y es a partir de ese año, que se implementan políticas económicas y sociales de perfil neoliberal. En relación al número de afiliados, éste aumenta en el período 1986 y 1992. Pero el crecimiento más marcado se da entre 1987 y 1988, cuando los patronos particulares y del Estado aumentan su número de afiliados (Velásquez, 1994; 24, Cuadro 2). Posteriormente, entre 1989 y 1991, el número de afiliados disminuye y asciende ligeramente hasta 1992.

Del número de personas protegidas por el IGSS y la cobertura que esto significa en relación al total de la población del país, podemos decir que la

cobertura aumenta de 13% en 1986 a 17.1% en 1989 y posteriormente desciende a 16.% en 1992. El aumento entre 1986 y 1989 parece deberse a dos hechos: al aumento de trabajadores afiliados durante este período de tiempo, principalmente entre 1987-1988 que es cuando la cobertura pasa de 13.0 a 15.2; y al aumento del número de personas protegidas por afiliado, que parece explicarse por la ampliación de la cobertura del programa de enfermedad y maternidad hasta los niños de cinco años en el Departamento de Guatemala en 1988 (Velásquez,1994;10), por la ampliación del mismo programa en el Departamento de Escuintla en 1989 (IGSS,1992;142) y por la incorporación de los jubilados y pensionados en 1987. Sin embargo, la reducción observada posteriormente en la cobertura parece explicarse porque el número de afiliados decrece durante esos años y se estanca el número de personas protegidas por afiliado en 2.0, cifra que podemos considerar de muy baja en comparación con otros países en los que la cobertura familiar por afiliado abarca más que la del IGSS.

Asimismo, se deben señalar algunos elementos generales que permiten dimensionar de mejor manera el comportamiento de la cobertura del IGSS. El origen de esta institución se enmarca dentro del intento por modernizar el sistema capitalista dependiente guatemalteco, entre 1944 y 1954, que los gobiernos del posterior período contrarrevolucionario se encargaron de frustrar<sup>101</sup>.

La cobertura de los programas del IGSS, debía crecer paralela al proceso de proletarización de la fuerza de trabajo. Sin embargo, este proceso ha sido sumamente lento y actualmente los asalariados representan un 48.6% del total de la PEA en 1993, mientras que el 49.9% son trabajadores por cuenta propia más ayudantes de familia. Así, la PEA asalariada se puede considerar una minoría (Velásquez,1994;32). Por ello, la baja cobertura del IGSS, en relación a la población total, está determinada en buena parte por la forma particular del desarrollo capitalista del país, que no logra generar los suficientes

---

<sup>101</sup> Producto de este período contrarrevolucionario, es que en la actualidad el IGSS carece de autonomía administrativa y financiera, lo que ha impactado negativamente en el desarrollo del régimen.

empleos formales. Si para 1993 el porcentaje de PEA afiliada se mantiene igual (27.9%), podemos inferir que el IGSS cubre al 56% de los asalariados del país, es decir, que tiene un déficit de 44% en relación a la PEA asalariada. Este déficit se podría explicar por empresas que son difíciles de detectar y por la evasión patronal; asimismo, se ha carecido por parte de las instituciones públicas, Ministerio de Trabajo (MT), del poder coercitivo para obligar a patronos y trabajadores a afiliarse. Lo que ha sido, en parte, reflejo de la falta de relación institucional entre el MT y el IGSS (ver: Velásquez, 1994; 32-33).

A lo anterior se suma, que en los últimos años el sector informal ha crecido más rápidamente que el formal, lo que representa una limitante estructural para que la cobertura del IGSS pueda crecer, ya que estos trabajadores no están afectos al régimen (Velásquez, 1994; 31-32). Esto señala una contradicción entre la estructura económica del país y la manera de trabajar del IGSS (Velásquez, 1994; 32). A corto plazo se deben buscar los mecanismos para incorporar a este dinámico sector de la economía al IGSS. En general, la reestructuración del régimen de seguridad social pública se debe adaptar al desarrollo capitalista del país, sin que se pierda su función redistributiva y el principio de solidaridad.

El financiamiento del IGSS, corre a cuenta de trabajadores, patronos y del Estado. Los aportes de cada uno depende del Programa de seguridad social al que nos estemos refiriendo. Para el Programa de Accidentes, Enfermedad y Maternidad, los trabajadores deben contribuir con el 3% de sus salarios, los patronos con 7% de éstos y el Estado con el 3% de los salarios de todos los trabajadores (IGSS, 1992; 4).

En el Programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia, los trabajadores deben aportar el 1.5% de su salario y los patronos con el 3% de éstos. El Estado debe contribuir con el 25% de los pagos anuales por el concepto de pensiones que la seguridad social realice (IGSS, 1992; 4).

Además de estas contribuciones, el IGSS recibe otros ingresos provenientes de la renta de activos financieros producto de los depósitos que

tiene el instituto en la banca central, ingresos diversos y los intereses y recargos sobre cuotas. En el Cuadro 12 podemos observar como se han comportado estas distintas fuentes de financiamiento del IGSS durante 1986-1993.

CUADRO 12  
FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL INSTITUTO  
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.  
(porcentajes)

CONCEPTO	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Aportes patronales	50.0	50.6	48.7	52.2	51.0	49.0	49.4	57.0
Cuota Patronal IGSS	1.9	2.02	2.0	2.4	2.3	1.8	1.8	1.8
Cuotal patronal Gobierno Central	5.8	3.2	6.5	0.0	0.0	3.0	5.3	0.0
Aportes laborales	27.6	28.4	27.36	28.9	28.4	26.4	26.6	29.0
Aporte del gobierno central	0.24	0.1	0.35	0.0	0.0	0.13	0.2	0.0
Renta de activos financieros	14.2	15.0	14.30	15.2	14.2	14.50	13.8	11.4
Ingresos diversos	0.18	0.19	0.23	0.28	0.26	0.25	0.23	0.36
Intereses y recargo sobre cuotas	0.43	0.44	0.55	0.55	0.58	0.53	0.54	0.67
Utilización de reservas para Construcciones Hospitalarias	0.0	0.0	0.0	0.43	2.8	4.2	2.1	3.0
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Construcción propia con base en datos de Gómez y Pacajo, 1991 y los Informes Anuales del IGSS.

En relación a los aportes de los trabajadores, patronos y del Estado, podemos decir que los dos primeros han mantenido su participación con pocas variación en los años 1986-1993; sin embargo, el Estado presenta algunas oscilaciones en sus contribuciones. Hay que destacar que en todo el período, el aporte del Estado estuvo muy por debajo que el de los trabajadores, cuando por lo que deben tributar, su participación porcentual tendría que ser muy similar, sino más alta. Además, en 1989, 1990 y 1993, el Estado no dio su aporte, entendiéndose ésto, como parte de las políticas de recorte del gasto en salud que afectó de manera importante este rubro.

Esto último es fundamental para entender la política de salud implícita de los gobiernos, ya que en los distintos planes y programas de gobierno y de salud se establece como uno de los objetivos dentro del sector salud, ampliar la cobertura y la calidad de los servicios de la seguridad social, objetivos difíciles de cumplir sino se dan las contribuciones obligatorias.

Para 1993 la deuda del Estado con el IGSS se calculaba en más de Q982 millones, que se acumuló desde 1956. Sumándose a lo anterior, el adeudo de otras instituciones públicas descentralizadas, autónomas y semiautónomas alcanza más de Q36 millones (IGSS,1992;105-106). En lo referente al sector privado su deuda alcanza los Q225.00 millones para el año 1992 (Velásquez,1994;34). Además, ambos sectores, el público y el privado, han agregado a los salarios nominales, bonificaciones que no cuentan para el aporte de las empresas o del Estado, lo que afecta a lo captado por el IGSS. Estos subterfugios se hacen muchas veces en mutuo acuerdo entre patrones y trabajadores (Velásquez,1994;35).

En relación a los activos financieros, éstos han representado el tercer ingreso más importante durante el período a estudio, no obstante que han sido afectados por la política económica implementada por los distintos gobiernos. Esto se debe, a que la institución no goza de autonomía administrativa ni financiera, por lo que sus fondos bancarios han sido regulados por la Junta Monetaria de acuerdo a los requerimientos de la política bancaria y crediticia<sup>102</sup> (BED,No.6,1986;2). Estos habían sido invertidos en el sistema bancario y en bonos del tesoro nacional hasta por 30 millones quetzales, para mantener la liquidez bancaria (BED,No.6,1986; 2). Durante el gobierno de la DCG, se varió ésta política con la decisión de que todos los fondos del IGSS (IVS) fueran invertidos en bonos del tesoro nacional, es decir, 260 millones de quetzales (BED,No.6,1986;2-3). Esto limitó financieramente al IGSS, por no poder obtener una mayor tasa de interés en la banca privada, ya que se quedó percibiendo un 10% fijo de tasa de interés (Velásquez,1994;39-40).

---

<sup>102</sup> Los fondos del IGSS habían sido invertidos en el sistema bancario y en bonos del tesoro nacional, por cifras no mayores de 30 millones de quetzales.

Posteriormente, en 1992, los fondos fueron liberados al sistema bancario, y el IGSS más la Cámara de la Construcción presentaron un programa para invertir en título de valores para reforzamiento de la vivienda. Sin embargo, los fondos fueron nuevamente retirados por decisión del Banco de Guatemala (Velásquez, 1994;40). Además la tasa de interés real de los fondos del IGSS se ha visto reducida, porque la tasa de inflación supera a su tasa de interés nominal; en 1991, la primera era de 15% (Bonos del Tesoro), mientras que la segunda fue de 12.4%, es decir una pérdida de 2.6% (Velásquez,1994;40).

Esto contrasta con lo sucedido en otros países, ya que dichos fondos han servido para capitalizar de una manera importante a la seguridad social. El caso de México es ejemplo de ello, ya que los recursos financieros han sido utilizados para la creación de infraestructura en salud, que ha favorecido a los mismos trabajadores afiliados (Laurell, (1)1994;8).

Los gastos realizados por el IGSS se presentan en cifras constantes en el Cuadro 13. En éste podemos observar a los dos programas del régimen y el AEM que se divide en gastos de funcionamiento e inversión. En general, los gastos del AEM superan a los del IVS a lo largo del período de estudio (1986-1992); reduciéndose esta diferencia entre 1989 y 1992. Este comportamiento llama la atención porque de acuerdo a lo encontrado en otros países, los gastos en los fondos de pensiones por lo general son mayores (Velásquez,1994); lo que depende de la estructura etarea y del monto de las pensiones.

En lo referente al AEM, su gasto aumenta de Q55 millones en 1986 a Q81 millones en 1988 y posteriormente decrece a Q60 millones en 1989. Durante 1991-1992 se eleva a Q72 millones, pero no alcanza los niveles de 1988. La reducción que se da después de 1988 en el AEM, afecta principalmente a los gastos de funcionamiento que en 1992 (Q66.0 millones) no alcanzaban los niveles de 1987 (Q68.8 millones). Esta reducción contrasta con la utilización de servicios de ese programa. Los partos y abortos atendidos aumentaron constantemente durante esos años (1989-1992); las consultas por enfermedad mantuvieron un nivel mayor que en 1988, con un máximo en 1990; y los

accidentes atendidos fueron mayores o aproximadamente iguales a los de 1988 y es hasta 1992 que se reducen a un nivel inferior (IGGS,1992;149-151). Lo anterior nos permite inferir que seguramente la calidad de servicios decreció durante esos años al poseer menor cantidad de recursos para atender una mayor demanda.

Para terminar, se debe señalar que los gastos de inversión aumentaron de 1986 con Q0.3 a Q0.9 millones en 1988 y posteriormente decreció a Q6.0 millones en 1992. El nivel de inversión, en términos generales, fue mayor después de 1988, lo que parece corresponder, en parte, a un mayor gasto en construcciones hospitalarias (ver Cuadro 12). Aún así, la tendencia general en la inversión es baja, lo que explica el deterioro y falta de expansión de los servicios del instituto.

CUADRO 13  
GASTOS REALIZADOS POR PROGRAMA DEL  
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL  
(millones de quetzales en cifras constantes de 1980)

PROGRAMAS	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
<b>Accidentes, enfermedad y maternidad.</b>							
Funcionamiento	54.7	68.8	80.0	74.5	57.0	66.0	66.0
Inversión	0.3	0.2	0.9	0.5	3.0	6.0	6.0
<b>Invalidez, vejez y sobrevivencia.</b>							
	14.0	15.0	17.0	39.0	31.0	37.0	40.0
<b>Total</b>	<b>69.0</b>	<b>84.0</b>	<b>98.0</b>	<b>114.0</b>	<b>91.0</b>	<b>109.0</b>	<b>112.0</b>

\* C. Constantes con base en 1980, índice precios al consumidor SEGEPLAN.

Fuente: Gómez y Pacajo, 1991, Cuadro 27, p. 61.

En el Cuadro 14 observamos los ingresos, gasto y superávit del IGSS en cifras constantes. En relación a los ingresos, vemos que entre 1986 y 1988 hubo un incremento de Q98 millones a Q125 millones respectivamente; posteriormente desciende a Q92 millones en 1990 y vuelve a ascender a Q132 millones en 1993. Este comportamiento está muy relacionado con la tendencia que han tenido los salarios reales de los trabajadores y con las variaciones en el número de afiliados. De ahí, que al impacto negativo que han tenido el desfinanciamiento del IGSS por parte del Estado, del sector privado y por las políticas de la Junta Monetaria, se debe sumar los de la contracción salarial

y el aumento del desempleo durante el período a estudio; ambos expresión de la crisis económica y del ajuste neoliberal aplicado para salir de ella.

En lo que se refiere al gasto, éste ha aumentado de Q69 millones en 1986 a Q112 millones en 1992. Lo que llama la atención, es que entre 1986 a 1989 hubo una tendencia al aumento del gasto, para luego reducirse en 1990 y ascender levemente en años posteriores. Esta variabilidad en el gasto contrasta con el permanente ascenso de la demanda del programa AEM y los mayores gastos en el IVS (IGSS,1992;159). Se debe considerar que la clase media ha contribuido a esta mayor demanda porque su capacidad de pago se ha visto reducida por la inflación (Velásquez,1994;47).

CUADRO 14.  
INGRESOS, GASTOS Y SUPERÁVIT DEL  
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.  
(Millones de quetzales en cifras constantes de 1980)

CONCEPTO	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Ingresos	98	111	125	118	92	115	132
Gastos	69	84	98	114	91	109	112
Superávit	29	26	28	4	1	6	20

\* C. Constantes con base en 1980, índice precios al consumidor SEGEPLAN.

Fuente: Construcción propia con base en datos de Gómez y Pacajo,1991, y los Informes Anuales del IGSS.

Como producto de lo anterior el superávit no ha tenido un comportamiento uniforme. Entre 1986 y 1988, el ingreso y el gasto se comportan de una manera casi paralela y constante, manteniendo un superávit promedio de Q27.6 millones. Posteriormente, entre 1989 y 1991, hay un marcado aumento de los gastos en relación a los ingresos y el superávit llega a bajar a Q4, Q1 y Q6 millones en 1989, 1990 y 1991. En 1990, año del menor superávit, los ingresos se reducen por baja en los salarios reales y en el número de afiliados. En 1992 hay un elevamiento del superávit que obedece a mayores ingresos y a que los gastos aumentaron levemente.

Dado sus bajos ingresos, el superávit que mantiene el IGSS, se logra a expensas de un reducido gasto pese al aumento de la demanda de los servicios. Esto redunda en un deterioro de la infraestructura y en la calidad de las prestaciones. En relación a esto, se debe decir que la falta de autonomía,



hace que el presupuesto de cada año deba ser revisado y modificado por el Ministerio de Finanzas. Muchas veces se hacen recortes presupuestarios que hace que se pierdan los criterios iniciales de su elaboración, que estaban apegados a las necesidades institucionales (Velásquez, 1994; 30-31), lo que afecta la ejecución posterior de los programas.

A manera de resumen, vemos que los últimos gobiernos han mantenido y profundizado el histórico abandono del IGSS. El Estado no ha cumplido con las contribuciones que le exige la ley. Esto refleja una acción deliberada de los equipos de gobierno en retirar al Estado de estas responsabilidades y ocupar sus recursos en otras instituciones o sectores, que de acuerdo con sus políticas consideran prioritarios (ver capítulo de política social). Asimismo, tampoco ha sido capaz de hacer que la ley se cumpla, ya que el sector privado mantiene una permanente evasión y deuda por cuotas atrasadas con el instituto.

Estas acciones reducen el papel de redistribución del ingreso que el Estado debe jugar en una sociedad como la guatemalteca y limita la capacidad de la seguridad social de prestar servicios de calidad, lo que contrasta, como se señaló anteriormente, con el discurso de los últimos tres gobiernos.

Además, la cobertura del seguro no ha crecido lo necesario a lo largo de la década de los ochenta e inicios de los noventa, y no se ha realizado ninguna acción lo suficientemente importante como para incorporar a mayor número de trabajadores al régimen. Se carece de una adaptación del régimen a la estructura económica del país, en la que el sector informal juega cada vez un papel más importante.

La estrategia de desfinanciamiento y deterioro de la seguridad social y el abandono de la atención del tercer y cuarto nivel en el MSPAS, abona el terreno para una creciente demanda de los servicios privados; que es una de las condiciones para abrir más el mercado de la salud.

En la parte de este capítulo dedicado a la estrategia de privatización de los servicios de salud, se discutirán algunas de las propuestas y acciones que se están tratando de implementar por parte del gobierno de De León Carpio. Esto permitirá complementar la visión a futuro de la participación del IGSS

en la nueva reestructuración del sector salud.

### 3. Las perspectivas del gasto en el sector salud:

Analizar las perspectivas del gasto sectorial permite resumir muchas de los hallazgos anteriormente discutidos y reafirmar la tendencia neoliberal del gasto. Eso se debe, a que el gobierno de De León Carpio en sus "Lineamientos de Política de Salud 1994-1995" y en su "Programa Sectorial de Salud", ha recogido el producto de los estudios diagnósticos y de las propuestas de los organismos internacionales, principalmente del BID y del BM, para el sector salud. Esto se expresa, en un discurso coherente con los hechos y con el proyecto global que trata de impulsar el actual gobierno.

El Programa Sectorial de Salud en su Componente de Financiamiento y Asignación de Recursos del Sector (MSPAS, 1994; 8-11), establece cuál será la estrategia a seguir en el gasto. Dicho Componente resume sus acciones en las siguientes:

- 1) El mejoramiento del nivel del gasto y su asignación interna.
- 2) La agilización de la ejecución presupuestaria.
- 3) La normalización de los aportes estatales al IGSS.
- 4) La participación del sector privado.

En cuanto al mejoramiento del nivel del gasto y su asignación, el Programa Sectorial plantea la necesidad de elevar el gasto del gobierno central (MSPAS y transferencias al IGSS) y pone como meta para la década, el que se alcance el 2% del PIB (MSPAS, 1994; 9). Lo que significa que, durante la década o para el año 2,000, apenas estaría alcanzado o levemente sobrepasando el nivel de 1980 de 1.9%; y en relación a 1992 (1% del PIB) se estaría duplicando (ver Cuadro 15).

CUADRO 15  
EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD DEL  
GOBIERNO CENTRAL, 1980-1992  
(Como porcentaje del PIB)

CONCEPTO	1980	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Gasto en Salud	1.9	1.3	1.1	1.4	1.3	0.9	0.9	1.0

Fuente: SEGEPLAN.

La meta del gasto del sector salud se puede considerar baja, ya que el Estado guatemalteco no sólo ha desfinanciado históricamente al sector, sino que además, entre 1986 a 1992 (promedio 1.3% del PIB), sufrió una severa reducción mientras se privilegiaba otros tipos de gastos sectoriales.

Además, es cuestionable que se pueda alcanzar la meta de 2% del PIB si se sigue manteniendo la estructura tributaria regresiva con la actual reforma que se basa principalmente en los impuestos de tipo indirecto. Esto nos indica que el proyecto que se está tratando de consolidar, sigue manteniendo, en esencia, la falta de capacidad redistributiva del Estado, situación alarmante, si tomamos en cuenta que la pobreza y extrema pobreza en el país han aumentado. Por lo pronto, declaraciones del presidente de la Comisión de Salud del Congreso es muy sugestiva en este sentido, al decir, que el presupuesto de 1994 para el MSPAS es "una muerte anunciada" (La Hora, 18/1/94).

De acuerdo al Programa Sectorial de Salud, la asignación interna del gasto va a priorizar los servicios básicos dirigidos para la población pobre (MSPAS, 1994; 8) y seguirá retirando (el Estado) su apoyo financiero a los hospitales nacionales y de especialidades. Por consiguiente, mantener bajo el gasto en salud es compatible con su reorientación a los servicios de salud pública selectiva y clínicos "esenciales" que es una atención mínima y lo más barata posible; e implícitamente significa, la renuncia del Estado a garantizar el derecho a la salud en todos los niveles de atención.

Como contraparte y complemento de lo anterior, se le da relevancia a la participación del sector privado para la producción y financiamiento de servicios de salud. Esta participación tiene como preámbulo, el deterioro del sector público de salud, como resultado en gran parte, de la misma política social y económica neoliberal. A consecuencia de ello, y a la mínima acción que van adquiriendo los servicios públicos, se genera una demanda de servicios privados y se justifica el cobro por servicios de salud en las instituciones públicas que, como veremos más adelante, no sólo se circunscribe a las de tercer o cuarto nivel.

Es así como se legitima la acción del sector privado, basándose en la

idea de que sus servicios son de mayor calidad y eficiencia que los públicos. Para estimular la acción de los privados y favorecer la mercantilización de los servicios el Programa Sectorial de salud propone las siguientes actividades: "a) los cambios legales e institucionales para potenciar la participación del sector privado en el financiamiento, la administración y la provisión de servicios de salud; b) la ejecución de programas de recuperación de costos y la formación de patronatos y otras formas de participación del sector privado, comunidades y municipios" (MSPAS,1994;10).

Las otras acciones del PSSMS, encaminadas a la agilización de la ejecución presupuestaria y la normalización de los aportes estatales al IGSS, son positivas. Sin embargo, se dan en un contexto y como parte de una política, que en si misma les restringe su posibilidad de impactar en manera importante en la salud de la población.

Este Componente de Financiamiento se viene a complementar con la estrategia de descentralización que analizaremos a continuación y juntos preparan el terreno para la privatización de los servicios de salud.

## B. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Las propuestas y las escasas acciones del proceso descentralizador de los servicios de salud ha abarcado principalmente al MSPAS. La descentralización en salud es el correlato sectorial a la transformación del Estado que se inició con la regionalización, los Consejos de Desarrollo y el 8º Constitucional. El proceso descentralizador se divide en las dos etapas que antes indicábamos para la política de salud.

### 1. La Primera Etapa de la descentralización:

#### a) El Gobierno de la DCG:

El gobierno de la DCG hace dos propuestas para mejorar la eficiencia y para descentralizar los servicios de salud. La primera fue una modalidad de descentralización a corto plazo, que involucraba a varios sectores de la administración pública y formaba parte del Programa de la Reorganización Nacional (PREN) de 1987. Esta consistía en la creación del Consejo Nacional de Salud que era uno de los 9 Consejos Nacionales, cada uno dirigido a una área o proyecto prioritario. Dichos consejos se justificaban mediante el concepto de la Deuda Social y prácticamente eran el mecanismo para pagarla. Esto involucraba un aumento sustancial en el gasto público que se financiaría mediante la reforma tributaria de ese año (1987) y con la implementación del FIS (BED, No. 11, 1988; 11 y BED, No. 2, 1989; 11).

La segunda, la descentralización dentro del PMDI, fue un proceso más elaborado y completo pero que tampoco se logró culminar, en parte, por la inestabilidad política y los problemas al interior del equipo gobernante. Este programa formaba parte del "Programa de Desconcentración y Descentralización de la Administración Pública" que vimos en el segundo capítulo.

Estas dos propuestas no eran de carácter neoliberal en cuanto mantenían al Estado como el principal financiador y productor de servicios de salud.

#### **- EL Consejo Nacional de Salud del PREN (Consalud):**

El PREN tenía dentro de su proyecto político el objetivo de la reorganización nacional, para lo que planteó dos nuevas organizaciones, que son: la Participativa de Proyectos y la Participativa de Apoyo. La

Organización Participativa de Apoyo tenía como objetivo promover el desarrollo de los distintos proyectos mediante la participación de las instituciones gubernamentales y de las organizaciones de la población. Una de las áreas consideradas prioritarias era la de salud, por lo que se crearía el Consejo Nacional de Salud (Consalud). (PR,1987; 30-32)

El Consalud priorizaba dos tareas: los programas de atención preventiva dirigidos principalmente a los grupos de alto riesgo, niños y madres, embarazos y lactantes, y acciones para bajar el precio de los medicamentos y agilizar su comercialización. (PR, 1987;57)

Dos características fundamentales de Consalud, que permiten entender como se planteaba el Estado subsidiario durante el gobierno de la DC son: la horizontalización autoritaria, ya que pese a la participación de organizaciones de la población en los consejos, el poder seguía concentrado en el ejecutivo, particularmente en el Presidente de la República; y la otra, la subsidiariedad del Estado, con la intervención en la producción o comercialización de insumos. Además, esta función subsidiaría se planteaba más en relación con los grupos comunitarios en acciones de prevención, que con los individuos en el libre mercado de la salud.

Por ello, la subsidiariedad del Estado expresada por el Consalud, se diferenciaba de la neoliberal en tres aspectos. El primero era que el Estado debía de generar las condiciones y apoyar la elaboración de proyectos por parte de la comunidad pero, de acuerdo al contenido de las tareas del Consalud, éstos iban a enfatizar acciones de tipo preventivo, que prácticamente no son de carácter lucrativo.

El otro aspecto, era el subsidio del Estado a los medicamentos con el objetivo de abaratarlos y agilizar su comercialización mediante las llamadas farmacias populares. Esto también contradice la visión neoliberal ya que es una clara interferencia en el mercado de uno de los insumos (medicinas) de los servicios de salud.

El último aspecto, se refiere a que no abría espacios en el financiamiento de los servicios de salud a los privados y seguía privilegiando

a los fondos estatales. Ejemplo de ello era la elevación del presupuesto del que dependía la implementación de los consejos (reforma tributaria y FIS) y la ausencia de mecanismos para la mercantilización de los servicios.

De manera general, se puede decir que el Consalud enfrentó los mismos problemas u obstáculos que el resto de consejos por proyecto prioritario (ver capítulo sobre la DC). Desde la perspectiva política, a nivel interno del equipo gobernante, la negativa de los ministros de apoyar a los presidentes de dichos consejos; y desde la externa, la permanente oposición de los distintos sectores, principalmente de la iniciativa privada, que interpretaba estas acciones y propuestas como mecanismos para generar una base social que le permitiera a la DCG perpetuarse en el poder.

Asimismo, hubo incapacidad en el equipo de gobierno para instrumentar una adecuada y viable propuesta desde el punto de vista técnico-administrativo y financiero. El Consalud era prácticamente una estructura administrativa sobrepuesta a la ya existente y debía coordinar acciones interinstitucionales para resolver los problemas específicos que le correspondían a cada uno. Esto, como se vio anteriormente en el capítulo sobre la descentralización de la DC, podía causar problemas de tipo administrativo.

Desde el punto de vista financiero, los consejos requerían de un presupuesto elevado. Durante 1987, no hubo posibilidad de implementar los consejos porque, a pesar de que el PREN entró en vigencia en junio/julio, fue hasta septiembre que se hizo la reorganización fiscal de la cual dependía parte de sus fondos (BED, No.11, 1988; 11-14) y el FIS no se logró instrumentar durante este período de gobierno. Para 1988, la subejecución fue marcada en los ministerios encargados de pagar la Deuda Social. El MSPAS, por ejemplo, ejecuto el 67% de lo presupuestado mientras que la Presidencia, el Ministerio de la Defensa y de Gobernación ejecutaron 97%, 89% y 94% respectivamente. Se debe mencionar que en ese mismo año se ejecutó el 87% de lo programado de todo el presupuesto y que los impuestos y las donaciones mostraron una buena dinámica en apoyo a las finanzas del Estado (BED, No.2, 1989; 16-25)

Producto de los anteriores obstáculos, el Consalud no se llegó a

constituir como tal, pero algunas de las tareas que se le atribuían se realizaron. Aunque no se conoce estudios evaluativos de éstas, en el PREN se indica que en mayo de 1987 se inició el programa de distribución y reducción del costo de medicamentos; otro aspecto es la atención a los grupos de alto riesgo que de acuerdo al programa comenzó en junio de 1987. Llama la atención que la orientación del gasto de inversión del MSPAS coincidía con el planteamiento del Consalud, al priorizar la atención de tipo preventivo (ver Cuadro 2).

**- La Descentralización en la reestructuración del MSPAS:**

El gobierno de la DCG, desde un inicio, planteó que la reestructuración del sector salud tenía como eje el fortalecimiento del desarrollo institucional del MSPAS y la regionalización y descentralización de sus servicios. A partir de estas dos acciones se pretendía lograr una mayor direccionalidad, coordinación, ordenamiento y racionalidad al sector (Donis, 1991; 91). Por lo que los cambios institucionales del MSPAS necesariamente significaban una nueva forma de articulación entre las distintas instituciones y organizaciones del sector.

La reestructuración estaba planteada en 5 etapas: la de diagnóstico del sector, principalmente del ministerio; la de conceptualización del modelo de salud; la de planificación con el Plan Nacional de Desarrollo Institucional que previa un modelo estructural del ministerio y una mayor capacidad gerencial; la de validación de la propuesta a distintos niveles y actores del MSPAS; y por último, la puesta en práctica de la propuesta, etapa a la que se llegó al final del período de gobierno de la DCG y que dependería de la voluntad política del siguiente gobierno para el seguimiento de su implementación. (Donis, 1991; 92-95)

La conceptualización del nuevo modelo de salud debía tener una nueva sustentación ideológica, filosófica, política y técnica. El desarrollo del modelo como tal debía considerar dos elementos fundamentales: el perfil epidemiológico en cada uno de los niveles de la estructura que veremos a continuación; y el perfil de los servicios, tanto estatales como sociales, o



sea aquellos que han mantenido las comunidades a lo largo de los años a pesar de la transculturización (Donis,1991;95-96).

El Plan Maestro de Desarrollo Institucional (PMDI) establecía los componentes, objetivos, estrategias y metas para los años 1987 y 1990 (MSPAS,S/F;1). Partía del análisis de variables organizacionales, de transacción y de beneficio directo<sup>103</sup>, y definía los siguientes componentes<sup>104</sup>: Filosofía, Conducción, Coordinación, Descentralización, Organización, Prestación de Servicios, Productividad, Planificación, Sistema de Información, Control, Supervisión, Evaluación, Recursos Humano, Recursos Físicos, Recursos Financieros, Investigación, Sistemas de Administración de Recursos y Mantenimiento (MSPAS,S/F;6-14).

La reestructuración del MSPAS tenía como objetivo fortalecer el poder político del ministerio mediante una adecuada centralización del poder obteniendo así una mayor direccionalidad. Se contemplaba la supresión de la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS) y se establecía entonces la existencia de tres vice-ministerios, uno técnico, otro administrativo, y el tercero, de planificación de la atención a las personas y al medio. Al mismo tiempo, se planteaba la importancia del Plan Nacional de Salud y del Consejo Nacional de Salud. Además, se previa a corto plazo la puesta en funcionamiento del Comité de Gerencia Ministerial, conformado por el ministro, los tres viceministros y los ocho directores de las regiones. (Donis,1991;91-92)

En lo que se refiere al modelo estructural, la descentralización se justificaba por la necesidad de tener un mayor grado de eficiencia, eficacia y productividad en los servicios y una adecuada participación de la población. Para ello, se pensaba apoyar mediante el otorgamiento del poder de decisión y de recursos (humanos, materiales y financieros) a las ocho direcciones

---

<sup>103</sup> Las variables organizacionales coincidían casi por completo con los componentes descritos. Las variables de transacción se definían como aquellas que interactuaban con las variables organizacionales, apoyándolas, demandándolas y condicionándolas, como por ejemplo: los usuarios, proveedores, instituciones afines, entre otras. La variables de beneficio directo, eran las que tenían relación directa y efecto en los procesos sociales como por ejemplo: vivienda, agricultura, transporte,etc. (MSPAS,s/f;5-6) (ver anexo 2)

<sup>104</sup> Cada uno de estos componentes eran como estrategias de acción del plan y se descomponían en objetivos, líneas de acción, estrategias, metas, período, actividades, necesidades y unidades ejecutoras (MSPAS,S/F).

regionales y a las 24 áreas de salud; y un mayor apoyo a la gestión de los puestos y centros de salud (distritos de salud), promoviendo la participación de las comunidades. (Donis,1991;92)

Algo fundamental de la regionalización y descentralización, eran los comités de gerencia que se constituían por las autoridades de las distintas instancias del MSPAS en cada uno de los niveles: central, regional, de área y distrital<sup>105</sup>. (Donis,1991;s/p)

A nivel de los distritos de salud se instrumentaría la "Cápsula Operativa". Esta consistía en un modelo integral de atención y gestión, que se conformaba por los servicios del MSPAS, por delegaciones del IGSS, por las ONG que trabajaran en el lugar, por autoridades municipales y por miembros del sector privado o productivo. Estos últimos, se integraban por tener una alta ingerencia en las decisiones políticas y en la participación comunitaria del lugar. (Donis, 1991;99-101)

Con base a lo anterior y con algunos otros elementos, podemos establecer una serie de características de la reestructuración del sector que se proponía la DCG, su relación con el proyecto global que éste impulsaba y el grado de acercamiento que podía haber tenido con el modelo neoliberal de atención a la salud.

En el primer caso, se debe señalar que efectivamente la reestructuración seguía la misma jerarquía de niveles que ha mantenido el MSPAS y que en cada uno de ellos se buscaba descentralizar el poder de decisión y la desconcentración de recursos humanos, materiales y financieros, sin olvidar el esfuerzo que se haría en darle direccionalidad al sector a través del fortalecimiento del despacho ministerial a nivel central.

