

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA



**Transformaciones de las políticas y del sistema de salud en
Guatemala a partir de los Acuerdos de Paz. 1997-2007**

T E S I S

Que para obtener el grado de

Doctora en Ciencias en Salud Colectiva

P R E S E N T A

Roselia Arminda Rosales Flores

Directora: Dra. Carolina Tetelboin Henrion.

Dedico esta tesis a mi familia en especial a mis padres, Rolando y Arminda.

**A mi hermano, Rolando, y a mis hermanas, Sara y Ana María, así como a mis cuñados y
sobrinos.**

A Guatemala.

Vámonos patria a caminar, yo te acompaño.

Yo bajaré los abismos que me digas.

Yo beberé tus cálices amargos.

Yo me quedaré ciego para que tengas ojos.

Yo me quedaré sin voz para que tú cantes.

**Yo he de morir para que tú no mueras,
para que emerja tu rostro flameando al horizonte
de cada flor que nazca de mis huesos.**

Otto René Castillo

Agradezco a mis profesores de la Maestría en Medicina Social y del Doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva, en especial a la Dra. Carolina Tetelboin Henrion, por su dedicación en la conducción de este estudio.

También a la Coordinación de la Maestría en Medicina Social, en especial al Dr. José Arturo Granados Cosme, por ser mi maestro, por la amistad y solidaridad, y por brindarme bondadosamente un espacio físico, en la UAM-X, para trabajar durante mi año sabático.

A los lectores de esta tesis por sus valiosos aportes, Dra. Raquel Abrantes, Dra. Oliva López, Dr. Edgar Jarillo, Dr. Juan Manuel Mendoza.

A la Universidad Autónoma de la Ciudad de México por las valiosas experiencias académicas que me ha brindado y porque durante el ejercicio de mi año sabático concluí este trabajo.

A mis amigos y colegas de Universidad Autónoma de la Ciudad de México, en especial a Luis Berrones, Juan Manuel Mendoza, y Alejandra Rivera, por el apoyo, la amistad y la solidaridad que me brindaron durante la elaboración de la tesis.

A todos mis amigos en México, que saben quiénes son y se han convertido en mi familia.

A México, por la hospitalidad durante el exilio y porque se ha convertido en mi segunda Patria.

A la Comisión de Derechos Humanos de Guatemala y al Centro de Estudios de Guatemala, en especial a mi amiga Aideé López, por las facilidades y apoyo para el uso de las bases de datos.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Primera Parte	12
Capítulo I Planteamiento del problema	12
1.1 Estado del arte	12
1.2 Antecedentes históricos del problema.....	25
1.3 Contexto del problema.....	31
1.3.1 Los gobiernos democráticos a partir de los Acuerdos de Paz 38	
1.2.2 Situación general del Sistema de Salud	42
1.4 Planteamiento del problema	52
1.4.1 Objetivos	56
1.4.2 Hipótesis	56
1.4.3 Justificación	57
Capítulo II Construcción teórico-metodológico.....	59
2.1 Construcción conceptual	59
2.2 Construcción metodológica	97
Segunda Parte.....	118
Capitulo I Proceso de Paz ¿cambio en las políticas de salud en Guatemala?.....	118
1.1 Las Condiciones de Salud durante el período	122
1.2. Los cambios en las políticas de la función de regulación y las políticas fiscales	138
1.3 Los cambios en las políticas de la función de financiamiento	167
1.4 Los cambios en las políticas de prestación y operación de servicios de salud.....	183
1.5 La transformación del Sistema de Salud de Guatemala 1997 y 2007	195
Tercera Parte.....	209
Capítulo I Análisis	209
1.1 Procesos de transformación del estado guatemalteco a partir de los Acuerdos de Paz.....	209
a) Aparato Estatal	209
b) Tamaño del aparato burocrático y estilos de gobernanza ..	212
c) Grado de centralización de las funciones económicas y políticas	214
1.2 Los Procesos de la Política Salud a partir de los Acuerdos de Paz	216
1.3 Cambios Introducidos al Sistema de Salud Guatemalteco después de los Acuerdos de Paz	227
Conclusiones	232
Índice de gráficas.....	245
Acrónimos y Siglas	246
Bibliografía.....	250

INTRODUCCIÓN

En Guatemala, no obstante del proyecto de estabilidad nacional concretado con los gobiernos civiles en la década de los ochenta, continuó el conflicto armado iniciado veinte años antes. En 1986, conjuntamente a la implementación de gobiernos civiles, se dan los primeros acercamientos entre el gobierno y la guerrilla. Los primeros acuerdos que se firman son la declaración de Esquipulas I en 1986, posteriormente se crea la Comisión Nacional de Reconciliación que propició el Diálogo Nacional y otros acuerdos como el de Oslo en 1989, el de Ottawa, de Quito, de México en 1991; finalmente el 29 de diciembre de 1996 se firman los Acuerdos de Paz entre el gobierno de Arzú y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG). El proceso, que culminó con la firma de los Acuerdos de Paz, permitió negociar y suscribir acuerdos en el orden de lo político y social entre la guerrilla y el gobierno. Los Acuerdos de Paz se plantean como instrumentos que permiten la lucha en contra de las desigualdades sociales en el ámbito civil y político (principal causa que originó la lucha armada); y con ellos se abren las expectativas de construir una sociedad más justa, solidaria y democrática. Este proceso histórico y social le confiere al Estado guatemalteco y al régimen político que emerge a partir de allí, ciertas características específicas para este período y lo hacen un caso interesante para el análisis, tanto de las políticas sociales y de salud, como de las transformaciones recientes al Sistema de Salud de Guatemala (SSG).

En la sociedad guatemalteca, dada su permanente crisis, y frente a la oportunidad que representan los Acuerdos de Paz, la resolución que se otorgue a los agudos problemas sociales a través de las políticas de públicas son cruciales. De este contexto se deriva mi preocupación por dilucidar los procesos históricos que han tenido lugar en las políticas y el SSG.

La situación de Guatemala, sin embargo, no puede verse al margen de las tendencias que se han implementado en la región durante los últimos 30 años. En

América Latina surge la preocupación porque las transformaciones han llevado a una reformulación en cuanto a la lógica de la prestación de servicios de atención en salud a la población, del papel del Estado como garante de bienestar y de la manera en la que se ejecutan las políticas sociales, que han subordinado lo social sobre las decisiones económicas. Estas reformas al sector salud han impactado el tamaño, peso, financiamiento y la forma de articulación entre servicios públicos y privados. Estos cambios generan nuevas formas en la configuración de los sistemas de salud, y ello nos remite obligadamente a considerar las diferentes relaciones que se pueden dar entre el Estado y el sector salud.

En Guatemala, en la década de los 80 y 90, se llevaron a cabo estrategias de corte neoliberal (control de inflación, control del déficit fiscal, liberación del mercado, privatización de los servicios y eliminación de aranceles). La particularidad del caso guatemalteco, con respecto a otros países que implementaron más o menos las mismas medidas, radica en que la aplicación de éstas estuvieron delimitadas por un contexto histórico caracterizado por el enfrentamiento armado y la inestabilidad social (Rosales, 2010). En cuanto al SSG la tendencia fue hacia la disminución del gasto público en salud, descentralización, focalización y selectividad de los servicios de salud (Verdugo, 1995). Sin embargo, con la firma de los Acuerdos de Paz, se inicia un proceso de reconstitución de las instituciones y de la representación política para resolver los problemas sociales que motivaron la lucha insurgente; este contexto marco a un nuevo momento en el proceso histórico de Guatemala, que permite la redefinición de nuevos proyectos sociales y que tendrá impacto en la funcionalidad del estado guatemalteco y por ende, en las instituciones que lo componen, en particular las de salud.

De ahí que la presente tesis se aboca a sistematizar las características adoptadas por las instituciones públicas de salud en Guatemala y su articulación con las funciones de regulación, financiamiento y prestación de servicios durante el período de 1997-2007, comprendiendo este intervalo temporal como un momento clave de

inflexión de la política que subyace al debate sociopolítico y los procesos económicos en el país.

El contenido de la tesis se compone en tres partes, y cada parte se divide en capítulos. La primera parte está conformada por un capítulo que analiza los trabajos relacionados con el tema de estudio. Para el desarrollo de este apartado se realiza una síntesis de los aspectos que cobran relevancia para la investigación destacando los referentes teóricos y metodológicos que les dan sustento al objeto de estudio. Se clasificaron los trabajos revisados con base en las diferentes corrientes sociológicas que abordan el tema,.

El siguiente capítulo se refiere a los antecedentes del problema. Se entregan datos sociodemográficos, indicadores macroeconómicos y las características del estado guatemalteco en el período que antecede al presente estudio, es decir, de 1944 hasta antes de 1997. En el contexto del problema se describen los procesos económicos y sociales que prevalecieron durante el período de análisis (1997-2007). La caracterización macroeconómica y los datos sociodemográficos perfilan a Guatemala como un país con una producción fundamentalmente primaria, con grandes rezagos en cuanto a servicios públicos, vivienda, educación y salud, sobre todo en los grupos indígenas que constituye casi el 50% de la población total. Posteriormente se analizan los gobiernos democráticos ocurridos durante el período de estudio: Arzú, Portillo, Berger. La característica general es que estos gobiernos no adquieren forma como proyectos políticos nacionales a largo plazo debido a la gran inestabilidad política, producto de la corrupción y la ilegitimidad de los distintos gobiernos, así como por las crisis económicas que impactaron en las condiciones de vida de los guatemaltecos y que, conforman el contexto en el que se estudia la reforma al sector salud. Al final de este apartado se entregan, además, datos sobre la situación general del SSG al inicio del período de estudio. Finalmente, en este primer capítulo, se describen los objetivos de la tesis. El objetivo planteado fue analizar el proceso de formulación y diseño de la política de salud y su impacto en el SSG a través de su regulación, financiamiento y prestación y operación de los

servicios de salud, desde 1997 hasta 2007. De este objetivo se despliegan otros objetivos específicos que se refieren a la descripción y análisis del debate sociopolítico en torno a la definición de las políticas de salud de Guatemala y los Actores Sociales que intervienen en él, y cómo estos momentos determinaron los cambios en las características de las instituciones prestadoras de servicios públicos de salud en relación al financiamiento, regulación y prestación de servicios. Los resultados de la investigación, en términos generales, permitieron reconstruir y caracterizar el debate sociopolítico que se dio en torno a las transformaciones de las políticas sociales y de salud y del SSG. La hipótesis que se planteó para la investigación fue que los Acuerdos de Paz no definieron la política de salud porque éstos no obligaron al Estado a desarrollar su capacidad de provisión de servicios, sino que se mantuvo su tendencia histórica de encargarla a prestadores privados, a través de organizaciones no gubernamentales sin fines o con fines de lucro, sin desarrollar las formas públicas, así como a la separación de las funciones, relegando al Ministerio de Salud Pública y Asistencia el papel regulador.

El segundo capítulo de la tesis se divide a su vez en dos subcapítulos que se refieren a la construcción teórico/metodológica. En el primer subcapítulo se realiza la revisión teórica del objeto de estudio. Con el fin de acercarnos a la revisión de la transformación de los sistemas de salud, se consideró iniciar con la discusión de la determinación sociohistórica de cómo la sociedad organiza la respuesta a los problemas de salud/enfermedad, sin dejar de lado las condiciones de salud/enfermedad, ya que partimos del hecho de que las desigualdades sociales, particularmente las que corresponden a sociedades dependientes, como la de este estudio, se expresan en el perfil patológico de las poblaciones. La articulación entre el Estado y la Sociedad Civil, entre el proceso de acumulación de capital y el de hegemonía/dominación, es el espacio en donde se puede interpretar el sentido que adquieren las políticas sociales y de salud como síntesis de la lucha de contradicciones, y que se expresa finalmente en una política de Estado, que define las características de la producción y distribución de la riqueza socialmente

producida, la respuesta a los problemas de salud y enfermedad, y que finalmente explican la síntesis de dicha confrontación en el terreno de lo político.

La perspectiva de la investigación se realiza desde el campo de conocimiento de la Salud Colectiva. La Salud Colectiva puede comprenderse como práctica social y/o como campo de conocimiento científico. En el primer sentido, se entiende como un conjunto de acciones en salud que se derivan de su particular conceptualización. Como campo de conocimiento se refiere a las contribuciones epistemológicas, teóricas y metodológicas que han hecho la Salud Pública y la Medicina Social (Jarrillo, López, 2007), desde las cuales se han abordado problemas semejantes, y que permiten comprender y explicar dichos fenómenos y a su vez dar soluciones. La propuesta es realizar la construcción de categorías teóricas y metodológicas, desde una perspectiva transdisciplinar y crítica, que permitan, por un lado, explicar y dar respuesta a la distribución desigual de los problemas de salud/enfermedad en los diferentes grupos colectivos; y por el otro, explicar y hacer propuestas en torno a la práctica en salud, entendida esta última como la respuesta social hegemónica que se desarrolla en espacios diferenciales y heterogéneos, a los problemas de salud/enfermedad (Tetelboin, 1997) y subordina otras formas de comprensión y prácticas sociales, en este caso, las cosmovisiones, es decir, las perspectivas y significaciones en salud, específicas de los grupos indígenas.

Partimos de la premisa teórica de que la conformación y caracterización de los Estados sintetiza la expresión de los procesos políticos, económicos e ideológicos, y determinan las características generales de la respuesta social a los problemas de salud/enfermedad, y por lo tanto, también a la reorganización de los servicios de salud. Las particularidades que asumió el Modelo Médico Hegemónico y la operación de los servicios de salud fueron profundamente transformados en el marco de estos procesos de cambio del papel del Estado de Bienestar, y el advenimiento del Estado Neoliberal hacia fines del siglo XX que se expresó en formas particulares concretadas en las llamadas reformas sanitarias. Aunque obedecen a un modelo general que se puede sintetizar en la idea de la mercantilización máxima del espacio

sanitario a través de diversas estrategias, encuentran, sin embargo, diferencias en la aplicación de las reformas a los sistemas de salud que se desarrollan en los diferentes países según las especificidades alcanzadas por los servicios hasta ese momento y el marco de los procesos políticos particulares.

Es por ello que se encuentran divergencias en la aplicación de las reformas a los sistemas de salud que se desarrollan en los diferentes países. Para abordar el estudio de las transformaciones a los sistemas de salud es necesario, por lo tanto, analizar los procesos sociohistóricos que definen la respuesta sanitaria en los diferentes espacios geográficos. Es así que se propuso describir los procesos sociohistóricos a través de los cuales el estado guatemalteco ha enfrentado las condiciones de atención a las necesidades de salud de su población, en el período elegido, es decir, a 10 años de la firma de los Acuerdos de Paz en 1997. Se trabajó para ello, con la premisa de que las acciones del Estado dan cuenta de su naturaleza como regulador de las relaciones sociales y vincula los procesos de cambio con las relaciones de poder en un marco político determinado. Para ello, en primera instancia, se reconstruyó la conformación del estado guatemalteco, a partir de los procesos políticos para posteriormente describir las transformaciones del SSG durante el período de estudio.

En el apartado teórico se discute la respuesta socialmente determinada a los problemas de salud/enfermedad; para ir más allá de los abordajes técnico/instrumentalistas; fue necesario trasladarlos hacia el espacio de la determinación sociohistórica y por lo tanto científica. Por ello consideramos indispensable comenzar desde el abordaje de los conceptos de Estado, políticas sociales y la naturaleza de los Sistemas de Salud, para ir posteriormente, a las explicaciones teóricas en torno a las reformas al sector salud, ya que es en la articulación con el Estado, así como en la lógica de la transformación de la respuesta social a los problemas de salud/enfermedad, como se verifica el impacto de las políticas sociales en las condiciones de salud de la población. Para operacionalizar el abordaje de las categorías teóricas se optó por utilizar los conceptos más concretos

como son: el proceso de formulación y diseño de las políticas sociales, vinculándolas con las funciones de los servicios de salud (como son las de: regulación, financiamiento y prestación de servicios) fundamentalmente modificadas bajo los procesos neoliberales (descentralización, focalización, selectividad y privatización de los servicios de salud), adscritos a los momentos del proceso estatal y a este tipo de regímenes políticos.

El segundo subcapítulo se refiere al abordaje metodológico del objeto de estudio, en el cual se describen las técnicas e instrumentos utilizados para recopilar los datos empíricos que permiten la reconstrucción del fenómeno. La metodología para el análisis de lo político y de su expresión final en políticas de salud se realizó a través de la reconstrucción del debate sociopolítico registrado por los Actores Sociales, a partir de la revisión en la prensa escrita según dos bases de datos disponibles, para identificar las opiniones vertidas sobre temas relevantes de salud y sus subsecuentes transformaciones, específicamente en la redefinición de los aspectos aquí considerados centrales, en donde se expresan las estrategias y las transformaciones de las políticas de salud. En esta ruta metodológica es posible analizar los procesos políticos como la manifestación de momentos de crisis, inflexión o estabilidad, y la forma en que los actores sociales se posicionan frente a los temas sustantivos que participan en el debate sociopolítico. Los Actores Sociales (Institucionales, Políticos y Colectivos) se conformaron en dos polos según algunos criterios teóricos sobre el problema: primero, los que hacen propuestas en el sentido de favorecer las transformaciones encaminadas hacia procesos de flexibilización laboral, redefinición de las funciones de regulación, financiamiento y prestación de servicios que permitieran la privatización, focalización, selectividad, descentralización y/o desconcentración; y segundo, los que estaban en contra de las políticas de corte neoliberal y de la privatización de los servicios de salud, y que en particular plantean demandas encaminadas a hacer efectivos los Acuerdos de Paz. Las notas periodísticas se ordenan siguiendo la lógica de tres ejes problemáticos: los aspectos contenidos en torno a la función de regulación, financiamiento, prestación y operación de los servicios de salud durante el período de estudio. Este trabajo

permitió recuperar el análisis de las características del debate sociopolítico de las políticas de salud y algunas expresiones del impacto que han tenido en los servicios públicos y las condiciones de salud de la población. Por otro lado, se sistematizaron otras fuentes secundarias de información como el Diario Oficial de Centroamérica, Informes de Gobierno, entre otras. Es necesario enfatizar que la prensa escrita es vista, desde esta investigación, como un espacio de lucha de poder por parte de los AS. Aún cuando se entiende que no figuran todas las voces ni es posible recoger todos los productos dentro de los medios de comunicación; delimitamos el análisis en el marco de las bases de datos de dos organizaciones que documentan y denuncian sistemáticamente las violaciones a los derechos humanos, situación que nos permite tener una aproximación, que no podríamos recuperar de los medios oficiales, por la exclusión que éstos han hecho de los datos que aportan este sector.

Para la descripción de la composición del SSG se utilizaron fuentes secundarias oficiales en dos momentos. El resultado obtenido es la construcción diacrónica de un mapeo general de cómo está constituido el SSG. La composición del SSG se realiza a partir de analizar la reducción y focalización del gasto en salud, la descentralización de los servicios salud que favorece su mercantilización, la reorientación de los servicios de primer y segundo nivel de lo público a lo privado, la implementación de la gestión y administración por agencias intermediadoras y la privatización de los servicios de salud que se da gracias a las condiciones generadas por las anteriores.

En la segunda parte se describen los resultados de la investigación. El primer apartado se refiere a las condiciones de salud, entendiéndolas como la expresión de los cambios en la transformación de la sociedad y en los servicios de salud. Esta problemática permite la introducción al tema principal de esta tesis: las políticas sociales y de salud como expresión del debate del proceso político. A 10 años de la firma de los Acuerdos de Paz, poco ha cambiado el perfil de salud/enfermedad de la población guatemalteca. Existe polarización del perfil patológico. Los grupos indígenas y de la zona de noroccidente y occidente del país son los que tienen las tasas más altas de mortalidad materna/infantil, las enfermedades infectocontagiosas

y carenciales siguen estando en los primeros 10 lugares. La deficiente respuesta del estado guatemalteco ante desastres naturales ocurridos durante el período expresa la poca inversión del gasto social en infraestructura y en proyectos a largo plazo. En los ejes de regulación, financiamiento y prestación de servicios se describen los procesos en el diseño y formulación de las políticas de salud. Los principales resultados fueron el incumplimiento de los Acuerdos de Paz de mediano plazo y la tendencia de las políticas iniciadas en los años ochenta y que son compatibles con las propuestas de organismos internacionales. Sobre los AS se observó la fragmentación de los diferentes grupos de Actores Políticos, lo cual no permitió dirigir los esfuerzos, ni los partidos oficiales, ni los de la oposición a proyectos nacionales consolidados. Sobre los Actores Colectivos (incluidos en los movimientos sociales) se identificaron las demandas, intereses y perspectivas alternativas, propias de la sociedad civil guatemalteca en el ámbito de la salud y de la seguridad social. No obstante, tales actores participaron de manera fragmentaria, ocupándose por cumplir con los intereses propios de sus movimientos, situación que los mantuvo desarticulados. De tal manera que las organizaciones, instituciones y movimientos sociales de los Actores Colectivos, no tuvieron suficiente impacto en la redefinición de las políticas estatales en salud y tampoco lograron un posicionamiento favorecedor en los espacios públicos. El verdadero impacto se circunscribió a la denuncia del incumplimiento de los Acuerdos de Paz y de las obligaciones del estado guatemalteco, lo que permitió poner en evidencia a nivel internacional las dimensiones de la problemática social y política del país.

En relación al diseño y formulación, un hallazgo del presente estudio fue que las distintas políticas de salud explícitas en el Diario Oficial de Centroamérica casi no se llegaron a concretar y que aún a la fecha, no se ha consolidado una política de salud a largo plazo. Sin embargo, se consideran importantes los resultados del estudio ya que permite proyectar hacia dónde se dirigen las políticas de salud, el impacto en el sector salud al llegar a instrumentarse y la posibilidad de conocer con mayor profundidad las características del estado guatemalteco después de los Acuerdos de Paz.

El segundo capítulo de esta sección contiene la descripción de la composición del SSG haciendo énfasis en las transformaciones que tuvo lugar durante el período de estudio. A la luz de la construcción teórica, fue posible comprender la lógica de la reforma del SSG, desde una perspectiva sociohistórica. Los cambios realizados en la composición del SSG comprenden aquellos que están relacionados con la descentralización, focalización de los servicios y selectividad de la población para el acceso a servicios, privatización de los servicios de salud y la implementación de una nueva función en el SSG: la gestión/administración de los servicios de salud por agencias intermediadoras.

La tercera parte entrega el análisis de los resultados ya sistematizados, lo cual permitió describir la conformación sociohistórica del estado guatemalteco como un Estado deslegitimado, poco articulado, de fuerzas atomizadas que no logran ser un factor de cohesión, sobre los cambios en las políticas sociales, que no se logró avanzar sustancialmente en su diseño y formulación e implementación por los diversos problemas de tipo político y técnico-administrativo que enfrentó; no obstante, se optó por implementar estrategias de salud de perfil neoliberal iniciadas en la década de los ochenta, mismas que determinaron la transformación del SSG, identificando su estructura organizativa y sus nuevas funciones, que en forma general consistieron en ampliar la cobertura de servicios básicos de salud a través de servidores privados, fortalecer la institucionalidad del Ministerio de Salud en su función reguladora y de entidades privadas como prestadoras de servicios de salud a través de la transferencia de recursos públicos a privados, fortalecer la función aseguradora del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y fortalecer la gestión en los hospitales públicos.

Por último, el lector de esta tesis podrá encontrar las conclusiones de la investigación, en las que se incluyen las reflexiones finales. Las conclusiones están enfocadas a establecer algunas constantes que son: las razones políticas del cambio durante el período de la política de salud y la imposibilidad que existió durante el

proceso de formulación, diseño e implementación de las mismas como consecuencia de las contradicciones entre los distintos proyectos políticos y los actores sociales.

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ESTADO DEL ARTE

El estado del conocimiento, referido a la reforma en la composición del sistema de salud establece un puente y además un hilo conductor común entre el capítulo y las partes que los componen. Esta parte fue producto de una investigación documental que se enfocó a conocer qué se ha escrito sobre la transformación de los sistemas de salud en América Latina y Guatemala en las últimas décadas y los procesos políticos en los que estuvieron inmersos. La consideración que guió la selección y organización del contenido de este apartado fue el establecimiento de las diferentes posturas o perspectivas teóricas que se abocan para el abordaje y análisis de este tipo de objetos de estudio.

La revisión se dividió en dos tipos de hallazgos: por un lado, los trabajos con diferente perspectiva teórica, metodológica y técnicas, y, por el otro, los estudios con diferentes niveles de análisis: macro, meso y micro; y trabajos que hacen referencia al desarrollo de procesos de las reformas de los sistemas de salud en diferentes países.

El resultado de una primera lectura de los estudios recopilados, dio como producto, que en general, los trabajos se acercan a distintos problemas relacionados con los servicios de salud contienen diferentes metodologías con instrumentos cualitativos y/o cuantitativos para la evaluación de sistemas de salud, sin embargo, la diferencia primordial entre ellos, radica en los referentes explicativos y teóricos con los que se aborda el objeto de estudio. De ahí que fuera el criterio teórico el que se utilizara para analizar los trabajos revisados. De manera general, los estudios analizados se

ubicaron en dos grandes perspectivas; una convencional, y otra, crítica. Los trabajos encontrados en la revisión que se ubican en la perspectiva crítica, se caracterizaron por el abordaje de las políticas sociales y de salud como conceptos centrales para explicar la determinación fundamental en la organización de los servicios de salud ya que son el resultado de la formación socioeconómica. Los estudios que se ubicaron en la perspectiva convencional, fueron todos aquellos que definen al Estado como mediador entre los servicios de salud y la población, y las políticas sociales y de salud como instrumentos de poder público para la solución de los problemas de salud/enfermedad, dejando de lado el carácter sociohistórico de las políticas públicas. Este es el rasgo más distintivo entre los trabajos habida cuenta que el tratamiento metodológico es más común, aunque se diferencian en los niveles análisis, estudio de caso o multiregionales.

Desde la perspectiva convencional, se clasificaron en dos grupos. Por un lado, los que abordaban el tema desde una perspectiva más teórica, que son los menos, mientras que la mayoría da cuenta de la descripción de datos empíricos en relación al tema a través de indicadores cuantitativos.

Los estudios que abordan el objeto de estudio de forma teórica (Molina, 2000; Chen, 2002; Daschle, 2007; Oberlander, 2007; Frenk, 2007; Frenk, 1994, Frenk, Londoño, knaul, & Lozano, 1998) hacen propuestas de análisis y diseño de la política de financiamiento del sector que permita lograr objetivos de sostenibilidad financiera, accesibilidad, equidad y eficiencia. Así, por ejemplo, en el capítulo del libro *Temas Selectos en Sistemas de Salud: Costos, Financiamiento, Equidad y Gobernanza* (Arredondo, A y Otros, 2009) se hace la propuesta teórica/metodológica de categorías de costos en salud y se plantea una propuesta que, tanto en lo teórico como metodológico, ha permitido integrar un marco de análisis para el abordaje del objeto de estudio desde esta perspectiva, ya que analiza las políticas sociales, económicas y de salud, actores sociales y gobernanza sin vincularlos a la formación socioeconómica.

Por otro lado, entre los estudios que son descriptivos encontramos dos vertientes. Una que abordan el estudio de los sistemas de salud a nivel país, y la otra a nivel multiregional. De los primeros, la mayoría de los estudios analizados, se enfocan en la descripción de las diferentes modalidades de financiamientos, comparando indicadores de eficiencia y equidad en la asignación de recursos, con las condiciones de salud de la población. A su vez estos tipos de estudios realizan propuestas sobre la mejor forma de designar el destino de los recursos, enfatizando en la distribución racional de los recursos. Los estudios revisados analizan los sistemas de salud de país construyendo tendencias y las relacionan con las modificaciones hechas a la organización de los servicios de salud; sirve esta metodología para dar, de forma implícita, argumentaciones y sustento a las propuestas que se asumen para definir la reforma al sector salud. En general estos trabajos abordan las reformas al sector salud, como fenómeno temporal, es decir, se hace un recuento cronológico de las modificaciones hechas a la organización de los servicios de salud en los últimos 20 años. Entre ellos, y por país, encontramos de Chile (Mardones-Restat, 2006). En “The essential health reform in Chile; a reflection on the 1952 process” (Mardones-Restat, 2006), explica el desarrollo de salud desde 1952 y de las reformas al sector salud en Chile, estudiando las instituciones que prestan servicios de salud y las modificaciones que han sufrido en las últimas décadas. Utilizan el método de Cavanaugh que describe tres etapas en las reformas de salud. En la primera etapa las modificaciones son: privatización del financiamiento o de los servicios de salud y control del déficit fiscal. En la segunda etapa, establecimiento de las reglas del mercado y la regulación de los servicios de salud privados. Y por último, en la tercera etapa, la separación de las funciones: financiamiento, regulación y prestación de servicios. Esta misma metodología, con indicadores cuantitativos y construyendo tendencias históricas, sin articularlo con los procesos sociopolíticos se observa en el caso de otros estudios hechos en México (Frenk & Gómez-Dantés, 2008) y en Colombia (Hernández, 2001).

Otros trabajos estudian la reforma al sector salud conceptualizándola como modificaciones técnicas en la organización de los servicios de salud para mejorar la

eficiencia, efectividad y calidad de los servicios (Arredondo & Recaman, 2004; Hernández & Vega, 2001; Cruz-Rivero, 1992; Knaul, Arreola, Méndez, & Martínez, 2005; Pérez Rico, 2005; Annick, 2002). Esta conceptualización permite que se propongan instrumentos cuantitativos de evaluación en relación a la utilización de los recursos y su impacto en el rezago epidemiológico de las diferentes poblaciones.

Por otro lado, hay trabajos de las Reformas del Sector Salud que examinan las deficiencias de los modelos en términos técnicos: contención de costos, costo efectividad y ofrece alternativas para estructurar los sistemas de salud (Arredondo, y otros, 2009). Los abordajes van desde la construcción de instrumentos para su mejor evaluación hasta el análisis del impacto en el poder adquisitivo de la población (Pérez-Rico, 2005; Sesma-Vázquez & Puentes-Rosas, 2005). Por ejemplo, el estudio de (Knaul, Arreola, Méndez, & Martínez, 2005) es un análisis descriptivo acerca de la protección financiera respecto a los gastos en salud en México del periodo 1992 a 2004, se construyen cuatro indicadores para el estudio del objeto de estudio: 1) el índice de justicia en la contribución financiera, 2) la proporción de hogares con gastos catastróficos en salud (mayor al 30% del gasto) 3) La proporción de hogares con gastos empobrecedores cuyo gasto en salud los lleva a sobrepasar la línea de la pobreza y 4) proporción de hogares con gastos excesivos en salud. Lo encontrado fue que, el porcentaje de los hogares con gastos empobrecedores ha bajado a partir del 2000 y en el estudio lo relacionan con la implementación del Sistema de Protección Social en Salud. De manera empírica muestra que la tendencia mejora de 1998 a 2004. Las conclusiones más importantes del estudio son: el deterioro en la protección financiera por gastos empobrecedores y gastos catastróficos afecta a las familias con y sin seguridad social y no hay cambios significativos entre los gastos de ambas poblaciones.

La mayoría de estos trabajos se realizaron en el marco correspondiente a la segunda generación de propuestas metodológicas que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) para el desempeño de los sistemas de salud en protección financiera. La idea principal en estos trabajos es la de calcular los gastos

catastróficos de los hogares. Por lo anterior mide la protección financiera desde 2 indicadores: el porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos para atender sus necesidades de salud y el índice de justicia en la contribución financiera. Son dos umbrales los que ha propuesto la OMS para estimar la protección financiera, cuando los hogares utilizan el 30% de sus recursos disponibles y utilizando un umbral de 40% del ingreso disponible. La mayoría de los trabajos analizados utilizan esta metodología propuesta. Los principales objetivos, de las investigaciones, fueron identificar determinantes en el ámbito poblacional que ayuden a entender y explicar la prevalencia de gastos catastróficos y las brechas que existen entre las poblaciones y regiones. Con estos resultados se propusieron Reformas a los Sistemas de Salud (Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, & Knaul, 2007).

Los principales temas que se discuten en los estudios con base en criterios de prioridad, focalización, contención de costos (Arredondo, Orozco, Abis-Duperval, Cuadra, & Cicero, 2000; Cruz-Rivero & Valdés-Olmedo, 1992) son trabajos que en gran parte analizan el financiamiento de la prestación de servicios de salud como el eje que organiza la investigación del tema de interés, es decir, se concibe el manejo de los recursos económicos como una de las variables de mayor relevancia, de ahí, que se prioriza en la discusión, los conceptos de eficiencia, efectividad, eficiencia, y se centran en ellos el debate de la agenda de la reforma, generando soluciones para mejorar la prestación de los servicios de salud con estrategias como la focalización y selectividad de los servicios.

Las conclusiones generales de la mayoría de los estudios fueron: los hogares pobres, no asegurados y residentes rurales tienen mayor riesgo de empobrecimiento en comparación con los hogares ricos, asegurados y urbanos; los gastos catastróficos tuvieron como causa de gasto los medicamentos, la atención ambulatoria y su interacción independientemente de la condición de aseguramiento; los gastos por hospitalización fueron más frecuentes en hogares con mayores ingresos. (Knaul, Arreola, Méndez, & Martínez, 2005)

Los estudios en los que se realizan análisis a nivel multiregional, comparan entre países las diferentes formas o funciones de los sistemas de salud (Lozano, Frenk, Londoño, & Knaul, 1998; Gómez, 2005; Infante, De la Mata, & Acuña, 2000). De los principales estudios que realizan este tipo de análisis se encuentra “Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina” (Londoño & Frenk, 1997). En este documento examinan las deficiencias de los modelos de los años noventa y ofrecen alternativas para reorganizar los sistemas de salud. Este estudio ha resultado precedente fundamental para el análisis de los sistemas de salud y con base en él se hicieron propuestas para la implementación de políticas de salud, encaminadas a la transformación de los sistemas de salud.

Los trabajos que estudian la regulación, financiamiento, prestación de servicios, centran su interés en cómo se llevan a cabo las funciones de los sistemas de salud y comparan los resultados de las condiciones de salud de las diferentes regiones en las que se realizaron los estudios (Gómez, 2005; Ross, Zeballos e Infante, 2000). Estos estudios, arrojan evidencias empíricas que, sin observar las diferentes características sociohistóricas de los sistemas de salud estudiados, evalúan en torno a la calidad, eficiencia y efectividad, las reformas de los sistemas de salud, fundamentalmente, con el financiamiento y tipo de prestación de servicios (sí es directa, es decir sí la misma institución a la que llegan los fondos es la que administra y presta los servicios, o sí existen agencias intermediadoras).

Los estudios regionales sobre la reforma del sector de la salud estudian la situación de la calidad de los servicios de salud (Langer, Nigenda, & Catino, 2000) en la región. Comparan servicios de salud públicos o privados, de prevención o tratamiento, o diferentes programas dirigidos a diferentes poblaciones, a partir de la implementación de la reforma de los sistemas de salud. Otros estudios además de realizar un análisis de las tendencias regionales vinculan estos datos con la situación de las reformas y las tendencias a finales de la década de los noventa en la región (Bossert, Larrañaga, & Meir, 2000).

Hay otra serie de estudios sobre este tema (Gakidou, 2007) que realizan análisis con fuentes secundarias (ENSA, INEGI, ENIGH, Sicuentas, Padrón del Seguro Popular y Boletines de Información estadística), con el fin de evaluar el impacto de las reformas en las condiciones de salud de la población y comunidades afiliadas a partir de la implementación del Seguro Popular de Salud en 2002 en México. En este trabajo, entre el 2002 al 2006 hubo un incremento en todos los estados en los índices de afiliación, las familias afiliadas viven cerca de un centro de salud equipado para otorgar los servicios esenciales del seguro popular. El gasto público en salud en cifras oficiales aumentó 42% del PIB de 2000 a 2005 mientras que el gasto que no es de seguridad social aumentó 31% del PIB en el mismo periodo, los municipios con mayor afiliación al Seguro Popular tienen tasas más altas de hospitalización. El impacto sobre los egresos es mayor en el caso de la Leucemia Infantil, de las once intervenciones disponibles sólo 4 tienen cobertura efectiva (atención calificada del nacimiento, cuidados neonatales para prematuros, infecciones respiratorias agudas e hipertensión), además muchos hogares se encuentran clasificados en los quintiles más bajos al momento de la afiliación lo que a largo plazo produce una situación insostenible para el sistema de salud. Por último, no se incluye dentro del paquete enfermedades con mayor índice de morbimortalidad como son las enfermedades no transmisibles y lesiones así como obesidad, diabetes y dependencia al alcohol.

Desde la perspectiva crítica los trabajos se caracterizan porque se explicita la perspectiva de análisis y los criterios de clasificación y a partir de ahí pueden ser teóricos o históricos y también estudian distintos niveles de análisis a los sistemas de salud.

Parten de la idea de que es necesario reconstruir la realidad en el pensamiento para ordenar y jerarquizar el fenómeno. hay estudios que son fundamentalmente teóricos y otros, que a partir de esta conceptualización se realiza el análisis del objeto de estudio.

Los conceptos fundamentales utilizados son la descentralización, la focalización, la selectividad, la privatización. Estos conceptos son considerados como los articuladores de una política de mercantilización de servicios de salud y como políticas sociales que transforman la organización de los sistemas de salud (Tetelboin, 2003; Abrantes, 2002; Brachet-Márquez, 2007; López & Blanco, 2007; Tetelboin, 2007; Laurell, 1995; Pérez, 2007; Leal, 2002; Martínez-Franzoni, 2006). La mayoría de los estudios revisados se realizaron en un país, con excepción del de Abrantes que se realizó en México y Brasil. La característica principal de los trabajos es que analizan las políticas sociales, la reforma y su articulación con el financiamiento, la regulación y la prestación de servicios como procesos políticos, ideológicos y económicos y parte de reformas más generales de la Sociedad.

Estos estudios realizan una discusión sobre las condiciones fundamentales que sirvieron de premisas para las propuestas y la puesta en marcha de las reformas sanitarias, retomando como eje articulador de estas condiciones, los antecedentes políticos y los procesos sociohistóricos. Esta es la razón fundamental por la que, por lo general, se realizan estudios en un solo país o a lo sumo, se comparan dos países. El eje conductor de estos trabajos reside en un análisis sobre las transformaciones en los modelos económicos y en el papel del Estado que pasa del modelo keynesiano a un Estado promotor y garante del mercado, así como las transformaciones que se dan en el ámbito de la política social, y en las políticas de salud. Hay coincidencia, en los trabajos revisados, de que los principales ejes de transformación, que se han dado a partir de la instauración del modelo neoliberal son: la recomposición financiera del sector para lo cual se establecen estrategias como la descentralización, la privatización selectiva de lo público rentable, el discurso tecnocrático, la selectividad y focalización y la introducción de la lógica mercantil en las instituciones públicas.

Las conclusiones más importantes son que estas políticas sociales son analizadas como estrategias que impiden la consecución de los planteamientos de un sistema nacional de salud integrado y conducido bajo objetivos sociales, sino por el contrario

que propone segmentar del mercado de salud con la mayor participación de servicios privados que los públicos, por lo que la política de salud se disocia en dos vertientes; la primera, se podría resumir en las propuestas de eficiencia, racionalidad, calidad, equidad y derecho universal a la protección en salud, revertir la centralización, democratizar los servicios y remontar las desigualdades regionales; la segunda vertiente, se manifiesta en las formas en que estas propuestas se concretan a través del financiamiento, la reorganización institucional y la capacidad de respuesta frente a los problemas de salud, lo que se materializa en un sistema de salud lejano de los principios de ciudadanía como condición suficiente para ejercer el derecho a la protección a la salud.

Los trabajos que realizan análisis multiregional (Abrantes, 2002; Tetelboin, 2006; Lara, 1997; Tetelboin & Granados, 2000; Salinas, D. y Tetelboin, C., 2005) muestra las reformas en los sistemas de salud que han sucedido en algunos países de América Latina. Algunos estudios revisan los procesos de la evolución de las transformaciones al sistema de salud: la Reforma Chilena, la Reforma Sanitaria Brasileña que busca desarrollar un Sistema Único de Salud, la Reforma Colombiana y la Reforma Mexicana.

La crítica hacia la perspectiva convencional, son que la mayoría aborda estudios de financiamiento de los servicios de salud, que las reformas a los sistemas de salud reorganiza los flujos del financiamiento con fines privados y esto produce procesos inequitativos para el bienestar de la población, que la agenda de las reformas y su estudio no debe de continuar en el ámbito de lo financiero y lo administrativo, que se materializan en procesos de focalización, paquetes de atención básica fundamentados en criterios de costo-eficiencia así como selección de padecimientos de alta incidencia o catastróficos. Es necesario volver a temas como los derechos y las capacidades humanas y su corresponsabilidad social, por lo que las reformas deben de ir orientadas a la transformación de las instituciones así como la capacidad de influir en los procesos de naturaleza estructural redistributiva no concentradora como la actual.

En general, las argumentaciones en torno a estos procesos en América Latina es que se ha adoptado un modelo para el tratamiento de la política social y de salud con influencia de organismos financieros internacionales y regionales. Tomando como referencia documentos sobre las reformas de salud de Brasil, Colombia, México, se señala que una de las características principales de las reformas en curso, es la reorientación de sus objetivos y la forma de operación de los sistemas de salud públicos y de seguridad social basados en una importante participación del Estado hacia lógicas de mercado. Por tanto, las llamadas reformas al sector salud corresponden a un tipo específico de política, en un momento determinado de la fase actual del capitalismo, destinadas a mercantilizar los sistemas de salud.

En síntesis la reforma social del Estado desde la concepción neoliberal adscribe la satisfacción de necesidades al ámbito privado y los considera una responsabilidad individual, restringiendo la intervención estatal a programas para los pobres.

En la revisión de documentos encontramos un artículo que realiza metodología cualitativa y estudia la participación de los actores políticos sociales y sanitarios (Etviti & Leyva, 1995). Otros estudios hacen propuestas teóricas con respecto a la noción de actores sociales vinculado a la educación en salud, promoción de la salud, la política de salud (Bolos, 1999; Delgado, Vázquez, Zapata, & Hernán, 2005; Granados, Nassaiya, & Torres, 2007; Melucci, 1994; Petchey, Williams, Farnsworth, & Starkey, 1998; Tetelboin, 1992)

En la dimensión teórica, ubicamos artículos que aportan elementos conceptuales para el análisis de Estado, políticas sociales, de salud, Reformas de salud y actores sociales (Almeida, 1999; Twaddle, 1996; Tetelboin, 1997; Tetelboin, 2007; Gerschaman, 1999; Belmartino, 2003; Tetelboin, 2006; Tetelboin, 1981; Granados, Tetelboin, & Torres, 2006). Se discute en estos trabajos los conceptos y y documenta el análisis que se han hecho sobre las reformas haciendo una revisión bibliográfica: problema del objeto de estudio, perspectiva analítica del estudio, definición de objetivos, resultados, toma de decisiones, se proponen elementos que deben ser

considerados en la construcción conceptual de la reforma de salud, realizan una discusión teórica con otros enfoques de salud, enfermedad y el papel de la práctica médica. Lo que aporta para esta investigación, desde una perspectiva socio-histórica, son las propuestas de elementos que deben ser considerados en la construcción conceptual de la reforma al sector salud: Estado, Práctica Médica, Políticas sociales y de salud, derechos y ciudadanía, partiendo de una perspectiva socio-histórica vincula políticas sociales y el bienestar general de la población.

El artículo de las “Reformas del sistema de salud” (Tawddle, 1996) aporta conceptos para la construcción de un marco teórico que sirva para la comparación analítica de la reforma de los sistemas de salud desde una perspectiva socio-histórica. El marco teórico lo divide en 4 grandes dimensiones: contexto social, la organización médica, determinación de las formaciones socios médicos, directrices de la economía internacional en la reforma.

Hay artículos que realizan una crítica a las posturas convencionales (López, 1994) y sobre la forma en la que ésta coloca la discusión sobre la salud como medio y la importancia que la producción y financiamiento de los servicios de salud tiene como un sector de creciente interés económico.

Sobre el informe critica la visión del Banco Mundial, ya que revaloriza el papel del Estado en el ámbito de la salud, un enfoque selectivo del quehacer público en el financiamiento y la producción de servicios de salud, y la propuesta con respecto a los servicios de salud de realizarlos a través de un paquete básico de intervenciones de salud pública sustentado en la lógica de menor costo y mayor efectividad, así como un paquete de servicios clínicos esenciales. La principal conclusión de este artículo, y que posteriormente permite vincularlo, a los derechos humanos es que la salud deja de ser considerada como una necesidad humana básica para convertirse en un bien privado.

A partir de la década de los noventa, los documentos desde esta perspectiva van en torno a la renuncia del Estado a garantizar el derecho a la salud (Berlinguer, 1994;

Blanco-Gil, 1994; Laurell, 1995; Granados, Tetelboin, & Torres, 2006; Laurell, 1997) para todos los ciudadanos y critican dos estrategias fundamentalmente; la asistencia selectiva y la privatización selectiva, la focalización de los recursos y la intervención selectiva como los propuestos por el Banco Mundial. Se delinea así una política de salud de neobeneficencia que se distancia de los planteamientos de integralidad y universalidad en la atención a la salud y del principio de ciudadanía como única condición de acceso a los servicios de salud pública.

Con respecto a los servicios de salud (Laurell, 1993; Laurell, 1997; Blanco-Gil, 1994; Granados, Tetelboin, & Torres, 2006, López & Granados, 2010) se ha realizado críticas con respecto a la selectividad, la focalización y el paquete básico de medicamentos y servicios. El artículo de (Blanco-Gil, 1994) revisa, discute y critica el indicador de Carga Global de Morbilidad, propuesto por el Banco Mundial para estimar el deterioro a la salud a partir de la mortalidad prematura y la discapacidad como consecuencia de enfermedades y traumatismos. Este indicador es utilizado desde la perspectiva convencional como justificación científico-técnica para la selección de las intervenciones de alta efectividad y bajo costo.

En el documento “La reforma del sector salud: Hacia la mercantilización de los servicios” (Laurell, 1995) se describe con gran detalle en qué consisten las reformas al sector salud impuestas en 1996 y la relación que tienen con las propuestas del Banco Mundial, que a su vez propone políticas que limitan y focalizan la atención de la salud de los más pobres y fortalecen el sistema económico neoliberal. Determina que los ejes de la concepción neoliberal para las políticas sanitarias que son: la mercantilización del financiamiento, privatización de la prestación de los servicios de salud y la reducción de los servicios públicos gratuitos a un paquete mínimo.

La descentralización (Laurell, 1995; López, 1994; López, 1997; López, Ortiz, & Rosales, 2001) a diferencia de la perspectiva convencional, se trata desde esta mirada, como la restricción de las funciones del gobierno central, el traslado y la necesidad de diluir la responsabilidad política de la prestación de servicios a nivel

estatal o municipal, la reestructuración el financiamiento público de los servicios y la implementación de la parte recaudada a nivel local. Estas estrategias traen como consecuencia la definición de las *acciones esenciales irreductibles de salud* y como resultado de ello, el *paquete básico, tanto de medicamentos como de servicios*, acciones que se caracterizan por sus grandes externalidades y costo-efectividad. Las propuestas son: un servicio único de salud a partir de la integración de subsistemas de servicios públicos, dirigir los esfuerzos hacia los 9 estados en desastre sanitario, la redistribución de la riqueza nacional, la ampliación de la infraestructura sanitaria y el fortalecimiento de los servicios de los servicios de seguridad social. El documento de Chen L., y Berlinguer G., (2002), "Equidad en la salud en un mundo que marcha hacia la globalización", resulta interesante ya que introduce y analizan las dimensiones de la globalización y la falta de equidad en el campo de salud.

Finalmente, hay trabajos que siendo críticos, no tienen un marco teórico con los conceptos del materialismo histórico, pero que discuten la reforma de manera crítica (Hodgetts & Chamberlain, 2006; Delgado, Vázquez, Zapata, & Hernán, 2005; Vázquez, Siqueira, Kruze, Da Silva, & Leite, 2002). Lo interesante de estos artículos es la metodología utilizada: se realizaron grupos focales para interpretar las explicaciones de la población que ve documentales sobre la reforma al sector salud, o bien, grupos focales y entrevistas individuales a diferentes actores sociales: usuarios, líderes comunitarios, formuladores de políticas y personal de salud.

En Guatemala existe poco análisis y sistematización sobre el desarrollo histórico de la política de salud y procesos recientes, como el de la Reforma de Salud. De los trabajos revisados, los que abordan el tema desde la perspectiva crítica son de Verdugo (Verdugo J. C., 2003). En este trabajo, Verdugo, realiza el análisis de la implementación del modelo de primer nivel de atención del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) en Guatemala.

En ese sentido, conocer la operativización de una serie de medidas de política de salud, gobierno tras gobierno, no es suficiente para su entendimiento, sino se vincula

al menos a procesos más amplios y complejos de carácter político, ideológico, económico, cultural y social, que afectan o dan sentido a los planes, políticas, estrategias y programas de salud.

1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL PROBLEMA

En este apartado se describen los antecedentes históricos del problema que consiste en caracterizar la situación general de Guatemala desde la constitución como Estado nacionalista en 1944 hasta 1996. Para dicha descripción se abordan los aspectos que se consideran relevantes para dar una visión general del contexto sociohistórico previo al período de estudio con el propósito de enmarcar el problema. Se realiza una revisión sintética a lo largo de la historia sobre, datos sociodemográficos de la población guatemalteca, algunos indicadores macroeconómicos, las políticas sociales y de salud y los regímenes autoritarios del estado guatemalteco, que sirven de punto referencial en torno a los antecedentes del problema.

Guatemala está dividida en 8 regiones geográficas (que agrupan 22 departamentos) y cada departamento en municipios. Hay 331 municipios en total y cada uno eligía a su alcalde en el periodo previo al estudio, el gobierno estaba centralizado y concentraba todo el poder político y económico. En Guatemala oficialmente se reconocen 22 etnias, pero se identifican 25 grupos étnicos-lingüísticos. Se considera que del total de personas mayas, xinca o garífuna 46.7% son bilingües, hablan el español y su idioma materno.

Indicadores Macroeconómicos

La producción primaria, como ha sido la tendencia a lo largo de la historia de Guatemala durante el período previo al estudio, contribuyó con el mayor porcentaje para la composición del Producto Interno Bruto (PIB).

Las tres décadas que siguieron a la Segunda Guerra Mundial marcaron en Guatemala un importante crecimiento del producto interno bruto (PIB). En la década de los sesenta, éste creció a un promedio de 5.7% anual. Sin embargo, en la década de los setenta el PIB tuvo un franco deterioro para posteriormente, entre 1980 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% (Rosales, 2010). Los factores internos aunados a la crisis económica internacional, dieron como resultado un fuerte descenso del PIB y de las exportaciones, escasez de divisas, desequilibrio en las finanzas públicas, un pronunciado incremento del déficit fiscal y la deuda externa, contracción de las inversiones, nuevas fugas de capitales, subutilización de la capacidad instalada, incremento de los precios al consumidor, reducción del ingreso per cápita, y un deterioro del empleo y de las condiciones de vida generales de los guatemaltecos (Rosales, 2010).

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. Hubo una disminución del desempleo abierto que pasó de 11.7% en 1988 a 6.2% en 1989, para mantenerse más o menos a ese nivel durante los años posteriores (Rosales, 2010).

En términos generales el nivel de empleo no alcanzó el de principios de la década, lo que habla de la incapacidad de los distintos sectores productivos para absorber la fuerza de trabajo.

Políticas Económicas y Sociales

Las políticas económicas y sociales en los años ochenta y noventa, se pueden resumir en que todos los gobiernos civiles apartir de 1986 descartaron cualquier cambio estructural respecto a las dictaduras militares previas, incluso en aspectos como la tenencia de la tierra o la política fiscal. Las acciones que tomaron los diferentes gobiernos civiles profundizaron las condiciones precarias de la mayoría de la población implementando políticas encaminadas a buscar nuevos espacios de acumulación de capital. Estas medidas afectaron a los sectores medios y populares, y acentuaron la dependencia respecto de los organismos internacionales de financiamiento (Centros de Estudios de Guatemala, 1994). Las medidas que se tomaron, se enmarcaron dentro de las políticas neoliberales del Consenso de Washington: reducir el gasto público, captar mayores ingresos, aumentar el ahorro interno, eliminar subsidios, privatizar empresas públicas, favorecer las exportaciones y estabilizar la moneda (Rosales, 2010). Otorgaron importantes concesiones a la iniciativa privada, tales como la liberación de precios, la liberación monetaria, un amplio apoyo a las exportaciones y a la política salarial. Mantuvieron su orientación favorable al sector oligárquico y a la estrategia de los militares. Los cuadros militares siguieron ocupando importantes cargos en la administración pública, y cuantiosos recursos económicos fueron canalizados hacia la militarización y la contrainsurgencia (Centros de Estudios de Guatemala, 1994).

La etapa de “*estabilización de la economía*”, llamada así por la propuesta de un proyecto de estabilidad nacional interna en 1986 no asume todas las características de la fase de estabilización del ajuste neoliberal, pero para 1989 se inicia la aplicación de medidas de estabilización y ajuste con características neoliberales (Martínez y Werner, 1992; s/p). Esta política económica es seguida por los siguientes 3 gobiernos y marca el progresivo retiro de la intervención del Estado en la economía.

En 1993 se inicia un proceso de privatización y desmonopolización de remesas y servicios estatales, y con ello se subrayó el papel subsidiario del Estado en la economía, según lo cual el Estado debe normar, pero no interferir en las acciones empresariales (Centros de Estudios de Guatemala, 1994). Se planteó una reforma del Estado, reorientando los esfuerzos gubernamentales hacia los programas prioritarios: a) combate a la inflación, como vía para reducir la pobreza, manteniendo la disciplina fiscal; b) aumento de los ingresos del gobierno, con el establecimiento de mayores impuestos y combate a la evasión fiscal, y desmonopolización, concesión o privatización de las empresas y servicios estatales; c) reorientación del gasto gubernamental, cortando el financiamiento a una burocracia ineficiente y los subsidios a grupos no necesitados (Centros de Estudios de Guatemala, 1994).

Política de Salud

La política de salud en período de 1986-1996 tuvo como objetivo primordial, según el discurso oficial, reestructurar el sector salud, partiendo del reconocimiento de que el conjunto de instituciones y organizaciones que los constituyen padecen problemas que no les permiten cumplir con la función de mejorar las condiciones de salud o resolver los problemas de enfermedad de la población.

Las principales estrategias utilizadas fueron: disminución del gasto, descentralización administrativa y privatización de los servicios.

En los primeros años de la década de los ochenta hasta finales de la misma (1983-1991) se disminuye el gasto en salud y hay un aumento del porcentaje del gasto a los servicios preventivos. La descentralización es parcial y sobre todo se realiza en el área administrativa. El Estado sigue siendo el eje en la dirección financiamiento y producción de los servicios. De los años 1992 a 1997, el gasto en salud sigue disminuyendo y sobre todo es para financiar servicios de salud preventivos.

La reducción del gasto se dio principalmente en el rubro de inversión del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), y afectó principalmente a los servicios

de tipo curativo. Los gastos de inversión disminuyeron de 23.1% del gasto en 1981 al 6.3% en 1992, es decir no hubo presupuesto para el equipamiento e infraestructura lo que condujo a un mayor deterioro de los servicios de salud pública (Verdugo, 1995).

Las políticas de descentralización permitieron la contratación a nivel local de servicios privados, lucrativos o no, para cubrir servicios básicos y de apoyo del MSPAS, lo que ha llevado a que se presentaran servicios focalizados, paquetes con servicios básicos y asistenciales a poblaciones pobres y marginadas (Verdugo, 1995).

En síntesis, los antecedentes sociohistóricos expresados en las políticas sociales, que antecede al período de análisis de este trabajo, se refleja en a) el gasto en salud se redujo y se reorientó a los servicios preventivos, disminuyendo la participación de los de tipo curativo. Hubo un aumento de 2% del PIB sin embargo es bajo, si se contrasta con el histórico y las necesidades de la población, y por otro lado no se implementaron políticas de redistribución de la riqueza por lo que la mayoría de la población siguió teniendo condiciones materiales de vida precarias. b) hubieron otras alternativas de fuentes de financiamiento para el sector salud: 1) donantes y agencias de cooperación internacional que, sin embargo, no podían garantizar el sostenimiento de los servicios básicos de salud. 2) Gasto de bolsillo, cuotas de recuperación, 3) fondos transitorios de alta discrecionalidad regidos por lineamientos políticos, 4) el aporte gubernamental que se plantea en la constitucional del 8%. c) un proceso de descentralización que permitió abrir el espacio legal a otras instituciones y organizaciones en la prestación de servicios. d) hubieron cambio en las funciones de la organización de los servicios de salud (Rosales, 2010).

Estas estrategias (control de inflación, control del déficit fiscal, liberación del mercado, privatización de los servicios y eliminación de aranceles), estuvieron delimitadas por un contexto histórico caracterizado por la guerra civil y la

inestabilidad social (Rosales, 2010) complejizaron la implementación de las políticas de salud.

Estado Guatemalteco

Guatemala es uno de los países latinoamericanos que durante más años ha sido gobernado por militares, bajo las modalidades de dictaduras clásicas, juntas militares, gobiernos constitucionales. Durante el siglo XX, 79 años ha sido gobernado por militares.

El gobierno de Jacobo Arbenz (1944 y 1954), referente insustituible porque se estableció un gobierno democrático y nacionalista que permitió a través de un régimen político de bienestar, una organización social más justa y menos desigual; por ejemplo, una de de las políticas más importantes de ese tiempo fue la supresión de los trabajos forzados. Sin embargo la situación política y social, se tornó inestable (dado que la oligarquía guatemalteca seguía controlando el Estado) cuando se intentó implementar la reforma agraria que afectaba a los grupos en el poder. El gobierno de Arbenz es derrocado a través de un golpe de Estado en 1954 con la supresión de todas las garantías individuales y derechos que durante el gobierno anterior se había logrado. Los grupos de poder desecharon las reformas económicas y sociales, las políticas distributivas, las prácticas democráticas; y eligieron la fórmula del poder político militarizado, que otorgaba al Estado una mayor capacidad para reprimir la protesta social. En contrapartida el descontento social y la situación de miseria e injusticia, en noviembre de 1960, motivaron la organización las primeras guerrillas. La necesidad de los grupos en el poder de mantener el sistema político, económico y social, y someter a los grupos que se sublevaban, condujo a la militarización y evitar así los movimientos sociales; los llevó someter a la población a través de los aparatos de represión. Ello implicaba subordinar las funciones y recursos estatales a los planes militares. El ejército asumió el papel preponderante en la estructura política del país; se convirtió durante décadas en su eje y en el verdadero depositario del poder (Verdugo, 1995). A partir de entonces, gobiernos de

facto o constitucionales fueron únicamente variables formales a través de las cuales la cúpula militar gobernó al país, en alianza con los más poderosos sectores empresariales locales e internacionales.

Toda la actividad política de los años siguientes estuvo marcada por las contradicciones de la lucha armada reflejada en la insurgencia-contrainsurgencia. El ejercicio político, la política económica o salarial, la movilización social e incluso las relaciones internacionales estuvieron determinados por la estrategia antinsurgente (Verdugo, 1995). En la práctica, el ejército hizo de la contrainsurgencia la categoría fundamental del proyecto nacional y giró en torno a ella toda la actividad del Estado. El objetivo expreso de la lucha de contrainsurgencia fue evitar cualquier transformación de las estructuras políticas, económicas y sociales.

Al iniciarse la década de los 90, el estado guatemalteco se encontraba en una crisis progresiva. El ascenso del movimiento revolucionario, la crisis económica y la corrupción gubernamental afectaron las relaciones entre el alto mando militar y la comunidad empresarial. La crisis general del país se agudizó hasta límites extremos. Los gobiernos civiles se caracterizaron por su ilegitimidad e ingobernabilidad, por seguir privilegiando a la clase en el poder, el descrédito de las instituciones del Estado. El 85% de la población se encontraba en condiciones precarias y no existían políticas sociales que permitieran el acceso a servicios elementales como salud, educación, alimentación y vivienda (Centros de Estudios de Guatemala, 1994).

1.3 CONTEXTO DEL PROBLEMA

En este capítulo se delinea, con base en los antecedentes de la situación previa, la situación política de Guatemala a partir de los Acuerdos de Paz que dan contexto y marco de referencia a las transformaciones del Sistema de Salud Guatemalteco (SSG).

Este subcapítulo se divide en dos apartados; uno, el contexto amplio, en el que se hace referencia, con la reconstrucción de series históricas de los principales indicadores macroeconómicos y sociodemográficos de 1997 a 2007, a la situación en la que se encuentra Guatemala durante el período de estudio, de los gobiernos democráticos, y a las políticas sociales en general y las de salud en particular, como macroproceso, y finalmente, se entrega la situación general del Sistema de Salud de Guatemala en el inicio del período de estudio.

La población estimada para el 2000 fue 11.433.694 habitantes, 65% vive en el área rural. No existen cifras exactas sobre el porcentaje de población indígena que se ubican entre el 43% y 48% de la población (Estadística, 1999). Los datos sobre las etnias y población indígena han cambiado relativamente poco en el período de estudio y el que le antecede

En el 2000, el crecimiento demográfico anual fue de 2,9%. El 44,0% de la población era menor de 15 años y 5,3% tenía 60 años y más. La esperanza de vida fue de 67,2 años (64,7 para hombres y 69,8 para mujeres) (Estadística, 1999).

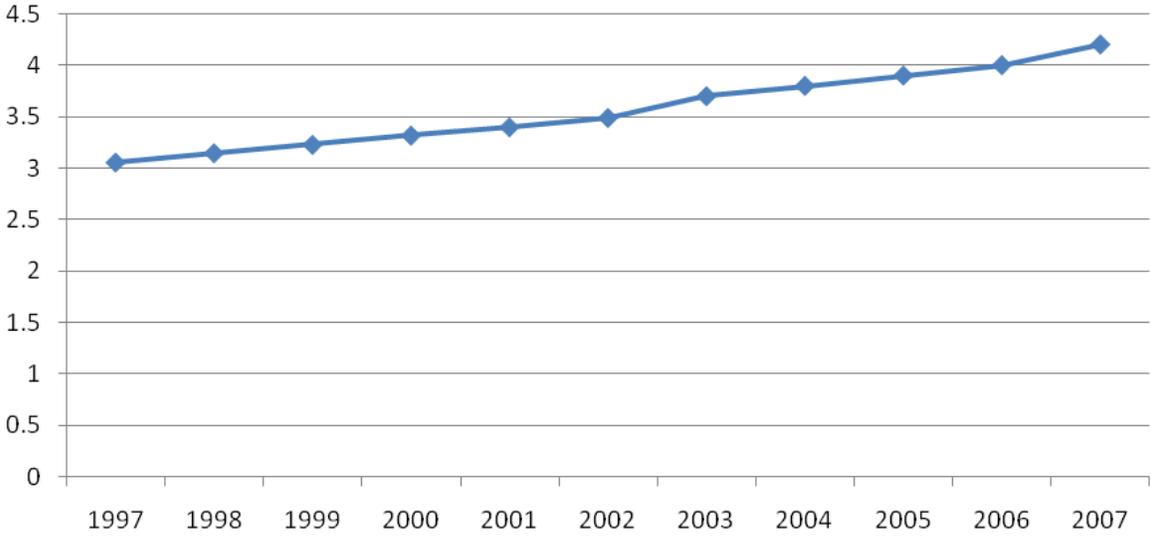
Durante el período 1997-2007 el porcentaje de la población residente en el área urbana se ha incrementado en 32%, siendo la región metropolitana la que concentra al 22% de la población del país. Para 1997, como indicador de servicios públicos; tomamos la cobertura de agua, fue 92% a nivel urbano y 54 % rural, esta situación refleja la poca inversión que se realiza en las zonas rurales a pesar de que más de la mitad de la población vive en esta área (Estadística, 1999)

Llama la atención que se trata de una población que, desde el punto de vista laboral, se dedica fundamentalmente a la actividad primaria (agricultura, silvicultura, caza y pesca) con una importante contribución a la economía del país de 26% del PIB y que generó en 2005 el 60% del empleo. El crecimiento en este apartado, en los últimos 5 años, ha sido en promedio de 22.5 y 22.9%. La economía que se basa en la producción terciaria (comercio, turismo) se incrementó en 0.13% entre 2000 y 2005 se encuentra en el segundo lugar (Estadística, 1999). La industria manufacturera a

pesar de haber decrecido se mantiene como en tercer lugar en aporte económico, y la actividad de transporte, almacén y comunicaciones es el cuarto rubro de la economía nacional.

La población económicamente activa ha aumentado durante el período (Gráfico 1). Este es un indicador importante ya que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) cubre únicamente 17 % de la PEA del país.

Gráfico 1. Población Económicamente Activa (En millones). Guatemala 1997-2007



Fuente: elaboración propia a partir de datos de ENCOVI, 2000 y 2005

La condición laboral de la población varía de acuerdo a su lugar de residencia y género. En general el desempleo total registrado en la ENCOVI 2000 fue de 14.3% de la población mayor de 15 años, y el subempleo visible 6 el 16%. Estos dos indicadores son mayores en el área urbano metropolitana con desempleo total de 18.4 y subempleo visible de 16.2. En cuanto a género, el desempleo total es de

24.7% en mujeres y en hombres 6.6%, y en el área rural 27% en mujeres y 5.1 en hombres.

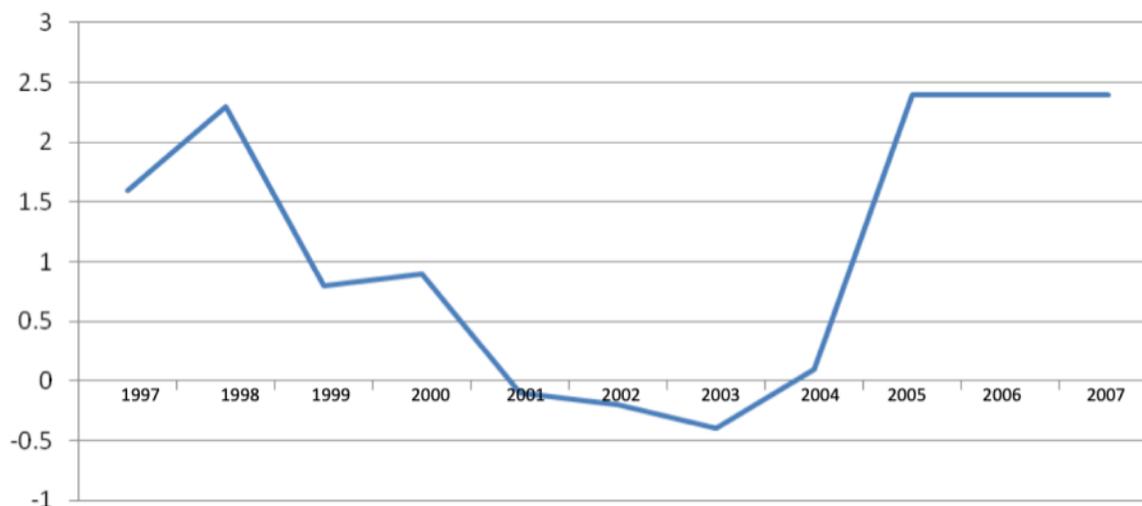
De acuerdo al estudio de Encuesta de Trabajo Infantil en Guatemala (incluida dentro de ENCOVI 2000) el 20% de los niños de 7 a 14 años son trabajadores, en el área rural este porcentaje es de 24% y en población indígena 30 %, y del grupo de 7 a 9 han trabajado por lo menos 2.7 % de los niños. De cada 100 niños que trabajan sólo 67 se inscriben en la escuela primaria. Las principales fuentes de trabajo infantil son agricultura, manufactura, comercio y oficios domésticos por más de 4 horas diarias. La prevalencia ha ido en aumento desde 1994 cuando el Censo de Población reportó 7.9% y la ENEI en el 2002 un 23.5%.

Para 1995 estimaciones no oficiales indican que el desempleo (ascendió a 44%) evidenciando las limitaciones que el sistema productivo tiene para absorber la mano de obra disponible. El desempleo abierto pasó de 3,7% en 1995 a 5,6% en 1999, se mantiene en este porcentaje durante tres años. En el 2000 y hasta el 2006 se registra un porcentaje de 7.6%. En el 2007 se registra un porcentaje de alrededor de 3.2.

El 65% de las mujeres no trabaja y la mayor parte no ha trabajado en los últimos doce meses. Entre las mujeres que trabajan (35% del total) la mayoría lo hace de manera regular cinco días a la semana. De ellas, un 33% labora para un familiar en forma remunerada, pero cuando carecen de escolaridad, aunque trabajen con familiares, un 6% no recibe remuneración económica por el trabajo realizado.

Al año siguiente de los Acuerdos de Paz, en 1998, la economía guatemalteca creció 5%. En los años 1999 y 2000, las tasas anuales del PIB fueron de 3,6% y 3,3% (Gráfico 2), respectivamente; y los valores del PIB per cápita, sobre la base de valores a precios de 1995 en dólares fueron de 0,9% y 0,8%, respectivamente. En los últimos quince años el crecimiento económico ha sido en promedio del 2.4% anual, el mayor incremento se reportó en el año 2005 con un 3.2% en base al año anterior (Estadística, 1999).

Gráfico 2. Crecimiento anual del PIB real per Cápita. Guatemala 1997-2007.



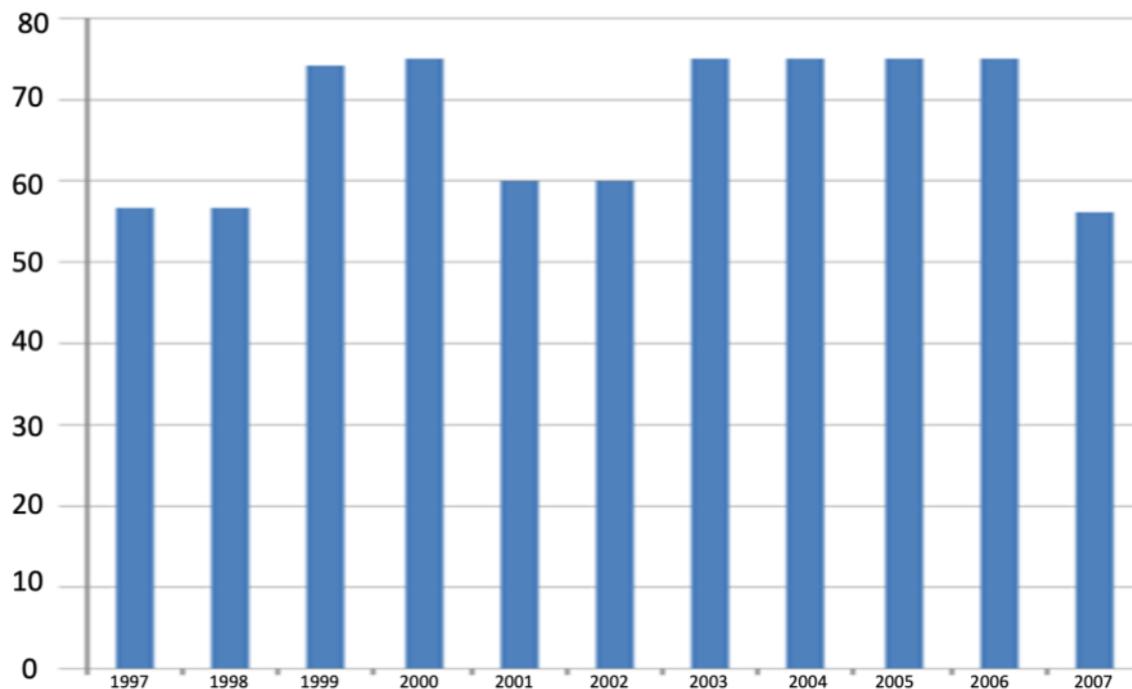
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Banco de Guatemala, Informe Modelo Financiero, MSPAS, 2008

En el período estudiado (1997 – 2007) la tasa de inflación ha sufrido variaciones, siendo la mayor registrada en el año 1997 (60.6), en promedio, excluyendo el año mencionado, la tasa inflacionaria ha sido de 7.5 (Informe Modelo Financiero, MSPAS, 2008)

En 1998, la carga tributaria neta se situó en 8,9% del PIB. La deuda interna disminuyó de 10,6% del PIB en 1990 a 5,2 % en 1998. La deuda externa como proporción del PIB, disminuyó de 18% en 1990 a 10% en 1998.

En Guatemala más de la mitad de la población (56%) (Gráfico 3), vive en condiciones de pobreza y cerca del 16% por debajo de la línea de extrema pobreza; a excepción de la región metropolitana, en todos los departamentos del país, 1 de cada 2 habitantes viven en condiciones de pobreza. El 27.6% tienen ingreso insuficiente para cubrir una canasta básica de alimentos. La distancia promedio del ingreso del hogar respecto a la línea de la pobreza es del 45%. Sin embargo, el 20% de los ingresos anuales de las familias no pobres sería suficiente para eliminar la pobreza.

Gráfico 3. Porcentaje de población bajo Nivel de Pobreza . Guatemala 1997-2007.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Informe Modelo Financiero MSPAS, 2008 y ECONVI, 2000

La población indígena representa más del 41% de la población total del país, es esta población la que concentra la pobreza. La pobreza en la población indígena era de 91,3% (ENCOVI 2000). Para 1998, el analfabetismo en departamentos con población indígena entre 75% a 100% fue de 52,2. La desnutrición crónica fue 67,8% para los indígenas.

Además de ser un país con ingreso per cápita bajo, Guatemala presenta fuertes disparidades en el ingreso. Hay 2.8 millones de habitantes en situación de indigencia, con ingresos per cápita de menos de un dólar al día, y bajo el umbral de los USD 2 diarios per cápita, subsisten 6 millones de habitantes. De manera global, en 1989 Guatemala presentaba un índice de Gini de 0.5510. Los reportes indican que durante la última década la desigualdad ha disminuido pues la razón del ingreso promedio del

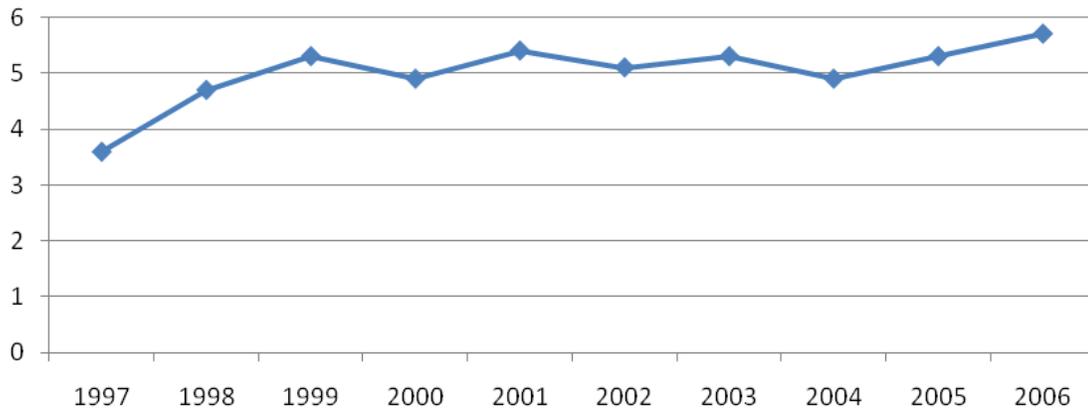
20% más rico y el 20% más pobre pasó de 23.6 en 1989 a 17.3 en 1998 (ENCOVI, 2000).

Durante el período de 1997-2007, más del 90% de los gastos se dedican al gasto corriente, esto es en el pago de salarios de los maestros y compras de bienes y servicios de consumo, el 10% restante se dedica a la inversión social.

El gasto per capita cayó de un US.29 a US.27 en el mismo período 1999-2002. El gasto social como porcentaje del PIB en su conjunto, durante el período de análisis se ha mantenido entre el 5.6% y el 5.8% durante el período 1999-2002. El gasto social en el período 1999-2002 decreció de US. 83 per capita en el año 1999 a US. 76 en el año 2002. En el año 2001 repuntó a US.79 per capita para luego volver a caer.

A pesar de que el gasto social (Gráfico 4) per capita cayó entre 1999 y el 2002, el gasto en educación aumentó durante el período, pasó en 1996 de 1.5% a 2.5% en 1999, la tendencia decreciente se observa del año 2005 con 2.3%. La poca inversión en educación se refleja en el nivel educativo. En el país la tasa de analfabetismo reportada por el Ministerio de Educación en el año 2001 fue de 31.5 x 100 habitantes mayores de 14 años. La tasa neta de escolaridad primaria es de 92.4% en niños de 7 a 12 años, de 94.7% en hombres y 90.1% en mujeres; estos indicadores disminuyen substancialmente en los ciclos escolares básicos con 31.1% y diversificados de 17.7%.

Gráfico 4. Gasto social como porcentaje del PIB. Guatemala 1997-2007.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Informe Modelo Financiero MSPAS, 2008

1.3.1 Los gobiernos democráticos a partir de los Acuerdos de Paz¹

Al inicio del período de estudio, con la firma de la paz el 26 de diciembre de 1996, se firman los Acuerdos de Paz entre la URNG y estado guatemalteco, representado por el gobierno de Arzú y se inicia una nueva etapa en la que se concreta un pacto social, que no sólo permitió el fin de la guerra civil, sino además de reformar el Estado guatemalteco, y restablecer un nuevo consenso social en las relaciones entre Estado y Sociedad. Los Acuerdos de Paz, proponían, a través de este pacto social, políticas sociales y económicas que resolvieran las problemáticas socialmente relevantes y brindar cierto grado de bienestar de la población también, reformular de las relaciones al interior y al exterior de las instituciones y la reorganización, operación y prestación de las instituciones, incluidas las que prestan servicios de salud.

¹ Este apartado está construido a partir de la lectura analítica de la revisión de las notas aparecidas en la prensa escrita durante 1997-2007.

El gobierno del presidente Arzú, del partido de derecha, el Partido de Acción Nacional (PAN), se caracterizó por la concreción de estrategias y políticas públicas de acuerdo a su plan de gobierno. Esto le permitió establecer y mantener una buena relación con los organismos internacionales, a diferencia de lo que había sucedido en años anteriores y de lo que acontecería posteriormente. El gobierno de Arzú, logra implementar, por un lado, políticas que favorecen la acumulación de capital privado, lo que le permite contar con el apoyo de los grupos económicos tradicionales manteniendo vínculos estrechos con sector económico, y a su vez, el fin del conflicto armado y la eficiencia y eficacia en el manejo de la gestión gubernamental que le confiere legitimidad ante la sociedad y la comunidad internacional, adicionalmente consigue cierto consenso social que tiene como resultado un pacto de gobernabilidad. De ahí resulta que, los primeros cuatro años del proceso democrático bajo estudio, el Estado logra exitosamente negociar e imponer su posición e intereses ante los diferentes sectores sociales.

En el año 2000, el partido del ex golpista y dictador Ríos Mont, cuyo nombre recuerda los años más sanguinarios de la guerra civil, con el partido de derecha, el Frente Republicano Guatemalteco (FRG), gana las elecciones llevando al poder a Alfonso Portillo. Durante los años de gobierno de Portillo se observó que el gobierno mantiene un discurso ambiguo ya que las políticas públicas implementadas durante su gestión privilegian los intereses de un sector económico emergente al margen del Comité Coordinador de Asociación Agrícolas, Comerciales, Industriales y Financieros (CACIF), la oligarquía tradicional, y un grupo de militares que vuelven a imponer las medidas coercitivas e institucionales tradicionales de los años ochenta, no obstante que, en los Acuerdos de Paz se había acordado desmantelar al ejército. Paralelamente, el poder real estuvo en manos del General Ríos Mont, quien funge durante este período como presidente del Congreso, lo que permite retomar el control del Estado por parte de un grupo selecto de militares e imponer los intereses de este grupo.

La principal característica del período de Portillo es que el gobierno, no obstante el privilegio de los grupos de apoyo, no tiene aparentemente un proyecto político definido, a la vez que muestra debilidades e inexperiencia, por lo que muchas de las políticas implementadas durante este periodo gubernamental son coyunturales y emergentes, y rápidamente se desprestigia, no sólo por su ineficiencia, sino, principalmente, por altos niveles de corrupción, elementos que confluyen para que los partidos de derecha que se habían mostrado en los anteriores gobiernos unidos empiecen a fraccionarse. Paralelamente a estos elementos, internacionalmente, se vivía una profunda crisis económica global que en Guatemala repercute por la caída de precios internacionales de los principales productos tradicionales de agro exportación, principal generador del PIB nacional.

En Guatemala esta crisis se vio potencializada por el estancamiento de las actividades económicas relacionadas por la inestabilidad en la relación con EEUU para la firma del Tratado de Libre Comercio debido principalmente a la falta de implementación de políticas económicas con las tendencias mundiales, en especial a la Ley de Propiedad Intelectual y del Pacto Fiscal; por el descontento de la comunidad internacional, cuyas aportaciones financieras eran muy importantes, ante el compromiso casi nulo del gobierno para llevar a cabo los Acuerdos de Paz; por el conflicto del gobierno con los sectores de la organización civil y sindicatos; por la violencia y la delincuencia como rezagos de la guerra civil; dando como resultado la no concreción de un proyecto político explícito que estableciera las grandes líneas estratégicas para enfrentar las problemática nacional. El estado guatemalteco en proceso de democratización pierde, entonces, la legitimidad lograda durante el gobierno de Arzú. Al final, el gobierno de Portillo, termina con una severa crisis económica, sumado al desgaste del aparato estatal provocado por la corrupción y desprestigio de las instituciones muy al contrario de lo formulado en los Acuerdos de Paz.

En el 2004, llega al poder Berger a través del también partido de derecha Gran Alianza Nacional (GANAN), que permite el reposicionamiento de las principales

fuerzas políticas en nivel legislativo lo que dio cierta coherencia al proyecto político² explícito. No obstante algunos cambios en esta administración y a pesar de los Acuerdos de Paz, continúan la violencia, la dominación del Estado a través de la represión que debilitaron los mecanismos democráticos permitieron firmar los Acuerdos de Paz. El partido oficialista con las fracciones de la derecha, de mayoría legislativa dictaron la agenda y condicionaron la aprobación de leyes. El período se caracteriza por estrategias represivas ante los conflictos que se registran durante su gestión, el incremento de la violencia y nuevamente no se cumplen con temas prioritarios planteados en los Acuerdos de Paz³. Y aunque el gobierno de Berger utiliza recurrentemente el discurso de la defensa del Estado de derecho, en la práctica se traduce sólo en la defensa de la propiedad privada, neutralizando las crecientes demandas sociales⁴. Las protestas públicas fueron enfrentadas por contingentes policiales y las decisiones gubernamentales son impuestas y, en la mayoría de los casos, no corresponden a las principales demandas y necesidades de la población.

En cuanto a la política social y de salud el proyecto político de Berger careció de definición, y esta situación generó conflicto en el país. La sociedad se aglutinó para influir a su favor y logró como resultado la aparición de nuevos y el fortalecimiento de viejos movimientos sociales que exigieron del gobierno suscribir con la Sociedad Civil un diálogo, que se materializó en un Acuerdo Nacional para la Implementación del Gasto Social y Reducción de la Pobreza⁵, en el que todos los partidos políticos se comprometieron a suscribirlo y cumplirlo independientemente de proyectos

² El "Programa de Reactivación Económica y Social Vamos Guatemala" 2004-2005 forma parte de su proyecto político el cual tiene un carácter particularmente económico: crecimiento de la economía, atracción de inversiones y competitividad en el marco del TLC. Las políticas sociales y de salud tienen características asistencialistas y de subsidio. En el sector de salud pública los médicos y empleados de distinto nivel organizaron paros como protesta por la falta de recursos y por las condiciones precarias en que funciona el sistema protagonizando un gran movimiento social del gremio médico para la resolución de las crisis hospitalarias.

³ El problema irresuelto de la administración anterior, que plantean beneficios para los ex-patrulleros de autodefensa civil

⁴El Ministerio de Salud y el IGSS siguieron funcionando sin mayores cambios, inclusive "militarizados". En una de las crisis hospitalarias fue intervenido por los militares uno de los Hospitales Estatales.

⁵ El Plan firmado por los secretarios de los partidos políticos el 10 de octubre de 2006 y define las estrategias para mejorar los indicadores en los cuatro temas de cara al 2020. El primer paso para concretar esos acuerdos sería la aprobación de cuatro leyes marco, uno para cada eje del Plan. Sin embargo, éstas han enfrentado obstáculos. La iniciativa de salud no había tenido dictamen en julio de 2007.

particulares. Quedan así los lineamientos para el año 2008 cuando llega al poder Colom, con un partido de centro/izquierda.

1.2.2 Situación general del Sistema de Salud

El sistema de salud Guatemalteco (SSG), como muchos de la región de América Latina, está conformado por tres grandes subsistemas: privado con fines de lucro, privado sin fines de lucro y el público, constituido por el sector asistencial y la seguridad social. Las características generales del SSG es que está fragmentado, altamente heterogéneo en cuanto al tipo de servicios que otorga a la población que atiende, poco articulado y desvinculados, lo que tiene como consecuencia, en muchos casos duplicación de funciones, y poblaciones cubiertas con dos o más subsectores. Ninguno de estos subsistemas cubre a toda la población, ni cuentan con recursos financieros equitativos, por lo que la población que accede a los diferentes sectores recibe servicios diferenciados (LACRSS, 1997).

De ahí que la principal característica que se observa es que históricamente ha existido una tendencia a la segmentación de la población por su capacidad de pago o su inserción en el proceso productivo; por ejemplo, los pobres e indigentes son atendidos por el Ministerio de Salud (MSPAS) o por el sector privado no lucrativo (SIAS), los asalariados de las áreas urbanas por el IGSS, para la Policía Nacional (el Hospital de la Policía Nacional) y para los Militares (IPM) y la población de mayores recursos por el sector privado, existe, además, duplicación de servicios y, con frecuencia, doble o triple cotización.

Subsector Público

En este trabajo se incluye en la esfera pública de la acción en salud el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSAPS), las ONGS sin fines de lucro, las municipalidades ya que algunas de ellas tienen dispensarios y farmacias para la atención de población, la Seguridad Social y los Fondos Sociales (LACRSS, 1997).

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) pertenece al subsector Público, presta servicios de salud, personales y no personales, y de primer y segundo nivel de atención. También tiene la función rectora de los servicios de salud y depende directamente del nivel Ejecutivo. Era uno de los principales prestadores directos de servicios a población abierta función que empieza a dejar de realizar en 1997, con el Código de Salud, en el que se propone que el papel sea fundamentalmente de financiador y regulador de servicios básicos de salud prestados por ONG's a poblaciones que antes carecían de acceso a servicios de salud (LACRSS, 1997).

El MSPAS está integrado en cuatro niveles básicos: El Nivel Superior o Despacho Ministerial; la Dirección General de Servicios de Salud que interpreta las políticas ministeriales normándolas a través de sus Divisiones Técnico-Normativas, al nivel técnico administrativo que conforman 27 Jefaturas de Área de Salud y por último el Nivel Operativo formado por los hospitales, clínicas periféricas, centros de urgencias, maternidades cantonales, centros de salud y los puestos de salud, establecimientos que proveen atención sanitaria a la población. La estructura de organización anterior está respaldada por el Acuerdo Gubernativo No. 741-84, desde 1984. Las unidades administrativas subnacionales se denominan Direcciones Departamentales de Salud. Existe al menos una por departamento, estas direcciones se coordinan con otras dependencias del Estado con similar nivel de descentralización. En cada departamento las Direcciones de Área asumen la responsabilidad de conducir la Red de Servicios de Salud de su jurisdicción, integrada por el Hospital y varios Distritos de Salud, los cuales están integrados por Centros y Puestos de salud (LACRSS, 1997).

Las Municipalidades realizan ciertas acciones en materia de salud, tales como atención médica que se efectúa en algunas zonas de la ciudad Capital y del interior del país a través de dispensarios y farmacias municipales. Además las

Municipalidades realizan servicios no personales de salud: saneamiento del medio y clorización del agua para el consumo humano. El Instituto de Fomento Municipal (INFOM) fue establecido como institución semiautónoma, de apoyo a las Municipalidades, pero recién en el año de 1997 asume la responsabilidad de la construcción de las obras de infraestructura para abastecimiento de agua y disposición de excretas que previamente tuvo asignadas el MSPAS, a través de la Unidad Ejecutora de Proyectos de Acueductos Rurales (UNEPAR) el Programa de Agua y Saneamiento en el Altiplano (PAYSA) y la División de Saneamiento Ambiental del MSPAS (LACRSS, 1997).

El MSPAS, para 1997 contaba con 1.352 establecimientos de salud; de ellos, 43 son hospitales (17 departamentales, 10 distritales, 7 regionales, 6 especializados y 3 generales de referencia). Existían 29 centros de salud tipo “A”; 234 centros de salud tipo “B”; 973 puestos de salud; 48 centros de urgencias periféricas y 15 maternidades cantonales (MSPAS, 1997)

El Ministerio de Salud no cuenta con una población cautiva que se perciba vinculada a un régimen de aseguramiento. No hay compromisos de servicios universalmente garantizados y la población tampoco los exige. En el IGSS, que si cuenta con derechohabientes que cotizan a través de impuestos al salario, hay más claridad sobre los servicios que está obligado a proveer y los afiliados y patrones los demandan (LACRSS, 1998)

Fondos Sociales

Los Fondos Sociales fueron establecidos, según los documentos oficiales, para apoyar la estrategia nacional de combate a la pobreza y agilizar el apoyo a nivel comunitario, de una forma que las dependencias tradicionales de gobierno no podrían ejecutar, dada la inadecuación de su sistema de financiamiento para la gestión de pequeños proyectos comunitarios (LACRSS, 1997).

La participación de la cooperación externa en proyectos y programas de atención a la salud son definidos de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Plan Nacional de Salud y coordinada por el MSPAS. Para ello, se cuenta con la Unidad de Cooperación Internacional, dependiendo directamente del Despacho Ministerial; y la Unidad de Planificación Estratégica que asegura la inclusión de la cooperación dentro del esquema programático; constituyendo la vía de comunicación con la Secretaría General de Planificación de la Presidencia (SEGEPLAN) y el Ministerio de Relaciones Exteriores.

Organizaciones No Gubernamentales sin fines de Lucro

El subsector privado sin fines de lucro está integrado por Organizaciones no Gubernamentales (ONG's). De las casi 1,100 ONG's registradas en 1997 en Guatemala, el 82% son nacionales y de éstas, el 18% desarrollan acciones de salud. Las ONG's de salud desarrollan principalmente acciones de salud preventiva (80%) y la prestación de servicios clínicos es menos frecuente (20%). Apenas el 5% tiene cobertura nacional siendo el departamento de Guatemala el que cuenta con mayor presencia de ONG's en salud. Le siguen los departamentos de Sololá, Chimaltenango, Alta Verapaz, Quiché, Totonicapán, San Marcos y Chimaltenango, todos ellos con alta concentración de población indígena y rural. Las ONG's forman parte de estrategia implementada para la extensión de cobertura de servicios básicos de primer nivel, con financiamiento público del MSPAS (LACRSS, 1997).

Seguridad Social

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) conforma parte del subsistema de seguridad social en conjunto con Instituto de Previsión Militar (IPM) y el Hospital de la Policía Nacional. Está constituida por una red de servicios dedicados a la atención de las fuerzas armadas y de la policía nacional, que forman parte del Ministerio de la Defensa y del Ministerio de Gobernación respectivamente.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) es el segundo gran prestador de servicios de salud del sector seguridad social en Guatemala tanto por el nivel de cobertura, así como por el número de personal que labora en la prestación de servicios de salud. El IGSS es una entidad semi-autónoma que dirige sus acciones a los trabajadores asalariados afiliados, sus dependientes y al sector de jubilados (clases pasivas) (LACRSS, 1997).

El IGSS es una institución financiada de forma tripartita (empleados, empleadores y el Estado), cuenta con una red propia de servicios para la provisión de las atenciones. El IGSS cubre a los trabajadores formales afiliados al régimen, principalmente en la capital y la costa sur del país. La cobertura del Programa de Accidentes se extiende a todos los trabajadores formales, pero la de los Programas de Enfermedad y Maternidad está limitada al área metropolitana y a algunos departamentos. La autoridad superior del IGSS es la Junta Directiva que cuenta con representantes de distintos sectores. A pesar de ser una institución autónoma, el Gerente del IGSS es nombrado por el Presidente de la República. La Gerencia del Instituto de Seguridad Social cuenta con dos Subgerencias: la de Administración Financiera y la de Administración de Prestaciones. Esta última coordina el trabajo de los departamentos médicos (central y departamental) que a su vez supervisan las unidades operativas compuestas por hospitales, consultorios y puestos de salud. Las prestaciones pueden ser en dinero o en servicios; estas últimas están agrupadas en tres programas: enfermedad, maternidad y accidentes.

El IGSS cuenta con 24 hospitales; 30 consultorios; 18 puestos de primeros auxilios y 5 salas anexas en hospitales nacionales. De ellos, 6 hospitales y 11 consultorios están en el departamento de Guatemala. Existen un total de 2.447 camas disponibles con 1,4 camas por cada 1.000 derecho-habientes del IGSS. La ciudad de Guatemala, cuenta con un Hospital Público Psiquiátrico con 360 camas. Otros 6 hospitales nacionales cuentan con Unidades de Salud Mental. El IGSS, tiene una

Unidad de Psiquiatría con 30 camas y trabaja en la formación de un Programa de Salud Mental (LACRSS, 1997)

Instituto de Previsión Militar

Sanidad Militar se encuentra bajo la dirección del Estado Mayor de la Defensa Nacional, sus servicios están orientados básicamente a los miembros del Ejército y a sus dependientes en todo el país. Realizan jornadas médicas y odontológicas en localidades aisladas, participando también en desparasitación e inmunizaciones. El Centro Médico Militar es el principal establecimiento de salud de la institución armada y funciona con carácter semiprivado, que le permite hacer cobros por la atención de quien lo solicite. La información financiera de esta institución sigue considerándose estratégica y reservada.

Sector Privado Lucrativo

El sector privado presta servicios a través de compañías de seguros, servicios médicos prepagados, centros médicos u hospitales, clínicas y establecimientos particulares, tanto en la ciudad capital como en otras ciudades importantes del interior.

Acceso a Medicamentos

Los medicamentos se comercializan en una red de farmacias públicas y privadas. Existen 85 laboratorios nacionales fabricantes de medicamentos y dos extranjeros. El gasto en medicamentos en 1999 fue para: el MSPAS de US\$ 17'073,649; el IGSS de US\$ 24'000,000 y el sector privado US\$ 129'803,326. En 1997 se estableció un sistema de negociación conjunta de precios para la adquisición de medicamentos, entre el MSPAS, IGSS y el Centro Médico Militar.

El Programa de Accesibilidad de Medicamentos, PROAM, creado en 1997 trabaja en función de asegurar el acceso a toda la población de medicamentos de calidad y bajo

costo, mediante la instalación de producto en farmacias estatales, farmacias municipales, ventas sociales y botiquines rurales (MSPAS, 2007).

Durante el período se proponen dos programas que dan una nueva configuración del SSG: a) “Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud” financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y ejecutado por el MSPAS: b) y el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) para aumentar la cobertura de la población que históricamente no había tenido atención en salud.

El propósito de de las modificaciones a los servicios de salud, dentro del programa sectorial del BID, en el discurso tecnocrático contempla “la transformación integral del modelo de producción social de la salud, en donde es necesario mejorar la eficiencia y equidad en la prestación de servicios de salud”. Los objetivos específicos de la reforma sectorial son: a) extender las coberturas de los servicios básicos de salud focalizándolos en los más pobres; b) aumentar el gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento del sector asegurando su sustentabilidad; c) reorientar la asignación de los recursos; d) aumentar la eficiencia del sector público en el desempeño de sus funciones y la producción de servicios; e) generar una respuesta social organizada con una amplia base de participación social y comunitaria. Se hace énfasis en la organización de los servicios financiados públicamente para la extensión de cobertura hacia la población rural carente de acceso. La estrategia se basó en una alianza entre el gobierno, a través del MSPAS y las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) (MSPAS, 1997)

En síntesis, el subsector público lo encabeza el MSPAS, responsable de ejercer la rectoría del sector y uno de los principales proveedores directos de servicios a población abierta. Otros proveedores públicos van dirigidos a grupos específicos del servicio civil: sanidad militar y hospital de la policía nacional; también está el IGSS, que cubre a los trabajadores afiliados al régimen. El subsector privado no lucrativo está integrado por ONG's. El subsector privado lucrativo presta servicios a través de compañías de seguros, servicios médicos prepagados, centros médicos u hospitales.

En 1997 existían nueve fondos activos, tres invertían en salud: el Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ), Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Comunitario (FSDC) y el Fondo de Inversión Social (FIS).

El MSPAS fue reorganizado para adecuar sus unidades a las funciones derivadas del nuevo Código de Salud, de los Acuerdos de Paz y de la Reforma Sectorial en concordancia con lo planteado por el BID. El Reglamento Orgánico del Ministerio recoge la nueva estructura.

Sistema Integral de Atención en Salud

Con la introducción del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) comenzó a incrementarse la infraestructura de servicios de salud del país en 1997, particularmente de Centros Comunitarios. El Ministerio de Salud fue reorganizado para adecuar sus unidades a las funciones derivadas del nuevo Código de Salud, de los Acuerdos de Paz y de la Reforma Sectorial. El Reglamento Orgánico del Ministerio ya recoge la nueva estructura (LACRSS, 1998).

El Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) pretende proveer un plan básico de servicios de salud, diseñado por técnicos del MSPAS a poblaciones que nunca antes había recibido atenciones públicas de salud. Estos grupos postergados son, en su mayoría, indígenas residentes en las áreas rurales del norte y occidente del país. Esta es también la población que exhibe los mayores índices de pobreza y más precarios indicadores de salud. El Sistema descansa en la participación de ONG's y empresas privadas en la provisión de los servicios.

El porcentaje de población sin cobertura se estima en un 18.8 %. El grueso de esta población sin acceso son indigentes residentes en el área rural y su cobertura es responsabilidad del Ministerio de Salud. El SIAS pretende la provisión de un paquete básico de servicios de salud a grupos que hasta ahora no cuentan con ellos (LACRSS, 1998).

En 1997 se habían suscrito convenios con ONG's para proveer un paquete básico de atenciones a 4.5 millones de habitantes que antes no contaban con acceso a los servicios de salud. De haberse implementado estos convenios, se habría alcanzado, virtualmente, un 100% de cobertura (LACRSS, 1998).

Los flujos financieros de estas 39 organizaciones están mayoritariamente orientados a acciones de prevención y promoción de salud, y los fondos son públicos, por lo que en los documentos oficiales lo agregan a las cuentas nacionales. (LACRSS, 1998)

El SIAS cubría en 1997 en conjunto los 22 departamentos de Guatemala. De éstas, 33 cubren simultáneamente más de un departamento. El mayor número de organizaciones se concentra en los departamentos de Guatemala, Sololá, Chimaltenango, Alta Verapaz, El Quiché, Totonicapán, San Marcos y Quetzaltenango.

Regulación

En 1997 se emitió un nuevo Código de Salud, actualizando varias disposiciones y reforzando el papel rector del Ministerio de Salud. Los artículos más polémicos hacían referencia a la posibilidad de recuperar costos en los servicios públicos y abrir la provisión de los servicios públicos a agentes privados. En el código se establece que: a) la obligación del MSPAS de proveer servicios gratuitos a quienes carezcan de medios para costear toda o parte de la atención médica; b) la orientación prioritaria del MSPAS hacia la atención de la población carente de acceso a servicios. Los cambios en el Código de Salud no hacen referencia a la garantía de otros derechos que son responsabilidad de otros sectores como educación o trabajo.

El Código de Salud aprobado en Noviembre 1997 estableció que el MSPAS tiene a su cargo la rectoría del sector salud, entendida ésta como la “conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional.

El nuevo Código de Salud define las funciones que competen al Ministerio en el ámbito de la salud pública y la nueva estructura organizativa incluye una Dirección General de regulación sobre los programas de atención a las personas, el medio ambiente, productos farmacéuticos y similares, establecimientos de salud y control de alimentos.

El Ministerio de Salud ejerce supervisión y control solamente sobre el financiamiento que le es asignado. No ejerce control sobre los recursos públicos asignados a otras instituciones. No hay supervisión de entes privados ni control de su financiamiento. No hay tampoco una regulación por parte del ente rector del aseguramiento del IGSS o de entidades privadas.

No hay supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de los proveedores privados. La excepción son las proveedoras de servicios de salud (PSS) que tienen convenio con el Ministerio de Salud en el marco de la extensión de cobertura del primer nivel de atención.

En el artículo 4 del Código de Salud (Decreto Legislativo 90-97) el Estado en cumplimiento de velar por la salud de los habitantes manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiariedad define al Ministerio de Salud Pública como el ente rector de la salud en el país, coordinando con los diferentes actores gubernamentales y no gubernamentales relacionados con la salud de la población (MSPAS, 2007).

Las responsabilidades del MSPAS en regulación y conducción son exclusivas y comparte con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales el aseguramiento, provisión de servicios, financiamiento y funciones esenciales de salud pública (MSPAS, 2007).

Estructuralmente, el Despacho Ministerial constituye el eje concéntrico, apoyándose directamente en los viceministros: técnico y administrativo. Funcionalmente están conformadas cuatro Direcciones Generales: Dirección General del Sistema Integral

de Atención de Salud; Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud; Dirección de Recursos Humanos y la Gerencia administrativa financiera. Las asesorías técnicas de apoyo y unidades como el Sistema de Información Gerencial en Salud, dependen directamente del Despacho Ministerial y, son dependencias técnico normativas encargadas de normar, dirigir, supervisar, monitorear y evaluar los programas y servicios específicos (MSPAS, 1997).

Financiamiento

El componente destinado al financiamiento del sector persigue incentivar la participación privada y no gubernamental en la prestación de servicios de salud, a través de la descentralización financiera. Las orientaciones de la reforma en cuanto al financiamiento fueron reorientar el gasto a favor de la atención preventiva en salud y reasignar los recursos hacia las poblaciones en contextos de vulnerabilidad en el acceso a servicios.

El financiamiento público en general muestra un incremento promedio anual de 4.7%, pero en comparación al financiamiento global se ha reducido, habiendo crecido de forma acentuada el privado.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este subcapítulo y apartir de la consideración de los macroprocesos descritos en los apartados anteriores, se plantea el problema, los objetivos y las preguntas de investigación y se establecen los supuestos teóricos y la metodología. En el ámbito de lo concreto se describen las particularidades de Guatemala durante el periodo de análisis desde una perspectiva histórica y política que enmarca las preguntas y la hipótesis que guiaron el trabajo sobre las transformaciones de las políticas sociales y del SSG y que finalmente se expresan en los objetivos generales y particulares de la presente tesis

Los procesos sociales, políticos y económicos de las últimas dos décadas, expresados en los fenómenos de globalización, neoliberalismo⁶, y particularmente en la reforma de los sistemas de salud, han llevado a una reformulación en cuanto a la lógica de la prestación de servicios de atención en salud a la población, del papel del Estado como garante de bienestar y ejecutor de políticas sociales y de la subordinación de lo social sobre lo económico. Todo esto, necesariamente lleva a un planteamiento distinto de lo que debe hacer el Estado y la Sociedad y ello implica cambios en cómo se debe llevar a cabo la organización de los servicios de salud y la participación del Estado y la Sociedad en ellos.

Los estudios sobre la Reforma de los sistemas de salud han sido predominantemente un tema de la salud pública tradicional y ello conlleva a un análisis de los problemas técnicos de los servicios de salud proponiendo soluciones correspondientes a ese mismo nivel. Aunque existen trabajos que analizan el proceso de reforma desde una perspectiva sociohistórica, en Guatemala en el área de la salud son pocos los trabajos que abordan en este sentido la transformación de los servicios de salud y la determinación sociohistórica en ese proceso.

Actualmente, hay un período en el que se están realizando nuevas modificaciones estructurales respecto a las transformaciones de los sistemas de salud hechas en los 80's en la región. En el contexto de la crisis de los 80 en América Latina, se planteó la transformación de los sistemas de salud. En Guatemala, a mediados de esta década, se inició una fase de implementación de la reforma al sector salud, en el marco de las transformaciones económicas, cuando se propuso lograr la modernización de la economía, que promovía una mayor desregulación de los mercados y la descentralización de las decisiones económicas; en función de lo anterior, se implementaron reducciones del gasto en salud y se llevó a cabo la reorientación a los servicios preventivos (Verdugo, 1995); los procesos de

⁶ Los ejes de las políticas neoliberales pueden identificarse en a) recomposición financiera del sector; b) descentralización; c) privatización selectiva; d) discurso tecnocrático; e) selectividad y focalización y f) mercantilización en las instituciones públicas. (López & Blanco, 2007)

descentralización del sistema de salud guatemalteco permitieron la contratación a nivel local de servicios privados, lucrativos o no, la focalización a poblaciones en contextos de vulnerabilidad, la implementación de paquetes con servicios básicos y asistenciales a poblaciones pobres y marginadas propuesta del Banco Mundial (Banco Mundial, 1993; Musgrove, 1996). Además se favoreció la mercantilización de los servicios y el subsidio al sector privado mediante la subrogación de servicios, generando inequidad e ineficiencia en los servicios de salud (Verdugo, 1995). De tal forma, estas políticas llevaron al deterioro de los servicios de salud pública, toda vez que no generaron la capacidad necesaria en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para responder de manera adecuada a la crítica situación de salud/enfermedad de la población. Lo anterior determinó que la población quedara prácticamente desprotegida de los servicios estatales. Ante esta situación, se dio un gran desarrollo de la salud comunitaria desde la sociedad civil a través de Organizaciones no Gubernamentales y la Iglesia.

A partir de 1997, se firma la paz, y es este período, que abarca de 1997-2007, cuando se cumplen 10 años de la firma de la paz, y que planteado como período de inflexión política, da marco a un nuevo momento en el proceso histórico de Guatemala, que permite la redefinición de nuevos proyectos sociales y que tendrá impacto en la funcionalidad del estado guatemalteco, y por lo tanto, en las instituciones que lo componen. En materia de salud, se firma dentro del acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, luchar contra la desnutrición, desarrollar el saneamiento ambiental, la salud preventiva, los servicios de atención primaria especialmente la materno/infantil, y como metas precisas se acordaron alcanzar el 50% del gasto en salud para la atención preventiva, la reducción en un 50% de la mortalidad materna e infantil para el año 2000 y mantener la erradicación de la poliomielitis y alcanzar la del sarampión, también para el año 2000. Además, se firma un convenio con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para la Reforma de Salud con los siguientes compromisos: ampliación de cobertura de servicios básicos de salud, fortalecer la institucionalidad del Ministerio de Salud y de

entidades privadas, fortalecer la función aseguradora del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y fortalecer la gestión en los hospitales públicos.

El fin del conflicto armado, por otro lado, permite la movilización de distintos actores que redefinen las políticas sociales que impactan también el ámbito de las políticas de salud, es así que se impone la necesidad de una transformación en los servicios de salud, que en el discurso oficial no precisa el sentido o la dirección de estas transformaciones, asumiendo que coinciden en la misma tendencia hegemónica que imponen la banca y los organismos internacionales sobre la reorganización de los servicios de salud y la conformación del sistema de salud como resultado de ellas.

De esa cuenta, se puede plantear que Guatemala, atraviesa por uno de los momentos más importantes de su historia. La resolución política de un conflicto armado de más de treinta años de duración y la incipiente apertura política, enmarcan las preguntas de este trabajo: ¿Cuáles son las políticas y sus contenidos durante el periodo de análisis? ¿Son éstas constantes? ¿Cuáles son sus variaciones y con qué procesos se vinculan los cambios? ¿Se relacionan la transformación de los servicios de salud con los propósitos enunciados en las negociaciones hechas durante los Acuerdos de Paz o con otros procesos emergentes durante este periodo? ¿Qué relación existe entre estos procesos de política y los cambios que se gestan en la composición del sistema de salud? ¿Cuáles han sido las principales transformaciones en la estructura, regulación, financiamiento y prestación de servicios en los últimos 10 años? ¿Cuál es su relación con la cobertura y el impacto en las condiciones de salud de los guatemaltecos?

1.4.1 Objetivos

General

Analizar el impacto de los procesos de paz de 1997-2007 en los momentos de formulación y diseño de la política de salud y su impacto en el Sistema de Salud Público en Guatemala en los aspectos de regulación, financiamiento, prestación y operación de los servicios de salud, a través del debate sociopolítico que sostuvieron los Actores sociales.

Específicos

- 1.- Describir y analizar el debate sociopolítico en torno a los temas que impactan en la definición de las políticas de salud de Guatemala y sus momentos de formulación y diseño.
- 2.- Describir y analizar las políticas de salud explícitas, las leyes y presupuestos programados y ejecutados derivados del debate y de la identificación de las posturas de los Actores Sociales que participaron en él.
- 3.- Describir los cambios en las características de las instituciones prestadoras de servicios públicos de salud en relación al financiamiento, regulación y prestación de servicios en relación a otros.

1.4.2 Hipótesis

Los acuerdos de paz no definieron la política de salud porque éstos no obligaron al Estado a desarrollar su capacidad de provisión de servicios sino que se mantuvo su tendencia histórica de encargarla a prestadores privados, a través de organizaciones no gubernamentales sin fines o con fines de lucro, sin desarrollar las formas públicas con la separación de las funciones, relegando al Ministerio de Salud Pública y Asistencia el papel regulador.

1.4.3 Justificación

La justificación de esta investigación se establece a partir de las cuestiones planteadas anteriormente.

En Guatemala existen pocos análisis sistematizados sobre el desarrollo histórico y social de las políticas de salud y a la luz de los procesos políticos contemporáneos, tales como la Reforma de Salud, las transformaciones en este ámbito se conocen sólo de manera parcial y superficial por la mayoría de los Actores Sociales (trabajadores de la salud, organizaciones e instituciones públicas y privadas del sector salud, entre otros). En ese sentido, se vislumbra como insuficiente conocer únicamente la opertivización de una serie de medidas de las políticas de salud, que se han realizado en cada gobierno. Para su cabal entendimiento, es fundamental vincular el análisis de las acciones, por lo menos a procesos amplios y complejos de carácter político, ideológico, económico, cultural y social, que afectan y dan sentido a los planes, políticas, estrategias y programas de salud.

Identificando las determinaciones políticas y económicas de la práctica en salud a los PSE se permite evidenciar su carácter sociohistórico y su vinculación con el papel del Estado y régimen político, así como los resultados que ello tiene en la organización de los servicios de salud y las condiciones de salud de la población. Esto puede dar herramientas para construir propuestas más integradoras para la transformación de los servicios de salud y dar un sentido distinto a las prácticas de salud. En esta tesis se hace un análisis sobre los porceso que forman parte o que están relacionados al diseño y formulación de la política y reforma de salud, así como a sus principales actores y medidas concretas, buscando algunas explicaciones que permitan un mayor entendimiento sobre los cambios históricos que se han verificado dentro del sector salud. También, se busca contar la historia no contada, todos los esfuerzos de los movimientos sociales y los principales Actores sociales en la comunidad guatemalteca, suscritos en el campo de la salud.

Los efectos de las políticas sociales y de salud particularmente deber ser estudiados y comprendidos en diferentes planos de la realidad, dado los problemas o el impacto que pueden tener para la población, especialmente en la más excluida y pobre del país. De ahí la necesidad de trabajar la idea de las dimensiones políticas, ideológicas, económicas sociales, culturales, entre otras, con vistas a explicar la magnitud y complejidad del análisis de las políticas públicas.

CAPÍTULO II CONSTRUCCIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 CONSTRUCCIÓN CONCEPTUAL

El propósito de este capítulo es dar cuenta de las categorías teóricas y la articulación entre los conceptos que son más abarcativos y las categorías mediadoras para el abordaje del problema de investigación. Se busca construir el cuerpo teórico y jerarquizar las categorías conceptuales que mayor impacto tienen para explicar las particularidades del objeto de estudio de este trabajo. Toda vez que es un proceso complejo, este marco teórico sirve de eje organizador de los datos cuantitativos y cualitativos de sobre los eventos y el problema bajo estudios, y de hilo conductor de la metodología y el análisis.

Por un lado, se retoman las construcciones conceptuales de investigadores que han aportado conocimiento desde la perspectiva sociohistórica vinculando los macroprocesos y campos específicos, perspectiva que contrasta su capacidad explicativa con la perspectiva estructural funcionalista y las vertientes en voga de la economía de la salud que se acercan a problemas semejantes.

Para la reconstrucción de la realidad en el pensamiento es necesaria una construcción conceptual que transforme el objeto empírico en objeto pensado. Se requiere, para ello, la jerarquización de las relaciones de determinación vinculados a un modelo explicativo (Tetelboin, 1997).

El estudio de la organización de los servicios de salud (SS), como práctica social, requiere de su ubicación en un espacio donde deben articularse su pertenencia al contexto específico al que pertenece, que lo determina, y a la vez, con las dinámicas propias de resistencia/subordinación de las prácticas específicas del objeto de estudio. Para ello es fundamental que establecer relaciones entre lo social y lo histórico, y por lo tanto con lo económico, lo político y lo ideológico, y por la naturaleza del objeto entre lo biológico y lo social (ver Esquema I) en sus determinadas características y funciones.

Para realizar el análisis de los SS se privilegia en este trabajo un acercamiento desde las ciencias sociales y particularmente desde la corriente sociohistórica (Tetelboin, 1997). Las necesidades en salud también pueden ser analizadas en relación con su determinación sociohistórica, pues son producidas y satisfechas por los grupos sociales. En tanto que el proceso de salud/enfermedad (PSE) y las necesidades en salud son sociohistóricos, las respuestas a estos problemas y los procesos que las configuran también tienen un carácter sociohistórico. La consecuencia inmediata de articular la respuesta social RS a los PSE, de ésta forma, es que no se restringe al análisis de la relación necesidad-satisfactor, como si fuera una relación lineal dada entre las acciones que se implementan para resolver los PSE, sin tomar en cuenta la organización y el contexto social, como sucede en la corriente estructural-funcionalista, sino que ubica los procesos sociales como determinantes para la organización los servicios de salud (Tetelboin, 1997).

En este orden de ideas, la categoría mas abarcadora que permite dar cuenta de las transformaciones de la RS ante los PSE es el proceso histórico. Se plantea así porque desde la perspectiva sociohistórica, la forma en que se constituyen las instituciones de salud depende principalmente de las características que asumen las formas de producción económica de la sociedad y las formas políticas e ideológicas que la acompañan. Las características de la reforma a los sistemas de salud dependen, por lo tanto, de las características políticas, económicas y sociales que le anteceden (Tetelboin, 2007).

La construcción conceptual, por lo tanto requiere que sea necesario, definir cuáles son estos elementos estructurales del proceso social, en el largo plazo y conyunturas específicas, intentando diferenciar lo aparente de lo estructural, y como ello se vincula a la forma de organización de las políticas específicas y de los servicios de salud. De tal forma que las características de estos procesos y la forma cómo se definen en el Estado, y se expresan en la sociedad, permite aclarar la lógica que rige la organización de los servicios de salud, en este caso el de Guatemala, y las transformaciones que se harán en torno a ellos (Tetelboin, 1997). En el campo

médico y del Salud Colectiva se reconoce que el enfoque crítico es el más idóneo para dar cuenta de procesos sociales más amplios que determinan fenómenos específicos como es el caso del SSG y sus recientes transformaciones.

No obstante de reconocer que los procesos sociales están articulados, para su estudio, se requiere de una delimitación teórica que ayude a perfilar una línea de preocupación en tal sentido, para este caso, esta delimitación teórica se realiza en torno a los procesos políticos, en la medida que se hipotetiza desde esta perspectiva, que lo político y el Estado, y de manera más concreta, que a través de las políticas se expresan las “necesidades” estructurales que orientan los procesos de transformación social, de ahí se fija el itinerario donde se estudian el carácter del Estado, los Actores que inciden a nivel del territorio estatal, el régimen político como expresión temporal, la política social y de salud que se desprende de sus decisiones, y las instituciones de salud. Se parte también del supuesto que hay una relación en la forma de continuidad de intereses detentan poder, el hegemónico o los particulares y que habrán de expresarse en modalidades a identificar.

Antes de abordar las categorías mediadoras es necesario, por las particularidades del estado guatemalteco (Verdugo, 1995, Rosales, 2010) en relación con su prolongada crisis, recurrir al concepto del bloque histórico y crisis orgánica de Gramsci. Esta crisis orgánica ha permanecido durante todo el período, aún en tiempos de los acuerdos de Paz. Es necesario especificar que la categoría analítica de Bloque Histórico no se retoma en su sentido literal, sino que para esta tesis se comprende como Período de Inflección Política, dado que el tiempo de estudio no nos permite llevarla hasta su última interpretación; sin embargo, ella sirve para caracterizar al estado guatemalteco expresado en un determinado Régimen Político. El concepto de crisis orgánica, desde una perspectiva capitalista, es útil para caracterizar la formación socioeconómica del país, puesto que Guatemala es una sociedad de tipo dependiente, subdesarrollada, agroexportadora, con un régimen estatal oligárquico –visto desde un análisis clasista-, cuyo grupo hegemónico es incapaz de hacer un proyecto económico que integre en su conjunto a las clases y

grupos subordinados, específicamente a los indígenas, quienes integran una gran parte de la región latinoamericana.

Gramsci considera al Estado o el aparato de estado, como la sociedad política, una de las dos esferas que componen la supraestructura, y la otra, la sociedad civil (Portelli, 1983). Aunque ambas esferas son complementarias y forman una totalidad compleja, es conveniente que inicialmente se definan por separado.

La sociedad política o Estado cumple la función de la dominación directa o dictadura, “agrupa el conjunto de las actividades de la supraestructura que dan cuenta de la función de coerción” (Portelli, 1986: 28). Incluye “la administración de la justicia, la fuerza policíaca, la División de poderes del Estado en el sentido liberal, el derecho internacional y parte de los intelectuales” (Betances, 1986; 265). Por otro lado, a la sociedad civil de Gramsci le corresponde la función de hegemonía que el grupo dominante ejerce en toda la sociedad (Portelli, 1986) e incluye a “la familia, las corporaciones, una parte de los intelectuales, y todas las organizaciones comúnmente llamadas privadas” Las instituciones, incluidas las de salud, que se incluyen en estas dos esferas pueden jugar un papel importante en ambas, de tal forma que “numerosas organizaciones dependen de la sociedad civil y de la sociedad política simultáneamente (partidos, parlamentos) mientras que otras pueden afirmarse en la sociedad política en un período determinado y en la sociedad civil en otro”, en la iglesia, por ejemplo (Betances, 1986; 265).

Entre la supraestructura y la estructura hay un vínculo orgánico con el que se constituye el bloque histórico. Cuando se pierde esta articulación existe lo que Gramsci llama crisis orgánica; con ella el autor, se refiere a la incapacidad de la clase dominante de dirigir a las subordinadas. La sociedad política o la sociedad civil, pueden entonces desarrollar una crisis de hegemonía que se expresa en el bloque intelectual y se manifiesta en los distintos espacios políticos de la formación socioeconómica. (Portelli, 1983;30).

En Guatemala los sectores dominantes no logran instrumentar proyectos que incluyen los intereses de los sectores populares, al contrario a lo largo de la historia se adoptan políticas verticales, autoritarias y represivas que deterioran el vínculo orgánico entre la sociedad política y la sociedad civil. Guatemala ha vivido en una crisis permanente de hegemonía en la medida que la dominación se ha ejercido fundamentalmente por medio de la cohesión y por las condiciones de desigualdad social que no es aceptada por gran parte de la población. que desde hace más de 30 años, se ha opuesto a través de formas de organización por la fuerza y actualmente a través de los movimientos sociales y de la democracia para resistir, oponerse y crear un proyecto propio.

Además del concepto de bloque histórico, podemos recurrir, para pensar en la estructura de la sociedad guatemalteca, a la propuesta de Evers (1987) sobre los Estados “periféricos”, cuyas estructuras políticas presentan: “a) ausencia de organización plena de formas democrático-burguesas: por diversidad de formas autocráticas de gobierno, de dominación, por inestabilidad institucional y cambios frecuentes en la forma de dominación, b) ausencia de organización plena del Estado de Derecho: por el alto grado de represión y exacerbación de la violencia como medio de lucha política, c) 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 corrupción, nepotismo y demagogia, d) concentración estatal de funciones económicas y política: por centralización excesiva y jerarquizada de todas las decisiones políticas del Estado y sobre todo de la cúpula; por la 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; por el apoyo estatal a los fines económicos de grupos reducidos, llegando hasta la instrumentación del Estado para satisfacer intereses particulares, e) soberanía restringida: fuerte injerencia de las potencias extranjeras por medio de intervenciones abiertas o solapadas de organismos económicos, militares, diplomáticos, de espionaje, sindicales, religiosos; por evasión de los grandes intereses económicos

extranjeros al control; parte del territorio nacional está fuera de la vigilancia del gobierno central: hay zonas controladas por influyentes, jefes de tribus, latifundistas, empresas agrícolas o mineras extranjeras, por fuerzas armadas de insurgentes o de traficantes” (en Fleury, 1992;28-29), permiten caracterizar al estado guatemalteco.

Otro elemento importante, es asumir que a la situación de crisis orgánica se sobreponen o desarrollan otras crisis que sin ser orgánicas, la agudizan, y tienen relación con la crisis contemporánea del capitalismo y el proceso actual de globalización. Esta última, a nivel de la formación socioeconómica, 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 agudizar el mercado como resolución de necesidades, en primer lugar, para la concentración del capital a través de procesos de privatización de diverso carácter que ha afecta la capacidad y el rol del Estado en su política económica y social y con ello las condiciones de la población para acceder al empleo y a los satisfactores necesarios. Por lo tanto, y dada la marcada polarización de la sociedad guatemalteca, la permanente crisis orgánica, 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.

A nivel coyuntural, como pueden ser los Acuerdos de Paz, 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 (Verdugo, 1995). Esta crisis que se vive en el ámbito mundial, también afecta a los países en desarrollo, a pesar de que como menciona Valenzuela (1990), en Centroamérica la transición de un modelo de acumulación primario exportador a otro de industrialización basada en la sustitución de importaciones no tuvo lugar y, por lo tanto, tampoco ha habido una crisis de la industrialización sustitutiva, pero siendo ésta una crisis externa, es común para todos

los países. De lo anterior se desprende la necesidad de profundizar en la relación de Estado y patrón de acumulación.

Estos ámbitos se articulan porque precisamente la política pública se constituye en el Estado como espacio de pugna. Para estudiar articulación entre el Estado y sus políticas sociales (Gerschman, 1990) y abordar la dinámica de estos procesos se han propuesto los conceptos de políticas sociales y de salud y su articulación con la noción de actores sociales, políticas sociales y de salud y su vinculación con Estado, y finalmente, el concepto de régimen de política social (Esquema I, pp 96). A través del análisis del régimen político, la noción de actores sociales, y la contextualización, en los referentes económicos, políticos e ideológicos que configuran su entorno, se logra delimitar la forma cómo se expresan en el Estado y las políticas sociales. El régimen político expresa las relaciones de fuerza entre las clases y corresponden a proyectos políticos distintos. Las políticas sociales se constituyen así, desde lo político y se proponen como soluciones a la satisfacción de necesidades sociales (Laurell, 1999b; Farfán, 2000; Lechner, 1992).

El concepto de instituciones se entiende aquí en el sentido Gramsciano de espacio de reproducción de la hegemonía, no sólo por las características de cómo organiza la respuesta para un campo específico, sino porque también lo realiza a través de una cosmovisión del mundo, por medios, de unos agentes disciplinado y disciplinadores (Donnangelo, 1976, Tetelboin, 2011) que en condiciones no democráticas, subordinan a la población a códigos, reproduciendo las relaciones. Al mismo tiempo otra categoría teórica que es indispensable para pensar las instituciones y el campo de la salud engloban el conjunto de respuestas sociales son las Prácticas en Salud, concepto determinado sociohistóricamente (Esquema I). Si se acepta la premisa de que lo económico⁷, lo político y lo ideológico determinan la PM, entonces éstas se caracterizan por ser un espacio heterogéneo en el cual se establecen relaciones de

⁷ La PM en su determinación económica tiene como objetivo, en la sociedad capitalista, la generación de plusvalía. (Donangelo, 1978)

hegemonía/subordinación entre las prácticas y los modelos que las constituyen y los sujetos en ellas involucrados (Tetelboin, 1997).

Las Prácticas en Salud pueden entenderse como un bien producido, un servicio, que puede ser científico o lego, pero socialmente reconocido por un grupo o la sociedad en su conjunto para satisfacer necesidades de salud. En tal sentido se habla que las Prácticas en Salud son prácticas sociales. Sin embargo, no todas las prácticas han tendido el mismo peso históricamente, desde la emergencia del capitalismo y con la racionalidad científica y el desarrollo de la tecnología, las formas de interpretación fundamental de los procesos de salud/enfermedad y atención han obedecido al Modelo Médico Hegemónico, que se ha erigido, no sólo como gran organizador de su propia práctica, sino además, también ha subordinado a las demás.

En contraste a la función social que le confiere el funcionalismo estructuralista, la perspectiva crítica reconoce la PM como un fenómeno histórico pero determinado por procesos políticos, ideológicos y económicos (Donangelo, 1976). Es así, que la reforma al sistema de salud como un proceso político, ideológico y económico afecta la reproducción social general; no sólo a los aspectos que tienen que ver con el acceso a los servicios, la disponibilidad, el costo y el financiamiento, las condiciones laborales y de organización; sino que afecta sobre todo el papel del Estado ante los PSE, redefiniendo las relaciones de lo público y privado y las funciones de los AS, así como a las instituciones que intervienen en la producción y demanda de los servicios de salud (Tetelboin, 1997).