El Plan Nacional de Desarrollo Institucional coincidía con el marco general de la regionalización del país y ubicaba en cada uno de los niveles

---

<sup>105</sup> El comité de gerencia ministerial a nivel central se constituía por: el ministro, los tres viceministros y los directores regionales. El comité de gerencia regional se integraba por: los directores regionales, los jefes de área y los directores de hospitales regionales. El comité gerencial a nivel de área se formaba por: los jefes de área, jefes de distrito de salud y los directores de hospitales de área (departamentales). Y por último, el comité de gerencia de distrito integrado por: el jefe de distrito, los directores de centro de salud y encargados de puestos de salud. (Donis,1991;s/p)

de la estructura del MSPAS, puntos de comunicación y coordinación con los Consejos de Desarrollo.

Los comités de gerencia eran la principal innovación administrativa de este modelo y se constituían en la columna vertebral del MSPAS, ya que ellos eran las instancias de toma de decisión en nivel central, regional, de áreas y distrital. Estos comités estaban integrados únicamente por miembros pertenecientes al MSPAS sin la participación de otras instituciones públicas u organizaciones de la sociedad. Esto adquiere importancia a nivel distrital, donde se establecía la Cápsula Operativa con la participación del sector privado productivo, ONG, municipalidad, del IGSS y de las comunidades mediante una convocatoria del comité gerencial. La participación de estas organizaciones e instituciones, se interpreta como una medida política e ideológica que buscaba legitimar el accionar del MSPAS ante diversas instancias que trabajaban por la salud y no ún espacio democrático, ya que la toma de decisiones estaba en manos del comité gerencial.

Como conclusión podemos decir que, al igual que los Consejos de Desarrollo, en esta descentralización el poder seguía en manos del ejecutivo, en este caso en las autoridades del MSPAS; situación que seguía concentrado el poder a nivel presidencial y de su ministro de salud, dando la posibilidad de que las acciones se realizaran con un alto grado de discrecionalidad, pero al mismo tiempo, buscando cierto grado de consenso de las distintas organizaciones o instituciones a los distintos niveles.

Esta reestructuración y, en particular, el Plan de Desarrollo Institucional, tenían algunos elementos que podían considerarse de perfil neoliberal, pero un análisis detallado permite ilustrar que no contenía todos los elementos para serlo.

En los planteamientos se puede observar una fuerte coincidencia con el discurso neoliberal al hablar de productividad, eficiencia y eficacia; además, de que la reestructuración tenía como columna vertebral el establecimiento de comités de gerencia pública. Sin embargo, las propuestas no se apegaban completamente a lo que se conoce como una estructura organizativa y un modelo

de atención producto de la implementación de políticas neoliberales de salud.

En ese sentido, la concepción del modelo para la salud, a partir de la cual se iba a implementar el plan de acción del sector y el modelo integral de atención y gestión, se constituía con base en el modelo estatal y social, sin considerar el modelo de atención del sector privado lucrativo. Este subsector estaba dentro de las distintas instituciones u organizaciones convocadas en la Cápsula Operativa pero por motivos de coordinación y no para realizar acciones como la subrogación de servicios o su participación formal en el financiamiento y provisión de servicios.

Desde la perspectiva financiera, el plan no establecía ninguna cuota o cobro para el autosostenimiento de los servicios, ya que el costo correría a cargo de los recursos desconcentrados del gobierno central. Se debe señalar que esto ya se había iniciado previamente durante el gobierno de Mejía Víctores en las áreas de salud. El plan tampoco señalaba cambios en el IGSS, sino sólo mayor coordinación de sus servicios con el MSPAS y la ampliación de su cobertura.

Por todo ello, la reestructuración del MSPAS no establecía mecanismos para ampliar el campo del mercado en los servicios de salud, manteniendo al Estado como eje de la producción y financiamiento de los servicios, y concentraba el poder en el ejecutivo a igual que el Consalud y los Consejos de Desarrollo.

En términos generales, se puede decir, que la falta de avance en la implementación de este plan no permite tener más detalles sobre cómo se iba a realizar estas acciones y tampoco se conocen propuestas más acabadas de como iba a funcionar en cada uno de los niveles de la administración.

La reestructuración del sector salud de la DCG enfrente varios problemas.

Desde el punto de vista político faltó, de manera general, voluntad para institucionalizar y operacionalizar el proceso descentralizador. Entre los problemas están los siguientes: se careció de lineamientos políticos claros, por lo que el equipo conductor del proceso no tuviera bien definidas sus

funciones; existió inaccesibilidad de dicho equipo a las instancia de decisión superior (VP,1988;s/p); se dieron diferencias políticas y personales entre las autoridades de más alto nivel del MSPAS (Ministro, Viceministros, Director de la DGSS), lo que obstaculizó o limitó el proceso; hubo un constante cambio de ministros, viceministros y directores de la DGSS, que no permitió darle continuidad a las iniciativas; y las únicas instancias que se crearon del modelo estructural, las oficinas regionales, se encontraron con el problema de las disputas de poder entre los jefes de área y los directores de ellas, en gran parte, por la indefinición e incomprensión de las funciones de estos últimos<sup>106</sup>. Desde el punto de vista administrativo y técnico, se puede señalar que existió, en algunas de las personas que ocuparon altos cargos en el MSPAS, una visión cortoplacista y, muchas veces, se realizaron únicamente acciones de contingencia, perdiéndose la visión a mediano o largo plazo del fortalecimiento o desarrollo institucional<sup>107</sup>. Además, la rigidez de la estructura administrativa y la sobrecentralización de las decisiones obstaculizaban cualquier apoyo para el cambio; no existía la región como instancia administrativa; había desconocimiento en los niveles técnico, normativo y operativo sobre las bases legales, conceptuales y estratégicas del proceso de descentralización y desconcentración de los servicios de salud; faltaba capacitación de los funcionarios a nivel local para aumentar su capacidad gestora y para los que ocuparían los cargos regionales (VP,1988;s/p). Estos últimos carecían de la capacidad gerencial o técnico-administrativa; y no se les apoyaba con los recursos ni el personal necesario para el funcionamiento de sus oficinas regionales; y sus funciones se duplicaban con las de los jefes de área<sup>108</sup>.

Los resultados del proceso de reestructuración de la DCG, fueron muy limitados y al término del período de gobierno, no había cambiado la forma de trabajo del MSPAS.

---

<sup>106</sup> Entrevista a asesor de la OPS y a autoridades del MSPAS durante el gobierno de la DCG.

<sup>107</sup> Entrevista con autoridad del MSPAS durante el gobierno de la DCG.

<sup>108</sup> Entrevista con asesor de la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS) del actual gobierno.

Las oficinas regionales se establecieron, se nombraron a los directores y se hicieron los reglamentos para su organización y estructura. Sin embargo, éstas fueron prácticamente inoperantes y los directores regionales quedaron sólo como figura, sin un papel relevante en la administración del MSPAS. Solamente una de las regiones aplicó una planificación participativa intra-institucional de importancia, pero duró únicamente el tiempo que permaneció el liderazgo que la activó (OPS, 1991; 97-98).

Otra de las acciones que se realizaron dentro del contexto de la reestructuración del MSPAS fue el renovado apoyo al Consejo Nacional de Salud<sup>109</sup> como instancia para coordinadora el sector y para establecer un Sistema Nacional de Salud. Este había sido constituido desde 1969, y ratificado en 1981, pero es hasta 1989 que se norma su estructura, organización, funcionamiento y atribuciones' en la emisión de su reglamento (Acuerdo Gubernativo No.607-89). Sin embargo, hasta la fecha no ha tenido ningún impacto, ha carecido de liderazgo<sup>110</sup> y ha sido relegado a un segundo plano en lo que se refiere a la formulación de política.

Sin embargo, como resultado general del proceso de reestructuración del MSPAS está la toma de conciencia de la importancia de este proceso y su inicio como parte de la reestructuración global del sector público (Cardona, 1991; 12-13). De esta manera, al final del gobierno, dentro del marco del Plan de Desarrollo Institucional, se contaba con un diagnóstico de la situación de salud que definía un perfil de los servicios de salud y epidemiológico; se había conceptualizado un modelo de salud pendiente a validarse; y se tenía un modelo estructural que incluía el diseño de descentralización. (Donis, 1991; 90-94). La tarea de continuar este proceso quedaba, sin embargo, en manos del próximo gobierno que, como veremos, no lo llegó a concretar principalmente por

---

<sup>109</sup> El Consejo Nacional de Salud debe ser integrado por el MSPAS, la Universidad de San Carlos de Guatemala, IGSS, Consejo Bienestar Social (representante de las organizaciones privadas) y cualquier otra institución que ha juicio de las autoridades del ministerio sean conveniente que participen. (Decreto No. 31-69. Artículo 3)

<sup>110</sup> Entrevista con autoridad de SEGEPLAN del Sector Salud.

falta de voluntad política.

En relación al IGSS, podemos señalar que la única acción que se destacó durante el gobierno de la DC, fue la implementación de un Programa de Medicina Comunitaria en el Departamento de Escuintla con el objetivo de ampliar su cobertura. Este se estableció para toda la población, pero se priorizó a la población trabajadora. Para ello, se modificó y se amplió el personal institucional y se involucró a la comunidad. Como producto de dicho programa se generó una demanda de servicios que sobrepasó la capacidad resolutoria del mismo y a pesar de que se dieron negociaciones entre el MSPAS y el IGSS, existió desarticulación y duplicación de esfuerzos entre ambas instituciones. El MSPAS no desarrolló una conducción sectorial que le permitiera aprovechar la mayor participación del IGSS. (OPS,1991-101)

b) El Gobierno del MAS:

Dentro de la primera etapa que definimos para la política de salud, el gobierno del MAS presentó su Plan Nacional de Salud, titulado "Nuestro Compromiso con la Salud Pública" (NCCSP). Este plan desentonaba con el proyecto neoliberal que se comenzaba a configurar con el PLADES y que se terminaba de definir con el Programa de Modernización Económica y Desarrollo Social como producto de las negociaciones con los organismos internacionales, en particular con el BM.

El Plan Nacional de Salud presentado por el gobierno del MAS en febrero de 1991, mencionaba dos estrategias: una de corto plazo, en 90 días, que buscaba resolver la crisis hospitalaria; y la otra, que tenía como prioridad fortalecer las acciones de medicina preventiva. Entre sus postulados para implementar el desarrollo institucional del MSPAS estaba: la instrumentalización del proceso de regionalización y descentralización de la administración del MSPAS; el fortalecimiento del Consejo Nacional de Salud como una instancia de coordinación, el apoyo y respeto a la medicina tradicional; el fortalecimiento y desarrollo de la organización laboral; el uso más racional y eficiente de los distintos recursos; y, de manera general,

el desarrollo institucional del MSPAS. Esta gestión ministerial, se consideraba de transición para la transformación de los servicios de salud. (MSPAS, 1991;1-9)

La discrepancia con el proyecto neoliberal se dio en dos sentidos:

El primero, se refiere a la importancia que el plan de salud le daba al problema hospitalario y, por consiguiente, la necesidad de canalizar fondos para resolver esta problemática. En contraparte, el PLADES priorizaba el desarrollo institucional pero teniendo como eje únicamente al área preventiva y la atención primaria, no entendida ésta última en su concepción amplia e integral, sino selectiva.

El otro, fue la orientación que se le daba a la descentralización, pese a que tanto el PLADES como el NCCSP le daban prioridad. Durante 1991-1992, existió un esfuerzo conjunto entre el MSPAS y el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), dentro del programa de Racionalización de la Administración Pública (PRAP), para dar seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional iniciado en el gobierno anterior.

Se constituyó al Grupo Básico de Salud que tenía como objetivo general reformular o actualizar el Plan mencionado e impulsar el proceso al interior del MSPAS. Este grupo logró algunos resultados positivos como la actualización del Plan de Desarrollo Institucional, la elaboración del Plan de Acción y la penetración del PRAP a los planes operativos de la unidad de desarrollo administrativo del ministerio. Además se hicieron algunas acciones para el desarrollo del recurso humano y en las Unidades de Investigación e Información en Salud. (INAP-MSPAS, 1992;7-9)

Sin embargo, este grupo básico careció de apoyo político y sus propuestas y acciones se fueron diluyendo. Acá terminaba un proceso de desarrollo institucional y de descentralización que, con sus alti-bajos, duró aproximadamente siete años. Este fue sustituido por otro impulsado, desde finales de 1990 e inicios de 1991, por los organismos internacionales (BID y BM), y que buscaba una reestructuración del sector salud desde la perspectiva neoliberal. Este último es el que actualmente se está implementando y que a



continuación pasamos a analizar.

## 2. La segunda etapa: la descentralización neoliberal.

La descentralización neoliberal se encuentra actualmente en la segunda fase de implementación y, entre los distintos documentos que ubicamos en esta etapa, el PSSBID es la base conceptual y prácticamente indica los lineamientos que debe seguir la reforma del sector salud en el país.

El PSSBID, contiene propuestas generales para el sector salud y se centra en los cambios institucionales que incluye un marco legal nuevo para las reformas del sector y la reestructuración y fortalecimiento del MSPAS y del IGSS. Desarrolla además puntos sobre financiamiento, recursos humanos y modelo de atención. Los documentos, LPS y OLPS 1994-1995, tienen aspectos centrados en las transformaciones del MSPAS y del modelo de atención que se intenta consolidar en sus servicios. Ambos documentos, tienen como pilar fundamental la descentralización del MSPAS, que se inserta en el marco general de la transformación neoliberal del Estado guatemalteco.

En los Lineamientos de Política de Salud 1994-1995, se enuncia que la salud es un derecho y que se concibe como un bien público, por lo que no puede existir ningún tipo de discriminación para su atención (MSPAS,1993a;23). El objetivo de estos lineamientos, es establecer un modelo de atención para el MSPAS que sea la base para lograr consolidar un Sistema Nacional de Salud (MSPAS,1993a;23). Esto significa redefinir el rol que jugará el ministerio en la atención de los problemas de salud, además de fortalecer su capacidad técnica y política para favorecer su papel de conducción del sector (MSPAS,1993a;23). Para esto último, a nivel central del MSPAS se pretende consolidar las funciones normativas, programáticas, de supervisión y control, y al mismo tiempo liberarlo de la ejecución de las acciones (BID,1993;2). Este nivel es fundamental para apoyar la descentralización principalmente en lo referente a la horizontalización de los programas verticales en las 24 áreas. Todo esto requerirá un marco legal que formalice la nueva organización en los niveles administrativos: central, del área y del distrito (BID,1993;3) .

El proceso de descentralización significa una refuncionalización de las

áreas y distritos, en las que recaerá las funciones de programación y ejecución (BID,1993;2). El papel de las áreas se plantea como fundamental para el apoyo técnico a los distritos (centros y puestos de salud, municipalidades, comunidad y familia) y éstas asumirán la responsabilidad de la capacidad operativa para los servicios de referencia en cada uno de los SILOS (MSPAS,1993a;29). En los SILOS, además de los servicios de los centros y puestos de salud, las municipalidades serán de crucial importancia para el surgimiento de un modelo de salud de base comunitaria (MSPAS,1993a;29 y MSPAS,1993b;18-20).

En general, la participación social es uno de los ejes fundamentales del modelo de atención del MSPAS, por lo que la descentralización juega un importante papel para promoverla. Todo esto forma parte de las estrategias que llevarán al MSPAS a aumentar su cobertura y calidad de los servicios básicos y su focalización a los grupos de población pobre y aumentar la eficiencia del sistema de una manera que sea financieramente sustentable.

La descentralización dentro de este modelo articula otros elementos, que de manera conjunta, constituyen una transformación de la intervención del Estado en la atención a la salud, teniendo como objetivos algunos de los que se explicitan en los documentos y planes de organismos internacionales y del gobierno, pero al mismo tiempo, existen otros implícitos que consideramos los verdaderos. Estos últimos constituyen la esencia y razón de ser de dicha descentralización.

Los verdaderos objetivos de la descentralización son los siguientes:

- Reducir la intervención del Estado a una acción mínima, focalizada y barata mediante el modelo de atención a la salud que se pretende consolidar y formalizar en los servicios del MSPAS.

El modelo de atención que se quiere consolidar en el MSPAS (ver cuadro 16), tiene como eje la implementación de un paquete básico de atención que se basa en los fundamentos que ha esgrimido el BM en su Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud, para la reforma del sector salud de todos los países (BM,1993).

Este paquete básico de servicios es mínimo, barato y focalizado y, el BM. lo justifica a través de un razonamiento de tipo económico que se fundamenta en el concepto de "bienes públicos", acciones con grandes externalidades, acciones de alta eficacia en función de los costos para el combate a la pobreza y medidas de tipo regulatorio o de información para amortiguar las deficiencias del mercado (BM,1993;58). Esto ubica la intervención del Estado o de los gobiernos en tres tipos de servicios: los de salud pública selectivos que corresponden a los "bienes públicos" y de grandes externalidades; las acciones llamadas de combate a la pobreza que incluye servicios clínicos "esenciales" de probada eficacia (costo/beneficio), a los que no pueden acceder los pobres por medio del mercado; y las acciones de información y/o regulación-reglamentación de los servicios privados con fines de lucro, especialmente de los seguros privados (BM,1993;58-59).

CUADRO 16 <sup>f</sup>  
PROGRAMAS DEL PAQUETE BÁSICO DE ATENCIÓN.

PROGRAMA	ACTIVIDADES
Salud de la Mujer	Consultas prenatales Atención de parto Consultas de planificación familiar
Salud Infantil	Consultas de crecimiento y desarrollo Inmunizaciones (PAI)
Mejoramiento Nutricional	Gestantes en complem. alimentaria Menores en complem. alimentaria Menores de 5 años en control carencias nutricionales (Vit. A, hierro, lugol)
Saneamiento Ambiental Básico	Instalación de letrinas y sistemas de abastecimiento de agua
Vigilancia Epidemiológica	Malaria Gastrointestinales agudas Respiratorias agudas
Salud del Adulto	Consulta externa general Promoción de salud

Fuente: Programa Sectorial de Salud, MSPAS 1994. Página 5.

Los servicios selectivos de salud pública y clínicos "esenciales" son la base de los programas del paquete básico del modelo de atención que se intenta consolidar en Guatemala y están basados en las propuestas del BM. De hecho, las actividades de los programas que se enlistan en el Cuadro 16 son

similares (o los mismos) a los servicios que el BM propone por su alta eficiencia<sup>111</sup>.

La implementación del nuevo modelo de atención con su paquete básico estará bajo la responsabilidad de cada área y los planes locales de salud podrán establecer, como producto de una evaluación anual y flexible, que actividades en definitiva son las que habrán de desarrollarse (MSPAS, 1994;6). Este modelo se comenzará a instrumentar en 1995 en las Areas de Alta Verapaz, Escuintla y Chiquimula; luego, en 1996, con las de Quiché, Huehuetenango y San Marcos; y en 1997, con las de Suchitepéquez y Jutiapa (MSPAS, 1994;2-3). Posteriormente, se seguiría con los restantes 14 Departamentos.

Este conjunto de acciones mínimas será focalizado en la población más pobre y se considera de alta eficacia de acuerdo al costo/beneficio. El MSPAS atenderá principalmente al primer y segundo nivel de atención a la salud, pero a igual que en el tercer y cuarto (hospitales), se introducirán el pago de cuotas por servicio con el objetivo de recuperar costos.

De ahí, que para poder ser atendidos en cualquiera de los servicios y no pagar, la población deberá demostrar la condición de ser pobre o en extrema pobreza, lo que contradice de principio el concepto de derecho a la salud, en el que dice fundamentarse el modelo de atención que se está intentando consolidar.

Sin embargo, la condición de ser pobres no parece exonerar en todos los casos el pago por el paquete mínimo, ya que se conocen algunas iniciativas promovidas por los organismos internacionales (OPS-OMS), que buscan crear formas colectivas de financiamiento (prepagó) de dichos servicios. Ejemplo de esto, es la reciente iniciativa del Seguro de Salud Campesino del Ixcán, que es una región conocida por sus altos índices de pobreza (73%).

Sumado al posible financiamiento con fondos de los pobres, tenemos que el modelo de atención es barato por que presta servicios mínimos y, además, porque pretende utilizar recursos de la medicina tradicional y al mismo tiempo

---

<sup>111</sup> Ver: el Cuadro 3.2 p. 68; Cuadro 4.7 p.109; y el Cuadro 5.3 p.120. Del informe del BM Invertir en Salud. (BM, 1993)

promover la participación comunitaria y el autocuidado familiar como eje para su implementación (MSPAS,1993a;24). Es así como el Estado busca ahorrarse al máximo el cuidado de la salud de la población y progresivamente retirar su responsabilidad, dejándola en manos de la familia y de la comunidad; interviniendo con sus servicios mínimos, sólo cuando éstas instancias de atención no puedan resolver los problemas.

Todo lo anterior, nos permite señalar algunas contradicciones fundamentales del modelo de atención neoliberal para Guatemala:

La primera, se refiere a que el contenido del modelo de atención, fundamentado en una abstracta racionalidad económica, no llega a garantizar lo que se considera un derecho de la población en la Constitución Política de la República (CPR). El Estado guatemalteco tiene la obligación de velar por la salud y asistencia social de la población, a través de que sus instituciones con acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, coordinación y complementarias pertinentes (CPR, Sección Séptima,Artículo 94). De hecho, la salud en la CPR se concibe como un bien público, pero no en el sentido restrictivo de la concepción neoliberal<sup>112</sup>, sino con un contenido ético y amplio que involucra todas las acciones anteriormente señaladas y sin ningún tipo de discriminación (CPR, Sección Séptima Artículo 96 y 93).

Es decir, que el hecho, de que la solución o alivio de un problema de salud sólo beneficie a un individuo, no es suficiente para considerar a esa acción fuera de las responsabilidades del Estado (cirugía, enfermedades crónicas degenerativas, etc). En otras palabras, la preservación y cuidado de la salud se enmarca dentro de los derechos de cualquier persona y es una necesidad humana que toda sociedad debe garantizar sin ningún tipo de discriminación, no valiendo ninguna justificación que apoye lo contrario.

No obstante, la racionalidad económica neoliberal considera que los "bienes privados", definidos como aquellos que al utilizarse sólo benefician

---

<sup>112</sup> Ver el apartado sobre la concepción neoliberal y el Plan Nacional de 1994-1995 del Capítulo IV del presente trabajo.

a la persona que recibe el servicio, no deben ser proporcionados por el Estado sino únicamente por el mercado. Por ello, el modelo de atención que se busca implementar no incluye este tipo de intervenciones y se expresa en el abandono del tercer o cuarto nivel de atención y cuya expresión más conocida, en el caso guatemalteco, es el abandono de la red hospitalaria y su consecuente crisis.

Como vimos anteriormente, en el gasto en salud y ahora con el paquete básico, el actual gobierno abandona de forma explícita el financiamiento de los hospitales y prioriza la atención preventiva. Esta orientación es válida sólo si se garantiza la atención de tercer y cuarto nivel a toda la población o, al menos, al 87% de ella que se encuentra en condiciones de pobreza.

La segunda contradicción, es la continúa relación que se hace del modelo de atención y el paquete básico con la estrategia de atención primaria de salud. El contenido de los programas del paquete básico, revela que es una nueva versión de la APS selectiva que a lo largo de los años se ha implementado en el país. El problema es que ahora se dice de forma explícita y se establece formalmente las medidas asistenciales y la negación del derecho a la salud. El actual modelo de atención dista mucho de la concepción original e integral de la APS que se generó en 1978 en Alma Ata.

La tercera contradicción se refiere al término de focalización que es usado reiteradamente en las políticas de salud nacional e internacional. Para el caso de Guatemala, no se puede hablar de focalización de ciertos servicios en los más pobres, cuando por lo menos el 87% de la población se encuentra en condiciones de pobreza y 76% en extrema pobreza. En todo caso, deberían decir que esta atención mínima y barata se va a generalizar de manera formal a la mayor parte de la población, lo que pone aún más en entredicho el cumplimiento de los preceptos constitucionales del país. El término focalización, se puede aplicar para ilustrar a lo que hemos llamado anteriormente, la doble focalización de los servicios, ya que de acuerdo a la lógica del costo/beneficio, se han seleccionado sólo algunas medidas que van dirigidas

a ciertos grupos de población dentro de los pobres<sup>113</sup>.

La cuarta contradicción es la acentuada importancia que se le da al autocuidado familiar para la atención de los problemas de salud. Si bien es cierto que la familia es fundamental para el cuidado de la salud, dentro del contexto de la implementación de una política neoliberal, esta medida se entiende como un mecanismo más para seguir reduciendo la responsabilidad del Estado en la producción y financiamiento de los servicios. Dos hechos centrales hay que apuntar: el primero, es que las bajas coberturas de los servicios lleva implícito que los problemas de salud de la población sean resueltos históricamente a nivel familiar, comunitario o mediante organizaciones alternativas a las estatales; y el otro, es que el ajuste neoliberal ha ocasionado un fuerte impacto en el deterioro de las condiciones de vida de las familias, lo que ha hecho que la mujer (actor principal en el cuidado de la salud en el hogar) sea empujada a buscar trabajo fuera del hogar (Garduño y Peña, 1994; 76-81). Esto último hace más difícil el poder enfrentar los problemas de salud y se puede esperar un efecto limitado (o deterioro) del autocuidado familiar en las condiciones de salud de la población.

Por último, se debe señalar que la actual descentralización y la reestructuración del MSPAS sufren de un marcado determinismo económico, por lo que se soslaya cualquier fundamento o concepto de derecho a la salud. De hecho, la racionalidad económica en la que se fundamenta el modelo neoliberal y las medidas costo/beneficio para combatir la pobreza no pueden ser los únicos criterios para modificar o buscar alternativas a la deteriorada situación del sector salud en Guatemala.

- Reducir el papel del Estado como redistribuidor de la riqueza. Objetivo que aumenta la dependencia del financiamiento a fuentes externas y se hace más heterogéneo y desigual a nivel interregional.

Durante el período a estudio, el Estado ha reducido su papel de

---

<sup>113</sup> El BM, en su Informe Invertir en Salud, calcula la eficacia de cada acción o intervención sanitaria (costo/beneficio), de acuerdo a las unidades llamadas Año de Vida Ajustado en función de la discapacidad (AVAD), que sirve para medir el indicador la Carga Global de Morbilidad (CGM). Para un análisis de este indicador ver a: Blanco y Rivera, en Nuevas Tendencias y Alternativas en el sector salud, 1994; p.111-128.

redistribuidor de la riqueza por medio del gasto social. En el caso del sector salud, encontramos que el gasto en salud se ha reducido y reorientado a los gastos de tipo preventivo, disminuyendo la participación de los de tipo curativo en inversión (ver Cuadro 8). El actual discurso oficial sobre las perspectivas del gasto coincide con el comportamiento descrito anteriormente; con la única diferencia, de que se planea un aumento al 2% del PIB durante la década de los noventa. Sin embargo, este 2% se puede considerar bajo, si lo contrastamos con el abandono histórico de los servicios de salud y las necesidades de salud de la población.

La reducción del gasto durante el período de estudio y su baja meta para la década, se explican por dos razones: la primera es que el Estado sólo prioriza y se responsabiliza de financiar los servicios de salud del paquete mínimo, barato y focalizado en los más pobres, que se otorga a nivel local o distrital de salud; y la segunda, es que se buscan diversas fuentes alternativas de financiamiento.

Por ello, ubicamos cuatro fuentes de financiamiento alternativas a los fondos del Estado (ver MSPAS, 1993a, 1993b, 1994 y BID, 1993):

La primera fuente, son los fondos provenientes de donantes y agencias de cooperación internacional que se constituyen en uno de los mecanismos alternativos que se quiere fortalecer en los nuevos lineamientos de política. En ese sentido, se quiere la participación de las ONG's para que colabore en el financiamiento de los servicios de salud (MSPAS, 1993b; 27). Esto supone que parte del financiamiento de los servicios de salud dependa de mecanismos no redistributivos altamente dependientes de fuentes y condicionantes externas que no pueden garantizar el sostenimiento de los servicios básicos de salud a mediano o largo plazo para la población pobre del país. Es de todos conocidos que las agencias de cooperación pueden cambiar sus políticas de donación o financiamiento de acuerdo a los intereses geopolíticos o económicos, muchas veces coyunturales.

La segunda fuente, son los mismos usuarios de los servicios privados o públicos. De manera explícita se indica, en los documentos gubernamentales,



la incorporación de mecanismos de recuperación de costos en los servicios públicos descentralizados que no son otra cosa que el cobro de los servicios a nivel local y en los otros niveles de atención (MSPAS,1993b;27). El mensaje económico del Presidente De León Carpio fue claro al decir "Que la comunidad organizada participe en la decisión, control y financiamiento de los servicios y obras a realizarse" (subrayado nuestro, IC,21/oct/93;s/p). Esto llevaría, dada la diferencias en la capacidad económica de la población, a que los servicios de las diferentes regiones<sup>114</sup>, sean de distinta calidad y cobertura.

Una tercera fuente la ubicamos en los fondos transitorios y decrecientes como el FIS y el FONAPAZ, que son escasos al compararlos con los niveles de pobreza y con la gran diversidad de proyectos que se pretende financiar con ellos. Además, son fondos que gozan de una alta discrecionalidad, pese a que al primero de ellos se ha intentado dar una imagen de ser un fondo que se regirá por lineamientos técnicos y no políticos. Estos fondos también se caracterizan por ser dependientes del financiamiento externo y suponen que los proyectos que se financien, tengan la posibilidad de recuperación de costos (Garst,1992;72). De hecho, el 10% del FIS dependen del aporte de las comunidades (Garst,1992;64).

La cuarta fuente de recursos económicos es el 8% Constitucional que claramente ha adolecido, en la mayor parte de los casos, de criterios técnicos para decidir qué proyectos financiar, y aunque es importante -por ser la primera vez que los municipios cuentan con fondos para procurarse sus servicios- es evidentemente insuficiente para cubrir las necesidades de infraestructura y servicios públicos. Las recientes reformas constitucionales lo aumentaron a 10%, pero su aplicación se amplía no sólo a los gasto de funcionamiento que ha sido un problema actual de las municipalidades dado el retiro del subsidio gubernamental, sino que, además, este dinero podrá ser utilizado para gastos de infraestructura y servicios de educación y salud. Es decir, con el aumento del 2% se amplía considerablemente la utilización del

---

<sup>114</sup> De acuerdo al INE, hay diferencias interregionales en ese sentido. La región con menos niveles de pobreza es la metropolitana con un 64.3% y la de mayor es la norte con un 91.7% (INE-FNUAP,1991;42).

fondo municipal, principalmente en apoyo a la descentralización de los ministerios de educación y de salud.

Como se pudo observar, el Estado diversifica y flexibiliza las fuentes de financiamiento de los servicios de salud, pero esto constituye un obstáculo de coordinación entre las distintas fuentes e instituciones que prestan sus servicios, fundamentalmente si se quiere constituir un Sistema Nacional de Salud. En Guatemala, ésto se ha constituido entre otras cosas, en un serio obstáculo para llegar a niveles de coordinación más sencillos como lo sería entre el MSPAS y el IGSS.

El Estado reduce su tradicional forma de financiamiento y aplica otras, como el FIS, FONAPAZ y el 10% Constitucional, que han demostrado en la práctica ser altamente discrecionales y no constituir un real aumento del financiamiento si se considera el nivel de necesidades de la población y lo diversificado de sus campos de acción. Estos fondos son un importante instrumento ideológico para legitimar el actual proyecto neoliberal que se consolida lentamente en el país.

La participación de los fondos compensatorios, tipo FIS<sup>115</sup> y FONAPAZ, tienen un carácter temporal y decreciente, por lo que los servicios que estos generen, deberán ser financiados al mediano o largo plazo por el Estado o los usuarios<sup>116</sup>. Esto conduce a los problemas señalados en los párrafos anteriores si el financiamiento queda dependiente de los usuarios. En el caso del Estado, las perspectivas de su capacidad financiera no son muy alagadoras si consideramos que la meta en el gasto es baja (2%PIB) y, que la reforma tributaria de la cual depende, en vez de cambiar la regresividad de su estructura, vuelve a priorizar los impuestos indirectos que generan fondos públicos autolimitantes dado el aumento de la pobreza y la consecuente menor

---

<sup>115</sup> El FIS en el área de la salud establece los siguientes programas: equipamiento en salud; campañas de prevención y control de enfermedades; capacitación, dotación de equipo y organización de comadronas tradicionales y de promotores de salud rural; dotación inicial de medicamentos a farmacias comunitarias; construcción de servicios de salud; letrínizado, alcantarillado sanitario, sistemas de drenajes y sistemas de abastecimiento de agua. (FIS,1993b)

<sup>116</sup> De acuerdo al personal técnico del FIS encargado del área de salud, existe la preocupación de quién se hará cargo, financieramente hablando, de los servicios que genere el FIS luego de los 8 años en que se estiman que va funcionar, dada la baja capacidad económica de la población y de los escasos recursos del Estado.

capacidad de consumir por parte de la población.

Para terminar, en definitiva la forma como se piensa financiar la descentralización quiebra los mecanismos redistributivos de la riqueza por medio del Estado, quedando el financiamiento de los servicios de salud dependiente del financiamiento externo o de los usuarios que no puedan comprobar su situación de pobreza o en algunas ocasiones en los mismos pobres. Esto puede generar diferencias importantes en la calidad y cantidad de servicios entre regiones, dependiendo del potencial económico de la población o bien de su capacidad de captar ayuda internacional, considerando que ésta última evidentemente no es suficiente para cubrir a todos los pobres del país.

Esta situación se torna alarmante, si consideramos que para 1994 más del 87% de la población debe ser pobre<sup>117</sup>. Por lo que se requerirá, a pesar de las características del modelo de atención neoliberal, una importante cantidad de recursos económicos.

- Reducir el papel del Estado como principal instancia articuladora de lo político y social, mediatizando de una manera efectiva las posibles presiones o demandas por parte de la población para exigir sus derechos en salud.

La descentralización propone modificar la forma tradicional de trabajo del sector público, al abrir formalmente espacios a otras instituciones u organizaciones en la prestación de los servicios salud. Muchas de ellas hacen desde hace varios años ese trabajo en las áreas rurales y urbano-marginales como resultado de la baja cobertura de los servicios del gobierno, pero de manera desarticulada.