Para el estudio de las Prácticas de Salud se requieren categorías mediadoras que permitan su análisis. Una de ellas, son las políticas sociales y específicamente las de salud, ya que sintetizan los procesos sociales que dan carácter histórico a las modalidades con que se organiza los servicios de salud.

El estudio de las políticas públicas (Cancino, 2000), particularmente las sociales (Esquema I), puede constituir una categoría mediadora para el análisis de las relaciones Estado-Sociedad, ya que las políticas públicas son una toma de posición

del Estado frente a los diversos problemas sociales en función de intereses. Estas políticas, como tomas de posición, presentan a su vez una dimensión ideológica, es decir, están cargadas de *correlatos valóricos* (Tetelboin, 1997) en función de la orientación política general y las características de las prácticas.

Las políticas sociales (Esquema I) están definidas por las acciones que se realizan para enfrentar las problemáticas y el papel que el Estado tiene en esta materia. Son un espacio del ejercicio público del poder en el que concurren y se confrontan concepciones frecuentemente opuestas, intereses contradictorios y recursos desiguales. La definición de la política social en la que concuerdan muchos enfoques teóricos, es aquella que vincula las políticas sociales con el bienestar de una población (Boulding, 1967). Se refiere a las políticas sociales como todas las políticas públicas dirigidas a realizar algún cambio en la estructura de una sociedad (Boulding, en Díaz y Maignón, 1999); también es definida como la política pública que tiene acción e impacto directo sobre el bienestar de los ciudadanos proveyéndolos de servicios o de ingresos (Marshall, 1965: en Díaz y Maingón, 1999; Díaz & Maingon, 1999).

Otra concepción es aquella en la que las políticas sociales pueden ser entendidas como “el conjunto de instituciones y acciones que tienen por objeto el bienestar y los servicios sociales” (Laurell, 1992(b): 127) también ha sido interpretada desde su dimensión política entendiéndola como “una toma de posición del Estado frente a los diversos problemas sociales en función del juego de intereses en pugna”. Derivado de esta condición, las políticas de sociales también son tomas de posición en una orientación política general. Así las políticas sociales, más allá de reflejar un proceso racional que se da en el seno de instituciones especializadas se tratan de un conjunto de concepciones e ideas que expresan intereses que dirigen los aspectos técnicos (Tetelboin, 1997; Oszlak, 1982); es decir, las políticas sociales se definen como un proceso político que incluye el factor poder (Walt, 1994) y además, son una proposición sobre la distribución del poder.

Al mismo tiempo se debe recuperar la noción de que toda intervención del Estado en el sector social, que concebida y ejecutada por actores socio-políticos, exhiben intereses diferentes y mantienen relaciones de “cooperación, conflicto o competencia; lo que quiere decir que cada actor despliega sus fuerzas y sus recursos con el fin de dominar la direccionalidad de la toma de decisiones” (Díaz & Maingon, 1999, pág. 221). De ahí que el concepto de Política de Salud, por su virtud de categoría teórica intermedia, se articula con una categoría más concreta, tal como la noción de Actores Sociales.

El término Actores Sociales (Esquema I) ha sido utilizado por los especialistas en el tema refiriéndose a conglomerados de individuos que se manifiestan buscando espacios de participación, denunciando, demandando o interfiriendo en las acciones públicas, particularmente las gubernamentales. El funcionalismo argumentó que la acción social se explica por las creencias que provocan conductas colectivas producto de tensiones que afectan al sistema social. Esta perspectiva supone que el fin último es restablecer los equilibrios y explica el conflicto como una tendencia a conservar el orden en el que los actores son sujetos pasivos, sus conductas, naturaleza social y relaciones con los otros están determinadas por ese orden (Granados, Nassaiya, & Torres, 2007).

El marxismo enfatizó las condiciones que facilitan el surgimiento de los movimientos y postuló que éstos se explican mediante el análisis de las relaciones de clase y el paso de la acción política al cambio social; en esta perspectiva el sistema es producto de la acción e interacción social (Granados, Tetelboin, & Torres, 2006). Por su parte en la noción de AS también debe observarse el sistema de relaciones sociales, conocer la posición de los actores en el sistema y su poder económico y político ya que esto facilita u obstaculiza su interlocución con las instancias estatales (Touraine A., 1987). Dada la especificidad y temporalidad de sus intereses, los actores se encuentran fragmentados y tienen existencia temporal en ciclos de movilización y latencia, conforman estructuras con diversos liderazgos; los

componentes de la acción colectiva son sus valores, normas, motivaciones y recursos.

Los AS son considerados agentes de las ideologías de su clase o grupo social a la que pertenecen. En ese sentido las acciones individuales son la materialización de ideas y valores frente a un fenómeno en particular. Desde esta corriente, la ideología cobra importancia, y los procesos sociales en los que se involucran los AS (Tetelboin, 1992). “En la problemática de las sociedades se verifica que las ideologías no son más que instrumentos interventores para la aprobación de la dominación de la clase en el poder y buscan mantener del orden existente, haciéndolo pasar como de interés general o universal” (Danel, 1977).

El conflicto, la hegemonía y la subordinación se presenta no sólo en los procesos sociales, sino también en los discursos, ya que éstos se distribuyen y consumen de forma desigual. Se conforma así una lucha de modelos explicativos lo que conduce también a una lucha de movimientos y modelos sociales de la cual deben tener conciencia los AS.

Tomando en cuenta lo delineado anteriormente, la forma como luchan los AS se pueden estudiar a través de lo que se denominan conductas colectivas. Desde esta aproximación se pueden clasificar en tres tipos: a) Demanda: Cuando los AS organizadamente piden, solicitan a las instituciones respuestas a sus demandas. b) Incidencia; Cuando los AS toman acción en la incidencia en la toma de decisiones de las políticas públicas, ya sea en el diseño o la implementación de las mismas. c) Conductas Reformistas: En donde se expresa una oposición más radical. Ya no solo expresan sus demandas sino además buscan la transformación del orden social (Granados, Nassaiya, & Torres, 2007; Tetelboin, 1992). Estas tres formas de conducta también representan una secuencia gradual en la madurez de la acción política y consistencia de grupo, de conciencia social, cohesión y coherencia.

Otros elementos que sirven para el análisis concreto de los AS son la ponderación de poder político-económico y las crisis organizativas de los grupos y los conflictos

internos en tanto que no son entidades homogéneas en su interior ni permanentes, ya que desde una visión procesual hay que considerarlos en sus dos rasgos esenciales: a) Especificidad: los grupos se van conglomerando en torno un objetivo particular independientemente que cambien cuando se cumplen los primeros. Pero en general se conforman alrededor de núcleos problemáticos particulares respecto a sus derechos. b) Temporales: en tanto que una vez satisfechos salen de la escena o se plantean nuevos objetivos. (Granados, 2007; Tetelboin, C.; 1992; Vásquez, Siqueira, Kruze, Da Silva, & Leite, 2002)

Para estudiar la categoría de AS desde el espacio de la salud es necesario incorporar la noción de política. En términos generales se refiere a la acción orientada a que una persona o sujeto actúe en coincidencia con sus intereses. En el caso del ámbito de las Políticas Sociales, este término hace referencia al uso del poder público para la resolución de problemáticas que tienen que ver con la satisfacción de las necesidades básicas. En este sentido el Estado es una arena donde se confrontan valores e intereses de los AS desde distintas posiciones y dichas posiciones son determinadas por la capacidad de interlocución con el poder económico y/o político.

En este sentido y por lo delineado en los párrafos anteriores; las políticas de salud, son un conjunto de concepciones e ideas que expresan intereses que dirigen los aspectos técnicos, que incluyen el factor poder y además son una proposición sobre la distribución del poder (Tetelboin, 1997; Oszlak, 1982; Walt, 1994).

En el poder económico adquiere relevancia la ideología de la clase social (Danel, 1977) y los procesos de globalización, cuya principal característica es subordinación al poder económico financiero reflejado en los organismos internacionales; por ejemplo, agentes privados, empresas transnacionales, coaliciones empresariales, organizaciones no gubernamentales que compiten por el financiamiento (López y Blanco, 2003).

Para entender el poder económico se requiere comprender el poder político. Generalmente coinciden, pero no siempre se ejercen de la igual manera, ni tienen el mismo efecto. Se tiene que ver el grado de representación de los AS en el actuar público y si los intereses son representados en los diferentes niveles en que se integra el poder público (Granados, 2007; Tetelboin, 1992): cámaras legislativas y/o congresos adquieren expresiones distintas; diferencias determinadas también de la capacidad de actuar desde las instancias legalmente constituidas para el actuar público: secretarías, ministerios de salud.

En el caso de los valores que orientan o determinan la forma en que el poder público interviene en los problemas de salud, no se parte de una definición única, ya que la salud puede ser considerada, un valor social o bien un atributo individual. En ese sentido, para la primera consideración se implementarían políticas y las acciones derivadas de éstos le serían atribuidos al Estado. Pero si la valoración es la segunda, las acciones le serían atribuidos al individuo.

Si la salud es definida como una necesidad básica, caracterizarán a una política derivada de esta acción e incluirá la provisión de los satisfactores de dicha necesidad, es decir, la atención médica. En cambio, si la definición de salud no parte de concepción como una necesidad básica, sino una mercancía o un bien meritorio susceptible de ofrecerse y adquirirlo en el mercado, la atención médica también estaría mercantilizada.

Estos valores y definiciones, según se adopte unas u otras, será la responsabilidad o el grado de responsabilidad atribuible al poder público; es decir del Estado.

Para el primer caso, el Estado es el ejecutor principal de las políticas de salud, en tanto que en el segundo caso su participación en la provisión de servicios de salud resulta menor en diversos casos. De ahí que algunos AS asumen una posición que incluye un determinado valor y una determinada definición. El conflicto generado en estas contradicciones tiene lugar en el Estado, una vez que éste hace concurrir a los AS para legitimar sus acciones, aunque hay que hacer notar, que no todas las

situaciones resultan relevantes para la sociedad; sólo hasta que la sociedad civil y política denominan al conflicto como tal. Por otra parte, la salud es un ámbito que por sí solo moviliza a los AS, ya que unos buscarán acceder a los satisfactores provistos por el poder público, otros buscarán definir los bienes públicos y otros buscarán participar en la oferta de servicios de salud al considerar la salud como un campo susceptible de generar ganancias y acumular capital.

Por otro lado, también es importante introducir los elementos que distinguen tres formas de acción básica, diferenciadas de acuerdo al ámbito en el que se desenvuelven; si éstas se suscriben al ámbito de acción organizacional, institucional o histórico. El primer espacio es propio de los Actores Socioprofesionales, mismos que impugnan por la reivindicación y alientan cambios en las formas de estructuración de sus ámbitos organizacionales, así como en el funcionamiento de su contexto inmediato. Por otra parte, en el ámbito de lo político e institucional, el papel central lo llevan a cabo los Actores Institucionales y los Actores Políticos. Ellos se desarrollan el sistema de pesos y contrapesos políticos ya sea ejerciendo presión para la reforma o redefinición de la relación entre el Estado y la sociedad. Por último, en la esfera histórica, lugar donde se construyen las estructuras estructurantes de orden social y cultural, los Actores Colectivos aparecen redefiniendo los sistemas culturales y sociales, se definen como movimiento social y la acción se orienta al control de la historicidad. (Tarrés, 1992)

La utilidad de la noción de AS permite no sólo identificar a los agentes involucrados en el diseño, formulación e implementación en las políticas de salud, su utilidad permite también reconstruir precisamente, el proceso en el que se constituyen las políticas de salud en sus diferentes fases; las que nos interesan, diseño, formulación e implementación (Ozlack & O Donnell, 1978).

La fase de diseño y formulación nos permitiría identificar cuáles fueron los valores e intereses que predominaron en la definición de necesidades en salud y cómo atenderlas. Pero también en esta misma fase podríamos identificar, en función de los

poderes económicos y políticos de los distintos actores o redes, la definición de prioridades y objetivos implícitos (es decir, la denominada agenda oculta) y también identificar fundamentalmente la definición de las modalidades de financiamiento en relación a otros ámbitos de la política pública: rescate bancario, recorte presupuestal y asignación de recursos a programas específicos.

La fase de implementación nos permitiría identificar primordialmente cuáles son los conflictos de poder que podrían obstaculizar o facilitar la puesta en marcha de los intereses que prevalecieron en la pugna de valores que se dio en la fase de diseño y formulación. Además de las posibles barreras que impone la estructura misma de las instituciones de salud que se enfrentan a nuevas modalidades de ejecución de los programas como lo serían: estructuras organizativas previas que se oponen a las anteriores, a la escasez o distribución de recursos al interior de las mismas y a las nuevas cargas y exigencias que se impone tanto a los funcionarios como a los trabajadores de la salud en la prestación directa de los servicios.

Aplicar las nociones de poder y AS en el debate nacional sobre los problemas de la PM hacen posible la reconstrucción de los momentos de diseño, formulación e implementación de la política pública que, al concebirla en su naturaleza dinámica, permite evaluar la combinación de intereses frecuentemente contrapuestos y ponderar el impacto diferencial que los actores sociales logran en la configuración de medidas con las que se busca resolver preocupaciones sociales que son consideradas importantes por la población.

El análisis de las condiciones que facilitan u obstaculizan los movimientos sociales y de los AS, su poder de interlocución con el Estado, el interés de éstos en la participación social, explican las relaciones de clase y el paso de la acción política al cambio social y se reconoce los movimientos sociales como catalizadores para el cambio pues impactan en las estructuras formales y en las políticas públicas. Sobre los movimientos sociales hay que tomar en cuenta una serie de elementos: 1) el potencial democratizador, 2) la atomización de la vida social y la desarticulación o

disolución de los mismos, 3) la relación de los movimientos sociales con los procesos de institucionalización, 4) la relación de los movimientos sociales con los partidos políticos y con la política en general (Bolos, 1995). Por otro lado, es importante señalar sus limitaciones: 1) despliegan acciones esporádicas, sin continuidad en el tiempo, 2) tienen temporalidad propia, 3) sus acciones no pueden ser previstas en relación a su dirección, es decir no tienen fines predeterminados, 4) tienen relaciones internas autoritarias y también internamente, hay disputas de poder, 5) no plantean propuestas sociales alternativas, 6) no siempre tienen claridad en la definición del adversario, 7) son débiles y fácilmente cooptables, 8) no están institucionalizados pero al hacerlo se debilitan o desaparecen. Otro tanto sucede cuando se plantean alianzas con los partidos políticos. 9) son fragmentarios y difícilmente pueden plantear propuestas unitarias. (Bolos, 1995). En el caso de esta tesis, cuando se habla de movimiento social se está haciendo referencia a acciones colectivas con una alta participación de base, que utilizan canales no institucionalizados, y que, al mismo tiempo que van elaborando sus demandas, van encontrando formas de acción para expresarlas y se van constituyendo en sujetos colectivos, es decir, reconociéndose como actores sociales. A pesar de reconocer que los diversos actores colectivos surgieron en distintos momentos históricos del país, y en función de distintos intereses y demandas, sus relaciones internas, las formas en que se fueron constituyendo y sus objetivos están relacionados, ya sea a partir de alianzas con diferentes partidos políticos hasta con las diferentes iglesias. Por lo tanto, los actores colectivos pueden ser reconocidos como un núcleo, que si bien posee diferentes grados de interlocución frente al Estado, se agrupan en conjunto y en un mismo movimiento o AS, a partir de sus demandas como grupalidad opositora unida por la definición del opositor y simbolizada en la consigna unificadora de la defensa de los Acuerdos de Paz en este momento histórico. (Bolos, 1995)

Otro recurso conceptual útil para comprender la dinámica de las Políticas Sociales, además del de AS, es la noción de Estado. Como piedra angular del eje analítico, el concepto de Política Sanitaria nos permite abordar, con el concepto de Estado

(Esquema I), los procesos macrosociales. En las sociedades modernas la solución a los problemas de salud se da desde el ejercicio del poder público.

Las instancias estatales, a través de la que se ejerce el poder público para la satisfacción de las necesidades de salud, son las instituciones que componen al sistema de salud, de ahí la importancia de definir el concepto de Estado.

El Estado es la categoría más abarcativa (Esquema I) para el estudio del ejercicio del poder público, dado que es el resultado de las contradicciones sociales en un momento determinado y que en virtud de que representa el espacio en donde se resuelve tal conflicto.

El Estado puede ser entendido como una relación “de fuerzas, como factor de cohesión en una formación social” (Belmartino, 1992:123). Se trata de ver al Estado como una instancia de articulación y dominación de la sociedad, que condensa y refleja sus conflictos y contradicciones y considera al espacio institucional del Estado (Wiarda, 1997; Smith, 1997) como una arena de conflicto político donde los intereses contradictorios luchan por prevalecer y son dirimidas las cuestiones socialmente problematizadas. Desde este punto de vista; la composición y fisonomía del Estado son productos históricos (Oszlak, 1982; Fleury, 1990).

De esta manera, el concepto de Estado (Hernández-Llamas, 1982; Mesa-Lago, 2000; Hirsch, 1996; Hall & Ikenberry, 1989) que recoge mayores criterios analíticos para el abordaje la política social es aquel en el que se define como un espacio de pugna, donde se genera ideología y lucha de poder. Con base en estos criterios, el Estado cumple dos funciones contradictorias: acumulación y legitimación (Sonntag & Valecillos, 1987).

Estas funciones tienen relación con los gastos que realiza el Estado, diferenciando los gastos de capital social que favorecen la acumulación de capital privado de los gastos sociales, que son destinados a la política o asistencia social para mantener la armonía social (Sonntag & Valecillos, 1987; Vellinga, 1997). Así, el Estado genera y

protege las condiciones para la producción capitalista, aunque los gastos sociales, “pueden potencialmente reducir cierto tipo de pérdidas para los capitalistas (como en caso de disturbios) no contribuyen siquiera indirectamente a la expansión del pool de plusvalor” (Sonntag & Valecillos, 1987: 48). Además se considera que el Estado y la sociedad política juegan con las diferentes estrategias políticas constantemente, calculando las alternativas que más convengan a sus intereses (Sonntag & Valecillos, 1987).

Articulando las propuestas anteriores, el Estado se conceptualiza fundamentalmente por lo que hace (las funciones que cumple) y por lo que significa para la sociedad. Por sus funciones; el Estado cumple con el quehacer público y el ejercicio poder, que constituyen dos formas de resolver el conflicto social. Estas funciones se expresan en las políticas públicas. Por otra parte, el Estado, es el espacio de pugna, el quehacer político de intereses y conflictos de clases sociales que la componen.

En síntesis, el concepto de Estado interesa en torno a los objetivos de la gestión pública y social del Estado capitalista moderno, y que se asocian a dos modelos: el benefactor y el neoliberal. Las características de los proyectos hegemónicos/contrahegemónicos en formulación/desarrollo y en sus efectos sociales.

El vínculo entre el Estado y las políticas sociales (Esping-Andersen G. , 2000; Mesa-Lago, 2000) “constituye una dimensión analítica que permite mostrar la orientación de la conducción pública del Estado y sus tendencia, en tanto su contenido expresa la forma como la sociedad resuelve la cuestión social” (Tetelboin, 1988 pp. 506-507), de tal forma que el estudio de las políticas estatales, particularmente las sociales, puede constituir una importante vía de acceso al análisis de las relaciones Estado-Sociedad.

El concepto de régimen de política social permite estudiar articulación entre el Estado y sus políticas sociales. De lo anterior que resulte indispensable tipificar el régimen de política social que prevalece en cada región. Para ello se han establecido tres

criterios: el grado de desmercantilización de los servicios y beneficios sociales, el grado de compromiso estatal con el pleno empleo y el tipo de estratificación social generada (Esping-Andersen, 1991; Laurell, 1999b). Con estos criterios se pueden distinguir un régimen liberal de política social que representa el antecedente a la gestión estatal de corte neoliberal; y un régimen benefactor.

La desmercantilización ocurre cuando la prestación de un servicio es vista como un derecho social y una persona puede tener acceso a él independientemente de su relación con el mercado. En el capitalismo las relaciones laborales implican un mercantilización de las personas ya que la supervivencia de éstas depende de la venta de su fuerza de trabajo; con el advenimiento de los derechos sociales modernos, vía las reivindicaciones de las luchas de los trabajadores, se logró “sacar” de estas relaciones mercantiles varios elementos del bienestar; en el Estado liberal el acceso a ellos está determinado por el lugar de los individuos en la producción, es decir, por la pertenencia o no de un empleo formal lo que posibilita capacidad de compra. La noción de derechos sociales es prácticamente suprimida y es sustituida por el “principio de equivalencia” en el que los individuos tienen acceso a los servicios que pueden pagar (Laurell, 1999b, Mesa-Lago, 2000). El Estado promueve al mercado tanto de forma pasiva (al garantizar niveles mínimos de servicios) o como de forma activa (al subsidiar esquemas privados de atención). En relación al compromiso con el empleo, éste y el salario son determinantes en el acceso a los bienes en las sociedades capitalistas; en el régimen liberal se deja al mercado la generación de empleos (Laurell, 1999b). El último criterio es el sistema de estratificación social generada por el régimen de política social; el de bienestar, aunque puede tener repercusiones en la desigualdad social, es en sí mismo un sistema de estratificación social.

El régimen de política social del Estado Benefactor, en síntesis, tiene las siguientes características: a) tiene una fuerte participación del Estado en la regulación de la fuerza de trabajo, b) un mayor desmercantilización de bienes y servicios, consecuentemente una disminución en el grado de estratificación social, como se

mencionó anteriormente, y c) un aumento gradual de los derechos económicos y sociales reconocidos por el Estado, ampliación en el sentido de un mayor número de servicios sociales y universal en que más población es beneficiada.

Por otra parte, en los países capitalistas periféricos, este movimiento repercute de forma desigual en cada uno de ellos, dependiendo de las especificidades sociales, económicas y políticas y particularmente, del grado de desarrollo industrial. De esta forma, “se desarrollan sistemas de protección específicos, en general vinculados al mercado formal de trabajo integrando, en la mayoría de las veces, sistemas de previsión solidarios bajo el patrocinio de un sistema de distribución sencillo” (Elías, 1999; 277).

El Estado de Bienestar surgió como un pacto entre el capital y el trabajo a partir del cual el Estado asumió el papel de regulador de la economía. La base para lograr este pacto fue la democracia como sistema político “que consagra los derechos políticos y sociales necesarios para el desarrollo del Estado de Bienestar, el cual representa la instancia institucionalizada en donde se resuelven, de forma pacífica, las contradicciones sociales” (Díaz y Polanco, 1999; 220). Sin embargo, en muchos países de la región latinoamericana nunca se llegó a constituir plenamente un Estado moderno estable. Se logró el desarrollo de algunas estrategias que iban encaminadas al modelo de un Estado de Bienestar y se consiguen los primeros esbozos de un contrato social obrero-patronal.

En el régimen liberal se identifican dos grupos de población, por un lado, los individuos pobres atendidos por el Estado, y por otra parte, los individuos que tienen acceso a los bienes y servicios en el mercado. De esta manera, los individuos deben comprobar su estado de indigencia para tener acceso a los servicios y beneficios restringidos que proporciona el Estado, con este tipo de estratificación se suprimen las relaciones de solidaridad entre los ciudadanos y grupos. En este sentido, podemos caracterizar al régimen neoliberal en términos de políticas sociales como individualista, antisolidario y antiestatista, ya que tanto la producción como el

consumo de bienes y servicios sociales se rigen por la lógica de la ganancia. (Vilas, 1996).

En síntesis el Régimen Neoliberal se caracteriza por una disminución de Regulación Estatal de la fuerza de trabajo que se puede observar con procesos de flexibilización de los contratos laborales y la disminución de bienes y servicios, lo cual tiene como consecuencia disminución del número de los servicios que están desmercantilizando, así como el aumento de la focalización al polarizar las poblaciones en beneficiarios y no beneficiarios.

Las políticas sociales en el caso del Régimen Neoliberal se basan en tres conceptos que determinan el resto de las medidas: a) se privilegian aquellas acciones que tienen un gran impacto en la población es decir con grandes externalidades, b) reducción de aquellos bienes por los cuales la gente no compite y que la apropiación de éstos por unas personas no implica que no se beneficien de ellos: bienes públicos c) se privilegian los servicios de bajo costo: servicios esenciales.

En las dos últimas décadas se han distinguido fuerzas sociales que buscan la transformación del Estado en un sentido que lo acerca a un modelo de corte neoliberal. Para justificar su ideología, argumentan que el régimen de bienestar social es ineficaz y que el Estado debe ser reducido para permitir el funcionamiento del mercado. En esa perspectiva, hay una redefinición en lo que se considera el papel que el Estado debe desempeñar en materia de bienestar social; esta nueva asignación está caracterizada por una reducción en las acciones gubernamentales y una mayor participación de las particulares. Estas transformaciones fueron impulsadas por instituciones financieras multilaterales y la acción concertada de los países centrales utilizando distintos dispositivos como la deuda externa, el ajuste estructural, el control del déficit público y de la inflación (de Sousa, 1998).

En términos de intervención, el neoliberalismo más que reducir la autoridad del Estado, hace que éste sufra una drástica transformación. En este modelo de acumulación, la participación del Estado se vincula con la autoritaria normalización y

el estímulo al mercado. El Estado abandona sus funciones de promoción e integración social; reorienta su acción mediante una firme intervención en la fijación del tipo de cambio, tasas de interés y política tributaria, bombeando ingresos en beneficio del sector financiero (Vilas, 1993). Sintéticamente, Vilas (1996: 115) caracteriza al modelo neoliberal en los siguientes términos: “i) desregulación amplia de la economía; ii) apertura asimétrica; iii) desmantelamiento del sector público; iv) autonomía del sector financiero respecto de la producción y el comercio”.

En el plano ideológico, estas modificaciones del Estado tienen apoyo en el pensamiento del Public Choice cuya premisa fundamental sostiene que el mercado es el mejor mecanismo para asignar los recursos económicos y la satisfacción de las necesidades de los individuos, de ahí que sea necesario eliminar cualquier obstáculo que interfiera con el libre intercambio para hacer efectiva las libertades económica, moral y política. Según esta concepción es necesario reconstituir el mercado, la competencia y el individualismo mediante la reducción de la intervención estatal (Laurell, 1992).

El objetivo principal del Estado de Bienestar moderno es garantizar legalmente la seguridad social (o el “bienestar”), mediante transferencias monetarias, servicios, infraestructura física, y políticas reguladoras en las áreas de salud, educación, vivienda, seguro social, asistencia social, protección laboral y asistencia a las familias (Offe, 1995, Farfán, 2000). La seguridad social y el bienestar sólo pueden salvaguardarse mediante la acción estatal, de ahí que el hecho de que el Estado no pueda eliminar el problema ignorándolo, es el resultado de algunas características básicas de la modernización económica, política y cultural. La premisa básica es que las condiciones individuales por las cuales no se satisfacen las necesidades no sólo se reconocen ampliamente como causadas por procesos fuera del control del individuo, sino que derivan también en consecuencias de índole colectiva a través de una variedad de externalidades (Offe, C. 1995; Lechner, 1992).

De acuerdo con lo delineado anteriormente, el concepto de política social no debe asumirse como un término técnico y tampoco puede ser definido desde una sola corriente. La forma de concebirlas ha ido cambiando con el proceso socio-histórico, socio-político y cultural que incluye no sólo los cambios que se suceden en la sociedad, sino también las transformaciones del Estado (Díaz y Maingnón, 1999; Tetelboin, 1996). Estos cambios en el Estado han implicado necesariamente modificaciones en cada uno de los ámbitos en los que venía interviniendo, entre los que destacan la elaboración e implementación de políticas sociales que en los modelos de bienestar social iban dirigidas particularmente a las áreas de salud, vivienda, seguridad social, educación y asistencia social y dado que las políticas sociales se derivan de la naturaleza del Estado, es imprescindible recuperar su carácter político y enfatizar que “su formulación e instauración son hechos significativos de la distribución del poder en una sociedad, y que la búsqueda de mediaciones reconocibles en el proceso social de su construcción conduce ineludiblemente hacia el Estado” (Tetelboin, 1996; 46).

En síntesis las instancias estatales a través de las que se ejerce el poder público para la satisfacción de las necesidades de salud son las instituciones que componen en el sistema de salud. Siendo el concepto de Estado la categoría más abarcativa, las políticas sociales y régimen político son conceptos que permiten reconstruir los procesos históricos que dieron lugar al Sistema de Salud e identificar las instituciones que la componen, mientras que la noción de Actores Sociales nos permite identificar las fuerzas que interactúan al interior del Estado para mantener sus interés y demandas.

En el período reciente se atraviesa por un proceso de Reforma que precisamente confirma el carácter histórico de las Políticas de Salud y en este sentido las transformaciones de los sistemas de salud, como objeto de estudio, se pueden abordar a través de las categorías analíticas antes desarrolladas, vinculadas a los procesos políticos, ideológicos y económicos.

De Sousa (1998) considera que ha existido una profunda transformación en el pacto social que articula la sociedad y que anteriormente se caracterizaba por la producción de cuatro bienes públicos: la legitimidad del gobierno, el bienestar económico y social, la seguridad y la identidad colectiva. Ese contrato social ha sido transformado radicalmente, y ahora es definido por lo que se denomina el consenso liberal en el que convergen cuatro consensos básicos.

El primero es el consenso económico liberal, que se refiere a la liberalización de los mercados, la desregulación, la privatización, el minimalismo estatal, el control de la inflación, la primacía de las exportaciones, el recorte de gasto social, la reducción del déficit público y la concentración del poder mercantil en las empresas multinacionales y del poder financiero en los grandes bancos transnacionales.

El Estado débil es el segundo consenso, ya que su intervención -se dice- ha producido una débil organización de la sociedad civil. Se trata de una paradoja pues sólo el Estado débil puede producir su propia debilidad por lo que es necesario tener un Estado fuerte.

El tercer consenso es el democrático liberal, la democracia es considerada como una condición para acceder a los créditos internacionales, pero es una concepción minimalista de democracia en la que no se reconoce la soberanía del poder estatal en la periferia y semiperiferia del sistema mundial.

El último consenso es la primacía del derecho y los tribunales, ya que son considerados “garantes del comercio jurídico y judicial de la contractualización individual”, dando de esta forma prioridad a la propiedad privada, las relaciones mercantiles y del sector privado. Bajo este nuevo contrato social la lógica de exclusión predomina sobre la inclusión. Se trata más bien de una contractualización liberal individualista entre individuos (de Sousa, 1998).

De este conjunto de transformaciones experimentadas por la sociedad interesa resaltar las transformaciones que sufrió el Estado, pues de él emanan las políticas sociales y de salud.

Las fuerzas sociales que transformaron al Estado argumentaron que era ineficaz y que debía ser reducido para permitir el funcionamiento del mercado. Estas transformaciones fueron impulsadas por instituciones financieras multilaterales y la acción concertada de los países centrales utilizando distintos dispositivos como la deuda externa, el ajuste estructural, el control del déficit público y de la inflación (de Sousa, 1998; Laurell A. C., 1999; Gerschaman, 1999).

Actualmente el capitalismo global ha desestructurado los espacios nacionales, ha disminuido la capacidad financiera y reguladora del Estado hasta el adelgazamiento de la gestión estatal. Las tres estrategias del Estado se han rearticulado teniendo ahora como eje rector la estrategia de acumulación. El “nuevo” Estado es débil en las estrategias de confianza y hegemonía, limita su papel redistributivo, disminuye el gasto público en la satisfacción de las necesidades de la población, pero en lo relativo a la estrategia de acumulación, el Estado se hace más fuerte, asume la gestión y legitimación. El Estado vende propiedades y activos, se mercantilizan las instituciones estatales, se privatiza lo público lo que permite acumular capital en beneficio de los grandes capitales financieros y las agencias internacionales. Esta rearticulación de las estrategias del Estado implica un vínculo más estrecho entre Estado y mercado, pues ahora la fuerza del Estado se manifiesta en el desarrollo de mecanismos en el marco de la lógica mercantil: desregular la economía, liberalizar el comercio y construir mercados estables; es decir, se politiza el mercado, sólo interviene frente a las llamadas imperfecciones del mercado y desarrolla, para resolverlas, acciones selectivas y focalizadas, para ello es necesario la descentralización de su operación institucional. (López & Blanco, 2007, Esping-Andersen G. , 2000, (Laurell A. C., 1999)

La transformación del Estado y de las políticas sociales y de salud presentan distintas modalidades en tanto dependen de muchos elementos, pero los que interesan en este estudio son: el régimen político, su conformación sociohistórica, sus ámbitos de intervención, la complejidad y extensión de sus instituciones, y la configuración de actores (López, 2007) y a su vez, las transformaciones de las políticas de sociales y de salud; en particular las destinadas a modificar la estructura y operación del sistema de salud.

Las reformas a los sistemas de salud en América Latina se han orientado principalmente para modificar las formas de financiamiento y otorgamiento de los servicios. Mediante el supuesto de una mejor asignación de recursos y de responder a los problemas de eficiencia y efectividad de los sistemas de salud, las reformas se orientan prioritariamente a reestructurar la organización de los servicios de salud, redefiniendo la función pública de resolver los problemas de salud/enfermedad en una cuestión privada, y por otro lado redefiniendo la intervención en la producción de los agentes que prestan servicios y en la demanda de los que solicitan estos servicios (Tetelboin, 1997).

Los organismos internacionales, basándose en la reestructuración y/o modificaciones de los sistemas políticos y sociales, han recomendado a los gobiernos instrumentar políticas caracterizados por la recomposición de los Estados nacionales que transitan de un Estado benefactor a un Estado de corte neoliberal.

Actualmente existen dos posturas teóricas claramente identificables que abordan las reformas a los servicios de salud. Por un lado se encuentran los autores adscritos al pensamiento de la salud pública, quienes consideran que los servicios de salud son una respuesta técnica y racional a los problemas de salud de las poblaciones. Esta corriente de pensamiento es la que ha apoyado las actuales reformas. Bajo esta perspectiva; bastaría con evaluar los efectos en relación a la eficiencia, cobertura y participación comunitaria en los servicios médicos; pues en su discurso sólo en estos términos se plantea la reforma (Lozano et al., 1993; Londoño y Frenk, 1997).

Entre las críticas que se han hecho a esta corriente es que considera al proceso de reforma como la única alternativa de transformación que una vez que ha ido iniciado sólo es necesario perfeccionar progresivamente. Además de que en muchas ocasiones no se hace explícito el marco conceptual en el que se ubican (Laurell, 1997). Por lo regular las aproximaciones desde este enfoque son descripciones que no explican el origen de los problemas de los servicios y que consideran a éstos como espacios autónomos de la dinámica social global. “De manera práctica, este tipo de trabajos tiene la función primordial de asociar los argumentos de disfuncionalidad de los servicios -que justifica la necesidad- con un tipo de cambios únicos, que es un reencuentro con la matriz de interpretación social del liberalismo, el cual se asocia a procesos de desarticulación de estructuras públicas e incentivo para el desarrollo del mercado, es decir, a procesos de privatización” (Tetelboin, 1997:498-9).

La segunda perspectiva teórica, a la que se adscribe este estudio, es la sociohistórica. Su planteamiento general es que la reforma que están experimentando los sistemas de salud está ligada o es producto de la transformación que sufrió el Estado, la cual, a su vez, se insertan en una nueva forma de pacto social.

Al enfoque subyace un proyecto político alternativo que concibe a la salud como un derecho social necesario para el desarrollo pleno de las potencialidades de los humanos y su participación social significativa (Doyal y Gough, 1991).

Se reconoce al abordar desde esta perspectiva la transformación de los servicios de salud que el proceso previo (Esquema I) del debate político de salud, destinado a modificar la estructura y operación del sistema de salud, tiene resultado y repercusión en diferentes cuestiones, a saber: el rol del Estado, las formas de organización de los servicios, el financiamiento, regulación y prestación de servicios, la integralidad, universalidad y cobertura de los servicios, el papel de los actores

sociales, políticos y estatales en el diseño e implementación de políticas sociales y las repercusiones en la población. (Belmartino S., 2003).

Sobre el papel de los actores sociales, políticos y estatales en el diseño, formulación e implementación de las políticas sociales interesa diferenciar los momentos del proceso sociopolítico. Para diferenciarlos partimos del hecho que, el debate, los actores sociales y la correlación de fuerzas tienen determinación en la definición e implementación de la política permiten distinguir distintos momentos de un proceso complejo. La definición de las políticas es un proceso abstracto en el que se define el sentido de la acción, por lo que contiene elementos normativos que son producto de una visión sobre el futuro deseable. Entre la formulación y la implementación se encuentra el espacio entre lo abstracto y lo concreto (Oszlak, 1982).

Reconocer esta diferencia entre formulación e implementación implica que, primero sea necesario identificar las estrategias a través de las cuales las políticas toman cuerpo y segundo, significa reconocer que la implementación de las políticas no es un proceso lineal, sino que está determinado por las condiciones sociales e históricas en las que se quieren llevar a cabo. A partir de esto último se reconoce, además, que la concreción de las políticas no es un fenómeno homogéneo, por el contrario, ésta adquiere particularidades en distintos espacios.

El primer aspecto relacionado con la implementación de las políticas sociales y de salud es el contexto en el que se aplican. Las características de la sociedad, en términos de desarrollo social y económico, los antecedentes históricos de las instituciones sociales y de salud y las condiciones políticas son, entre otros, los elementos que imprimirán ciertas particularidades a la implementación de las políticas sociales y de salud. Bajo la actual reforma, el nivel de desarrollo económico en una región geográfica es pieza clave, en tanto que es una condición para asegurar la existencia de un mercado potencial para el sector privado.

El nivel de conflicto político y la capacidad de negociación determinará en qué medida la política se implementa íntegramente, o bien, en su implementación se

tendrán que mediar distintos intereses, y no sólo los que fueron determinantes en su definición y diseño. El conflicto político puede tener su origen en las relaciones entre autoridades locales y autoridades del centro, el trastocamiento de los cotos de poder establecidos por la burocracia local y las demandas de los trabajadores de la salud derivadas de los procesos de reforma. Oszlak (1982) considera que en el proceso de concretización de una política intervienen una serie de actores cuyo comportamiento la va desagregando. En este mismo sentido, Diniz (en Gershman, 1990: 167) distingue entre una “fase propiamente decisoria” de las políticas de otra “fase de implementación”, y en el espacio entre ambas es donde se hacen sentir los pesos de diversos intereses y fuerzas sociales que se hallan en juego. Políticas ya aprobadas pueden ser bloqueadas por la burocracia encargada de llevarlas a acabo o bien mediante el poder de veto de un grupo afectado. “Diversos intereses presentes tanto en la sociedad como en el Estado ofrecen resistencias, y pueden vetarla o modificarla sustancialmente” (Gerschman, 1990).

Sobre el rol del Estado (Laurell, 1992) indica que la retracción del Estado en el ámbito del bienestar se da a través de cuatro estrategias: reducción del gasto público, focalización, privatización y descentralización. Dado que la reforma en la salud tiene como fin abrir un espacio de acumulación de capital, la privatización es la estrategia que articula y da forma al resto de las estrategias. Vale apuntar que las estrategias están relacionadas y toman sentido al observarlas en conjunto. Estas estrategias se pueden observar en las formas de organización de los servicios, en la redefinición de las funciones de regulación, financiamiento, y prestación de servicios.

La regulación y rectoría de los servicios de salud desde la salud pública tradicional ha sido descrita como una de las funciones del sistema salud que “incluye la definición de prioridades, la coordinación intra e intersectorial, la generación y coordinación normativa de la información, la evaluación del desempeño y la representación internacional” (Frenk & Gómez-Dantés, 2008), pero ha sido escasamente descrita vinculándola al proceso político. Desde el enfoque sociohistórico la regulación no se ve como la función única que debe realizar el

Estado, sino que está integrada a las otras funciones de los sistemas de salud: financiamiento y prestación de servicios. En este documento interesa abordar la regulación de los sistemas de salud como procesos de diseño, formulación e implementación de la toma de decisiones de los actores sociales, de los elementos que obstaculizan o favorecen en la legislación y operación de las leyes. Este concepto puede observarse a nivel empírico en el proceso de planeación y de formulación de políticas de salud, leyes, reglamentos y normas sobre todo aquellas directamente implicadas con las estrategias de la reforma de salud: modificaciones en las modalidades del financiamiento de los servicios de salud, selectividad y focalización de los servicios de salud, privatización de los servicios de salud y la descentralización, entre otros.

La privatización (Esquema I), a la vez que estrategia, es objetivo de la reforma pues permite abrir los servicios médicos y asistenciales como espacios de acumulación de capital. Pero esta privatización es selectiva en tanto que se dirige sólo a aquellos servicios y beneficios que son económicamente rentables. Para hacer viable esta estrategia se requieren generar las condiciones políticas e ideológicas a lo cual contribuyen las otras estrategias. Las políticas estatales, entonces, se encaminan a la creación de un mercado para el sector privado, para lo cual se requieren las siguientes condiciones: hacer que los servicios públicos sean percibidos como insuficientes y de mala calidad, con lo cual se incrementa la demanda de los servicios privados; contar con formas de financiamiento para el sector privado y asegurar que este sector tenga la capacidad absorber la demanda derivada de la retracción estatal (Laurell, 1992).

El recorte del gasto público y social provoca desfinanciamiento en las instituciones de salud, lo que resulta, a su vez, en un creciente deterioro y desprestigio. Con esta estrategia se hace posible evidenciar que la gestión estatal es improductiva, además de que los servicios públicos son de mala calidad; creando así un ambiente político e ideológico que favorece la reducción de la intervención estatal en este espacio (Laurell, 1992; 1997).

Al mismo tiempo el Estado estimula o promueve distintas formas del sector privado en salud, como son la industria de seguros privados, las grandes empresas médicas, los fondos de pensión de capitalización individual manejadas por bancos, lo cual se logra mediante la desregulación financiera, estímulos fiscales y la transferencia de recursos públicos mediante “el subsidio a la demanda” (Laurell, 1992; Tetelboin, 1996). Derivados de la privatización de los servicios se produce un reacomodo en las relaciones de poder político dentro del campo de la salud, pues los agentes privados se van posicionando como actores decisivos en la definición de las políticas (Laurell, 1997).

Aunque propiamente no se trata de privatización, la introducción de sistemas de pago en los servicios públicos contribuye a la mercantilización de la salud pues a ésta se le asigna un precio (Laurell, 1992; 1997). “Con esta medida se alcanzarían tres de los objetivos neoliberales: remercantilizar los bienes sociales; reducir el gasto social público y suprimir la noción de derechos sociales” (Ibid: 140). Dado que la privatización es selectiva es necesario implementar otra de las estrategias en la transformación de los servicios de salud: la focalización.

La focalización (Esquema I), está íntimamente ligada como estrategia de las políticas neoliberales a la privatización de los servicios de salud, para poder implementar la última, es necesario que se lleve a cabo la primera, de forma tal que se legitime la selectividad en la mercantilización de algunos servicios. La focalización puede tener dos sentidos: en uno se hace referencia a la población a la que está dirigida la atención, y el otro es en relación a los servicios y bienes que se proporcionan - paquetes mínimos de servicios-. Respecto a este último, sigue el discurso oficial, con la focalización se alcanza mayor equidad en tanto se logra garantizar un mínimo de servicios a toda la población, en especial a aquellos en situación de pobreza. De esta forma, la focalización se torna en una estrategia discursiva que legitima la reducción de los beneficios públicos (Laurell A. C, 1992; 1993; 1997). Pero también debe pensarse que con ella se excluyen un gran número de servicios y bienes del sector

público, por lo que necesariamente tendrán que ser adquiridos en el mercado o bien no tener acceso a ellos.

La focalización en términos de población -selectividad- ha sido implementada a través de programas a los cuales sólo tienen acceso los individuos que logran comprobar su condición de pobres. Estos son, por lo regular, utilizados de manera discrecional por las autoridades con lo cual se asegura una clientela política y se reducen tensiones sociales y políticas derivadas de la implementación del modelo (Laurell, 1992; Vilas, 1996). Entre las críticas que se han hecho a la focalización es que tiende a acentuar las diferencias entre regiones y que requieren el trabajo de las mujeres, trabajo que no es remunerado, ni reconocido socialmente (Vilas, 1996). Para poder llevar a cabo lo delineado anteriormente la focalización se encuentra íntimamente ligada a otra estrategia: la descentralización.

Dentro de la reforma al sector salud, la descentralización es una estrategia que ha sido utilizada primordialmente para reducir la participación estatal en el ámbito del bienestar, generar las condiciones para el crecimiento del sector privado y el confinamiento de los conflictos al nivel local (Laurell, 1992; López y Blanco, 1993; de Sousa, 1998). La descentralización (Esquema I) tiene como fin, en el discurso, democratizar la acción pública, incrementar la autonomía de las autoridades locales y reducir la “brecha” entre toma de decisiones, los problemas que se pretenden resolver y la instancia que implementa las decisiones. Sin embargo, en los hechos, la descentralización representa la posibilidad de introducir sistemas de gerencia y autofinanciamiento a los servicios (Laurell, 1992). La descentralización permite el confinamiento de los conflictos al ámbito local lo que facilita su aminoramiento, además de que se logra responsabilizar a las autoridades y funcionarios locales del fracaso de las políticas definidas en el centro (Laurell, 1997; Tetelboin, 1996; Collins y Green, 1994). El carácter eminentemente vertical de esta estrategia ha sido evidenciado por el hecho de que sólo son descentralizadas las tareas de ejecución, mientras que la definición de políticas y el manejo de recursos financieros y humanos permanecen en el nivel central (López, 1992; Tetelboin, 1996). Además, con la forma

en que se instrumenta la descentralización dentro del esquema neoliberal conlleva a la polarización entre regiones geográficas ya que se reducen los instrumentos para la redistribución de la riqueza de las regiones con mayor desarrollo económico a las más pobres (López, 1992). Es decir, con este esquema de descentralización cada localidad se encarga de generar sus propios recursos, los cuales varían en función de los mecanismos de financiamiento, características socioeconómicas y diferentes necesidades de atención en salud (Collins y Green, 1994).

Para Collins y Green (1994) la descentralización es un proceso político que implica no solamente la distribución del poder político, sino también el acceso de los grupos sociales y políticos a los procesos en los que se definen las políticas y la distribución de los recursos. Además, la descentralización es un medio y no un fin en sí mismo, por lo que la forma que adopte dependerá de la manera en que sea definida y el uso político que se le dé. Los mismos autores han advertido que en varios casos existe una confusión entre la descentralización y privatización. Una primera confusión está dada por el hecho de que en algunos escenarios se dice que la privatización es una forma de descentralización ya que implica una transferencia de funciones gubernamentales a instituciones no gubernamentales. Sin embargo, es necesario tener claro que la descentralización es la transferencia de autoridad, funciones y recursos dentro de un sector, en este caso el sector público; mientras que la privatización es la transferencia del sector público al privado. Una segunda forma en la que se confunden descentralización y privatización, es cuando se considera que la descentralización es una forma de “sustituto” de los mecanismos de mercado (market surrogate strategy), con lo cual se logra incrementar la eficiencia.

Los autores también han señalado los posibles efectos de la descentralización bajo determinadas condiciones. Una primera condición que debe asegurarse antes de descentralizar es el fortalecimiento de las autoridades locales en términos de recursos financieros y humanos y de gestión administrativa; sin dicho fortalecimiento se corre el riesgo de que el sistema estatal abandone sus funciones.

Un segundo elemento que debe preverse es la vulnerabilidad de las autoridades locales ante grupos sociales dominantes, ya que éstos pueden hacer que el proceso de descentralización los favorezca en detrimento de los intereses del resto de la población.

Una tercera advertencia se refiere a que junto con la descentralización es necesario un cierto grado de centralización en la distribución de recursos y de capacidad para establecer una política nacional.

Para diferenciar los diferentes tipos o niveles de transferencia de autoridad, funciones y recursos se puede recuperar la tipología de Araujo (1997), quien distingue cuatro formas de descentralización. Aunque no son excluyentes una de ellas puede ser predominante.

La primera es la desconcentración, que consiste en la transferencia de funciones administrativas, pero no de autoridad política, que puede resultar en incremento de eficacia y eficiencia. Se trata de un traspaso de carga de trabajo del gobierno central a las oficinas locales, por lo que en sentido estricto, no es una descentralización. La segunda forma de descentralización es la devolución, que implica: autonomía e independencia de autoridades locales en relación a las centrales, las autoridades locales tienen autoridad política y funciones públicas dentro de un territorio delimitado reconocido legalmente, los gobiernos locales cuentan con recursos propios, la población percibe a las autoridades locales como responsables de los servicios públicos y finalmente, deben existir mecanismos para vinculación y coordinación entre los distintos niveles de gobierno. La tercera forma es la delegación, en la cual se transfieren ciertas funciones definidas a organizaciones que se encuentran fuera de la estructura del gobierno central y son controladas indirectamente por el gobierno central. El último sentido que puede adoptar la descentralización es el traspaso de funciones y responsabilidades administrativas o de planeación desde las instituciones públicas a instituciones no gubernamentales, éstas últimas pueden incluir organizaciones voluntarias sin fines de lucro u empresas privadas. Con esta

tipología se puede distinguir el nivel de espacio de decisión que se permite al nivel local (desconcentración versus devolución) y la dirección de la descentralización (fortalecimiento del sector público vs. incremento en la participación del sector privado).

Dado que la reforma se basa en una concepción restringida de política social que se concreta en una progresiva reducción de los bienes y servicios públicos, es necesario elaborar a la par un discurso que justifique tales transformaciones.

El discurso (Esquema I) es un recurso para la reproducción y transformación cultural, es una práctica en la que se recrean los significados que constituyen la cultura (Granados, 2007) en la que se transmiten y reproducen las normas sociales. En el discurso se establecen relaciones de poder en las que se imponen significados culturales que conforman una ideología dominante. El lenguaje es, además, productor de acciones, de prácticas sociales que retroalimentan y transforman las representaciones sociales. El lenguaje y las acciones producidas por éste se inscriben en límites espacio-temporales definidos por los interactuantes y por las formas de organización social. La delimitación más importante es la institución, en ella el discurso es instrumento de comunicación, pero también de poder ya que mediante éste se norma la conducta de los individuos.

En el análisis del discurso sobre la salud y la enfermedad debemos ubicar a los distintos actores y agentes sociales que lo producen y lo reproducen. Discursos que difieren por la posición desde donde es mirado el objeto problemático y que mantienen cierta autonomía cada uno en relación a los otros, pero que se articulan por un discurso dominante (Tetelboin, 2003).

La relación entre discursos y el discurso articulador se expresa en las relaciones de poder. Estas relaciones de poder y la capacidad de los AS son las que han llevado a la transformación de los sistemas de salud, ya que muchos de los cambios en la de organización de los servicios de salud son determinados por un sistema de poder que tiene la capacidad para influir sobre la RS a los PSE.

Los cambios en el discurso sobre las reformas al sistema de salud van acompañados necesariamente por modificaciones en el discurso sobre la noción de la salud como un derecho o un bien. No es solamente un cambio en la forma, sino en la manera de pensar el papel de la sociedad en la resolución de los PSE por un lado y en la concepción de las necesidades por otro lado, sino además en las reglas de legitimación de la forma y quién tiene la obligación de resolverlas.

El análisis del discurso que necesitamos realizar en este trabajo es aquel que parte de la necesidad de considerar el contexto en el que ha sido generado.

Un análisis de la correlación de fuerzas sociales puede llevarnos a descubrir aquello que rige el uso del espacio mediático y que interesa, no el conjunto de principios y normas con las cuales aquella se manifiesta no tal y como es, sino cómo quiere ser representada en el pensamiento colectivo.

Las instancias oficiales elaboran una estrategia discursiva en la que se combinan elementos científicos y técnicos con otros de carácter puramente ideológico. Las transformaciones se apoyan en minuciosas descripciones de la “crisis” de las instituciones públicas, que luego derivan en propuestas basadas en cálculos de costo - eficiencia en las que se incorporan mediciones complejas de enfermedad con limitaciones teóricas y técnicas (Laurell, 1999). Aunque en ocasiones de forma velada, en el discurso gubernamental se exalta la capacidad del mercado -a través del sector privado- como un artefacto para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios asistenciales y de salud. Este argumento es plenamente ideológico, en tanto que, por un lado explícita una concepción de sociedad, y por otro, existen evidencias empíricas que demuestran lo contrario (Tawddle, 1996; Laurell, 1992; 1997).

Lo que interesa en relación a la transformación de la política social y de salud, es conocer cómo se redefine el papel del Estado y cuáles son las funciones que deja de cumplir. En el caso de Guatemala, como condición para confrontar el agotamiento de acumulación y realizar el ajuste estructural, la regla ha sido limitar la intervención

estatal en la producción de bienes y servicios, desregulamiento, privatización, desarrollo de políticas fiscales y monetarias que garanticen el crecimiento económico y por lo tanto limitan el papel redistribuidor del Estado a través del uso del gasto público en la satisfacción a las necesidades de la población, el desmantelamiento selectivo de las insitiución estatales y su consecuente mercantilización, y por lo tanto la privatización de lo público rentable.

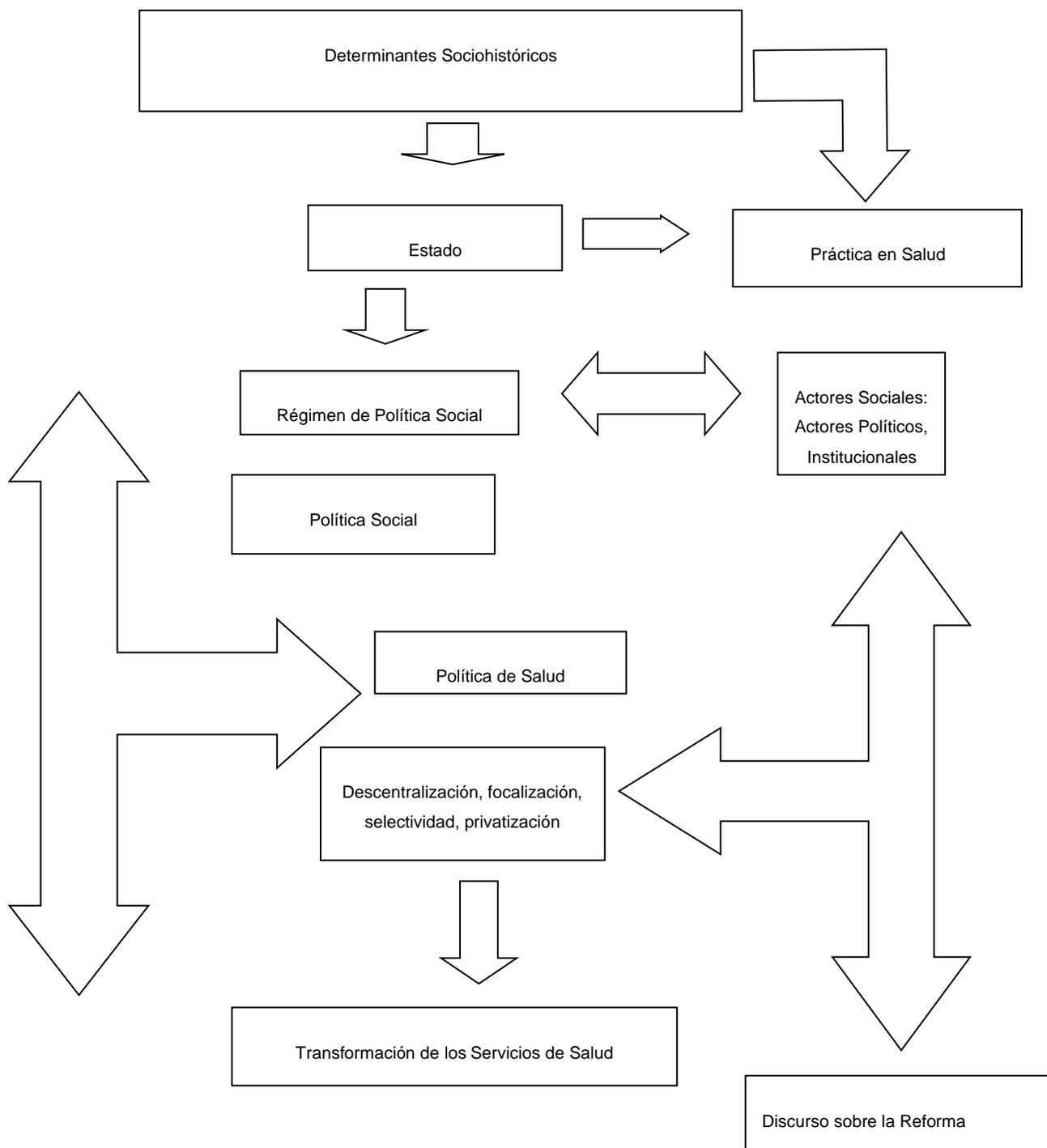
A partir de estas acciones, la política de salud se guía a través de dos mecanismos contradictorios: privatización/mercantilización y neobeneficiencia que redefinen las características de los sistemas de protección social y protección en salud.

Estas particularidades de las políticas de salud modifican la “relación público-privado y descentralizan problemas a los niveles regionales y locales, sin fortalecer las capacidades técnicas, financieras y organizacionales para enfrentarlos (...) se fortalecen los mecanismos autoritarios y clientelistas de prestación de servicios y se privilegian las formas de atención asistencialistas y selectivas” (López, O; Blanco,J., 2007).

Así pues la presente investigación plantea describir y realizar una aproximación explicativa, desde una perspectiva médico-social y de la salud colectiva, de la dinámica en la arena política, los actores sociales y el debate en el proceso político en sus diferentes momentos -diseño, formulación e implementación- articulados con las funciones de los sistemas de salud –regulación, financiamiento y prestación de servicios- de los cambios más recientes de las políticas sociales con que se busca transformar el SSG.

Con ese propósito general se analizará el proceso de cambio en la política social y de salud, del estado guatemalteco, a partir del período en que se firman los acuerdos de paz, y como éstos procesos y la transformación del estado guatemalteco han impactado en el diseño e implementación de nuevos modelos en los servicios de atención a la salud desde 1997 hasta 2007.

Esquema 1 Modelo Teórico Explicativo



2.2 CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA

Se trata de un estudio documental-argumentativo analítico, en el que se utilizaron diferentes estrategias metodológicas, técnicas y fuentes secundarias para el abordaje de las políticas de salud y la reconstrucción del proceso de transformación de los servicios de salud en Guatemala de 1997-2007. En este apartado se describe, en primer lugar, la construcción de las categorías metodológicas a partir de las premisas teóricas y la metodología utilizada para el abordaje del fenómeno con el propósito de reconstruir del debate sociopolítico en torno al proceso de diseño y formulación de las políticas sociales y de salud y la identificación de los Actores Sociales que participaron en él, así como las modificaciones en las características del sistema de salud en Guatemala.

En segundo lugar, y tomando en cuenta que, en términos generales el trabajo hace énfasis en dos dimensiones; una sobre las características del SSG en 1997 y 2007 y la segunda dimensión sobre debate sociopolítico, principalmente en los momentos de formulación y diseño de las políticas sociales y en particular las de salud, se describe en cada uno de los apartados las categorías metodológicas como forma de operacionalizar las categorías analíticas, los conceptos, las variables y los indicadores para la búsqueda de datos concretos, las fuentes de información, las estrategias de lectura de los hechos encontrado en las fuentes y el plan de análisis para recodificar los resultados producto de ésa lectura y reconstruir el proceso sociohistórico que da cuenta de la transformación de los servicios de salud en Guatemala.

El capítulo se organizó en 4 subcapítulos donde se delinear los diferentes apartados que dan cuenta del abordaje metodológico. En el primero de ellos se describe el acercamiento teórico metodológico que alude a los procesos sociohistóricos delineados en el cuerpo teórico de esta investigación y las categorías analíticas

mediadoras y las metodológicas que permiten el abordaje del objeto de estudio de cada una de las dimensiones mencionadas en el párrafo anterior.

Los siguientes dos apartados se ordenaron, todos ellos, siguiendo la misma lógica. Primero se describen los niveles de análisis para cada una de las dimensiones, dando lugar a ejes problemáticos, las categorías analíticas, los conceptos, las variables e indicadores, los datos y posteriormente se enuncian las fuentes de información utilizadas para abordar cada uno de los ejes. El último apartado se refiere al plan de análisis; uno particular para cada dimensión y otro, general, para analizar el fenómeno.

2.2.1 Acercamiento Teórico Metodológico

Como derivación de la construcción conceptual, y a partir de las categorías centrales enunciadas, se desprenden los ejes analíticos que guiaron la metodología.

La primera es que los estudios desde la perspectiva crítica de las transformaciones de las políticas sociales y en particular las de la salud y de las instituciones de salud, requieren, para su comprensión, pensar la sociedad a la que pertenecen, de ahí que el trabajo se orienta a la recuperación de la política a partir de las características concretas que asume el régimen político, que expresará el tipo de Estado y las relaciones de poder en la sociedad, durante el período de análisis, que se refiere a la conversión del espacio social y de salud al mercado. Interesa fundamentalmente el seguimiento de la cuestión pública y subordinadamente, de la permanencia, emergencia, crecimiento de la cuestión privada.

El segundo, derivado del anterior, al conocimiento de de los procesos de diseño y formulación de las políticas por parte del Estado (Ozlack, 1982; Tetelboin, 1991) en un momento determinado.

Una primera idea, que se despliega de este eje analítico, es que el proceso del debate sociopolítico, en el que se puede ver expresadas las fases de diseño y

formulación de las políticas sociales y en particular las de salud, incorporan en ciertos momentos ideas y procesos claves que se resumen bajo la idea de “reforma”⁸, que participan con una intencionalidad aguda junto a otros factores de otra índole, de influencia más lenta, y/o de más largo plazo, en la modificación de la estructura y operación del sistema de salud. Dado que las políticas de salud, a la vez determinadas, se consideran aquí uno de los determinantes fundamentales en este período histórico de las últimas décadas en la transformación de los servicios de salud, éstas se organizan en torno a la búsqueda de las características fundamentales que adquieren en este período las funciones del sistema de salud, y sus énfasis en torno a las cuales giran los aspectos centrales del cambio en el sentido de la política, es decir, del mercado: regulación, financiamiento y prestación de servicios de salud.

La segunda idea es que las políticas de salud contienen, tanto elementos explícitos como implícitos o centrales, pero desdibujados en el discurso, sin embargo, ambos se expresan o adquieren un tipo de materialidad en las leyes y normas, los planes de salud, en los informes de gobierno y los programas; los elementos implícitos se hacen evidentes en los significados, es decir, en lo simbólico e ideológico del contenido en el discurso y sus argumentos, en las percepciones de los actores sobre el debate de la reforma a los servicios de salud y en el sentido de la política; se manifiestan en procesos de resignificación que se expresan en lo concreto en los indicadores macroeconómicos sobre este rubro, en los perfiles patológicos de salud enfermedad, y particularmente en la reorganización de los servicios de salud en un período dado (Tetelboin, 1991, Eibenschutz, 2007; Collins & Green, 1994; Laurell, 1992).