Las ONG's y cooperativas tendrían a su cargo parte de los servicios de salud de la población y se propone que el gobierno les traslade infraestructura y recursos presupuestarios estatales, además de que estas

---

<sup>117</sup> Tomando como referencia 1989 en el que la población de pobres llegaba a 87% y en extrema pobreza 76%; cifras que seguramente han aumentado por la implementación de las políticas económicas neoliberales después de 1989. El impacto negativo en las condiciones de vida y la agudización del aumento de la pobreza, son hechos comprobados por una gran cantidad de estudios en Latinoamérica. De ahí la necesidad de aplicar nuevas formas de ajustes neoliberales llamadas el "ajuste con rostro humano" que no logran cambiar dicha tendencia.

instituciones u organizaciones utilicen fondos provenientes de otras fuentes. (BID, 1993;5)

Esto significa que el Estado se retira de la responsabilidad directa de prestar los servicios de salud y de aportar todo el financiamiento; situación que nos ubica en el problema de que no sea el Estado como tal, el referente que tenga la población para exigir sus demandas mediatizando éstas por otro tipo de instituciones u organizaciones. El problema estaría resuelto si éstas últimas se constituyeran como espacios públicos de prestación de servicios y fueran susceptibles del control social y que, a partir de ellas, se pudieran establecer mecanismos redistributivos y paliar las diferencias interregionales observadas en el país. Lo anterior obliga a una relación directa de estos nuevos prestadores de servicios con una instancia central donde se diriman las diferencias, demandas e intereses de los distintos sectores de la población; esa instancia no puede ser más que el Estado.

Hay dos vínculos que en la descentralización se debieran establecer con características democráticas: el primero, entre las autoridades estatales y los prestadores de servicios, sean estos ONG, cooperativas o servicios privados lucrativos; y el segundo, entre la comunidad y los servicios. Las estructuras creadas para la regionalización y descentralización, como es el Sistema Nacional de Consejos de Desarrollo, no son espacios democráticos pues en ellos el ejecutivo, y en particular, el Presidente de la República tienen en definitiva el control de las decisiones. Otro de los mecanismos, que desde el punto financiero, apoyaría la descentralización a nivel local, es el FIS. En este, como vimos anteriormente, se ha marginado a sectores de ONG's y cooperativas en la toma de decisiones, lo que ha generado gran desconfianza por parte de éstos sectores (Garst, 1993;99-102). No se conoce hasta ahora cómo se plantea la participación de las instituciones u organizaciones no estatales en los Consejos Consultivos Interinstitucional e Intersectorial propuestos por el Plan de Operativización de los Lineamientos de Política de Salud. Sin embargo, en los anteriores planes, como el Plan de Desarrollo Institucional de la DC, las autoridades del ejecutivo con la figura

institucional, los Comités de Gerencia, mantenían el control de las decisiones y eran espacios de convocatoria para las instituciones que trabajaran por la salud en cada nivel de atención, pero en el sentido de colaborar y coordinar la prestación de los servicios.

En relación al vínculo entre la población y las instituciones u organizaciones pública o privadas, podemos observar en el primer caso, los planes de gobierno plantean a las municipalidades como el eje de un sistema de salud de base comunitaria (MSPAS,1993a;29). La experiencia con el 8% Constitucional demuestran que las municipalidades no toman sus decisiones con base a las necesidades de las comunidades que tienen dentro de su jurisdicción; no son espacios democráticos, donde la población pueda controlar y supervisar los proyectos de servicios básicos u otros, que se realizan. De hecho, el haber declarado inconstitucional los Consejos Locales de Desarrollo en los inicios del gobierno de la DCG, se véto la única instancia dentro del Sistema Nacional de Consejos que no estaba bajo el control del ejecutivo y se restó fuerza a las comunidades para ejercer presión sobre las municipalidades.

De los otros prestadores de servicios, las ONGs y cooperativas, no siempre se constituyen en espacios democráticos donde la población pueda ejercer control sobre ellas. De hecho, la forma de trabajo de las ONGs muchas veces tiene un perfil claramente asistencialista donde, al igual que la participación comunitaria o social que se promueve en los servicios públicos (puestos y centro de salud) está dirigida únicamente al autocuidado familiar de la salud. En ese sentido, un estudio ha señalado que, de las ONG que prestan servicios de salud, sólo el 1.1% desarrolla un trabajo donde la participación popular es protagónica y rectora (IDESAC,1989;15-16)

Podemos concluir, entonces, que hasta donde se conoce de la descentralización de los servicios de salud, ésta no se constituye en un mecanismo para democratizar los servicios de salud, sino al contrario, para mediatizar de una manera efectiva las demandas de la población, al mismo tiempo que la participación social está dirigida al autocuidado y no a ejercer mayor control sobre sus servicios de salud. Esto permite, que el gobierno

central ya no sea el articulador principal de la sociedad, sino que se atomiza y dividen las demandas en las instancias estatales descentralizadas que carecen de representación popular y, en otras, de carácter privado con lo que se afecta principalmente a la población tradicionalmente marginada del país.

- La descentralización se puede constituir en un mecanismo efectivo para debilitar a la organización laboral del MSPAS, elemento favorable a la clase dominante en la lucha contra el sector laboral del país.

En el discurso oficial, se plantean acciones dirigidas a readecuar funcionalmente al personal, establecer la carrera administrativa, el desarrollo de la gerencia del sector, fortalecer la capacitación del personal y adecuar al personal a las áreas de salud con grupos étnicos (MSPAS,1993b;29).

Complementariamente se pretende hacer las reformas legales y de reglamentos para modernizar la administración de los recursos humanos (MSPAS,1993b;34) al especificar la necesidad de modificar el Código de Salud, sujeto a las normas de la Ley del Servicio Civil y sus reglamentos. El objetivo fundamental es deconcentrar el recurso humano fuera de la región metropolitana (BID,1993;3). Durante el primer tramo del Plan de Acción del PSSMS se plantea la instrumentalización del programa de racionalización del personal del MSPAS.

Estas reformas chocan con el interés de los trabajadores de mantener su organización sindical, ya que la descentralización favorecería su debilitamiento. Esto en otros países, como México, ha generado oposición de las organizaciones sindicales, por lo que persiste el modelo centralizado en el manejo del personal (Blanco y López,1993;47).

- Por último, la descentralización es un mecanismo que favorece la lógica de mercado en la prestación de los servicios de salud, tanto al interior de los servicios públicos como fuera de ellos.

Como se ha dicho anteriormente, la reducción y reorientación del gasto, así como la descentralización de los servicios del MSPAS, son las estrategias que generan las condiciones necesarias para desarrollar una mayor

privatización que la que ahora existe; en otras palabras, gestar una mayor expansión del mercado en el campo de la salud.

Para ello, la descentralización debe cumplir con tres objetivos: el primero, es favorecer la abolición del concepto de derecho a la salud de la población e introducir el pago por servicio, es decir, mercantilizar progresivamente la atención a la salud; otro, es abrir mayores espacios a la intervención de privados con fines de lucro; y por último, ser un mecanismo que permita subsidiar al sector privado con fines de lucro.

Lo anterior, se justifica a través de tres ideas fundamentales: la primera, de que el Estado no tiene recursos para financiar los servicios de salud; la segunda, es que los servicios privados son más eficientes, de mayor calidad y más equitativos que los públicos; y por último, que el cuidado a la salud es un bien privado, por lo que el pago por servicio se justifica porque sólo beneficia al individuo (Laurell, 1994b; 10-11).

Luego de que las dos primeras ideas se han hecho aceptables en la población por el impacto en los servicios de la estrategia del gasto en salud, se trata de implementar algunas alternativas para resolver la deteriorada situación de los servicios públicos que son las que viabilizan el logro de los objetivos de la descentralización.

El primero, es abolir el concepto de derecho a la salud de la población e introducir el pago por servicio, es decir, mercantilizar progresivamente la atención a la salud. La descentralización de los servicios públicos incluye el establecimiento de formas alternativas de administración y financiamiento que incorporan criterios gerenciales, patronatos, cuotas o aranceles para la recuperación de costos (MSPAS, 1993b; 27).

Los patronatos que se establecerán en los distintos niveles de atención (especialmente en los hospitales) utilizarán criterios de eficiencia, es decir costo/beneficio, que en los sistemas de salud no es el mejor criterio, cuando es el único, para la toma de decisiones. De hecho, incorporar cuotas a los servicios lleva consigo la necesidad de probar indigencia y así librarse del pago, ya que se proponen escala de precios de acuerdo con la capacidad de pago

de las personas que utilicen los servicios. Aunque hay algunas medidas, como la implementación del Seguro Campesino, que busca hacer posible que los pobres se financien sus servicios mínimos de salud.

Todo esto, obliga a los servicios públicos a competir con los servicios privados y, con ello, mercantilizar no sólo los servicios de salud de tercer/cuarto nivel, sino también los del primero o segundo. Así se desarrolla un proceso paulatino de supresión o abolición del concepto de derecho a la salud y se favorece a la construcción de una sociedad fundamentada en valores neoliberales de individualismo y de compra de la salud en el mercado.

Los otros objetivos, abrir mayores espacios a la intervención de privados con o sin fines de lucro en el cuidado de la salud y el subsidio a éste sector, se han explicitado en las actuales políticas de salud.

El Programa Sectorial de Salud del MSPAS dice explícitamente que se busca eliminar las unidades productora públicas y se piensa promover la producción de servicios por parte de los privados. De hecho, se creará el marco legal para potenciar el financiamiento, administración y prestación de servicios por parte de dicho sector (MSPAS,1994;10) y, asimismo, se piensa definir esquemas de cooperación público/privado que aseguren mayor eficiencia y sustentabilidad financiera (MSPAS,1994;12).

La descentralización pretende la contratación a nivel local de servicios privados, lucrativos o no, para cubrir servicios básicos y de apoyo del MSPAS (MSPAS,1993b;27). Esta contratación de servicios privados por parte de las instituciones públicas, es un tipo de subsidio del Estado a las empresas privadas. Es decir, que los fondos del Estado provenientes principalmente de los consumidores (impuestos indirectos) irán a financiar al sector privado lucrativo y así fomentar su desarrollo. Esto agudiza, aún más, las características concentradoras de la política económica y social del proyecto neoliberal.

Es importante señalar, que si antes el Estado no ha cumplido con el papel constitucionalmente asignado, de garantizar el derecho a la salud y que, por consiguiente se favoreció el crecimiento y desarrollo de organizaciones



privadas de salud, la diferencia ahora, es que los cambios legales previstos formalizan, bajo la justificación de regularlos, la acción privada y la lógica del mercado en la provisión de servicios.

A manera de resumen, la descentralización se presenta como un mecanismo de minimizar la intervención del Estado en el cuidado de la salud focalizando sus acciones baratas, básicas y asistenciales a una parte del sector más pobre y marginado, que obviamente no tiene la posibilidad de entrar a la lógica del mercado para satisfacer sus necesidades. Además favorece la mercantilización de los servicios y subsidia al sector privado lucrativo mediante la subrogación de servicios. Pierde el control del financiamiento y establece diferencias regionales de éste, generando más inequidad entre las distintas regiones del país.

Desde la perspectiva política, la descentralización favorece la discrecionalidad del Estado, atomiza y mediatiza las demandas sociales al crear distintos espacios no democráticos de prestación de servicios y desviándolas del Estado. Debilita además al sector trabajador del país al desarticular los sindicatos estatales, que son de vital importancia para el equilibrio de fuerzas entre el capital y el trabajo.<sup>3</sup>

### C. LA PRIVATIZACIÓN:

La privatización<sup>118</sup>, como estrategia de la política de salud, no se ha dado de una manera homogénea durante los gobiernos civiles de la transición política. Sin embargo, se considera que desde 1986 hay una serie de planteamientos y acciones que intentan crear las condiciones para una mayor privatización de los servicios de salud.

De 1986 a 1992, el comportamiento y orientación del gasto en salud ha creado un mercado cautivo al abandonar los servicios que son de interés para los privados con fines de lucro, es decir, los de tercer y cuarto nivel. Asimismo, el gobierno ha mantenido el histórico desfinanciamiento del IGSS y

---

<sup>118</sup> Cuando hablamos de privatización en este apartado nos referimos a los servicios privados lucrativos, es decir que se rigen por el mercado.

hasta se ha retirado, en algunos años, totalmente del financiamiento. De acuerdo al discurso en los planes y programas de gobierno, esta tendencia del gasto, bajo y reorientado a la medicina preventiva, se mantiene en 1993 a 1995, por lo que es lógico que hay una creciente demanda de servicios privados de salud, en sus distintas modalidades, en los últimos años. De hecho, lo anterior está siendo ya utilizado por algunos actores de la iniciativa privada del país para justificar la desmonopolización de los servicios públicos, en especial del IGSS (CEES,1992;103-104).

De 1993 a la fecha, la descentralización propuesta favorece por completo la acción de los privados, con o sin fines de lucro, en el cuidado de la salud. Así, la estrategia del gasto y de la descentralización han preparado parcialmente el terreno para la privatización de los servicios de salud. No obstante, hace falta generar otras dos condiciones fundamentales, que son: crear formas estables de financiamiento para cubrir los altos costos de los servicios privados y que el sector privado de salud tenga la suficiente capacidad para atender la demanda de servicios creada por la política de salud (Laurell,1992a;139).

La condición de crear formas estables de financiamiento para el sector privado, nace de la necesidad de que es difícil para las personas financiarse, de manera individual, sus servicios de salud por los altos precios de éstos<sup>119</sup>. Los dos mecanismos conocidos para crear este financiamiento estable, son: la subrogación de servicios y el fortalecimiento o creación de seguros privados y/o servicios prepago. (Laurell,1992a;140-141) **La subrogación de servicios**, ha sido planteada explícitamente en los LPS, OLPS, PSSMS y PSSBID. Tanto el MSPAS como el IGSS, subrogarían servicios del sector privado en las áreas de mantenimiento, construcción y suministros de los servicios públicos (BID,1993;5); o bien, para la misma producción de servicios de salud (MSPAS,1993a;8 y MSPAS,1993b;27). Declaraciones de la gerencia del IGSS han

---

<sup>119</sup> El caso chileno, fue ejemplo de ésta situación. Como lo señala Tetelboin, "Las expectativas privatizadoras para el sector salud se vieron desalentadas por el escaso poder adquisitivo de la población para acceder a ellas. Esta limitación de carácter estructural se vio reforzada por los efectos de las políticas económicas.....acarearon consigo la contracción de la capacidad de compra de la población". La salida para el sector privado fue la reforma de la previsión social. (Tetelboin,1992; 163)

sido explícitas en ese sentido, justificando la contratación de servicios privados por la creciente demanda de los usuarios y para mejorar sus servicios (La Hora, 18-1-94).

La subrogación significa, una transferencia de fondos captados por las instituciones públicas, en su mayor parte por contribución de los consumidores (impuestos indirectos) o de los aportes patrono/trabajadores, al sector privado lucrativo. Esto acentuaría, aún más, la regresividad de las políticas económico-sociales actuales. Esta es una de las formas de subsidio al sector privado, pero sus expectativas no son muy alentadoras dentro del proyecto neoliberal, por la misma limitante que hay en los fondos públicos al ser escasos. No obstante, ocurre actualmente en el MSPAS y en el IGSS<sup>120</sup>, pero no se conoce la magnitud de los fondos públicos que se trasladan con ese objetivo a la iniciativa privada y su grado de eficiencia.

Los seguros privados o servicios prepago<sup>121</sup>, son las formas más seguras de financiamiento estable, pero requieren de transformaciones en la seguridad social pública para ampliarse. La reestructuración del IGSS ha causado polémica entre los distintos sectores interesados, pero es la correlación de fuerzas que se vaya dando, la que indicará que tan radicales, desde el punto de vista neoliberal, serán las modificaciones que se le haga.

Con base en distintas medidas tomadas por los últimos gobiernos, por las propuestas del sector privado a través de sus institutos de investigación, de lo planteado por el gobierno y por el BID (en sus PSSMS y PSSBID respectivamente), podemos determinar las características de la seguridad

---

<sup>120</sup> Ver por ejemplo, el Informe Anual del IGSS de 1992 (p.40-63) donde se encuentra alguna información en este sentido.

<sup>121</sup> Las diferencias entre los servicios prepago (SP) y los seguros privados de salud (SPS), son las siguientes: los SP, trabajan con planes individuales mientras que los SPS lo hacen con planes colectivos, esta diferencia puede desaparecer en el momento en que estos últimos cambien su forma de trabajo; los SP están reguladas por el código de comercio y los SPS por la Superintendencia de Bancos, además de tener un reglamento bien definido para su administración, etc.; los SPS poseen el respaldo del reaseguro (es decir que están asegurados), por lo que sólo desembolsan el 80% de lo gastado por el afiliado; los SPS utilizan el deducible (gastos mínimos de administración del SPS), que es una cuota que debe pagar el asegurado para poder hacer el reclamo, mientras que los SP utilizan el Co-pago que es una medida para evitar la sobreutilización de los servicios; los SPS trabajan a través del concepto de reembolso y en los SP el afiliado sólo paga su cuota mensual (a excepción del co-pago), por lo que no existe del reembolso; los SPS no se involucran directamente con la salud de sus afiliados, mientras que los SP si lo hacen; y los SPS cubren medicinas ambulatorias y los SP no lo hacen (Ver: Serra, 1992; 18-19).

social que se quiere implementar en el país.

Esta reestructuración se plantea, a finales e inicios de las décadas 80-90 respectivamente, por algunas instituciones de investigación como el Centro de Estudios Económico Sociales (CEES,1992;99-118) y el Centro de Investigaciones Económicas Nacionales (CIEN,1991;7) de estrecha relación con la iniciativa privada del país y, en el caso del último, asesor del gobierno y consultor del BID.

El CEES sostiene, que el Programa de Accidentes, Enfermedad y Maternidad es ineficiente, de mala calidad y que su carácter de obligatoriedad, obstaculiza el mayor desarrollo y dinamismo del mercado de los seguros privados y servicios prepago. En el caso de la previsión del fondo de pensiones (Programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia), afirma que su actual concepción de redistribución es equivocada y ha generado la descapitalización del fondo (CEES,1992;99-118).

Por ello, la propuesta de reestructuración tiene dos componentes<sup>122</sup>: el primero, es separar los dos programas del IGSS, el IVS (Instituto previsional de pensiones) y AEM (Instituto previsional de salud); y el otro, es la desmonopolización de ambos (CIEN,1991;7 y CEES,1992;99-118) para abrir la posibilidad de que los fondos sean administrados por sistemas de previsión privados. Ambos componentes, son los mismos que se han aplicado en otros países y forman parte de la recetas neoliberales que tiene como objetivo implícito liberar en el mercado financiero los fondos de pensiones de los trabajadores (de largo plazo) y los de la seguridad social en salud (de corto plazo); lo que generaría grandes ganancias al capital financiero, pese a que la población asegurada (y la potencial) es pequeña.

Durante el gobierno del MAS, en septiembre de 1992, entró al Congreso de la República la iniciativa de Ley para la creación del Instituto de Previsión Social. Sin embargo, no prosperó por el veto presidencial, producto de la fuerte oposición de la clase trabajadora. Un estudio del IIES, señala

---

<sup>122</sup> El PSSBID, señala que se deben de realizar estudios que evalúen "las opciones para reestructurar los sistemas de pensiones y los programas del IGSS con el propósito de asegurar una mayor equidad y sustentabilidad en el largo plazo" (BID, 1993;4).

que la iniciativa es inconstitucional y su concepción de la previsión no está basada en función social; es lesiva desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo para los trabajadores; y significaría privatizar y reducir al máximo los beneficios (Castro,1993;26-27).

Actualmente, el PSSMS, establece como una de las acciones del primer año (1995), asegurar la separación administrativa y financiera del programa EMA y del IVS, que está como requisito para seguir en los siguientes tramos; siempre que se haga de una manera satisfactoria de acuerdo al criterio del BM (MSPAS,1994, Matriz).

En lo referente a la salud previsional, al omitir la obligatoriedad del IGSS, se abren mayores posibilidades de que los trabajadores puedan afiliarse a un seguro privado o servicio prepago de salud. Estos planteamientos de la iniciativa privada del país, coinciden con la propuestas del BID en su Programa Sectorial de Salud y con las políticas del gobierno del MAS y de De León Carpio. Este último, intentó reformar la Ley Orgánica del IGSS con el Decreto 39-94. Varios sectores, entre ellos la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) (Prensa Libre,30/5/94)<sup>123</sup> y la Unidad de Acción Sindical y Popular (UASP) (El Gráfico,30/5/94), se han manifestado en contra y piden el veto presidencial, ya que consideran que afecta la obligatoriedad y la autonomía de la institución.

La justificación para quitar la obligatoriedad del IGSS se basa principalmente en dos argumentos, que carecen del sustento para ser la base de una reestructuración:

El primero, es que los individuos deben tener la libertad de elegir a que tipo de previsión afiliarse, lo que sería un estímulo para mejorar los servicios (CIEN,1991;6-7).

El segundo, producto del anterior, se refiere a que la desmonopolización del IGSS permitiría la libre competencia entre la previsión pública y las

---

<sup>123</sup> La USAC, a petición del Presidente de la República y de la Junta Directiva de la Seguridad Social, hizo un estudio del decreto que reformaba la Ley Orgánica del IGSS. La recomendación de la USAC al presidente, fue que vetara dicho decreto porque afectaba la obligatoriedad y la autonomía del IGSS (Prensa Libre, 30/5/94).

privadas, lo que repercutiría en una mayor calidad y eficiencia de los servicios prestados. Bendfelt, opina así: "Si el servicio del IGSS es bueno, o mejor que los de la opción privada, nadie adoptará la opción privada y nada se habrá perdido. Si ésta es tomada, el servicio del IGSS tendrá que mejorar para que pueda expandirse." (CEES,1992;105)

Sin embargo, la falta de sustento de ambos argumentos se debe a que no se explica de qué depende la libre elección de la seguridad social en el mercado y cómo es que funcionan los servicios prepago o seguros privados de salud para asegurar su rentabilidad.

Lo primero que se debe señalar es que los servicios prepago y seguros privados de salud son concebidos como un negocio que debe reeditar ganancias. Por ello, su propia lógica de lucro trae consigo la necesidad de seleccionar dentro de la población a la que le resulta rentable. Es decir, que los servicios prepago y los seguros privados de salud tienen la posibilidad, por su forma de trabajo, de afiliarse a la población que tiene una buena capacidad de pago y bajo riesgo de enfermar y, al mismo tiempo, cubrir los eventos que les representen menores gastos o establecer restricciones de cobertura. Producto de lo anterior, un sector privilegiado, por la forma como está insertado en el aparato productivo, tendría acceso a servicios privados de diferentes coberturas de acuerdo a su capacidad de pago y riesgo de enfermar. Este grupo de población, pequeño en Guatemala, daría grandes ganancias al sector financiero que ha sido el favorecido con las políticas económicas neoliberales y ahora con las sociales y de salud.

Como contraparte el IGSS se quedaría con la población de alto riesgo y poca capacidad de pago, por lo que se acentuaría su deterioro al tener más gastos y menos ingresos. Esto afectaría principalmente a los trabajadores de bajos ingresos o pobres, población por la que dice luchar el modelo neoliberal. La irracional dualidad entre la previsión social privada y la pública, hace que se pierda el efecto redistributivo del IGSS y el principio de solidaridad en el que se basó su implementación. El IGSS reúne un fondo común que sirve a los trabajadores de acuerdo a su necesidad y, al contrario,

la previsión social privada (sean seguros colectivos o individuales) cubre a trabajadores de acuerdo a su capacidad de pago y riesgo de enfermar. Esto favorece un aumento de la desigualdad en el acceso a servicios de salud de la población.

Lo anterior ha ocurrido en países donde el proceso de implementación de la política neoliberal en salud ha avanzado más que en nuestro país. En el caso chileno, tenemos que el sistema privado, con un 41% del presupuesto, atiende a sólo un 16% de la población y el sistema público, con un 59% del presupuesto, atiende a 84% de la población. En el caso de México, se ha calculado que un 26% de la población afiliada a la seguridad social pública, que aporta el 45% del presupuesto, es susceptible de ser afiliada por los seguros privados de salud. Esto significa, que la seguridad social se quedaría con el 80% de los asegurados pero únicamente con el 55% de su presupuesto, lo que representa un fuerte desfinanciamiento que repercutiría en la calidad y cantidad de los servicios (Laurell, 1992a; 142).

En consecuencia, la libertad de elección de los individuos no existe como tal, ya que en la práctica depende de dos hechos: de la capacidad de pago y del riesgo de enfermar. La capacidad de pago determina en gran medida, si el trabajador o el grupo de trabajadores accede a la previsión pública o a la privada. Dentro de la previsión privada, el trabajador no puede afiliarse a cualquier plan, ya que la cobertura de cada uno de ellos depende de cuánto paga.

Respecto al riesgo de enfermar, dos situaciones son determinantes: el tipo de trabajo y la edad. En cuanto más riesgo signifiquen ambas variables, más tendrá que pagar el trabajador o el grupo de trabajadores; o bien, queda la posibilidad de quedar excluido/s completamente. Por ejemplo, personas de más de 60 o 65 años, por lo general, no son cubiertos por los distintos planes y, sólo en algunos seguros o servicios prepago, hay posibilidades de que lo sean, siempre y cuando se pague una mensualidad o prima mayor que las comunes. En relación al tipo de trabajo, cabe la posibilidad de que se pague más en la medida que la actividad laboral signifique un mayor riesgo y queda la

situación extrema de que haya actividades laborales que en definitiva no sean cubiertas por ser de muy alto riesgo. Esto se hará evidente cuando pasemos a analizar algunas características de los seguros privados y servicios prepago en Guatemala.

El problema de la selección de los afiliados por su riesgo a enfermar ha sido llamado por el BM, en su Informe 1993, Invertir en Salud, como "selección adversa" y se considera como una de las deficiencias del mercado de la salud, junto a la asimetría de conocimiento entre los pacientes y los profesionales médicos. Ambas deficiencias justifican la intervención del Estado para mejorar el bienestar de la población al ser atendida por los servicios privados de salud con fines lucrativos. (BM,1993;53-59)

De ahí, que el Estado debería tener funciones de reglamentación e información para evitar dichas deficiencias en el mercado de los seguros privados o servicios prepago de salud (BM,1993;53-59). En ese sentido, personal del CIEN argumenta que el Estado debe normar, fiscalizar y establecer las medidas que enmarquen la acción privada orientándola al bien común (EMPRESA,1993;37) y, en general, los programas de salud del gobierno o del BID establecen la necesidad de dar el marco regulatorio e institucional para la participación del sector privado en la provisión y financiamiento los servicios (BID,1993;5) y definir su campo de acción así como sus funciones (MSPAS,1994;5). Sin embargo, la reglamentación e información por parte del Estado no han dado los resultados esperados en otros países. El caso de los servicios de salud de Estados Unidos (modelo del libre mercado de seguros privados y servicios prepago) ha sido ejemplo de esa situación, ya que las medidas implementadas para reducir, regular o compensar los abusos privados no han logrado su objetivo (Laurell,1994b;20).

Para terminar, los dos argumentos señalados, llevan explícitamente la idea de que la libre elección por parte de los trabajadores y la competencia entre los seguros privados y servicios prepago conducen a una mayor eficiencia. Se señala además, que la seguridad social privada tienen una mayor eficiencia que el IGSS. Sin embargo, aún sin desconocer los problemas por los



que actualmente atraviesa el IGSS, se debe señalar que el desarticularlo, para ampliar el mercado de la previsión privada no parece la alternativa más certera. Nuevamente el caso de Estados Unidos es revelador en ese sentido. Se ha señalado en varios estudios, la ineficiencia administrativa de las empresas de salud estadounidenses, que alcanzan gastos administrativos de un 18% versus 3-5% en los sistemas públicos de otros países desarrollados (Laurell,1994a;7). Por ello, si bien es cierto que los gastos administrativos del IGSS alcanzan la elevada cifra de 31.3% en el programa AEM y 0.5% en el IVS (Velásquez,1994;18), la solución se debe buscar en la alternativa que en otros países ha resultado más favorable, es decir, el sistema público trabajando con eficiencia.

El mismo BM reconoce el alto grado de equidad logrado en sistemas de salud públicos como el de Costa Rica y Corea; y los problemas afrontados en Chile por la selección adversa o, el peor de los casos, los altos costos y baja satisfacción de los servicios privados de Estados Unidos (Laurell,1994b;20-21). No obstante, las "propuestas" o recetas del BM, o del BID, no parecen ir de la mano a tales evidencias empíricas. Como señala Laurell, esta contradicción se hace notoria en el esquema de la p.130 del Informe 1993 del BM (Laurell,1994b;22). En él se muestra, como los servicios públicos tienen mejores repercusiones en la eficiencia distributiva, la eficiencia técnica y en el servicio a los pobres, en comparación con las organizaciones no gubernamentales y, aún mejor, que los servicios privados lucrativos.

De consumarse la implementación de la política de salud del actual gobierno, se visualizan al futuro dos sistemas de seguridad social, uno público y otro privado; cada uno con sus características, pero que en conjunto significan una mayor estratificación o desigualdad de la población en cuanto al acceso a los servicios de salud.

En el caso de la Seguridad Pública, el IGSS, los efectos que parecen ser los más importantes son los siguientes.

Un efecto mediato, es el deterioro de sus servicios a consecuencia de

quedarse con los afiliados con mayor riesgo de enfermar pero con menos contribución al régimen; en otras palabras, más gastos pero menos ingresos.

Otro efecto, y como consecuencia de lo anterior, es la posterior redefinición formal de la población a la que se dirigirá el IGSS y los beneficios que otorgará. Una vez establecido por completo el deterioro de los servicios (como consecuencia de haberse quedado con la población más pobre y con mayor riesgo a enfermar), parece haber la intención de reducir la atención que presta actualmente el régimen. El PSSMS, establece entre las acciones para "fortalecer" el IGSS, la reestructuración del AEM que en la actualidad es un programa con un amplio contenido en su atención (MSPAS,1994;8). Esta reestructuración parece tener la intención de ampliar la cobertura mediante la implementación de un programa de servicios básicos para cónyuges e hijos de hasta seis años y se reducirían las prestaciones más costosas (MSPAS,1994;7-10). Lo que nos hace pensar que la atención que prestara el IGSS imitará a la del MSPAS, es decir, mínima y barata, en este caso para los afiliados pobres o de escasos recursos.

Esto es compatible con las iniciativas actuales para expandir la cobertura de la seguridad social mediante la participación de los privados. Estas iniciativas son un ejemplo del alto grado de estratificación de la población en el acceso de servicios privados de salud de acuerdo a su condición económica y actividad laboral.

La intervención de estos privados se justifica, en el PSSMS, como un mecanismo para ampliar la cobertura<sup>124</sup> a tres tipos de población: microempresarios urbanos por medio de formas prepago con proveedores privados; a los trabajadores agrícolas temporales de la fincas, por medio de servicios como AGROSALUD; y a comunidades rurales a través de cooperativas o grupos organizados (MSPAS,1994;12-13). En éstos últimos, es donde podemos ubicar el Seguro Campesino que se está intentando implementar en el Ixcán (OPS/OMS,1994).

---

<sup>124</sup> En el caso chileno, la instalación de las Isapres producto de la reforma de la previsión social, no generó un aumento importante en la cobertura de los servicios privados. Se calcula que la cobertura aumentó sólo un 2% sobre el tradicional 10%. (Tetelboin,1992;164)

Actualmente no se conoce con exactitud cuál ha sido el desarrollo de los seguros colectivos de salud. Sin embargo, se puede decir que en la década de los ochenta estos servicios han crecido. Se calcula que en 1982 habían 15,000 trabajadores cubiertos por planes privados extensivos a sus familias y para 1992, se estima una cobertura de 56,000. Además, la mayoría de estos planes, por voluntad del trabajador, es deducido de su salario adicionalmente de la obligatoriedad del IGSS y se indica que un número creciente de sindicatos piden dentro de sus pactos colectivos que sean cubiertos por los servicios médicos privados (CEES,1992;103-104)

Los servicios prepago de salud, es otro de los servicios privados que pueden verse beneficiados con la desmonopolización del IGSS. Se conocen 6 instituciones que prestan esos servicios y son las siguientes: Salud Total fundada en 1984, Médica Guatemalteca en 1967, Medicorp en 1992, Medicar 1985, Tecniseguros 1992 y Agrosalud 1979. Otras tres de estas empresas quebraron: Mediclub, Servicio Médico Integral y Sociedad Médica. Las razones eran básicamente al mal control de ingresos y costos. Estas empresas incurrieron en errores en el diseño de su contrato, ya que la cobertura estaba mal enfocada, pues cubría demasiado, y no se especificaban exclusiones (Serra,1992;21-65)

De abolir la obligatoriedad del IGSS e implementarse las iniciativas del actual Programa Sectorial de Salud, se puede esperar un mayor campo de acción de los seguros privados y los servicios prepago. Sin embargo, éstos presentan una serie de problemas como para considerarla la imagen objetivo de una parte de los servicios de salud. Principalmente si para fortalecerla, o abrirle mayor campo, se requiere desarticular lo poco que se ha avanzado en la estructura organizativa y en el modelo de atención del sector, especialmente con el IGSS.

De acuerdo a estas políticas los problemas que pueden presentar la seguridad social privada, son los siguiente:

En general, se puede esperar que la población cubierta por estos servicios tenga menor cobertura que con el IGSS y pague más. Esto último, se

debe al costo de las primas y a los montos adicionales que el usuario debe pagar para poder utilizar estos servicios, que son: el copago en el caso de las formas prepago; el deducible y el 20% de la atención en el caso de los seguros de salud; y, de acuerdo a los límites de la póliza o del contrato, los gastos que ya no cubre la compañía o la empresa. Muchas veces hay límites en el monto o número de días cubiertos por tipo de intervención, lo que lleva a que el usuario deba desembolsar dinero extra a lo gastado mensualmente para poder resolver su problema de salud.

En relación a la cobertura de servicios, ésta es baja si la comparamos con el IGSS. Como un ejemplo de ello, en el Cuadro 17 observamos las exclusiones algunos seguros privados de salud del país.

CUADRO 17  
PRINCIPALES SERVICIOS NO CUBIERTOS POR  
LOS SEGUROS PRIVADOS DE SALUD.

SEGUROS PRIVADOS DE SALUD
Pre-existencias
Enf. Congénitas
Trastornos mentales o nerviosos
Alcoholismo, drogadicción o cualquier otro vicio
Tratamientos dentales
Lentes y aparatos auditivos
Curas de reposo, cuarentenas
Cheques generales u obesidad
Guerra, insurrección, terrorismo, riñas, actos delictivos, heridas autoinflingidas, homicidio, suicido.
Viajes como piloto o tripulantes de aeronaves.
SIDA
Deportes profesionales o semiprofesionales.
Epidemias o catástrofes naturales
Embarazo y sus complicaciones *

\* Muchas veces se cubre pero requiere una prima más cara.

Fuente: Planes de Seguros de Granai & Townson, Aseguradora General, CIGMA.

Sumado a las exclusiones del cuadro 17, tenemos además que la mayor parte de los seguros no cubren a personas de más de 60-65 años de edad y, cuando lo hace, se requiere de una mensualidad o prima mayor que las comunes. Asimismo, en ambos, el usuario debe pagar más de acuerdo a la edad que tenga o el tipo de trabajo que realice. De acuerdo a las entrevistas con personal de los seguros de salud, las compañías están en la libertad de no asegurar a personas que desempeñen trabajos considerados como de muy alto riesgo. Lo

ideal para este tipo de instituciones, es cubrir gente joven, en trabajos de bajo riesgo y de un buen nivel económico.

Todos los puntos anteriores contrasta con el tipo de atención que presta el IGSS. Este no exige pagos adicionales, no tiene exclusiones, no hace diferencias en función de la aportación y no existen límites de costo para atender cualquier tipo de enfermedad. Por ello, el IGSS es de tipo redistributivo y su atención se debe dar por igual a todos los usuarios.

Además, los seguros de salud privados y servicios prepago causarían una mayor estratificación o desigualdad en el acceso a servicios de salud. En la seguridad privada podemos ubicar una línea con dos extremos: uno de ellos, integrado por una gran variedad de seguros privados y servicios prepago que ofrecerán distintos planes a la población de mayor capacidad de pago y menor riesgo de enfermar; y, el otro, los seguros o prepagos para la población pobre, representados por servicios tipo Agrósalud o el Seguro Campesino

Para ejemplificar uno de los extremos, se presenta el Cuadro 18 donde se compara las exclusiones o servicios no cubiertos de un servicio prepago considerado para individuos de clase alta y otro dirigido para individuos de clase media o media baja (Serra, 1992).

El cuadro muestra la mayor cobertura o menos exclusiones de un servicio prepago caro, en comparación con otro de menor costo. Estas empresas no cubren lo que saben les significará muchos costos y, por lo tanto, pocas ganancias. En los hechos, la libre elección no depende simplemente de la decisión del trabajador, sino básicamente de que servicio pueda pagar; de ahí, los distintos servicios prepago integrados por distintos planes.

Los servicios prepago cobran relevancia ya que explícitamente en el PSSMS sean mencionado como la vía para cubrir a los trabajadores del sector informal. Esto indica que la cobertura de estos grupos será insuficiente con un bajo contenido de atención y seguramente causará desigualdad en el acceso a servicios de salud. Esto contradice las afirmaciones que las actuales autoridades de querer fortalecer el IGSS y generar servicios equitativos para la población. Con las alternativas que se proponen, principalmente la

administración privada de los fondos, se pierde la oportunidad de que el sector informal pueda gozar de los efectos redistributivos y servicios más completos del IGSS. La intención real de aumentar el campo de la seguridad privada a través de la población empleada en el sector informal, es favorecer a la lógica del mercado y generar ganancias en el ámbito financiero, a costa de los aportes de grupos de población desfavorecidos.

CUADRO 18  
EXCLUSIONES DE DOS SERVICIOS  
PREPAGO DE SALUD.

SERVICIO PREPAGO DE SALUD	
SALUD TOTAL* (clase alta)	MEDICA GUATEMALTECA (clase media-media baja)
Preexistencias Anomalías congénitas Diálisis peritoneal o hemodiálisis SIDA Medicinas o suministros médicos para consulta externa. Servicio de ambulancia Reposición de yeso Cirugía Plástica Servicios Odontológicos Inseminación artificial Esterilización voluntaria Lesiones por competencias peligrosas o autoinflingidas	Preexistencias Anomalías por drogas, al- cohol o estupefacientes. Lesiones por competencias riesgosas, calamidad pú- blica o autoinflingidas. Anomalías de crecimiento Demencia o enajenación mental Hernias cualquier localiza- ción Cancer y sus complicaciones Medicinas Lentes y aparatos Transfusiones de sangre Yeso Fisioterapia Quimioterapia Patología Ortodoncia Psiquiatría Maternidad ** Cirugía plástica Rehabilitación en cualquiera de sus formas

\* Para Embarazo y complicaciones existe el Plan de Maternidad y para las personas de 65 a 75 años el Plan de Años Dorados.

\*\* Existe un plan que cubre maternidad pero no cubre sus complicaciones.

Fuente: Elaboración propia con base en el estudio de Servicios Prepago de Serra, 1992.

El otro extremo, la seguridad social privada para los pobres, ejemplifica con mayor crudeza la baja cobertura y la carencia de un efecto redistributivo en estos servicios. La propuesta de Agrosalud y el intento de implementación del Seguro Campesino, son ejemplo de este extremo de servicios mínimos y baratos para la población pobre o en extrema pobreza del país.

Agrosalud<sup>125</sup> (Serra, 1992; 58-61), surgió en 1979 por iniciativa de algunos finqueros de la costa sur y de Alta Verapaz, con el objetivo de elevar las condiciones de vida de sus trabajadores. Es mantenida con los aportes de los dueños de las fincas y no es lucrativa. Es uno de los servicios al que se piensan incorporar a los trabajadores agrícolas, especialmente los temporales. Los servicios que presta Agrosalud son baratos y de baja cobertura por atender sólo enfermedades básicas y aplicar medias de tipo preventivo. Agrosalud reporta una cobertura de 25,000 trabajadores; dato que contrasta con únicamente 39 promotores de salud rural para atenderlos. Además, se cobra a los trabajadores la medicina que consumen.

Los programas preventivos de Agrosalud son de educación, inmunización, orientación familiar y nutrición, salud bucal, mejoramiento de las condiciones ambientales, letrinización, accesibilidad y potabilidad de agua, mejoramiento de la vivienda e introducción a cultivos básicos.

Los programas curativos para enfermedades básicas son: atención de enfermedades atendidas por el promotor; referencia de pacientes a un servicio de atención secundaria (no se establece quien es el responsable de este servicio); atención y seguimiento de diagnóstico de diarreas, tuberculosis pulmonar y malaria; desparasitación dos veces al año y medicamentos básicos a bajo costo.

No se conoce el presupuesto de este programa, pero considerando los bajos salarios que devengan estas familias y las condiciones infrahumanas en que viven en la mayor parte de las fincas, principalmente los trabajadores temporales, la inversión debería ser muy elevada si realmente se quiere llegar a tener un impacto en la salud de la población.

El Seguro Social Campesino, es un régimen de protección prepago que busca complementar, reforzar y mejorar los servicios locales del MSPAS (OPS/OMS, 1994; 13). La iniciativa se conoce porque recientemente en el

---

<sup>125</sup> Otros servicios de este tipo, que han sido considerados como posibles proveedores de servicios a los trabajadores son: GUATESALUD en la Costa Sur e Izabal; ANACAFE, ACOGUA, FUNDAAZUCAR y El Consejo Nacional del Algodón (Matriz del PSSMS). La afiliación a estos servicios sería obligatoria, por lo que seguramente se requerirá de omitir la obligatoriedad al IGSS. (MSPAS, 1994).

municipio del Ixcán se ha tratado de implementar por parte de la OPS/OMS.

Este seguro campesino se justifica como una medida para aumentar la capacidad resolutoria local, democratizar la toma de decisiones y fortalecer el proceso descentralizador (OPS/OMS, 1994;26-27).

En el Cuadro 19, se presentan las distintas alternativas y el costo anual de cada una. Los servicios que prestaría este seguro son básicos o mínimos y el total del seguro (incluyendo las tres alternativas o planes) alcanza el monto de Q320.00, si consideramos a cada jornal en APS en unos Q10.00<sup>126</sup>. Este monto representa un 5.6% del ingreso mensual<sup>127</sup> de una familia del Ixcán y 11.2% si consideramos el salario promedio mensual de un trabajador agrícola<sup>128</sup> del país.

CUADRO 19  
SERVICIOS CUBIERTOS Y COSTO ANUAL FAMILIAR  
DEL SEGURO CAMPESINO DE SALUD.

ALTER-NATIVAS	SERVICIOS CUBIERTOS	COSTO ANUAL POR FAMILIA
1	OFERTA BÁSICA INDISPENSABLE Atención primaria de salud Emergencias Accidentes Consultas ambulatorias	Q60.00 Más 24 jornales de trabajo en APS.
2	SERVICIO COMPLEMENTARIO "A" Partos y cuidados del niño.	Q10.00
3	SERVICIO COMPLEMENTARIO "B" Atención por encamamiento Servicios de recuperación	Q10.00

Fuente: OPS/OMS, Seguro de Salud Campesino en el Municipio del Ixcán.

Lo anterior nos indica que el seguro campesino no sólo tiene un bajo contenido en su atención al compararlo con el IGSS, sino que además, el pago que hará un padre de familia representa un porcentaje mayor de su ingreso que

<sup>126</sup> Que es el salario mínimo/día en la agricultura (BED, No.4, 1992;7).

<sup>127</sup> El ingreso mensual de una familia del Ixcán es de Q479.00 integrado por Q361.00 ingresos monetarios y Q118.00 por autoconsumo. Considerando al núcleo familiar (6.1 personas) las comunidades del Ixcán viven en condiciones de severa pobreza. (OPS/OMS, 1994;5)

<sup>128</sup> El ingreso promedio anual en la agricultura asciende a Q2,862.46 (BED, No.4, 1992;7).



el de los trabajadores afiliados a esa institución (3% de sus salarios por el programa AEM).

Asimismo, este seguro campesino trata de aprovechar la organización de base generada en el municipio que consiste en cuatro asociaciones de promotores de Salud, que están encargadas de una serie de actividades para que el seguro pueda funcionar.

La forma como justifican los impulsores de esta iniciativa, el pago de los pobres por servicios mínimos y su mayor participación en las acciones del MSPAS, es a través del argumento de que se debe superar la tradición paternalista; y que el proyecto busca, entre otras cosas, equidad en los servicios (OPS/OMS,1994;26-27).

En relación a la tradición paternalista, la propuesta se contradice, ya que, en otras partes del texto, reconoce la situación de extrema pobreza de ésta población así como su abandono por parte de los servicios públicos de salud (OPS/OMS,1994;14). Es claro que la histórica marginación de estas comunidades por parte de las acciones del MSPAS y la represión política del lugar, hace imposible hablar de un Estado paternalista en el Municipio del Ixcán. De hecho, las asociaciones de promotores que ahí se encuentran han sido, en parte, fruto del trabajo no gubernamental internacional (Médicos del Mundo) que se inició hace varios años y que ha buscado la autogestión de las comunidades y de sus promotores de salud.

Por otro lado, la búsqueda o el ensayo de equidad en que se justifica la implementación del seguro no se da en los hechos. Los campesinos no sólo pagarán más, como trabajadores, que los afiliados al IGSS, sino que además, recibirán menos cobertura de atención.

Lo anterior, sumado a que en el discurso del BID se plantea reorientar el AEM a servicios básicos, hace pensar que los trabajadores afiliados al IGSS y a este tipo de servicios privados (Seguro Social Campesino y Agrosalud); estarán cubiertos por servicios importantes por sus aspectos preventivos, pero totalmente insuficientes aún desde esa perspectiva. Se repite el tipo de atención para los pobres: básica y barata.

Estas propuestas contradicen los objetivos que plantea el BID para el IGSS, ya que propone ampliarse su cobertura y con ésta política se le está vedando la posibilidad de abarcar una población no siempre cubierta por él.

Lo expuesto, muestra que el pretendido fortalecimiento y reorganización del IGSS de las políticas de De León Carpio y del BID, en realidad buscan romper o desarticular al IGSS como espacio solidario de los trabajadores y, en su lugar, favorecer al capital financiero a costa del deterioro de los servicios de los trabajadores con menos recursos.

La otra condición para la privatización es que exista la capacidad del sector privado para responder a la demanda que surge por el abandono financiero en que deja el gobierno a los servicios de tercer/cuarto nivel del MSPAS y del IGSS, así como con la no obligatoriedad de éste último. Los servicios privados requieren cierto grado de maduración para responder a dicha demanda. En el caso de Guatemala no conocemos cuál es el desarrollo que han tenido los seguros privados, por lo que no podemos estimar la capacidad del sector privado para atender a la demanda que actualmente ya existe y la potencial.

Los mecanismos que se conocen para generar esta capacidad del sector privado es través de **subsidios iniciales o créditos** (Laurell,1992a;143). En el caso de Guatemala, el PSSBID ha sido explícito en ese sentido (BID,1993;5) y actualmente, los gastos que las empresas realizan para cubrir a sus trabajadores con seguros colectivos de salud privados, son deducibles de impuestos. Esta indica, que hay nuevamente una transferencia de recursos públicos, vía sacrificio fiscal, al sector privado. La existencia de estos seguros privados a la par del IGSS en las empresas, es considerado como el paso inicial para que los trabajadores aspiren únicamente al sistema privado. De hecho, éste ha sido otro de los argumentos que utiliza la iniciativa privada para legitimar la desmonopolización del IGSS (CEES,1992;103-104).

La experiencia chilena ha mostrado la importancia del subsidio gubernamental para el desarrollo del sector privado. La superintendencia de las Isapres, ha señalado que el monto del subsidio fiscal corresponde a las

ganancias de este sistema por concepto de licencias maternas, programas de vacunación y alimentación complementaria para los usuarios (Tetelboin, 1992; 154).

D. HACIA UNA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA NEOLIBERAL DEL SECTOR SALUD:

El proceso de implementación de la política neoliberal avanza y llegará hasta donde el equilibrio o la confrontación de las distintas fuerzas políticas y sociales del país se lo permita. Si se lograra la total implementación de la política neoliberal, tendríamos que la estructura organizativa del sector sería la que presentamos en el esquema 4. En él, podemos observar, de manera muy general, cuales son algunos de los impactos que las estrategias neoliberales van a tener en los servicios de salud y que hemos discutido anteriormente.

ESQUEMA 4.  
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA NEOLIBERAL  
DEL SECTOR SALUD.

MSPAS	ONG	AGROSALUD Y SEGURO CAM- PESINO	IGSS	SERVICIOS PREPAGO Y SEGUROS PRIVADOS
Población abierta		P o b l a c i ó n    A s e g u r a d a		
Pobre		Alto riesgo/pobre ▶	Mediano riesgo/clase media ▶	Bajo riesgo/clase alta
Atención mínima y ba- rata		Atención mínima y barata ▶	Atención de acuerdo al plan de seguro privado y servicio prepago.	
<b>GRAN ESTRATIFICACIÓN DEL ACCESO A LA SALUD</b>				

En el pasado el sector público de salud marginó o excluyó a la mayor parte de la población y no lograba, en general, prestar servicios eficientes y de calidad. Con las actuales políticas la exclusión a una atención integral se formaliza y se pretende disminuir cada vez más la responsabilidad del Estado del cuidado de la salud, abriendo un mayor campo para los privados. De

ahí, la redefinición del papel y del contenido de la atención de cada una de las distintas organizaciones e instituciones del sector público y privado de salud.

La nueva estructura organizacional ocasiona una gran estratificación o desigualdad de la población para acceder a servicios; y como señala López, al referirse a la reforma neoliberal del sector salud impulsada por el BM, el derecho a la salud de los ciudadanos se sustituye etiquetando a la población de acuerdo a su condición de indigentes o de consumidores (López, 1994;53).

Así, se establece una polaridad en los servicios. Un polo, integrado por servicios públicos (MSPAS e IGSS), ONG, servicios tipo Agrosalud o combinaciones de éstos como el Seguro Campesino, para la población pobre (87% del total) y con un contenido mínimo y barato de atención; y el otro, de servicios privados con fines de lucro, al cual accede la población que tiene capacidad compra. De hecho, entre ambos polos se establece una continuidad de servicios que aumentarán su cobertura en la medida que la población vaya accediendo, no de acuerdo a su derecho a la salud, sino a su capacidad de pago.

En lugar de buscar un sistema de salud unitario y público, que ha demostrado ser lo más eficiente y equitativo en los países donde existe (ver atrás), se pretende impulsar un sistema que la evidencia empírica señala como el más ineficiente, ineficaz e inequitativo; el mercado de la salud cuyo ejemplo más conocido, son los Estados Unidos.

Se privilegia, a partir de su razonamiento económico (costo/beneficio), la atención selectiva, asistencial y focalizada, dejando de un lado la integralidad y universalidad que son las que garantizan el derecho a la salud, tal como está definido en la Constitución Política de la República. Los criterios de costo/beneficio para implementar acciones focalizadas y selectivas, no pueden ser las únicas bases para desarrollar una reforma del sector salud; y sólo son un buen complemento de un sistema de salud integral y universal; para intensificar acciones que se consideren prioritarias y no de exclusión (López, 1994;54).

Ya que las alternativas oficiales propuestas para mejorar el sector salud no son las mejores, surge la pregunta, ¿porqué se implementa una política de salud que formaliza la exclusión de la mayor parte de la población a una atención de tipo integral?

Las respuestas son varias y de alguna manera ha sido dadas a lo largo del texto. Queda únicamente subrayar algunas características básicas que permite entender la razón de ser de dicha política. Nos referimos a tres aspectos: al punto de partida de la política, al proceso de su formulación e implementación y a los objetivos económicos que tiene la estructura organizativa del sector.

Los impulsores nacionales de ésta política adoptan la crítica al Estado de Bienestar de los países desarrollados y la aplican para el caso del Estado guatemalteco (EMPRESA,1993;37), aduciendo que éste alguna vez fue o es un Estado de Bienestar. El mismo Programa Sectorial de Salud del BID, postula que el Estado guatemalteco, a través de sus instituciones, ha realizado una entrega paternalista de servicios de salud (BID,1993;6). Iniciativas como el Seguro Campesino, justifican, de esa forma, el pago de servicios por parte de la población en pobreza o extrema pobreza y su mayor participación en la producción de los servicios de salud. Sin embargo, se olvida que los servicios públicos de salud tienen muy baja cobertura y que en el caso del MSPAS más de la mitad del personal es de tipo voluntario o comunitario (65% de total), integrado por comadronas y promotores de salud (OPS,1991;39). Asimismo, la gran proliferación de ONGs, el trabajo de las distintas iglesias, la medicina tradicional-popular, entre otros, evidencian que la población guatemalteca ha enfrentado desarticuladamente sus problemas de salud por si misma y al margen de las instituciones y políticas públicas. En todo caso, el Estado guatemalteco se debe calificar como de malestar para la mayor parte de la población y de bienestar sólo para un pequeño sector de ésta.

El proceso de formulación e implementación de la actual reforma neoliberal es claramente vertical y su cumplimiento es condición para que el país pueda captar ayuda externa de los organismos internacionales; y por ello,

su verticalidad se manifiesta en dos niveles: el primero, de los organismos internacionales hacia las autoridades de gobierno y, el otro, a nivel interno del país.

La reestructuración del sector salud guatemalteco sigue los lineamientos del Banco Mundial en su Informe de Desarrollo Mundial de 1993, Invertir en Salud. Por lo tanto, los distintos consultores participantes en el diagnóstico y formulación de propuestas, así como los miembros del actual y pasado gobierno, han buscado adaptar estos lineamientos o receta para el caso guatemalteco. Parte de la lógica de verticalidad del proceso, es que la reestructuración del sector salud es condicionante para que el BM desembolse un préstamo (US\$50 millones<sup>129</sup>) que no sólo va dirigido a apoyar al sector salud, sino también a la balanza de pagos. De hecho, el cumplimiento de cada uno de los tramos a satisfacción del BM es la condición para el reembolso.

A nivel interno, el proceso también se caracteriza por su verticalidad, ya que evidentemente la forma de reestructurar a las instituciones públicas no parte de un trabajo de consulta y consenso con los actores más importantes del sector. Por ejemplo, es llamativo como en los Lineamientos de Política de Salud 1994-1995 no aparece el documento intitulado Política Nacional del Sector Salud formulado por el Consejo Nacional de Salud (CNS, 1993) ni citado en la bibliografía. El CNS está integrado por las distintas instituciones del sector público y privado; y tiene, entre otras funciones, la de asesorar al MSPAS en la definición y conformación de políticas y estrategias para la formulación del Plan Nacional de Salud (Acuerdo Gubernativo 607-89, Cap. III; Artículo 11, b.). De hecho, el documento mencionado discrepa en su mayor parte con la actual reforma neoliberal del sector.

Para terminar, la reestructuración del sector tiene objetivos económicos que se articulan al proyecto neoliberal del cual forman parte. El primero es reducir el papel del Estado en la redistribución del ingreso al mantener servicios públicos básicos y dejando la responsabilidad en la familia, la

---

<sup>129</sup> Estos se dividen en: US\$20 millones para apoyo en cooperación técnica al proceso de reestructuración y serán provenientes del Fondo para Operaciones especiales del BM; y los restantes, US\$30 millones, provienen para de los recursos de capital ordinario del BM (MSPAS, 1994; 13).

comunidad, ONG, etc. y ampliar el mercado en el cuidado de la salud, es decir, abrir más el campo a los privados con fines de lucro. Esto último se caracteriza por el papel central que juegan las formas estables de financiamiento (seguros privados o servicios prepago), que no sólo aseguran una demanda efectiva de servicios privados, sino que además, son un negocio en si mismos. La alta rentabilidad de la administración de estos fondos de salud explica porque en un país tan pobre como el guatemalteco, exista el interés de desmonopolizar la seguridad social pública (el IGSS).

Así, la actual política de salud responde, en parte, a las necesidades del capital nacional de abrirse nuevos ejes de acumulación y de ahorrarse al mínimo la reproducción de la fuerza de trabajo, mientras se mantiene cierto grado de consenso/coerción sobre la población.

Este proceso de reestructuración se hace por el apoyo técnico y financiero de los organismos internacionales, que posteriormente se traduce en más endeudamiento. Es decir, que se formula una política que no sólo afecta negativamente a la mayor parte de la población, sino que después, a esta misma población se la van a cobrar, vía impuestos, la deuda contraída. La reforma del sector salud es un elemento más del proyecto capitalista profundamente excluyente y concentrador que se intenta implementar. No cabe duda que el capital transnacional y de sectores poderosos al interior del país, pretenden seguir perpetuando, lo que Susana Jonas llama, las dos Guatemalas (Jonas, 1994). Una, constituida por más del 87% de la población que se encuentra en condiciones de vida infrahumanas y, la otra, que concentra la mayor parte de los beneficios del errático proyecto capitalista dependiente y subdesarrollado guatemalteco.

## IX. C O N C L U S I O N

La presente investigación a descrito y analizado el proceso heterogéneo y discontinuo del paulatino cambio en la política de salud durante la transición política. Este cambio tiene como objetivo la reestructuración del sector salud que consiste en la redefinición del papel y rearticulación de las instituciones u organizaciones públicas y privadas en el cuidado de la salud.

Aunque hemos dividido a la política de salud en dos etapas, la no neoliberal y la neoliberal, se observan durante el período de estudio (1986-1994), algunas constantes que vale la pena rescatar para reflexionar sobre ellas. De ahí que, en lugar de volver sobre cómo se fueron dando las estrategias en salud, que fueron nuestros ejes de análisis de la política, daremos cuenta de esas constantes con la intención de conocer con mayor profundidad que nos permiten conocer con mayor profundidad la naturaleza de la política de salud y de la transformación<sup>r</sup> del Estado, durante los últimos gobiernos civiles. Por último, se hará una reflexión sobre la importancia del actual programa neoliberal de gobierno de De León Carpio y, en particular, de la política de salud que intenta implementar.

Las constantes de las etapas son dos:

a) La primera, es una descentralización administrativa del Estado y, con ello, la reestructuración de sector salud, que no obedece a razones técnico-administrativas, ni ha buscado o busca la democratización del país.

Al contrario, obedece a las necesidades políticas y económicas del sistema capitalista nacional, que son las que han determinado el contenido y la manera de implementar estas medidas.

En el discurso gubernamental, los planteamientos de la política de salud parte del reconocimiento de la gran cantidad de problemas técnico-administrativos a los que se enfrenta el sector para solventar las necesidades de salud de la población y se dice buscar mayor eficiencia, eficacia, calidad, participación de las comunidades y coordinación, entre otros, en los servicios de salud.

Sin embargo, la formulación de la política y las acciones de



reestructuración del sector durante la transición política sobrepasan estos problemas y están estrechamente vinculados a la intención de los distintos gobiernos de redefinir el papel del Estado en el cuidado de la salud y en el bienestar social en general. El contenido de esta transformación del Estado, ha estado determinado por los distintos proyectos políticos que se van constituyendo y que surgen de la necesidad de hacer viable, en lo político y económico, al sistema capitalista dependiente y subdesarrollado guatemalteco, que para inicios de la década de los ochenta había caído en una profunda crisis global.

Durante el primer gobierno civil, el binomio DC/ejército impulsó el proyecto de Estabilidad Nacional y, como parte de él, se intentó construir un Estado subsidiario/contrainsurgente. Este gobierno intentó implementar lo que llamó la reorganización nacional, que respondía a los intereses políticos del partido DC y del ejército. Por ello, la regionalización y los Consejos de Desarrollo que se implementaron, así como la descentralización sectorial de salud que se propuso, se caracterizaron por ser mecanismos autoritarios horizontales y de tener una doble orientación. Una, la de asegurar una mayor base social del partido gobernante y, la otra, el mantener la estrategia contrainsurgente del ejército. La subsidiariedad del Estado se entendía en relación a los grupos y organizaciones, y se mantenía como el referente de las demandas sociales y canalizador de la organización y participación de la población.

De acuerdo a como estaba planteada esta reorganización, el Estado debía seguir jugando un papel fundamental en el apoyo a los sectores sociales, a través del pago de la Deuda Social. Esto era compatible con la primera visión del gabinete económico, de reactivar la economía por medio del mercado interno (además del externo). Como se vió anteriormente, dicha reorganización nunca se dió y la inversión planificada en los sectores sociales fue baja y, a partir de 1989, el recorte del gasto del gobierno central afectó principalmente este tipo de gastos.

Así, vemos como la justificación de descentralizar la administración

pública para favorecer a la democratización durante el primer gobierno civil quedó sólo a nivel del discurso sin llevarlo a la realidad. La participación de la población y coordinación con organizaciones privadas, era difícil de concretar, dado el ambiente autoritario y el desprestigio de las instituciones públicas y del equipo de gobierno (ver la última parte del capítulo sobre el gobierno de la DC).

Durante el gobierno del MAS y, principalmente, en el actual gobierno de De León Carpio, los criterios económicos y políticos de corte neoliberal han predominado en la transformación del Estado y, en consecuencia, en la reestructuración del sector salud. Tiende a disminuir el papel del Estado como productor y financiador de los servicios sociales y de salud; y, al mismo tiempo, no modifica el carácter autoritario de las instancias de participación implementadas por el gobierno anterior y favorece a la desintegración social mediante la descentralización sectorial de la administración pública (ver capítulo sobre el programa de gobierno de De León Carpio).

De hecho, la estrategia que se sigue en el gasto y la descentralización en salud favorece a una mayor acción de los privados con fines de lucro, por lo que se amplía el campo del mercado en el cuidado de la salud. La justificación es que la competencia de este tipo de servicios en el libre mercado los hace más eficientes, eficaces y de mayor calidad que los públicos, aunque la evidencia empírica señale lo contrario. Por ello, la verdadera razón radica en que la privatización puede llegar a generar grandes ganancias al sector privado, no importando el impacto negativo que tenga en los servicios.

Así, la disminución del papel del Estado como redistribuidor de la riqueza y el fortalecimiento del mercado de la salud como un importante eje de acumulación, son requerimientos o necesidades del nuevo modelo de acumulación capitalista nacional que intenta adaptarse a la economía mundial.

El actual proyecto genera más pobreza, descomposición social, inseguridad ciudadana e inestabilidad política, por lo que tiende a aumentar los rasgos autoritarios y represivos del Estado. Al final, la idea de una mayor participación de la población y del fortalecimiento de la democracia,

quedan anulada ante la posible consolidación de un Estado neoliberal/contrainsurgente.

b) La segunda constante del proceso, es la imposibilidad de instrumentar parcial o totalmente, la política de salud que se formula. Esto se debe, en gran parte, a cuestiones de carácter político, ya que el nivel de consolidación al que llega la reestructuración del sector salud en cada una de las etapas, está determinado por el grado de hegemonía o dominación que alcanzó o alcanza cada uno de los proyectos políticos descritos; cuestión que depende de la correlación de fuerzas dentro y entre los distintos bloques de poder, dominantes y subalternos.

El proyecto de Estabilidad Nacional surgió de una nueva doctrina contrainsurgente y de una recomposición de fuerzas al interior de la institución armada. El partido de la DC se adaptó al proyecto del ejército, pero no lograron construir la hegemonía para impulsarlo. Este proyecto "desarrollista integral y participativo", que se concretaba, en parte, por la reorganización nacional y la concertación, tenía dos objetivos. Por un lado, buscaba establecer nuevas alianzas entre los sectores dominantes y así consolidar un nuevo bloque en el poder y, por el otro, establecer cierto grado de dominio vía el consenso/coerción sobre las distintas organizaciones de la clase subalterna y en la población en general.

Sin embargo, este proyecto con su Estado subsidiario/contrainsurgente no se llegó a consolidar. El gobierno de la DC, fracasó en su política de concertación, no logró establecer todas las instancias de la reorganización y tampoco pagó la llamada deuda social que era un elemento para construir el consenso desde abajo. La permanente oposición de los sectores económicos poderosos, de sectores ultraconservadores al interior de las fuerzas armadas y de la iniciativa privada, y el enfrentamiento con las organizaciones del sector popular, hicieron que la DC llegara al final del mandato sólo por el apoyo del ejército. (ver: el último apartado sobre el gobierno de la DC)

Asimismo, la crisis de liderazgo y de consenso se dió aún dentro del equipo de gobierno. Las distintas corrientes en el gabinete económico sobre

qué vía de reactivación económica seguir, así como las diferencias (políticas y personales) entre las distintas autoridades del sector público de salud, son algunas razones de la incoherencia y el zizagueo de la gestión gubernamental demócrata cristiana.

Además, el proceso de descentralización sectorial (al menos en el caso del sector salud) distaba mucho ser una descentralización de perfil neoliberal y, seguramente, no satisfacía los requerimientos del ajuste estructural promovido por los organismos financieros internacionales, en particular el BM y el BID.

A consecuencia de lo anterior, entre otros factores, la política de salud de la DC no se logró concretar. Quizás la medida más importante para favorecer a la posterior política neoliberal fue la reducción del gasto y su reorientación a la medicina preventiva, ya que acentuó la crisis del sistema hospitalario nacional y comenzaba generar una de las condiciones necesarias para el intento actual de privatizar los servicios de salud.

El proyecto neoliberal comenzó a gestarse de manera integral con el gobierno de Serrano, pero es hasta con De León Carpio que el programa gubernamental adopta ese perfil. Este proyecto goza de un mayor consenso en los sectores dominantes que el anterior, al ser impulsado por los organismos financieros internacionales y por sectores económicos poderosos del país.

No obstante, este proyecto es cuestionado por el deterioro que ocasiona en las condiciones de vida de la mayor parte de la población. De hecho, el descontento generado llega a bloquear su total instrumentación. En referido a la política de salud neoliberal, las protestas no se han hecho esperar y en más de una ocasión las autoridades se han tenido que echar atrás de las medidas adoptadas. Ejemplo de esto fue el veto presidencial que el mandatario en funciones tuvo que decretar en contra de las iniciativas de ley de reforma a la previsión social o a la ley orgánica del IGSS.

En la actual reestructuración del sector salud, hay medidas que potencialmente son más generadoras de conflicto, ya que la población se ve afectada de inmediato en su economía o en sus intereses; y otras, pueden

llegar a pasar, en gran medida, desapercibidas porque no se logra visualizar el impacto negativo que pueden tener en los servicios.

De ahí que la política de salud neoliberal en Guatemala todavía debe pasar por una serie de medidas que seguramente generarán una fuerte oposición de los sectores populares. Por ello, su concreción dependerá de la correlación de fuerzas que se vaya dando durante el proceso de implementación. Es de esperarse que el proceso se dé incompleta o parcialmente, dado el permanente descontento y oposición social generado por estas medidas económico-sociales que sólo profundizan el problema de la pobreza en el país.

En resumen, los distintos gobiernos de la transición política y los sectores dominantes no han instrumentado proyectos que incluyen los intereses de los sectores populares. Al contrario, han adoptado políticas verticales y autoritarias que han deteriorado, aún más, las condiciones de vida de la mayor parte de la población. Por lo tanto y dada la marcada polarización de la sociedad guatemalteca, la inestabilidad política y la confrontación social seguirán siendo parte inherente del contexto político, mientras no se tomen medidas que realmente favorezcan a la democratización política, económica y social.

Para terminar, es preciso reflexionar sobre la importancia de analizar el programa de gobierno neoliberal de De León Carpio y su política de salud. El neoliberalismo, antes que un programa o proyecto del actual gobierno, es la agenda internacional para el país. El apoyo financiero internacional, viene condicionado al cumplimiento de los acuerdos para consolidar el ajuste estructural en la institucionalidad del Estado. Es por ello, que los tramos convenidos con el BM para la reestructuración del sector salud van más allá del período de gobierno actual y se planifica a largo plazo (más allá del 1997). En la práctica es el proyecto que la población enfrentará en los próximos años y dentro del cual tendrá que sobrevivir, si no existe la capacidad de formular proyectos alternativos que respondan a los intereses de la nación y del pueblo guatemalteco.