⁸ Estas modificaciones tienen repercusión en procesos concretos: el papel de los actores sociales, políticos y estatales en la formulación, diseño e implementación de políticas sociales y de salud, el rol del Estado, las formas de organización de los servicios, el financiamiento, regulación y prestación de servicios; la integralidad, universalidad y cobertura de los servicios; y finalmente, en las condiciones de salud de la población. (Belmartino S., 2003).

El discurso de los Actores Sociales puede contener la línea oficial u otra crítica pero su percepción también contiene una visión del mundo, como todo discurso, con ideas explícitas e implícitas sobre los temas que los ocupan que pueden ir desde el sentido de la política, de las políticas sobre la reforma a los servicios de salud.

La política oficial se manifiesta en procesos que tienden a expresar en lo concreto el sentido de la política, por ejemplo, a través de indicadores macroeconómicos, como el manejo de las finanzas que benefician en el sentido de la política, o sobre las nuevas reglas y las características de la operación y el papel de los participantes en los distintos niveles, o a más largo plazo, en en los perfiles patológicos de salud enfermedad, y particularmente en la reorganización de los servicios de salud en un período dado. (Tetelboin, 1991, Eibenschutz, 2007; Collins & Green, 1994; Laurell, 1992).

En este sentido, el estudio del debate de los temas de los Actores Sociales, caracterizados como Actores Institucionales, Políticos y Colectivos, de las leyes, de las normas y de los acuerdos gubernativos adoptados en torno al sistema de salud, permite operacionalizar, por un lado, la reconstrucción del proceso de formulación, es decir, la enunciación de la ideación de un proyecto de continuidad o nuevo; del diseño, que alude a la delineación propiamente de la política a partir del proceso anterior, donde entran en juego nuevos actores que deben llevar a cabo en espacios concretos, desarrollar determinadas orientaciones de la política oficial operacionalizada, en el marco de las dinámicas propias a esos espacios concretos y sus características. En conjunto, estos tres momentos sintetizan procesos sociales en un momento histórico determinado que define, finalmente, las modalidades en que se organizan y operan los servicios de salud.

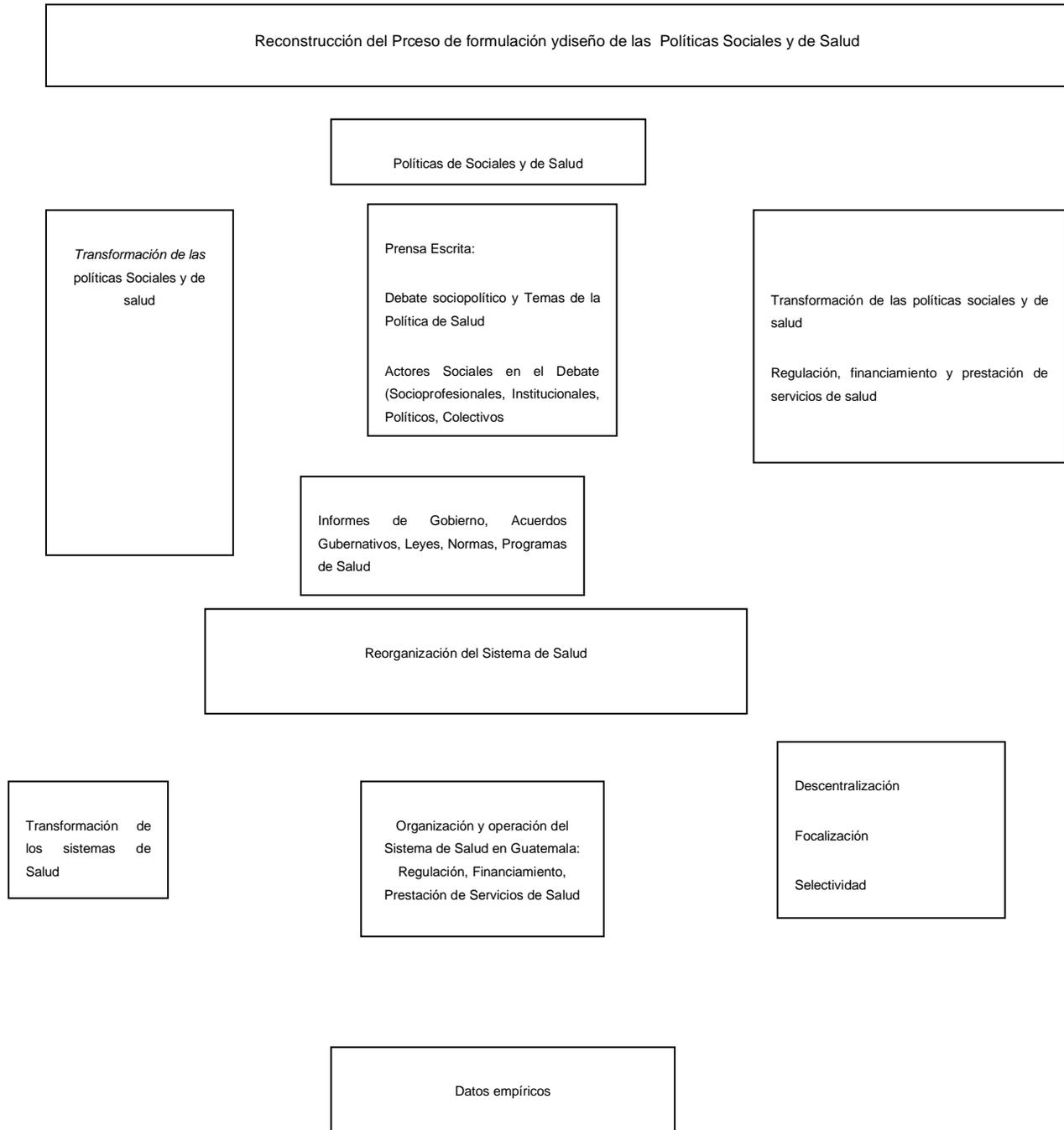
A partir de estos postulados se buscó reconstruir con información cualicuantitativa de fuentes secundarias el proceso sociopolítico que dio forma a la transformación de los servicios de salud en Guatemala durante el período de 1997 a 2007. Para ello la propuesta metodológica se desarrolló en dos momentos, haciendo énfasis en dos

cuestiones, una, las políticas de salud y la organización de los servicios de salud. Estas dos dimensiones, tuvieron un tratamiento metodológico particular, tanto en lo que respecta a la estrategia al nivel de análisis, a la reconstrucción de los datos en el tiempo, a las fuentes de información y las variables e indicadores utilizados.

La primera dimensión es la de la política para lo cual se recuperan las características de los gobiernos a partir de los Acuerdos de Paz y sus principales orientaciones, que a su vez, son contexto del problema, y el cumplimiento de los Acuerdos de Paz en torno al tema de salud. Se trata de un análisis en el largo plazo de los procesos de transformación de las políticas sociales y de salud ocurridos en este contexto, y de las políticas explícitas expresadas en documentos oficiales, en las leyes, en los reglamentos, en los acuerdos gubernativos, en los informes de gobierno y en los programas de salud, en torno a los servicios de salud en sus apartados organizativos y de operación; y en el debate sociopolítico de los Actores Institucionales, Políticos y Colectivos donde se verá durante el período los temas discutidos, las posiciones, los acuerdos y desacuerdos, intereses y demandas expresados en la prensa escrita que se han llevado a cabo durante el período de estudiado

La segunda dimensión abordada en este trabajo es la transformación de los servicios de salud en Guatemala, se estudia a partir de las diferencias y similitudes en la composición del SSG en los dos momentos, 1997 y 2007. Se trata de un análisis diacrónico, con un primer eje que describe la organización y configuración del SSG en los momentos. El segundo eje es la construcción de las series históricas en los mismos años sobre el gasto social y de salud, las prioridades en su distribución, fuentes de financiamiento tanto para el los servicios públicos y privados como de seguridad social, recursos humanos y materiales con los que cuenta el sector público y seguridad social.

Esquema 2 Modelo Metodológico



2.2.2 Acercamiento empírico a las Políticas sociales y de salud

La primera parte del trabajo se orientó a dar cuenta de los acontecimientos sucedidos de 1997 a 2007. Se reconstruyen los procesos sociopolíticos, entendido en sus momentos de diseño y formulación de las políticas sociales y en particular las de salud, vinculándolos a las funciones de los sistemas de salud: regulación, financiamiento y prestación de servicios de salud.

La primera parte de la estrategia metodológica se refiere a la sistematización del debate sociopolítico aparecido en la prensa escrita y de los Actores Sociales (Actores Institucionales, Políticos y Colectivos). Se eligieron temas sustantivos en torno a los servicios de salud y temas emergentes en salud, junto con términos claves, lemas, acuerdos y desacuerdos enunciados por los Actores Institucionales, Políticos y Colectivos sobre los mismos temas, posteriormente, de esta primera selección de temas, se eligieron los hechos relevantes que dan cuenta de proceso de transformación de los sistemas de salud. Con este primer acercamiento se buscó entender la forma en que se toman las decisiones en los procesos sociopolíticos dando cuenta de la correlación de fuerzas; y de su cristalización en las leyes, acuerdos gubernativos, normas y programas de salud.. Las variables que se utilizaron para operacionalizar esta categoría fueron los temas que aparecieron en la prensa escrita en torno a las políticas sociales y de salud. Los Actores Sociales, para términos del trabajo, primero se definieron según sus características como Institucionales, Socioprofesionales, Políticos y Colectivos. Se operacionalizaron en dos polos, uno que describe aquellos que están de acuerdo con todos los elementos que se refieren a la transformación de los servicios de salud que lleva a la privatización, focalización, selectividad, descentralización y, otro polo, que circunscribe a quienes están en contra de esta postura. Aunque esta forma de clasificar, en dos polos, no permite indagar en torno a los intereses profundos que los mueven para encontrarse en un lugar u otro, permite hacer un mapeo general de la correlación de fuerza y alianzas. Las fuentes de información fue la prensa escrita, la cual, a su vez se delinea posteriormente, concentradas en las notas en dos bases de

datos de organizaciones guatemaltecas; el Diario de Centroamérica, donde se emiten las leyes, acuerdos gubernativos y las normas; los informes de gobierno y los programas de salud publicados por MSAPS en sus apartados de salud publicado por las administraciones que gobernaron durante el período, estas fuentes permitieron contrastar la información obtenida de la prensa escrita.

Es así que, el abordaje y el tratamiento, del diseño y formulación de las políticas sociales y en particular la de salud, se realizaron a través del registro sistemático de todas las referencias al fenómeno a partir de la documentación en torno a los ejes de interés para el trabajo, como fueron:

- a) el debate de los temas de política significativos para su constitución y de los actores sociales
- b) la referencia a los informes de gobierno y al diseño de programas de salud
- c) Diario de Centroamérica, que es la publicación oficial donde se dan a conocer las leyes, normas y cuerdos gubernativos oficiales.

Construcción del documento de trabajo Inicial sobre la información de la prensa escrita.

Una primera forma de acercamiento para la reconstrucción de este proceso, fue indagando sobre los temas que aparecieron en el debate de las políticas sociales y de salud, y los actores sociales que jugaron un papel importante o que participaron con distintos pesos argumentando propuestas, demandas, intereses, acuerdos o desacuerdos en torno a los temas identificados en la prensa durante el período de 1997-2007.

En primer lugar se hizo una revisión electrónica en dos bases de datos de los temas y debates que figuraron en la prensa escrita durante el período. Para ello se revisaron las bases de datos que elaboran el Centro de Estudios de Guatemala y la Comisión de Derechos Humanos de Guatemala (CDHG). Estas organizaciones

realizan un monitoreo de diarios de circulación nacional. Los informes diarios del Centro de Estudios de Guatemala consisten en la recopilación de información de los principales diarios que circulan en el país, así como del monitoreo de las principales radios. Se obtuvieron los archivos de forma electrónica directamente del centro de documentación la CEG. La CDHG realiza un monitoreo diario pero su informe es semanal. Dicha publicación semanal, de distribución electrónica principalmente, tiene por objetivo realizar un resumen de las principales noticias ocurridas durante la semana a nivel nacional, la base de datos se obtuvo directamente la CDHG en archivos electrónicos. A través de estas bases de datos, se indagó el debate, en torno a la problemática del SSG, en la prensa escrita y los AS involucrados en él, es decir, los temas que suscitaron interés en el período.

Entre los medios que revisan estas organizaciones destacan:

Medios escritos	Radio periódicos	Telenoticieros
Prensa Libre El Periódico El Gráfico Siglo Veintiuno La Hora Diario de Centroamérica	Radio Sonora (RS) Radio Corporación Nacional (RCN) Guatemala Flash (GF) Patrullaje Informativo (PI)	Noti Siete (N7) Tele Diario (TD) Telediario Guatemala Hoy (GH)

Otras fuentes que revisan, también aportadas por estas organizaciones, fueron algunos cables emitidos por la Agencia Cerigua (AC) y en ocasiones también se encontró información de fuentes directas (FD), en estos casos se identifica cuál es con el nombre de la institución u organización que emite la noticia.

La principal base de datos que se revisó fue la de Centro de Estudios de Guatemala, y para complementar la información obtenida a través de estos informes diarios se revisaron los informes de la Comisión de Derechos Humanos de Guatemala (CDHG) reportados “*Informe Semanal sobre violaciones a Derechos Humanos*” o bien “*La Semana en Guatemala*”. La revisión de estos archivos se realizó durante el año 2010.

La base de datos del CEG, reporta la fuente emisora y la fecha en la que se publica la nota periodística, por lo tanto, las notas que se obtuvieron de esta base de datos tienen la referencia del medio de comunicación que emite la nota y la fecha.

La base de datos de la CDHG no hace referencia a la fuente emisora, hace un resumen semanal y lo reportan como “Informe Semanal” o “La Semana en Guatemala” y la fecha en que es publicado el informe, y es de esta manera como se reporta la fuente.

Estas organizaciones, que se encargaban de monitorear las políticas públicas y los derechos humanos, y en general lo que sucedía en la sociedad guatemalteca durante el período, se consideraron especialistas en el tema y, dado que, unas de sus funciones es documentar y denunciar las violaciones a derechos humanos en Guatemala, consideramos que, a diferencia de otros medios de comunicación, se encuentran en espacios de contrahegemonía. Estas son el Informe Semanal realizado por la Comisión de Derechos Humanos de Guatemala (CDHG) y el Informe Diario hecho por el Centro de Estudios de Guatemala (CEG). Las bases de datos se obtuvieron en archivos electrónicos.

La información sobre salud y políticas sociales, y en particular de salud, que se recopiló se vació en cuadros que contenían columnas para la fecha, fuente, comentario/opinión/nota, entidad que lo emite, comentarios a favor, comentarios en contra.

Construcción de la información para el análisis a partir de la prensa escrita

A las noticias de salud que se les dio seguimiento, se eligieron posteriormente aquellas que se vinculan con el tema de políticas sociales y de salud relevantes para el objeto de estudio. Para ello se eligieron en primera instancia 11 temas que se relacionan con el objeto de estudio y son pertinentes por ser concernientes al marco teórico: derechos de los ciudadanos a la salud, redefinición en la función de regulación, cambios en la lógica de organización del sistema de salud, desconcentración/descentralización, cambios en la forma de atención pública/privada y de la seguridad social, cambios en la organización del trabajo y procesos de flexibilización laboral, redefinición de la función de financiamiento, redefinición de las políticas fiscales, reforma del sector salud, temas de salud emergentes, cumplimiento de los Acuerdos de Paz en su aspecto de Salud. Estos temas fueron seleccionados para la organización del debate y que permitieran recodificarlos y reconstruir los hechos en el tiempo.

Las noticias que se tenían en los cuadros iniciales se trasladaron y organizaron por estos temas sustantivos y esenciales, y se procedió a la descripción narrativa y cronológica del debate en torno a los temas elegidos como relevantes a un formato de Word para procesar la información.

Esta fase permitió ubicar ejes y subejos problemáticos y reorganizar los temas sustanciales, los actores sociales que se adherían a determinadas acciones, ideas o intereses, en dos polos, a favor y en contra de la reforma sanitaria, sus estrategias y acciones como capacidad de acción.

Reconstrucción del Debate sociopolítico de temas que son prioritarios en la prensa escrita

Posteriormente se realizó otra lectura, una vez sistematizados los incidentes y organizados por temas claves, para discernir nuevamente los hechos que interesaban para el abordaje del objeto de estudio, y se seleccionaron los términos claves que permitieran leer el debate indagando los datos que fueron relevantes para la reconstrucción de las transformaciones económicas, políticas, del proceso de paz y significativas para dar cuenta de las particularidades del caso.

Se eligió ubicar de los términos claves aquellos que dieran cuenta de las grandes estrategias de la transformación de los servicios de salud descritas en el marco teórico y se ubicaron los ejes problemáticos que organizaron la nueva lectura del debate.

Además se realiza la lectura de los acuerdos o desacuerdos de los actores sociales caracterizados en dos polos, lo que permitió organizar, las noticias emitidas durante el período de estudio a través de este principio clasificatorio que tomó en consideración las categorías conceptuales delineadas en el marco conceptual, de las categorías analíticas metodológicas y que permitió operacionlizar a través de los términos claves o variables. Los hechos descritos cronológicamente se reconstruyeron como procesos sociales. Para la reconstrucción de cada proceso se tomó en cuenta los actores a favor o en contra del hecho, las estrategias de éstos (políticas, movilizaciones, denuncias públicas, judiciales, huelgas, paros,) y recursos económicos, finalmente, el resultado del fenómeno.

Para finalizar con el abordaje del debate sociopolítico del diseño y formulación de las políticas sociales y de salud, se parte de la propuesta metodológica de Ozlack que plantea que el análisis de la política pública debe incluir las siguientes fases: diseño, formulación e implementación (Ozlack & O Donnell, 1978). Para finalidades de esta investigación nos centraremos en las dos primeras fases porque ahí se articulan las funciones del sistema de salud: Regulación, Financiamiento y Prestación de servicios

de salud. El conjunto de estas estrategias, permitió conocer tanto los rasgos generales de cómo surgen, cómo fueron diseñadas, quiénes presentan las iniciativas de ley, los procesos de negociación, las estrategias de los diferentes AS, así como los contenidos integrados en la sumatoria de las iniciativas parciales. Abordar la imposición de sus argumentos, intereses y demandas, a través del debate permite estudiar los procesos de negociación en torno a la formulación y el diseño de las políticas. De ahí, que al sistematizar y analizar el debate que se llevó a cabo durante el período de estudio en la prensa escrita, y de los actores sociales que participaron en éste, permitieron reconstruir y analizar este proceso.

Actores Sociales en el debate de tema prioritarios en la prensa escrita

Los Actores Institucionales, Políticos y Colectivos se ubicaron en dos posiciones, dependiendo de cómo ellos se reconocen en cada espacio o por las premisas que sustentan su discurso. En el primer análisis del debate en la prensa escrita se identifica: a) emisor, b) posición del emisor (acuerdo o desacuerdo con políticas de corte neoliberal: la privatización de los servicios de salud, protección financiera, protección en salud, derecho a la salud) intereses que guían la acción de los actores sociales d) planteamiento de sus demandas y argumentos con que sustentan su posición, y f) acciones generadas. Las tres preguntas ejes para la caracterización de los actores sociales serán: ¿Cuál es su posición ante las propuestas? ¿Cuáles son sus demandas? ¿Cuál es el impacto de sus demandas en la implementación de políticas reformadoras?

En la segunda lectura del debate de las políticas sociales y en particular las políticas de salud en la prensa escrita se analizó su poder político: a) alianzas con otros actores que se pueden ver a través de las redes que se conforman b) su poder político y económico que estará determinando su grado de interlocución al interior del Estado y la frecuencia con que aparecen en la prensa escrita.

Se analizó la composición del discurso mediante la identificación de categorías discursivas en las que los conceptos, los temas y los lemas revelan sus intereses y la

forma como conceptualizan la salud como un derecho, como un mérito, la defensa de las instituciones públicas, el apoyo al aumento del gasto público, defensa o argumentación en contra de las estrategias de focalización, selectividad, privatización.

Para complementar la información, del proceso de diseño y formulación, se utilizaron otros documentos emitidos por los diferentes gobiernos que han tenido lugar durante el período de análisis.

1.-Se utilizaron para los ejes de regulación y financiamiento el Diario de Centroamérica que es el documento en donde se publican las leyes y acuerdos gubernativos una vez aprobadas por el legislativo y ejecutivo.

2.-De los informes de gobierno, declaraciones en la prensa escrita y planes y programas de salud relacionadas con las políticas de salud y reorganización de los servicios de salud.

3.-Leyes y reglamentos y programas de salud como expresiones de decisiones emitidas por el estado guatemalteco. Se indagó sobre las leyes, códigos, normas reformas del Estado y fiscal, acuerdos de paz, derechos humanos en especial el de salud. Se identificaron en los documentos oficiales emitidos por el gobierno, los planes y programas de salud plasmados en los documentos mencionados.

En el análisis particular de este apartado se leyó lo que proponen cada uno de ellos con respecto a los servicios de salud con las categorías de privatización de los servicios de salud, selectividad y focalización de los servicios de salud, paquetes básicos de medicamentos y servicios, subrogación de servicios de salud. Se analizaron lo que proponen cada uno de ellos con respecto a las acciones que, desde su perspectiva, deberán implementarse en los servicios de salud.

Se indagó sobre los principales programas de salud que se emitieron durante el período y que estuvieran vinculadas (en el mismo sentido en que se hizo con el debate emitido en la prensa) con el financiamiento de los servicios de salud y la

prestación de servicios de salud en torno al acceso del servicio, el abasto de medicamentos, la resolución de la problemática sanitaria.

El conjunto de los elementos anteriores permite abordar en su dimensión empírica las funciones de los sistemas de salud como procesos. Las funciones de regulación, financiamiento y prestación de servicios de salud como proceso sociohistórico se despliegan de los procesos de formulación, planeación y diseño de las políticas de salud. Sobre todo, interesó abordar las funciones de los sistemas de salud vinculándolas a las estrategias de las reformas de salud (focalización y selectividad, descentralización, modificaciones en las modalidades de financiamiento de los servicios de salud), a la toma de decisiones sobre el uso y asignación de recursos, a los mecanismos existentes o no de transparencia, a la estabilidad política y/o los conflictos expresados en los paros laborales, huelgas, a las entidades reguladoras en la decisión del uso y asignación de recursos y en sus estrategias legislativas y operativas, la participación social en salud, los programas de salud y su relación con los problemas de salud/enfermedad de la población guatemalteca.

2.2.3 Acercamiento a la composición del Sistema de Salud

La segunda dimensión que se abordó fue la organización y operación de los servicios de salud. Para su estudio, se elaboraron dos niveles, caracterizados en ejes analíticos, a través de los cuales se realiza la descripción de la situación general del SSG.

El primer eje, de esta dimensión, es un análisis diacrónico, el cual se inicia indagando sobre la situación en la que se encontraba el SSG en 1997 y, posteriormente en 2007.

Se privilegió, la extensión, es decir la configuración general del SSG sin profundizar en cada una de las instituciones que componen el SSG, ya que el objetivo era describir la orientación y reorganización de los procesos de transformación del SSG, de tal forma que esta descripción permitiera vislumbrar la lógica de estas transformaciones en todo el sistema de salud.

Se realizó un mapeo general de todas las organizaciones que prestan servicios de salud, tanto públicos como privados con fines, o sin fines de lucro. Esta indagación permitió describir la composición del SSG.

Para el primer eje de la dimensión sobre el SSG, la panorámica del estado de la situación de los servicios de salud, tanto su funcionamiento en conjunto, como características generales sobre la cobertura, los servicios que presta, formas de regulación y métodos de financiamiento, tanto para el sector público, la seguridad social, el privado con fines de lucro y el privado sin fines de lucro.

En el segundo eje de esta dimensión se realiza la construcción de series históricas que permitieron la descripción tanto de las condiciones de salud de la población como los indicadores económicos relacionados con los servicios de salud de Guatemala.

Organización y Operación de los servicios de salud: 1997 y 2007

Sobre el primer eje analítico, la estructura y operación del SSG, se estudiaron los cambios en los servicios de salud identificando las variables que permite operacionalizar esta categoría: regulación, financiamiento y prestación de servicios de los subsistemas público, seguridad social, privado con fines de lucro y sin fines de lucro al inicio del período, 1997, y al final, 2007. En este momento se caracteriza la organización de los servicios de salud en los dos momentos (1997-2007) para caracterizar al SSG. Los términos claves para estudiar la regulación, financiamiento, prestación de servicios y cobertura de las instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro que prestan servicios de salud a la población guatemalteca, en dos momentos (1997-2007) permitieron mostrar diferencias y semejanzas en los dos momentos. Se realiza énfasis en estos aspectos porque permite identificar las estrategias de transformación del sistema de salud: descentralización/desconcentración, focalización y selectividad y privatización de los servicios de salud.

Las fuentes que sirvieron de información fueron secundarias. Se seleccionaron documentos oficiales emitidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

Para cada una de las instituciones y en los dos momentos se describieron las variables que guiaron la caracterización del SSG: Regulación, Financiamiento, Prestación de servicios de salud.

Regulación

Para este aspecto se abordaron diferentes términos clave. En primer lugar se, instrumentos legales, acuerdos gubernativos, normas y leyes que regulan la prestación de servicios de salud y los servicios de salud sobre todo aquellos que se relacionan con las estrategias de las reformas de salud, en forma general la pregunta que guió esta variable fue ¿Cómo y a través de qué se regula los servicios de salud públicos? Se realizó la búsqueda en los documentos oficiales del Ministerio de Salud de Guatemala.

Financiamiento

En esta variable se investigó el financiamiento según consideraciones generales del SSG y por institución. Por institución se indagó sobre el método de financiamiento, los términos claves para su abordaje fueron: financiamiento público, seguridad social, privado con fines y sin fines de lucro; la movilización de los recursos para ello se describe el flujo que siguen los recursos, la presencia de agencias intermediadoras, contratos entre las instituciones, subrogación de servicios; las fuentes, internas y externas, públicas y privadas; y la gestión, administración y ejecución de los fondos; la introducción de la corresponsabilidad financiera en el financiamiento de los servicios.

Prestación servicios de salud

Al respecto se indagaron términos clave en relación a prestación de los servicios, qué servicios se prestan (paquetes básicos, tipo de servicios: personales y no personales), acceso a éstos, barreras en el acceso, normas que deben cumplir los prestadores de servicios, el crecimiento del sector público en la producción de los servicios de salud, formas de subrogación de servicios, crecimiento de empresas privadas con y sin fines de lucro que prestan servicios de salud.

Indicadores Macroeconómicos y de Salud

Para la construcción de este eje, las variables que se utilizaron fueron:

El eje de Indicadores de condiciones de vida y de salud se operacionalizó con diferentes indicadores, algunos de ellos se pudieron construir series históricos, y otros, se ubicó en dos momentos, 1997-2007.

Para la categoría metodológica condiciones de salud de la población se utilizaron como variables: las tasas de mortalidad general, infantil, vigilancia de casos de enfermedades inmunoprevenibles y la tasa de fecundidad, ya que expresan las diferencias principales en las condiciones de salud en las poblaciones, las fuentes de información que se utilizaron fueron los informes epidemiológicos del MSPAS y de la OPS. Las series se construyeron comparando dos años 1997 y 2007. De esta forma se describe de manera general los problemas de enfermedad más importantes en Guatemala en estos dos períodos. Se utilizaron fuentes secundarias de Cuentas Nacionales, así como las estadísticas del MSPAS y del Banco de Guatemala. Para la construcción de las tendencias históricas se utilizó el programa de Excel para el procesamiento de los datos obtenidos. Además se utilizó la información obtenida de la prensa escrita sobre los temas emergentes de salud para contrastarla con la información obtenida de la fuentes oficiales.

Para el análisis de esta dimensión, la organización y operación de los servicios de salud en Guatemala, se articularon tanto los indicadores macroeconómicos

(Recursos Humanos y Materiales, Gasto en Salud, Cobertura y Distribución de los Recursos en las instituciones públicas y de seguridad social), como los indicadores de PIB, PEA, desempleo, deuda interna y externa y salarios.

Estos elementos se encuentran descritos en el apartado de la problematización con el propósito de contextualizar la situación general de Guatemala y del sistema de salud, con los hallazgos descritos en estos capítulos junto con el capítulo de resultados y las tendencias históricas., permitieron elaborar el capítulo de análisis e ilustrar las características generales del estado guatemalteco durante este período de inflexión política, la transformación de las políticas sociales y de salud y las modificaciones hecha en organización y prestación de los servicios de salud sobre todo en la lógica de la recomposición financiera en torno hacia la privatización, selectividad y focalización

2.2.4 Contratación y Plan de análisis

Para la contratación de los datos, se analizaron las tendencias históricas del gasto en salud, cobertura e indicadores macroeconómicos y de salud/enfermedad para caracterizar las políticas sociales y económicas del período y el contexto general; que junto con el diagnóstico situacional del sistema de salud en 1997; y los elementos explícitos, las leyes y normas en torno a la regulación, financiamiento y prestación de servicios de salud, que se emitieron durante el período, permitieron reconstruir y analizar los cambios en las políticas de salud en Guatemala.

Se relacionaron, la reconstrucción del proceso de transformación de las políticas sociales, y en particular las de salud, con los resultados proporcionados del diagnóstico de la situación de los servicios de salud de los años de 1997 a 2007, con el propósito de analizar si han existido cambios y con qué proyectos empatan durante este período, articulándolos las estrategias que se implementan en las políticas neoliberales: privatización, descentralización y selectividad y focalización. De los hallazgos obtenidos se analizaron y se articularon alrededor de los elementos: a) la periodización, b) los temas de debate, c) los AS que participaron en el debate,

d) reorganización de los servicios de salud, para finalmente reconstruir el proceso de formulación y diseño tanto de la regulación, financiamiento, como operación de los servicios de salud

Las series históricas de los indicadores de salud, los cambios en el financiamiento, regulación y prestación de servicios se contrastaron con el discurso oficial, que se expresan en los documentos oficiales, para complementar la construcción de las categorías discursiva de los AS.

Estas tres estrategias permitieron explicar las transformaciones del SSG identificando si se orientó o no, hacia las fórmulas que desarrollan la prestación de servicios de salud de forma indirecta sin desarrollar las formas públicas.

En síntesis, la reconstrucción de los procesos sociohistóricos que dieron como resultado la transformación de los servicios de salud en Guatemala se basa en fuentes provenientes de

a) análisis documental del debate sociopolítico en la prensa escrita durante el período

b) análisis de investigaciones realizadas en distintas épocas y con distintos propósitos sobre las reformas tanto de Guatemala como en el resto de América latina.

c) análisis de datos cuantitativos para la construcción de series históricas que permitan la demostración empírica de los procesos de privatización y focalización de los servicios de salud

Los hallazgos encontrados en la reconstrucción del proceso político se agruparon por períodos tomando en cuenta cómo se resolvieron o si permitieron la formulación de nuevas leyes o normas y programas de salud para la reorganización de los servicios de salud y la atención de los problemas de salud/enfermedad. Los temas y debate identificados en la prensa escrita se articularán con otros documentos que dieron

cuenta de estos procesos durante período por medio de la investigación hemerográfica.

Finalmente se da cuenta de la transformación del Estado, tomando en consideración las distintas fuerzas políticas dominantes y subalternas, y los cambios ya realizados. Con una recapitulación de los hallazgos encontrados, se formularon las conclusiones referentes a la transformación del sistema de salud y su relación con las propuestas de los Acuerdos de Paz en materia de salud.

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO I PROCESO DE PAZ ¿CAMBIO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD EN GUATEMALA?

Los resultados que aquí se exponen se han ordenado con una lógica distinta a la de la investigación. Esta corresponde a un orden que pareció más adecuado para entender que pasó con las políticas y los servicios salud en Guatemala en el periodo que va desde los Acuerdos de Paz hasta 10 años después. Cabe recordar que la hipótesis que acompañó esta búsqueda fue suponer que este momento significativo de democratización de un país con un historial de guerra interna expuesto en los antecedentes, tendría la oportunidad de mejorar no sólo estas condiciones democráticas, sino que ello se traduciría en las políticas en general y específicamente en las de salud y en el mejoramiento de las condiciones de atención a la salud. De tal manera, los resultados se organizaron primero entregando los datos de la situación de las condiciones de salud de los guatemaltecos, en virtud de que el problema no está necesariamente, suscrito a el origen y el flujo de los recursos financieros; es decir, si son fondos públicos los que pagan los servicios privados que atienden a la población, o si un servicio pasa a ser administrado o gestionado por una agencia privada. El problema radica realmente en las lógicas que cualquier medida de éstas sigue y los efectos que puede tener para la población.

En este trabajo partimos de la premisa, que las diferencias en los perfiles patológicos, a lo largo del tiempo, es el resultado de la transformación de la sociedad, y por lo tanto la transformación del Estado, expresado en las políticas sociales, y en particular las de salud (Laurell, 1981). A su vez, los programas de salud y las instituciones que los llevan a cabo, expresan la prioridad de las políticas de salud en un espacio geográfico y una situación concreta. La influencia de las políticas sociales y de salud y la Práctica de Salud, como respuesta a los PSE, se

puede abordar desde los procesos de cambio sobre las condiciones salud y la situación de vida de la población. Si bien no existe un consenso científico en relación al tiempo en que se expresa el impacto de políticas de salud en los indicadores de las condiciones de salud; dado que hay un conjunto de variables que intervienen en el proceso desde su diseño hasta la operación de las políticas; pero partiendo del hecho de que el objetivo de las políticas de salud es resolver las necesidades de salud, debe haber una asociación entre la operación de las políticas en salud y las condiciones de salud de la población; existen indicadores que son muy sensibles para el estudio de la implementación o la falta de implementación de políticas y programas de salud y las condiciones de salud de la población (desnutrición infantil, mortalidad materna, enfermedades prevenibles por vacunación); y otros indicadores que permitirían observar a largo plazo estos cambios, por ejemplo, esperanza de vida al nacer, disminución de la tasa de mortalidad. Por ello se inicia el capítulo con este eje problemático, para mostrar de forma muy general, cuáles son las condiciones de salud que se identificaron durante el período de estudio en Guatemala. Los temas emergentes de salud, que se retoman, son aquellos que fueron noticia en Guatemala y que por su naturaleza despertaron el debate en la sociedad y los AS. Se reconstruyen los temas emergentes de salud en el período junto con datos reportados por las encuestas y estadísticas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística y por el MSPAS.

Sobre el resultado del diseño y formulación de las políticas sociales y de salud en Guatemala ocurridas en el periodo de estudio, entre 1997-2007, el primer hallazgo es que este periodo no es arbitrario; transcurre entre la firma de los llamados “Acuerdos de la paz” y los diez primeros años posteriores a ella. Esta década se caracteriza, por un lado, porque a lo largo del período de estudio, el gobierno se comprometió a cumplir con los acuerdos de corto plazo, y, por otro lado, porque los tres gobiernos elegidos democráticamente durante ese lapso, en efecto, transformaron las políticas sociales y en particular las de salud, aunque en un sentido distinto al que originariamente se pensaron darían como producto los “Acuerdos de Paz”.

El tema de las políticas se retoma en tanto es la que orienta el curso de las características del SSG, y los significados sobre el campo. Los resultados se narran considerando que lo que preocupa para esta tesis es entender cómo se diseñaron y formularon las políticas en este periodo, quiénes participaron en ella y principalmente cuáles fueron sus contenidos en relación al sistema de salud, especialmente al sistema público.

Si la política social, y en particular la de salud, pueden comprenderse como una arena donde tiene lugar la pugna de interés de los AS involucrados en el tema, y que frecuentemente entran en contradicción, el debate, el conflicto y la lucha de intereses de los AS involucrados en los diferentes temas de las políticas públicas, se expresan, finalmente, en las leyes, acuerdos, normas y programas que dan contenido a las políticas. Por lo tanto las leyes, normas, acuerdos gubernativos, acciones y programas de salud que dan contenido a las políticas públicas expresan esas contradicciones (Tetelboin, 1992). En tal sentido aquí se entregan los resultados de la recopilación de la historia cronológica reportada en los medios masivos de comunicación de las dos bases de datos seleccionadas. De los hallazgos encontrados en el debate sociopolítico se contrastan con los resultados encontrados de la recuperación de las leyes y programas en torno a la salud. Se retoman aquellas que tienen vinculación directa con los temas debatidos en la prensa escrita en el sentido de que las cuestiones fundamentales sobre el proceso de diseño y formulación de las políticas públicas, en particular las sociales y de salud; es hacer política pública que realmente responda a los problemas sociales relevantes, y por lo tanto el papel de la información y el análisis es importante. No obstante, de que se reconoce que el proceso de formulación y diseño se ve influenciado con mayor fuerza por la negociación y la capacidad de interlocución de los AS con el Estado⁹.

⁹ Lo político y la política; los intereses fácticos, la motivación de los agentes y/o AS, que en general, es defender los intereses de los grupos que los llevaron al poder, explican los resultados de ese quehacer, expresadas en la formulación, diseño e implementación de las políticas sociales.

La forma de exposición es por ejes temáticos, y en cada eje se desarrollan los procesos que según la perspectiva tuvieron relación en su redefinición o transformación del SSG.

En el primer eje, se reconstruyen los procesos que están relacionados con las leyes y normas que regulan el campo de los servicios de salud y tendrán impacto en la prestación de servicios en los distintos niveles de decisión.

El segundo eje temático se refiere al financiamiento. En esta sección se describen los procesos que tuvieron relación con las fuentes y fondos del financiamiento en salud, las propuestas de presupuesto de los recursos, la toma de decisión en el legislativo sobre el gasto social y el de salud, el movimiento de los fondos para la producción de servicios de salud, las formas de financiamiento de los medicamentos e insumos. En síntesis, quién paga los servicios de salud y quién deberá prestar los servicios.

El tercer eje se refiere a la Prestación de servicios de salud, las denuncias, las demandas y cómo deberían, según los AS, operar los mismos. En este apartado se desarrollan los procesos de flexibilización laboral, programas de salud, desabasto de medicamentos y las crisis hospitalarias. Después de la entrega narrativa de cada eje analítico, se encuentran cuadros sintéticos sobre los Actores Sociales que aparecieron en la prensa escrita, su posición e intereses.

Para la reconstrucción de los procesos sociohistóricos que determinan la transformación del SSG y la entrega de resultados, no se siguió la historia cronológica, se trata de reconstruir la historia social que explica el objeto de estudio.

La idea principal, y como parte de los resultados, es que a la historia cronológica subyace la historia social¹⁰, por lo tanto es ésta, la que seguimos en la reconstrucción

¹⁰ El fundamento de esta idea encuentra sus raíces en la perspectiva crítica de los *Conceptos de Filosofía de la Historia* de Walter Benjamin, quien supone que no basta con la simple tarea de historizar el pasado para dar cuenta con exactitud de los sucesos significativos para una civilización. El "materialista histórico [...] considera que su misión es la de pasar por la historia el cepillo a contrapelo", esto significa que la historia oficial, aquella que es contada por los vencedores no da cuenta más que de la idea de progreso y en ella no está suscrita en plenitud todo el proceso sociohistórico; solamente reconstruyendo la historia

de los procesos históricos que dieron forma a las políticas sociales y en particular las de salud durante el período.

Finalmente, no obstante, que se entiende que el centro de la preocupación es la observación del sector público, la mirada no deja de posarse sobre otras formas de atención, particularmente cuando plantean desarrollar asuntos concernientes a la atención pública de la salud.

1.1 LAS CONDICIONES DE SALUD DURANTE EL PERÍODO

Sobre las condiciones de salud que se reportaron en la prensa escrita, la mayoría de los problemas denunciados fueron aquellos que tradicionalmente se han relacionado con las condiciones materiales de vida, no obstante, también están vinculados a acciones específicas y al acceso de los servicios de salud, en el sentido de que tienen un impacto inmediato sobre la morbilidad y/o mortalidad.

Por un lado, este eje se construye, con las temáticas que los mismos AS consideraron relevantes durante el período, tan es así que aparecen en los medios de comunicación escrita. Esto puede considerarse una delimitación, ya que obedece en buena medida a sus intereses particulares, pero como son los mismos AS los que ponen estos temas en debate y denuncian los problemas, es un buen indicador sobre los temas emergentes de salud.

Por otro lado, se retomaron otras fuentes secundarias para complementar la información. Las fuentes utilizadas son documentos oficiales del Instituto Nacional de Estadística (INE), de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1998-1999 (ENSM 1998-1999 y 2002) y del MSPAS. A pesar de que se reconoce la poca confiabilidad de las estadísticas¹¹, problemas en el registro de la mortalidad y

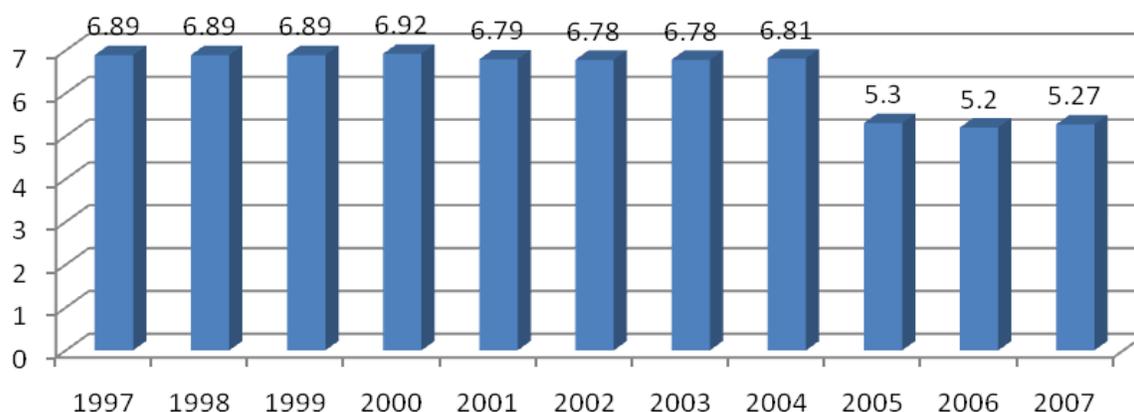
no oficial a través de las experiencias y las voces de la oposición es posible acceder a la comprensión de un fenómeno político y social. (Benjamin, 2007)

¹¹ Según el MSPAS el subregistro de mortalidad se estimó en 56%. Los médicos certificaron 59,8% de las defunciones (MSPAS. 2004)

morbilidad de la población, y que durante el período fue una de las cuestiones en las que trabajó el MSPAS para disminuir la deficiencia que ofrece por el subregistro^{12,13} permite observar las tendencias y las diferencias en el período.

Según las estadísticas del MSPAS y del INE, la tasa de Mortalidad General se mantuvo de forma casi constante desde 1997 hasta 2004 oscilando entre 6.89 a 6.81. En 2005 se observa un descenso de de casi 1.6 puntos porcentuales manteniéndose alrededor de 5.2 la tasa de mortalidad general (Gráfico 5).

Gráfico 5. Tasa de mortalidad General (muertes/1000 habitantes). Guatemala 1997 – 2007.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de MSPAS, INE.

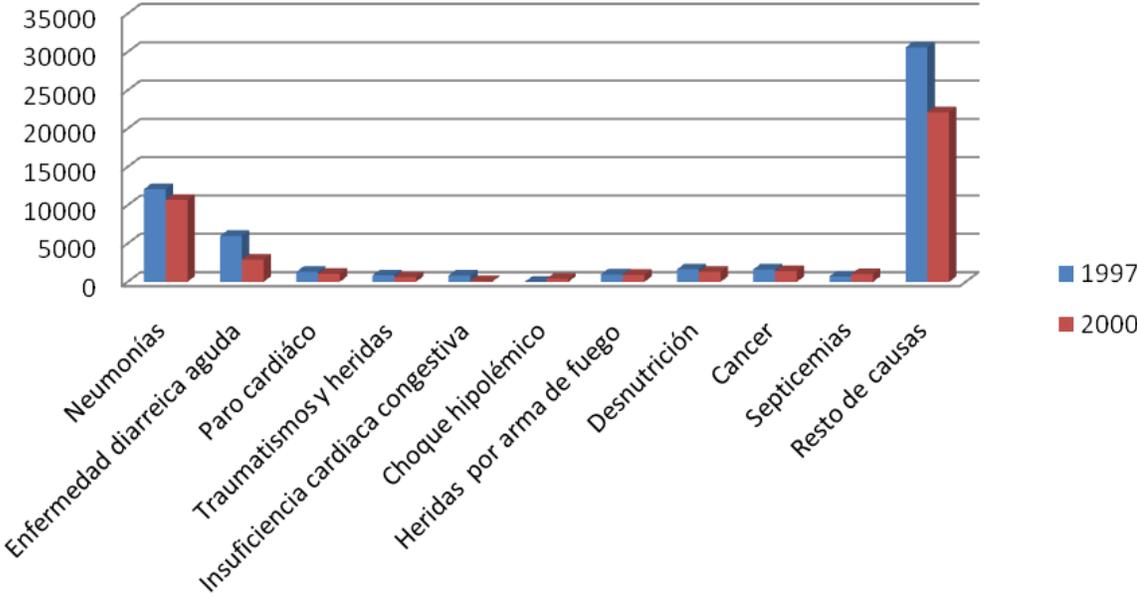
En las estadísticas encontramos que las primeras causas de mortalidad general para ambos sexos, correspondieron a neumonías y diarreas. (Gráfico 6). Si se compara los perfiles patológicos entre 1997 y 2007 se observa que las tres principales causas siguen siendo los problemas respiratorios y las enfermedades gastrointestinales. Para todas las causas hubo disminución importante de casos, excepto para heridas

¹²Acuerdo Gubernativo 297-2006. Se aprueba el arancel por servicios prestados por los departamentos de la dirección general de regulación, vigilancia y control de la salud. (Diario de Centroamérica, 2006)

¹³ Acuerdo Ministerial SP-M-1560-2006 Reglamento orgánico interno del ministerio de salud pública y asistencia social. Ampliar las funciones que desarrolla el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) en congruencia con el artículo 20 del acuerdo gubernativo literal f, reglamento interno del ministerio de salud pública. (Diario de Centroamérica, 2006)

por arma de fuego no hubo disminución en el número de casos. En los documentos oficiales encontramos que al respecto se formularon una serie de acuerdos gubernativos que iban encaminados a disminuir estos problemas¹⁴.

Gráfico 6. Causas de Mortalidad General. Guatemala 1997-2000.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de MSPAS, INE, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1998-1999

En la prensa escrita, el debate en torno a los temas emergentes de salud fue puesto en discusión en forma de demandas y denuncias. Las denuncias que se reportaron fueron en torno a las dificultades del MSPAS para implementar acciones que resolvieran los problemas sanitarios. Las demandas eran para asegurar el acceso a servicios de salud y el abasto de medicamentos para la población. Los principales AS que denuncian o aparecen en la prensa escrita manifestándose alrededor de los PSE que sufre la población guatemalteca durante el período corresponden, AS definidos

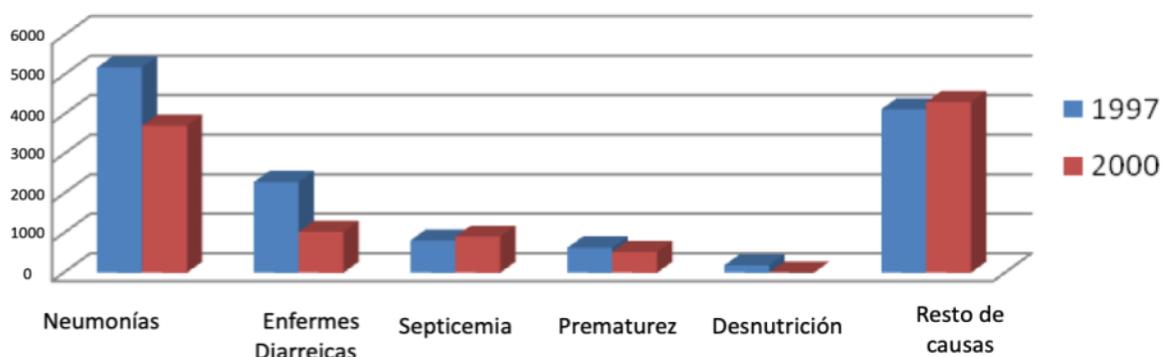
¹⁴ Elaboración de las normas y protocolos para la ejecución del Plan Estratégico 2004-2008 con el fin de disminuir la mortalidad Infantil en IRAS-EDAS. Además, se capacitó sobre el tema a enfermeras de áreas de salud del MSPAS y a coordinadores y otros tipos de recurso humano que ejecuta acciones sobre el tema. Desarrollo de Vigilancia Centinela para la detección, prevención, manejo y seguimiento de casos de rotavirus, en coordinación del MSPAS y el IGSS. (MSPAS, 2004)

como Actores socioprofesionales, cuyas acciones se centran en lo organizaciones, en este rubro se ubican a los trabajadores de la salud tanto el gremio médico como las organizaciones sindicales; el movimiento social de defensa de los Derechos Humanos donde se ubican Actores Colectivos como las organizaciones de derechos humanos (EG,22.10.97) como Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado (ODHA) y la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH); la Asociación de Abogados Litigantes de Guatemala, (AALG) (PL; EP; PI, 30.12.1997); Actores Institucionalizados tanto Internacionales como Nacionales como fueron los el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (LH, 11.07.2000), OPS, OMS, y Médicos sin Fronteras MSF) y el Sistema Integral de Atención a la Salud, constituido por las ONGs sin fines lucro que daban servicios de salud

Los principales problemas que se reportaron en la prensa escrita fueron las enfermedades respiratorias, brotes de tos ferina (EG,22.10.97, PL; EP; PI, 25.10.1997), brotes de meningitis (EG; SV, 25.12.1997), epidemias nosocomiales (SV, PL, EP, 22.07.2000, 23.07.2000, 23.07.2000, 25.07.2000, SV, 12.09.2002, 17.09.2002), brotes de varicela (SV, 10.09.1998), brotes de cólera y diarrea (PI, 05.07.1998, PL, 04.07.99, PL, SV, 12.10.99, LH, 12.10.99, PL, LH, 25.01.2000, PL, 09.04.2002, La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 2 al 7 de febrero de 2004; pp. 5, PL, EP, 29.01.2005), dengue hemorrágico (AC, 20.07.2000, PL, SV, EP, 07.08.2000, SV, LH, PL, 27.09.2000, PL 03.10.2000, 04.10.2000, PL, 21.10.2000; SV, PL, AC, 22.07.2002, PL, 15.07.2005), Hepatitis A (SV, 03.04.2001; PL, AC, 16.10.2005, 25.10.2005), brote de paludismo (PL, AC, 16.10.2005, 25.10.2005). Los Actores Colectivos buscaban presionar al MSPAS, definido como Actor Institucional, a través de las denuncias públicas para que por un lado el Ministerio aceptara la situación crítica que estaban viviendo algunos sectores de la población, y por otro lado, la necesidad de implementar acciones urgentes que resolvieran los problemas. En la prensa escrita muchas veces no se encontraron réplicas por parte del MSPAS a las denuncias o demandas de los diferentes Actores Colectivos; no hacían declaraciones al respecto o minimizaba los hechos; se requerían de muchas denuncias por parte de los Actores Colectivos antes que el

MSPAS aceptara la situación que estaba viviendo la población guatemalteca: Las principales denuncias eran en torno a la ausencia de coordinación, de estrategias y de ejecución de acciones para solucionar los problemas de salud referidos a enfermedades infectocontagiosas. (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 9 al 15 de Febrero de 2004; pp. 7, del 16 al 22 de Febrero de 2004; pp. 8, SV, PL, AC, 22.07.2002 PL, 14.10.99 PL, SV, 12.10.99)

Gráfico 7. Causas de Mortalidad Infantil. Guatemala 1997-2000

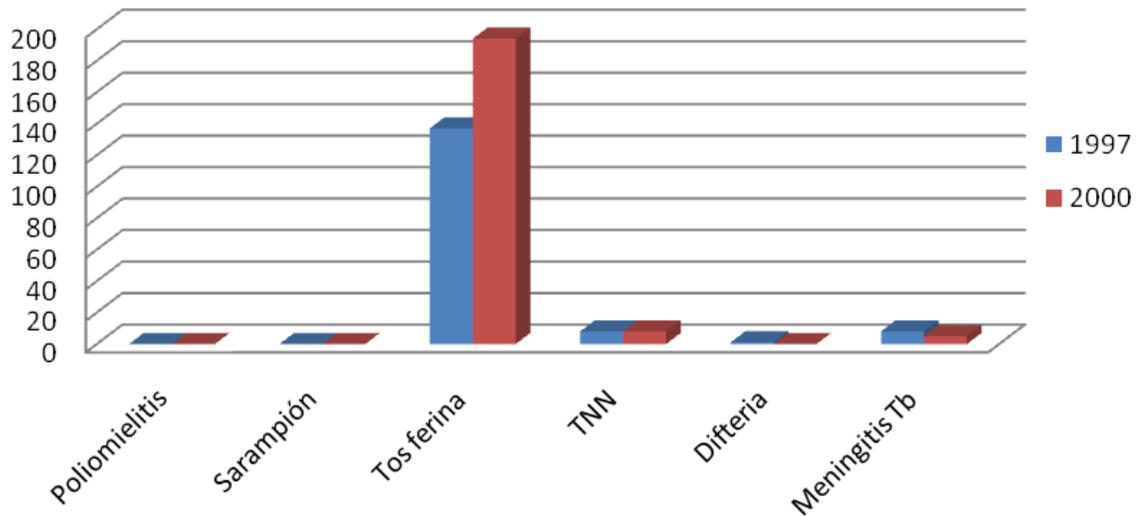


Fuente: elaboración propia a partir de datos de MSPAS, INE, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1998-1999, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (ENSMI, 2002)

Según las estadísticas, la neumonía fue la primera causa de mortalidad entre los niños menores de 1 año (10,6 por 1.000 menores de un año); 63% de los casos y 50% de las defunciones ocurrieron en los menores de cinco años (Gráfica 7). La tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años fue 14 por mil; 9 en el área urbana y 20 por 1.000 en el área rural. En la prensa escrita no se encontraron noticias sobre este problema.

Sobre las enfermedades que se pueden prevenir con la inmunización se presentaron casos de tosferina (137) en 1997 y (194) para el año 2000. También se registraron casos de tétanos (Gráfico 8).

Gráfico 8. Vigilancia de Casos de Enfermedades inmuoprevenibles. Guatemala 1997-2007.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de MSPAS, INE, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1998-1999

En la prensa escrita se reportó la implementación del programa de Vigilancia Epidemiológica para enfermedades Inmunoprevenibles. Se encontró énfasis en el programa de vigilancia para el VIH/SIDA. El programa se propuso en coordinación del MSPAS y ONGs. El programa incluía campaña de prevención por televisión y radio (EG, 15.03.1997).

De las enfermedades prevenibles por vacunación también hubo repuntes de tos ferina, varicela y meningitis. De todas ellas se encontraron notas en la prensa escrita: tos ferina brotes de meningitis, brotes de varicela (EG; SV, 25.12.1997, EG, 22.10.97, PL; EP; PI, 25.10.1997, SV, 10.09.1998). Estos problemas emergentes de salud suscitaron despidos de directivos de hospitales, centros de salud, inclusive de cambios de ministros de salud (SV, PL, EP, 22.07.2000, 23.07.2000, 23.07.2000, 25.07.2000)

De los informes oficiales aparecidos en la prensa escrita a raíz de las noticias el MSPAS definido como Actor Institucional, refieren que los casos reportados, por ejemplo de poliomielitis fue 1991. Sus reportes refieren que en 1996 no se reportaron casos de sarampión y en 1997 reportaron el último caso de difteria. Reconocen el aumento de casos de tos ferina en los años de 1996 a 1999, pero disminución de los casos en el 2000 y una cobertura con la vacuna de BCG superior al 90% (MSPAS, 2002).

En la prensa escrita aparecieron notas denunciando que los brotes epidémicos eran evitables, y que se presentaron por el deterioro de las vacunas y las deficientes campañas. Se hace referencia a vacunas reetiquetadas. Los AS que aparecieron fueron el movimiento de Derechos Humanos conformados como Actores Colectivos (ODHA, PDH, AALG), Actores Políticos (las fracciones opositoras), Actores Institucionales Internacionales (OPS, OMS, MSF). El problema de las vacunas causó gran polémica entre 1998 y 1999 finalmente la resolución estuvo a cargo de la OPS quienes hicieron un reporte en el que refieren que las vacunas tienen la calidad para ser utilizadas. Para el MSPAS el problema era la renuencia de la población a vacunarse (PL; EP; PI, 10.07. 1997).

“El ministro de Salud Pública y el representante de la OPS aseguraron a los diputados que conforman la Comisión Legislativa de Salud, que las polémicas vacunas reetiquetadas con una vigencia ampliada tienen calidad para ser utilizadas. La Procuraduría de los Derechos Humanos exigió que se suspenda la campaña de vacunación”. (PL, LH, EG 08.07.99)

“La Asociación de Abogados Litigantes de Guatemala, AALG, presenta ante el Ministerio Público y la Procuraduría de los Derechos Humanos una denuncia contra el Ministro de Salud Pública por el brote de tos ferina. Los partidos opositores desmintieron que se haya controlado el brote como lo declaró el MSPAS, y también negó que la población se negara a ser vacunada, y comentó que el problema fue la campaña deficiente de vacunación en la zona” (PL; EP; PI, 10.07. 1997).

En el 2000, según las estadísticas del MSPAS, la morbilidad por enfermedades infecciosas intestinales presentó un incremento de 21,6% con relación a 1999. En 1999, los menores de 5 años fueron el grupo más afectado con 61,8% de los casos. Se observó un incremento en los casos de cólera entre 1997 y 1999, donde se registraron 1.008 y 2.077 casos, respectivamente. En el 2000 se registraron 790 casos. En 1999 y 2000 se presentaron 18 y 6 defunciones por cólera. Los casos de

enfermedad diarreica aguda incrementaron de 16,015 casos en 1997 a 43,119 en 1998 y 50,799 casos para 1999. A partir de 2004 se establece un plan para solucionar este problema¹⁵. Para 2007 encontramos las mismas causas como las principales (Gráfico 8).

Estos datos concuerdan con lo aparecido en la prensa escrita. Se reporta denuncias de brotes de cólera y diarrea¹⁶ sobre todo durante 2000 y 2002 (PL, LH, 25.01.2000, PL, 09.04.200) Aunque durante todo el período hay denuncias sobre brotes epidémicos. No se tienen estadísticas de acuerdo a la región pero en la prensa escrita se reportan que los problemas se presentan sobre todo en la región de occidente, noroccidente y norte del país. Estos datos son congruentes con los que se reportan sobre desnutrición de la ENSMI 2002. La principal característica de esta región es que aquí vive una gran proporción de la población indígena. La polarización epidemiológica expresa la profunda desigualdad social y sanitaria que sufre la población guatemalteca.

“En el Quiché (Occidente del país) se reportaron 11 muertes ocasionadas por cólera, lo que da un total aproximado de 35 muertes a causa de esta enfermedad. No ha acudido autoridades de salud pública y asistencia social denuncia partido de oposición (PI, 03.07.1998).

“La PDH exigió acciones inmediatas del MSPAS tras la muerte de niños por rotavirus. A nivel nacional se reportaron 44 mil casos de diarreas, de las cuales el 16% eran rotavirus en 2004. Actualmente, hay 144 casos confirmados de rotavirus a nivel nacional”. (PL, EP, 29.01.2005)

“La ausencia de coordinación y de una estrategia en la cartera de Salud para enfrentar la emergencia por los casos de diarrea podría ser la respuesta a por qué el número de afectados sigue en aumento. La PDH afirmó que las autoridades no han tomado acciones para informar a la población de la gravedad de la crisis. Los casos de rotavirus han descendido en la capital y la mayoría de departamentos comunicó la directora de Comunicación del MSPAS. La funcionaria atribuyó el descenso a la campaña preventiva iniciada en diferentes medios de comunicación y hospitales nacionales” (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 9 al 15 de Febrero de 2004; pp. 7, del 16 al 22 de Febrero de 2004; pp. 8)

De las enfermedades transmitidas por vector los reportes indicaron que en 1999, se registraron 101,326 casos. En 1999, se registraron 3,617 casos de dengue (931,7 por 100.000). Se registraron dos casos de dengue hemorrágico y una defunción. En el 2000 se registraron 10,083 casos; de ellos 9,006 fue por diagnóstico clínico de

¹⁵ Elaboración de las normas y protocolos para la ejecución del Plan Estratégico 2004-2008 con el fin de disminuir la mortalidad Infantil en IRAS-EDAS. Además, se capacitó sobre el tema a enfermeras de áreas de salud del MSPAS y a coordinadores y otros tipos de recurso humano que ejecuta acciones sobre el tema. (Informe de Gobierno, 2004)

¹⁶ Desarrollo de Vigilancia Centinela para la detección, prevención, manejo y seguimiento de casos de rotavirus, en coordinación del MSPAS y el IGSS. (Informe de Gobierno, 2004)

dengue clásico (1,035 confirmados); 42 casos de dengue hemorrágico y 9 defunciones. En la prensa escrita aparecieron los reportes sobre la epidemia de dengue durante todo el período de estudio. El mayor número de notas que aparecieron fueron del MSPAS, Actor Institucional, declarando en alerta a los servicios de salud, implementando controles sanitarios y Comisiones Nacionales de Emergencia, sobre todo en las temporadas de lluvia, para la prevención de y combate de enfermedades diarreicas (PL, SV, EP, 07.08.2000, PL 03.10.2000, 04.10.2000, PL, 09.04.2002, SV, PL, AC, 22.07.2002, PL, 15.07.2005)

En cuanto a la malaria, la tendencia fue ascendente a partir de 1995 (255,57) y en 1998 se registraron 806,60 casos x 100,000 habitantes; tasas que incluyen casos clínicos y confirmados. El dengue ha presentado una tendencia ascendente, y para 1998 fue de 42.5 por 100,000 habitantes.

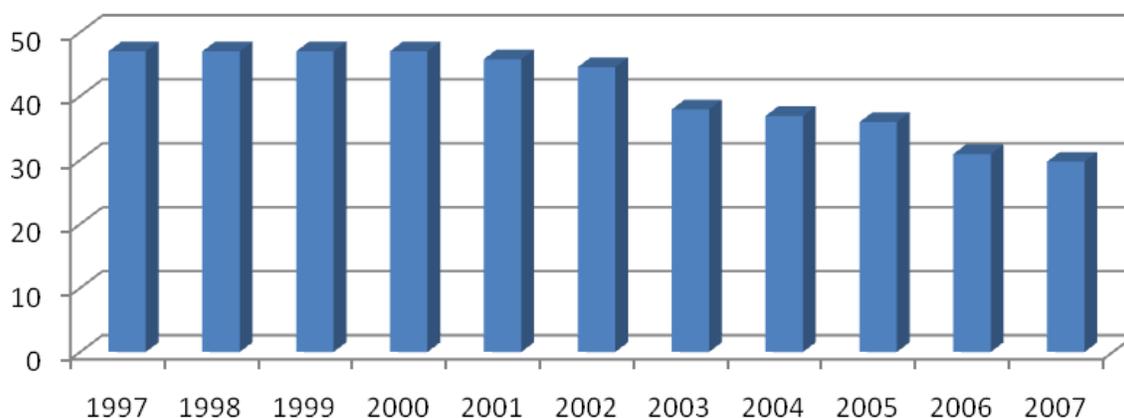
Es ampliamente reconocido que la mortalidad materna es un indicador estrechamente relacionado con el acceso a los servicios de salud, específicamente en lo que se refiere al control prenatal y atención del parto. Junto con la mortalidad materna, la mortalidad infantil es uno de los temas que más preocupan en Guatemala.

Las estadísticas reportan que para 1997 y 1999, la tasa registrada de mortalidad infantil (TMI) fue 37,7 y 40,5 y para 2007 se ubicó alrededor de 28 por 1.000 nacidos vivos (nv) (Grafico 9). La tasa de mortalidad neonatal y posneonatal fueron de 15,4 y 22,3 por 1.000 nv, respectivamente. La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1998-1999 (ENSMI-98/99), estimó la TMI en 45 por mil nv. La disminución durante el período fue de de casi 10 puntos porcentuales.

En torno a esta problemática se implementaron las siguientes acciones:

“Con el objeto de reducir la mortalidad infantil, el MSPAS-IGSS impulsó la Estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). Dicha estrategia se refiere a todo un abordaje de la atención de los niños desde el momento del nacimiento hasta que cumplen los cinco años de edad. Además, el MSPAS desarrolló el estudio Situación de salud del neonato en Guatemala, como base para el desarrollo de una estrategia que permita abordar la reducción de la mortalidad de este grupo poblacional” (Informe de Gobierno, 2004)

Gráfico 9. Tasa de Mortalidad Infantil (muertes/1000 nacimientos normales).
Guatemala 1997-2007.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de MSPAS, INE, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1998-1999

Datos del MSPAS de 1997 a 1999, indicaron tasas de mortalidad materna de 100,2 y 94,9 por 100.000 nv, respectivamente.

En la prensa escrita hubo muchas notas que reportaron que no hubo modificación en la tasa de mortalidad materna e infantil. En varios documentos se documenta lo preocupante de la situación

En los Acuerdos de Paz se establecía como una de las prioridades la reducción de la tasa de mortalidad materna e infantil en 50%, posteriormente en Objetivos del Milenio también se acuerda la reducción de la mortalidad infantil y mejorar la salud materna a través del Programa Nacional de Salud Reproductiva y el de Vacunación a cargo del MSPAS. Los convenios y firmas de estos acuerdos son presentados en la prensa escrita. Los principales actores que denuncia la falta de acciones para el cumplimiento de estos acuerdos fueron Organismos Internacionales, definidos como Actores Institucionales (PNUD, UNICEF, UNFPA, OPS) (PL; AC; RS; LH; EG, 04.08.1998, EP, 14.10.1998, LH, 11.07.2000, AC, LH, GF, PL, EP, SV, 02.08.2000). En el 2006 se presentan en los medios de comunicación los resultados de las Encuesta

Nacional de Condiciones de Vivienda 2004, Línea Basal de Mortalidad Materna 2002, Censo de Población 2002 y los avances por parte del Ejecutivo a través del SEGEPLAN, Actor Institucional, para seguimiento a los Objetivos del Milenio Guatemala, 2006)

En regulación se diseñó y formula las Leyes^{17,1819} causando gran polémica como se expone en el eje de regulación. Posteriormente, el programa tuvo dificultades para su ejecución debido al financiamiento y por lo tanto para su implementación.

La ENSMI 98/99 reportó que la tendencia en la utilización de métodos de planificación aumentó de 31,4% en 1995 a 38,2% en 1998 y 1999. Para 1999 se estimó en 5,3% la proporción de habitantes de 60 años y más. Sin embargo, en la prensa escrita se siguieron denunciando casos de mortalidad materna en regiones específicas, en algunos casos la situación permitió que las autoridades municipales, dado la descentralización conjuntaran esfuerzos con servicios privados.

“Los casos de mortalidad materna en el municipio de Santa Clara entre enero y agosto de este año ascienden a 29, por lo que el alcalde declaró un programa de salud preventiva en coordinación con el hospital privado Santa Clara”. (AC, 29.12.99)

El deterioro del nivel nutricional es otro problema que preocupó durante el período. La desnutrición en la población infantil se expresa en la mortalidad preescolar por deficiencias nutricionales. En la Gráfica 9 no es posible valorar la magnitud del problema en Guatemala dado que se compara este problema con las tasas enfermedades infecciosas. El subregistro de las enfermedades carenciales es muy

¹⁷ Decreto del Congreso 87-2005. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva. La Ley tiene como objeto según el artículo 1 asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar. Además establecer mecanismos dirigidos a la consecución de nuevas fuentes de financiamiento local, reduciendo la dependencia histórica de los servicios de planificación familiar de donantes internacionales. (Diario de Centroamérica, 2005)

¹⁸ Acuerdo Gubernativo 431-2005 y 1165. Aprueba el Acuerdo número 1165 emitido por la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que incorpora la Salud Reproductiva, como parte de las prestaciones en servicio que el Instituto otorga en la asistencia por Maternidad. (Diario de Centroamérica, 2005)

¹⁹ Diario Oficial el acuerdo 87-2005 Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar e integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. (Diario de Centroamérica, 2005)

frecuente pues se les reconoce como el sustrato de casi todas las enfermedades infecciosas pero difícilmente se diagnostica y registra.

En la prensa escrita se dio a conocer los resultados al respecto de la ENSMI 98/99 cuyos aspectos más sobresalientes fueron que Guatemala ocupa en primer lugar de desnutrición crónica en América Latina, por arriba de Haití y Perú. (AC, PL, 22.10.99). Según las estadísticas el 46% de los menores de cinco años, presenta algún grado de desnutrición crónica. La prevalencia de desnutrición global - peso/edad (P/E)- alcanza 24% entre los menores de cinco años (MSPAS, 2000, ENSMI 98/99)

En la prensa escrita este problema fue de los más debatidos, la PDH responsabilizaba del problema al Gobierno de Portillo y la falta de sensibilidad de la administración:

"La PDH indicó que el gobierno tuvo suficientes indicios para visualizar la hambruna que se venía venir porque tuvo conocimiento de la sequía, además de contar con un mapa de pobreza extrema que incluía a ciertas comunidades, y porque desde meses atrás, el Programa Mundial de Alimentos tenía guardadas grandes cantidades de víveres en las bodegas del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA)". (SV, PL, EP, AC, 01.09.2001)

"El presidente indicó que el problema de la hambruna no sólo es de esas comunidades, sino del país. "Me extraña el escándalo que han hecho, sí todo el mundo sabe que el 80% de los guatemaltecos viven en la miseria. Para eso es la Reforma Fiscal, para hacerle frente a la problemática, pero lejos de que ésta hubiese sido aprobada nos criticaron sin descansar" [...] Por otra parte, durante un recorrido realizado por Siglo Veintiuno, se confirmó que en las bodegas del Instituto Nacional de Comercialización Agrícola (INDECA) se guardaban miles de toneladas de alimentos. El Movimiento Social por los Derechos de la Niñez y Juventud responsabilizó al Estado por la muerte de niños y niñas a causa del hambre que han ocurrido y las que puedan producirse, por la falta de políticas públicas integrales a favor de la niñez y la juventud". (SV, PL, EP, AC, 01.09.2001)

"El titular de la (SEGEPLAN) dio a conocer que el próximo año se implementará la estrategia para erradicar la pobreza, pues actualmente el programa no está contemplado en el presupuesto. Los principales puntos de la estrategia consisten en dar prioridad a la educación y a la salud, abrir carreteras y llevar agua potable". (SV, LH, PL, 03.09.2001, 11.09.2001)

"La PDH responsabilizó al presidente y al vicepresidentes de la república por la desnutrición registrada. Son responsables por violar por omisión las libertades de los habitantes. La PDH extiende la responsabilidad a los ministros de Salud y Agricultura, a gobernadores y alcaldes de las comunidades donde 45 personas han fallecidas por desnutrición este año". (PL, AC, SV, 14.09.2001)

Para el 2002 seguían apareciendo notas en la prensa escrita sobre el problema por parte de Actores Colectivos (movimiento de Derechos Humanos) Actores

Socioprofesionales (trabajadores del Sistema Integral de Atención a la Salud) y Actores Internacionales (Programa Mundial de Alimentos).

"Aún existe el riesgo de que 17 mil 899 niños puedan morir a causa de desnutrición en todo el país, informó el SIAS. De acuerdo con la entidad, de 24mil 760 niños que padecen desnutrición a la fecha han sido atendidos 6mil 871 menores". (SV, 26.07.2002)

"La muerte de 19 niños en el período de tres meses, a causa de problemas de desnutrición, cosechas perdidas y el riesgo de otros 6 mil menores mueran, reporta el Programa Mundial de Alimentos (PMA). El problema de desnutrición afecta principalmente a 103 municipios, identificados por sus niveles de pobreza, falta de alimentos y sequía". (SV, 05.09.2002)

"En comunidades de Zacapa se enfrentan a una crisis alimentaria, y por lo menos 10 niños serán trasladados a un centro de recuperación porque sufren desnutrición severa. Según la Secretaría de Seguridad Alimentaria (SESAN) en el país hay 83 municipios con riesgo de desnutrición crónica en menores. Las comunidades identificadas se encuentran en departamentos del occidente, así como Alta y Baja Verapaz. Destacó que de los más de 12 millones de habitantes, un 79% sufre esta enfermedad". (PL, SV, 24.08.2007, 25.08.2007, SV 29.08.2007)

Las acciones gubernamentales se centraron en realizar acciones englobadas en los Programas: Programa Especial de Seguridad Alimentaria (PESA) en conjunto con organismos internacionales (FAO Organismo de la Organización de las Naciones Unidas para la lucha en contra del hambre).

"Para contrarrestar el hambre, que es el principal problema de salud en el país, fue presentado la segunda fase del Programa Especial de Seguridad Alimentaria (PESA) que se realizará con el apoyo del FAO. El Programa PESA funciona desde 1999 en forma piloto". (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 2 al 7 de febrero de 2004; pp. 9)

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (ENSMI, 2002) demuestra que la desnutrición crónica a nivel nacional afecta a 49.3% de la población menor de 5 años, lo que indica que la mitad de las niñas y niños de este grupo de edad está sufriendo condiciones adversas en su crecimiento, condiciones que generalmente están asociadas a una precaria situación social y económica. La quinta parte (21.2%) sufre de desnutrición crónica severa.

La desnutrición es mayor en el noroccidente y norte del país, con 68.3% y 61%, respectivamente y es el doble en las niñas y niños indígenas (69.5%) que en las y los ladinos (35.7%). La ESMI 2002 revela que la desnutrición ha subido en 3 puntos porcentuales al valor encontrado en 1998/99. En comparación con el año 1987, la desnutrición crónica ha disminuido un 8.6%. (Guatemala, 2006)

De los programas y leyes²⁰ que se formulan, diseñan e implementan para resolver el problema encontramos (PL, 07.11.2001AC, 29.12.99, AC, PL, 22.10.99, LH, 11.07.2000):

“El Ministerio de Salud Pública firmó un convenio de cooperación con los representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), UNICEF, UNFPA y PNUD, quienes conformarán el Grupo Temático de Salud. Dicho grupo tiene como objetivo fortalecer el proceso de reforma sectorial, la reducción de mortalidad materna e infantil y el aumento de las coberturas de vacunación, dentro del marco del cumplimiento de los Acuerdos de Paz”. (EP, 25.09.1998)

Sobre el VIH/SIDA, se sigue reportando como epidemia concentrada en poblaciones urbanas y en grupos tradicionalmente considerados de alta vulnerabilidad. Al 30 de junio de 2001, se habían notificado 4.197 casos (tasa de 35,9 por 100.000 hab) Entre 1984 y 1999 se reportaron 3,294 casos de VIH SIDA, de los cuales el 23% se registraron en el transcurso de los primeros nueve meses de 1999. El MSPAS en sus reportes reconoce un subregistro de 50%. El 74% son hombres; el grupo más afectado es el de 15 a 49 años, con 87% de los casos. En el 2000 la relación hombre: mujer fue 2:1. Hasta 1999 se conocían 141 casos de transmisión madre-hijo. La incidencia de SIDA en 1999 fue 266 y 316 en el 2000. El 70% de casos ocurre en personas entre los 15 y 29 años de edad. La transmisión es predominantemente sexual, con el 93% de casos reportados por esta vía. El 73% de los casos se reporta en Escuintla, Izabal, Suchitepéquez, Retalhuleu, Guatemala y Quetzaltenango. En todos los departamentos del país se encuentran casos de SIDA (MSPAS, 2000). En el Informe Anual, 2004 se mencionan las acciones implementadas.²¹

²⁰ Plan Sectorial para la Recuperación Nutricional. Se dio prioridad a 102 municipios que estaban en grave riesgo. Contó con la participación de 137 ONGs, trabajadores sociales, prestadores y administradores de servicios de salud que efectuarán acciones de vigilancia epidemiológica, vacunación y monitoreo, para detectar problemas de desnutrición. (PL, 07.11.2001)

Ley de seguridad alimentaria nutricional 2005. Impulsar acciones políticas tendientes a combatir la pobreza extrema y fortalecer la seguridad alimentaria y nutricional en el país. (Diario de Centroamérica, 2005) Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica (2005-2015).

²¹ Desarrollo de acciones de información, educación y comunicación (IEC) a nivel nacional, en apoyo a las intervenciones del Programa Nacional de ITS/VIH/sida. (Informe Anual, 2004)

Capacitación sobre normas y lineamientos de orientación del Programa de VIH/sida a orientadores del total de áreas de salud del MSPAS; y sobre transmisión madre-hijo a orientadores de las áreas de salud que implementaron el Programa. (Informe Anual, 2004)

Con grandes movilizaciones que logran la aprobación de la Ley General de VIH/SIDA en 2000²² (LH, 10.09.99, AC, 25.07.2001) aunque en la práctica seguían habiendo denuncias de violaciones a los derechos humanos de las Personas Viviendo con VIH/SIDA

“El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) presentó su séptimo cuaderno de trabajo, investigación e información, basado en la Exclusión Social y Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA). El PNUD explicó que la exclusión social hacia enfermos del VIH/SIDA se manifiesta en la violación de las garantías fundamentales como los derechos a la vida, la salud, la igualdad, el trabajo y la educación” (AC, 25.07.2000)

A partir de los problemas enumerados en 2006 se firma Acuerdo Nacional sobre la implementación del gasto social en la reducción de la pobreza con una serie de acuerdos de la mesa nutrición y salud que iban encaminados a resolver estas problemáticas socialmente relevantes.^{23,24}

En 1999 y el 2000, se produjeron una serie de sismos que ocasionaron daños en 12 departamentos. En noviembre de 1998, el huracán Mitch (PL. 10.01.99) (PL, 08.11.1998) ocasionó cuantiosos daños en 14 de los 22 departamentos del país, evacuándose 106.000 personas y ocasionando 268 muertes. En el 2000, la precipitación pluvial fue el doble de la del invierno de 1999, causando múltiples daños en la costa sur y occidente por el crecimiento de ríos (AC, 10.01.1999).

²² Crear un marco jurídico que permita aplicar los mecanismos necesarios para la educación, prevención, vigilancia epidemiológica, investigación, atención y seguimiento de las infecciones de transmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), así como garantizar el respeto y la promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por estas enfermedades. (Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH Y SIDA, 2006-2010)

²³ Áreas programáticas de intervención: 1. Nutrición con énfasis en la reducción de la desnutrición crónica. Si hay otros tipos de desnutrición, también deben ser cubiertos.. 2. Salud Reproductiva con énfasis en salud materno infantil y reducción de la mortalidad materna. 3. Infecciones de Transmisión Sexual con énfasis en Virus de Inmunodeficiencia Humana.

²⁴ Decreto 27 2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia; Decreto 14 2002, Ley General de Descentralización; Decreto 11 2002, Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural; Decreto 12 2002, Código Municipal; Decreto 42 2001, Ley de Desarrollo Social; Decreto 32 2005, Política y Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional; Decreto 52 2005, Ley Marco de los Acuerdos de Paz. Así como las siguientes políticas y planes: Política de VIH 638 2005, Política del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Política de Población y Desarrollo, Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas Plan de Equidad de Oportunidades 2001-2006 Política de Acceso Universal a la Planificación Familiar, Plan de Reducción de la Desnutrición Crónica; Plan de Reducción de la Mortalidad Materna; Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de ITS VIH SIDA.

Cuadro 1. Condiciones de Salud. Debate sociopolítico y Actores Sociales²⁵ aparecidos en la prensa escrita.
Guatemala 1997-2007

Problema	Actores Sociales	Posicionamiento	Resolución
Enfermedades Infecto-Contagiosas	Actores Socioprofesionales Trabajadores del MSPAS, Gremio Médico, Trabajadores del SIAS	Denuncias públicas sobre falta de acciones, vacunas de reetiquetadas, declaraciones de alertas	Programa de Atención a la Infancia
	Actores Colectivos (movimiento de Derechos Humanos, ODHA, PDH)	Denuncias de muertes y demandas	
	Actores Políticos (fracciones de oposición)	Denuncias y señalamientos públicos de ineficiencia	
	Actores Institucionales (Internacionales: OPS, OMS, MSF)	Intermediación (tema de vacunas)	
	Actores Institucionales (MSPAS)	Niegan repunte de brotes Declaraciones de alerta	
Materno-Infantil	Actores Institucionales Internacionales (UNICEF, PNUD)	Denuncia en informes falta de Acuerdos	Programa de Atención a la Infancia y el Programa de Salud Reproductiva.
	Actores Colectivos (Movimientos de Derechos Humanos)	Denuncias	
	Actor Institucional (MSPAS, IGSS, SEGEPLAN)	En documentos oficiales refieren compromisos ccumplidos y programas	
Desnutrición	Actores Colectivos (Movimiento Social por los Derechos Humanos: ODHA, PDH)	Denuncias públicas de falta de acción del gobierno Responsabilizan al Ejecutivo de muertes Denuncia que las bodegas del Instituto Nacional de Comercialización Agrícola guarda alimentos	Programa Especial de Seguridad Alimentaria en coordinación con la FAO
	Actor Socioprofesional (Trabajadores del SIAS)	Denuncian muertes y casos de desnutrición	
	Actor Institucional Internacional (PMA, Programa Mundial de Alimentación), PNUD	Denuncias muertes	
	Actor Institucional (Instituto Nacional de Comercialización Agrícola, SESAN,	Refieren que el problema es histórico y se están elaborando estrategias para erradicar la pobreza y hambre	
VIH/sida	Movimientos Sociales de Derechos Humanos (PDH, Personas viviendo con VIH/sida)	Denuncias de violaciones Desabasto de medicamentos	Ley General de VIH/sida

Fuente: Elaboración Propia a partir de la prensa escrita

²⁵ Si bien, el enfoque teórico plantea que se puede diferenciar los AS de acuerdo a su ámbito de acción, esto no significa que en situaciones históricas o en períodos de inflexión política establezcan alianzas con otros AS que también tienen intereses distintos que son subordinados al interés común que impone la crisis política, siempre y cuando no entren en contradicción con intereses particulares. De ahí, que en la columna referida a AS, la aparición de los distintos AS aparezca en varias categorías clasificatorias obedezca a este principio.

1.2. LOS CAMBIOS EN LAS POLÍTICAS DE LA FUNCIÓN DE REGULACIÓN Y LAS POLÍTICAS FISCALES

Respecto de a la redefinición de la función de regulación del SSG en la prensa escrita aparecen durante el periodo los debates legislativos²⁶ en torno a las siguientes iniciativas de ley: El Código de Salud, La Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), la Ley Marco de Salud, la Ley de Desarrollo Social, Ley de Concesiones, Ley para mejorar la Cobertura de Servicios Sociales, Ley de Consejos de Desarrollo y Código Municipal y la Ley de Desconcentración y Descentralización. Todas ellas encaminadas a establecer nuevas reglamentaciones en las relaciones del Estado y la Sociedad Civil, y todas ellas con diferentes niveles de avances.

Sobre los Acuerdos de Paz, se expone los problemas que hubo en torno a ellos, y en especial de lo referente al capítulo de salud del Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria²⁷.

Los principales AS que encontramos en este eje son: Actores Institucionales con poder de decisión, el Ejecutivo, el Organismo Legislativo, la Comisión de Previsión y Asistencia Social, la Comisión de Finanzas Públicas y Monetarias; quienes presentan las iniciativas de Ley; otros Actores Institucionales, sin poder de decisión, Ministerio de Finanzas, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Secretaría de Planificación y Programación (SEGEPLAN), Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP), Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), la Instancia Nacional de Mujeres. Los Actores Sociales definidos como Actores Políticos: Partido Acción Nacional (PAN), Frente Republicano Guatemalteco (FRG),

²⁶ El proceso legislativo del parlamento (Gobierno de Guatemala, 2009) inicia con la propuesta de iniciativa de ley enviada por el ejecutivo, el siguiente paso es la lectura en el pleno, pasa a la comisión respectiva, la comisión dictamina, regresa al pleno, se da lectura en sus tres debates, posteriormente es posible declararlo de urgencia nacional y se acortan los pasos para su aprobación, sino es así, se discuten los artículos, se presentan las enmiendas y se le asigna un número correlativo y el año de su aprobación. Se envía el decreto al ejecutivo para su sanción o veto, en caso de sanción ejecutivo lo publicar en el Diario Oficial de Centroamérica y posteriormente entra en vigencia 8 días después de su publicación.

²⁷ En dicho Acuerdo se plantean entre otras cosas, la priorización de la lucha contra la desnutrición, del saneamiento ambiental, la salud preventiva, las soluciones de atención primaria y especialmente materno-infantil. Las metas precisas que se acordaron fueron alcanzar el 50% del gasto en salud para la atención preventiva, la reducción en un 50% de la mortalidad materno infantil para el año 2000, mantener la certificación de erradicación de la poliomielitis y alcanzar la de sarampión para el año 2000. (Acuerdo Nacional Sobre la Implementación del Gasto Social en la Reducción de la Pobreza, Guatemala, 2006)

Gran Alianza Nacional (GANAN), quienes en la mayoría de los casos apoyaban las iniciativas del Ejecutivo como proyecto político. Las fracciones políticas débiles: Democracia Cristiana Guatemalteca (DSG), Unión Democrática (UD) y el Partido Libertador Progresista (PLP), Unión de Centro Nacional (UCN) que para algunas iniciativas de ley se mostraban a favor y para otras en contra. Los partidos que se encontraban en la oposición: Unión Revolucionaria Guatemalteca (URNG), Frente Democrático Nacional Guatemalteco (FDNG). Los Actores Colectivos, del movimiento de Derechos Humanos (la Procuraduría de Derechos Humanos –PDH-, Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado ODHA y otras ONG que trabajan el tema, Colectivo de Organizaciones Sociales), del movimiento de sindicatos (Unidad Acción Sindical y Popular –UASP-, Unión Guatemalteca de Trabajadores –UGT-, Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud de Guatemala –SNTG-, Sindicato de Trabajadores del IGSS –STIGSS-, Frente Unificado de Trabajadores del IGSS –FUSTIGSS- movimiento de derechos humanos indígenas (Coordinación de Organizaciones del Pueblo Maya –COPMAGUA- Coordinadora Nacional de Organizaciones Campesinas –CNSP-, movimiento en defensa de los Acuerdos de Paz (Comisión de Acompañamiento de los Acuerdos de Paz –CAAP-, Consejo Nacional de los Acuerdos de Paz –CNAP-) Actores internacionales (Misión de las Naciones Unidas para Guatemala –MINUGUA-, Organización de las Naciones Unidas –ONU-, Banco Interamericano de Desarrollo –BID- Agencia Internacional de Desarrollo –AID-, Banco Mundial –BM-, Consejo Consultivo para los Acuerdos de Paz) con diferentes intereses, demandas y posicionamientos dependiendo de los temas que se trataron.

Uno de los temas, apenas iniciado el período con la firma de los Acuerdos de Paz en 1997, ocurre en torno al debate sobre aprobación del Código de salud y que se habrá de ratificar más adelante en el decreto del Congreso en el Diario Oficial de Centroamérica (Decreto del Congreso 90-97)²⁸. El proyecto de ley para el Código de

²⁸ Se busca que el Estado, cumpla con su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del ministerio de salud pública y asistencia social y en coordinación con las instituciones estatales, entidades descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, en donde realizaran acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias

Salud fue presentado por los diputados, definidos como Actores Políticos, pertenecientes al PAN partido oficialista. A favor de la iniciativa estaba la Comisión de Salud del Congreso, Actor Institucional, cuyo presidente también pertenecía al PAN. Otros Actores Políticos que participan son del Frente Democrático Nueva Guatemala (FDNG), Frente Republicano Guatemalteco (FRG) y Democracia Cristiana Guatemalteca (DCG), partidos de la oposición y diputados independientes quienes se oponían, junto con los Actores Colectivos aglutinados en el movimiento social de defensa de los Derechos Humanos. PDH, Asamblea de la Sociedad Civil (ASC), del movimiento sindical (Sindicato de Trabajadores de Servicios de Salud). (PL., 03.10.97).

El debate sobre el Código se genera porque se pretende facultar al Ministerio de Salud Pública (MSPAS) cobrar la prestación de servicios tanto de primer como segundo nivel de atención (cobro en hospitales estatales), así como obtener donaciones para constituir fondos privados. En términos generales la propuesta que hacía el partido oficialista PAN planteaba que el MSPAS debía cumplir su función rectora, mientras que la administración y prestación de los servicios de salud debería ser a través de organizaciones privadas.

También se faculta, en el Código de Salud, a las municipalidades y otras instituciones del sector para la administración parcial o total de la prestación de servicios de salud (SV, 01.02.1997). Los trabajadores sindicalizados de la salud y la ASC (Informe Semanal, No. 31/03, 19.08.2003; pp. 9)²⁹, los partidos opositores intentaron imponer sus demandas en la modificación los artículos 1, 5, 22, 23, 104 que permitían el cobro de servicios. Las estrategias iban desde las movilizaciones y manifestaciones nacionales, así como realizar lobby o romper el quórum en el congreso (EP, PL, GF, SV, 25.09.97). El PAN, impuso su mayoría parlamentaria y aprobó el Código de Salud. (CEG, 02.10.97; 03.10.97). A partir de ahí hay

pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. (Diario de Centroamérica, 1997)

²⁹ En este caso la base de datos de la Comisión de Derechos Humanos de Guatemala (CDHG) no refiere las fuentes específicas, sino sólo lo cita como Informe Semanal o Guatemala en la Semana y la fecha y la página del documento.

movilizaciones, informes y documentos que analizan el impacto del Código de Salud (EG, 22.10.97), por ejemplo el Seminario Trayectorias en su publicación refiere que el nuevo Código de la Salud es producto de elaboración de instituciones de salud privadas nacionales y van en contra de los mandatos de los Acuerdos de Paz (EG, 22.10.97).

Las demandas planteaban modificar los artículo 1 y 5, (Informe Semanal, No. 31/03, 19.08.2003; pp. 9) porque desde el punto de la sociedad civil no establecían con claridad la obligación del Estado de brindar los servicios de salud, y en torno a lo cual realizaron gran cantidad de movilizaciones nacionales (Informe Semanal, No. 31/03, 19.08.2003; pp. 9). Sin embargo, no hay respuesta, por el contrario, las modificaciones mantienen la misma tendencia.³⁰

En lo referente a la reforma del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), y ya que la Seguridad Social pertenece al ámbito del beneficio público, interesa conocer el debate a las reforma de la Ley Orgánica de esta institución. Esta reforma se contemplaba desde el Programa Sectorial del BID de 1993 (BID, 1993) y forma parte de la Reforma del Sector Salud en lo concerniente a la rectoría y prestación de servicios y se concreta en la aprobación de la Ley Orgánica del IGSS.

En la prensa escrita, aparece el debate desde 1997. A favor de los proyectos para modificar la Ley Orgánica del IGSS, según la prensa, estaban los Actores Políticos, el partido oficialista en turno (PAN) y el FRG, y Actores políticos opositores a las

³⁰ Acuerdo Gubernativo 115-99 "El Reglamento regulará el MSPAS, la estructura interna y funciones así como la organización y desarrollo de los servicios de salud con base en los principios de desconcentración y descentralización de sus procesos técnico-administrativos"

Decreto del Congreso 53-2003 Artículo 4 "El Estado, a través del MSPAS y demás instituciones públicas, velará porque se garantice la prestación del servicio de salud a toda persona guatemalteca, en forma gratuita."

Artículo 5 " El Estado garantizará el derecho a la participación de las comunidades en los programas y servicios de salud, en lo que respecta a la planificación, organización, control y fiscalización social."

Acuerdo Gubernativo 33-99

Delega las funciones de gestión administrativa y de ejecución y supervisión de la prestación de servicios públicos de salud a terceras personas.

Acuerdo Gubernativo 376-2007 "Reglamento para la regulación, autorización, acreditación y control de establecimientos de atención para la salud. Que tiene como objeto desarrollar el proceso de regulación, autorización, acreditación y control de los establecimientos de atención para la salud de servicio privado y estatal" (Diario de Centroamérica, 1999-2007)

reformas del sector salud (URNG, FDNG) (AC, 15.12.99). Actores Institucionales, el Organismo legislativo y la Comisión de Salud con poder de decisión (EG, 25.09.97). En contra de la Ley Orgánica, se aglutinaron diferentes movimientos sociales para la lucha contra la iniciativa de ley, entre ellos encontramos a diferentes Actores Colectivos cuyo posicionamiento era en contra de la Ley, pero cada uno con diferentes intereses: la Asociación de Pensionados del Seguro Social, entidad que aglutina a la Unión Acción Sindical y Popular (UASP), trabajadores del IGSS y organizaciones sindicales, como el Frente Unitario de Sindicatos del IGSS (FUTIGSS (AC, 15.12.99). Las principales denuncias son respecto a la privatización de los servicios y la desaparición de los servicios de salud del IGSS (EG, 19.01.99).

La URNG, en oposición a las reforma de ley, demandaban que el IGSS requiera de una gestión administrativa plenamente autónoma. En su opinión el verdadero trasfondo de la iniciativa perseguía intereses de grupos empresariales de controlar y manejar las reservas financieras del IGSS (EG, 25.09.97).

Posteriormente la Corte de Constitucionalidad (CC) resolvió devolver la autonomía al IGSS, y propone que se reforme la ley orgánica de la institución (PL, EP, 12.09.2000). Se presenta al Congreso de la República una iniciativa de ley por parte del Ejecutivo y cuyo partido oficialista (FRG) apoyaba ampliamente. (PL, SV, 26.07.2002, LH, SV, 05.09.2002). El proyecto de Ley se discutió durante más de un año en el Organismo Legislativo ya que el partido oficialista no lograba contar con la representatividad necesaria para aprobar dicha iniciativa de ley. Finalmente los diputados del partido oficialista (FRG) aprobaron el acuerdo 08-2004 para lectura en la Comisión de Salud. La principal controversia era alrededor del artículo 4-76 de la Ley Orgánica del IGSS, el cual le permitía contratar servicios³¹ y de los artículos IX-71 y 72 de la Ley Orgánica del 56. Finalmente, se aprueba la iniciativa de Ley

³¹ "Artículo 71 Capítulo IX. El Instituto debe fomentar la creación y desarrollo de regimenes de previsión social cuyas prestaciones tengan carácter de adicionales a los que el régimen de Seguridad Social otorgue"

"Artículo 72 Capítulo IX. El Instituto y las iempresas de seguros privados, propiedad del Estado o de particulares deben coordinar sus actividades de manera que haya un auxilio y estímulo recíproco y constantes, así como la delimitación de la esfera de aquél y de éstos"

emanada del Ejecutivo. (La Semana en Guatemala, Resumen de noticias, del 26 de enero al 1 de Febrero de 2004; pp. 2, La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 12 al 18 de abril de 2004; pp. 4, La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 19 al 26 de abril de 2004; pp. 4).

Durante el período se observó que los trabajadores del IGSS, referidos como Actores Colectivos, organizados en movimiento social sindical -Unión Guatemalteca de Trabajadores (UGT), STIGSS, UASP, la Central General de Trabajadores de Guatemala (CGTG), la Central de Unidad Sindical de Guatemala (CUSG), la Central de Trabajadores del Campo (CTC), la Federación Sindical de Empleados Bancarios y de Seguros y la Federación Sindical de Trabajadores de la Alimentación y Similares-, se aliaron y lucharon, a través de diferentes medidas por devolver la autonomía al IGSS (EG, 19.01.99, EG, 25.09.97, PL, 14.01.2000) a pesar de los diferentes intereses y la historia de cada uno de los Actores Colectivos, les unía el interés de defender las reservas financieras del IGSS.

La primera iniciativa de ley fue propuesta por el partido oficialista en 1997, para la oposición la iniciativa presidencial no reunía los elementos para hacer efectiva la autonomía del Seguro Social (AC, 09.01.2002, AC, LH, SV, 08.02.2002). La iniciativa de ley se trató implementar aprovechando la representatividad del partido oficialista y el cabildeo hecho con el FRG en el pleno (LH, PI, SV, 29.11.99; PI, PL, EP, SV 02.12.99, SV, PL, 01.12.99; 03.12.99), a través de las movilizaciones logran firmar un acuerdo tripartito la UGT, CACIF, IGSS (EG, 19.01.99). Las argumentaciones de los partidos de oposición eran diversas (Centros de Estudios de Guatemala, 15.12.99), no obstante, de la lucha realizada por la oposición, se aprueba la Ley Orgánica que permite la desmonopolización y la creación de los seguros privados de salud. La principal transformación en este sentido permitió que el esquema solidario y redistributivo, principios inherentes a la seguridad social, no se mantuvieran, y a la vez, por lo tanto, fortalecer los seguros privados a través de la compra de servicios con fondos públicos.

La principal iniciativa de Ley (AC, SV, LH, 26.09.2006), que permitiría la transformación del sistema de salud hacia la privatización de los servicios de salud fue la llamada Ley Marco de Salud³². A favor de la iniciativa de ley se presentan el Ejecutivo, el partido oficialista del gobierno de Álvaro Colom del partido Unidad Nacional Esperanza (UNE), y el BID (Slowing & Alvarado, 2008, PL, 28.03.2007).

Los Actores Colectivos, del movimiento sindical de trabajadores de Salud Pública, , el gremio médico, representados por la Junta Directiva del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, del movimiento de defensa de los Acuerdos de Paz de la ASC, del Consejo Nacional de los Acuerdos de Paz (CNAP), se movilizan para protestar en contra de esta iniciativa de ley por considerar que implica la privatización de servicios del sector, ya que en el texto de los artículos 22, 26 y 27 se permitía la subrogación de los servicios de salud.

“[el CNAP indica que la iniciativa ley permite] demasiada participación al sector privado [...] no contiene aspectos fundamentales de los Acuerdos de Paz. En cambio, resta al Estado la obligación constitucional de garantizar la salud, al integrar en un ente coordinador a sectores empresariales, aseguradoras y universidades privadas, entre otros” (PL, 09.05.2007).

“La Junta Directiva del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala demandan al Congreso de la República la suspensión definitiva del proceso legislativo alrededor de la iniciativa e iniciar un proceso de estudio, análisis y propuesta de un nuevo sistema de salud nacional, a partir del acuerdo establecido, entre el gobierno, el Colegio de Médicos y Cirujanos, la Comisión Médica Interinstitucional, la USAC y la PDH”. (PL, 09.05.2007, PL, 28.03.2007, 04.08.2007).

Hasta finales del período no se había aprobado la ley (PL, 10.07.2007). Pero en la práctica se realizaron estrategias que van encaminadas en la misma lógica.³³

³² En el marco del Plan Visión País se impulsa esta iniciativa de Ley. Uno de los principales puntos del debate era la iniciativa 3609 en el Título IV que proponía la creación del Consejo Nacional de Salud (CNS) con como ente rector, se plantea claramente la necesidad de reforma justificándola con la transición demográfica y epidemiológica que ocurre en el país, así como argumentaciones técnicas para la lograr la equidad, calidad, eficiencia y eficacia en los servicios de salud. A través de esta iniciativa de ley se pretende crear con el Título III el Sistema Nacional de Salud, en forma general propone la separación de funciones, en el Título V Modelo de Atención de Salud y Gestión de los Servicios Públicos de Salud (Plan Visión País, Anteproyecto de Ley Marco de Salud, Gobierno de Guatemala, 2007).

³³Acuerdo Gubernativo 376-2007 “Reglamento para la regulación, autorización, acreditación y control de establecimientos de atención para la salud. Que tiene como objeto desarrollar el proceso de regulacion, autorizacion, acreditacion y control de los establecimientos de atencion para la salud de servicio privado y estatal. (Diario de Centroamérica, 2007)

“En 2004, por medio del programa de extensión de cobertura, el MSPAS atendió a 3.2 millones de personas. Para ello contó con administradoras de salud y prestadoras de servicios contratadas por ONG y con médicos ambulatorios, vigilantes de salud y comadronas capacitadas.” (Informe de Gobierno, 2004)

“Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de las competencias, responsabilidades, recursos y poder de decisión a las áreas de salud y hospitales (..)Modernización del sistema de gestión administrativo financiero y de

La carencia de lineamientos políticos claros y los equipos conductores del proceso no permitieron la consolidación de un proyecto, ni fortalecer el poder de decisión del MSPAS. Se dieron diferencias políticas y personales entre los funcionarios del MSPAS, los viceministros, directores de programas y directores de hospitales que provocaron un constante cambio de autoridades y gestiones de corto plazo, coyunturales y de contingencia.

El debate en torno a la rectoría del MSPAS fue la creación de los terceros viceministros³⁴ (LH, SV, 10.11.2000, 11.11.2000, SV, 02.02.2000), nuevas dependencias y el Consejo Nacional de Salud³⁵ (LH, SV, 10.11.2000, 11.11.2000, PL, SV 18.11.2000, 24.11.2000, SV, 26.08.2002, PL, 03.02.2001). No obstante la oposición al proyecto³⁶ por parte de los Actores Políticos de las fracciones políticas en oposición, por considerarse un aumento en la utilización de los recursos y duplicidad en las funciones, se aprueba la iniciativa de ley propuesta por el partido oficialista (FRG) para la creación del viceministro de salud. Quién más se opone a esta nueva figura rectora es el PAN (PL, 02.03.2000), ya que, según sus declaraciones, era incongruente con el plan de austeridad. Se establece que el

planificación del MSPAS como elemento básico de apoyo a la prestación de servicios de salud...Fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud. (Informe de Gobierno, 2006)

Acuerdo Gubernativo 461-2007 "Aprueba la subvención otorgada por la agencia española de cooperación internacional al MSPAS. La Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) al MSPAS, por un monto de doscientos cincuenta mil Euros (€250,000.00), la cual tendrá el carácter de no reembolsable, para la realización del proyecto "Mejora de los Servicios de Salud". (Diario de Centroamérica, 2007)

³⁴ Acuerdos Gubernativos 60-2000 y 68-2000. Se acuerda crear el tercer viceministro de salud pública y asistencia social, para el fortalecimiento del desarrollo de las funciones propias del MSPAS. También se hace mención del Apoyo Presupuestario, que estará a cargo del El Ministerio de Finanzas Públicas queda encargado de efectuar las operaciones presupuestarias que legalmente procedan para los efectos de facilitar el funcionamiento del Viceministro creado.

³⁵ Se contempla en el Código de Salud. El CNS puede promover mecanismos de planificación, coordinación y articulación entre instituciones del sector, para mejorar su equidad, eficacia, eficiencia y accesibilidad. El CNS puede brindar asesoría al MSPAS en la formulación y evaluación de políticas y estrategias y en el desarrollo de planes nacionales de salud. El CNS puede contribuir a fiscalizar el cumplimiento de las políticas públicas acordadas. El CNS puede operar como un sistema de pesos y contrapesos en la toma de decisiones en salud (Slowing & Alvarado, 2008). Conformado por el MSPAS, IGSS, Ministerio de Educación, la Asociación Nacional de Municipalidades, Universidades, Colegios y ONG afines a salud, Asociación de Hospitales Privados y Seguros Médicos Privados y el CACIF. (Gobierno de Guatemala, 2009)

Acuerdo Gubernativo 68-2001 "Reglamento general del Consejo Nacional de Salud. Reglamento que norma todo lo relativo a la estructura, organización, atribuciones y funciones del Consejo Nacional de Salud. Este Consejo funcionará adscrito al MSPAS. Tendrá su sede en las instalaciones del Ministerio de Salud.

³⁶ Acuerdo Gubernativo 243-2003D "Crear la Comisión Nacional para la Promoción, Defensa y Desarrollo de la Salud (CONAPRODESA), cuyos principales objetivos serán los de defensa y desarrollo de la salud de todos los habitantes de la nación, por medio de la evaluación, estudio y presentación de propuestas técnica concretas al ministerio de salud pública y asistencia social" (Diario de Centroamérica, 2003)

trabajo del nuevo viceministro de Salud sería coordinar la red hospitalaria y servicios de salud en el país³⁷. (SV, 02.02.2000).

Durante el período de estudio se observa que diferentes administraciones no tenían un plan de gobierno. Se anunciaban, después de la creación de viceministros, la eliminación de ministerios o secretarías³⁸. (La Semana en Guatemala, Resumen de noticias, del 9 al 15 de Febrero de 2004; pp2; SV, 23.01.2001, SV, 24.01.2001, SV, 08.08.2001, RS, PL, 30.01.2007).

“El cierre de la Unidad Ejecutora de Proyectos de Servicios de Salud (UNEPSSA) es una orden del presidente Alfonso Portillo [...] pero antes será creada una comisión temporal, que revisará los negocios y contrataciones llevados a cabo por dicha unidad. Después de suprimir UNEPSSA, el Ministerio de Salud integrará la Unidad Ejecutora de Proyectos de Salud Pública (UPRISAL), que se encargará de la planificación y ejecución de los proyectos de construcción, ampliación, mejoramiento, reconstrucción y mantenimiento de dichos servicios”. (SV, 23.01.2001)

El Comité Coordinador de Asociación Agrícolas, Comerciales, Industriales y Financieros (CACIF), organización que aglutina al grupo económico con mayor poder en Guatemala y viendo sus intereses afectados por los nuevos grupos emergentes económicos claramente hacían referencia a la falta de conductividad por parte del Gobierno (PL, 15.04.2001).

El CACIF hacía clara referencia a que el ejecutivo no mandaba, quien en realidad parecía tener el poder durante el período de 2000-2004 fue el General Ríos Mont quien defendía los intereses del sector económico emergente como se verá en la aprobación de diferentes leyes (Ley de Propiedad Industrial) sobre todo las relacionadas con las políticas fiscales, y que beneficiaban, no sólo al tradicional CACIF, sino a grupos financieros emergente y a los grupos de militares tal como se podrá observa en el tema de financiamiento (PL, 15.04.2001).

³⁷ Acuerdo gubernativo 635-2006 Se acuerda crear el tercer viceministro de salud pública y asistencia social, para el fortalecimiento del desarrollo de las funciones propias del MSPAS. También se hace mención del Apoyo Presupuestario, que estará a cargo del El Ministerio de Finanzas Públicas queda encargado de efectuar las operaciones presupuestarias que legalmente procedan para los efectos de facilitar el funcionamiento del Viceministro creado. (Diario de Centroamérica, 2006)

³⁸ Acuerdo Gubernativo 17-2001 Crear la Unidad Ejecutora encargada de la planificación y ejecución de los proyectos de construcción, ampliación, mejoramiento, reconstrucción y mantenimiento, de infraestructura de salud. (Diario de Centroamérica, 2001)

El General Ríos Mont, quien fungía como presidente del congreso, mantenía el control del poder, y esto se expresa en que el plan se negocia entre él y el Presidente de la República, Alfonso Portillo (AC, LH, GF, PL, EP, SV, 02.08.2000) y las transferencias de recursos a los paramilitares a través de indemnizaciones y al Ministerio de Defensa como se verá en el eje de financiamiento:

Sobre los planes de gobierno de políticas sociales en general y las de salud en particular, se retoman las propuestas del BID³⁹, definido como Actores Institucional Internacional. Muchas de las políticas están enmarcadas en la firma de los préstamos del BID (ver eje Financiamiento). La principal reforma propuesta del BID es el Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud⁴⁰ (BID, 1993). A través de la Ley de Coordinación del Sector Salud plantea la división de las funciones, y el MSPAS debe cumplir únicamente con su función rectora⁴¹, mientras que la administración y prestación de servicios de salud debería darse a través de organizaciones privadas. Destaca la implementación de paquetes básicos, la selectividad y focalización en los tres niveles de atención (MSPAS, Política de Salud 1996 -2000, 1996, BID, 1993).

Al llegar al gobierno, el FRG no tenía un plan de gobierno por lo que solicitan a través del Congreso de la República, que la Secretaría de Planificación y

³⁹ Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud financiado por el BID y ejecutado por el MSPAS. Objetivos: a) las políticas macroeconómicas deberán ser congruentes con los objetivos del Programa b) el establecimiento de mecanismos de coordinación sectoriales por medio de la emisión de un proyecto denominado, Ley de Coordinación del Sector Salud c) la reorganización y descentralización administrativa y financiera del Ministerio de Salud d) la racionalización del personal y el mejoramiento de los sistemas gerenciales e) el aumento de los recursos públicos asignados al Ministerio de Salud para asegurar la sustentabilidad financiera del proceso de extensión de cobertura f) la reorientación de los recursos públicos a los servicios básicos g) el desarrollo de cambios legales e institucionales que faciliten la participación del sector privado en el financiamiento, administración y provisión de servicios de salud h) el desarrollo de programas de recuperación de costos y la formación de patronatos i) el desarrollo de un nuevo modelo de atención de salud fundamentado en la descentralización, la dotación de un paquete mínimo de atenciones y la participación comunitaria. (BID, 1993)

⁴⁰ Entre otras estrategias se incluyen las siguientes: a) las políticas macroeconómicas deberán ser congruentes con los objetivos del Programa b) el establecimiento de mecanismos de coordinación sectoriales por medio de la emisión de un proyecto denominado, "Ley de Coordinación del Sector Salud", c) la reorganización y descentralización administrativa y financiera del Ministerio de Salud d) la racionalización del personal y el mejoramiento de los sistemas gerenciales, e) el aumento de los recursos públicos asignados al Ministerio de Salud para asegurar la sustentabilidad financiera del proceso de extensión de cobertura, f) la reorientación de los recursos públicos a los servicios básicos, g) el desarrollo de cambios legales e institucionales que faciliten la participación del sector privado en el financiamiento, administración y provisión de servicios de salud, h) el desarrollo de programas de recuperación de costos y la formación de patronatos, i) el desarrollo de un nuevo modelo de atención de salud fundamentado en la descentralización, la dotación de un paquete mínimo de atenciones y la participación comunitaria.

⁴¹ Acuerdo Gubernativo 376-2007 "Reglamento para la regulación, autorización, acerditación y control de establecimientos de atención para la salud. Que tiene como objeto desarrollar el proceso de regulación, acreditación y control de los establecimientos de atención para la salud de servicio privado y estatal"

Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) elabore una propuesta (SV, PL, 25.07.2000). Parte de la iniciativa propuesta del Plan (Matriz de Política Social) que se aboca, en lo referente a salud, a aumentar la cobertura de los servicios de salud en 80%, y a combatir la mortalidad materna/infantil, metas que coinciden con los Acuerdos de Paz.

En relación a la matriz de política social (SV, 28.07.2000) una de las estrategias apunta a anulación de 9 de los fondos que se habían establecido durante los Acuerdos de Paz. Sólo cuatro de ellos permanecen: (Centro de Convergencia Comunitario, 1997) el Fondo de Inversión Social (FIS), el Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ), el Fondo de Solidaridad para el desarrollo Comunitario (FSDC) y la Secretaría de Desarrollo Social (EP, SV, 21.07.2000). El más importante para la investigación es el FIS⁴², ya que muchos de los recursos para la prestación de servicios de salud los administraba y gestionaba este fondo, y era el encargado de realizar los contratos con organizaciones privadas sin fines de lucro para la atención de la población. Entre las nuevas tareas que se le adjudica son los proyectos de agua potable, letrinización, proyectos productivos, equipamiento y construcción de centros de salud y hospitales en toda la república (EP, SV, 21.07.2000).

La Ley Marco de Salud, se diseña como acuerdo político entre los secretarios generales de los distintos partidos políticos con representaciones en el congreso, funcionarios de gobierno y personalidades del ámbito nacional. Estos Actores Políticos firmaron el acuerdo Marco del Plan Visión País⁴³ (AC, SV, LH, 26.09.2006), donde se comprometían en los próximos 15 años, dar seguimiento a políticas de Estado en las áreas de salud, educación, desarrollo rural y seguridad. El documento expresa que:

⁴² Centro de Convergencia Comunitario (1997) Se constituyen los siguientes fondos: Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ), Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Comunitario (FSDC) y el Fondo de Inversión Social (FIS) (Diario de Centroamérica, 1997)

“Construcción, por medio del FIS, de 38 Puestos de Salud o Centros de Convergencia y equipamiento de 56 centros con instrumental básico, mobiliario y equipo médico quirúrgico” (Informe de Gobierno, 2004)

⁴³ Acuerdo político por cuyo medio se promueve la institucionalidad de políticas pública permanentes con el objetivo de mostrar una orientación general para “mejorar la deplorable e inaceptable situación imperante, caracterizada por la crisis aguda y crónica que en materia de salud, seguridad social y nutrición vive la población guatemalteca” (Guatemala, s/f)

“[...] es el consenso de políticas públicas que trascenderán cualquier gobierno, pero para lo cual todas las agrupaciones concordaron en la necesidad de retomar la discusión del tema fiscal” (EP, PL, SV, Diario de Centroamérica, 11.10.2006).

En el documento se ratifica que las agrupaciones políticas, desde la oposición o en el gobierno, se comprometen a implementar las acciones propuestas, teniendo presentes los objetivos de corto, mediano y largo plazo, que fueron definidos por los propios partidos (EP, PL, SV, Diario de Centroamérica, 11.10.2006). Algunos de los objetivos eran:

“[...] la transformación del modelo de atención de la salud, a partir del desarrollo de una concepción integral de ésta en el marco de una práctica humanista y solidaria; la formulación e implementación de acciones integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, en correspondencia con el perfil demográfico y epidemiológico de cada una de las regiones del país, asegurando un enfoque intercultural, de género y por edad” (AC, SV, L, 26.09.2006):

A pesar de ello no se logra en el Legislativo, que ninguna de las cuatro iniciativas surgidas del acuerdo se convirtiera en ley (PL, 09.05.2007). Para los Actores Colectivos con intereses económicos en el plan Matriz (CACIF) que apoyaban la iniciativa de ley, el problema era que la campaña política había relegado la aprobación de esas normas (PL, 10.07.2007). Para los Actores Colectivos, en contra del plan, organizaciones sociales, sindicales y el gremio médico los problemas que contenía eran:

“La iniciativa en su conjunto no constituiría una salida a la grave situación de salud del país, al contrario significaría un alto riesgo de agravamiento de la situación de salud, ya que se sustenta en modelos fracasados y a su vez responsables de la actual situación. La iniciativa desprotegería a los ciudadanos ya que se legitimaría el lucro en la prestación de servicios; no considera los enfoques pluriculturales y de género (...) Por lo tanto demandan al Congreso de la República la suspensión definitiva del proceso legislativo alrededor de la iniciativa e iniciar un proceso de estudio, análisis y propuesta de un nuevo sistema de salud nacional, a partir del acuerdo establecido, entre el gobierno, el Colegio de Médicos y Cirujanos, la Comisión Médica Interinstitucional, la USAC y la PDH” (PL, 09.05.2007).

Sobre la Ley de Concesión de Servicios de Salud⁴⁴ gracias a la movilización (LH, PI, EG, 10.06.1999, LH, 23.03.2005) de grupos sindicales, de las organizaciones de

⁴⁴ El 20 de julio de 2004, fue presentada al Congreso de la República, la iniciativa de “Ley General de Concesiones”. Esta Ley pretende, a través de la figura de concesión, privatizar la construcción de obras públicas, la explotación de recursos naturales y culturales y la prestación de servicios públicos. (PL, 20.07.2004). Esta Ley forma parte de un conjunto de leyes correspondientes a la política neoliberal impuesta por sus organismos financieros como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. La aprobación de reformas al Decreto 34-2004 para la compra de productos medicinales genéricos, 2) La aprobación del DRTA-TLC con Estados Unidos, 3) La Ley de Minería, 4) La Ley de Aguas, para mencionar las más recientes

derechos humanos y los desplegados de la de los partidos en la oposición URNG y del FDNG, que planteaba su rechazo a la iniciativa de la Ley de Concesiones propuesta por partido oficialista (GANA) y respaldada por los partidos de FRG, UNE, Unionista, PAN y PATRIOTA (LH, 23.03.2005), la Junta Directiva del Legislativo y los Jefes del bloque acordaron eliminar los incisos del artículo 11 donde se proponía la concesión de servicios de salud y educación y el párrafo que establecía que el listado de obras a concesionar no podrá ser excluyente de servicios públicos (EP, 04.03.2005). A favor de la enmienda estaba el partido oficialista, argumentando que:

“[...] Únicamente contratación de especialistas u hospitales privados para casos específicos, esto obedece a que la atención que se presta al usuario no es la adecuada debido a la gran demanda. La medida está dentro de la Ley de Contrataciones” (LH; PI; EG, 10.06.1999).

Los inicios de la Ley de Descentralización se dan en 1997 cuando se conforma los Institutos de Fomento Municipal (INFOM)⁴⁵, estableciéndose como instituciones semiautónomas y en Abril 2002⁴⁶ se promulga la Ley General de Descentralización que permitía el desarrollo de promover la descentralización económica/administrativa para el desarrollo del país.

La Ley de Descentralización de Guatemala⁴⁷ (promulgada en Abril de 2002), era defendida por los Actores Institucionales (Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia –SCEP- y la Asociación Nacional de Municipalidades –ANAM-) (Informe,

⁴⁵ El Instituto de Fomento Municipal (INFOM) fue establecido como institución semiautónoma, de apoyo a las Municipalidades, en el año de 1997 asume la responsabilidad de la construcción de las obras de infraestructura para abastecimiento de agua y disposición de excretas que previamente tuvo asignadas el MSPAS, a través de la Unidad Ejecutora de Proyectos de Acueductos Rurales, UNEPAR, el Programa de Agua y Saneamiento en el Altiplano, PAYSA, y la División de Saneamiento Ambiental del MSPAS. (MSPAS, 1997)

⁴⁶ Ley General de Descentralización. Desarrollar el deber constitucional del Estado de promover en forma sistemática la descentralización económica-administrativa, para lograr un adecuado desarrollo del país. (Diario de Centroamérica, abril 2002) Acuerdo Gubernativo 115-99. Reglamento orgánico interno del ministerio de salud pública y asistencia social. El Reglamento regulará el ministerio de Salud Pública y Asistencia social, la estructura interna y funciones así como la organización y desarrollo de los servicios de salud con base en los principios de desconcentración y descentralización de sus procesos técnico-administrativos. (Diario de Centroamérica, 1999)

⁴⁷ “[...] el proceso mediante el cual se transfiere desde el Organismo Ejecutivo a las municipalidades y demás instituciones del Estado y a comunidades organizadas legalmente con participación de las municipalidades, el poder de decisión, la titularidad de la competencia, las funciones, los recursos de financiamiento para la aplicación de las políticas públicas nacionales, a través de la implantación de políticas municipales y locales en el marco de la más amplia participación de los ciudadanos. Especifica también las prioridades de descentralización, estando contempladas, en primer lugar, la educación y la salud. Cabe mencionar que tanto la Ley General de Descentralización como el Código Municipal permiten, por primera vez, transferir competencias en educación y salud a los municipios” (APRESAL 2002).

2004), como un proceso para el fortalecimiento de las competencias, responsabilidades y la adecuada asignación de recursos de los Servicios de Salud (Informe de Gobierno, 2007).

El Colectivo Interinstitucional, Asociación Nacional de Municipalidades (ANAM), la Asociación Guatemalteca de Alcaldes Indígenas (AGAI) y el Comisionado Presidencial (SV, PL, LH, 22.02.2001) luchan consolidar los Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural⁴⁸, permitían la participación de la población maya, xinca y garífuna y la no indígena, en la gestión pública (AC, 03.03.2002) y . Solicitan al presidente de Guatemala, cumplir con el mandato constitucional referente a estos consejos comunitarios. Como Colectivo denuncian (AC, 17.01.2000).

“[...] que con la propuesta de descentralización se privatizan los servicios dirigidos a las comunidades, como salud (y que) las comunidades serán las ejecutoras, pero sin capacidad de tomar decisiones. Dijo que con su aprobación se centralizaría el poder en la presidencia, porque este será el órgano que decida a qué municipalidades serán entregados los recursos y éstas a la vez decidirán qué comunidades serán las beneficiadas con dichos recursos” (AC, 17.01.200)

“Una acalorada discusión protagonizaron los 17 alcaldes del departamento de Guatemala y la coordinadora del Consejo de Desarrollo Metropolitano, al conocer que la prioridad de los fondos de solidaridad debe ser la inversión en salud, educación y seguridad. La coordinadora del Consejo de Desarrollo Metropolitano hizo un llamado a los alcaldes para que inviertan sus fondos en los proyectos mencionados. El diputado oficialista, presidente de la Comisión de Paz del Congreso y quien acudió a la reunión, afirmó que los alcaldes están preocupados por hacer obras que se noten, y por ello rechazan la iniciativa del Consejo de Desarrollo” (PL, SV, 18.03.2000).

En el programa se esperaba que las municipalidades, en el mediano plazo generaran y administraran sus ingresos y se hicieran cargo de los compromisos en el campo de la salud y educación y otras demandas de la población (SV, PL, LH, 22.02.2001, SV, PL, LH, 22.04.2002).

⁴⁸ Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. Consolidar el sistema de Consejos de Desarrollo como el principal medio de participación. Considera que el sistema de Consejos de Desarrollo es el medio principal de participación de la población maya, xinca y garífuna y la no indígena, en la gestión pública para llevar a cabo el proceso de planificación democrática del desarrollo, tomando en cuenta los principios de unidad nacional, multiétnica y pluricultural y multilingüe de la población guatemalteca. (Diario de Centroamérica, 01.03, 2002)

La Ley de Propiedad Industrial es importante para el período, y para el tema de estudio, porque está relacionada con el acceso a medicamentos (Ley de Propiedad Industrial 2000⁴⁹).

El Decreto 76-2002⁵⁰, sobre la Ley de la Propiedad Privada, fue aprobado por unanimidad y con carácter de emergencia nacional, lo cual no permitió el debate. El presidente Alfonso Portillo, como Actor Institucional, con facultad de decisión vetó el primero, argumentando errores de forma. Según el veto a las reformas, éstas introducían incompatibilidad con la normativa internacional, con relación a la ampliación del período de tiempo para dar cumplimiento a los requerimientos del Acuerdo sobre Aspectos de Derechos de Propiedad Intelectual relacionado con el Comercio. La omisión hizo posible que las empresas transnacionales empezaran a saturar el mercado de medicamentos que también son producidos en Guatemala (LH, 20.11.2002).

Posteriormente el congreso reformó la Ley de Propiedad Industrial mediante el Decreto 9-2003, que modifica el artículo 177 y se adicionó el 177bis, que establece un plazo de exclusividad en el uso de información requerida como condición para obtener un registro de comercialización de productos farmacéuticos y agroquímicos de 5 a 10 años, respectivamente (Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 9 al 15 de agosto, 2004; pp. 11) Algunos Actores Institucionales Internacionales, también participaron en el debate, -OPS, la OMS y MSF- promulgándose en contra de este decreto, ya que argumentaban que crea una barrera innecesaria para el acceso a medicamentos más baratos (AC, 11.07.2003).

Una nueva modificación a iniciativa de la Ley de la Propiedad se concretó en el pleno del Congreso, donde se ratificó una vez más con carácter de urgencia nacional la reforma a la Ley de Propiedad Industria. La bancada oficial no tuvo obstáculos para realizar el cambio que pretende resolver las objeciones presentadas por EEUU. El

⁴⁹ “Proteger la creatividad intelectual que tiene aplicación en la industria y el comercio. La Ley contempla la defunción de producto nuevo y mantiene la protección de datos de prueba por cinco años” (Diario de Centroamérica, 2000)

⁵⁰ (Guatemala, <http://docs.costarica.justia.com/nacionales/leyes/decreto-no-76-2002-nov-20-2002.pdf>, 2003)

Decreto 30-2005 permite la protección de datos de prueba por cinco años para los medicamentos (EP, 10.03.2005).

El debate estuvo centrado, por lo tanto, en la cantidad de años que se debería permitir que las industrias farmacéuticas tuvieran el poder de la patente, la iniciativa de ley que proponía el Ejecutivo y que se implementó en el Decreto Gubernativo 9-2003 mantenía la protección de datos permitía un mayor número de años que la Organización Mundial del Comercio (OMC) propone a nivel internacional. A favor de la ley estaban, Actores Políticos de los partidos oficialistas, Actores Colectivos como las industrias farmacéuticas internacionales, Estados Unidos Norte América (EEUU). Las presiones de EEUU sobre el Gobierno y el Congreso de Guatemala (PL, 10.01.2005) fueron permanentes durante todo el proceso. Una de las presiones que menciona el Presidente del Congreso es que:

“[...] si se derogaba el decreto Guatemala quedaría fuera del CAFTA [...]” (PL, 10.01.2005).

“Guatemala todavía no ha puesto en vigencia el DR-CAFTA, porque están pendientes exigencias de EEUU, entre ellas una reforma a la Ley de Propiedad Intelectual” (PL, 27.03.2006).

Cuando la presión nacional hizo que el Gobierno derogara la ley, las amenazas se hicieron públicas. El embajador de EEUU expresó la defensa irrestricta e innegociable de las empresas estadounidenses (Prensa Libre, 10.01.2005). Reclamaba la protección a los datos de prueba por encima de los requerimientos internacionales como hacía el Decreto 9-2003 y propone formas para bajar los costos de los medicamentos, por ejemplo, eliminando los impuestos de importación (PL, 10.01.2005).