## ABREVIATURAS

AEM: Programa de Accidentes, Enfermedad y Maternidad.  
AVANCSO: Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales en Guatemala.  
BED: Boletín de Economía al Día del IIES (ver publicaciones).  
BID: Banco Interamericano de Desarrollo.  
BM: Banco Mundial.  
CACIF: Comité Coordinador de Asociaciones Agrícolas, Comerciales y Financieras.  
CEES: Centro de Estudios Económico Sociales.  
CIEN: Centro de Investigaciones Económicas Nacionales.  
CNS: Consejo Nacional de Salud.  
CPR: Constitución Política de la República.  
Consalud: Consejo Nacional de Salud (del PREN).  
CS: Código de Salud.  
DC: Democracia Cristiana.  
DCG: Democracia Cristiana Guatemalteca.  
FIS: Fondo de Inversión Social.  
FONAPAZ: Fondo Nacional para la Paz.  
FNUJAP: Fondo de Población de las Naciones Unidas.  
GAM: Grupo de Apoyo Mutuo.  
IC: Inforpress Centroamérica.  
IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.  
IIES: Instituto de Investigaciones Económico Sociales.  
INE: Instituto Nacional de Estadística.  
IVS: Programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia.  
LCD: Ley de Consejos de Desarrollo.  
LPS 1994-1995: Lineamientos de Política de Salud 1994-1995.  
MAS: Movimiento de Acción Solidaria.  
MDUR: Ministerio de Desarrollo Urbano y Rural.  
MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.  
NCSP: Nuestro Compromiso con la Salud Pública.  
OLPS 1994-1995: Guía para Operativizar los Lineamientos de Política de Salud.  
OMS: Organización Mundial de la Salud.  
ONG's: Organizaciones no gubernamentales.  
OPS: Organización Panamericana de la Salud.  
PLADE: Plan de Acción de Desarrollo Social.  
PDDAP: El Programa de Desconcentración y Descentralización de la Administración Pública.  
PEA: Población Económicamente Activa.  
PES 1991-1996: Política Económica y Social del Gobierno de Guatemala para el Período 1991-1996.  
PIGS 1994-1996: Programa de Inversiones Públicas y Gasto Social. Período 1994-1996.  
Plan 180 Días: Plan de Gobierno de los 180 Días.  
Plan 1994-1995: Plan de Gobierno para el Período 1994-1995.  
PR: Presidente de la República.  
PRAP: Programa de Racionalización de la Administración Pública.  
PREN: Programa de Reorganización Nacional.  
PRES: Programa de Reactivación Económica y Social.  
PSSBID: Programa Sectorial de Salud del BID.  
PSSMS: Programa Sectorial del MSPAS.  
RCD: Reglamento de los Consejos de Desarrollo.  
S-5: Sección de Asuntos Civiles.  
SEGEPLAN: Secretaria General de Planificación Económica.  
SILOS: Sistemas Locales de Salud.  
SIMME: Sistema Multiplicador de Micro-empresa.  
SP: Servicios Prepago.  
SPS: Seguros Privados de Salud.

UASP: Unidad de Acción Sindical y Popular.  
UCN: Unión del Centro Nacional.  
URNG: Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca.  
USAC: Universidad de San Carlos de Guatemala.  
VR: Vicepresidencia de la República.

## BIBLIOGRAFIA

1. Acuerdo Gubernativo 1041-87, Gobierno de Guatemala. Reglamento de la Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. Guatemala.
2. Alianza y Redd Barna 1992a. *Niñez guatemalteca y crisis económica*. Guatemala.
3. Alianza y Redd Barna 1992b. *Niñez guatemalteca y crisis económica*. Guatemala, 1992, resumen.
4. Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales (AVANCSO) 1990a. Política Exterior y Estabilidad Estatal. *Cuadernos de Investigación*, No.5, Segunda Impresión, Guatemala.
5. Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales (AVANCSO) 1990b. La Política de Desarrollo del Estado Guatemalteco 1986-1987. *Cuadernos de Investigación*, No.2, Tercera Impresión, Guatemala.
6. Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales (AVANCSO) 1993a. Para entender el ajuste. Guatemala, inédito.
7. Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales (AVANCSO) 1993b. Crisis y Ajuste estructural en Guatemala: una aproximación al modelo económico-social guatemalteco, su crisis y su reestructuración. Guatemala, inédito.
8. Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales (AVANCSO). Las Medidas de Política Económica en el Contexto del Ajuste Estructural. Documento interno de AVANCSO, s/f.
9. AVANCSO-IDESAC 1990. *ONG's, Sociedad Civil y Estado, elementos para el debate*. Guatemala.
10. Banco Interamericano de Desarrollo (BID) 1993. *Programa Sectorial de Salud, Guatemala*. Documento Interno.
11. Banco Mundial 1993. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud*. Whashington D. C. 1993.
12. Barahona, Francisco 1991. Elementos para Utilizar el Concepto de Estado desde una Óptica Social Cristiana. *Memorias del III Seminario Regional 1991 "Concepción Demócrata Cristiana de Estado y Sociedad"*. El Salvador. pp.126-133.
13. Bastos Santiago y Manuela Camus 1993. *Quebrando El Silencio, Organizaciones del Pueblo Maya y sus Demandas (1986-1992)*. FLACSO-Guatemala.
14. Benítez, Raúl y Ricardo Cordova 1990. Reflexiones en Torno al Estado en Centroamérica. En: *El Estado en América Latina, Teoría y Práctica*, Coordinador: Pablo González Casanova, Siglo XXI, México.
15. Belmartino, Susana 1989. La crisis de las políticas sociales: discusión de una alternativa. *Cuadernos Médico Sociales*, No.49-50, Buenos Aires, Argentina.
16. Bermúdez, Francisco 1987. El Perfil Gerencial en los Niveles Administrativos de la Organización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Tesis de Maestría en Administración Pública del INAP-USAC, Guatemala.



17. Betances, Emilio 1988. La concepción ampliada en Gramsci. En: *Filosofía y política en el pensamiento de Gramsci*. Ed. Cultura popular, México.
18. Blanco, José y Alberto Rivera 1994. La Carga Global de Mortalidad. En: *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. Coord: Cristina Laurell. Fundación Friedrich Ebert, México, pp:111-128.
19. Blanco, José y Oliva López 1993. *La Modernización Neoliberal en Salud, México en los ochenta*. Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, México.
20. Cardona, Rokaél 1991. "La Gerencia en el Sector Salud en Guatemala". *Estudio Básico del Sector Salud, MSPAS-OPS-BID, Guatemala*.
21. Castañeda, Gilberto 1987. *Guatemala: Crisis Social, Política Exterior y Relaciones con México 1978-1986*. Programa de Estudios de Centroamérica. CIDE. México.
22. Castañeda, Gilberto 1988. Elementos históricos en torno a la formación de los estados centroamericanos, Guatemala. *Documento de trabajo, Programa de Estudios Centroamericanos, CIDE. México*.
23. Castañeda, Gilberto, et al. 1993. *Guatemala ONG's y Desarrollo, el Caso del Altiplano Central*. CEIDEC. Ed. Praxis. México.
24. Castellanos, Eugenia. et al 1992. *Mujéres, niños y ajuste estructural. Debate, No. 18. FLACSO, Guatemala*.
25. Castro, Héctor 1990. *Las Descentralización del Estado Guatemalteco en el Gobierno de Vinicio Cerezo*. *Revista Estudios Sociales Centroamericanos, No.52, CSUCA, Costa Rica*.
26. Castro, Miguel Angel, et al 1989. "Guatemala Líneas de Desarrollo: un enfoque sobre las economía, el desarrollo y las funciones económicas del Estado". *Revista Económica, Año XXIX. No100, IIES, USAC, Guatemala*.
27. Castro, Miguel e Irene Martínez 1993. "El Instituto de Previsión Social Efectos y Consecuencias". *Revista Económica, Año XXXI, No115, IIES, USAC, Guatemala*.
28. Centro de Investigaciones Económicas Nacionales (CIEN) 1991. *Lineamientos de Política Económica y Social para Guatemala, Salud*. 3era. Edición, Guatemala.
29. Centro de Estudios Económicos Sociales (CEES) 1992. *Privatización una Oportunidad*. Guatemala.
30. Cerezo, Vinicio 1987. *I Año de Gobierno, Informe al Congreso de la República*. Guatemala.
31. Cerezo, Vinicio 1988. *II Año de Gobierno, Informe al Congreso de la República*. Guatemala.
32. Cerezo, Vinicio 1989. *III Año de Gobierno, Informe al Congreso de la República*. Guatemala.
33. Cerezo, Vinicio 1990. *IV Año de Gobierno, Informe al Congreso de la República*. Guatemala.
34. Ciencia y Tecnología para Guatemala (CITGUA) 1991. *El Estado de Seguridad Nacional. Cuaderno CITGUA, No.19, año 7, México*.

35. Ciencia y Tecnología para Guatemala (CITGUA) 1985. La Constitución Guatemalteca de 1985. *Cuaderno CITGUA*, No.7, Año 2, México.
36. CIGNA. Programa de Reembolso Directo: una nueva opción empresarial para el pago de servicios médicos. Empresa Guatemalteca de Seguros CIGNA, S. A. Guatemala s/f.
37. Código de Salud (CS). Decreto 45-79. El Congreso de la República, Guatemala.
38. Consejo Nacional de Salud (CNS) 1992. *Política Nacional del Sector Salud*. Guatemala.
39. Consejo Nacional de Salud (CNS) 1989. *Reglamento General del Consejo Nacional de salud*. Gobierno de Guatemala, Acuerdo Gubernativo No.607-89.
40. Constitución Política de la República de Guatemala (CPR). Asamblea Nacional Constituyente de 1985. Tercera Edición.
41. Decreto 52-87, Congreso de la República de Guatemala. Ley de los Consejos de Desarrollo. Guatemala.
42. Decreto 70-86, Congreso de la República de Guatemala. Ley Preliminar de Regionalización. Guatemala.
43. Díez, Ana y Hugo Spinelli 1993. "El sistema de salud de Estados Unidos: paradigma a imitar o espejismo?". *Cuadernos Médico Sociales*, No. 63. 1993. pp. 8-16.
44. Donis, Vinicio 1991. "Descripción General del Sector Salud". *Estudio Básico del Sector salud*, MSPAS-OPS-BID, Guatemala.
45. Escoto, Jorge 1993. "Neoliberalismo en Guatemala, de la Teoría a la Realidad". *Voces del tiempo*, No.8, SERGUA, Guatemala.
46. Félix, Alvarado 1990. Las Relaciones entre el Sector Público y Privado en Salud, elementos para el diseño de una estrategia integrativa. Tesis de Maestría de Administración Pública, INAP-USAC, Guatemala.
47. Fleury, Sonia 1991. "Repensando la historia de las políticas de salud en América Latina". *Cuadernos Médico Sociales*, No.55, pp. 5-12.
48. Fondo de Inversión Social (FIS) 1993a. *Criterios Generales para Elegibilidad de Proyectos*, Guatemala.
49. Fondo de Inversión Social (FIS) 1993b. *Catalogo de Programas*. Guatemala.
50. Gálvez, Víctor 1989. Democratización o Institucionalización: las vicisitudes de la transición en Guatemala. *Polémica*, No.9, Segunda Epoca, FLACSO, Costa Rica.
51. Gálvez, Víctor 1991. Transición y Régimen Político en Guatemala 1982-1988. *Cuadernos de Ciencias Sociales*, No.44. Secretaria General FLACSO, Costa Rica.
52. Garcia, Ana y Lerner Laura 1991. "El discurso neoliberal en las políticas sociales: aportes para una discusión". *Cuadernos Médico Sociales*, No.58. 1991. pp 33-45.

53. Garzaño, Angeles y Florencia Peña 1994. "Unidades familiares, mujeres y salud en el desarrollo". En: *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. Coord: Cristina Laurell. Fundación Friedrich Ebert, México, pp:61-88.
54. Garst, Rachel 1993. *FIS y FONAPAZ en Guatemala, Una nueva relación Ong-Estado?*. COINDE, Guatemala.
55. Gómez, Ciro y Miguel Pacajo 1991. "Análisis del Financiamiento y Gasto del Sector Salud en la República de Guatemala". *Estudio Básico del Sector Salud*, MSPAS-OPS-BID, Guatemala.
56. Gramajo, Héctor 1989. *Tesis de Estabilidad Nacional*. Editorial del Ejército, Guatemala.
57. Guzmán, Angel. Las Políticas de Salud en los Años 1978 a 1987: análisis a nivel de formulación de las políticas de salud, definidas por el gobierno de la República de Guatemala, durante los años 1978-1987. Tesis de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas, USAC, Guatemala.
58. Hernández, Jorge 1991. Evaluación de las Políticas de Apertura Económica. En: *Economía, Revista del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales*, Facultad de Ciencias Económicas. USAC. No. 110. Guatemala, 1991. pp. 7-45.
59. IDEAS (IDEAS) 1992a. *Manuales de Referencia 8% Constitucional*. Asociación IDEAS, Guatemala.
60. IDEAS (IDEAS) 1992b. *Estudio y Análisis del 8% Constitucional*. Asociación IDEAS, Guatemala.
61. IDESAC 1989. *El Fenómeno de las ONG's en Guatemala*. IDESAC-SERJUS-SOJUGMA, Guatemala.
62. Iglesia Guatemalteca en el Exilio (IGE) 1989. *Guatemala: Seguridad, desarrollo y democracia*. Iglesia Guatemalteca en el Exilio, Guatemala.
63. INAP 1990. La Descentralización de la Administración Pública en Guatemala. *Serie de Administración Pública* INAP.
64. INAP-MSPAS 1992. *La Regionalización en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dentro del Proceso de Racionalización de la Administración Pública*, (PRAP-MSPAS). Guatemala.
65. Inforpress Centroamérica (IC) 1988. *Centro América 1988*. Guatemala, Inforpress.
66. INE-FUNAP 1991. *Perfil de la Pobreza en Guatemala, Encuesta Nacional Sociodemográfica*. Instituto Nacional de Estadística (INE), Guatemala.
67. Instituto Centroamericano de Estudios Políticos (INCEP) 1993. La Crisis Político-Constitucional de Guatemala, Del golpe de Estado de Jorge Serrano a la Presidencia Constitucional de Ramiro de León Carpio. *Panorama Centroamericano, Temas y Documento de Debate* No.3/93.
68. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) 1990. *Informe Anual de Labores*. Guatemala.
69. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) 1991. *Informe Anual de Labores*. Guatemala.

70. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) 1992. *Informe Anual de Labores*. Guatemala.
71. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) 1993. *Informe Anual de Labores*. Guatemala.
72. Jonas, Susanne 1994. *La Batalla por Guatemala*. FLACSO-Guatemala, Nueva Sociedad, Venezuela.
73. Jonas, Susanne y David Tobis 1979. *Guatemala: una historia inmediata*. 2da. Edición. Siglo XXI, México.
74. Laurell, Cristina 1991. La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud. *Documentos de trabajo*, No.27, Fundación Friedrich Ebert, México.
75. Laurell, Cristina 1992a. "Avanzar al pasado: la política social del neoliberalismo". En: *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*. Fundación Friedrich Ebert. México, pp. 125-144.
76. Laurell, Cristina 1992b. "La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades socio-políticas". *Cuadernos Médico Sociales*, No.60, pp. 3-18.
77. Laurell, Cristina y María Elena Ortega 1992. El Proceso de Privatización en salud en México. *XV Curso Monográfico Política de Salud, Estado y Mercado*. *Medicina Social*, UAM-Xochimilco, México.
78. Laurell, Cristina 1994a (1). "La Lógica de la Privatización en Salud". *Memorias del II Seminario Latinoamericano de Política Sanitaria*. (en prensa)
79. Laurell, Cristina 1994b (2). "La salud: de derecho a mercancía". En: *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. Coord: Cristina Laurell. Fundación Friedrich Ebert, México, pp:9-31.
80. López, Oliva 1992. "La política de salud en México: Un ejemplo de liberalismo social?". En: *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*. Coord: Asa Cristina Laurell. Fundación Friedrich Ebert, pp.165-182.
81. López, Oliva 1993. Principales corrientes en la sociología médica. Instituto Nacional de Salud Pública. Doctorado en Ciencias, documento fotocopiado.
82. López, Oliva 1994. La selectividad en la política de salud. En: *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. Coord: Cristina Laurell. Fundación Friedrich Ebert, México, pp:33-60.
83. Ministerio de Finanzas Públicas 1988. *El Programa de Consolidación Democrática y el Presupuesto General de Ingresos y Egresos del estado 1989*. Guatemala.
84. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). *Plan Maestro de Desarrollo Institucional*. Dirección General de Servicios de Salud, Guatemala, s/f.
85. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) 1987. *Plan Nacional de Salud 1987-1990*. Guatemala

86. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) 1991. *Nuestro Compromiso con la Salud Pública de Guatemala*. Guatemala.
87. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) 1993a. *Lineamientos de Política de Salud 1994-1995*. Guatemala.
88. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) 1993b. *Guía para Operativizar los Lineamientos de Política de Salud 1994-1995*. Dirección General de servicios de Salud, Guatemala.
89. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) 1994. *Programa Sectorial de Salud*. Guatemala.
90. Monteforte, Mario 1992. *Palabras de Retorno*. Ed. Piedra Santa, Guatemala.
91. Morales, Oscar 1990. El Estado Centroamericano: caracterización de los factores económicos, políticos y sociales que condicionan su actuación y funcionamiento. *Panorama Centroamericano*, No.20, INCEP, Guatemala, pp.3-13.
92. OPS 1991. Estudio básico del sector salud. *Publicaciones científicas y técnicas*, OPS-Guatemala.
93. OPS 1992. Análisis de la Situación de Salud por Regiones. *Publicación Científica y Técnica*, OPS-Guatemala.
94. OPS 1993. Algunos Indicadores de Salud Seleccionados por Departamento, *Publicación Científica y Técnica*, OPS-Guatemala.
95. OPS/OMS 1994. *Propuesta para el Desarrollo de un Seguro de Salud Campesino en el Municipio de Ixcán*. OPS-Guatemala.
96. Ortiz, Rolando 1991. Notas sobre el gasto público el financiamiento en salud. *Publicaciones científicas y técnicas*, OPS-Guatemala, Volumen No.5.
97. Ortiz, Rolando y Marti Werner 1993. *El Sector Privado y el Estado Guatemalteco (1871-1993)*. Centro de Estudios Urbanos y Regionales, USAC, Guatemala.
98. Osorio, Jaime 1990. Acerca del Estado y la Democracia. *Breviarios de la Investigación*, UAM-Xochimilco, México.
99. Palencia, Mayra 1987. Autoritarismo y Crisis Política en Guatemala, breve análisis de coyuntura, 1982-1985. Facultad de Ciencias Económicas, USAC, Guatemala.
100. Portelli, Hugues 1983. *Gramsci y el bloque histórico*. Siglo XXI. 10 ed. México.
101. Presidencia de la República (PR) 1986. *Programa de Reordenamiento Económico y Social de Corto Plazo (PRES)*. Guatemala.
102. Presidencia de la República (PR) 1987. *Programa de la Reorganización Nacional 1987-1988 (PREN)*. Guatemala.
103. Presidencia de la República (PR) 1988. *Guatemala 2000: Una Estrategia para la Paz y el Desarrollo*. Guatemala.
104. Presidencia de la República (PR) 1989. *Programa de los 500 Días, en el contexto de Guatemala 2000, Hacia la modernización de la Economía*

- Nacional. Guatemala.
105. Presidencia de la República (PR) 1991. *Política Económica y Social del gobierno de Guatemala para el Período 1991-1996*. Guatemala.
  106. Presidencia de la República (PR) 1993a. *Plan de Gobierno de los 180 Días*. Guatemala.
  107. Presidencia de la República (PR) 1993b. *Plan de Gobierno para el Período 1994-1995, Agenda de Trabajo*. Guatemala.
  108. Presidencia de la República (PR) 1993c. *Programa de Inversiones Públicas y Gasto Social Período 1994-1995*. Vol.I: Texto Principal. Guatemala.
  109. Reyes , Edgar 1991. "Política Económica e Inversión Publica en Guatemala". En: *Economía, Revista del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales*, Facultad de Ciencias Económicas, USAC, No. 110, Guatemala, pp. 83-101.
  110. Rivera Ramiro 1985. *Evolución de la Salud Publica en Guatemala*. Departamento de Artes Gráficas, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.
  111. Rodríguez, Miguel 1991. La Economía Social de Mercado: respuesta social cristiana a los desafíos del Siglo XXI. *Panorama Centroamericano*, No.24, INCEP, Guatemala, pp.41-60..
  112. Rosada, Héctor 1987. "Caracterización de los Proyectos Políticos en Guatemala". En: *III Seminario, "El Papel de los Partidos Políticos"*. ASIES, Guatemala.
  113. Rosada, Héctor 1988: "Transición Política en Guatemala y sus Perspectivas". *Revista de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC)*, No.6, Guatemala.
  114. Rosada, Héctor 1990. "Elecciones Generales durante la Transición Política". *Polémica*, No.12 Segunda Epoca, Costa Rica.
  115. Secretaria General del Consejo Nacional de Planificación Económica (SEGEPLAN) 1987. *Plan Nacional de Desarrollo 1987-1991*. Guatemala.
  116. Secretaria General del Consejo Nacional de Planificación Económica (SEGEPLAN) 1987. Políticas Sectoriales de Desarrollo: Sector Salud. En: *Plan Nacional de Desarrollo 1987-1991*, Guatemala, pp.85-92.
  117. Secretaria General del Consejo Nacional de Planificación Económica. (SEGEPLAN). *Cifras Estadísticas, Documentos varios*, s/f.
  118. Secretaria General del Consejo Nacional de Planificación Económica (SEGEPLAN) 1992a. *Plan de Acción de Desarrollo Social (PLADES) 1992-1996, "Desarrollo Humano Infancia y Juventud"*. Guatemala.
  119. Secretaria General del Consejo Nacional de Planificación Económica (SEGEPLAN) 1992b. *Racionalización de la Administración Pública*. Guatemala.
  120. SEGEPLAN y Asociación Alemana de Cooperación (GTZ) 1991. *Programa de Estabilización y Ajuste Estructural un Proyecto de Corto y Mediano Plazo*. Vol.I, Escenario y Políticas Macroeconómica. Guatemala.
  121. SEGEPLAN Y UNICEF 1991. *Análisis de situación del niño y la mujer*. Guatemala.

122. Serra, Nicte 1992. Servicios Prepago de Salud: una opción a los servicios médicos del IGSS. Tesis de Graduación de Administración de Empresas, Universidad Francisco Marroquin, Guatemala.
123. Serrano, Jorge 1992. *I Año de Gobierno, Informe al Congreso de la República*. Guatemala.
124. Serrano, Jorge 1993. *II Año de Gobierno, Informe al Congreso de la República*. Guatemala.
125. Sosa, Lizardo 1990. El proceso de modernización de la economía guatemalteca. *Panorama Centroamericano*, No.20, INCEP, Guatemala, pp.29-33.
126. Sosa, Lizardo 1991. La política económica del gobierno de Guatemala 1986-1990: una experiencia democrata cristiana. *Panorama Centroamericano*, No.24, INCEP, Guatemala, pp.60-70.
127. Taracena, Luis 1990. Guatemala 1990, Retroceso o avance en la transición?. *Rev. Estudios Sociales Centroamericanos*, No.54, CSUCA, Costa Rica.
128. Tetelboin, Carolina 1994. El problema de los recursos humanos. En: *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. Coord: Cristina Laurell. Fundación Friedrich Ebert, México, pp:89-110.
129. Tetelboin, Carolina 1992. "Chile: Políticas Neoliberales y Salud". En: *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*. Coord: Cristina Laurell. Fundación Friedrich Ebert. México, pp. 145-164.  
social del neoliberalismo". En: *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*. Fundación Friedrich Ebert. México, pp. 125-144.
130. Timossi, Gerardo 1989. *Centroamérica deuda externa y ajuste estructural: las transformaciones económicas de la crisis*. Ed. Departamento Ecuménico de Investigaciones (DEI), Costa Rica.
131. Vargas, Jacobo 1984. *Guatemala: sus recursos naturales, el militarismo y el imperialismo*. Ed. Claves Latinoamericanas, México.
132. Velásquez, Eduardo 1994. *El Régimen de la Seguridad Social en Guatemala*. Centro de Estudios Urbanos y Regionales, USAC, Guatemala.
133. Vicepresidencia de la República (VP) 1988. *Seminario sobre Operacionalización de la Estrategia de Desconcentración y Descentralización de la Administración Pública*. MSPAS-VP, Guatemala.
134. Vicepresidencia de la República (VP) 1989. *El Programa de Desconcentración y Descentralización de la Administración Pública*. VP-OPS-PNUD, Guatemala.
135. Vicepresidencia de la República (VP) 1990. *Informe de Situación del Proyecto Fortalecimiento, Desconcentración y Descentralización de la Administración Pública*. Guatemala.
136. Villaseñor, Yadira 1989. *Plan Nacional de Salud: estudio retrospectivo de las acciones orientadas hacia la solución de problemas prioritarios de atención en salud de Guatemala 1978-1987*. Tesis de Graduación Facultad de Ciencias Médicas, USAC, Guatemala.
137. Werner, Fernando 1994. *Guatemala: Análisis de la Coyuntura y Perspectivas Económico-Políticas*. Informe Preparado para Oxfam-América.

138. Werner, Fernando y Luis Martínez 1992. Empleo Social Productivo en Guatemala. Consultoría PNUD, Informe Preliminar.

FUENTES HEMEROGRÁFICAS:

La Hora, Prensa Libre y Siglo Veintiuno.

PUBLICACIONES PERIÓDICAS:

ACEN-SIAG, Agencia Centroamericana de Noticias (Guatemala).

Crónica (Ciudad de Guatemala).

EMPRESA (Publicación de la Fundación FADES).

Inforpress Centroamericana (IC) (Guatemala).

PRESENCIA, Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de San Carlos.

Boletín de Economía al Día (BED), Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales (IIES), USAC.

ENLACE (publicación de la Cámara de Comercio de Guatemala).

Boletín de Estadísticas de Seguros y Fianzas (Superintendencia de Bancos, Guatemala).

DOCUMENTOS DE COMPAÑÍAS DE SEGUROS:

El Roble, Granai & Towson, CIGMA.



A N E X O 1

## MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.

Para el estudio de la política de salud, en una formación socio-económica históricamente determinada, se requiere de un marco teórico referencial que nos permita comprender y explicar sus determinaciones y principales relaciones con otros procesos sociales con los cuales interactúa o forma parte.

Dicho marco teórico referencial, se presenta como una tarea difícil, dado el alto grado de complejidad de la formación socio-económica guatemalteca y por el escaso desarrollo analítico existente sobre dicha formación, de las principales categorías que utilizaremos: el Estado y la política social.

Hay algunas características de la formación socioeconómica guatemalteca que son de importancia para el abordaje teórico de nuestro objeto de estudio. Algunas de ellas son compartidas, en términos generales, por el resto de países latinoamericanos y otras, son más específicas; ambas le dan el nivel de complejidad del que se hacía mención.

Estas características generales son las propias a las de un país subdesarrollado, por lo que sus dos rasgos centrales son: la de mantener reproducciones dependientes del mercado mundial en sus economías periféricas y la heterogeneidad estructural de su formación social (Evers, 1989; 17). Estos rasgos adquieren su particularidad en cada país, por lo que al discutir la categoría de Estado se hará un intento de dar cuenta de ellas, sin tener la ambición de presentar una visión acabada desde esta perspectiva, pero sí dar los lineamientos teóricos generales que nos permitan explicarnos nuestro objeto de estudio.

El marco teórico referencial que se desarrollará se inscribe en el materialismo histórico, y dentro de las diversas corrientes de éste, optaremos por la concepción de Gramsci de Estado, de la cual derivará el tratamiento que le daremos a la de política social. Nuestro objeto de estudio, la política de salud, se considera un ámbito particular de la política social, por lo que su abordaje teórico desde la perspectiva descrita, permitirá mayor comprensión de ésta, salvando así el tratamiento aislado o descontextualizado que se podría hacer al no considerarla como parte de una totalidad que adquiere su propia lógica, en este caso, la lógica capitalista.

Las partes de que constará el marco teórico referencial son las siguientes:

1. La primera parte, tratará la categoría más general que se utilizará en la investigación que es la de Estado, para lo cual se realizará una breve discusión de la concepción de Gramsci y se darán las características de la formación socio-económica en la que adquiere su forma y funciones el Estado guatemalteco. Se explicará teóricamente, cuál es la dinámica de éste último, en momentos de crisis y transformaciones, de acuerdo a la corriente gramsciana.

2. La segunda parte discutirá los determinantes y el papel que cumplen las políticas sociales en una formación socio-económica dada, siempre manteniendo la relación con lo tratado en el punto anterior. Se hará una aproximación a las políticas sociales en Guatemala.

3. En la tercera parte, en base a lo planteado en los dos puntos anteriores, se presentará y discutirá la concepción de política de salud con la que se trabajará y cómo se relaciona ésta con la formación socio-económica guatemalteca.

La primera parte es central en nuestro marco teórico referencial y cobra mayor importancia, en el sentido, de que con ella se intentará salvar algunos

problemas encontrados en otros estudios sobre política social, y que apuntan en tres sentidos: uno, el no considerar a la marcada heterogeneidad económica, como una característica fundamental de las formaciones sociales latinoamericanas; el segundo, el considerar a lo político como reflejo de lo económico, es decir, no dar cuenta de su propia dinámica en relativa autonomía; por último, el reduccionismo de las luchas de poder al de la lucha de clases, sin considerar otras dimensiones de ésta. (Fleury, 1991; 7-8)

#### A. ESTADO

Gramsci, considera que la relación entre la estructura y la superestructura es dialéctica, existiendo entre ambas, un vínculo orgánico donde los intelectuales juegan un papel fundamental (Portelli, 1983; 45-61).

La superestructura se puede dividir, por razones metodológicas, en la sociedad civil y la sociedad política, pues éstas son consideradas orgánicamente complementarias (Betances, 1986; 265). La sociedad civil, es la responsable de conducir y ejercer la hegemonía (de la clase dominante), e incluye a "la familia, las corporaciones, los intelectuales en parte, y todas las organizaciones comúnmente llamadas privadas" (Betances 1986; 265). La sociedad política, es la encargada de ejercer la dominación o dictadura e incluye "la administración de la justicia, la fuerza policíaca, la constitución, división de poderes del Estado en el sentido liberal, derecho internacional y en parte los intelectuales" (Betances, 1986; 265).

Es importante señalar que las distintas instituciones, sea las indicadas de la sociedad civil o de la sociedad política, pueden jugar un papel en ambas, por lo que al indicarlás en una, no la excluye definitivamente de la otra. Para Gramsci, el Estado es al mismo tiempo hegemonía y dominación (coerción), pero uno de ellos está más acentuado que el otro, de acuerdo al momento histórico que se trate. (Portelli 1983 y Betances 1986; 265)

Gramsci identifica dos momentos en la articulación del campo estatal: el Estado en sentido estricto y el Estado en sentido ampliado o integral. "En sentido estricto, el Estado se identifica con el gobierno, con el aparato de dictadura de clase, en la medida que él posee funciones coercitivas y económicas. La dominación de clase se ejerce a través del aparato de Estado en sentido clásico (ejército, policía, administración, burocracia). Pero esa función coercitiva es inseparable de un cierto papel adaptativo educativo del Estado.." (Betances, 1986; 265-266). A la par de este Estado en sentido estricto, se encuentra el integral o ampliado dado por la sociedad civil, la hegemonía, es decir, el Estado como organizador de consenso y liderazgo. (Betances 1986; 266)

Como se dijo antes los intelectuales son esenciales para el vínculo orgánico entre estructura y superestructura, y no son entendidos únicamente de la forma tradicional, sino que se consideran como un estrato social el cual cumple funciones de creación, organización y de educación (Portelli, 1983; 110-111), "... tanto en el campo de la producción como en lo político administrativo" (Gramsci citado en Betances, 1986; 272), es decir que cumplen distintas funciones en el seno de la sociedad política o en la sociedad civil. Los intelectuales pertenecen a distintas clases sociales pero mantienen su supremacía los que tienen su origen en la clase fundamental, por medio del "bloque intelectual" o "bloque ideológico". Sin embargo, el estrato de intelectuales mantiene una relación mediata con la estructura, es decir, gozan de autonomía relativa (Portelli, 1983; 93-110).

Un concepto de gran importancia para Gramsci es el de "bloque histórico", que reúne todo lo anteriormente descrito; así el bloque histórico es la articulación de la estructura con su superestructura (sociedad civil y sociedad política), en un momento histórico dado. Cuando se pierde esta articulación se cae en lo que Gramsci llama "la crisis orgánica", que no es

más que la incapacidad de la clase dominante de dirigir a las subordinadas, es decir, crisis de hegemonía. (P. citado en Portelli, 1983;121).

La crisis hace que la balanza entre la sociedad civil y la sociedad política se desequilibre hacia esta última, lo que en términos de los dos momentos estatales que se mencionan, hay un movimiento del Estado ampliado (hegemónico), al Estado estricto donde prevalece, aunque no del todo, la sociedad política.

La situación de crisis orgánica, cobra relevancia para el caso que nos ocupa. El estado guatemalteco se caracteriza por mantenerse en crisis permanente debido precisamente a la gran heterogeneidad de la base económico-social que dificulta a la ideología dominante controlar todos los grupos o clases sociales subalternas ocasionando una crisis de hegemonía. Esta crisis significa que la sociedad civil es débil e incapaz de mantener bajo control otras formas de ideología, por lo que la superestructura tiende a lo que Gramsci llama la sociedad política: la coerción, el autoritarismo, básicamente el Estado estricto.