Quienes estaban en contra, eran Actores Colectivos, con diferentes intereses, el movimiento de derechos humanos: la Asociaciones de los derechos de los enfermos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IDH), Instancia Nacional de Salud (INS), USAC, Universidad Rafael Landívar, CEG, la Red Nacional de Personas que Conviven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, la Conferencia Episcopal de Guatemala (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 30 de agosto al 6 de Septiembre, 2004; pp. 2). Organismos Internacionales: MSF, la OPS y la OMS (La

Semana en Guatemala, Resumen de noticias, del 5 al 11 de abril de 2004; pp. 6), movimiento de farmacéuticas nacionales: Alianza Civil por el Acceso a Medicamentos (ACAM) Rigoberta Menchú, premio Nobel de la Paz, y promotora de farmacias que venden productos genéricos, Cámara de Comercio Guatemalteco Americana (AMCHAM). Asociación de Industriales Farmacéuticos de Guatemala (La Semana en Guatemala, Resumen de noticias, del 12 al 18 de abril de 2004; pp. 4). Los Actores Institucionales, como movimiento de trabajadores: MSPAS, Colegio de Médicos y los sindicatos de los hospitales San Juan de Dios y Roosevelt (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 2 al 9 de agosto, 2004; pp. 3, Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 9 al 15 de agosto, 2004; pp. 11, La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 26 de abril al 2 de mayo de 2004; pp. 5). Actores Políticos: URNG, UNE, FDNG. Cada uno de los diferentes Actores Colectivos, aunque teniendo diferentes intereses, tuvieron el mismo posicionamiento y realizaron diferentes estrategias que iban desde las movilizaciones, desplegados, denuncias hasta presentar recursos de inconstitucionalidad (La Semana en Guatemala, Resumen de noticias, del 29 de marzo al 4 de Abril, pp.8), (SV, PL, 09.02.2005). Las argumentaciones en contra de los Decretos eran:

“[MSF mencionó] que provocaría que los genéricos no puedan ser distribuidos, con lo que los enfermos con pocos recursos verán anulado su derecho a un tratamiento” (La Semana en Guatemala, Resumen de noticias, del 5 al 11 de abril de 2004; pp. 6).

“[el partido UNE indicó que] viola la Constitución, en la se establece que el Estado velará por la salud y asistencia social de todos los habitantes” (La Semana en Guatemala, Resumen de noticias, del 12 al 18 de abril de 2004; pp. 4).

“Con el argumento que lesiona los derechos de empresas farmacéuticas, la Cámara de Comercio Guatemalteco Americana (AMCHAM), pidió este partes al presidente Alfonso Portillo que veto el decreto 63-2002, que modifica la Ley de Propiedad Industrial, aprobado por el Congreso el 10 de Octubre [...] el Estado proporcionará total protección a las patentes y datos de prueba de nuevos medicamentos [...] las reformas afectan la libre competencia, creando inseguridad y falta de certeza jurídica para el sector farmacéutico, lo que podría afectar las inversiones que estas empresas hacen en el país” (PL, EP, Diario de Centroamérica, SV, 16.10.2002).

“(MSF) afirmó que la reforma pone riesgo a la población más vulnerable. Experta legal de la Campaña para el Acceso a medicamentos Esenciales de MSF, dijo que los Acuerdos de Propiedad Intelectual de la Organización Mundial del Comercio no exigen a países que den esa exclusividad de mercado a las compañías de medicamentos originales, por lo no hay razón para los Estados lo hagan. Señaló que debido a que los medicamentos antirretrovirales no están protegidos por patentes en el país, esa institución médica humanitaria ha utilizado la versión genérica en sus programas de ayuda, que ha conseguido entre un 75% y un 99% más barata del Gobierno” (Informe Semanal, 26/03, 16.07.2003; pp. 4).

En conjunto las fracciones que se oponían a la iniciativa de Ley de la Propiedad Privada presentaron una iniciativa de reformas para promover la venta de medicamentos genéricos, la que fue enviada por el Ejecutivo al Congreso (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 14 al 22 de noviembre de 2004; pp. 4). La propuesta fue un intento de consensar las normas de comercio internacional y permitir que la población tuviera acceso a medicamentos genéricos. (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 2 al 9 de agosto, 2004; pp. 3). El partido URNG, emitió un pronunciamiento, ante la problemática creada alrededor de los medicamentos genéricos, tras la aprobación del Decreto 34-2004:

“Manifiesta que el nivel de salud de Guatemala se encuentra entre los más deteriorados del mundo. Agrega que de esta manera se explica que la población se ve forzada a costear por cuenta propia el gasto en salud, destacándose que el renglón más significativo del gasto en salud y en particular del gasto privado en salud, se concentra en el consumo de medicamentos, sean estos genéricos o medicamentos de marca. Agrega que el Gobierno de la Republica debe cumplir con el mandato constitucional de garantizarle a la población el uso del derecho a la salud, lo cual no se logra ni privatizando los servicios, ni sometiendo a disponibilidad y uso de medicamentos que la población necesita a los planteamientos mercantilistas”. (Comunicado de la Unidad Revolucionario Nacional Guatemalteca, URNG)

Las manifestaciones y controversias continúan aún después del último decreto 30-2005⁵¹ (EP, PL, SV, Diario de Centroamérica, 04.02.2005) tanto para rechazo de las políticas en el tema como con el TLC, y se conforma la Coordinadora Nacional 20 de Octubre, integrada por sectores de la sociedad civil y sindicalistas, Colegio de Farmacéuticos y Químicos para la lucha en contra de la ley (Coordinadora Nacional 20 de Octubre) (PL, 10.01.2005, PL, 30.10.2007). No obstante, al final del período seguía la controversia y los amparos en contra del Decreto. (PL, 30.10.2007).

De los primeros temas acordados para el debate entre la Asamblea de la Sociedad Civil y el Gobierno en materia de Política Fiscal fue el Pacto Fiscal (PF), un eje fundamental y prioritario, entre los planteados para llegar a un Pacto de Gobernabilidad. (EP, 01.02.1997, PL, 06.02.2000)

⁵¹ “La propuesta protege a Guatemala de cualquier sanción internacional y, a la vez, garantiza a la población el acceso a medicamentos a bajo precio. En ese sentido se propone mantener la protección de datos de prueba por 5 años en el caso de productos farmacéuticos”. (Diario de Centroamérica, 04.02.2005).

La oposición, la URNG como Actor Político, Misión de Naciones Unidas (MINUGUA) Actor Institucional Internacional (AC, 25.05.2001), COPMAGUA, los Actores colectivos, aglutinados en el movimiento de defensa de los Acuerdos de Paz y de los Derechos Humanos, la ASC, la Comisión de Acompañamiento de los Acuerdos de Paz (CAAP) (PL, 01.02.97EP, 20.09.2000), el Centro Internacional para Investigaciones en Derechos Humanos (CIIDH) presionaron durante todo el período para que se llevara a cabo una reforma fiscal que fuera progresiva para cumplir con los acuerdos paz, proponían cambiar la relación del porcentaje de tributos que en 1997 era el 20% sobre el ingreso y 80% sobre el consumo. (PL,02.02.1997, PL, 06.02.2000). El problema era que sin la Reforma Fiscal, la disminución de los impuestos arancelarios y la derogación del Impuesto Extraordinario y Temporal de Apoyo a los Acuerdos de Paz (IETAAP) no habría recursos financieros y no se lograrían concretar las metas acordadas en la firma de la Paz, seguirían los problemas en el sector salud y educación por la falta de inversión social, ya que se privilegia el pago de la deuda pública (LH, 13.11.2007)

“[...] si no se realiza una reforma fiscal profunda no se lograrán las metas establecidas en los Acuerdos de Paz [...] Guatemala es de los países con menor recaudación en América Latina, lo cual le da menos posibilidades de cobertura en servicios sociales” (PL; EG; SV, 02.02.1997)

“[...] Para la URNG] es urgente que la población perciba los beneficios del Pacto Fiscal, y esto implica dar prioridad a la inversión y gasto público en los sectores de justicia, seguridad, educación, salud, infraestructura básica y vivienda, recursos naturales y medio ambiente, acceso a la propiedad de la tierra y proyectos productivos para asegurar el uso eficiente de la misma”. (AC, 31.08.2000)

Las conclusiones durante el período al respecto del debate sobre el PF eran que el 45% o más de lo generado por muchos impuestos no se recauda. La crisis tributaria por la que atraviesa el gobierno se pudo haber evitado, si se hubieran respetado los acuerdos del Pacto Fiscal (PF). (SV, PL, 25.05.2001). Los Actores Internacionales también presionaba a los diferentes gobiernos para que se aprobaran las reformas fiscales establecidos en los Acuerdos de Paz.

“[...] sí de ahora al 2002 el gobierno de Alfonso Portillo no garantiza que la recaudación fiscal llegará a la meta del 12% del PIB, es obvio que la ayuda externa será menor según el jefe adjunto de la MINUGUA” (EP, 20.09.2000).

“El Ministro de Fianzas reconoció que uno de los principales obstáculos para que la comunidad internacional continúe financiando el cumplimiento de los Acuerdos de Paz es la baja carga tributaria, y agregó que estos años no se cumplirá de nuevo con la meta contemplada en los Acuerdos de Paz, de 12% de Producto Interno Bruto. Según el funcionario, este nivel de carga tributaria será cumplido hasta 2004”. (PL, EP, SV, 05.01.2002).

“Representantes de la comunidad internacional dialogaron con autoridades del gobierno sobre los proyectos que éste presentará en la reunión del Grupo Consultivo para Guatemala, que se realizará en Washington del 11 al 14 de febrero. De ese modo Guatemala aportaría, según el ministro de Finanzas Públicas un porcentaje y de la diferencia, el 50% provendría del financiamiento externo. En el documento entregado el gobierno se compromete ante la comunidad financiera internacional a reasignar partidas presupuestarias, a mejorar la eficiencia del sistema tributario y a racionalizar el gasto público” (PL, EP, SV, 05.01.2002).

Los Actores Institucionales: Ministro de Finanzas Públicas (EP; EG,02.02.1997) y la SEPAZ, SEGEPLAN (PL; EG; SV, 02.02.1997) declaraban sobre el tema, que se realizan las transformaciones en los aspectos políticos, sociocultural y económico. Referían el fortalecimiento del poder local y la inversión pública y social en educación e infraestructura (PL; EG; SV, 02.02.1997, PL, 20.07.1997). Sin embargo, durante el período de estudio, se resoluciones que dejaron sin vigencia el Impuesto a las Empresas y Agropecuarias (IEMA) y dejó sin efecto estas tarifas impositivas (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 2 al 7 de febrero de 2004; pp. 2).

“En el 2000 se dan las primeras propuestas claras para la reforma fiscal y del Pacto Fiscal⁵² hechas por el gobierno del FRG, que permita a mejorar la recaudación fiscal, destinada a sostener el presupuesto de la Nación” (LH, 26.10.99, PL, Editorial, 23.02.2000).

“El proyecto de Ley sobre la Supresión de Exenciones en materia tributaria fiscal, fue aprobado en primera lectura por los partidos a favor con la oposición de los demás partidos representados en el congreso. Según la oposición la ley afectaría más a las clases más necesitadas. Otros de los puntos relevantes es eliminar las exoneraciones del Comisariato del Ejército y a la generación de energía eléctrica; deroga todas las exenciones y derogaciones del IVA; obliga a los partidos políticos a ser fiscalizados por el ministerio de finanzas, y destinar a programas de salud el monto del impuesto recaudado de los gravámenes al tabaco y sus productos” (PL, 20.07.1997).

Los Actores Colectivos que estaban contra de la reforma fiscal, ya que afectaban sus intereses económicos, y contando con poder de interlocución con el gobierno y como eje aglutinador de la oligarquía económica, estaban el CACIF (EP; EG, 02.02.1997): Los afiliados a la Cámara de Comercio de Guatemala (CCG), quienes

⁵² “El documento se basa en cinco aspectos medulares: consolidación del ajuste fiscal, mayor productividad y transparencia del gasto público, resguardo de la equidad y fortalecimiento de la institucionalidad democrática. En lo que respecta a la política presupuestaria, se toman en consideración los aspectos vinculados con la prioridad hacia el gasto social, inversión en salud, educación, vivienda, desarrollo rural, promoción del empleo y cumplimiento de los compromisos asumidos en los Acuerdos de Paz, así como una eficiente ejecución del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado, con especial atención a la descentralización, fiscalización y desconcentración, un sistema tributario universal y obligatorio, justo globalmente progresivo y equitativo que responda a los principios de capacidad de pago, contemplados en el Constitución de la República”. (LH, 26.10.99)

se movilizaban y hacían lobby, amenazaban un paro general y la puesta en marcha de campañas, como medidas de rechazo a las reformas tributarias propuestas por el Ejecutivo (PL, SV, EP, 30.05.2001). Durante el proceso, el ejecutivo y diputados de diferentes partidos como la UCN y la UNE, el Ministerio de finanzas presentaron iniciativas (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 12 al 18 de Enero de 2004; pp. 5, SV, PL, 25.05.2001, AC, 25.05.2001, La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 12 al 18 de Enero de 2004; pp. 5, PL, 22.04.2005). Aunque muchas de ellas iban encaminadas a no tocar intereses de los grupos económicos⁵³.

“El CACIF manifiesta su oposición a nuevos impuestos, ya que no contribuye a la inversión del país. El partido gubernamental menciona que esta nueva carga tributaria se favorecerá al pueblo de Guatemala. La Asociación de la Sociedad Civil, señala que las iniciativas de Ley presentadas por el Ejecutivos contienen impuestos que afectará a la población es escasos recursos económicos. Para los partidos en la oposición, el paquete tributario responde únicamente a los intereses de sectores económicos privilegiados y contradice los Acuerdos de Paz” (PL, 10.10.1999)

Al final del período, la negociación había provocado un desgaste al proceso del PF, lo cual acentuaba la desconfianza e incertidumbre, aún más cuando se publica en el Diario de Centroamérica y hay diferencias entre los de los acuerdos legislativos y lo que se publica en el Diario Oficial (PL, SV, EP, 02.08.2000).

Sobre los Acuerdos de Paz durante todo el período hubieron informes, denuncias desplegados tanto de Organismos Internacionales, como de la misma MINUGUA que verificaba el proceso (MINUGUA, 2008), la URNG como contraparte y Actor Político, Actores Colectivos: la Comisión de Acompañamiento de los Acuerdos de Paz (CAAP), la Asamblea de la Sociedad Civil (ASC), el movimiento de Derechos Humanos: las organizaciones de Derechos Humanos -Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado (ODHA), la CEG. Todos, y por diferentes estrategias, monitorearon,

⁵³ La mayoría de los impuestos aprobados fueron los que se refieren al consumo: El partido gubernamental anuncia que aprobará el aumento a los combustibles y la serie de impuestos que se tiene proyectada, sin estos impuestos, refiere el partido gubernamental, no habrá cobertura de educación, salud, seguridad y desarrollo en general (PL, 10.07.1997.) Se incrementará el precio de las bebidas alcohólicas, fermentadas, deportivas y gaseosas, además de los vinos, agua natural envasada, jugos, lácteos y cigarrillos. Con ello se espera recaudar lo que se pretendía obtener con el Timbre de Control Fiscal, suspendido temporalmente por la CC. (PL, EP, SV, 16.11.2001). Ley del Impuesto a la Distribución del Petróleo Crudo y Combustibles. (SV, LH, 07.06.2001).

denunciaron y realizaron manifestaciones para presionar al Gobierno en turno sobre los acuerdos de Paz (EP, 01.08.1997; EG, 01.07.1997, PL, 08.10.99, SV, PL, EP, 08.06.2002), las denuncias iban en lógica de que el gobierno no cumplía con los Acuerdos de Paz (EG; PL, 01.08.1997). Se recalendarizaron y reprogramaron los acuerdos, se formaron mesas de trabajo, encuentros y consejos consultivos. El mayor problema fue la no aprobación de la reforma tributaria. Los Actores Institucionales: SEPAZ, Ejecutivo respondían a las denuncias. Sus propuestas fueron la recalendarización y reprogramación de las metas. (PL, 07.12.2000, PL, 04.02.2002).

En muchos de los comunicados se plantea dar prioridad a los compromisos relativos a vivienda, salud, educación, desarrollo rural y relaciones laborales (AC, 08.10.1999), O bien como los comunicados de la URNG, que expresaba la principal exigencia:

“[...] que el Estado sea responsable de garantizar la prestación eficiente y competente de los servicios públicos; salud, educación y vivienda populares, tanto en las áreas urbanas como en las rurales” (Fuente Directa, URNG, 01.07.1997).

También plantearon recalendarizar 119 metas incumplidas, haciendo énfasis en el aspecto socioeconómico y agrario. A estas demandas el gobierno en turno tenía un discurso conciliador (AC, PL, SV, 31.08.2000, PL, 07.12.2000).

Se establece la Primera Cumbre Nacional de la Sociedad Civil por la Paz, donde los Actores Políticos, y estando en año electoral, proponen reactivar el proceso de paz y recalendarizar el cumplimiento de los Acuerdos: Alianza Nueva Nación (ANN), Partido Liberador Progresista (PLP), Organización Verde, Frente Democrático Nueva Guatemala (FDNG), Frente Republicano Guatemalteco (FRG), Partido Avanzada Nacional (PAN), Unión del Centro Nacional (UCN) (PL, 08.10.99).

Las organizaciones religiosas representadas por Foro Ecuménico Por la Paz y la Reconciliación (Comisión de Ecumenismo de la Conferencia Episcopal de Guatemala, Conferencia de Iglesias Evangélicas de Guatemala, La Iglesia Episcopal, Confederación de Religiosos, la Iglesia Luterana, la Casa de la Reconciliación

también denuncian sobre el retroceso que han sufrido los Acuerdos de Paz (AC, 20.03.2002

La principales demandas era la de impulsar la implementación de reforma fiscal, la tasa en los impuestos al ingreso con criterios de progresividad (Fuente Directa; URNG, 01.07.1997, Comunicado de URNG en PL; EG; SV, 11.12.1997).

“Sobre los “Encuentros de Actualización” después de las dificultades para promoverlos y que se llevaran a cabo las opiniones al respecto eran contradictoria. Para el gobierno y los partidos de la oposición había sido un éxito por consensos alcanzados en torno a las reformas constitucionales, la seguridad pública, el fortalecimiento del organismo judicial y las bases para profundizar en el tema de la privatización. Pero, por ejemplo, para los académicos del Centro de Investigaciones Económicas Nacionales (CIEN) no hubo logros ya que no se llevo a ningún acuerdo positivo pues la discusión fue política y no técnica” (EP, 01.08.1997).

Al final del período, se implementa el Consejo Nacional de los Acuerdos de Paz (CNAP) integrado por representantes de la Junta Directiva del Congreso de la República, de los partidos políticos en representación en el Legislativo, Organizaciones Indígenas, Sindicales, Derechos Humanos, Mujeres del sector Académico, CACIF, Ministerio de Finanzas, SEGEPLAN, Organismo Judicial, PNUD

“[...] definió los nueve temas que serán prioridad en el cumplimiento de los Acuerdos de Paz, entre ellos el de seguridad, justicia, multiculturalidad, Pacto Fiscal, desarrollo rural, gasto social y de salud, educación, vivienda, seguridad social, relación cívico-militar, derechos humanos y reconciliación, para el cumplimiento de los Acuerdos de Paz. Según la Ley Marco de los Acuerdos de Paz, el CNAP se constituye en la punta de lanza de la institucionalidad de la paz, por lo que desde el punto de vista formal y legal dicho ente es el rector de la institucionalidad de la paz. La institucionalidad de la paz es sumamente compleja y después de diez años, es evidente la necesidad de su revitalización y renovación para contribuir al cumplimiento de los Acuerdos de Paz” (AC, 26.11.2007).

Los organismos Internacionales a través de los Informes la PNUD (AC, 04.09.2002; PL; AC; LH; EG, 15.01.1998) y de MINUGUA denunciaban la falta de compromiso de los gobiernos para concretar los Acuerdos de Paz, sobre todo los relacionados con el tema de salud. Denunciaban la falta de estrategias para lograr el incremento del gasto ejecutado en salud 50% entre 1995 y 2000, la reducción de la mortalidad infantil y materna en 50% entre ambos años y la asignación de al menos 50% del gasto público en salud, a la atención preventiva (PL; AC; LH; EG, 15.01.1998).

“[...] existen una serie de incumplimientos serios, tal es el caso del tema fiscal, donde la ausencia de reforma sigue privando al Estado de los recursos necesarios para una política social y democrática avanzada” (MINUGUA, 1999, PL, SV, PI, 02.12.99).

Se conforma durante el período el Grupo Consultivo conformado por la comunidad internacional. La primera reunión se llevó a cabo en la sede del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en Washington, DC, Estados Unidos. En esta reunión la comunidad internacional y los cooperantes exigieron acciones concretas para eliminar la impunidad y la corrupción, pidieron fortalecer la transparencia en la gestión pública. Solicitaron un programa contra la pobreza, al considerar que el presentado por el Gobierno no fue discutido con todos los sectores; demandaron aprobar las leyes financieras lo más pronto posible, recomendaron acciones para desarrollar una política agraria de beneficio rural (PL, SV, Diario de Centroamérica, EP, 12.02.2002).

En el discurso inaugural, el presidente de Guatemala, Alfonso Portillo, recalcó que Guatemala está en la vía de reconstrucción. Hizo ver la necesidad de transformar al estado guatemalteco el que aseguró

“[...] está cautivo y maniatado por intereses tradicionales y estructurales legales y constitucionales que impiden la consolidación de una sociedad plural, multiétnica, y moderna” (PL, SV, Diario de Centroamérica, EP, 12.02.2002).

No obstante de la presión internacional y nacional no había avances en cuanto a los Acuerdos de Paz, y en algunos temas evidenciaban retrocesos. Los sectores sociales (Movimiento Nacional de Derechos Humanos de Guatemala Fundación Myrna Mack, Foro de Coordinaciones de Organizaciones no Gubernamentales, ODHA, PDH. Coordinación de ONGs y Cooperativas –CONGCOOP ,Foro de Coordinación de ONGs de Guatemala, los movimientos de la Iglesia Católica y Evangélica -Foro Ecuuménico por la Paz- , los movimientos sociales Consejo de Instituciones de Desarrollo, COINDE, Asociación Feminista La Cuerda, AVANCSO, CUC, Instancia Nacional de Seguimiento al Grupo Consultivo, los movimientos sociales por los Derechos de los Indígenas -Mojawil Qij, Movimiento Tzuk kim Pop, Coordinadora Nacional de Organizaciones Campesinas (CNOOC)-, los movimientos sindicales) denuncian que el gobierno sigue sin abordar de manera sustancial e integral los compromisos de la paz. (AC, 19.08.2002). Las organizaciones sociales

identificaban la Matriz de Política Social como forma de sustitución de la agenda de los Acuerdos de Paz, y han utilizar las exigencias del Grupo Consultivo para legitimar una agenda de carácter neoliberal (AC, 19.08.2002).

En cuanto a las leyes y programas que reorganizan la prestación y operación de los servicios de salud se encuentran Asociación ProSalud Municipal (APROSAM) , Programa de Accesibilidad a Medicamentos (PROAM)⁵⁴, Ampliación de Cobertura de Servicios Básicos de Salud⁵⁵, Prohospital; leyes que iban encaminadas a fortalecer la rectoría del MSPAS, (Diario de Centroamérica, SV, Noti Siete, 09.03.2005), las entidades privadas, y fortalecer la gestión en los Hospitales Públicos, pero hasta el 2007 las medidas no avanzan de manera importante en gran medida por las movilizaciones de la sociedad civil, sindicatos, grupos de derechos humanos y el gremio médico.

Sobre Ley de Planificación Familiar, Medicina Tradicional (LH, 02.09.2002), Programa Nacional de Atención Integral en Salud para Adolescentes (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 29 de septiembre al 5 de Octubre de 2003; pp. 7, SV, 06.04.2006), La Ley del Adulto Mayor, Medicina Tradicional (PL. 15.06.2001). Las iniciativas planteadas por la sociedad civil y por los partidos de izquierda tuvieron también grandes obstáculos⁵⁶. A continuación se describe el proceso de las más polémicas o que realmente cambian la regulación en la prestación de servicios:

Las diputadas de la oposición (URNG, UNE, FDNG) presentaron ante el congreso de la República la iniciativa de Ley de Desarrollo Social y el Programa Nacional de

⁵⁴ Según el Informe de Gobierno, 2004 en el marco del Programa de Accesibilidad a Medicamentos (PROAM), se instalaron 102 establecimientos. Estos incluyeron varios servicios, tal como se indica (...) Por contrato abierto, se adjudicó el 65 por ciento de los medicamentos licitados por el MSPAS. Fuera del contrato abierto, se adquirieron productos medicinales por Q114.0 millones, cantidad que permitió garantizar el suministro de medicamentos a hospitales, áreas de salud y a PROAM.

⁵⁵ Por ejemplo en el Informe de Gobierno de 2004 se hacer referencia a este programa: "En 2004, por medio del programa de extensión de cobertura, el MSPAS atendió a 3.2 millones de personas. Para ello contó con administradoras de salud y prestadoras de servicios contratadas por ONG y con médicos ambulatorios, vigilantes de salud y comadronas capacitadas. En el Primer Nivel de Atención, por medio del Programa de Extensión de Cobertura del MSPAS se beneficiaron 3.6 millones de habitantes de comunidades rurales. Estos servicios se ejecutaron a través de Organizaciones no Gubernamentales (ONG). La inversión ascendió a Q149 millones." (Informe de Gobierno, 2004)

⁵⁶ La dinámica para la aprobación de las iniciativas de ley es realizar tres lecturas en el legislativo y se requiere la aprobación de la Comisión, posteriormente la aprobación de la iniciativa de ley y la publicación en el Diario Oficial de Centroamérica. Sin embargo, muchas de estas leyes aún aprobadas por el legislativo fueron vetadas por el presidente.

Salud Reproductiva (PNSR)⁵⁷ (AC, 26.01.2001, SV, 25.09.2001, Editorial Diario de Centro América, 06.02.2001, SV, 25.09.2001). La Conferencia Episcopal de Guatemala, principal opositora a la iniciativa de ley, cuestionaba varios de los artículos, porque refería que se promovía el aborto:

“[el término de] Salud Reproductiva en el artículo 25 ya sabemos que este término internacionalmente incluye al aborto” (SV, 06.02.2001).

Después de un intenso cabildeo por parte de las diputadas (Actores políticos) y de las organizaciones de mujeres (Actores Colectivos), Instancia de Coordinadora de Acciones Políticas por la Salud (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 25 al 31 de octubre de 2004; pp. 5, PL, SV, LH, El periódico, 27.08.2001, 28.01.2001) y el Desarrollo de las Mujeres, con distintas agrupaciones y universidades, con la Conferencia Episcopal de Guatemala y a la Alianza Evangélica (SV, 06.02.2001), se realizaron enmiendas (PL, SV, EP, 05.10.2001) y se eliminaron párrafos que se refiere a la salud reproductiva para lograr el consenso, sobre todo, con la Conferencia Episcopal de Guatemala (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 25 al 31 de octubre de 2004; pp. 5; SV, 06.04.2006, PL, LH, 23.08.2007, SV, 06.02.2001, PL, SV, EP, 05.10.2001). En el año 2000 se logra un acuerdo que permitió la formulación de un primer programa sobre salud reproductiva⁵⁸.

⁵⁷ Con esta iniciativa de ley se crea un marco jurídico que permitiría implantar procedimientos legales y políticas públicas para llevar a cabo la promoción, planificación, coordinación, ejecución y evaluación de las acciones gubernativas y del Estado, en los aspectos social y familiar.

⁵⁸ Como parte del fortalecimiento de las acciones intersectoriales en favor de la maternidad saludable, el MSPAS creó la Comisión por la Maternidad Saludable, según Acuerdo Ministerial 977-2007. Además, con la participación de la Comisión de Asesoría Jurídica, coordinada por la SEPREM, y como parte del Plan Operativo 2007 de la Red Nacional de Paternidad y Maternidad Responsable, se estableció el mes de agosto como “el mes de la salud reproductiva” (según Acuerdo Ministerial SP-M-1799-2000).

Cuadro 2. Regulación y Políticas Fiscales. Debate sociopolítico y Actores Sociales aparecidos en la prensa escrita. Guatemala 1997-2007

Problema	Actores Sociales	Posicionamiento	Intereses	Resolución
Aprobación del Código de Salud	Actores Socioprofesionales Trabajadores del MSPAS, Gremio Médico, Trabajadores del SIAS	Contra	Laborales	Decreto en el Diario de Centroamérica
	Actores Colectivos (movimiento de Derechos Humanos, ODHA, PDH)		Derecho a la Salud	
	Actores Políticos (FDNG, FRG, DCG, URNG)		En contra del proyecto político oficialista	
	Actores Internacionales Financieras (BID)	A favor	Reforma del Sector Salud, Se contemplaba en el programa del BID	
	Actores Políticos: PAN	A favor	A favor de Aseguradoras Privadas	
	Actores Institucionales: Comisión de Salud	A favor	A favor de la gestión y administración de hospitales, intereses económicos	
Ley Orgánica del IGSS	Actores Internacionales Financieros: BID	Favor	Programa sectorial del BID	
	Actores Políticos: PAN, FRG,	Favor	Proyecto Político,	
	Actores Colectivos: CACIF	Favor	Intereses económicos	
	Actores Políticos: URNG, UNE, FDNG	Contra	Proyecto político	
	Actores Colectivos Movimientos Sindicales Movimiento Pensionistas	Contra	Defensa de derechos laborales y de asegurados-	
Ley Marco de Salud	Actores Colectivos (Movimiento Social por los Derechos Humanos: ODHA, PDH) Movimiento gremial (Colegio de Médicos), Movimiento en defensa de los Acuerdos de Paz.	En contra	Defensa de los derechos de trabajadores, de los Acuerdos de Paz	Sin Aprobación
	Actores Políticos: PAN, UNE	A favor		
	Actores Políticos; URNG	En contra	En contra	
Consejo Nacional de Salud, Terceros Viceministros	Actores Políticos: Militares, FRG	A favor	Proyecto político	
	Actores Políticos: PAN, oposición, URNG	En contra	Proyecto Político	
	Actores Colectivos: CACIF	En contra	Intereses económico	
Ley de la Propiedad Industrial	Actores Internacionales: OPS, OMS, MSF	En contra	Intereses económicos	Aprobación del Ejecutivo con carácter de urgencia
	Actores Colectivos: movimiento de derechos humanos, Instancia Nacional de Salud, Universidades, Red Nacional de PPVVIH/SIDA, Conferencia Episcopal,		Derecho a medicamentos	Amparaos sin resolución
	Actores Colectivos: Promotora de farmacias de Productos Genéricos, Cámara de Comercio de Guatemala Americana, Industria Farmacéutica Guatemalteca		Intereses económicos	
	Coordinadora Nacional 20 de Octubre		Movimiento Social	
	Actores Institucionales: MSPAS.	Intereses económicos		
	Actores Políticos: URNG	Proyecto político		
	Actores Internacional: Industria Internacional Farmaceutica	A favor	Interesees económicos	
	Actores Insitucional: Ejecutivo		Proyecto Político	
	Actores Político: FRG		Proyecto político	

(Continua)

(Continuación)

Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud Ley de Coordinación del Sector Salud, Paquetes Básicos, Selectividad, Focalización Cobertura de los Servicios de Salud Ley Marco de Salud Marco Plan Visión País Programa de Accesibilidad a Medicamentos Ampliación de la Cobertura de Servicios Básicos de Salud Prohospital Ley de Conseciones de Servicios de Salud Ley sobre suspensiones	Actores Institucionales: Ejecutivo, Comisión de Salud, SEGEPLAN, SEPAZ, Municipalidades, Alcaldes	Favor	Proyecto político	Programa de Político de Salud 1996-2000
	Actores Internacionales: BID		Programa Intersectorial	
	Actores Políticos: FRG, PAN, GANA, Patriota		Proyecto Político	
	Actores Colectivos: Fundación de Salud, Asociación de Hospitales y Servicios Médicos Privados, Empresas Privadas de aseguramiento y planes de salud, Empresas de consultoría, CACIF		Intereses económicos	
	Actores Colectivos: Organizaciones de la Sociedad Civil, Asociación de usuarios de servicios de salud,	En contra En contra En Contra	Defensa del Derecho a la Salud	
	Actores Colectivos Movimientos Sindicales		Defensa de derechos laborales	
Ley de Planificación Familia Programa Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar Ley de Desarrollo Social	Actor Político: URNG, UNE, FDNG	A favor		Aprobación de la Ley de Desarrollo Social (2005)
	Actores Colectivos: Organización de Mujeres, Instancia de Coordinación de Acciones Políticas y de Desarrollo de las Mujeres	A favor		
	Actores Institucionales: Ejecutivo	En contra		Veta el proyecto de ley
	Actores Colectivos: Conferencia Episcopal de Guatemala	En contra		Eliminación de párrafos
Acuerdos de Paz	Actores Políticos: PAN, FRG	En contra		Programa en 2007
	Actores Internacionales: MINUGA, PNUD, Consejo Consultivo	Monitoreo y Denuncias		Recalendarizaron y reprogramaron
	Actores Colectivos: ASC, movimiento de derechos humanos, PDH, ODHA, CEG, CAAP. Coordinadora de ONGs y Cooperativas, Foro de Coordinadoras de ONGs, Movimientos sociales indígenas: Tzukim-Pop, Majowil Qij,	Monitoreo y Denuncias		
	Actores Políticos: URNG Actores Institucionales: SEPAZ	Denuncias Recalendarización, Reprogramación		
Pacto Fiscal y Ley de Impuestos a los Empresarios y Agropecuarias	Actores Políticos: URNG	A favor		No se aplican
	Actores Institucionales Internacionales: MINUGUA, CIIDH, Grupo Consultivo para Guatemala			
	Actores Colectivos: COPMAGUA, CAAP, Movimiento de Derechos Humanos, OSC,			
	Actores Institucionales: Ministro de Finanza. Superintendencia de Administración Tributaria Comisión de Finanzas	En contra		
	Actores Colectivos: CACIF			
Paquetes Tributarios	Actores Colectivos: CACIF	A favor		Se aplican
	Actores Políticos: UCN, UNE, PP, PAN			
	Actores Políticos: URNG	En contra		

Fuente: Elaboración propia

Se aprueba, finalmente, la iniciativa de Ley de Desarrollo Social⁵⁹ y dentro de ella el PNSR⁶⁰ por el Congreso de la República (EP, SV, PL, Diario de Centroamérica, 17.11.2005), con el apoyo de todas las bancadas. Para su aprobación final, se dio un gran movimiento tanto de las diferentes iglesias como de las organizaciones de mujeres. (PL, SV, LH, EP, 27.08.2001, 28.01.2001). Posteriormente a este éxito, se logra finalmente que se apruebe tras casi 4 años de lucha (AC, 26.01.2001, PL, 15.06.2001, PL, 27.03.2005, PL, 08.05.2006) de las organizaciones de mujeres, la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Decreto 86-2005) varios legisladores se opusieron a dar su voto a la iniciativa, por considerar que “moralmente no era adecuado” y prefirieron abandonar la sesión. (EP, SV, PL, DC, 17.11.2005, PL, LH, 23.08.2007). Posteriormente el Ejecutivo veta la iniciativa con el argumento de que contemplaba disposiciones que duplicaban o son incongruentes con lo regulado en otras normativas vigentes. Las organizaciones sociales, las diputadas Nineth Montenegro, Mirna Ponce y Anabela de León, Red de la No Violencia contra las Mujeres en un comunicado de prensa demandaron a los diputados del Congreso de la República aprobar por mayoría absoluta (PL, 27.03.2006, SV, 06.04.2006, AC, 26.06.2007; Diario de Centroamérica, Prensa Libre, 11.05.2007).

“Exigimos asegurar la separación de los poderes del Estado con la Constitución Política, haciendo caso omiso de cualquier coacción ejercida que atente contra la independencia del Organismo Legislativo, se debe mantener el compromiso asumido con las mujeres y la población” (EP, 26.01.2006, PL, 18.03.2006).

Finalmente se logra aprobar la Ley de Planificación Familiar. La situación fue singular sobre esta ley porque precisamente fue el partido oficial quien la impulsó, y quien

⁵⁹ La Ley de Desarrollo Social (LDS) establece que todas las personas tienen derecho a la protección integral de la salud. Asimismo, dispone que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en coordinación con el IGSS. La LDS otorga a la salud reproductiva un papel central para el bienestar de la población y prevé la ejecución de un programa específico para atender esas necesidades. Según la LDS, el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) tiene como objetivo esencial reducir los índices de mortalidad materna e infantil. También establece la naturaleza de los servicios a prestar, los programas de planificación familiar que se deben implementar, la atención diferenciada y específica a los adolescentes, y declara de urgencia nacional y bien público la maternidad saludable. (Guatemala, 2006)

⁶⁰ Plan Estratégico para Reducir la Mortalidad Materna 2004 - 2008, en cuatro municipios prioritarios del país: El Estor (Izabal), Ixchiguan (San Marcos), Ixcán (Quiché) y Cuilco (Huehuetenango) (Informe, 2004). Esta es la zona nor-occidente del país, con las condiciones de vida más precarias y también con menor acceso a los servicios de salud.

logró pararla durante casi 6 meses fue el Ejecutivo. Se publicó en el Diario Oficial el acuerdo 87-2005 Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva⁶¹ se logró hasta el 2007 (SV, 06.04.2006, PL, LH, 23.08.2007).

1.3 LOS CAMBIOS EN LAS POLÍTICAS DE LA FUNCIÓN DE FINANCIAMIENTO

Para organizar el debate sobre el eje de financiamiento se parte de las diferentes formas y fuentes de financiamiento de los servicios de salud. En esta sección se expone en primer lugar lo que se refiere a las fuentes de financiamiento, cómo y quién decide la distribución de recursos del Estado⁶² en torno al gasto social, y en particular de salud. De ahí, que se inicie la exposición de los resultados con el apartado sobre el debate durante periodo en torno al Proyecto de Presupuestos de Ingresos y Egresos⁶³. Interesa además exponer las notas que aparecieron sobre otras fuentes de financiamientos como las internas en forma de donaciones de la iniciativa privada; de fuentes externas, en forma de donación o especie, o bien como préstamos de organismos financieros internacionales, ya que la naturaleza de estas

⁶¹ Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) (2007) contemplaba el fortalecimiento del programa en el nivel nacional y local, dotándolo de recursos humanos equipamiento e insumos para sus actividades. Implementación de cuatro unidades especializadas de salud de la mujer, dotadas de personal médico especializado (ginecólogos). Implementación de catorce centros de información para adolescentes ubicados en igual número de cabeceras departamentales. Aseguramiento del aporte del MSPAS para la compra de insumos, entre otros, anticonceptivos (Q3.8 millones). Contratación de cuatro personas adicionales en cada una de las 29 Direcciones de Salud, con el objetivo de contribuir al cumplimiento de las acciones establecidas dentro del PNSR. El MSPAS, con el propósito de aumentar el acceso de la atención del parto por un centro asistencial, implementó cinco centros de atención integral materno infantil (Caimi) en los municipios de Cuilco (Huehuetenango), El Estor (Izabal), Ixiguán (San Marcos), Ixcán (Quiché) y San Cristóbal (Alta Verapaz). El Plan contempla acciones de información, educación, comunicación y promoción de la salud como un derecho. También involucra el fortalecimiento de la participación social, la organización comunitaria, el trabajo de articulación de los servicios tradicionales con los institucionales, el desarrollo de modelos de capacitación y equipamiento para 12,780 comadronas. Adicionalmente, incluye un proceso de capacitación y seguimiento a nivel institucional para el 80 por ciento del personal de centros de salud en normas de atención. Asimismo, este Plan ha desarrollado un modelo de capacitación en competencias dirigido al personal de salud de los servicios que atienden partos, El propósito es implementar el modelo a nivel nacional y, para ello, se trabaja en forma coordinada con la SEGEPLAN y otros actores. A la fecha se cuenta con veintidós planes departamentales de reducción de la mortalidad materna e infantil formulados. Resalta que estos planes fueron presentados y aprobados por los consejos municipales de desarrollo (Informe Anual, 2007)

⁶² Ley de Coordinación del Sector Salud. ARTICULO 21: "Asignación de recursos. El Estado asignará los recursos necesarios para el financiamiento público de la prestación de servicios de salud, para atender a la población en general y, en forma prioritaria y obligatoria, a la de mayor postergación en su desarrollo social y económico".

⁶³ El Proyecto de Presupuesto de Egresos e Ingresos se discute cada año en el Legislativo. El proyecto lo presenta el Ministerio de Finanzas. Después de la discusión en el Legislativo pasa a la Comisión de Finanzas y Moneda del Congreso de la República, y posteriormente al Legislativo nuevamente.

fuentes permite conocer los compromisos que adquirió el Ejecutivo; y la lógica del flujo de los recursos para financiar el sector salud permite dilucidar formas de mercantilización de los servicios de salud. Posteriormente se expone el debate sobre la capacidad del MSPAS para la ejecución de los recursos, entendiendo que esta capacidad permite la implementación o no de las políticas sociales, y en particular las de salud y la administración de fondos de salud. Otro punto importante durante el período fue los recursos destinados para la provisión de medicamentos.

Los problemas durante el período que aparecieron en la prensa escrita, en torno al financiamiento, fueron: el gasto en salud no superaba el 1% del PIB; el reconocimiento de autoridades que eran recursos insuficientes⁶⁴, pero en la práctica no se realizaban modificaciones; la poca fortaleza institucional para la solicitud de recursos y la poca capacidad institucional para la ejecución de los recursos por parte del ministerio; la consecuente transferencia de recursos a otras instituciones; y los altos grados de corrupción. En general la discusión durante el período se centró, por parte de la oposición en la necesidad de aumentar el gasto social, y en particular el de salud. Los proyectos de presupuesto de egresos e ingresos presentaron incertidumbres y fragilidades producto de una sobre estimación en los ingresos tributarios y la falta de certeza sobre la recaudación de otros impuestos por la falta de implementación de la reforma fiscal, y las leyes que se emitieron sobre políticas fiscales (ver Regulación) no fueron instrumentos que plasmara medidas integrales para cumplir con los Acuerdos de Paz, ni del Pacto Fiscal.

Los Actores Políticos, que estuvieron ejerciendo presión a favor de los proyectos de ingresos y egresos fueron: GANA, PAN, FRG, el Ministerio de Finanzas, definido como Actor Institucional, proponían a través de la Junta Directiva del Congreso (PL, SV, 25.11.2001, La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 14 al 22 de noviembre de 2004; pp. 3), los proyectos, como parte de las estrategias para

⁶⁴ “Tanto el gasto total en salud con respecto al Producto Interno Bruto (PIB), como el gasto público en salud con respecto al gasto total en salud durante el 2000-2004 muestran una tendencia decreciente. En cambio, el gasto privado en salud con respecto al gasto total en salud, muestra una tendencia inversa” (Informe de Gobierno, 2004)

fortalecer un proyecto político y además, muchas veces, favoreciendo a los grupos económicos, por ejemplo, (CACIF)

“De forma apresurada y sin mayor discusión, el partido oficial hizo valer su mayoría en la comisión parlamentaria de finanzas y avaló el proyecto de presupuesto de ingresos y egresos del Estado para el próximo año” (PL, SV, EP, 09.11.2002, 15.11.2002).

“El Congreso de la República aprobó la Ley de Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado para el Ejercicio Fiscal de 2005. El presupuesto fue aprobado por los partidos GANA, PAN, FRG” (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 14 al 22 de noviembre de 2004; pp. 3).

Otros Actores Políticos, en este eje, fueron las fracciones más débiles que se aliaban con el objetivo particular de mantener su presencia en los órganos de representación, por ejemplo, de la Democracia Cristiana Guatemalteca (DSG), Unión Democrática (UD) y el Partido Libertador Progresista (PLP), Unión de Centro Nacional (UCN) (PI; TP; Noti7, 01.08.1997, PL, SV, EP, 27.11.2001, SV, 16.07.2001, PL, GF, SV, EP, AD, 29.11.2000, PL, SV, EP, 09.11.2002, 15.11.2002). Los Actores políticos en oposición (URNG, FDNG, EG) a los proyecto y aparece sobre todo la Diputada Nineth Montenegro haciendo denuncias quien pertenecía al partido Encuentro Guatemala (EG)

Los Actores Colectivos, que aparecieron en el debate sobre este problema, y estaban en contra de la asignación oficialista de recursos al sector social y de salud, y se caracterizaba por una reducción, son las organizaciones sociales cuyos intereses se centraban principalmente en que se cumplieran los Acuerdos de Paz; el movimiento de sindicatos de trabajadores de salud pública y los Actores Socioprofesionales: el gremio médico que estaban interesados en mejorar sus condiciones laborales, Actores Internacionales como los organismos internacionales: OMS, OPS

“Contraviniendo un compromiso de los Acuerdos de Paz, El Estado Mayor Presidencial (EMP) y la Secretaría de Asuntos Administrativos y de Seguridad de la Presidencia (SAAS) recibirían más de 50% de incremento en sus presupuestos [...] Mientras tanto, el MSPAS sólo recibirá un aumento de 1% [...]. La diputada Nineth Montenegro [...] señaló que dichas asignaciones fortalecen al EMP y a la vez se duplica la seguridad presidencial” (SV, 07.09.2002).

“[La Diputada Nineth Montenegro dijo que...] La propuesta contradice los Acuerdos de Paz (...) la baja asignación en el gasto destinado a educación, salud y vivienda, mientras al ejército se asignaría un 33% más [...] Según un análisis elaborado por ese espacio social, el proyecto estima una carga tributaria del 9% respecto del PIB, lo que representa 0.7% menos que la estimada en 2003; dicho retroceso significa un incumplimiento reiterado de la meta del 12% establecida en los Acuerdos de Paz” (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 29 de Septiembre al 5 de Octubre, 2003; pp. 1).

Conforme avanza el período entran en escena otros Actores Colectivos, aglutinados en la coordinación de organizaciones no gubernamentales (CONGOOP) y el movimiento de Derechos Humanos (CIID, ODHA, PDH), quienes intervienen más en el debate y demandan que sus propuestas sean tomadas en cuenta (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 23 al 28 de Marzo de 2004; pp. 11; PL, EP, SV, 11.07.2005; LH, 21.09.2006; PL, 13.11.2006).

Durante el período estuvo en debate la reducción de las partidas presupuestarias del gasto social y en particular el gasto en salud (PL, 13.11.2006) y la inversión social, con la argumentación, por parte de los partidos oficialistas, de que al realizarse las reformas a las políticas fiscales se modificaría esta tendencia de la reducción del gasto social.

De manera general, a lo largo del período, se observa que el Ejecutivo, como Actor Institucional, quien proponía las iniciativas, era apoyado por Actores Políticos oficialistas (FRG, PAN y GANA), quienes por lo general estaban a favor de estas estrategias, y los Actores Políticos de la oposición (URNG, FDNG, EG, UNE) junto con los Actores Colectivos (organizaciones de la sociedad civil en contra) se oponían no sólo a la reducción del gasto social, sino además a la forma en que se distribuía éste gasto, ya que más del 70% se asignaba a gastos de operación y el restante en inversión social. (SV, 31.08.99, PL, SV, 18.11.2000, 24.11.2000, La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 1 al 7 de septiembre, 2003; pp. 1, La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 23 al 28 de Marzo de 2004; pp. 11, LH, 21.09.2006, La Semana en Guatemala, Resumen de noticias, del 20 al 27 de septiembre de 2004; pp. 4, La Semana en Guatemala, Resumen de noticias, del 19 al 25 de Enero de 2004; pp. 3, PL, EP, SV, 11.07.2005). Los Actores Institucionales proponían que el aumento al gasto social y de salud se daría en la medida que implementaran las reformas fiscales y tributarias (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 1 al 7 de septiembre, 2003; pp. 1).

“El vicepresidente sostuvo que el proyecto pretende reflejar un énfasis en el gasto social. Es por ello que aumentará el presupuesto para Educación, Salud y Comunicaciones en cuanto a los ingresos que pueden

establecerse a raíz de los acuerdos tributarios a que se llegue en la mesa discusiones del Pacto Fiscal puede ser modificado de acuerdo a lo que concluyan los sectores involucrados” (EP, PL, SV, 02.09.2000).

Las transferencias y aumento de recursos para la Secretaría de Relaciones Públicas de la Presidencia (PL, SV, 10.10.1997), al Ministerio de Defensa (PL, SV, EP, 09.11.2002, 15.11.2002, PL, 13.11.2006, (LH, PL, SV, 11.12.2007), a las ex Patrullas de Autodefensa Civil (PAC), al Ministerio de Gobernación, a la Policía Nacional Civil (PNC) (PL; SV, 09.11.1997)SV, 17.04.98, SV, 16.07.2001, PL, SV, EP, 27.11.2001, PL, SV, 25.11.2001, PL, SV, EP, 27.11.2001, PL, SV, 25.11.2001, Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 16 al 22 de agosto de 2004; pp. 1, EP, PL, 13.11.2007), acciones en contra de los Acuerdos de Paz, fueron los temas de controversia. Este tema fue el que mayor debate generó ya que, como se ha mencionado, contravenía a los acuerdos de paz. Los Actores Políticos de la oposición (URNG, FDNG, UNE), los Actores Colectivos:(movimientos sindicales, movmientos de derechos humanos (Fundación Rigoberta Menchú, PDH, ODHA, Fundación Mirna Mack, Grupo de Apoyo Mutuo), las ONGs, en la COGOOP. El movimiento de los grupos indígenas (Tzukim Pop) ONGs), Actores Internacionales (MINUGUA, ONU) (PL, SV, EP, Diario de Centroamérica, 16.11.2002, 21.11.2002), Actores Institucionales Nacionales (Instituto de Estudios Políticos, Económicos y Sociales, Centro de Acciones Legales en Derechos Humanos, Alianza contra la Impunidad) demandaron redistribuir los recursos como se planteaba en los Acuerdos de Paz, también solicitaban la negación de indemnización para los Ex Patrullas de Autodefensa Civil (PAC) cuando se aprueba el Decreto 24-2004, y que en vez de reducir los recursos para el Ejército en un 33% como estaba suscrito en los Acuerdos de Paz, se contemplaba un aumento, en contraste con el poco crecimientos para los rubros de salud, educación y seguridad interna (La semana en Guatemala, Resumen de noticias, del 30 de agosto al 6 de septiembre de 2004; pp. 7, La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 29 de Septiembre al 5 de Octubre, 2003; pp.1 Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 16 al 22 de agosto de 2004; pp. 1, AC, PI, 23.11.99, La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 24 al 30 de agosto de 2004; pp. 3).

“Diputada Nineth Montenegro del Encuentro Guatemala (EG) denunció que el proyecto de presupuesto del Estado para el 2008 contempla un incremento para el Ministerio de Defensa, mayor al que se le dará a

Educación o Salud. En términos porcentuales, dijo, Defensa recibirá un aumento de 22.5%, y Salud 18.78%. Además Montenegro criticó que en el proyecto de presupuesto, se contemple de 17% de los destinados para ejecución de obras por medio de ONG, pues esto limita la fiscalización de esos fondos” (La Prensa Libre, 02.10.2007).

La eliminación de recursos para dependencias (PL, SV, 18.11.2000, 24.11.2000, SV, 26.08.2002) también formó parte de la pugna de intereses entre los diferentes AS, la tendencia fue el recorte en el presupuesto de los diferentes fondos sociales y los que se habían conformado a partir de los Acuerdos de Paz (FONAPAZ) (SV, 26.08.2002).

El pago de la deuda pública y reducción fiscal fueron las políticas económicas que siguieron los diferentes gobiernos durante el período (SV, 31.08.99, EP, PL, SV, 02.09.2000, SV, 02.03.2002, PL, 23.09.99, SV, 02.03.2002, SV, 31.08.99, La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 29 de Septiembre al 5 de Octubre, 2003; pp. 1; EP, PL, SV, Diario de Centroamérica, Noti Siete, AC, 06.09.2005). Como Actores Institucionales, el Ministerio de Finanzas, a lo largo del período tuvo la misma tendencia cuando presentó los proyectos de ingresos y egresos: recorte del gasto público, sobre todo en el rubro de lo social, con el propósito de reducir el déficit fiscal (PL, 23.09.99, La semana en Guatemala, Resumen de noticias, del 30 de agosto al 6 de septiembre de 2004; pp. 7, (PL, EP, 03.09.2002).

“Programas importantes de inversión en salud y educación se están reduciendo debido a la falta de recursos. Lo anterior se debe a la suspensión del impuesto a la distribución de combustibles y a los cambios en el Impuesto a las Empresas Mercantiles y Agropecuarias (IEMA) ahora conocido como Extraordinario y Temporal de Apoyo a los Acuerdos de Paz” (PL, 22.04.2005).

La poca capacidad de ejecución de los diferentes Ministerios, en particular el MSPAS (PL, EP, 11.07.2000, SV, 16.07.2001), lo que permitía la transferencia de recursos a otros Ministerios (PL, 03.10.2001, 04.10.2001) con mayor capacidad de ejecución como el de Defensa, y en la lógica de asignación de recursos históricos no lograban mayor presupuesto. Estos problemas fueron denunciados por los Actores Políticos de la oposición, sobre todo aparece la Diputada Nineth Montenegro, Actores Colectivos aglutinados en el COS (Colectivo de Organizaciones Sociales) (PL, SV, LH, 11.12.2002, LH, 27.06.2006, PL, 28.03.2007), y por el Observatorio de Gasto Social (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 8 al 13 de junio de 2004; pp. 4, EP, 26.04.2007), y otros movimientos sociales como el del Magisterio Nacional (LH, PL, EP, SV, 04.12.2006. (PL, EP, 11.07.2000). También aparecieron

noticias en torno al traslado de fondos públicos hacia cuentas de partidos políticos (PAN y UNE) mediante la Asociación Amigos en Acción y también se refieren el traspaso de fondos del Patronato de Servicios de Salud La Semana en Guatemala, Resumen de noticias, del 1 al 6 de marzo de 2004, pp. 4). Los intereses de los Actores Políticos era allegarse de recursos y de los Actores Institucionales mantener el control de recursos financieros (LH, PL, EP, SV, 04.12.2006)

“El COS señala que cuando solo faltan dos meses para concluir el presente período no se han ejecutado cerca del 28% del presupuesto de 2006 lo cual hace sospechar que la suma no gastada será ejecutada durante el año electoral método debido a que el fideicomiso permite eludir la obligación a depositar en fondo común el dinero no ejecutado” (PL, 13.11.2006)

“La diputada Nineth Montenegro quien presidía la comisión legislativa de la Defensa Nacional, denunció el traslado de fondos (...) través de acuerdos interministeriales, para gastos de funcionamiento. Asimismo, refirió que pese a la insistencia de diversos grupos organizados porque surgiera un nuevo contexto en materia de milicia, encabezada por la sociedad civil, se ve un rearme del ejército y un papel protagónico del mismo”. (PL, SV, LH, 11.12.2002)

Cumplir con las demandas de los organismos financieros: Fondo Monetario Internacional (FMI), BM y BID era otra de las reglas que se seguían en el momento de formular el presupuesto de ingresos y egresos:

“El presidente de BANGUAT, Efraín Ríos Montt, presidente del legislativo, ministro de finanzas, se reunieron con los diputados al Congreso de la República para analizar lo relativo al presupuesto de la nación para el siguiente ejercicio fiscal, así como la emisión de eurobonos. El presupuesto de ingresos y egresos para 2003 se aprobará sin cambios significativos, dio a conocer el presidente de la Comisión de Finanzas, luego de la reunión. Explicó que los cambios podrían centrarse en la reorientación del gasto de algunos fondos sociales y ministerios, como los de Salud y Cultural”. (PL, Diario de Centroamérica, SV, 25.09.2002)

“El Ministro de Finanzas explicó que el destino de lo captado por ese medio se conocerá detalladamente hasta noviembre, después que discuta el tema con FMI” (PL, Diario de Centroamérica, SV, 25.09.2002)

“El Presidente del BANGUAT y de la Junta Monetaria (JM) informó que el IGSS invirtió 60 millones de dólares más en los títulos de deuda conocidos como eurobonos, y así las autoridades están a un paso de cumplir con el Fondo Monetario Internacional (FMI), de tener colocada toda la emisión (de 700 millones de dólares) a más tardar el 30 de septiembre. Para lograr esto el IGSS tomó parte de los fondos que tiene invertidos en certificados de depósito del BANGUAT. Con esta operación, el IGSS se convirtió en el mejor aliado del gobierno entre las instituciones públicas al haber adquirido el 14% del total de documentos emitidos” (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 22 al 28 de Septiembre, 2003; pp. 12.)

En oposición a los proyectos de presupuestos e ingresos presentados por el Ministerio de Finanzas se encontraron a los Actores Políticos en oposición PP, ANN, FDNG (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 14 al 22 de noviembre de 2004; pp. 3), que muchas veces no pudieron imponer sus demandas en el legislativo. La URNG, otro de los Actores Políticos, en contra de la forma en que se

asignó los recursos durante el período, a través de comunicados y desplegados denunciaba la situación (Comunicado de URNG sobre Proyecto de Presupuesto del 2002, Fuente Directa, 19.11.2001,), (PL, SV, EP, 27.11.2001). Para la URNG el problema era el bajo nivel de recaudación tributaria y el déficit fiscal se expresaba en las crisis en las finanzas públicas, y de la incapacidad del Estado para cumplir con sus obligaciones, y por otro lado favoreciendo a grupos poderosos como el Ministerio de Defensa y Gobernación y a la misma Presidencia de la República, en detrimento de la Salud y Educación, cuyos presupuestos se basan en fondos que otorga el BID y el BM (Comunicado de URNG sobre Proyecto de Presupuesto del 2002, Fuente Directa, 19.11.2001, (PL, SV 18.11.2000, 24.11.2000)

Los Actores Colectivos, a través de las Organizaciones Sociales aglutinadas en el COS (LH, 21.09.2006), El Centro de Investigaciones Económicas Nacionales, Comisión Económica para América (CEPAL) emitieron informes denunciando el problema (SV, 31.08.99, La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 1 al 7 de Septiembre, 2003; pp. 1), Instituto de Estudios Políticos Económicos y Sociales (IPES), (AC, PI, 23.11.99), Miembros del Sindicato de Salud de Guatemala, (EP, 20.10.2001) los Trabajadores del MSPAS realizando manifestaciones y realizando bloqueos para exigir al Gobierno que aumentara el presupuesto al MSPAS (Informe Semanal, No. 29/03, 06.08.2003; pp. 8), La Asociación de Investigación y Estudios Sociales (ASIES) (PL, SV, 25.11.2001, PL, Diario de Centroamérica, SV, 25.09.2002), MINUGUA (PL, SV, EP, Diario de Centroamérica, 16.11.2002, 21.11.2002), Mesa Intersectorial de Diálogo sobre Desarrollo Económicos y Social (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 29 de Septiembre al 5 de Octubre, 2003; pp. 1), denunciado los problemas ya mencionados (SV, 08.11.2001):

“URNG demanda que se haga una revisión a fondo de los gastos de funcionamiento en general, y de la asignación al Ministerio de la Defensa, con el objetivo de incrementar el gasto social y la inversión pública. Así mismo, es necesario y urgente retomar el pacto fiscal, continuar con la revisión de privilegios, la transparencia fiscal, las sanciones ejemplares para los corruptos” (Comunicado de URNG sobre Proyecto de Presupuesto del 2002, Fuente Directa, 19.11.2001)

De manera particular, sobre el gasto en salud, durante el período los Actores Socioprofesionales del MSPAS y el gremio médico manifestaron a través de diferentes estrategias para imponer sus intereses y demandar que aumentara el gasto en salud (LH, 01.10.2002). Los intereses de estos actores se referían a mejorar sus condiciones laborales para atender a la población. Por otra parte los Actores Socioprofesionales cuyo ámbito de acción era el Sistema de Atención en Salud (SIAS) luchaban por los fondos necesarios para cumplir con el programa de extensión de cobertura, recursos provenientes del BM y del BID. (La Semana en Guatemala, Resumen de noticias, del 20 al 27 de septiembre de 2004; pp. 4, (PL, 11.07.2006). Los AS que participaron fueron las organizaciones sociales, los sindicatos de trabajadores del sector salud (LH, PL, SV, EP. 08.08.2002, (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 19 al 25 de julio de 2004; pp.9), organismos internacionales (OPS, BM, UNICEF, USAID, PNUD) presionaron reduciendo las donaciones, transferencias no reembolsables y préstamos (Editorial de EP, 06.10.99). Otros Actores Colectivos, nacionales, del movimiento de derechos humanos (LH, 15.07.99LH, PL, SV, EP. 08.08.2002), El Observatorio de Gasto Social (OGS) (PL, 11.07.2006)

Los problemas que se denunciaban y las demandas de los AS era en torno al aumento del gasto en salud como porcentaje del gasto de los hogares (PL, 25.09.97). Durante el período se observó que realizaron manifestaciones, huelgas simultáneas en todo el país y planteaban peticiones para que el congreso aumentara el presupuesto al sector salud (PL, 08.11.2000)

“Quince organismos internacionales (BM, UNICEF, USAID, PNUD) que apoyan la ampliación y la calidad de los servicios de salud, suscribieron y presentaron un documento denominado “Declaración Conjunta de la Cooperación Internacional”, que plantea incrementar el presupuesto en este rubro, para reducir la exclusión social y fortalecer la paz en Guatemala. La acción es considerada como un llamado de emergencia a las autoridades, a los candidatos a la Presidencia, Vicepresidencia y al Congreso, para que atiendan las sugerencias planteadas por organizaciones sociales e internacionales y los lineamientos de los Acuerdos de Paz, sobre una asignación presupuestaria acorde a las necesidades de la población”. (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 27 de Octubre al 2 de Noviembre de 2003; pp. 7)

Sobre las fuentes⁶⁵ para los recursos, se observa la firma de convenios en forma de ayuda internacional. Muchos de estos convenios fueron bilaterales, y se dieron en forma de especie o donaciones. Algunos de los convenios fueron con Cuba- (PL, 20.11.2002) Diario de Centroamérica, 29.05.2007), Alemania (EP; AC, 20.06.1999), Taiwan (PL, 02.08.2002), Venezuela (PL, 18.10.2007), Cooperación Japonesa (PL, SV, LH, EP, 21.03.2001, EP, 26.04.2007), con España (PL, 08.02.2000 La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 20 al 26 de diciembre de 2004; pp. 5)

Con organismos multilaterales como la AID (PL, 20.08.1997, PL, 17.08.99, PL, 14.06.2001, EG, 20.06. 1998), OPS (Noti 7, 27.03.2000) del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Malaria y Tuberculosis, (PL, 06.07.2005), Food for poor (PL, 06.10.2001, La Semana en Guatemala. Resumen de noticias del 25 al 31 de agosto 2003; pp. 1), con la Unión Europea (PL, 14.06.2001, PL, 15.02.2001)

Otra fuente de recursos importantes durante el período fueron los préstamos de organismos financieros internacionales, destacan el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (EP, 18.11.99, EP, 15.08.2002, SV, EP, 20.01.2005)

“Diputados aprobaron el préstamo con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (...) destinados a la ejecución de proyectos en las áreas de salud, educación e infraestructura. El órgano ejecutor será el FIS. Para llevar a cabo el programa, el Gobierno deberá emitir contrapartida y ampliar el presupuesto de ingresos del Estado para 2000 (...)” (PL, SV, 04.08.99)

Sobre los fondos⁶⁶ y la movilización⁶⁷ de recursos del MSPAS el debate se centró en la creación de los patronatos de salud⁶⁸, la creación de la figura de gestión

⁶⁵ Ley de la Coordinación del Sector. Artículo 23: Otros financiamientos: a) Las municipalidades y las organizaciones locales, nacionales o internacionales, podrán destinar recursos financieros para la prestación de servicios de salud dirigidos a la población bajo su jurisdicción. b) Las Organizaciones No Gubernamentales, en función de sus políticas y programas, y dentro de la normativa del presente Código, podrán financiar la prestación de servicios de salud en forma coordinada con el Ministerio de Salud.