La heterogeneidad de la formación socio-económica guatemalteca, tiene su explicación, a igual que el resto de países latinoamericanos, en la historia de su surgimiento como naciones dependientes al capitalismo mundial. "La contradicción de un Estado nacional soberano, en el marco de una economía internacional que lo determina, ubica el problema de la sociedad latinoamericana como una sociedad dependiente, y es esta condición estructural inherente, la que determina las funciones y el desarrollo de la nación, del Estado y de las clases sociales en la historia de la región" (Rivas, 1987;109. Citado en Fleury, 1992;41)

Los estados nacionales latinoamericanos nacen bajo la tutela y los intereses del sistema capitalista mundial, es decir, en un movimiento de afuera hacia adentro que repercutió en las formaciones socio-económicas generando en ellas relaciones y formas capitalistas de producción a la par de las ya existentes formas precapitalistas, dando así origen a una estructura de clases compleja y heterogénea. Esto a la vez, ocasionó un dispar desarrollo superestructural, que significa la imposibilidad de establecer la hegemonía por una clase dominante sobre las otras clases o grupos subalternos, y si la primacía de formas políticas de dominación a través del Estado, constituyéndose, entonces, este último en la garantía de la unidad nacional. (Fleury, 1992;40-45)

" Así como la crisis orgánica no es un fenómeno repentino, tampoco es una situación efímera. Por su carácter orgánico, esta crisis de hegemonía refleja la crisis de la estructura y sigue, por lo tanto su evolución. De ahí que una situación así pueda prolongarse durante un largo período histórico, 'por decenas de años'. Esta duración excepcional significa que en la estructura se han revelado (maduración) contradicciones incurables y que las fuerzas políticas, que obran positivamente en la conservación y defensa de la estructura misma, se esfuerzan sin embargo por sanear y por superar dentro de ciertos límites". (Mach citado en Portelli, 1983;132)

La característica esencial de la crisis orgánica es la crisis de hegemonía y ésta tiene su manifestación fundamental en el papel del bloque ideológico o intelectual. La desintegración de éste, que es por medio del cual la clase dominante mantiene la hegemonía sobre las otras clases, indica que los intelectuales de distintas extracciones de clase o de grupos sociales (hayan sido estos de la clase dominante, de las clases aliadas o de las clases subalternas), aumentan su autonomía de la estructura o bien se separan completamente de los intereses de las distintas clases. Ejemplo de ello, es la burocracia o los partidos políticos tradicionales: " En cierto momento de su vida histórica, los grupos sociales se separan de sus partidos

tradicionales. Esto significa que los partidos tradicionales, con la forma de organización que presenta, con aquellos determinados hombres que los constituyen, representan y dirigen, ya no son reconocidos como expresión propia de su clase o de una fracción de ella"....."el partido termina por convertirse en anacrónico y en los momentos de crisis aguda desaparece su

contenido social y queda como en las nubes" (Mach citado en Portelli, 1983;122).

Lo anterior es un ejemplo de cómo las distintas instancias del Estado en sentido estricto o ampliado, o bien de la sociedad política o de la sociedad civil, desarrollan o mantienen una crisis de hegemonía que se expresa en el bloque intelectual y se manifiesta en los distintos espacios políticos de la formación socio-económica. Las características de esta crisis ha variado de acuerdo a los distintos momentos históricos de la formaciones socio-económicas. Una reciente sistematización de las estructuras políticas de los países del "tercer mundo" en los últimos años fue hecha por Evers en 1987, y es la siguiente:

- "
- 1) Ausencia de organización plena de formas democrático-burguesas:
    - por diversidad de formas autocráticas de gobierno;
    - por diversidad de formas de dominación dentro de esos Estados (paternalismo y personalismo, caudillismo y caciquismo, etcétera);
    - por inestabilidad institucional, cambios frecuentes en la forma de dominación.
  
  - 2) Ausencia de organización plena del Estado de Derecho:
    - por alto grado de represión;
    - y/o exacerbación de la violencia como medio de lucha política.
  
  - 3) Funcionamiento deficiente del aparato estatal:
    - por hipertrofia del aparato burocrático;
    - por contradicciones, discontinuidades, falta de coordinación y de sentido práctico de la acción estatal;
    - por ineficiencia, corrupción, nepotismo y demagogia como rasgos recurrentes de los funcionarios públicos.
  
  - 4) Concentración estatal de funciones económicas y políticas:
    - por centralización excesiva y jerarquizada de todas las decisiones políticas del Estado y sobre todo de la cúpula;
    - por centralización excesiva de las autoridades políticas y administrativas regionales en la capital;
    - por múltiples funciones económicas directas del Estado, fuerte incidencia en procesos y decisiones económicas (estatización de lo privado);
    - por el apoyo estatal a los fines económicos de grupos reducidos, llegando hasta la instrumentación del Estado para satisfacer intereses particulares (privatización del Estado).
  
  - 5) Soberanía restringida:
    - fuerte injerencia de las potencias extranjeras por medio de intervenciones abiertas o solapadas de organismos económicos, militares, diplomáticos, de espionaje, sindicales, religiosos, etcétera;
    - por evasión de los grandes intereses económicos extranjeros al control estatal, cuando no son ellos mismos los que controlan el Estado;
    - parte del territorio nacional está fuera de la vigilancia del gobierno central: hay zonas controladas por influyentes, jefes de tribu, latifundistas, empresas agrícolas o mineras extranjeras, por fuerzas armadas de insurgentes o de traficantes". (Evers, 1987; 8-9. citado en Fleury, 1992; 28-29)

Se considera que las características anteriores corresponden, en gran medida a la situación guatemalteca, por lo que a partir de ellas, podemos entender la crisis orgánica que se sucede crónicamente en la articulación

entre una estructura heterogénea y su superestructura. Lo anterior se manifiesta en la permanente crisis de hegemonía y en una acentuada lucha entre las clases dominantes (y sus aliadas) y las clases subalternas, intentando mantener, las primeras, el control político del país.

La situación descrita anteriormente de crisis orgánica cobra importancia, pues es el contexto en el que se desarrollarán otras crisis, que sin ser orgánicas, la agudizan, y tienen relación con las crisis contemporánea del capitalismo mundial. Esta última, a nivel de la formación socio-económica que nos ocupa, se manifiesta como el agotamiento del patrón de acumulación capitalista prevaleciente y dará la pauta para el desarrollo de otro distinto, cuyas características principales serán determinadas, en gran parte, por el rol que asuma el Estado en su política económica y social. Este rol del Estado dependerá, a su vez, de la correlación de fuerzas entre los distintos sectores de poder dentro de la clase capitalista nacional e internacional, y entre éstas y la clase trabajadora o subalternas.

En otras palabras, hay una interdependencia entre el Estado y el patrón de acumulación. La transformación paulatina de este último, resultante de la lucha intra e inter clase, significa necesariamente la transformación paulatina del primero, por lo que los cambios en la forma y funciones del Estado (en sentido estricto), son requerimientos del nuevo patrón de acumulación que necesita de la intervención estatal para generar las condiciones necesarias para su reproducción. De ahí que el Estado entre en un proceso de redefinición de su intervención en la economía intentando garantizar las condiciones de una adecuada inserción de la economía nacional al mercado mundial, este último determinado por la forma y dinámica que adquiere el capital transnacional.

Estos cambios en la estructura económica y del Estado, como ya se dijo antes, devienen de la recomposición de fuerzas a nivel de la burguesía nacional e internacional y de éstas, con la distintas fuerzas sociales representadas por las clases o grupos sociales subalternos, no necesariamente teniendo estas luchas una identificación de clase, aunque de manera esencial esa sea el eje que mueva a las distintas pugnas entre grupos, fracciones y clases sociales en una formación socio-económica. Esta nueva recomposición de fuerzas se manifiesta, como es lógico a nivel político e ideológico, de ahí que estos cobren relevancia en el momento que se dé una transformación de la forma y las funciones del Estado.

Las transformaciones en la forma y funciones del Estado no se dan de una manera perfecta pues los cambios descritos son considerados como un proceso que adquiere distintas velocidades de acuerdo a las posibilidades políticas, económicas y sociales del país. Se debe además mencionar, que los cambios de la forma y función del Estado, como producto de las contradicciones y de la lucha intra e interclase, establecen el tipo de relación que éste tendrá con la sociedad civil y la economía. En relación a ésta última, el Estado fija su tipo de intervención y sus límites, redefiniendo al mismo tiempo los límites del mercado. Lo anterior se expresa en las distintas políticas estatales, económicas y sociales, el marco jurídico-legal y otras, que de acuerdo a la forma en que afecten o impacten a la sociedad civil, ésta desarrollará procesos políticos, organizacionales e institucionales que le permita cubrir sus necesidades, hacer presión u obtener sus derechos, de acuerdo o no, a las reglas del juego establecidas por el Estado.

Este particular accionar de los órganos del Estado o de la sociedad política tiene que ver con las políticas estatales y entre ellas, la política social. En esta última juega un papel crucial los intelectuales orgánicos, pues son éstos los que ocupan los lugares en la Asamblea, en la burocracia y en los distintos órganos de decisión.

La política social tiene un papel fundamental en la generación de la

hegemonía, por lo que ésta, más el tipo de relación que mantiene con la estructura económica, son de gran importancia para la construcción teórica de nuestro objeto de estudio.

## B. POLITICA SOCIAL

La política social desde la perspectiva de Estado ampliado de Gramsci se sitúa, como los demás componentes de la sociedad política y sociedad civil, en ambas. En la primera de ellas, nos estaríamos remitiendo al Estado en sentido estricto, por ser a ese nivel que las políticas sociales son formuladas de acuerdo a ciertas determinantes y su instrumentación se da, en parte, a través de los servicios públicos. La instrumentación de la política social no puede reducirse únicamente al sector público, ya que como parte de la sociedad civil, adquiere forma y contenido en otras instituciones que podemos llamar privadas, cuya propia dinámica y constitución depende de la formulación de la política social a nivel del Estado o sociedad política. Es así como la política social adquiere forma y contenido en ambas sociedades, lo que significa que para su comprensión debemos remitirnos a las instituciones públicas y a las instituciones privadas. Es en la forma de articulación de éstas dos, en todo lo que ello involucra, que podemos analizar de una manera adecuada a la política social.

En ese sentido, aportes como el de Laurell son importantes al decir, que es en el ámbito estatal donde la política social se formula e instrumenta, no significando esto que la debamos reducir a lo público o estatal. " Es más, a partir de la articulación específica, entre lo público y lo privado, entre Estado y mercado, entre derechos sociales y beneficios condicionados a la prestación o 'mérito', es posible distinguir, dentro de lo que genéricamente se ha denominado el 'Estado de Bienestar' capitalista, varias formas de Estado que se corresponden con políticas sociales con contenidos y efectos sociales diversos." (Laurell, 1992a; 127)

Se considera, entonces, que a partir de lo estatal es que se articula la política social, de ahí, que cambios o distintas formas, contenidos y funciones que adquiriera el Estado (en sentido estricto), para atender el bienestar y los servicios sociales para la población, necesariamente significan un proceso de rearticulación de lo público-privado y entre Estado-mercado, siendo ésta rearticulación de gran importancia para la comprensión de como se van integrando las políticas sociales en una formación socio-económica históricamente determinada.

La política social como parte de la sociedad política y de la sociedad civil, juega un papel importante en el vínculo orgánico que se trata de establecer entre la estructura y la superestructura. En dicho vínculo, los intelectuales juegan un papel fundamental pues se ubican en las diversas instituciones u órganos de ambas sociedades. Las instituciones de la sociedad política o del Estado en sentido estricto que son relevantes para la política social, son: el marco jurídico-legal, los servicios públicos, la burocracia de estos servicios, las medidas e instituciones económicas y los funcionarios en general. En la sociedad civil, cobran relevancia los órganos e instituciones privados que prestan servicios sociales a la población. Dentro de éstos se puede mencionar a las instituciones encargadas de la educación, la salud, la vivienda y en general, aquellas que procuren el bienestar de la población.

Las políticas sociales, consideradas como " el conjunto de medidas e instituciones que tienen por objeto el bienestar y los servicios sociales" (Laurell (1), 1992:127), y como parte de la sociedad política y de la sociedad civil, se sintetizan en dos esferas: la esfera de hegemonía-dominación y la esfera de economía. Estas esferas no se dan de manera separada, sino forman parte de un mismo proceso, la política social.

La esfera económica de las políticas sociales, tiene relación con las características estructurales de la formación socio-económica. En el modo de producción capitalista las políticas sociales adquieren distintas formas y funciones, en la lógica de subordinación del trabajo al capital, buscando generar las condiciones más apropiadas para la obtención y apropiación de plusvalía (Donnangelo, 1976;9).

Para ésta última, cobra relevancia la fuerza de trabajo ya que tiene relación con la plusvalía relativa que se genera a partir de aumentar la productividad del proceso de trabajo o con la plusvalía absoluta que tiene relación con el uso más prolongado de la fuerza de trabajo. Para ambas situaciones se requiere, en distinta medida, mantener las condiciones necesarias para la reproducción de la fuerza de trabajo.

Esta fuerza de trabajo puede estar utilizada dentro de distintos procesos de trabajo o bien ser requerida por el crecimiento de las actividades productivas. De ahí, que el ejército de reserva de fuerza de trabajo juegue un papel fundamental para asegurar el proceso de acumulación. En ese sentido, es importante mantener las condiciones necesarias para la formación o reposición de la fuerza de trabajo a través de las políticas sociales.

Los servicios sociales también son espacios donde se realiza la plusvalía de las mercancías y se constituye, al mismo tiempo, en procesos de producción donde se genera plusvalía directa o indirecta (Lopez, 1993;). En ese sentido, los servicios públicos o privados que proveen cierto bienestar a la población, como por ejemplo: la educación, la salud, la vivienda, la alimentación y otros, requieren de una serie de mercancías que, de acuerdo a como esté formulada la política social, pueden constituirse en un ámbito importante de realización de la plusvalía. Las instituciones privadas que prestan este tipo de servicios pueden hacerlo de dos formas. La primera, de forma gratuita por lo que no se constituyen en espacios de producción directa de plusvalía. La segunda, de forma lucrativa, es decir que los mismos servicios generan plusvalía a través de la venta de los servicios que se dan. Hay además, una gran variedad de instituciones privadas que tienen como objetivo la producción de mercancías dentro de las cuales están las necesarias para la prestación de los servicios sociales.

En la esfera de hegemonía-dominación, es importante señalar el papel que juega la política social y los límites que tiene de acuerdo a la concepción de Gramsci. " El hecho de la hegemonía presupone indudablemente que, se tiene en cuenta los intereses y las tendencias de los grupos sobre los cuales se ejerce la hegemonía, que se forme un cierto equilibrio de compromiso, es decir que el grupo dirigente haga sacrificios de orden económico corporativo, pero es también indudable que tales sacrificios y tal compromiso no pueden concernir a lo esencial, ya que si la hegemonía es ético-política no puede dejar de ser también económica, no puede menos que estar basada en la función decisiva que el grupo dirigente ejerce en el núcleo rector de la actividad económica" (Gramsci citado en Betances, 1986;270).

Esta hegemonía se verifica principalmente en los grupos aliados a la clase dominante y excluye, en la mayoría de las veces a los intereses de las clases subalternas. Para Gramsci la acción coercitiva sobre las clases subalternas se da en tres dinámicas distintas, que son: cuando el rol de las clases subalternas es crucial para los intereses de la clase dominante puede que ésta ceda en algunos aspectos bajo las presiones sociales alcanzado niveles no planificados por ella, pero manteniendo siempre su hegemonía y sus intereses económicos esenciales; otra situación es la llamada transformismo, que no es más que absorción de los intelectuales de las clases subalternas por distintos medios a la sociedad política; y la tercera forma es la dictadura pura y simple que se da en momentos de crisis, lo que lleva a dominar a las clases subalternas a través de la sociedad política. (Portelli, 1983;89-90)



Las políticas sociales juegan un rol importante en el establecimiento de la dominación o hegemonía de la clase dominante sobre las distintas clases y grupos sociales. Su forma de accionar es a través del consumo, y sigue varias estrategias.

La primera de ellas, es la de legitimar al grupo en el poder haciéndolo pasar como representante de los intereses del resto de las clases o grupos subalternos; una segunda forma, es desviando las luchas entre la clase dominante y las subalternas de la contradicción esencial ubicada a nivel de la producción, a la esfera del consumo (Donnangelo, 1976; 25); una tercera forma, es atomizando los posibles bloques de presión de las clases o grupos subalternos a través de su estratificación con distintas condiciones de vida (determinadas en parte por el consumo), debilitando la cohesión de los grupos; la cuarta forma, es hacerse de aliados a corto plazo, aún de grupos o clases subalternas, de acuerdo a las necesidades inmediatas de la clase dominante, como por ejemplo elecciones.

Estas distintas estrategias son tanto control político (coerción), como hegemónico, y juegan un papel importante en el mantenimiento de lo que Gramsci llama bloque histórico. A través de ellas se pretende suavizar las contradicciones interclase que pueden llevar a una crisis orgánica. Dichas contradicciones interclase son importantes en la determinación de las políticas sociales, ya que dependiendo el grado de presión política que desarrollen las clases o grupos subalternos así será también las concesiones que la clase dominante se verá obligada a dar en materia de bienestar y política social para la población.

En relación a la formación socio-económica guatemalteca, ésta se caracteriza precisamente por la crisis orgánica que se expresa en formas autoritarias o coercitivas, y en menor medida, por prácticas que buscan el consenso o la hegemonía por parte de la clase dominante sobre las subalternas.

Esta situación de crisis se manifiesta en las políticas sociales en dos momentos: uno, como parte de la sociedad política y el otro, de la sociedad civil. En la sociedad política, las distintas instancias o instituciones del Estado (en sentido estricto), que intervienen en la formulación o instrumentación de las políticas sociales mantienen un alto grado de incoherencia o con los intereses de clase que representan (ya sea de las clases dominantes o subalternas). Estas incoherencias limitan la capacidad de las políticas sociales a nivel estatal en cumplir con sus distintas funciones (la de hegemonía-dominación y la económica) y en poder articular los servicios públicos y los privados. Lo anterior cobra relevancia dada las crecientes presiones por parte de los grupos o clases subalternas para cubrir sus necesidades, la heterogeneidad de la formación socio-económica guatemalteca y las precarias condiciones de vida de la mayor parte de las clases o grupos subalternos.

Las políticas sociales como parte de la sociedad civil se caracterizan, entonces, en que los servicios privados mantienen diversos grados de articulación con los servicios públicos, existiendo la posibilidad de que algunos de ellos se den y desarrollen de una manera completamente desarticulada. Esta situación cobra relevancia dado que los servicios privados que se articulan con los servicios públicos de acuerdo a lo formulado a nivel estatal, cumplirán en mayor o menor medida con las funciones en las esferas de hegemonía-dominación y de economía; pero los servicios privados que se van constituyendo de forma desarticulada con los servicios públicos y en desacuerdo con lo formulado a nivel estatal, se pueden transformar en espacios valiosos para las clases o grupos subalternos, ya que a través de dichos espacios se puede contribuir a la construcción de una nueva hegemonía que, dada la situación de crisis permanente de la formación socioeconómica, es fundamental para el desarrollo del poder político de las clases y grupos subalternos. Los servicios privados desarticulados, como espacio para proveer

bienestar social a la sociedad, consolida y genera progresivamente nuevas concepciones, diferentes prácticas y estrategias que contribuyen a crear desde lo social un nuevo proyecto para el país. Se va constituyendo una política social alternativa a la estatal a partir de las necesidades de la población y como parte de un proyecto político alternativo, que de acuerdo a la dinámica y correlación de fuerzas que se den en la lucha de clases, así tendrá mayor o menor posibilidad de consolidarse.

Para concluir se identifican, dada la situación de crisis orgánica del país, dos políticas sociales. Una estatal, que es a partir de la cual lo privado y público mantienen diversos grados de articulación y cobran cierta lógica de acuerdo al proyecto global del cual forman parte; y otra en proceso, que podemos llamar alternativa y que se da desarticulada y fuera de la lógica de la estatal. Esta menor o mayor polaridad (entre política social estatal y política social alternativa) y el grado de desarrollo que cada una de estas políticas mantenga, se da en base a la formación socioeconómica que se estudie. Ambas políticas se logran observar con mayor nitidez, mientras se de una permanente crisis orgánica y que las clases o grupos sociales subalternos mantengan una creciente cohesión y conciencia política. De esto último dependerá, si las prácticas o estrategias seguidas por los grupos o clases subalternas, para cubrir sus necesidades, se pueden ir constituyendo en una política social alternativa como parte de un proyecto global, también alternativo, para el país.

### C. POLITICA DE SALUD

La política de salud guarda muchas de las características, determinaciones y limitaciones de la política social, adquiriendo especificidad por sí misma y de acuerdo a la formación socioeconómica a la que pertenece. Abordarla desde la perspectiva de Estado y política social bajo la concepción de Gramsci, permite que tengamos una visión ampliada, ubicándola en la sociedad política y en la sociedad civil. La formulación de la política de salud se da a nivel del Estado en sentido estricto y su instrumentación se hace a través de la articulación de los servicios públicos (sociedad política) y de los servicios privados (sociedad civil). Se considera entonces, que a igual que la política social y por ser un ámbito de ella, la política de salud puede ser interpretada de una forma objetiva y completa, si partimos que ésta está constituida por las acciones, instituciones u organizaciones que se dan, no sólo a nivel público sino también a nivel privado. Es a través del análisis de la articulación de éstas dos, que logramos tener una visión completa y comprensiva de la política de salud.

Es a partir de la formulación de la política de salud a nivel estatal, que se constituyen los servicios públicos de salud y se articulan a ellos, pero con una dinámica propia y con distintos grados de independencia, los servicios privados. Los servicios públicos están constituidos por los ministerios o secretarías de salud y la seguridad social (esta última puede ser considerada una institución del Estado en sentido ampliado por pertenecer a la sociedad política y a la sociedad civil). Los servicios privados lo están por la práctica liberal de la medicina por medio de clínicas y hospitales, el complejo médico-industrial, la medicina tradicional o tradicional-popular, y distintos tipos de organizaciones no gubernamentales que prestan servicios de atención o promoción de la salud.

Los cambios en la forma, contenidos y funciones en la política de salud, afecta necesariamente a la forma de articulación entre servicios públicos y privados. Estos cambios generan nuevos modelos de atención a la salud de la población. Esta articulación entre lo público-privado, dada las diversas formas que adquiere lo último y la lógica capitalista de la formación socio-económica en estudio, nos remite obligadamente a considerar las distintas articulaciones que se pueden dar entre el Estado y el mercado dentro del sector salud, a partir, de la forma, contenido y función que tome la

política de salud estatal.

La política de salud interpretada en su articulación público-privado adquiere dos dimensiones: una, con el proceso de acumulación capitalista y la otra, con la hegemonía-dominación de la clase dominante sobre las subalternas. En relación con el proceso de acumulación, la política de salud juega un papel fundamental para la reproducción de la fuerza de trabajo, ya que genera en parte, las condiciones necesarias para prevenir la enfermedad o bien, reestablecer o mantener la salud de la FT para ser utilizada por el capital dentro del proceso de trabajo. Además, las instituciones de salud privadas o públicas son espacios de realización de plusvalía, ya que ambos consumen mercancía o servicios necesarios para la atención o prevención de los problemas de salud-enfermedad. Las instituciones privadas generan plusvalía a través de la venta de sus servicios curativos a la población y por medio de la producción de mercancías necesarias para los servicios del sector público y privado.

En relación a la dimensión de hegemonía-dominación de la política de salud, se debe señalar que en términos generales tiene las mismas características que las señaladas para las políticas sociales. Es a través de la provisión de servicios de salud como ésta actúa a nivel de la esfera de consumo. Algo fundamental es la compleja y heterogénea situación socio-cultural-económica de la población que repercute, no sólo en las distintas posibilidades de acceso de las clases o grupos sociales a los variados tipos de servicios de salud, sino también en las distintas formas de enfermar y morir de estos grupos.

Esto representa un serio reto para la reproducción de la fuerza de trabajo y el logro de la hegemonía. Esto último, se expresa en diversas concesiones que la clase dominante debe otorgar en servicios, como respuesta a las presiones de las clases subalternas. Estas concesiones tendrán el límite impuesto por el proceso de acumulación capitalista; límite que al ser traspasado por las clases subalternas provoca una reacción de la clase dominante que trasciende de lo hegemónico y llega a la coersión o represión a través del Estado en sentido estricto.

En la formación socio-económica guatemalteca es de esperarse encontrar, dada su crisis permanente, problemas en la política de salud a nivel de la sociedad política y de la sociedad civil. Dichos problemas se manifiestan en la sociedad política como lo descrito para las políticas sociales y se traducen, por una parte, en la incapacidad de las políticas de salud estatales de cumplir con sus funciones en las esferas de lo económico y de lo hegemónico-dominación; y por otra, en la dificultad de lograr una articulación apropiada entre los servicios públicos y privados de salud. Estos problemas dan como producto una formulación e instrumentación de la política de salud muy débil, que no permite que la clase dominante desarrolle su sistema hegemónico a través de ella. En un país como Guatemala, donde los espacios democráticos están sumamente restringidos y prevalecen las formas coercitivas o autoritarias de poder, una característica fundamental de la política de salud es que su formulación e implementación se dá fuera de un escenario amplio de la lucha de clases. Lo anterior significa que si bien la política de salud es producto de las contradicciones interclase en una formación socio-económica históricamente determinada, la posibilidad que esta política sea síntesis de esa contradicción y lucha, dependerá de qué tanto espacio se tenga para la participación de los distintos grupos o clases sociales en la formulación e implementación de dichas políticas de salud.

En la sociedad civil, esta debilidad de la política de salud estatal hace que variadas instituciones privadas trabajen desarticuladamente por la salud de la población. Este trabajar desarticulado puede ir desde las prácticas de medicina tradicional-popular hasta otro tipo de estrategias, que en conjunto no logran constituirse como una real alternativa de salud

mientras no se desarrolle una visión y compromiso político que permita contribuir a consolidar un sistema hegemónico alternativo al de las clases dominantes. Es por lo anterior, que la polaridad que se describía para la política social se da también en la política de salud en un país con crisis orgánica.

La existencia o no de la polaridad entre política de salud estatal y política de salud alternativa, depende de la formación socioeconómica de que se trate. Se puede decir en términos generales, que a más limitación, incoherencia y discrepancias a nivel de la política estatal en salud, en su formulación e instrumentación, más posibilidades existen para que las clases o grupos sociales subalternos desarrollen sus prácticas y estrategias para satisfacer sus necesidades en salud, y es a través de la consolidación y sistematización de éstas últimas con base en una conciencia política que se puede ir consolidando el otro polo, la política de salud alternativa.

## METODOLOGÍA

A partir de nuestro planteamiento del problema, del marco teórico-referencial y de los ejes analíticos, construimos el abordaje metodológico de nuestro objeto de estudio: la política de salud en Guatemala durante los años 86-94.

La política de salud forma parte de las políticas sociales, y atendiendo a su concepto ampliado, se supera la idea de que están confinadas únicamente al ámbito de las instituciones del Estado. Se considera que la política de salud también involucra y afecta a las diversas instituciones u organizaciones privadas de la sociedad civil. De lo anterior se desprende que la política de salud en una formación socio-económica sólo se puede interpretar de una manera completa y comprensiva en su articulación entre lo público y privado.

Estas reflexiones son importantes porque a partir de ellas se define cómo abordaremos metodológicamente nuestro objeto de estudio, para lo cual se toma la decisión de hacerlo a partir de las políticas de salud ya que consideramos que es con base en éstas que se rearticulan los servicios públicos y privados de salud. Es decir que, dependiendo de la forma, el contenido y las funciones de la política de salud estatal así será la forma de articulación entre los servicios del sector salud, que en conjunto integran una estructura organizativa y un nuevo modelo de atención a la salud de la población. Asimismo, a través del estudio y análisis de estas políticas, obtenemos un mayor conocimiento de las transformaciones recientes del Estado guatemalteco.

La política de salud<sup>1</sup> se desdobló por razones metodológicas en tres dimensiones: el discurso, las acciones y los resultados.

El discurso se refiere a los pronunciamientos, a través de declaraciones o en documentos escritos, que explicitan las políticas, objetivos y estrategias que el gobierno propone para los servicios sociales o de salud; ejemplo de éstas tenemos a los planes, programas e informes de gobierno.

Las acciones son las medidas que se tomaron para cumplir con los objetivos, estrategias o políticas, explicitadas o no, en el discurso. El análisis de las acciones nos permite conocer los objetivos implícitos de las políticas implementadas. Dentro de las acciones que pueden ser estudiadas tenemos: la asignación de recursos a las distintas instituciones y su estructura de financiamiento, creación de instituciones, cambios organizacionales y marco jurídico-legal establecido.

Los resultados son el impacto que las políticas tienen en los sectores público y privado que prestan servicios de salud; impacto que se expresa en un determinado modelo de atención y en una nueva estructura organizativa del sector salud.

La política social y la política de salud se abordó metodológicamente a través de las estrategias que el proyecto neoliberal sigue para la implementación de su política social: la reducción, reorientación y focalización del gasto (social y en salud), la descentralización que favorece a la mercantilización de los servicios y la privatización.

Las técnicas que se utilizaron para obtener la información requerida fueron la revisión documental de fuentes secundarias y la de entrevista a

---

<sup>1</sup> Cuando nos referimos a la política social y de salud en este apartado, nos estamos refiriendo a lo que en el marco teórico-referencial llamamos la política social estatal y política de salud estatal.

informantes claves. La primera fue la más importante al proveer la mayor parte de la información de cada una de las estrategias que se estudiaron. Por ello, las entrevistas a informantes claves tuvieron como objetivo, el esclarecer algunos puntos que no estaban claros en los documentos o sobre los cuales no existía mucha información. Durante las entrevistas se tocaron puntos generales, sobre la formulación de la política, y específicos, sobre cada una de las estrategias a estudio.

Los informantes claves fueron personas que ocuparon o ocupan altos cargos en las instituciones públicas durante los distintos gobiernos, personal de los organismos internacionales y de seguros privados o servicios prepagos de salud. Entre las instituciones y organismos están: el MSPAS (despacho ministerial y de la Dirección General de Servicios de Salud), el Fondo de Inversión Social (FIS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el INAP (el Instituto Nacional de Administración Pública), el Banco Mundial y del BID, la sectorial de salud de la Secretaria General de Planificación (SEGEPLAN) y del Ministerio de Desarrollo Urbano y Rural.

El trabajo de campo, revisión de fuentes secundarias y entrevistas, se realizó durante 1994 y abarcó un período de dos y medio meses mediante dos visitas a Guatemala. La información obtenida se analizó y se redactaron los informes finales de investigación en México, durante el mismo año y primeros meses de 1995.

La política de salud se estudió a través de las estrategias descritas y se hizo en dos sentidos: por un lado, se analizó la relación entre el discurso, las acciones y los resultados obtenidos; y por otro, la coherencia de estos tres con el modelo neoliberal de salud.

**1. Gasto en salud:** para el análisis del gasto en salud se tuvo como referente la política económica y el comportamiento del gasto del gobierno central y su distribución en los distintos sectores.

**El discurso:** se construyó el discurso de los distintos gobiernos sobre el gasto en salud. Esto se hizo a través de los planes y programas de salud de los distintos gobiernos y por medio de las propuestas de los organismos internacionales, en particular del BID, BM y OPS. Este discurso se relacionó con las acciones que se estudiaron.

**Acciones:** Para abordar el gasto en salud desde las acciones, se analizó el gasto de las dos instituciones públicas más importantes, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Para cada una de estas instituciones se construyeron series históricas sobre sus gastos en general, por tipo de gasto (funcionamiento e inversión), por tipo de programas (en el caso del IGSS) y de sus fuentes de financiamiento.

Las fuentes secundarias para recabar esta información fueron las de Secretaria General de Planificación (SEGEPLAN), el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Estudio Básico del Sector Salud financiado por el BID y los informes anuales del IGSS. Para el análisis de las series históricas se utilizó información de planes, programas e informes de gobierno, y de otros estudios.

Para el análisis de la focalización del gasto se revisaron estudios sobre el Fondo de Inversión Social (FIS) y el Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ). Se revisaron las fuentes de financiamiento, el tipo de servicios a los que irán dirigidos y la participación de los distintos sectores en las instancias decisorias de éstos. Las fuentes de información fueron estudios realizados sobre ellos, su marco jurídico-legal y entrevistas al personal del FIS.

Tanto el discurso como las acciones, nos permitieron conocer las características generales de la estrategia del gasto en salud que se siguió durante los distintos gobiernos estudiados y se logró establecer el grado de coherencia entre sí y con la estrategia neoliberal del gasto. También se analizó el impacto que este comportamiento del gasto ha tenido en los servicios.

**2. Descentralización:** la descentralización sectorial en salud, forma parte de la descentralización de la administración pública en general y, por eso, se analizó teniendo como referente a las características de la regionalización, los Consejos de Desarrollo y la ejecución del 8% Constitucional por parte de las municipalidades.

**Discurso:** Dentro de los planes y programas de gobierno se rescató lo referente a la descentralización de los servicios y se estableció sus características generales para cada uno de los distintos gobiernos.

**Acciones:** Se analizaron las acciones tomadas por los distintos gobiernos. De cada una de las instancias creadas se consideró su grado de democratización a través de la forma cómo y quiénes toman las decisiones, además de las condiciones en que participaban las distintas instituciones no públicas. Se identificaron los obstáculos de tipo político, técnico-administrativo y financiero que afectaron al proceso descentralizador.

Para el estudio de las acciones se revisaron documentos de gobierno y estudios sobre el tema. Para completar la información, se realizaron entrevistas a informantes claves que estuvieron dirigidas a los mismos aspectos. Durante las entrevistas también se tocaron algunos puntos sobre el funcionamiento de los consejos de desarrollo de que se carecía de información o de estudios evaluativos sobre estos durante los últimos gobiernos.

Tanto para el discurso como las acciones, se determinó si había coherencia entre ellos y con los rasgos de una descentralización neoliberal en salud, que son: el establecimiento de mecanismos para la producción de servicios por parte de los privados con o sin fines de lucro; la subrogación de servicios al sector privado; y el cobro de cuotas por servicio, es decir, la mercantilización de los servicios.

**Privatización:** las condiciones para la estrategia privatizadora son creadas, en parte, por las anteriores. Sin embargo, se requiere además de la creación de formas estables de financiamiento y de subsidios al sector privado con fines de lucro. Por ello, ésto fue lo que se indagó en la política de los gobiernos.

**Discurso:** en los planes y programas de gobierno se revisaron las propuestas o planteamientos generales relacionados a incrementar la participación de los privados con fines de lucro en la prestación de servicios de salud y en particular si se proponía el fortalecimiento de formas estables de financiamiento o subsidios para el sector privado.

**Acción:** se analizó si durante los gobiernos se establecieron o se favorecieron las condiciones para un mayor desarrollo de la privatización.

Se determinó si las acciones fortalecían el desarrollo de formas estables de financiamiento como los servicios prepago o seguros privados, por lo que se revisó si se dieron acciones para desmopolizar la seguridad social pública; y si se establecieron subsidios para darle al sector privado lucrativo la capacidad de atender la demanda de servicios.

Para ésto, se revisaron los planes y programas de salud de los gobiernos; se estudiaron las propuestas del BID y del Banco Mundial (BM) para Guatemala; y se consultaron otros estudios. Además, se realizaron entrevistas

a informantes claves para establecer cuál era la orientación que se intentó o intenta dar a los servicios de salud privados en la política de cada uno de los gobiernos.

3. **Resultados:** con base en lo anterior se dió cuenta del desarrollo y se caracterizó a la política de salud de cada uno de los gobiernos y se interrelacionaron por medio del comportamiento de cada una de las estrategias con el fin de analizar sus discrepancias o coincidencias; asimismo se estableció si la política de salud de cada período de gobierno correspondía en su conjunto a la política neoliberal de salud.

De acuerdo a los cambios en la forma y contenido de la atención de los servicios públicos, se determinó como esto afectó, o posiblemente afecte, a los servicios del sector privado y en consecuencia de ello, cómo se rearticulan ambos sectores. Se estableció cuál es la estructura organizativa a la que tiende el sector salud como parte de la política de salud actual.

Se evaluó el impacto de esta estructura organizativa en la mercantilización de los servicios y el grado de estratificación de la población de acuerdo su posibilidad de acceder a los distintos servicios de salud.

Para esta fase de la investigación fue de vital importancia las entrevistas a informantes claves, ya que a través de ellas se logro determinar cual era la relación entre los diversos planes y programas de salud de cada gobierno y quiénes participaron en su formulación.

#### ALCANCES Y LIMITACIONES:

El abordaje de la política de salud, como un ámbito particular de las políticas sociales, nos permitió analizarlas como parte de los proyectos que se han impulsado en el país; el de Estabilidad Nacional y el Neoliberal. Es dentro de estos proyectos que la política de salud adquiere su lógica. De ahí que esta investigación permitió comprender y explicar los cambios por los que el sector salud atraviesa y cómo éstos han impactado en la atención a la salud de la población. También fue posible inferir cuál es la dirección de estos cambios y qué estructura organizativa del sector y modelo de atención en salud se configura para el futuro.

Una limitante de este estudio, fue que las distintas estrategias de la política de salud no se han llegado a implementar o concretizar por completo, por lo que el impacto de éstas sobre los servicios de salud se estableció, por una parte, por las acciones y cambios ya ocurridos, pero por otra, por los cambios que posiblemente van a ocurrir con base en los planteamientos y propuestas que han dado los gobiernos y organismos internacionales. A pesar de ello, se consideró importante hacer el estudio, ya que al no consolidarse el proyecto neoliberal en su vertiente de políticas de salud, esta investigación servirá para conocer mejor y poder predecir el impacto que éstas van a tener sobre los servicios de salud de la población.



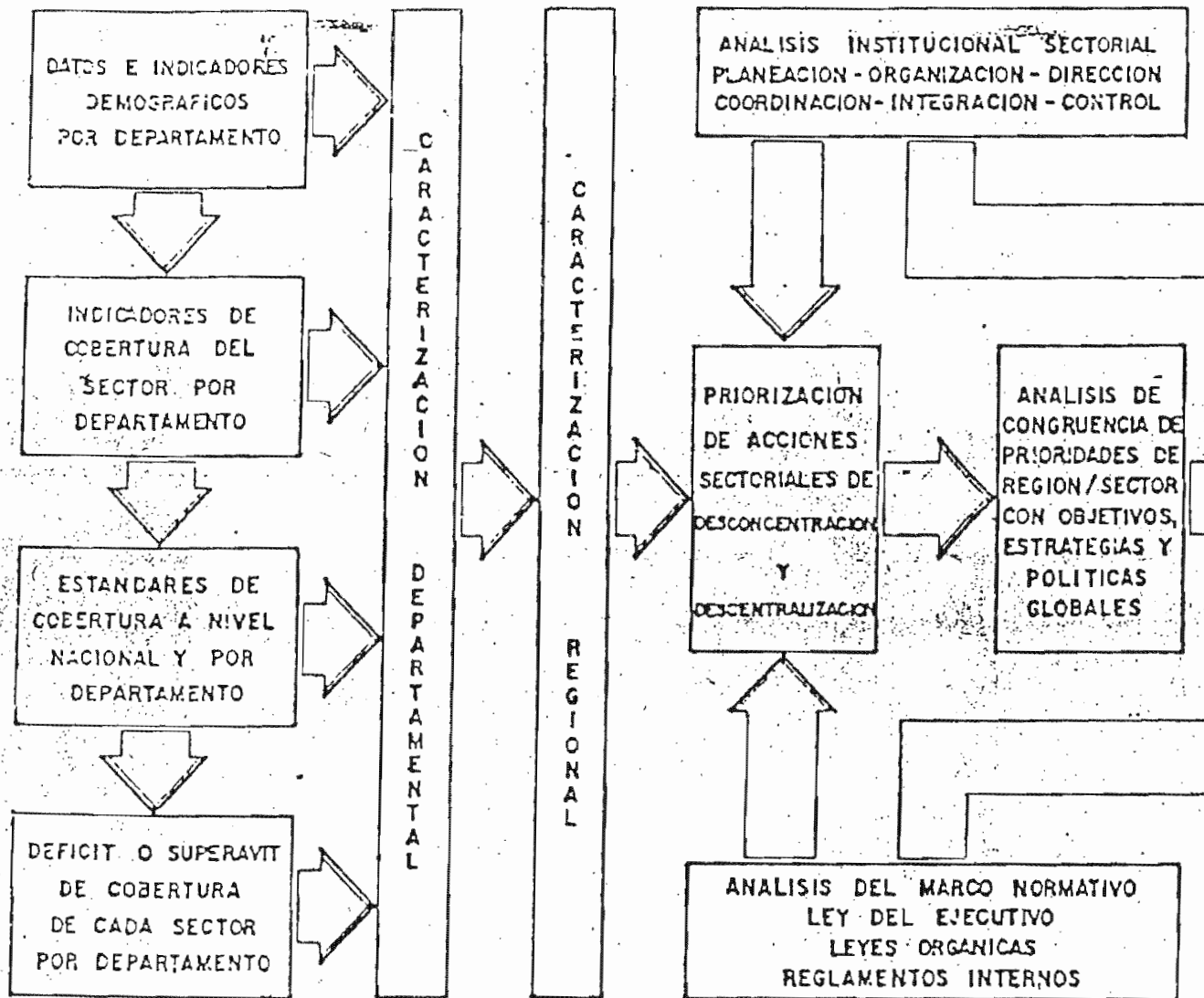
A N E X O 2

!

# PROGRAMA DE TRABAJO PARA LA DESCONCENTRACION DE LA ADMINISTRACION PUBLICA

IMAGEN OBJETIVO	OBTENER UNA ADMINISTRACION PUBLICA DESCONCENTRADA FUNCIONANDO EFICIENTE Y EFICAZMENTE DEACORDO CON OBJETIVOS DE DESARROLLO		
POLITICAS	REGIONALIZACION		
PROCESO	REORGANIZACION, MODERNIZACION Y SISTEMATIZACION		
ETAPAS	A	B	C
AVANCE DE EJECUCION	CARACTERIZACION DEL SECTOR DEPARTAMENTAL	ANALISIS INSTITUCIONAL ANALISIS ADMINISTRATIVO	MARCO NORMATIVO DELEGACION
	ANALISIS		BASIS
	1	2	3
	4	5	6
	7	8	
	7%	14%	21%
	29%	36%	43%
	50%	57%	

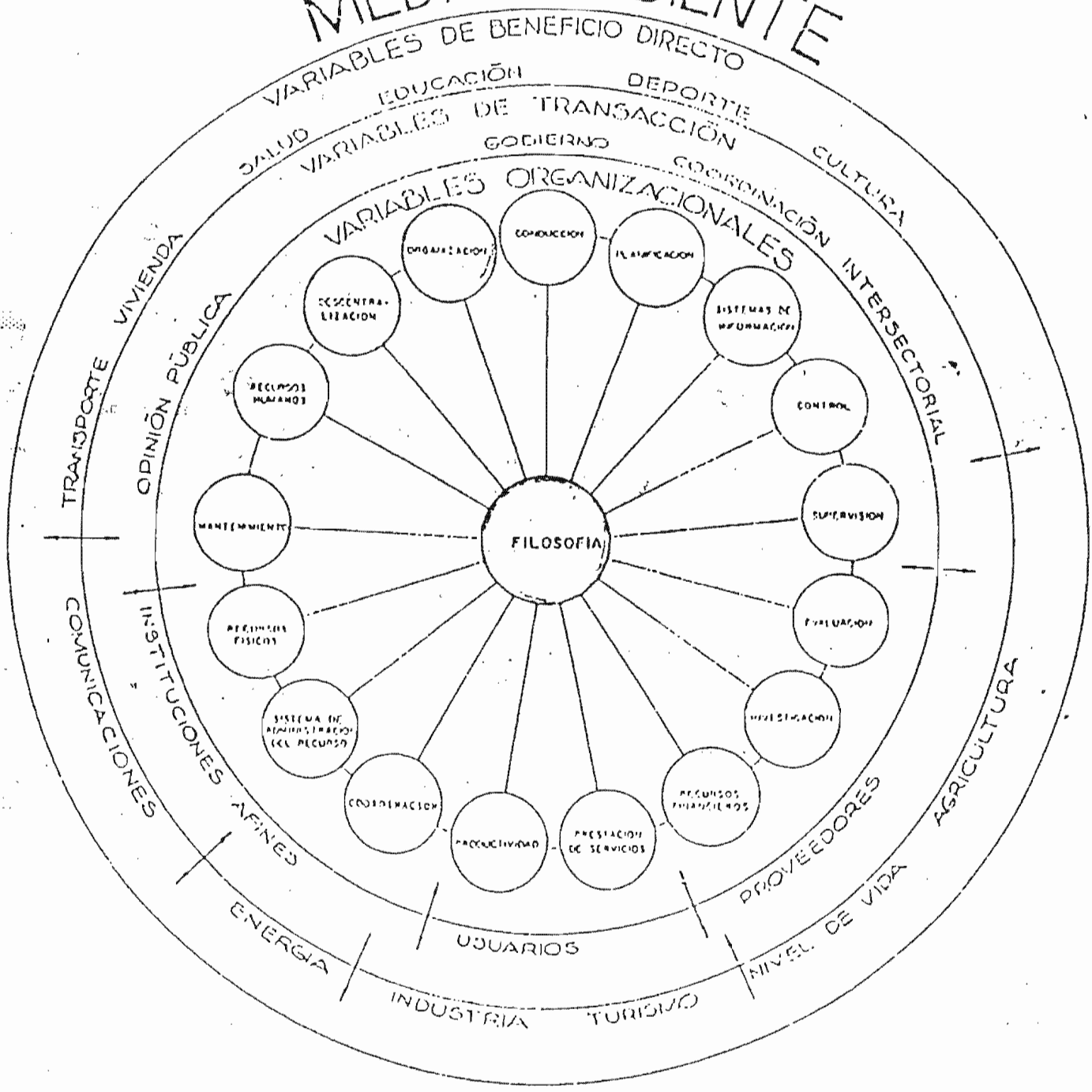
# MARCO DE ACCIONES PARA EL PROCESO DE DESCONCENTRACION



A N E X O 3

f

# MEDIO AMBIENTE

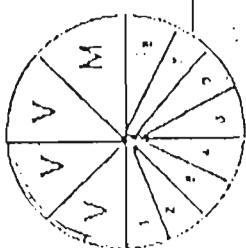


MODELO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

# MINISTERIO DE SALUD

## ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL 1989

COMITE DE GERENCIA

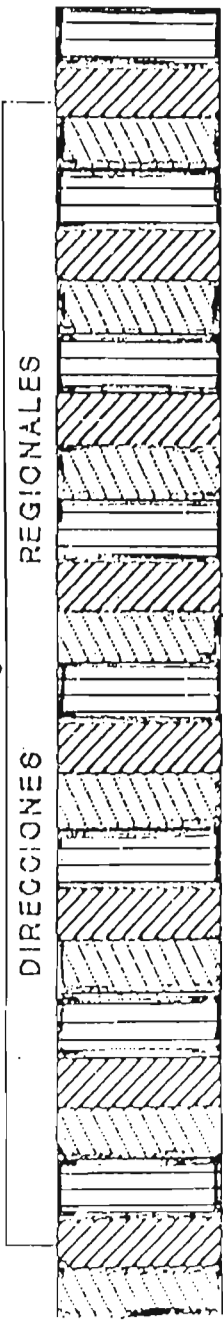
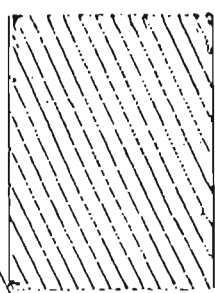
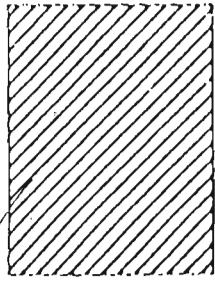
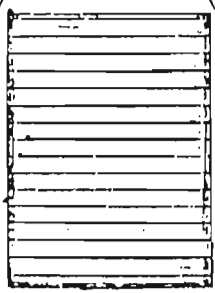


MINISTRO

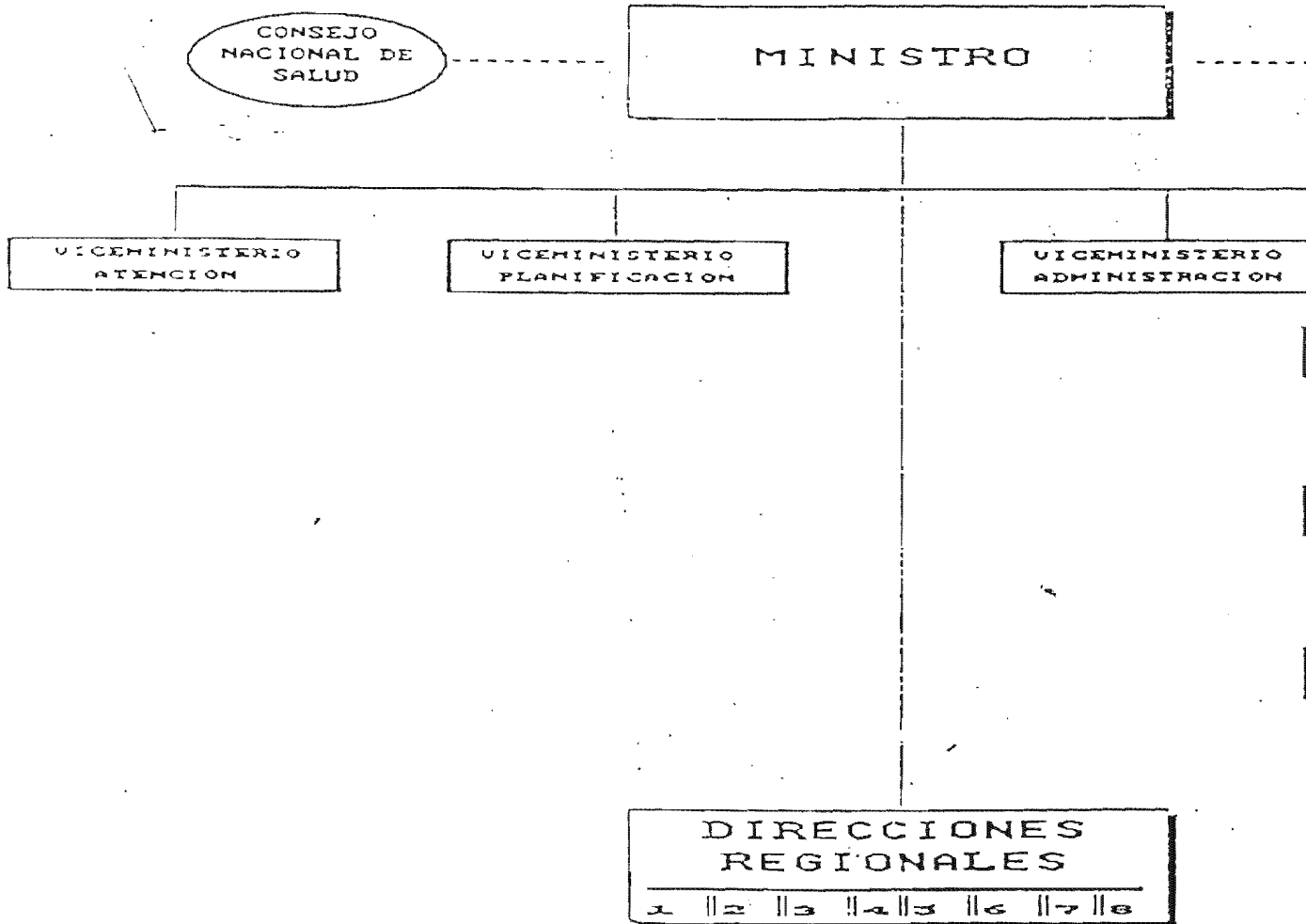
VICEMINISTERIO APOYO ADMINISTRATIVO

VICEMINISTERIO APOYO TECNICO

VICEMINISTERIO ATENCION A PERSONAS Y AL MEDIO



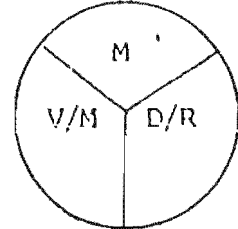
ESTRUCTURA ORGANICA DEL MINISTERIO DE



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
REESTRUCTURA ORGANICA 1990  
COMITES DE GERENCIA

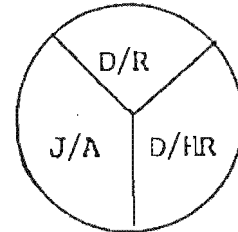
COMITE DE GERENCIA MINISTERIAL

MINISTRO  
VICEMINISTROS  
DIRECTORES REGIONALES



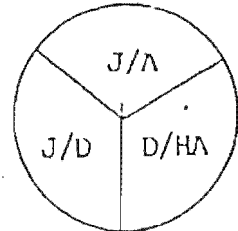
COMITE DE GERENCIA REGIONAL

DIRECTOR REGIONAL  
JEFES DE AREA DE SALUD  
DIRECTORES DE HOSPITALES REGIONALES



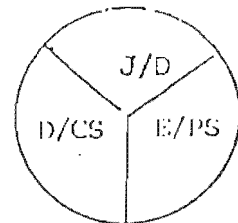
COMITE DE GERENCIA DE AREA

JEFES DE AREA DE SALUD  
JEFES DE DISTRITO DE SALUD  
DIRECTOR DE HOSPITALES DE AREA (DEPTALES)



COMITE DE GERENCIA DE DISTRITO

JEFE DE DISTRITO  
DIRECTORES DE CENTROS DE SALUD  
ENCARGADOS DE PUESTOS DE SALUD





MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
COMITES DE GERENCIA Y COMITES DE COO

COMITE  
DE GERENCIA  
MINISTERIAL

DESPACHO  
MINISTERIAL

COMITE  
DE GERENCIA  
REGIONAL

DIRECCION  
REGIONAL

COMITE  
DE GERENCIA  
AREA

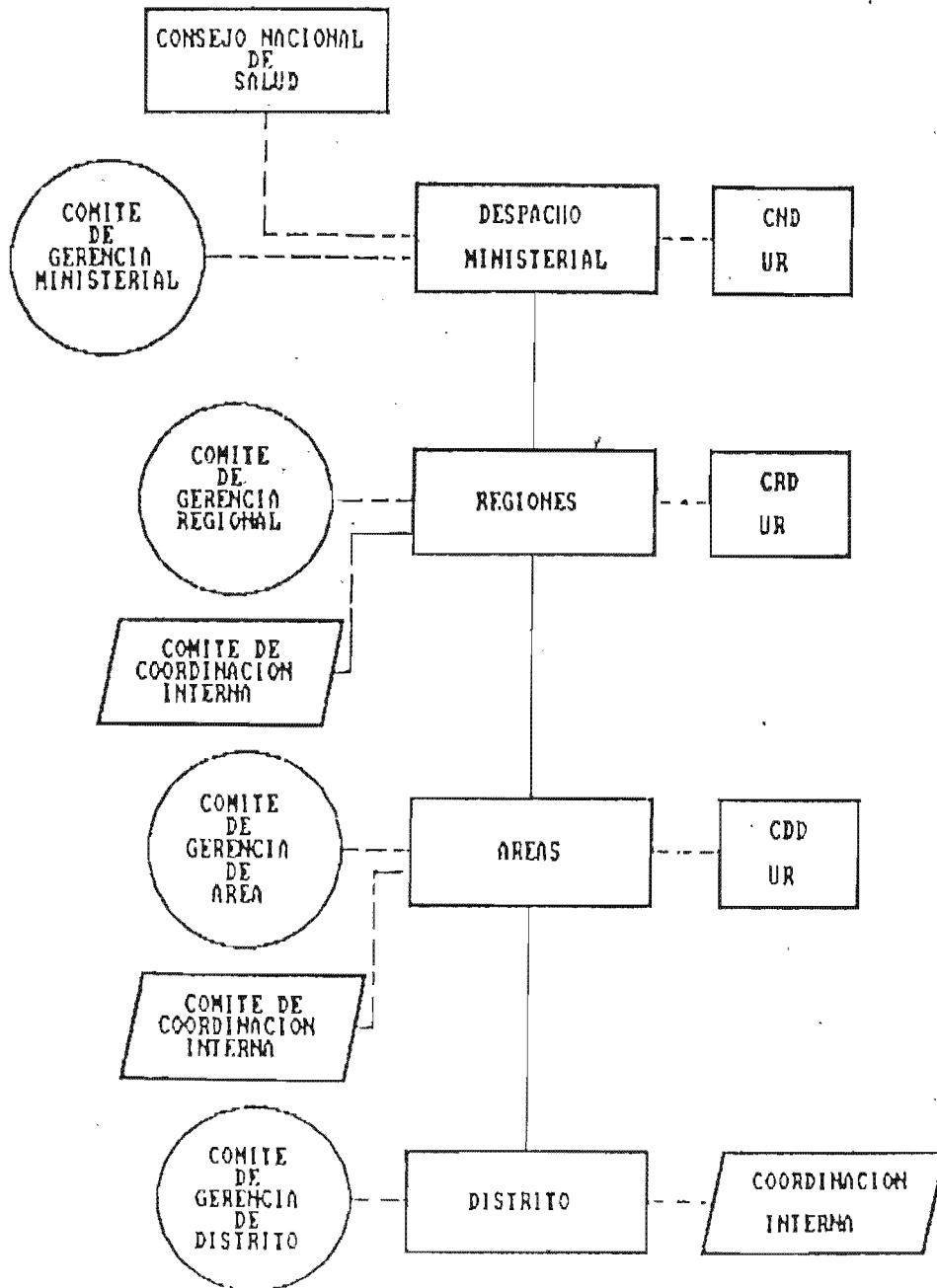
JEFATURA DE  
AREA DE SALUD

COMITE  
DE GERENCIA  
DE DISTRITO

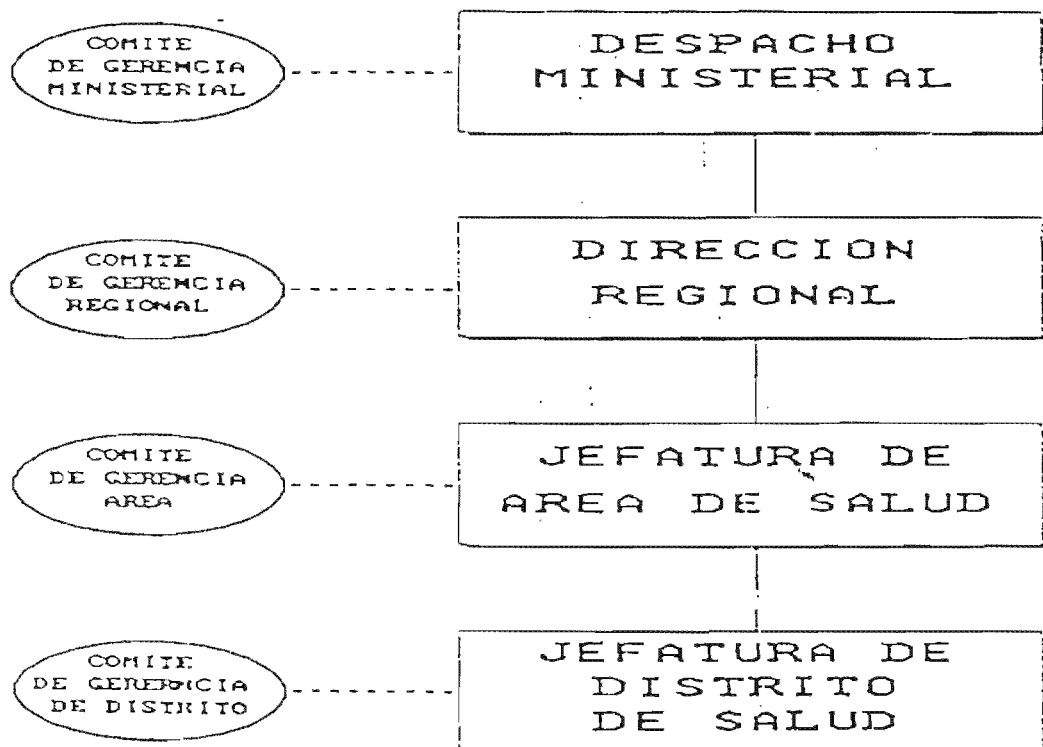
JEFATURA DE  
DISTRITO  
DE SALUD



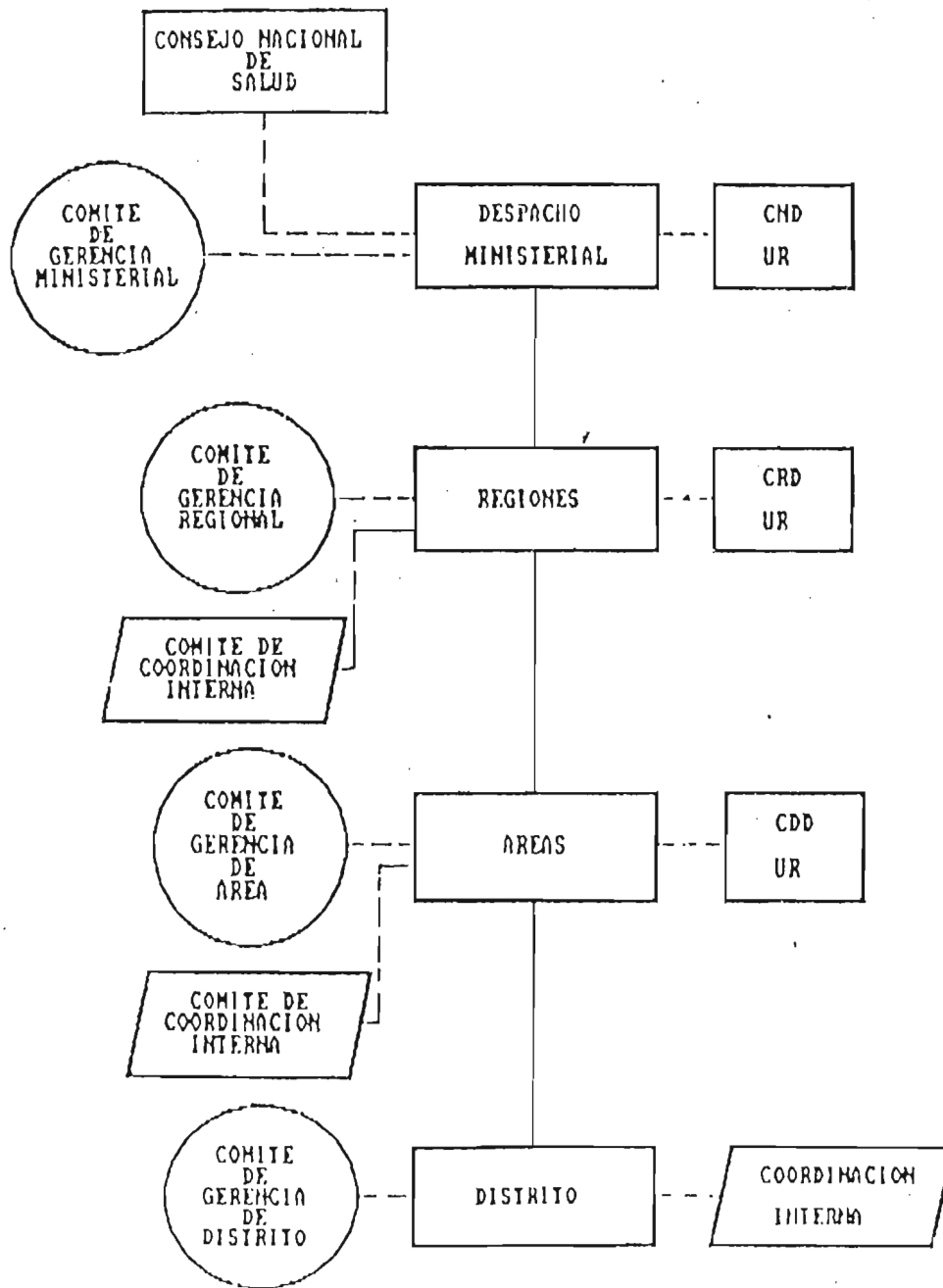
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DEPENDENCIA JERARQUICA Y RELACIONES DE COORDINACION

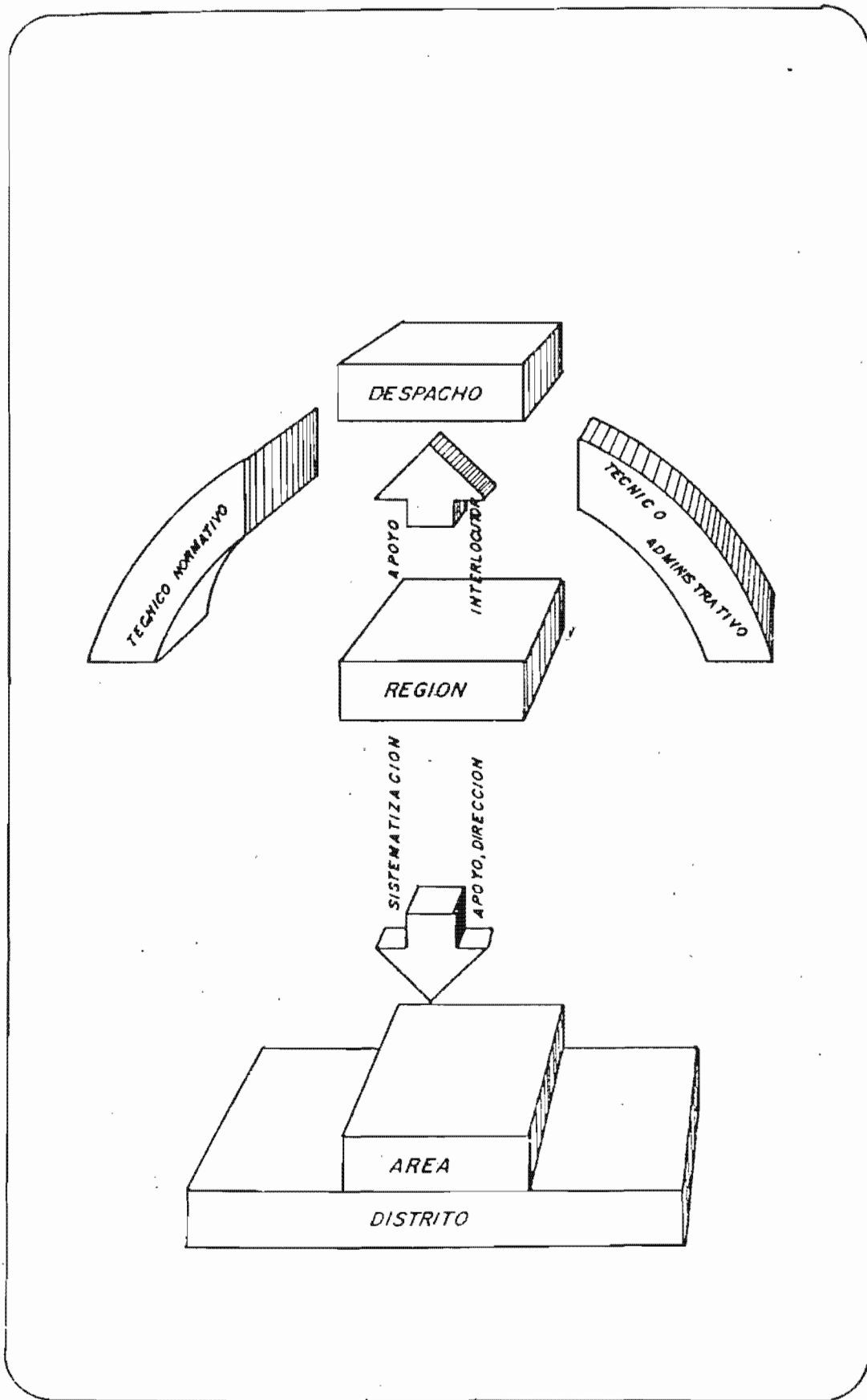


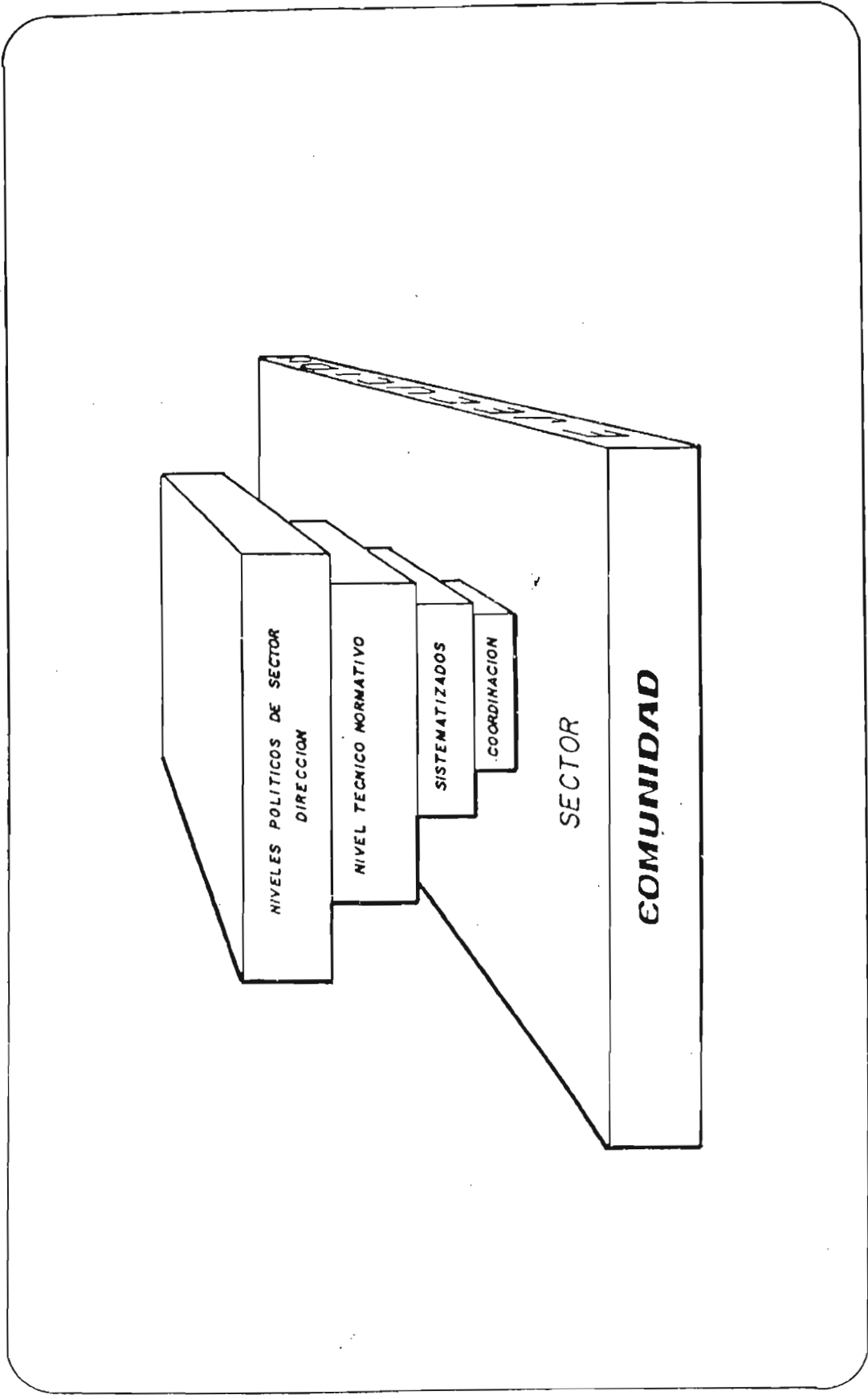
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
COMITES DE GERENCIA Y COMITES DE COO