⁶⁶ Ley de Coordinación del Sector Artículo 22: “Los fondos provenientes de la prestación de servicios de cualquier tipo por parte de las instituciones del servicio público de salud, así como los legados y donaciones que se les hagan, se constituirán como fondos privativos que serán destinados a financiar los servicios que brindan”.

⁶⁷ Ley de Coordinación del Sector Artículo 24: “Para los efectos de la coordinación de prestación de servicios de salud, el Ministerio de Salud podrá celebrar convenios y contratos con las instituciones que Integran el Sector y otras instituciones vinculadas a él. Asimismo, las instituciones públicas del Sector pueden mediante convenios u otros instrumentos legales celebrar acuerdos de prestación de servicios entre sí y con entidades privadas. Estos actos se ejecutarán bajo las condiciones y requisitos que se establezcan por la vía reglamentaria”

hospitalaria que permitía el cobro de los servicios de salud, la administración-prestación de fondos y servicios de salud (PL, 07.06.2006, (PL, 13.07.2000, PL, EP, 08.09.2000), la compra de servicios de salud por parte del MSPAS. Al final del período se pudo observar crisis financiera causada por el mal manejo de los recursos, la corrupción (SV, 24.01.2001; SV, 27.02.2001; SV, 23.01.2001, SV, 23.01.2001, SV, 31.01.2001) y quedó prácticamente inoperante las direcciones de área, hospitales, centros y puestos de salud (ver Prestación y Operación de Servicios de Salud), se enfatizan, durante el período, las relaciones de tipo contractual entre organizaciones de la sociedad civil y el Estado (SV, 23.01.2001, PL, 25.02.1997)

A favor de estas estrategias encontramos a los Actores Políticos de los partidos oficialistas, Actores Colectivos como el CACIF, Actores Institucionales como el Ejecutivo, el Ministerio de Finanzas y la Comisión de Salud, y en contra encontramos los Actores Políticos que tradicionalmente se opusieron durante el período a las Reformas del Sector Salud, ya que contravenían con los Acuerdos de Paz, los Actores Colectivos conformados como movimientos sociales, los movimientos sindicales de los trabajadores de la salud y lo Actores Socioprofesionales, que veían deterioradas con estas medidas sus condiciones laborales (Informe Semanal, No. 26/03, 16.07.2003; pp.4, Informe Semanal, No. 17/03, 12.05.2003; pp. 8 , Informe Semanal, No. 20/03, 03.06.2003; pp. 5, SV, PL, 12.06.2006). Entre las exigencias de los Actores Socioprofesionales se encontraban el aumento del presupuestos como parte del cumplimiento del pacto colectivo de las condiciones de trabajo, firmado entre el Ejecutivo y los trabajadores, denunciaban los patronatos como formas de privatización y flexibilización laboral, ya que promovían el contrato de personal de forma indirecta y el subcontrato de servicios, estaban en contra de la concesión de servicios, del programa de recuperación de costos (LH, LPL, 13.10.99 y 14.10.99, PL, EP, SV, 27.07.2000, (PL, EP, SV, 27.07.2000)

“El sobreprecio de hasta 300% en la compra de equipo para el Hospital General San Juan de Dios, hecha a la empresa Casa Médica por medio de la desaparecida SEDESOL, fue confirmada por el encargado de la

⁶⁸ ACUERDO GUBERNATIVO 33-99Delega las funciones de gestión administrativa y de ejecución y supervisión de la prestación de servicios públicos de salud a terceras personas.

CGCN. Además se detectó un 25% de sobreprecio en la asignación de las obra a reconstruir ese hospital, contratos realizados con la entidad Constructora de Obras Civiles. Los contratos se hicieron el año sin necesidad de realizar las licitaciones que requiere la Ley de Contrataciones. Según CGCN, ese acuerdo de emergencia, decretado por el gobierno y ratificado por el Congreso, sirvió para actos de corrupción". (SV, 27.02.2001)

"El acuerdo suscrito para el mejoramiento de la gestión hospitalaria (PROHOSPITAL) firmado por el Gobierno de Guatemala y el Grupo Consorcio Hospitalario de Catalunya a través del PNUD con financiamiento del BID [...] La empresa creó tres nuevas plazas en los hospitales para desarrollar mejor sus objetivos [...] Ahora cada Hospital de los escogidos para el estudio cuenta con Gerente de finanzas, asistencial y recursos humanos. El contrato (No.01-2002) al cual El Periódico tuvo acceso su suscribió el 26 de agosto y ampliado el año pasado. La historia inició en el Gobierno del FRG y continuó durante la gestión del GANA. El trabajo de la empresa europea finalizó hace cuatro meses. En cinco años, CHC Consultoría I Gestión S. A., se encargó del proyecto "Modernización de la Gestión Hospitalaria", el cual fue aplicado en siete hospitales del país. El trabajo principal consistió en aumentar la productividad y mejorar la calidad de los servicios por medio de las gerencias. La Oficina del Procurador de los Derechos Humanos evidenció que los 40 hospitales nacionales estaban en crisis". (EP, 26.11.2007)

Otro de los grandes temas que se debatieron fue el financiamiento de los medicamentos (Informe Semanal, No. 24/03, 28.06.2003; pp. 10, Informe Semanal, No. 04/03, 30.01.2003; pp. 7). En paralelo a este problema, se debatía también, como se señaló en el eje de Regulación la Ley de Propiedad Industrial⁶⁹. Sobre el financiamiento el primero de los grandes temas fueron las farmacias, los Actores Institucionales (la Comisión de Salud y el MSPAS) da a conocer el proyectos de concesión de farmacias a agencias privadas para mejorar el servicios y el abasto de medicamentos, estas medidas, según los Actores Institucionales, fueron tomadas por los actos de corrupción que sucedían en las farmacias *estatales* (PL, 13.07.2000, PL, EP, 08.09.2000)

"La Comisión de Salud del Congreso emitió dictamen desfavorable a una iniciativa de ley tendiente a garantizar los bajos precios de medicamentos argumentando que el MSPAS ya ha adoptado las medidas para bajar los precios". (RS, 17.04.98)

Sin embargo hubieron denuncias por parte de los Actores Políticos sobre la formas de licitación tanto para administración de las farmacias como de la compra de medicamentos.

"Diputados unionistas denunciaron anomalías en la licitación que se hará pública este martes para que sistema nacional de salud compre medicamentos, ya que se modificaron las especificaciones incluidas en las bases, para dejar fuera a empresas productoras de genéricos. La denuncia de los unionistas señala irregularidades en la compra de medicamentos mediante contrato abierto para el sistema nacional de salud, que incluye a hospitales nacionales y del ejército y al IGSS. De acuerdo con los diputados, en el proceso de licitación

⁶⁹ Eje de Regulación.

que abre hoy, las autoridades pusieron tropiezos y condiciones a ciertos medicamentos, para que sólo puedan ser ofertados los de marca y no los genéricos, por lo que el Estado adquirirá medicinas más caras. Por su parte autoridades del IGSS y del Ministerio de Salud aseguraron que la licitación para la compra de medicamentos por contrato abierto no ha sido cambiada para favorecer a ninguna empresa, como lo afirman los diputados. El subgerente del IGSS manifestó que lo que las autoridades pretenden es eliminar a todas las empresas que no ofrecen calidad en sus productos". (PL, 29.10.2002)

En torno a la seguridad social, interesa recuperar el debate, ya que las políticas y estrategias de la Reforma de Salud abarcan tanto al MSPAS como al de Seguridad Social. Durante el período se discutió, por un lado la compra de servicios privados por parte del Estado y por lado, ampliar el mercado de la salud. El principal debate fue sobre la estrategia de que el Estado subsidiaria la oferta de servicios con fondos públicos y mecanismos exención fiscal, de que las empresas privadas contrataran servicios o seguros privados y cuyo gasto es deducible de impuestos. Los Actores Colectivos (movimientos sindical de trabajadores de la Salud y los pensionados) y los Actores Socioprofesionales (Colegio de médicos) rechazaban las políticas de concesionamiento de servicios a la iniciativa privada, la catalogaban como fase previa a la privatización del IGSS (EG, 10.02, 1999, LH, 15.03.1999, LH, 14.10.99), y la creación de un marco legal para exonerar de los recargos por mora, intereses y gastos administrativos a las empresas privadas atrasadas en sus contribuciones (GF, 18.10.99; La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 24 al 30 de agosto, 2004; pp. 5,)

"Diputados del PAN señalaron que la Ley del Régimen Previsional pretende promover mayor responsabilidad individual. También permitirá una mayor sostenibilidad económica y financiera de los programas, mejorar la administración del IGSS, procurar efectos redistributivos progresivos en los programas, tender hacia la universalización del servicio, coordinar los servicios del IGSS y del MSPAS, establecer mecanismos de protección acordes con la realidad del país. Propone un modelo mixto con un programa público (IGSS reformado) que pagará una pensión básica y un programa de capitalización plena e individual que pagaría una pensión complementaria" (EG, 12.10.1997, PI, 15.11.1997)

"Explicaron que cuando el IGSS considera conveniente y necesario a los intereses de la institución perdonar los recargos derivados por atrasos en el pago de las cuotas" (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 24 al 30 de agosto, 2004; pp. 5)

Se propone una reforma provisional para aumentar la cuota que los trabajadores pagan al IGSS y otra cuota para las empresas privada que administran sus ahorros (SV; PI, 28.01.97; SV, 31.07.99; (Al Día, 13.08.2001)

“Los Diputados del PAN señalaron que la Ley del Régimen Previsional [...] tender hacia la universalización del servicio, coordinar los servicios del IGSS y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (...) todos los nuevos ingresantes entran al sistema mixto; la capitalización plena individual puede ser administrada por órganos públicos, privados o mixtos; el IGSS centraliza el cobro de las contribuciones y posteriormente las transfiere a las administradoras correspondientes. El IGSS se reestructura en tres grandes programas separados administrativa y financieramente: 1) accidentes, 2) invalidez, vejez y sobrevivencia y 3) enfermedad y maternidad” (EG, 10.02.1997)

“La Corte de Constitucionalidad (CC) decidió provisionalmente no suspender el Acuerdo que incrementa las tasas de contribuciones de patronos y afiliados [...] por el CACIF, mediante una acción de inconstitucionalidad. El acuerdo contiene el Reglamento de Recaudación de Contribuciones al Régimen de Seguridad Social que establece que para el descuento se tomará como base el 4.83% del sueldo total de los trabajadores. Anteriormente se tomaba como base sólo el salario nominal. Ello significa que bonos o incentivos adicionales como comisiones, bono de gasolina, bonificaciones, beneficios extras y bono de celular serán incluidos dentro del salario total del empleado por lo que el descuento será mayor. (Informe Semanal, No. 15/03, 22.04.2003; pp. 7)}

La lucha de las organizaciones sindicales del IGSS y el Frente Unificado de Sindicatos de Trabajadores del IGSS (FUSTIGSS), Sindicato de médicos, la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), del Colegio de Médicos eran lograr los pagos de las cuotas patronales tanto de las empresas privadas como del Estado, evitar la reforma del sector, promover la transparencia en los fondos del Seguro Social (EP, 14.08.2000, PL, 24.02.2001, SV, 29.06.2002) denunciar los actos de corrupción (LH, 14.03.2002, PL, 06.04.2002, Prensa Libre, 31.07.2001, Informe Semanal, No 18/03, 22.05.2003; pp1), su inversión en infraestructura y en la mejora de la atención. Las movilizaciones, amenazas de paros nacionales (EG, 13.08.2001) los amparos en contra del Ejecutivo formaron parte de sus estrategias. (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 6 al 12 de diciembre de 2004; pp. 5, LH; EG; EP, 10.10.1999, EP; RS, 28.07.1999, Siglo Veintiuno, 13.09.2000, LH 03.01.2001, SV, 05.04.2002)

Por su parte el CACIF, como parte representando al área patronal en la Junta Directiva, tenía gran peso. Se retira de la Junta Directiva del IGSS como represalia por las anomalías, tales como sobrevaluaciones, malas ejecuciones, inversiones deficientes y comisiones exageradas. Amenazaron con accionar legalmente en contra de la administración del Seguro Social, en cuanto tengan las pruebas necesarias. (PL, SV, EP, 03.04.2002). Aunque para muchos fue una forma de impedir que la Junta Directiva transfiriera los fondos del seguro social a fondos de inversiones extranjeras (SV, 29.06.2002, PL, 06.04.2002)

De los problemas más graves durante el período fueron los actos de corrupción tanto en la Seguridad Social como en el Sector Público (SV, 23.01.2001) sobre todo durante la gestión de Alfonso Portillo (SV, PL, 03.10.2000. 04.10.2000, SV, 10.08.2002 (AD, 04.07.2007), en los procedimientos de licitaciones y adjudicaciones de servicios a empresas privadas(SV, 31.01.2001)

Estos actos de corrupción, la falta de suficientes recursos en términos de gasto en salud provocaron el desfinanciamiento y desmantelamiento histórico del SSG. Esto se expresa en la crisis hospitalaria y los problemas en la prestación y operación de los servicios de salud.

Cuadro 3. Financiamiento. Debate sociopolítico y Actores Sociales aparecidos en la prensa escrita. Guatemala
1997-2007

Problema	Actores Sociales	Posicionamiento	Intereses	Resolución
Proyecto de Egresos e Ingresos: a) Disminución de Gasto Social b) Disminución de Gasto en Salud c) Inversión Social, d) Pago de Deuda Pública e) Transferencia de recursos al Ministerio de Defensa, Secretaría de la Relaciones Públicas. Ex Patrullas de Autodefensa Civil	Actores Políticos: GANA, FRG, PAN, DCG, UCN	A favor de la reducción del Gasto Social y de Salud, Disminuir el gasto público para la reducción del déficit fiscal	Proyecto político y mantener presencia en los grupos de representatividad, hubieron traslados de fondos a Partidos Políticos	Aprobación de los proyectos
	Actores Institucionales: Ministerio de Finanzas Ejecutivo Junta Directiva	A favor de la reducción del Gasto Social y de Salud	Control de los recursos económicos	
	Actores Institucionales: Ministerio de Defensa	A favor	Rearme de los militares	
	Actores Políticos: URNG, FDNG, UNE	En contra	Defienden Acuerdos de Paz	
	Actores Colectivos: movimientos sindicales,	En contra	Defensa de sus condiciones laborales	Aprobación del Decreto 24-2004
	Actores Socioprofesionales: Colegio de médicos, Gremio médico	En contra	Condiciones laborales	
	Actores Colectivos: movimientos de Derechos Humanos, movimiento indígenas, COS, Observatorio de Gasto Social	En contra	Defensa de los Acuerdos de Paz	
	Actores Institucionales Internacionales: Minugua, ONU, OPS, PNUD, UNICEF	Declaración conjunta de Cooperación Internacional	Intereses económicos	
Patronatos de Salud, Prohospital, Contratación de servicios privados por parte del IGSS y MSPAS, Concesión de servicios	Actores Socioprofesionales: Colegio de médicos, Gremio médico	En contra	Condiciones laborales	Se aprueba
	Actores Colectivos. Movimiento sindical de trabajadores de la salud	En contra	Condiciones laborales	
	Actores Colectivos: Aseguradoras Privadas, CACIF	A favor	Intereses económicos	
	Actores Internacionales: BID, PNUD, BM	A favor	Proyecto del BM.	
Medicamentos, Concesión de Farmacias	Actores Institucionales: Comisión de Salud, MSPAS	A favor	Intereses económicos, Ministro de Salud copropietario de farmacias	Se aprueban
	Actores Colectivos: movimientos sindicales,	En contra	Condiciones laborales	
	Actores Colectivos: Aseguradoras Privadas, CACIF, industria farmacéutica nacional	A favor	Intereses económicos	
	Actores Políticos: UNE	En contra por anomalías en las contrataciones.		

Fuente: Elaboración propia

1.4 LOS CAMBIOS EN LAS POLÍTICAS DE PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

En el eje de prestación y operación de los servicios de salud se incluyen todas aquellas cuestiones que están relacionadas con el tipo de servicios, ya sea personales o no personales; con los paquetes básicos como conjunto de servicios que se ofrecen a la población; con las barreras de acceso a los servicios de salud; con las normas que deben cumplir las prestadoras de servicios de salud; el crecimiento tanto del sector público como privado en la producción de servicios; y las formas de subrogación de servicios.

El debate, indagado en la prensa escrita, sobre prestación y operación de programas y de servicios de salud, como eje problemático, se reconstruye a partir de dos ideas. La primera, alude al debate de cómo debería ser la prestación y operación de los servicios de salud en torno al acceso, la formulación de paquetes básicos de servicios, tipo de servicios que se prestan, personales o no personales. En este sentido se identifican, en la prensa escrita, las demandas o las opiniones, que aparece en los medios de comunicación escrita durante el período revisado, de los diferentes AS que se expresaron sobre el tema.

La segunda idea, se refiere a cómo es la prestación y operación de los servicios. Para este apartado tomamos en cuenta las denuncias por parte de los AS que se encuentra en la oposición, y por otro lado, el discurso oficial que apareció en la prensa de cómo se prestaban los servicios salud o lo que se estaba realizando en torno a la problemática sanitaria. La fuente para obtener esta información son las bases de datos, ya mencionadas al principio del capítulo.

En la prensa escrita, sobre la prestación de servicios, se identificaron dos hechos que marcaron todo el período, y que por su relevancia, ocuparon casi todos los espacios en estos medios de comunicación. De ahí, que la reconstrucción de este

apartado, en primera instancia, se realiza a partir de estos eventos: la crisis hospitalaria y las huelgas de los profesionales de la salud, y el abasto de medicamentos.

Estos hechos que se identificaron como resultado de la sistematización de la evidencia empírica son las crisis hospitalarias y el desabasto de medicamentos. Conceptualizando estos hechos como categorías operativas, se entienden a las “Crisis Hospitalaria” por una situación que expresa el dismantelamiento de infraestructura hospitalaria, problemas tanto de recursos materiales como humanos que no permiten la producción y operación de servicios adecuadamente. El Abasto de medicamento, como categoría operativa, se entiende como los procesos de distribución y suministro de los medicamentos, siendo éste un insumo importante para la producción de servicios de salud, y que en Guatemala cobra relevancia, dado la Ley de Propiedad Privada y la formulación, diseño e implementación del Programa de Acceso a Medicamentos (PROAM). Estos insumos son esenciales al proceso de producción del servicio médico. Estas crisis tienen efectos en dos ámbitos, uno en los trabajadores porque no pueden realizar adecuadamente su trabajo, y en los usuarios generan insatisfacción. De ahí, que los principales Actores Colectivos que aparecieron en la prensa escrita fueran los Socioprofesionales, a través del Colegio de médicos y el gremio que conjuntó a los trabajadores de salud y del movimiento sindical. Estos Actores realizaron huelgas y paros nacionales en demanda de mejores condiciones laborales y salariales, aumento en el presupuesto del sector salud, Otros Actores Colectivos, fueron los usuarios y pacientes que dejaron de recibir atención por las huelgas y los paros de la red hospitalaria (PL, 28.06.2006). También pedían la destitución y renuncia de Actores Institucionales (Ministro de Salud, Viceministro de Salud y los Directivos de los hospitales estatales (PL, 16.11.2001 PL, 18.07.2007).

“Cirugías programadas en el Hospital Roosevelt fueron suspendidas, porque los médicos de esa institución insisten en la necesidad de contar con más anestesiólogos y en demanda de la renuncia de los directores. La crisis provocó las renuncias irrevocables de los directores como lo solicitó el Cuerpo Médico Activo”. (SV, PL, 14.09.2005)

Los Actores Institucionales (Ministro y Viceministro de Salud) negaban la situación que vivía la Red Hospitalaria

“El Viceministro de Salud encargado de los hospitales aseguró que no hay crisis, y tildó de inciertos los señalamientos en los medios de comunicación. El Ministro de Salud reconoció que hay 13 hospitales con problemas económicos y dijo que podría solicitar más dinero al Ministerio de Finanzas” (PL, 18.07.2007)

“El Presidente Berger aseguró que los Hospitales Nacionales se encuentran en excelentes condiciones y que la “presunta crisis hospitalaria, yo la detecto como un problema político...de quienes quieren desvalorizar y crear problemas” Dijo que hay suficientes insumos médicos y tratamientos. Tenemos los recursos, estamos comprando. Nunca habían estado tan bien surtidos como ahora”. Mientras Berger emitió a estas declaraciones, las enfermeras de la Cirugía Pediátrica del Roosevelt enfrentaban dificultades para bañar a sus pequeños pacientes. Por su parte, el Ministro de Salud reconoció que la cartera enfrentaba problemas presupuestarios, luego se retractó “No tenemos ningún problema financiero”, restó importancia a la posibilidad de enfrentar una crisis hospitalaria, pero no coincidió con el presidente en que se trate de un “problema político” que busque desestabilizar la actual administración”. (EP, PL, PI, SV, 19.07.2007)

De la primera categoría, Crisis Hospitalaria, identificada como una situación de emergencia, donde se expresan las contradicciones entre lo que el discurso oficial sobre la operación y prestación de servicios de salud, y lo que las organizaciones sociales y partidos de oposición denunciaba sobre la situación de la red hospitalaria. (SV, 17.04.98, PL, 11.07.99, AC, 26.01.2001) Se incluyen problemáticas como la falta de insumos e infraestructura para la producción de servicios y las huelgas de los profesionales de la salud.

Durante todo el período se identificaron denuncias en cuanto a la falta de infraestructura, recursos materiales y humanos (SV 04.08.2000, SV, 11.12.2000, PL, 17.06.2002, Informe Semanal, No 10/03, 11.03.2003, pp. 4, Informe Semanal, No. 03/03-16.01.2003; Informe Semanal, No. 04/03, 23.01.2003; pp. 6 pág. 8, Diario de Centroamérica, 04.11.2005, SV, LH, PL, 24.08.2005, 25.08.2005, SV, LH, PL, 24.08.2005, 25.08.2005 LH, PL, 15.06.2006, PL, 07.06.2007, 09.06.2007, PL, 17.05.2007), pero fueron dos los momentos más críticos, y que fueron denominados como “colapso” por los Actores Socioprofesionales y los Actores Institucionales (PL, SV, EP, Diario de Centroamérica, 10.08.2006, PL, 07.07.2006, 13.07.2006) a la situación que se vivía en la red hospitalaria tanto en los hospitales estatales como de la seguridad social. Estos momentos fueron en 2001 y 2006. Las causas principales que indican los AS en el polo de la oposición de estas situaciones son debidas

principalmente al bajo presupuesto. (AC, 05.03.2001, EP, 09.07.2007, PL, 06.06.2007, PL, 18.07.2007. EP, PL, SV, 21.07.2007

Aunque también se identifican otras situaciones como los actos de corrupción en los niveles administrativos (PL, 17.06.2002, PL19.06.2002, PL, 17.06.2002, 19.06.2002, (PL, 17.06.2002, 19.06.2002, PL, EP, Diario de Centroamérica, 21.09.2006, 26.09.2006), la no utilización de los recursos, la espera de donaciones para poder operar (PL, 06.10.2001, SV, 25.06.2002, Diario de Centroamérica, 29.05.2007) y la falta de reacción en casos de epidemia (SV 04.08.2000, Informe Semanal, No. 04/03, 23.01.2003; pp. 6) como los problemas en torno a la prestación y operación de los servicios de salud. Los Actores Institucionales (Ministros, Viceministros y Directivos de los Hospitales estatales) referían que el problema se centraba por la falta de aprobación en la reforma a Ley de Contrataciones, ya que las normas y reglas para la licitación, compra de insumos y arreglo de infraestructura impedían que se hicieran con prontitud las compras (PL, 06.06.2007, PL, LH, 28.07.2000)

Por otro lado, a lo largo del período, los Actores Socioprofesionales, sobre todo el gremio médico, realizó paros y huelgas, para exigir mejores condiciones laborales (Informe Semanal, 24/03, 02.07.2003; pp. 10, PL, 03.06.2006), tanto en lo que se refiere a su espacio de trabajo, como al salarial, lo que ocasionó, problemas en el acceso a servicios hospitalarios, tanto del sector público como social (SV, LH, PL, 24.08.2005, 25.08.2005, PL, 07.06.2007, 09.06.2007, PL, 11.08.2000 (Informe Semanal, No. 04/03, 23.01.2003; pp. 6)

“Después de siete días de paro, la atención en el Hospital Roosevelt se reanudó, luego de que los médicos llegaron a un acuerdo sobre sus demandas de quirófanos, equipo y personal de anestesia. La reanudación de labores queda condicionada a que serán reevaluadas las mejoras solicitadas en el área quirúrgica, donde además de la falta de anesthesiólogos, existen carencias de instrumental quirúrgico”. (SV, LH, PL, 24.08.2005, 25.08.2005)

El gremio médico, definido como Actor Socioprofesional, fue de los Actores Colectivos más importantes. A través de paros, movilizaciones lograron que se atendieran sus demandas de mejorar las condiciones de infraestructura hospitalaria (PL, 11.08.2000, SV, 29.01.2002, SV, PL, 14.09.2005, EP, PI, SV, 10.11.2006,

16.11.2006, 19.10.2006), y también sus condiciones laborales. (PL, SV, EP, LH, 14.11.2002, Informe Semanal, 24/03, 02.07.2003; pp. 10, PL, 03.06.2006, SV, PL 07.11.2002, 08.11.2002, SV, 05.12.2000, SV, PL, EP, 10.12.2000, 11.12.2000, 12.12.2000)

“Los empleados de la red hospitalaria nacional iniciaron este lunes paros progresivos para exigir a las autoridades que tiendan sus demandas de un aumento salarial del 10%, la unificación de los bonos al salario base y el respeto al pago de derecho de antigüedad”. (PL, LH, EP, 05.11.2002)

Lograron consolidar el movimiento, aglutinando a sus miembros, tanto personal de los servicios públicos como de los privados (SV, PL, 12.06.2006, 22.06.2006, EP, LH, SV, PL, 31.08.2006), establecer redes con otros Actores Colectivos, como los del movimiento de Derechos Humanos, Académicos de la Universidad de San Carlos y de la Facultad de Medicina, el Presidente del Colegio de Médicos. (PL, SV, EP, LH, 14.11.2002, SV, EP, 25.11.2006, SV, PL, 12.06.2006, 22.06.2006 PL, SV, EP, 15.08.2002; PL, SV, EP, 16.08.2002, 17.08.2002) situación que les permitió una interlocución con las instancias de decisión (PL, 06.06.2007, PL, 17.05.2007, PL, SV, PI, EP, 27.07.2006, SV, EP, 25.11.2006, SV, 05.12.2000, SV, PL, EP, 09.08.2002, 10.08.2002, 12.08.2002, PL, LH, EP, 05.11.2002, SV, PL 07.11.2002, 08.11.2002) lograr la destitución del Ministro de Salud, Viceministros de salud y Directivos de los Hospitales Estatales. Se logra además integrar una comisión mediadora integrada por los Actores Colectivos, delineados anteriormente. Esta comisión presenta ante el legislativo una propuesta de Ley General de Salud (realizada a finales de 2007) para el aumento del presupuesto al sector y que creciera de un 0.9%, posteriormente a un 4% hasta llegar a un 6% del PIB (PL, 01.08.2007).

“Los médicos de la Consulta Externa del IGSS decidieron la noche del viernes en Asamblea General continuar en paro laboral y rechazar toda propuesta de las autoridades que vaya encaminada a restituir a los despedidos y a negociar el 30% de aumento salarial. Los dirigentes del movimiento solicitarán a la Asamblea del Colegio de Médicos, llevar a Tribunal de Honor a quienes acepten las plazas de sus colegas despedidos” (SV, PL, LH, PL, 05.10.2002, 7.10.2002, 09.10.2002)

La pugna de intereses, en relación con la flexibilización fuerza del trabajo médico no sólo se vio reflejada en la lucha de los profesionales de salud con el Estado (PL, 18.01.2001, PL, SV, EP, 07.08.2002, 08.08.2002, PL, SV, EP, Diario de Centroamérica, 19.10.2002, 22.10.2002, 23.10.2002, PL, SV, EP, Diario de

Centroamérica, 01.10.2002, 02.10.2002, Informe Semanal, No. 03/03-16.01.03; pág. 8), sino además, también se observó en torno a las aseguradoras. Por un lado las aseguradoras, buscan disminuir las regulaciones en cuanto a las condiciones laborales de los médicos, lo cual les permitiría implementar medidas de flexibilización y abaratamiento de los costos, mientras que el gremio médico busca mantener el nivel de pago de su fuerza de trabajo. Esto implica una contradicción entre estos AS:

“[...] el Colegio de Médicos aprobó un acuerdo que pone en vigencia la nueva tabla de aranceles de honorarios profesionales de médicos pagados por terceros. Las aseguradoras califican de “impositiva” la medida y opinan que no deberían incrementar sus tarifas cada vez que se devalúe el quetzal, ya que los aranceles se fijaron en dólares y “tienen dedicatoria a las aseguradoras”. Según el coordinador de la Unidad de Seguros de Vida y Médicos de la Asociación Guatemalteca de Instituciones de Seguros (AGIS) debiera existir libertad para que los médicos puedan negociar con las aseguradoras sus honorarios, a lo cual el Colegio de Médicos se ha negado. Para ajustar sus honorarios y tratar condiciones de trabajo, a mediados de este año la Asociación de Cirujanos inició conversaciones con las aseguradoras, pero no lograron acuerdo”. (PL, 22.11.99; PL, SV, 24.11.99)

Los Actores Socioprofesionales, que aparecieron constantemente durante el período y tuvieron un papel relevante en la denuncia de la problemática fueron: la USAC, Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) (LH, 10.09.99, LH, 10.09.99, AC, 08.02.2000, SV, PL, EP, 5.10.2006, 10.10.2006, SV, PL, EP, 5.10.2006, 10.10.2006) MSPAS, Gremio Médico, Colegio de Médicos Organizaciones Sindicales de Trabajadores del Sector Salud, Asociación Coordinadora Comunitaria para la Salud (ACCSS), los usuarios de los servicios de salud (EP, PL, SV, 21.07.2007, PL, EP, Diario de Centroamérica, 21.09.2006, 26.09.2006, PL, 07.07.2006, 13.07.2006, PL, 07.07.2006, 13.07.2006)

“La Asociación Coordinadora Comunitaria para la Salud (ACCSS), señaló que la red hospitalaria del país afronta una de las peores crisis en los últimos 50 años, puesto que carece de personal, insumos e infraestructura adecuada. La falta de personal calificado y de medicamentos en los 41 hospitales públicos del país ha costado la vida a varios guatemaltecos. Explicó que las razones sobre las deficiencias que afronta la red hospitalaria se deben al recorte presupuestaria que sufrió el Ministerio de Salud”. (AC, 05.03.2001)

Para los Actores Institucionales que se identifican como oficiales, en función de que pertenecen al MSPAS o al Ejecutivo, los problemas fueron de orden político, o bien al crimen organizado (PL, 17.04.1998, PL, SV, PI, EP, 27.07.2006, PL, 17.06.2002, 19.06.2002, PL, 31.07.2007, Diario de Centroamérica, 17.10.2002, PL, EP, Diario de Centroamérica, 21.09.2006, 26.09.2006, EP, PI, SV, 10.11.2006, 16.11.2006, 19.10.2006, PL, 07.07.2006, 13.07.2006, PL, 04.07.2007)

Las primeras respuestas del Ejecutivo ante las crisis hospitalarias fueron la intervención de los hospitales estatales (PL, 15.08.2002), amenazas con despidos de los médicos que participaban en las huelgas y finalmente subrogar los servicios que prestaban los hospitales estatales a los servicios privados o al propio IPM. (PL, SV, EP, 15.08.2002, SV, PL, EP, 14.09.2002, 20.09.2002)

“A cada centro asistencial fueron destacas más de 300 agentes del GAR que portaban armas de fuego y bombas lacrimógenas”. (PL, SV, Diario de Centroamérica, EP, 13.08.2002, 14.08.2002).

“La orden que dio el Presidente Óscar Berger al Hospital Militar de atender los casos graves y urgencias remitidos por los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, por la crisis que afrontan costar la MSPAS Q68 mil, por la atención de 62 pacientes”. (PL, 25.09.2006)

“La Presidencia de la República por medio del acuerdo gubernativo 461-2006, acordó la intervención del Hospital Roosevelt, por un plazo de 6 meses argumentando que los servicios que presta la red hospitalaria nacional deben mantenerse sin interrupciones [...] El documento prevé la designación de un interventor y que el plazo de intervención comenzará a contar a partir de que tome posesión”. (PL, EP, Diario de Centroamérica, 21.09.2006, 26.09.2006)

“Después de que unos 600 pacientes no fueran atendidos ayer en la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios, y otros más en emergencias, el MSPAS advirtió que si la medida continúa hoy viernes levantará actas contra los médicos residentes” (SV, PL, EP, 09.08.2002, 10.08.2002, 12.08.2002)

De forma paralela se encontró, en la prensa escrita, que durante el período el énfasis que realizó el sector público fue en los programas de prevención y promoción de la salud (AC, SV, LH, 26.09.2006, PL, LH, 23.08.2007, PL, 14.07.2007) y otros novedosos como crear espacios en los que se hable otros idiomas propios de los grupos indígenas como parte de los Acuerdos de Paz:

“El MSPAS y el Programa Nacional de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia (SIN) presentaron oficialmente la política pública “Salud para la Adolescencia y la Juventud” [...] Afirmaron que el enfoque de la política es fundamentalmente preventivo y de promoción de la salud. (La Semana en Guatemala, Resumen de Noticias, del 29 de septiembre al 5 de Octubre de 2003; pp. 7)

“El hospital Roosevelt creó una comisión plurilingüe para brindar mayor atención a los guatemaltecos que no pueden hablar español. Se persigue cumplir con los Acuerdos de Paz, promover la utilización de los idiomas de los pueblos indígenas en la prestación de los servicios sociales del Estado a nivel comunitario”. (LH, 19 03.2005)

“El MSPAS iniciará el proyecto de “Escuelas Saludables”, donde alumnos y maestros llevan el mensaje de salud y prevención. También se informó que le Consejo de Desarrollo Urbano y Rural Región III, inició una campaña de salud bucal”. (PL, 27.01.2001)

Otros problemas que se presentaron fue el cobro de los servicios hospitalarios (PL, 26.01.2002, Informe Semanal, No. 26/03, 16.07.2003; pp.4). Esta problemática

estuvo relacionada con el Código de Salud y los Patronatos Hospitalarios y que se discute en el eje de regulación. Los Actores Socioprofesionales, denunciaron además cobros obligatorios y no voluntarios (PL, 25.09.97). Entre las medidas que propuso el MSPAS fue la gestión y administración de hospitales, dentro de una figurada llamada Prohospitales, tales medidas no fueron del agrado de muchos de los Actores Socioprofesionales (Informe Semanal, No. 29/03, 06.08.2003; pp. 8, Informe Semanal, No. 31/03, 19.08.2003; pp. 9)

Por otro lado se encontró una relación directa entre las crisis hospitalarias y la decisión gubernamental de iniciar con la implementación de administración y gerencia de hospitales en forma de patronatos y de los programas de Prohospital (PL, 07.06.2006, Informe Semanal, No. 20/03, 03.06.2003; pp. 5). El programa Prohospital comenzó a funcionar a partir de marzo de 2003 (Informe Semanal, No. 17/03, 12.05.2003; pp. 8)

“El acuerdo suscrito para el mejoramiento de la gestión hospitalaria (PROHOSPITAL) firmado por el Gobierno de Guatemala y el Grupo Consorcio Hospitalario de Catalunya a través del PNUD con financiamiento del BID. No se tiene el número exacto de cuántos asesores contrato la empresa española, los sueldos oscilan entre Q35 mil a Q65 mil quetzales, uno de los que fue beneficiado es el actual Ministro de Salud. La empresa creó tres nuevas plazas en los hospitales para desarrollar mejor sus objetivos, para el efecto sugirió al Gobierno desembolsar anualmente Q2.2 millones en sueldos. Ahora cada Hospital de los escogidos para el estudio cuenta con Gerente de finanzas, asistencial y recursos humanos. El contrato (No.01-2002) al cual el Periódico tuvo acceso su suscribió el 26 de agosto y ampliado el año pasado. La historia inició en el Gobierno del FRG y continuó durante la gestión del GANA. El trabajo de la empresa europea finalizó hace cuatro meses. En cinco años, CHC Consultoría I Gestión S. A., se encargó del proyecto “Modernización de la Gestión Hospitalaria”, el cual fue aplicado en siete hospitales del país: Cuilapa, Santa Rosa, Huehuetenango, Mazatenango, Suchitepéquez, Petén, Quiché, Totonicapán y Zacapa. El trabajo principal consistió en aumentar la productividad y mejorar la calidad de los servicios por medio de las gerencias. La Oficina del Procurador de los Derechos Humanos evidenció que los 40 hospitales nacionales estaban en crisis”. (EP, 26.11.2007)

Los problemas en torno a la falta de recursos materiales y humanos también se presentaron en el subsector de la seguridad social (PL, 13.07.2001, LH, 12.01.2001 SV, PL, EP, 14.09.2002, 20.09.2002, AC, LH, PL, SV, EP, 26.09.2002, SV, EP, PL, 29.09.2002, PL, SV, EP, Diario de Centroamérica, 19.10.2002, 22.10.2002, 23.10.2002). El problema no fue únicamente en lo que se refiere a los insumos para la prestación de los llamados servicios públicos que están relacionados con la idea de las grandes externalidades como son las vacunas y los medicamentos (SV, EP, PL, 29.09.2002, PL, 11.08.2006, PL, 11.04.2007) para enfermedades

infectocontagiosas, sino además también se presentó el desabasto de medicamentos para enfermedades crónico-degenerativas (PL, 19.07.2005, Informe Semanal, No. 04.03. 23.01.2003; pp. 6, PL, 11.04.2007, AC, LH, PL, SV, EP, 26.09.2002). Se reportaron el desabasto de medicamentos tanto el Seguro Social como en el Sector Público. Los Actores Colectivos, integrados por las Personas Viviendo con VIH/SIDA (PPVVIH/SIDA) fueron los grupos que tuvieron más movilizaciones exigiendo el abasto de medicamentos (PL, 20.09.2005. PL, 29.09.2005. PL, 19.07.2005, AC, 23.06.2005)

En esta coyuntura, los directivos del IGSS, implementan acuerdos gubernativos que les permiten comprar en calidad de urgencia medicamentos a particulares, sin previa licitación como está previsto en la ley, y la subrogación de servicios personales de salud a prestadores privados (SV, 06.10.99). Estos hechos plantea que, probablemente de haberse hecho en otros contextos no tendrían la repercusión que en torno a la privatización de los servicios, pero dado que el debate se estaba, tanto en la regulación sobre la Ley Orgánica del IGSS, como en el financiamiento, adquiere esta situación una relevancia mayor (SV, 03.07.1997, Informe Semanal, No. 04.03. 23.01.2003; pp. 6, PL, 19.07.2005):

“Los afiliados serán remitidos a hospitales y clínicas, según el tratamiento médico que necesiten, y el IGSS pagará los servicios. El presidente de la Comisión de Regulación Laboral del Profesional del Colegio Médico, reiteró la solicitud de reinstalar a los facultativos despedidos”. (SV, PL, LH, PL, 05.10.2002, 7.10.2002, 09.10.2002)

“En acuerdo número 1100 publicado este jueves en el Diario Oficial, la Junta Directiva del IGSS declaró en estado de emergencia todos los servicios básicos del área [...] El acuerdo, de carácter temporal, y vigente desde “la fecha de su emisión”, faculta al Gerente del IGSS para que por los medios correspondientes contrate los servicios médicos necesarios para normalizar los servicios beneficiarios y pensionales”. (Diario de Centroamérica, 17.10.2002)

“Con la Reforma la función de prestación de servicios incluye a otros actores y agencias. El IGSS mantiene las funciones de financiamiento, contrata a prestadores particulares pero mantiene parcialmente la función de prestación”. (SV; PI, 28.01.97)

Otro de los problemas que aparece en la prensa escrita son las denuncias sobre el SSG. Caracterizado como un sistema fragmentado, altamente estratificado, con acceso diferencial por regiones y por grupos de población aún en el acceso a los servicios de primer nivel de atención, (LH, 03.09.99):

“El Presidente Berger descartó que los agentes de la PNC y sus familias sean atendidas en instalaciones del Centro Médico Militar, debido a la respuesta y amenazas que dieron a conocer los militares, quienes se opusieron al proyecto. Berger señaló que unificar los servicios era lo mejor para los ingresos del hospital, pues a veces sólo 14 camas están utilizadas. Gobernación tenía planificado que los 21 mil agentes de la PNC y sus familias en total unas 160 mil personas, pudieran recibir atención médica en esos hospitales. A cambio pagaría a Defensa Q4 millones anuales, lo que cubriría el déficit de ese centro médico pues es utilizado sólo al 10% de su capacidad”. (PL, LH, PI, Diario de Centroamérica, 14.06.2005)

“En cuanto a este período en torno a la reforma de la seguridad social (IGSS) el Gerente del Instituto descarta los rumores sobre el incremento a los trabajadores. Indicó que las empresas que tienen más de 25 trabajadores deberán abrir una clínica de atención médica a sus empleados y el IGSS se hará cargo de los medicamentos. En caso de intervención quirúrgica el enfermo será transferido a los hospitales de la institución. Se implementará además un plan de médicos de cabecera (820 particulares de los cuales 560 estarán en la capital) para atender a 100 pacientes jubilados en sus clínicas privadas. Los fondos para pagar (2 mil quetzales) saldrán del programa de Invalidez, Vejez y Supervivencia (IVS)” (SV, 20.08. 1997).

De la segunda categoría, el abasto de medicamentos, son varias las problemáticas que se encontraron. Los medicamentos, es un tema primordial, en el análisis de las políticas de salud, siendo un insumo esencial para la producción de los servicios de salud, después del trabajo médico. En Guatemala, como en otros países de la región, la producción de medicamentos está inmersa en una lógica de mercado, ya que es sometida a las patentes (ver eje de regulación). La consecuencia inmediata es que los Estados no pueden producir sus propios medicamentos, y en los procesos de producción, distribución y suministro incluye a otros AS, no sólo a los médicos y al Estado, sino el mercado y dentro del mercado, las empresas propietarias de las patentes. Esto le imprime una lógica particular a la prestación de servicios médicos, y en Guatemala, se observó durante el período tres problemáticas fundamentales, en torno a este tema, las reformulaciones del paquete básico de medicamentos, el desabasto de medicamentos, y la necesidad de políticas de salud para problemas de salud de alto costo como es el VIH/SIDA

“Pese a la oposición de médicos y pacientes, el IGSS dejará de comparar 79 medicamentos de su lista básica para reducir costos. El IGSS indicó que la lista de medicamentos bajará de 462 a 383. El objetivo es reducir costos y la mejor ejecución de recursos para evitar actos de corrupción, justificó. La disposición tendrá vigencia a partir de la próxima adquisición de medicamentos por contrato abierto. Según dirigentes del Sindicato de Médicos del IGSS (SMIGSS) de las 32 especialidades que atiende la institución, 22 fueron excluidas del nuevo listado entre ellas: neonatología, gastroenterología, dermatología, medicina interna, infectología, traumatología y radiología”. (PL, 14.05.2002)

“Desabasto de medicamentos en el Hospital San Juan de Dios, IGSS, Policlínica, De los 400 fármacos que se consumen en el Hospital San Juan de Dios, 76 están escasos, 44 están agotados. En la Policlínica la lista es de 100”. (PL, 18.03.2005, 15.04.2005)

“La Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA demandaron al Gobierno de la cobertura a todos: a quienes nunca han recibido tratamiento y a quienes lo tienen gracias a la ayuda internacional temporal, que se prolonga por 3 años. Indicaron que los medicamentos que utiliza el MSPAS son de marca (...). El MSPAS indicó

que la falta de recursos la razón por la cual sólo pueden dar cobertura a 27 personas. Según el Ministerio los fondos han salido del programa de divulgación, porque no había nada presupuestado para antirretrovirales. La directora del Programa Nacional del SIDA recalcó que el MSPAS va a concretar por los próximos 5 años una ayuda de 35 millones de dólares con el “Fondo Global de Sida, tuberculosis y Malaria”.

“Sobre la exigencia de que entre en vigencia el reglamento la Ley General para el Combate del VIH y el SIDA, aprobada hace casi dos años, el Ministro dijo que sigue el proceso normal y que ahora está en la Secretaría General de la Presidencia” (PL, 14.06.2002)

Una de las principales propuestas encontradas en la prensa escrita fue la iniciativa que se refiere a la incorporación del sector privado en la administración y venta de los medicamentos (PL, 17.04.98), a través de la concesión de farmacias estatales y el programa de medicamentos más baratos, lo que permitió a ONGs que prestan servicios de salud tener insumos para prestar de manera más adecuada sus servicios. Estos procesos no estuvieron bien regulados (SV, 20.09.2000, 21.09.2000, 23.09.2000), por lo tanto también se encontraron problemas en los medicamentos que se vendían (PL, 13.07.2000). Se observó que algunos de los Actores Institucionales (Ministro de Salud) eran copropietarios de las farmacias que fueron concesionadas, de ahí se despliegan los intereses económicos de los Actores.

“En una entrevista del diario Prensa Libre, el Ministro de Salud Pública refirió [...] Los proyectos de mayor trascendencia: la venta de medicamentos a través del Programa de Medicamentos más baratos a través de ventas sociales, la evolución de la red de establecimientos de servicios de salud a través del SIAS, se lograron integrar al trabajo a 78 ONGs que fortalecieron el sistema”. (PL, 29.12.99)

“El diario Siglo Veintiuno reportó que cuatro farmacias surte 3 productos incluidos en una lista del Ministerio de Salud de medicamentos cuya comercialización está prohibida. El ministro de Salud, es copropietario de uno de esos negocios. Otras tres farmacias venden productos de esa lista, se reporta. Por vía telefónica, se comprobó que en 15 a 31 negocios consultados se ofrecen inyecciones y pastillas que debido a su fórmula no deberían ser expendidas. La administradora de una farmacia declaró que el Ministerio de Salud no traslada las listas de medicamentos cuya venta no está autorizada. Además, precisó, en la ventanilla única de laboratorio nacional de salud, que debe autorizar la distribución y venta de los productos, los empleados sólo se preocupan de cobrar la tarifa establecida por cada medicamento y verificar documentos como la licencia sanitaria”. (SV, 20.09.2000)

Cuadro 4. Prestación de Servicios de Salud. Debate sociopolítico y Actores Sociales aparecidos en la prensa escrita. Guatemala 1997-2007

Problema	Actores Sociales	Posición	Intereses	Resolución
Crisis Hospitalaria	Actores colectivos: movimientos de sindicatos	En contra	Defensa de derechos laborales	Convenio entre trabajadores y gobierno
	Socioprofesionistas: gremio médico, Colegio de Médicos, Médicos del sector privado	En contra	Defensa de condiciones laborales, salariales	
	Observatorio de Gasto Social	En contra	Acuerdos de Paz	
	Pacientes, Usuarios, PVIH/SIDA	En contra	Defensa en el acceso a servicios de salud	
	Actores Institucionales Ministro de Salud Directivos de Hospitales Estatales		Niegan los hechos A favor de las leyes de Contrataciones, Concesiones, Subrogación de Servicios de Salud	
	Actores Institucionales: Rector Universidad de San Carlos, Facultad de Medicina, Landívar	En contra		
	Movimiento de Derechos Humanos	En contra	Derechos Humanos, acceso a servicios de salud	
Abasto de Medicamentos	Actores Institucionales: MSPAS, Directivos IGSS	Racionalidad en el uso de recursos		Diminución de la lista básica de medicamentos. Administración y gestión de farmacias por ONG's
Disminución de lista básica de medicamentos	Actores Socioprofesionales	En contra		
	Actores Colectivos: Coordinadora de Sectores de lucha contra el VIH/SIDA, Pensionados, Pacientes	En contra	Acceso a medicamentos,	
	Actores Internacionales: MSF	En contra		
	Movimiento de Derechos Humanos	En contra		

Fuente: Elaboración propia

1.5 LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE GUATEMALA 1997 Y 2007

En este capítulo se reportan los resultados obtenidos sobre los cambios en las características de las Instituciones prestadoras de servicios de salud en relación al financiamiento, regulación y prestación de servicios en dos momentos: 1997 -2007. Para ello se realiza un recorrido diacrónico. Para la descripción de este capítulo se relata un primer subcapítulo la situación general. Este apartado da cuenta de la situación en la que se enmarcan los dos momentos que permiten comparar en una suerte de la situación previa a las transformaciones políticas sociales, y en particular, las de salud, y el momento posterior, una vez, implementadas estas políticas, y su efecto en la organización de los servicios de salud.

La descripción detallada del SSG y sus componentes, basado en la lectura y sistematización de datos provenientes de fuentes secundarias oficiales, cuyo objetivo es dar cuenta de la composición interna para vincularlo con los procesos sociohistóricos identificados previamente y que determinaron esta composición y sus transformaciones. Se trata de una descripción detallada que busca dar cuenta del objeto empírico, dado que el análisis crítico y detallado se hace posteriormente para describir el objeto pensado.

Gasto en Salud 1997-2007

El gasto público en salud, como proporción del PIB, se ha estancado en torno a 1.3%, y en la proyección del presupuesto multianual, se espera que la proporción se mantenga para los próximos tres años, lo cual sugiere que no se otorga prioridad al gasto en salud, ni existe un programa de inversiones que contribuya a acelerar el progreso de la salud para alcanzar las metas del milenio.

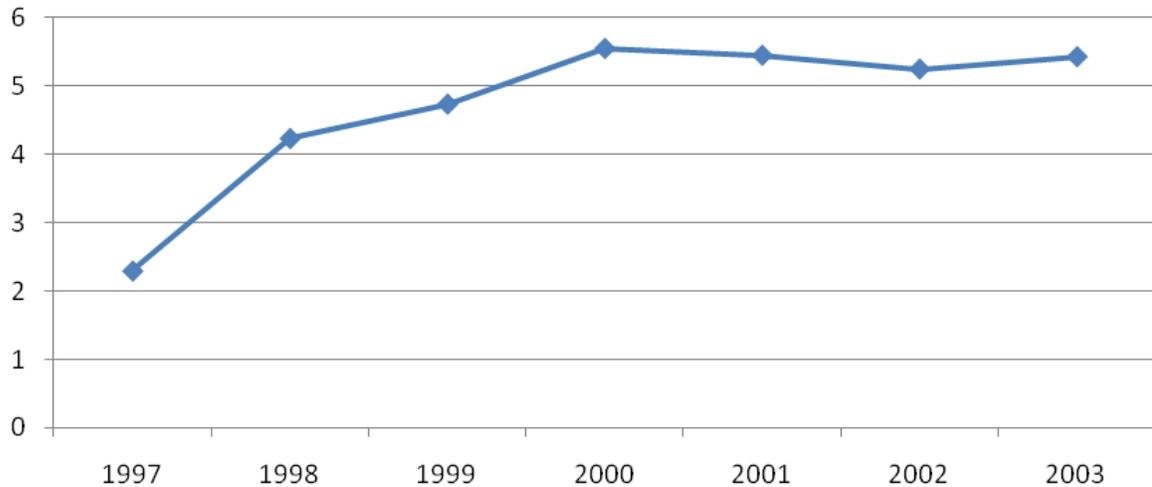
En 1999, el gasto en salud representó 2,8% del PIB. Los hogares fueron la fuente más importante de financiamiento de la salud (42,9%); seguido por el Gobierno (27,3%); empresas (22%) y cooperación externa (7,8%). El valor anual del gasto en salud ascendió a US\$ 630 millones.

En cuanto al financiamiento externo, datos de SEGEPLAN indican que durante el último quinquenio el monto desembolsado de la cooperación técnica y financiera al país alcanzó USD 1,600 millones; de los cuales el 55.3% fue reembolsable y el 44.7% no reembolsable. Más del 59% de esos recursos se destinaron para apoyar el proceso de paz y el resto se destinó a otros programas.

En cuanto al gasto total de salud como porcentaje del PIB (Gráfico 10) se observa que hubo un aumento importante de 1997 a 1998 de casi 2 puntos porcentajes posteriormente sigue en aumento hasta llegar a casi 5.5%, posteriormente disminuye hasta ubicarse alrededor de un 3.5% en el 2003.

El Gasto total en Salud (Gráfico 10) durante el período aumentó de 2% a casi el 5% como porcentaje del PIB. El incremento total ha mostrado un 15% en el año 2003 respecto a 1999, sin embargo el presupuesto ejecutado por el MSPAS en % del PIB refleja menos del 1% en el período 1999-2003. El gasto público en salud per cápita se ha incrementado en 27% durante el mismo período, en el MSPAS este incremento ha sido de 47%. El gasto público en salud con respecto al gasto público total disminuyó en 10.34 % en el mismo período. Al contrario el gasto total per cápita en salud se incrementó en 61%. Sin embargo, si se desglosa en los rubros de público y privado, se observa que el incremento ha sido en función del gasto privado (Gráfico 11). La brecha entre el gasto público y el gasto privado como porcentaje del gasto total en salud es de casi 20 puntos porcentuales.

Gráfico 10. Gasto total en Salud como porcentaje del PIB. Guatemala 1997-2007



Fuente: elaboración propia a partir de datos de MSPAS, INE, Banco de Guatemala

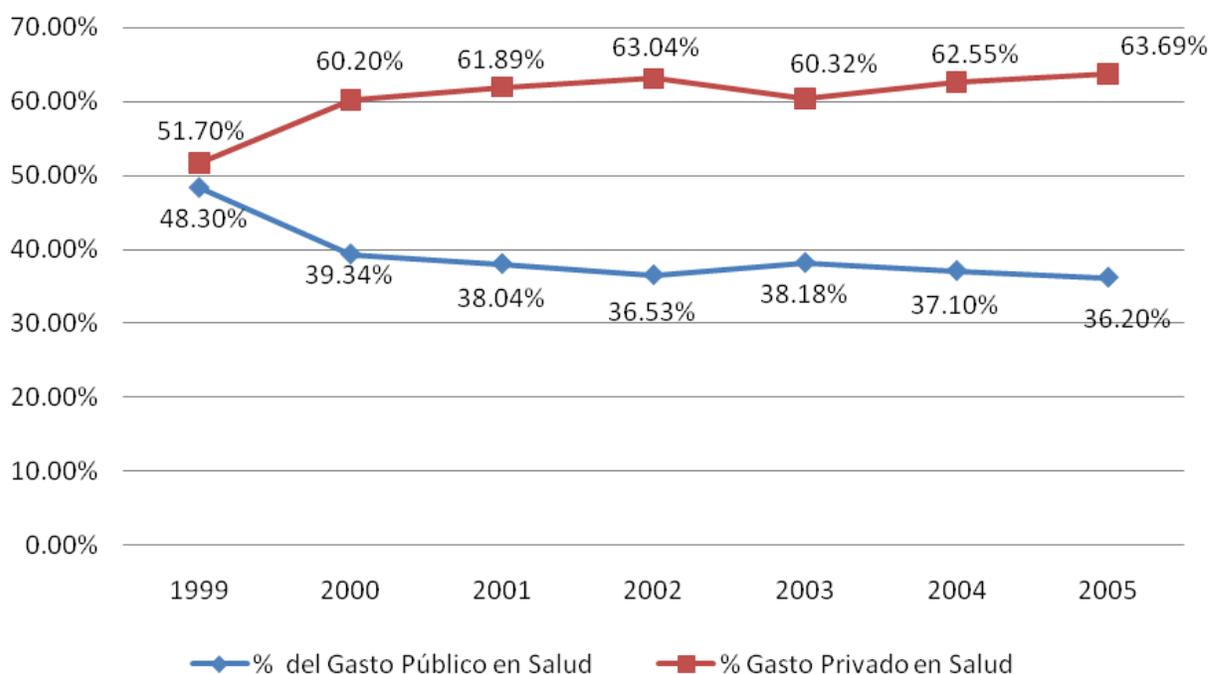
El porcentaje de gasto en salud público descendió en casi 50% del año 1995 al 2003, principalmente en lo correspondiente al Gobierno, como consecuencia de esta situación el incremento del gasto de bolsillo o pago directo de hogares en el mismo período ha sido del 60%. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ingresos y Egresos Familiares (ENIGFAM 1998-1999) el destino del gasto en los hogares es principalmente al Seguro Social por medio de la deducción de las planillas laborales (39%), este rubro mayormente en la ciudad capital (53%); seguido de productos médicos y farmacéuticos (32%). Los seguros privados de maternidad y enfermedad representan el 0.36% del gasto en salud en hogares, que se concentra principalmente en la capital (98.4%). El gasto en salud refleja diferencia de acuerdo a nivel de ingreso: el decil con mayor ingreso de la población representa el 30% del gasto de bolsillo en salud, aporta el 40% de las cuotas del Seguro Social y el 90% de los seguros privados.

Los gastos en salud realizados por el Ministerio de Salud en los años 2004 y 2005 en los programas de atención de la mujer, materno- infantil, enfermedades transmitidas por alimentos y agua, infecciones respiratorias, y malaria representaron el 40 y 45.1

% respectivamente. En el programa de VIH/SIDA durante estos años se presentó un incremento de 85.5 % (de 1.79 a 3.0 millones de US \$).

En el período 2000 a 2003 el porcentaje de gasto en salud ha sido principalmente en rubro curativo hospitalario, que en promedio es 50.82 % del gasto total del Ministerio de Salud.

Gráfico 11. Gasto público y privado como porcentaje del gasto total en salud.
Guatemala 1997-2007



Fuente: Elaboración propia a partir de datos las Estadísticas del Banco de Guatemala, Proyecciones de población del INE, Matrices 1-5 años 1999-2005

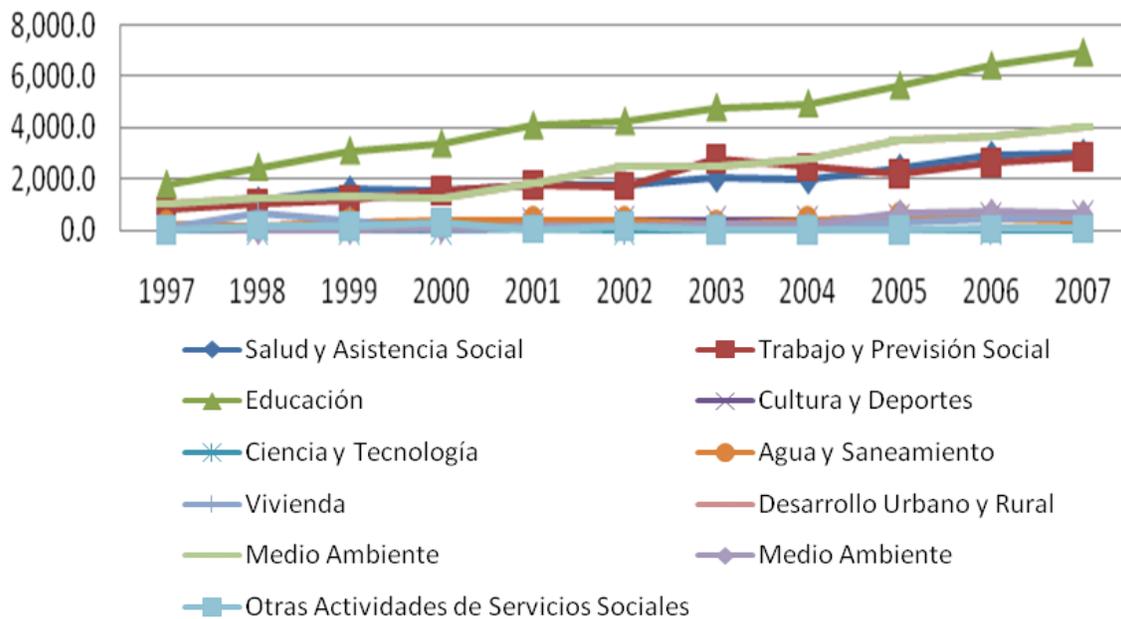
En los últimos diez años, se ha venido consolidando una tendencia en el financiamiento público de la salud, cuyo ritmo es menor al observado en educación, ciencia y cultura (Gráfico 12).

En la gráfica se ilustran ambas tendencias, mostrando un crecimiento de Q486 millones anuales para el presupuesto de educación, y Q223 millones para el presupuesto de salud.

Estos incrementos, expresados en términos corrientes, no reflejan el descenso en la capacidad adquisitiva de los sectores correspondientes, como resultado de la inflación observada durante el decenio.

En el presupuesto público, la prioridad de la salud parece estar descendiendo, como también puede deducirse de la participación decreciente que tiene el gasto sectorial de salud y el gasto del MSPAS como porcentaje del gasto de gobierno en sectores sociales.

Gráfico 12. Gasto Público de la Administración Central. Guatemala 1997-2007.

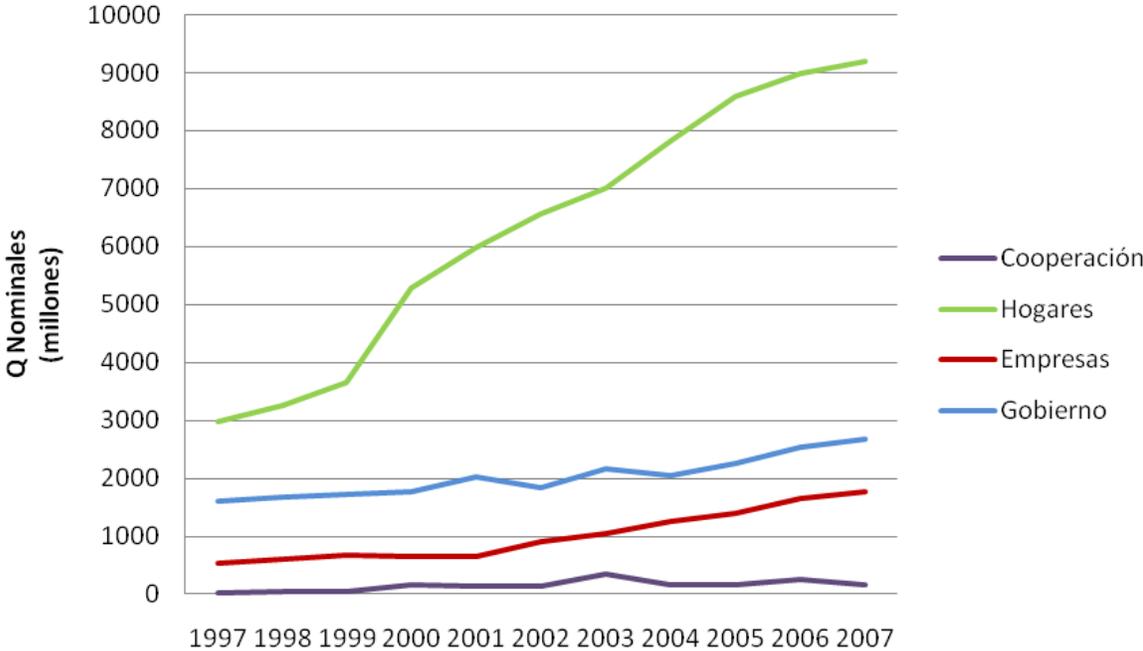


Fuente: elaboración propia a partir de datos de MSPAS, INE, Banco de Guatemala

Las principales fuentes de financiamiento en Guatemala son los hogares, las empresas, el gobierno y la cooperación internacional (Gráfico 13)

La combinación de tendencias decrecientes en el financiamiento público de la salud, rezago histórico de Guatemala en el financiamiento público de la salud, el rápido crecimiento de la población en Guatemala, la polarización epidemiológica y el deterioro de las condiciones de vida permiten explicar el la desigualdad en salud de la población en Guatemala, principalmente en lo conerniente a la Mortalidad Materno Infantil.