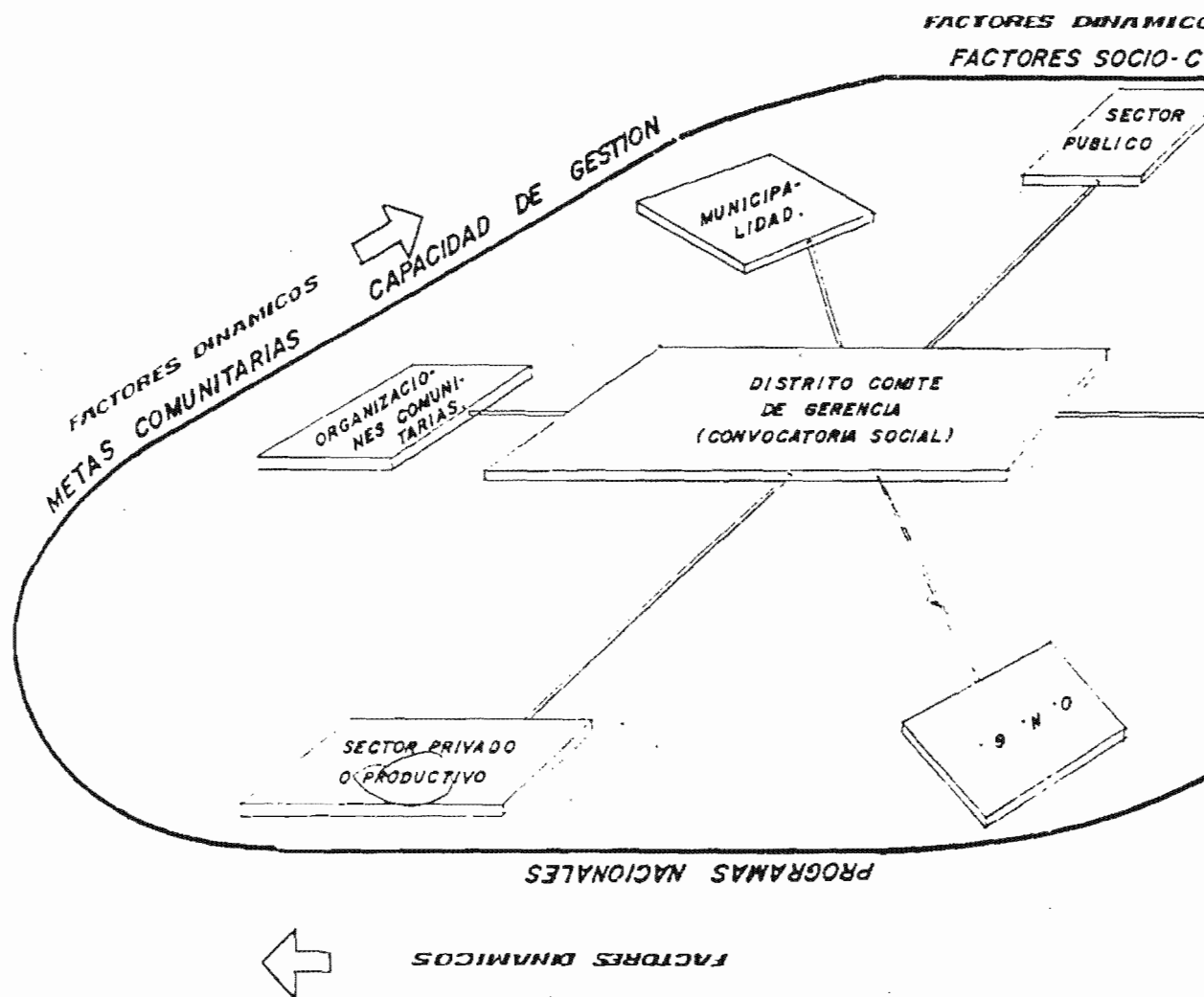
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DEPENDENCIA JERARQUICA Y RELACIONES DE COORDINACION







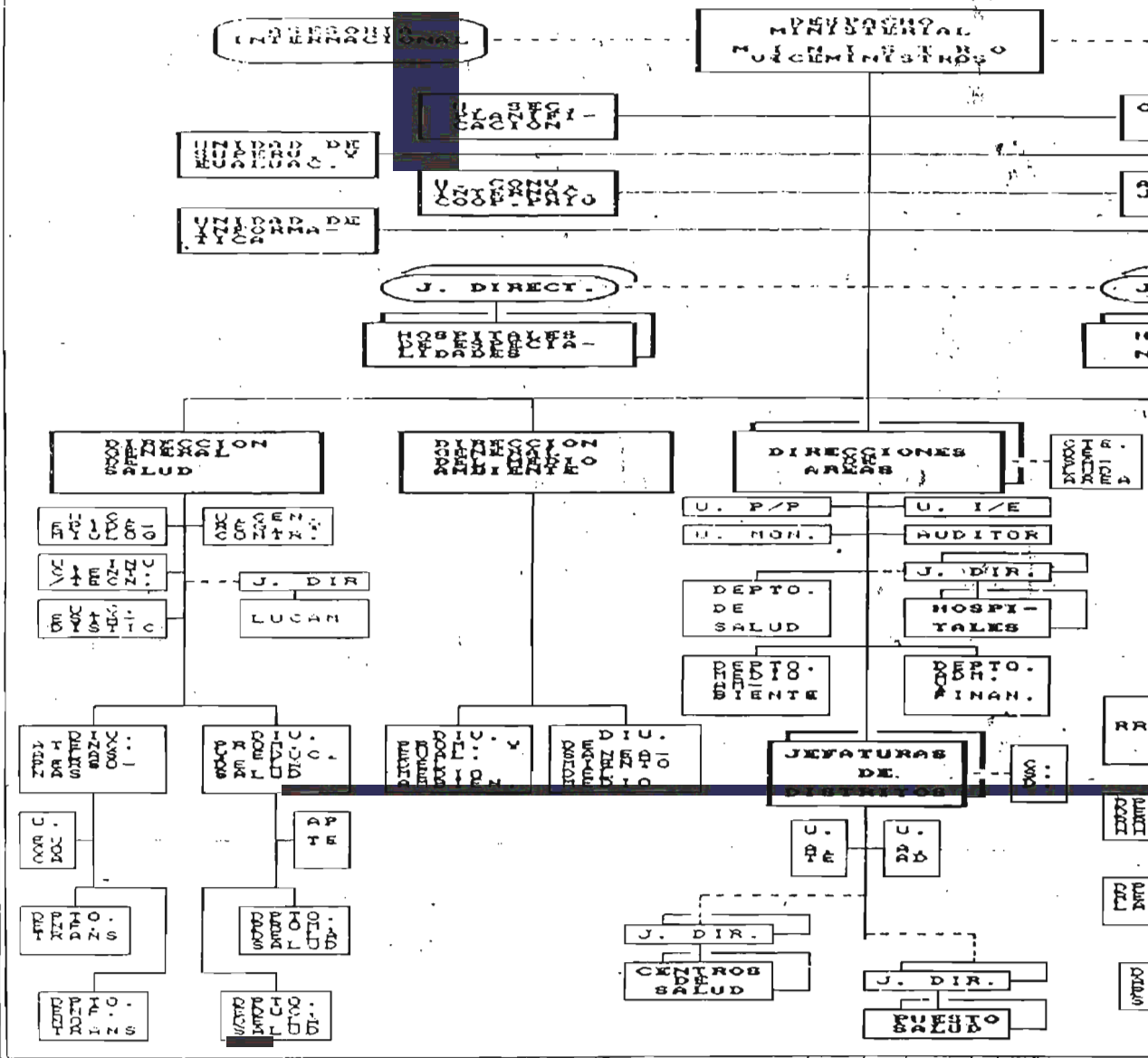
COMPONENTES BASICOS PARA LA PLANIFICACION LOCAL Y NACIONAL :



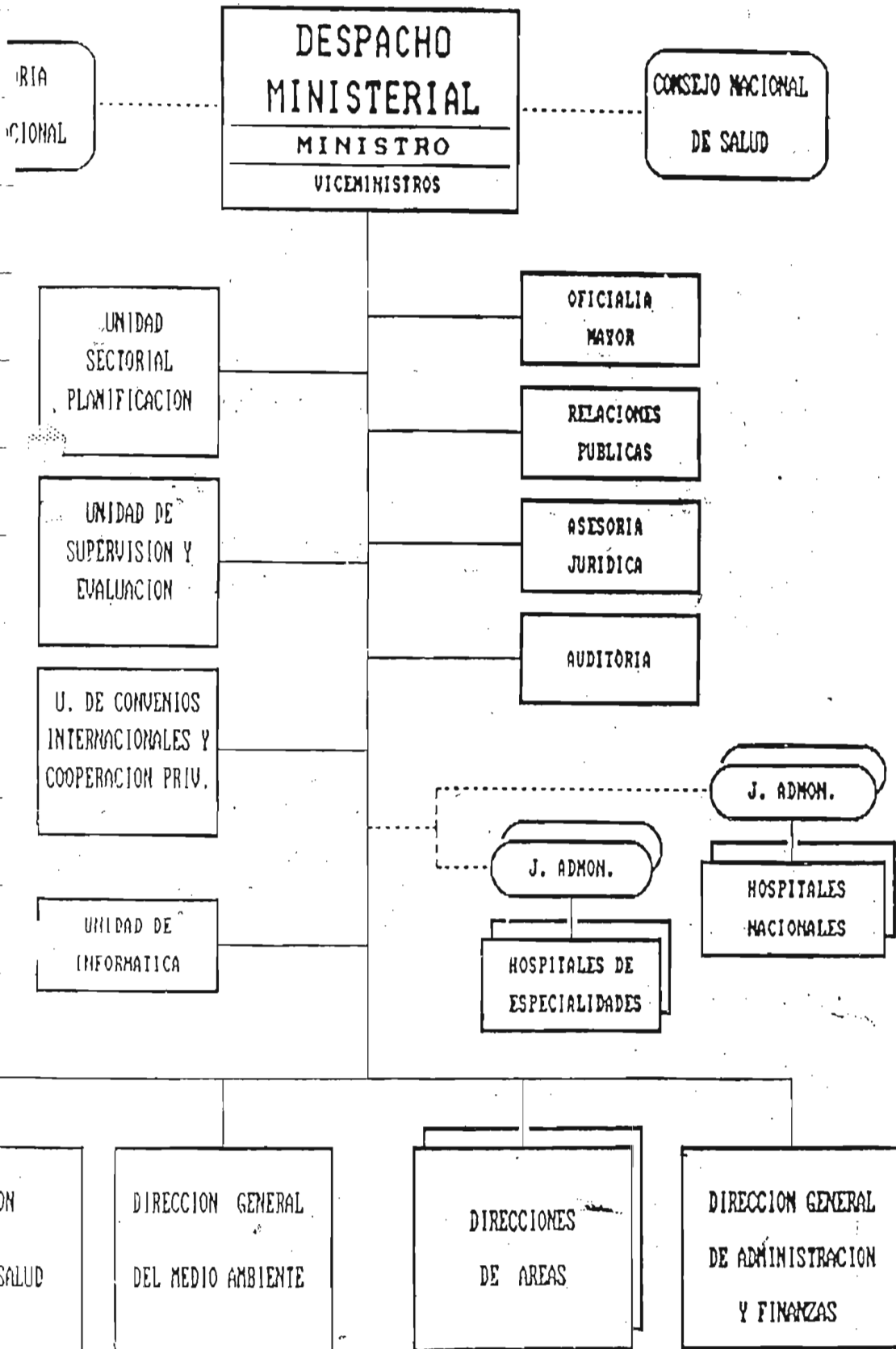
A N E X O 4



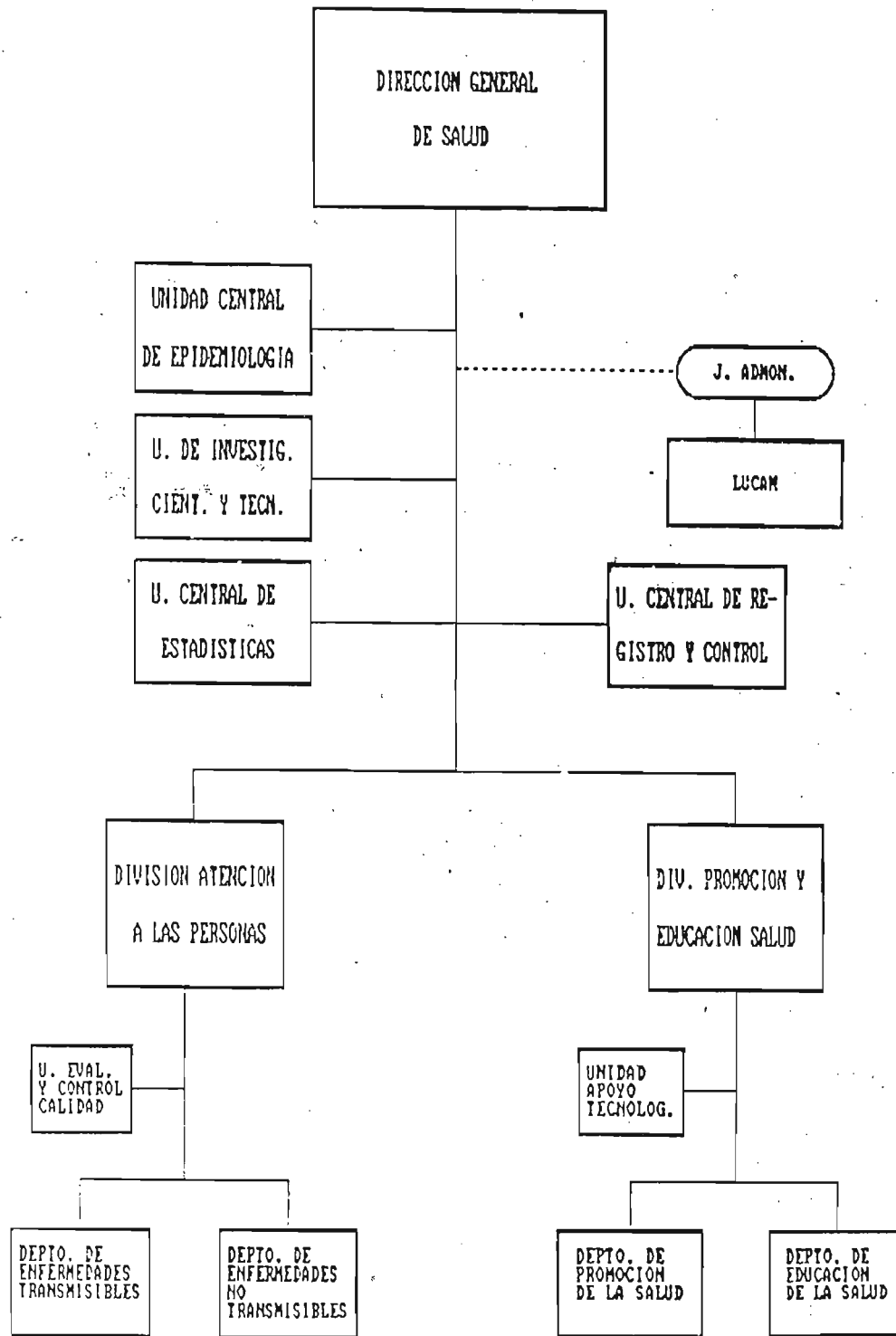
# ESTRUCTURA ORGANICA DEL MINIS



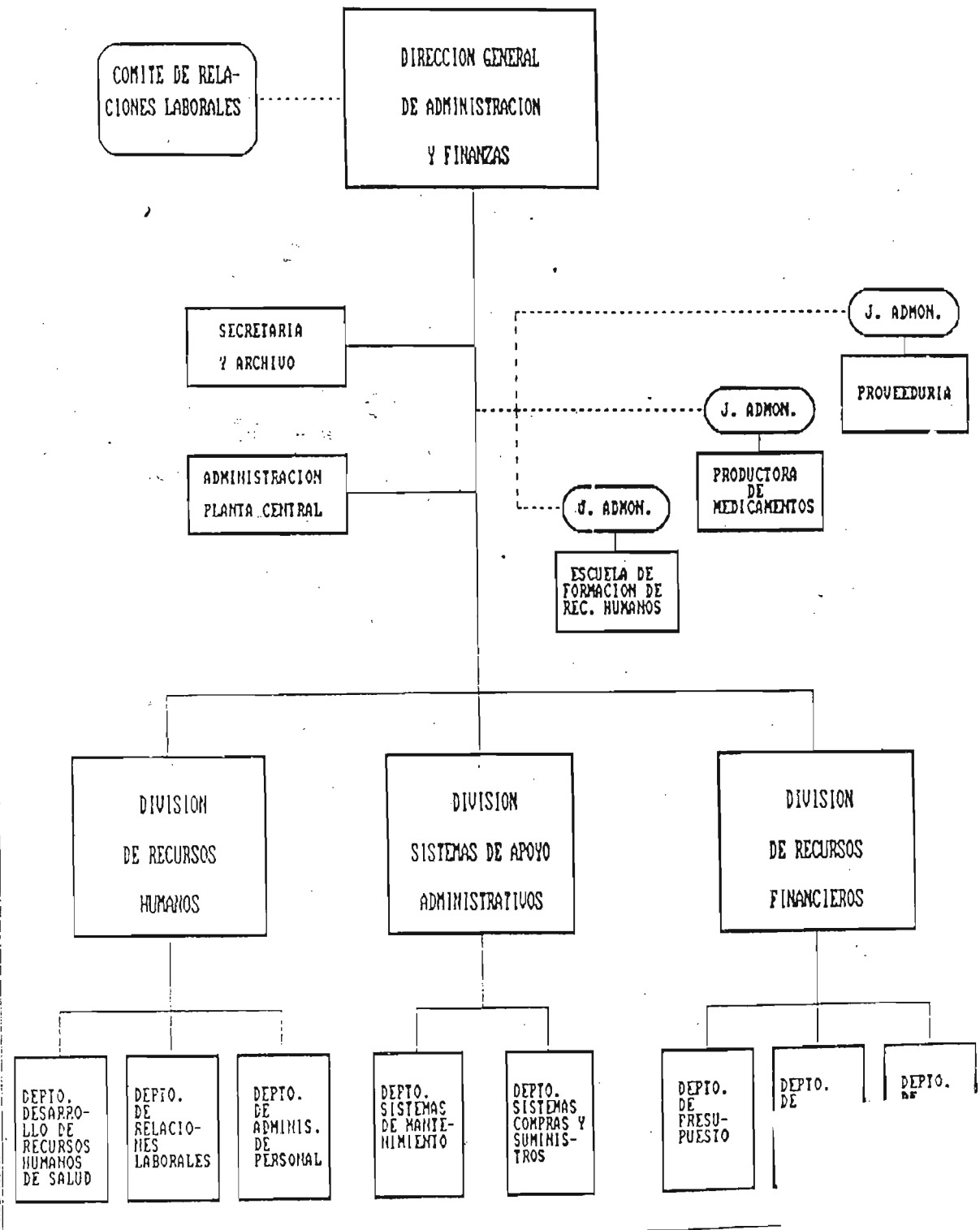
# MINISTERIO DE SALUD PUBLICA



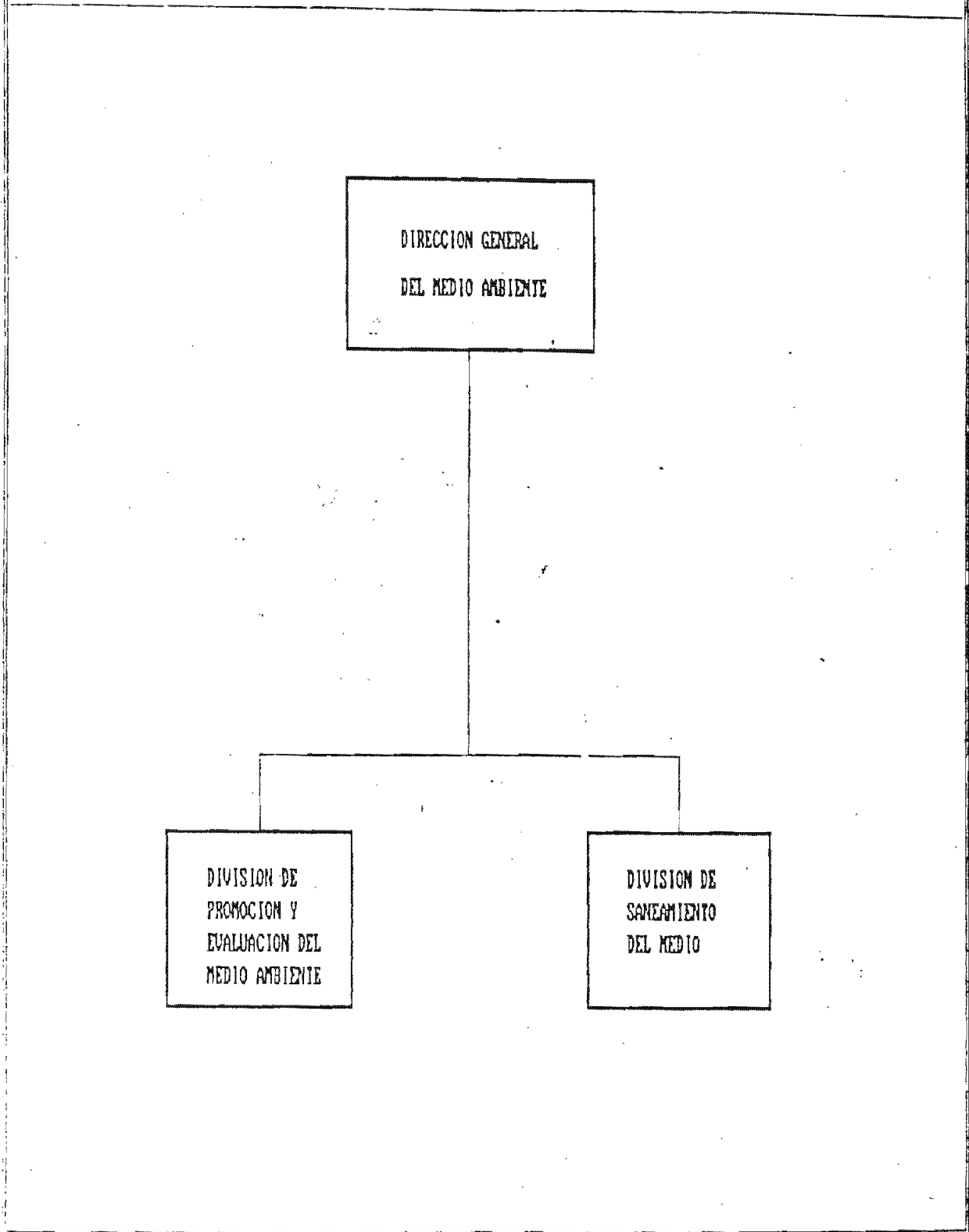
# III-B. ESTRUCTURA ORGANICA DE LA DIRECCION GENERAL DE SALUD



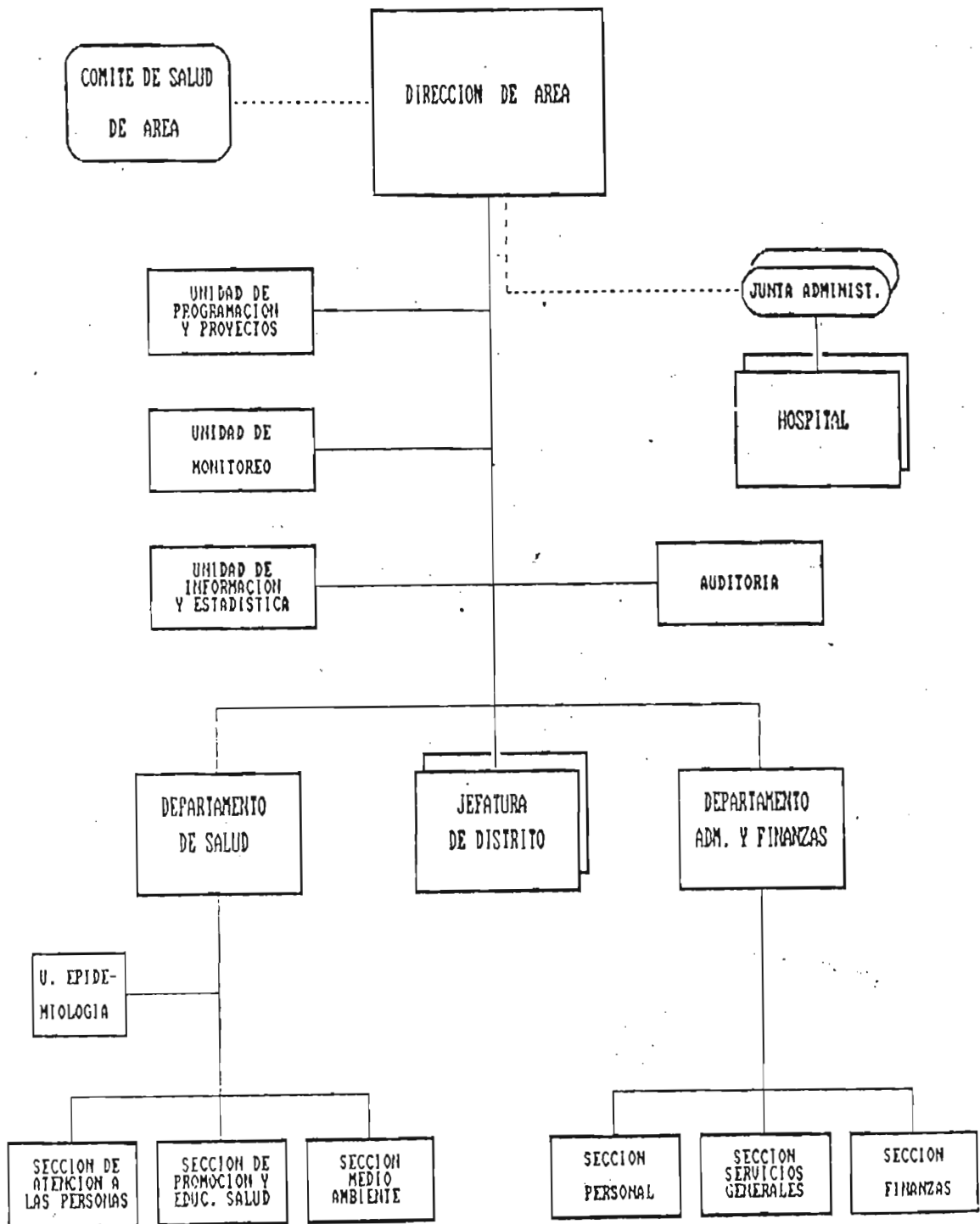
# IV. ESTRUCTURA ORGANICA DE LA DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION Y FINANZAS



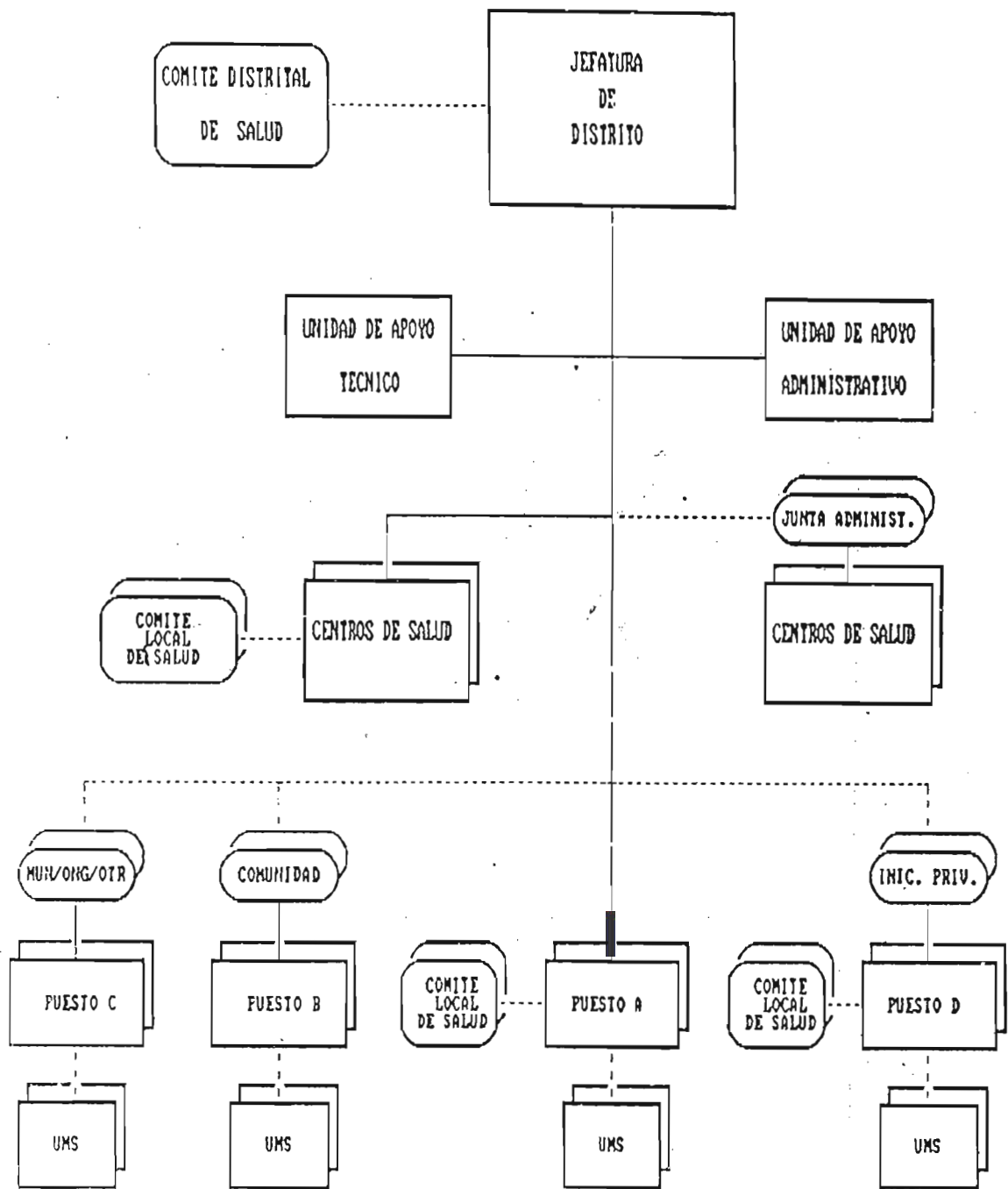
IV-B. ESTRUCTURA ORGANICA DE LA  
DIRECCION GENERAL DEL MEDIO AMBIENTE



## II. ESTRUCTURA ORGANICA NIVEL AREA



# I. ESTRUCTURA ORGANICA NIVEL DISTRITO



**NOTAS:**

- LA LINEA DE UNION " ——— " INDICA DEPENDENCIA JERARQUICA. LA LINEA "-----" INDICA SOLO RELACION FUNCIONAL.
- LA VISUALIZACION DE LAS DIFERENTES FORMAS DE ESTRUCTURACION DE LOS CENTROS DE SALUD Y DE LOS PUESTOS DE SALUD TIENE POR OBJETO MOSTRAR LAS ALTERNATIVAS POSIBLES Y NO NECESARIAMENTE PUEDEN DARSE TODAS ELLAS EN UN DISTRITO.
- LAS UMS SON UNIDADES MINIMAS DE SALUD. PUEDEN TOMAR CUALQUIER NOMBRE Y SON BASICAMENTE ENTES COMUNITARIOS.