Gráfico 13. Fuentes de Financiamientos del Sistema de Salud de Guatemala 1997-2007.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MSPAS, INE. Banco de Guatemala.

El gasto total en salud per cápita se incrementó en un 61% principalmente a expensas de gasto de bolsillo de 1999 a 2003, el gasto público solamente en 26%. La reforma financiera incluyó la modificación del gasto por niveles curativo y preventivo, que a pesar de mantener aún los primeros más del 50%, hay diferencia en relación a los datos reportados a principio de la década del 90 donde este gasto representó más del 80% del total.

De acuerdo a los registros existentes en la Unidad de Planificación Estratégica del Ministerio de Salud, a partir del año 2003 la cooperación externa con fondos no reembolsables ha disminuido; todos ellos dirigidos a programas prioritarios, contando con fondos de contrapartida local en efectivo y/o en especie (MSPAS, 2007).

El 50% del gasto total aún se destina al tercer nivel de atención. En el período 2000-2003 el financiamiento de los niveles uno y dos, donde se realizan la mayor parte de acciones preventivas aumentó de 36% a 43%.

Los resultados señalan que el financiamiento de la salud proviene de las siguientes fuentes: Hogares, Gobierno Central, Empresas y Cooperación Internacional. La fuente de financiamiento público está conformada por los Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, de la Defensa Nacional, y de Gobernación; las instituciones autónomas como la Universidad de San Carlos de Guatemala y el IGSS. En el subsector privado los aportes provienen de los hogares (gasto de bolsillo) y empresas privadas. Los hogares funcionan como fuente y agente de financiamiento. Las empresas privadas, a través del aporte del 10% de cuota patronal al Seguro Social, se convierte como agente en el caso de pago de seguros y como proveedor funciona a través de hospitales, sanatorios, clínicas, farmacias, laboratorios y otros. La Cooperación Internacional participa por medio de donaciones de las agencias bilaterales y multilaterales. Las Organizaciones No Gubernamentales actúan como agentes y proveedores en el proceso de financiamiento de la salud, ya que reciben recursos del Gobierno Central, Cooperación Internacional, hogares y empresas (MSPAS, 2007).

Descentralización

Desde 1997, el MSPAS está desarrollando el papel de financiador y regulador de servicios básicos de salud, prestados por ONG's a poblaciones que antes carecían de acceso a cuidados de salud. Las unidades administrativas subnacionales se denominan Direcciones Departamentales de Salud. Existe al menos una por departamento, lo que permite algún grado de coordinación con otras dependencias

del Estado con similar nivel de descentralización. En cada departamento las Direcciones de Área asumen la responsabilidad de conducir la Red de Servicios de Salud de su jurisdicción, integrada por el hospital y varios Distritos de salud, los cuales están integrados por Centros y Puestos de salud.

Los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural han sido los instrumentos principales para hacer efectiva la Política de Descentralización con la participación de funcionarios del ejecutivo, las municipalidades y la sociedad civil. Desde 1994 se asigna a las municipalidades el 10% del presupuesto del Estado para los proyectos de desarrollo local. En el año 2004 el Acuerdo Gubernativo No. 346-2004, modifica el acuerdo de creación la Comisión Presidencial para la Reforma, Modernización y Fortalecimiento del Estado (COPRE) (MSPAS, 2007).

Las Políticas de Salud 2000-2004 contemplan: a) salud integral de los grupos familiares; b) salud de los pueblos mayas, garífuna y xinka, con énfasis en la mujer; c) salud de la población migrante y desarrollo y fortalecimiento de la salud integral a otros grupos; d) ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud con calidad y sostenibilidad; e) desarrollo del saneamiento básico y ambiente; f) acceso a medicamentos esenciales y medicina tradicional; g) desarrollo estratégico del recurso humano; h) desarrollo, desconcentración y descentralización institucional; i) coordinación intra e intersectorial; j) mejoramiento y optimización de la cooperación externa; k) desarrollo del financiamiento del sector salud (MSPAS, 2007).

Para el período 2004-2008 las prioridades de salud están plasmadas en los Lineamientos del Plan Nacional de Salud que incluye las siguientes políticas: a) Fortalecimiento del Papel Rector del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, b) Satisfacción de las necesidades de salud de la población guatemalteca mediante la entrega de servicios de salud con calidad, calidez, equidad, con enfoque intercultural y de género en los diferentes niveles de atención, c) Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de las competencias, responsabilidades, recursos y poder de decisión a las áreas de salud y hospitales, d)

adquisición y provisión de insumos en forma oportuna para el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, e) Modernización del sistema de gestión administrativo-financiero y de planificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como elemento básico de apoyo a la presentación de servicios de salud, f) Fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud, g) Promoción de acciones de apoyo al saneamiento del medio que mejoren la calidad de vida de la población, y h) Protección a la población de los riesgos inherentes al consumo y exposición de alimentos, medicamentos y sustancia nocivas a la salud (MSPAS, 2007).

Con la reforma del sector salud, sin embargo, emerge un modelo donde el Ministerio de Salud Pública fortalece su papel conductor y regulatorio, el IGSS el de intermediación financiera y los proveedores particulares ofertan sus servicios a ambos.

Como parte de los procesos de la reforma de salud, se elaboraron todas las normas de atención de los programas prioritarios para los tres niveles de atención, constituyendo el primer esfuerzo de integración programática; durante ese año se identificaron las actividades programáticas presupuestarias de cada programa prioritario y se incluyeron en la planificación operativa anual (MSPAS, 2007).

En el sector privado tiene particular relevancia en el control de la calidad de medicamentos y alimentos. Para garantizar la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos y productos afines, el MSPAS cuenta con el Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines quien se apoya con el Laboratorio Nacional de Salud (LNS).

Cobertura

En el marco del proceso de extensión de cobertura iniciado en 1997 se creó la figura del “Centro de Convergencia Comunitario” que es un espacio físico (en el edificio de la escuela, alcaldía, o un local construido por la comunidad para el efecto)

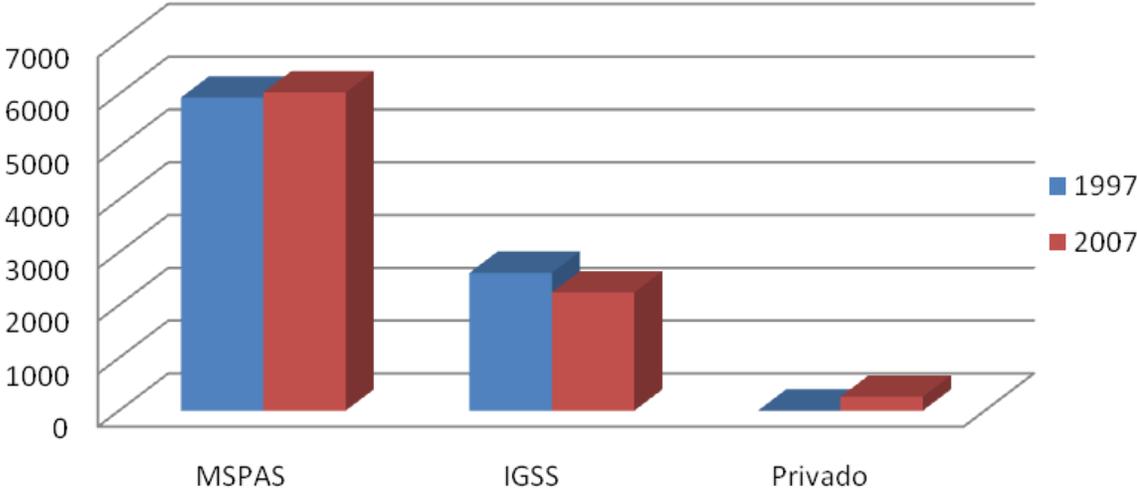
periódicamente visitado por un médico ambulatorio para atender la demanda acumulada en la localidad en el transcurso de aproximadamente un mes (LACRSS, 1998).

Con la implementación del SIAS crece el subsector privado sin fines de lucro. De las aproximadamente 100 ONGs que desarrollaban actividades en salud, el número aumenta 197 organizaciones, fueron identificadas 39 que declaran como actividad única o más importante la prestación de servicios clínicos (medicina curativa) o de medicina preventiva (Verdugo, 2003).

Entre los años 1997 y 2000 se logró un incremento de cobertura del 35% de la población total.

No existe un sistema privado de seguros de salud fuertemente desarrollado En la Gráfica 14 se observa el crecimiento del sector durante el período (LACRSS, 1998).

Gráfico 14. Camas Censables. Guatemala 1997-2007.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de MSPAS

Este representa menos del 1% del gasto privado de los hogares. El gasto privado en salud se direcciona directamente a los proveedores de servicios. El grupo de mayores ingresos se orienta preferentemente a clínicas y hospitales privados y el de menores ingresos preferentemente a farmacias (LACRSS, 1998).

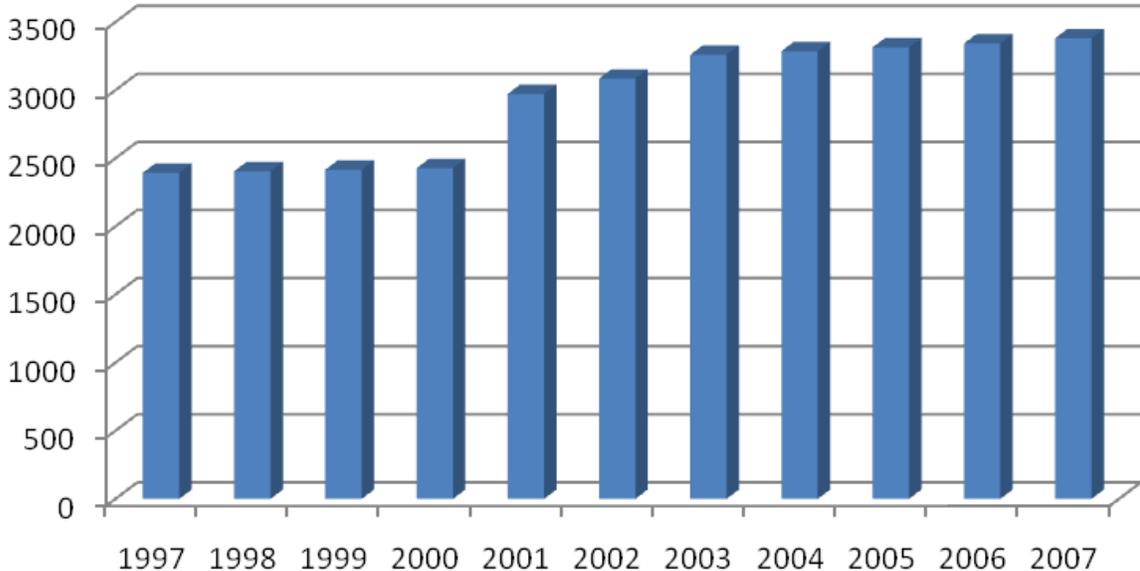
El paquete de servicios de extensión de cobertura ha sido diseñado específicamente para la población que antes no recibía atenciones de salud pública y que el Ministerio intenta incorporar con el modelo propuesto en el primer nivel. Este conjunto de servicios constituye más una propuesta del oferente que una demanda de la población. El conjunto de servicios para 1998, comprendía: a) servicios básicos, donde se incluyen: atención a la mujer embarazada (control prenatal, aplicación toxoide tetánico, entrega de micronutrientes, atención del parto limpio, puerperio); atención del infante y el preescolar (vacunación, control del IRA, control diarrea/cólera, evaluación y atención nutricional en menores de dos años); atención a la demanda de emergencias y morbilidad (atención de diarrea/cólera, IRA, dengue/malaria, tuberculosis, rabia y ETS/SIDA) y la atención del medio (Control de vectores, control de zoonosis, disposición sanitaria de excretas y basuras, control de la calidad del agua.); b) los servicios ampliados, comprenden atención a la mujer en edad fértil (detección precoz del cáncer y planificación familiar), atención infantil y preescolar (evaluación y atención nutricional de menores de 5 años) y atención de emergencias y morbilidad (según demanda local). Existen programas de detección temprana del cáncer de cérvix (MSPAS, 2007).

El primer contacto de la población con el sistema asistencial suele efectuarse en un puesto de salud atendido por una enfermera auxiliar. Estos servicios no cuentan con sistema de cómputo (MSPAS, 2007).

Para el año 2004 el Ministerio de Salud reportó una cobertura (Gráfico 15) a nivel general de 71.1%, de este porcentaje el 47.4% cubierto por servicios institucionales el Ministerio de Salud, el 23.7% por el programa de extensión de cobertura; el 10.4% atendido por seguro social y 8.1% por servicios privados. De acuerdo a esta

información aun, un poco más del 10% de la población, aproximadamente 1.3 millones de habitantes en el año 2005 no tenían acceso a ningún servicio de salud.

Gráfico 15. Población cubierta por extensión de cobertura Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (miles de habitantes). Guatemala 1997-2007.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de MSPAS, INE, Banco de Guatemala

Se operativiza a través de la estrategia de Extensión de Cobertura en donde se definió la canasta básica de servicios de primer nivel y se adaptó la modalidad de establecer convenios con prestadoras y administradoras de servicios de salud, con el fin de tratar de disminuir las inequidades existentes en el acceso a los servicios de salud (MSPAS, 2007).

La OMS define acceso físico el servicio de salud ubicado a menos de 60 minutos de viaje, en el caso de Guatemala la Encuesta Nacional de Condiciones de vida (ENCOVI 2000) reportó que solo el 10.7 % de la población adulta enferma viaja menos de 60 minutos para obtener atención en un servicio de salud. Existen brechas

en cuanto al lugar de residencia: la población del área rural es la que mayores problemas de acceso físico muestra, tomando en cuenta que es la población con condiciones de vida mayormente deficientes, lo que complica el acceso por los costos de transporte (MSPAS, 2007).

Prestación de Servicios

Se fortalece el primer nivel de atención al integrar varias instituciones (Puestos de Salud y Centros de Atención Primaria), así como la prestación a través de contratación de administradoras y prestadoras de servicios no gubernamentales. Los servicios prestados en el primer nivel están definidos como canasta básica que cuenta con 26 servicios, de ellos 8 dirigidos a la atención de la mujer, 8 a niños y niñas, 6 a urgencias y enfermedades prevalentes y 4 al medio ambiente. El Ministerio de Salud certifica a las prestadoras de servicios de salud previamente a la contratación. El costo del plan de servicios por usuario está predefinido de forma que la transferencia de recursos a las ONG's está en función de la población adscrita, (US\$ 5.33 / habitante / año para poblaciones asignadas de 10,000 habitantes de acuerdo a datos del año 2000). Los servicios del segundo nivel de atención son proporcionados de forma institucional por Centros de Salud y Centros de Atención Integral Materno-Infantil (CAIMI). El tercer nivel lo constituyen los servicios prestados por los centros hospitalarios distritales, departamentales, regionales y de referencia nacional. La prestación del seguro social tiene los programas de atención por accidentes, enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y sobrevivencia para los afiliados y atención preventiva y curativa de los menores de cinco años para los hijos de afiliados. La cobertura de programas específicos no es igual en el país (MSPAS, 2007).

De acuerdo al informe de la Situación de la Salud y su Financiamiento 2005, el Ministerio de Salud cuenta en el primer nivel de atención 1244 centros de convergencia, 926 puestos de salud, 300 unidades mínimas ubicadas en áreas rurales. En el segundo nivel de atención hay 3 centros de atención integral materno

infantil (CAIMI), 32 centros de salud tipo A, 249 tipo B, 16 maternidades cantorales, 3 clínica periféricas y 32 centros integrados. El tercer nivel lo constituyen 43 hospitales, de los cuales 2 son de referencia nacional, 7 considerados especializados, 8 hospitales regionales, 16 departamentales, 5 distritales y 5 de contingencia. En total se cuenta con 6,030 camas hospitalarias de los hospitales del Ministerio de Salud. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social cuenta con 139 unidades médicas, ubicadas en los 22 departamentos del país con distinta capacidad de resolución y coberturas, 50% de estas unidades se encuentran en 6 departamentos; se distribuyen en las siguientes categorías: 23 hospitales, 2 centros especializados, 3 clínicas con atención de especialidades, 33 consultorios, 15 puestos de salud y 63 unidades de atención integral. El 74% de la población afiliada se encuentra en 3 departamentos del país: Guatemala (61%) Escuintla y Suchitepéquez. En total cuenta con 2240 camas (Gráfico, 10) (MSPAS, 2007).

El listado de medicamentos básicos del IGSS, fue la base para la elaboración del contrato abierto, que en la actualidad es utilizado en el Ministerio de Salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y el Ministerio de Finanzas; “en base a protocolos estandarizados de las patologías prioritarias en el país, el nivel de complejidad del establecimiento y el criterio técnico del profesional” (MSPAS, 2007).

Los componentes con mayor avance son los de reforma financiera y de extensión de cobertura. En este último se incluyó el seguro social con algunas modificaciones en dos departamentos. Actualmente se mantiene dicha organización pero no cuenta con el respaldo presupuestario específico que permita su total funcionamiento y sostenibilidad (MSPAS, 2007).

La reforma financiera ha permitido el traspaso de responsabilidades a niveles subnacionales, ya que son las Direcciones de Áreas de Salud las responsables de programación y ejecución del presupuesto asignado, y establecer convenios con prestadoras y administradoras localmente para la prestación de atención que se regula y define por medio de contratos (MSPAS, 2007).

TERCERA PARTE

CAPÍTULO I ANÁLISIS

1.1 PROCESOS DE TRANSFORMACIÓN DEL ESTADO GUATEMALTECO A PARTIR DE LOS ACUERDOS DE PAZ

Primero se realiza mirada transversal de la conformación sociohistórica del estado guatemalteco con el objetivo de distinguir el período de estudio como un bloque histórico y en qué medida se puede caracterizar de tal manera para explicar la relación de Estado/Sociedad Civil y la relación de Hegemonía/Subordinación en el marco de la Reforma del Sistema de Guatemala.

Para la conformación sociohistórica del estado guatemalteco se retoman algunas de las categorías de Evers (Sonntag, y otros, 1987). El estado guatemalteco durante el período de estudio puede caracterizarse en función del aparato estatal, del tamaño del aparato burocrático y de los estilos de gobernanza, del grado de centralización de las funciones económicas y políticas.

a) Aparato Estatal

Sobre el aparato estatal en general se observó durante el período de estudio, que los grupos de poder (los más poderosos sectores empresariales locales e internacionales) desecharon las reformas económicas y sociales, sobre todo aquellas de orden redistributivo.

El estado guatemalteco se había caracterizado en los años previos a la firma de la paz, por políticas sociales de corte neoliberal, subsidiando programas sociales focalizados para los grupos en contextos de vulnerabilidad y siguiendo las lógicas que dictan la agenda internacional⁷⁰, esta relación entre el Estado y la sociedad continuó a lo largo del período, lo cual se perfila claramente por las políticas económicas realizadas durante el mismo: la liberación de la economía y de una restringida política social, trazan la dirección que tomarían las políticas públicas en Guatemala durante el período.

Aunque si bien es cierto que, por las características políticas, económicas y sociales del estado guatemalteco, durante el período, nunca se perfilo con una estrategia económica definida, debido a las diferentes fuerzas políticas que estaban en pugna en la arena política, desde la perspectiva del desarrollo y de lo social, la inercia de sociohistórica del estado guatemalteco, dio a lugar a establecer políticas de corte neoliberal, no permitiendo una mayor inversión social, una intervención estatal dirigida a paliar lo que llamaron la deuda social. La idea de modernizar al Estado con tintes neoliberales, enfrentó no sólo condiciones internacionales adversas para su implementación, sino además, una férrea oposición interna, liderada por los partidos de izquierda y un sector de la sociedad aglutinado en organizaciones de la sociedad civil y sindicales.

La característica principal, durante el período de estudio, es que la mayor parte de las veces hubo una incoherencia entre el ajuste económico y el social. Es decir, los aspectos que no tocan los intereses de los sectores económicos dominantes son

⁷⁰ La tendencia general durante el período de estudio es que los diferentes gobiernos promovieron el diseño y formulación de políticas sociales y en particular la salud, con características que dictan los organismos financieros internacionales, y en la medida que las condiciones nacionales lo permitieron, la implementación de políticas con características neoliberales. Paralelamente se fue consolidando un sistema económico concentrado, transnacional y envuelto en una crisis de acumulación, que empobreció a su población para mantener los beneficios de los grupos con poder político y económico. En cuanto a salud, el BID ha sido el organismo financiero más importante para el apoyo estratégico a la reforma. Este organismo se basa en los mismos principios que el BM explicito en los informes: el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993 e Invertir en Salud* en 1993 que, aunque en esencia es la misma propuesta que el anterior, contiene un discurso más elaborado dirigido a buscar un mayor conceso internacional.

incorporados y los que iban en contra de los intereses de los grupos económicos dominantes como por ejemplo las reformas fiscales no lo eran.

Mientras que la liberación, apertura y transformación económica se dan de manera pausada y discontinua, dado los problemas que generan para el sector económico; las privatizaciones y las formas conservadoras en los sectores sociales se dan sin mayor obstáculo, al no haber una fuerza social o política que mantenga un mayor equilibrio o pare las medidas gubernamentales.

Durante esos años, se hace cada vez más evidente la doble agenda de los gobiernos. Mientras que por un lado, se planteaba en fortalecimiento de la democracia, el respeto a los derechos humanos y el cumplimiento de los Acuerdos de la Paz, como fines primordiales del gobierno; en los hechos se implemento un paquete de reformas sociales que llevaron a la práctica una modernización subsidiaria neoliberal.

En consecuencia a lo anterior, no fue posible que ocurrieran cambios estructurales, incluso en aspectos como la política fiscal, que ha sido punto relevante de los Acuerdos de Paz; de manera contradictoria, se aplicaron reformas fiscales regresivas y se continuó con la trayectoria trazada desde los años ochentas, con algunos elementos distintivos caracterizados por un consenso social con base en la implementación de políticas económicas de corte neoliberal, mismas que invisibilizaron las contradicciones existentes a través de una democracia minimalista referida a la elección de los gobernantes y la primacía de la propiedad privada, reflejada en las relaciones mercantiles y favoreciendo al sector privado. De tal suerte, que la función del aparato estatal se centró en privilegiar los fines económicos, políticos e ideológicos de grupos reducidos para satisfacer intereses particulares. La constitución de proyectos políticos nacionales, respondieron a los intereses de élites de poder militar, político y económico, tanto de los tradicionales, como de los grupos emergentes del período. Por lo tanto, estos proyectos políticos tuvieron una

tendencia hacia la modernización estatal, pero sin los cambios necesarios para mejorar las condiciones de vida de todos los guatemaltecos.

Por otra parte, el período se caracteriza porque la lucha por la mejora de las condiciones cambió su ámbito de pugna y ello dio lugar a que la confrontación social se trasladara al terreno de las demandas sociales organizadas que pretendían establecer el diálogo con el Estado para exigir una democracia participativa; ello permitió dejar a un lado la situación armada, pero sin romper la situación de dominación señalado previamente. No obstante, las desigualdades económicas y políticas permanecieron y si bien, ya no fue evidente el ejercicio explícito de la violencia armada, se mantuvieron esas relaciones de hegemonía/dominación que no permitieron la resolución de tales desigualdades.

Las condiciones que permitieron que las élites de poder económico, militar y político permanecieran ejerciendo dominación, tuvieron que ver con la generación de una aparente confluencia de intereses de la sociedad en general con estos grupos de poder. Así también, los proyectos de los gobiernos en turno tuvieron que encontrar coherencia entre los intereses del bloque de poder con respecto a los planes de modernización estatal, garantizando que las reformas sociales no trastocaran los intereses de estos grupos; en esa capacidad de hacer coincidir los proyectos de gobierno con los de las cúpulas de poder, se identificaban las fortalezas y debilidades para hacer viables los proyectos nacionales. Lo anteriormente descrito tuvo un impacto importante en los procesos de centralización y descentralización del Estado, no obstante, dicho fenómeno será mencionado en un siguiente apartado.

b) Tamaño del aparato burocrático y estilos de gobernanza

El sistema político de Guatemala, durante este período, se caracterizó por su hipertrofia estructural y funcional manifestada en múltiples secretarías, por la existencia de múltiples instituciones gubernamentales, tanto de orden continuas

como emergentes. Algunas de ellas prevalecen durante el periodo de estudio y otras emergen y desaparecen en las diferentes administraciones⁷¹. En consecuencia, se duplican figuras de funcionarios y de instituciones que realizaban las mismas funciones o que tienen las mismas responsabilidades y alcances. Ello, evidentemente, vuelve ineficiente el aparato burocrático, las instancias entran en contradicciones para la toma de decisiones y se afecta la continuidad o permanencia de los programas. Durante el periodo de estudio fue posible identificar la permanencia, renuncia o despido de funcionarios públicos, en particular en el Ministerio de Salud⁷², así como la desaparición y emergencia de figuras institucionales y políticas, que muchas veces sin mayores cambios mantuvieron programas y procedimientos técnicos, administrativos y financieros tradicionales dentro de la burocracia estatal.

La hipertrofia del aparato burocrático permitió a actos de corrupción y nepotismo, y siendo la burocracia arena política para los conflictos de interés, se observan grandes dificultades para la implementación de planes y programas, en particular los de salud, a nivel intersectorial. La implementación de las políticas descritas en el apartado de resultados da cuenta de estas dificultades institucionales; son pocos los resultados observados en la organización y operación de los servicios sanitarios y en la mejora de las condiciones de salud de la población, ya que en la implementación de los programas y planes se concretan formas de participación y apropiación de éstos por parte de los trabajadores.

Todos estos elementos permiten caracterizar el estilo de gobernanza del estado guatemalteco por su ilegitimidad e ingobernabilidad durante el periodo de estudio, en función de que permaneció privilegiando a la clase en el poder, así como del

⁷¹En menos de cuatro años, el Ministerio de Salud tuvo que cambiar tres ministros de salud.

⁷² Se dieron diferencias políticas y personales entre los altos funcionarios del Ministerio de Salud como por ejemplo entre: Ministro, Viceministro, Director de la Dirección General, directores de hospitales. Un constante cambio de autoridades como reflejo del punto anterior. En general prevaleció una gestión cortoplacista y de contingencia, perdiéndose el mediano y largo plazo del fortalecimiento y desarrollo institucional. Ello contribuye a que gran parte de las medidas de salud pública dependientes de la participación y organización de la población, como lo es la prevención y la promoción de salud, fueran fallidas.

descrédito e incapacidad de resolución de las instituciones del Estado, y en particular las de salud.

c) Grado de centralización de las funciones económicas y políticas

Ya se ha mencionado en el apartado de resultados que la descentralización del Estado ocurrió a nivel administrativo⁷³, lo que repercutió en la operación de las municipalidades y departamentos. Diversos autores explican que esta forma de descentralización, toda vez que no fortalece las instituciones a nivel regional, tiene como consecuencia la inequidad, la falta de efectividad y la ineficiencia de los programas y planes que administra.

La toma de decisiones respecto a las políticas económicas y sociales se mantuvo centralizada; en consecuencia, las municipalidades y departamentos se vieron limitados en la capacidad de respuestas ante los problemas regionales. En la lógica de las políticas neoliberales, se conformó un Estado fuerte respecto a la concentración de las decisiones económicas, sociales y políticas, pero en contraste, se manifiesta la disminución en su capacidad operativa en el ámbito de lo concreto.

Diversos autores reportan que estas formas de descentralización sin el fortalecimiento técnico y administrativo⁷⁴ de las regiones, tiene como resultado procesos de polarización epidemiológica. En el período de estudio se pudo observar que muchos de los programas de salud fueron emergentes, y respondieron de manera coyuntural a situaciones extremas, focalizando los recursos en grupos o zonas problemáticas sin dar soluciones a largo plazo. Un ejemplo de ello se expresa en la situación de hambruna, los desastres naturales, las enfermedades prevenibles por vacunación y la mortalidad materno-infantil, que en las zonas noroccidente y

⁷³ Desde la perspectiva de la administración pública, la descentralización se inició con un proceso de reordenamiento territorial a través de la regionalización y establecimiento de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural.

⁷⁴ Los cuadros directivos carecieron del conocimiento suficiente en lo técnico, normativo, legal de la institución, como de los procesos que se debían emprender como la descentralización. Las grandes divergencias y dificultades mencionadas, afectaron la posibilidad de desarrollar una política de salud –*reestructuración del sector salud*- acorde al discurso gubernamental.

occidente del país, con mayor grado de marginalidad, tuvieron mayor impacto y las municipalidades de estas regiones con menos recursos técnicos y financieros no tuvieron capacidad de respuesta.

En contrapartida, los organismos financieros internacionales como BM, FMI, la AID entre otros, presionaban para incidir en el diseño de agendas de modernización estatal y en generar cambios estructurales que orientaran su respectiva implementación⁷⁵. En Guatemala tuvieron una gran injerencia los organismos económicos internacionales, tomando en cuenta que para poder llevar a cabo muchos de los Acuerdos de Paz, se requería de la cooperación financiera internacional; en este sentido, a las características delineadas anteriormente, se agrega que el estado guatemalteco debió articular las propuestas de los organismos internacionales con los intereses propios de las cúpulas de poder; de ahí la necesidad de establecer una democracia amplia, de diálogo con la sociedad civil y de atender y resolver las violaciones a los derechos humanos y las cuestiones en relación con las condiciones sociales y de vida de la población guatemalteca, consideradas como condicionantes ineludibles para el acceso a los créditos y donaciones internacionales. Sin embargo, los intereses de estos organismos, que si bien en las últimas décadas atienden problemas regionales, siguen siendo ajenos a las problemáticas inherentes de las regiones que pretenden impulsar y obedecen a intereses del entorno sociopolítico y económico internacional; por lo que no encuentran la suficiente estabilidad y fuente de poder nacional para hacerse sustentables.

Durante el período de estudio, Guatemala transitó por una de las crisis más graves en los últimos años, generada principalmente por la forma de la conducción del país por parte de los diferentes gobiernos. El reiterado incumplimiento de los

⁷⁵ Para el BM el 10% del PIB de Gasto social es muy poco, le ha recomendado a Guatemala aumentar la carga tributaria para aumentar la inversión en dicho campo. Aumentar la recaudación fiscal y combatir la evasión, ha sido visto como un problema serio en el país por los organismos internacionales

compromisos asumidos con el movimiento social y los Acuerdos de Paz, le resta cada vez más credibilidad al Estado y sus instituciones e incrementa el descontento de la sociedad civil. No obstante, la población no logra generar un movimiento social unificado, que demandase a los diferentes niveles de gobierno el cabal cumplimiento de dichos cambios estructurales y por el contrario, los movimientos fueron desarticulados, lo que generó que las demandas se disolvieran y no cobraran la fuerza política necesaria para la concreción de los proyectos políticos nacionales.

Otro componente esencial de la crisis política es el confrontamiento entre el sector económico tradicional y un grupo de nuevos actores en el terreno económico, con poder político e interlocución con el Estado.

1.2 LOS PROCESOS DE LA POLÍTICA SOCIAL Y DE SALUD A PARTIR DE LOS ACUERDOS DE PAZ

Los grupos de poder (militares, el CACIF, organismos financieros internacionales) tuvieron injerencia en la toma de decisiones de las políticas públicas y de salud en particular, por medio de intervenciones explícitas o implícitas con actores sociales y tomadores de decisiones en el estado guatemalteco. Por ejemplo, en el rubro de las políticas económicas, se privilegió la deuda pública, el déficit fiscal, mientras que en la distribución de recursos a salud y educación fueron reducidos⁷⁶. Para ello se fue implementando la liberalización de los mercados, la desregulación, la privatización, el minimalismo estatal, el control de la inflación, la primacía de las exportaciones, el recorte de gasto social, la reducción del déficit público y la concentración del poder mercantil en las empresas multinacionales y del poder financiero en los grandes bancos transnacionales.

⁷⁶ También se observa en la formulación de leyes (Propiedad Intelectual) que beneficiaban a grupos económicos emergentes. Tal fue el caso de la industria farmacéutica internacional y la elevación de los costos de los medicamentos y en la cual también se evidenció la injerencia de actores sociales internacionales, como la diplomacia estadounidense. Otras leyes formuladas durante el período fueron obstaculizadas por cuestiones ideológicas, por ejemplo la Ley de Salud Reproductiva, que encontró mayor oposición por parte de los grupos religiosos. En cuanto al gasto en salud, podemos afirmar que éste se incrementó, sobre todo el gasto de bolsillo de los ciudadanos.

En el ámbito nacional, la ideología de la explotación y del racismo, se refuerza porque la reproducción del sistema no requiere de inversión social sostenida, esto se ve con que, a pesar de que, en los acuerdos de paz, se proyectaba un aumento en el gasto social y en particular el gasto en salud, éste siguiera teniendo la tendencia histórica de menos del 3% del PIB, y el mayor porcentaje de este gasto, se utiliza en funcionamiento y operación de las instituciones, lo cual se traduce en detrimento de la infraestructura⁷⁷ y, en el sector salud sucedió lo mismo⁷⁸.

En la reforma del Sistema de Salud Guatemalteco el BID tuvo una fuerte injerencia. Durante estos años los cambios en las políticas de salud no fueron significativos, ya que no lograron modificar procesos y estructuras, sino que solamente incorporaron programas y/o acciones promovidas por organismos internacionales, entre los que destacan la OPS, OMS, y AID.

En contradicción con el diseño y formulación de las políticas de salud, (donde el principal factor que rigió su proceso fue la constitución de proyectos políticos y la injerencia de las cúpulas de poder) se encuentran las bajas inversiones en infraestructura en el mismo rubro, situación que no favoreció la implementación de las iniciativas ni que lograran incidir en las condiciones de salud de la población, debido a la poca capacidad técnica y programática de los cuadros directivos y de confianza del MSPAS y del IGSS.

Se generaron, entonces, políticas sociales y económicas de diferentes grados de distribución de la riqueza y formas de participación de la población, necesarias para la reproducción del sistema, que iba encaminado a generar nuevos ámbitos de acumulación de capital. En los procesos de financiamiento, el principal rubro para reformular los servicios de salud, estuvo dirigido a la mercantilización. Este hecho

⁷⁷ Guatemala es la nación centroamericana que detina menos recursos a la inversión social, de acuerdo con el estudio La Política Fiscal en la Encrucijada, el caso de América Central, elaborado por el Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI). El informe revela que el país destina al gasto público social un 10.2% del PIB, según estimaciones elaboradas para 2005. Para afrontar los compromisos sociales, es necesario el fortalecimiento de los ingresos tributarios, afirmó el Director Ejecutivo del ICEFI. (Siglo Veintiuno, 20.07.2007).

⁷⁸ Un hecho relevante con relación a los gastos de funcionamiento e inversión en el MSPAS durante estos años, fue la caída de la inversión en los servicios curativos de salud, que repercutió en la reparación de edificios y compra de equipo en los hospitales públicos. La inversión en este repercutió en la reparación de edificios y compra de equipo en los hospitales públicos.

ocurre desde el Estado, siendo así que, en los procesos de financiamiento, los AS con mayor poder político concentran también mayor capacidad de negociación, como se observa en el capítulo de resultados.

En el caso de Guatemala, el principal objetivo de estos actores durante el período de estudio fue reorientar los recursos públicos a través de diversas estrategias hacia fondos privados. De esta manera el modelo de desarrollo guatemalteco se puede caracterizar como concentrador en lo económico y excluyente en lo social.

En el análisis científico de las políticas sociales, y en particular las de salud, resulta fundamental identificar las determinaciones ideológicas que intervienen en la forma con la que se busca dar respuesta a los problemas de salud de la población. En el estudio detallado de esta determinación desatacan las ideas consideraciones éticas, compromisos políticos, intereses económicos y relaciones de hegemonía/subordinación que dan forma a las modalidades de regulación, financiamiento y prestación de servicios.

Podemos distinguir de forma general dos grandes tendencias. Una que considera a las intervenciones en salud como una obligación pública, que la valora como un derecho bajo la concepción del universalismo con el reconocimiento de derechos y garantías individuales y exige al Estado garantizarlos para toda la población sin exclusión alguna que son característicos de los regímenes políticos de centro/izquierda. Mientras que hay otra forma de respuesta social que valora la salud como un bien individual y como un problema de intervención privada, propone las acciones focalizadas para grupos en contextos de vulnerabilidad, selectividad tanto de la población como de servicios en forma de paquetes básicos y que no logran adquirir en el mercado o por su posición laboral que son características de regímenes políticos de derecha. En este sentido los partidos políticos, quienes en legislativo, siendo partidos oficialistas proponen las iniciativas, y muchas veces tuvieron el poder decisión para la formulación y diseño de las políticas públicas al aglutinar las diferentes fuerzas políticas.

Encontramos que durante el período de estudio tanto la derecha como la izquierda continuaron divididas hasta el final del período en 2007. En el lado de la derecha, los principales partidos son la Gran Alianza Nacional (GANAN), el Partido de Avanzada Nacional (PAN), el Partido Patriota (PP), el Partido Unionista (PU) y el Frente Republicano Guatemalteco (FRG); la mayoría de ellos tuvieron dificultades en la construcción de proyectos políticos y los diferentes intereses económicos, políticos e ideológicos de grupo los fraccionó.

En el campo de la izquierda, los partidos estuvieron, durante el período de estudio fragmentado a raíz del cese del enfrentamiento armado interno, el partido de la anterior guerrilla, la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG), la Alianza Nueva Nación (ANN) y el Encuentro por Guatemala conformaron este bloque durante el período de estudio. Al final del período de estudio se observa acercamiento y negociaciones con URNG y con Encuentro por Guatemala y a partir de un movimiento de convergencia de diversas personalidades, que incorporadas a la vida civil iniciaron vida política, de organizaciones civiles, se aglutinaron en el Movimiento Amplio de Izquierda (MAIZ).

Estas fragmentaciones al final del período expresan la falta de proyectos políticos consolidados, la falta de alianzas que no permitía la incidencia en la formulación y diseño de las políticas públicas a largo plazo; conforman el referente para la constitución de un Estado, como se ha delineado, incapaz de encarar iniciativas de corte político a largo plazo para tratar de solucionar los principales problemas del país. Ninguno de los partidos tuvo la mayoría suficiente en el Congreso, las diferentes administraciones, tuvieron que realizar diferentes estrategias para dar continuidad a su proyecto político, sin embargo, lo que caracterizó el período fue la falta de un pacto de gobernabilidad, la lucha entre instituciones y la parálisis administrativa, aunado a ello, la corrupción en todos los niveles del estado guatemalteco, dieron como resultado, lo que ya se ha delineado anteriormente, un Estado deslegitimado, poco articulado, de fuerzas atomizadas que no logran ser un factor de cohesión.

Por otro lado, durante el período de estudio es posible distinguir la una nueva matriz de AS; la correlación de fuerzas y capacidad de interlocución con el Estado también los asimila y en consecuencia se redistribuyen las fuerzas políticas y sociales con la emergencia y desaparición de instancias que los representan, lo que responde a los elementos mencionados anteriormente y que, a su vez, impactan en la política social, y en particular en la reforma de salud.

Algunos de los actores involucrados en la arena política pertenecen a grupos que tradicionalmente habían estado en el poder, los militares y el CACIF, y paralelamente otros actores se integran con gran fortaleza. En contrapartida, a lo largo del período también se van conformando los grupos en la oposición, constituidos por las organizaciones sindicales y de la sociedad civil.

Hubo muchos esfuerzos alternativos por parte de la sociedad civil, pero como antes fue señalado, dichos movimientos se manifiestan desarticuladamente, situación que no permitió niveles adecuados de organización; en consecuencia, carecieron de espacios de interlocución con el Estado para lograr contraponerse a la política estatal y lograr posicionarse e incidir sustancialmente.

Las políticas sociales y de salud durante el período de estudio, estuvieron marcadas por las contradicciones entre estos dos polos que lejos de favorecer un proyecto nacional encaminado a cumplir con los Acuerdos de Paz y la implementación de políticas públicas que beneficiaran a la población, debilitaron al tejido social y al estado guatemalteco, lo que aunado a las características analizadas en párrafos anteriores, no permitió un proyecto de Estado Nacional, pero tampoco permitió la concretización plena de políticas de corte neoliberal⁷⁹. De esta forma se pierden muchas experiencias⁸⁰, mesas de diálogo y movilizaciones sociales que no llegan a constituirse en espacios de toma de decisiones distintas (las reformas agraria y

⁷⁹ El evento más importante en cuanto sus implicaciones en política pública, es la aprobación de un conjunto de leyes sobre el Desarrollo Social, la Descentralización, Consejos de desarrollo y Código Municipal. Estas medidas, dada las formas de instrumentarlas, tuvieron características neoliberal y crean espacios para la acumulación de capital. En los hechos se avanza poco y el marco jurídico del país queda plagado de contradicciones entre las leyes vigentes o aún con la misma Constitución Política de la República.

⁸⁰ Iniciativas como el programa de Medicina Popular y Tradicional, que pudo darle otro carácter a la respuesta social ante los problemas de salud/enfermedad.

fiscal) a las de las de los grupos en el poder. No obstante, casi al final del período se observa que el grupo en la oposición se fue estructurando y se aglutinó adquiriendo mayor capacidad de interlocución y acción con el Estado⁸¹.

La política de salud no logró avanzar sustancialmente en su diseño y formulación e implementación por diversos los problemas de tipo político y técnico-administrativo que enfrentó, como se describió en el capítulo de resultados, no obstante, de acuerdo con la tendencia que se manifestaba en las diferentes iniciativas de salud la política de salud se inclinaba por implementar estrategias de salud de perfil neoliberal.

Hasta ahora en este estudio se han delineado caracterizaciones generales del estado guatemalteco y de las características generales de políticas públicas durante el período de estudio, mismas que determinaron en última instancia la transformación del estado Guatemalteco.

A continuación se analiza, las políticas de sociales y de salud, como parte de las relaciones entre el Estado y la Sociedad, sin olvidar que éstas forman parte de la toma de posición del Estado frente a los problemas socialmente relevantes. Se analiza el conjunto de instituciones y acciones particularmente, aquellas que interesan en este trabajo: las que tienen como objetivo resolver los problemas de salud. Se toman en cuenta los procesos específicos, durante los tres gobiernos civiles que tuvieron lugar durante el período de estudio, y que permitieron la reforma de los servicios de salud, cuyas modificaciones en Guatemala se caracteriza principalmente por lo que se ha llamado el pluralismo estructurado.

No obstante, la dificultad de encontrar explicaciones que den cuenta de la lógica a la que obedecen y sobre el que se basan estas políticas y acciones⁸², el nivel de

⁸¹En medio de manifestaciones, paros, actos de protesta, marchas y abandono de espacios de diálogo, se evidenció la incapacidad gubernamental, hasta para plantear propuestas que pudieran solucionar las problemáticas. La gobernabilidad y legitimidad de las instituciones estaban dañadas, por los enfrentamientos entre el sector gubernamental y las organizaciones de trabajadores de los hospitales nacionales. Los médicos exigen incremento salarial, a la par de fármacos y equipo para atender adecuadamente a los pacientes.

⁸² Las políticas y estrategias de la Reforma de Salud en Guatemala abarcan a todos los subsistemas: al Ministerio de Salud, al IGSS y a los servicios privados con o sin fines de lucro. Éstas son justificadas por una serie de argumentos técnicos, como la

análisis, que se realiza en este apartado está enmarcado en las estrategias esenciales, que se delinean en el capítulo conceptual y que le dan la lógica a las reformas del sistema de salud en América latina; procesos de transformación orientados principalmente a modificar las formas de financiamiento y otorgamiento de los servicios en todo el sector y que finalmente permiten entender cuál fue la configuración al final del período del sector salud.

El proceso de transformación de los servicios de salud en Guatemala se puede ubicar en un primer momento en el que la falta de recursos para el financiamiento de la prestación de servicios, no permite la inversión en infraestructura, problema histórico del país. Esta estrategia explícita de las reformas, el desfinanciamiento del sistema de salud, tiene como resultado el desmantelamiento de los servicios, y a su vez esta situación, en la que las instituciones de salud no logran satisfacer la demanda de los usuarios, da como resultado, el desprestigio de las instituciones públicas⁸³ y estimula, implícitamente, la demanda de servicios de salud privados, es decir, la población, para resolver sus problemas de salud y enfermedad, requiere utilizar los servicios privados.

Dado que unas de las ideas que sustenta los seguros privados, son los gastos catastróficos y la incertidumbre ante la enfermedad, es necesario incentivar otras formas de financiamiento que la de pago de bolsillo, ya que se vuelve insostenible. También es necesario fomentar la noción de protección en salud, a través de la idea del pago de una prima. En Guatemala, estas estrategias, se han dado a través de la compra de servicios privados con fondos públicos.

En el caso del IGSS, esta etapa de contrataciones de servicios privados con los fondos de Enfermedad, Atención y Maternidad de la Seguridad Social, previa a los

búsqueda de la equidad, calidad, eficiencia y eficacia en los servicios de salud; y en el caso particular de la seguridad social, se plantean como causas básicas de la reforma a la transición demográfica y epidemiológica que ocurre en el país, de acuerdo al criterio de los impulsores de la reforma.

⁸³ La corrupción y la falta de recursos financieros han permitido el desmantelamiento de los servicios de salud. Los que va creando la idea de que los servicios públicos son deficientes, inefectivos, ineficientes y de mala calidad y permite el traspaso de lo público a lo privado.

cambios de su Ley Orgánica del IGSS, puede ser entendida con un doble objetivo: el primero, acostumbrar a los asegurados a ser atendidos por prestadores privados, y el segundo, que los prestadores privados se capitalicen para que determinadas áreas de especialización médica adquieran la capacidad de una provisión mayor de servicios en el momento que se dé un crecimiento de los seguros privados. La desmonopolización, en este caso del IGSS, y la proliferación de los seguros privados de salud aseguran la capacidad de pago de la población. De ahí que la reforma del IGSS, que permite la subrogación de servicios privados, es otra de las estrategias explícitas, contemplada en el del BID de 1993 y forma parte de la Reforma del Sector Salud en lo concerniente a los Programas de Maternidad, Enfermedad y Accidentes.

Históricamente, el gasto público en salud en Guatemala, no superaba el 1% del PIB, sin embargo, el sector privado tampoco había logrado un gran desarrollo, así pues los seguros privados eran muy incipientes, y el mayor gasto privado era del tipo de bolsillo, de tal forma que el gasto total en salud no supera durante los primeros 6 años del periodo de estudio el 3%.

Los primeros cambios que han contribuido a la transformación de los servicios de salud, y que fue justificado como parte del cumplimiento de los Acuerdos de Paz especialmente lo referente al capítulo de salud del Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, fue la implementación del Sistema de Atención Integral (SIAS), que como estrategia explícita permite la subrogación de servicios de atención primaria por parte del MSPAS a ONGs. La estrategia explícita es aumentar la cobertura y accesos de servicios a mayor porcentaje de la población que tradicionalmente ha sido cubierta. Para ello, fue necesario definir los servicios de salud en paquetes básicos. En estas estrategias implícitamente se puede observar la reducción del papel redistributivo del Estado, la focalización de los servicios de salud a población que no pudiera pagar servicios de salud o que no estuviera asegurada, ya que se ofertan sólo paquetes básicos financiado por escasos fondos públicos,

subsidiados además por la cooperación internacional y otros fondos privados⁸⁴, la selectividad tanto de servicios de salud, los cuales se eligen con base en premisas técnicas como aquellos con grandes externalidades y de bajo costo, tanto por el uso de recursos materiales de poca tecnología como recursos humanos poco entrenados.

Lo que más avanzó en este periodo fue la extensión de cobertura de primer nivel de atención en salud del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS)⁸⁵ a través de la contratación de instituciones privadas. No obstante, las metas suscritas en los Acuerdos de Paz, estaban pactadas con el BID, como parte de los resultados esperados del Componente de Reorganización del Sistema de Atención de Salud del Programa Sectorial de Salud del año 1994. En ese sentido, los Acuerdos de Paz, en su capítulo de salud, al solo mencionar la necesidad de hacer una Reforma de Salud, pero no plantear las líneas de básicas en las que se deberían sustentar y mecanismos para su formulación e implementación, solo parecieron legitimar un proceso que se había iniciado en 1991-1992 con el Estudio Básico del Sector Salud.

Por otro lado, también hubo una reducción en el gasto de atención curativa, especialmente la hospitalaria, esto coincidió con el inicio de la agudización de la crisis hospitalaria nacional la cual se observa durante todo el periodo, pero que en dos momentos tuvieron las características de lo que los mismos trabajadores llamaron “colapso” hospitalario. Esta categoría, como se describe en los resultados, expresa el desmantelamiento de los servicios de salud de segundo nivel. Las causas que se encontraron en el discurso oficial, fue la ineficiencia de los servicios públicos para administrar y gestionar recursos materiales y humanos. La oposición dejó claro que era la falta de recursos la que no permitía una adecuada operación y prestación de los servicios de salud.

⁸⁴ Como parte de la política gubernamental la diversificación de fuentes de financiamiento, buscando complementar con ello lo reducido del gasto público de salud: la cooperación internacional, el cobro por servicios públicos o privados como cuotas de recuperación, los fondos sociales y las cuotas de las municipalidades.

⁸⁵ Esta tendencia de Reforma se plasma en el PG 1996-2000, en la *Política de Salud de 1996-2000*, en los *Lineamientos Políticos, Estrategias y Programáticos para la Reforma del sector Salud de Guatemala*; y en los diversos documentos que se han dado a conocer del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), en especial a lo referente al primer nivel de atención.

Paralelamente se implementa, como propuesta para solucionar el problema, un Programa de Mejoramiento de Gestión Hospitalaria, financiado por el BID y desarrollado por una consultora internacional. Posteriormente, este programa, en el 2008 llamará Hospitales Solidarios. El proyecto de mejoramiento de la gestión Hospitalaria ProHospital es un componente del programa de mejoramiento de los servicios de salud en Guatemala que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), estuvo ejecutado con la colaboración financiera del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y con la participación técnica de la Empresa Consultora CHC, lo que permite introducir la figura de gestión/administración privada de los fondos en los hospitales públicos, figura esencial para lo que se ha llamado "Pluralismo estructurado". Mientras tanto las estrategias de corto plazo que se implementaron para solucionar el problema de la crisis hospitalaria, fue la compra de servicios de privados por parte del MSPAS y del IGSS.

De esta forma, en Guatemala, el sistema ha favorecido al sector privado que presta servicios de salud. El Estado, subsidia la oferta a través de la compra de servicios con fondos públicos y mecanismos exención fiscal, como el caso de las empresas que, además del IGSS, contratan un seguro privado y cuyo gasto es deducible de impuesto. En formas de mercantilización de los servicios de salud de medicamentos estas fueron las estrategias que lo permitieron: las farmacias se dieron en comodato a ONGs y los patronatos hospitalarios como formas incipiente de gestión/administración de los fondos por sectores privados de los hospitales públicos.

Otra de las estrategias, que impulsa la reforma es la descentralización. Esta estrategia cobra importancia dado que es el mecanismo a través del cual se justifica asignaciones presupuestarias por productividad, la proliferación de mezclas público-privadas como relaciones contractuales y la flexibilización laboral, con los problemas que se revisaron en el capítulo de resultados.

Como parte de la modernización estatal, el MSPAS intentó desarrollar cierta coherencia con los Consejos de Desarrollo, se abrieron oficinas regionales de salud,

en coordinación con los Consejos Regionales de Desarrollo Urbano y Rural a nivel nacional, regional, departamental y municipal y las Asociaciones ProSalud Municipal (APROSAM), implícitamente esta es una estrategia para la administración/prestación de fondos y servicios de salud, que compite con las municipalidades de los municipios, se crea por lo tanto, una especie de mercados internos y ponen en disputa las direcciones de área y direcciones de hospitales.

Los cambios que eventualmente se pudieron haber realizado desde la descentralización, no se llevaron a cabo por la falta de recursos financieros, y que como ya se ha mencionado, estuvo relacionado con el tema de la reforma tributaria. La descentralización fue administrativa, así pues las municipalidades nunca tuvieron poder de decisión y el problema que se ha señalado anteriormente, se careció de lineamientos políticos claros.

Con la descentralización, se logran mejores mecanismos de control en la adjudicación y seguimiento de las prestadoras privadas, implícitamente refuerzan los mercados internos y la competencia entre las ONGs. Una de las iniciativas más importantes, que son justificadas como parte de la descentralización.

En general las propuestas de descentralización se caracterizaron por mantener las decisiones a nivel central del MSPAS, no obstante, se mantenía el rol estatal como el eje de la administración-prestación-financiamiento de servicios de salud, pero el abandono de la inversión en salud llevaba acentuar una crisis del sistema de salud en Guatemala, que comenzaba a ser el efecto de la ejecución presupuestaria apegada a las presiones de los organismos internacionales, como el FMI: déficit fiscal, privilegiar el pago de la deuda pública y disminución del gasto social.

Fue así que se lograron implementar las estrategias del convenio firmado con el BID para la Reforma de Salud, que básicamente está dirigido a seguir la misma política de salud y las cuales se concretan en los siguientes compromisos: ampliación de cobertura de servicios básicos de salud, fortalece la institucionalidad del Ministerio de

Salud y de entidades privadas, fortalecer la función aseguradora del IGSS y fortalecer la gestión en los hospitales públicos.

Estas estrategias permiten comprender la forma como se complementan la reforma del Ministerio de Salud y la del IGSS. Asimismo, también permite dimensionar el significado de la presión de organismos como el BID hace en los últimos años, para que se aumente el gasto público de salud y se reoriente a los servicio de primer nivel de atención, que si bien se presiona por un aumento del gasto público en salud, también se desea que este se dirija a subsidiar al sector privado y cubrir con servicios mínimos a la población más pobre del país.

La división de funciones entre las instituciones y organizaciones del sector salud. El Ministerio de Salud debía cumplir su función rectora, mientras que la administración y prestación de servicios de salud debería de ser a través de organizaciones privadas. Se privilegian los mecanismos del mercado para el funcionamiento y relacionamiento del sector (relaciones contractuales, convenios), y específicamente destaca la idea de implementación de paquetes básicos en los tres niveles de atención. En lo referente a la seguridad social, el IGSS se había negado a entrar al programa de reforma y no es hasta el final de dicho periodo que decide hacerlo.

1.3 CAMBIOS INTRODUCIDOS AL SISTEMA DE SALUD GUATEMALTECO DESPUÉS DE LOS ACUERDOS DE PAZ

La Ley establece el fundamento para el SSG basado en la división de funciones, en la que la rectoría y regulación quedan a cargo del MSPAS; y la administración, prestación y financiamiento de la atención en salud tiende a quedar bajo la responsabilidad de organizaciones o instituciones públicas y/o privadas, lucrativas y no lucrativas. Lo que en otras palabras constituye un proceso de privatización de la mayor parte de funciones del sistema y un proceso de debilitamiento de la

institucionalidad pública del país, acotando su accionar a fines de rectoría y regulación.

Las principales funciones identificadas al final del período son las siguientes: rectoría del sector, que abarca la conducción política, coordinación, normatividad, regulación y vigilancia en salud por parte del MSPAS, el financiamiento, referido a las diferentes formas y fuentes de financiamiento de los servicios de salud, la gestión/administración de los fondos de salud por instituciones públicas y privadas, y la prestación o producción de servicios de salud, cada una de estas funciones, se pudo identificar ha ido cambiando en cuanto a qué institución realiza qué función (ver Tabla 1 y 2).

En el SSG, al igual que en otros países de la región, al principio del período de estudio, cada institución asume estas funciones de manera independiente y sus acciones están dirigidas a diferentes grupos de población, concretándose en focalización y selectividad de los servicios de salud y de la población a quien va dirigido.

En Guatemala esta propuesta de restructuración del sector ha sido explícita en los documentos de gobierno y refuerza las condiciones para expandir al menos tres ámbitos de interés del mercado, que son: la administración de los fondos de salud por instituciones financieras, la prestación de servicios, y la provisión de insumo para el funcionamiento del sistema como tecnología médica (terapéutico y diagnóstico) y medicamentos.

Asimismo, lograron otras metas como las siguientes: aprobación del Nuevo Código de Salud y Reglamento Interno (definido una nueva estructura del Ministerio y estableciendo nuevas reglas para todo el sector), puesta en funcionamiento del Programa de Accesibilidad de Medicamentos y la agenda de los Acuerdos de Paz quedaba pendiente.

Ubicando, la rectoría, en el Estado a través del MSPAS dos responsabilidades fundamentalmente: la rectoría de la política de salud y la coordinación del sector público y privado. Se establece, además, el derecho y el deber de las comunidades a participar en la planificación, programación y evolución de los programas de salud y hace referencia a la prestación de servicios por la iniciativa privada.

La función de rectoría y regulación por parte de instituciones estatales conlleva el fortalecimiento del MSPAS. La regulación de entidades privadas lucrativas y no lucrativas para la prestación de servicios de salud es una de las tareas más difíciles a realizar, que conlleva no sólo fuertes gastos administrativos para la entidad rectora; sino que además, la contratación de privados no es sostenible a largo plazo por el alto costo.

En cuanto al financiamiento, encontramos fuentes alternativas de financiamiento. Las fuentes alternativas de financiamiento son por ejemplo seguros privados formas prepago, pago del bolsillo directo, trabajo voluntario de los pobres o autogestión comunitaria, todas estas van en detrimento al compromiso de elevar el financiamiento público de salud.

En lo referente al financiamiento, el gasto de salud se mantuvo como promedio, entre 1997-2000, en el 1% de PIB y en el 7.7% del gasto total de gobierno central. En estos años se seguían privilegiando otros gastos, como los militares y el pago de la deuda pública.

La gestión/administración es la articulación, de coordinación, de complementariedad entre entidades públicas y privadas, en el de la contratación de servicios privados lucrativos y no lucrativos para la provisión de servicios, lo que fortalece la idea de mercado o de mercado internos.

La función de prestación de servicios por parte del MSPAS queda limitada a la provisión de servicios básicos para la extensión de cobertura y programas de salud pública. Actualmente dicha provisión está basada en un paquete básico.

Tabla 1. Configuración del sistema de salud en Guatemala 1997

Funciones	Instituciones					
		MSPAS	MSPAS	Seguridad Social		
Regulación	MSPAS					
Financiamiento						
Fuentes de Financiamiento	Gasto de los Hogares Empresas	Gobierno Cooperación Externa Hogares	Empresas Hogares IGSS Tripartita		Bipartita Gobierno Militares-Policías	
			IGSS			
Fondos	MSPAS	ONGs	Empresas Privadas	IGSS	IPM	Policía Nacional
Prestación de servicios						
Servicios de Salud	Hospitales Públicos Segundo Nivel Tercer Nivel	Primer Nivel SIAS	Primer Nivel	Primer Nivel Segundo Nivel Tercer Nivel	Primer Nivel Segundo Nivel Tercer Nivel	

Fuente: elaboración propia

Tabla 2 Configuración del sistema de salud en Guatemala 2007

Funciones	Instituciones					
		Privados con fines de lucro	Privados sin fines de lucro Municipalidades ONGs	MSPAS Fondos Sociales	Seguridad Social	
Regulación						
	MSPAS	MSPAS	MSPAS	IGSS	IPM	Policía Nacional
Financiamiento						
Fuentes	Gasto de los Hogares Empresas	Gobierno Cooperación Externa Hogares	Gobierno Cooperación Externa Hogares	Tripartita	Bipartita	Bipartita
Gestión / Administración						
fondos	Agencias Administradoras	Fondos Sociales	Fondos Sociales/patronatos	Seguros Sociales		
Prestación de servicios						
	Segundo Nivel Tercer Nivel	Primer Nivel	Pro Hospitales	Primer Nivel Segundo Nivel Tercer Nivel Subrogación de Servicios	Segundo Nivel Tercer Nivel	

Fuente: elaboración propia

CONCLUSIONES

A lo largo de esta tesis, se estableció un panorama general de la problemática de las transformaciones ocurridas en el sector salud a partir de los Acuerdos de Paz en Guatemala a través de las reformas impulsadas en el sector. La hipótesis que se manejó es que las condiciones de salud y atención se verían beneficiadas por el proceso de democratización que se inauguraba a partir de los mismos, en la medida que se concluye políticamente el conflicto armado entre el Estado y la guerrilla, y que se desplegaron los elementos esenciales para establecer nuevas relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil y en consecuencia, espacios de oportunidad para que esta última potencializara su participación en la toma de decisiones de los procesos políticos y coyunturales que le beneficiaran.

Las preguntas que nos hicimos al respecto fueron sobre las políticas sociales y de salud y sus contenidos durante el periodo de análisis; si estos procesos se vinculan a los cambios de los servicios de salud con los propósitos enunciados en las negociaciones hechas durante los acuerdos de paz o con otros procesos emergentes durante este periodo en la medida que el proceso fuera profundizándose; sobre la relación que existe entre estos procesos de política y los cambios que se gestan en la composición del sistema de salud y el impacto en las condiciones de salud de los guatemaltecos. Para responder estas interrogantes se propuso analizar el proceso de formulación y diseño de la política de salud y su impacto en el Sistema de Salud Público en Guatemala (regulación, financiamiento y prestación y operación de los servicios de salud), desde 1997 hasta 2007. A partir de tal análisis, el proceso de investigación permitió revelar las orientaciones sufridas por las políticas sociales y de salud y las implicaciones para el sistema de salud y la atención y condiciones de salud de la población guatemalteca. A partir de ahí se enuncian las conclusiones, reflexiones y posibles proyecciones ante el fenómeno de estudio.

Es necesario mencionar que, el espacio y el tiempo en el que se desenvuelve el estudio, sobre todo en un país con las características propias del estado guatemalteco, es particularmente complejo. En este sentido se observó que durante el período, el desarrollo de las fuerzas productivas estuvo caracterizado por un serio rezago en los procesos de industrialización, por lo que la producción sigue siendo fundamentalmente primaria, dependiente; las crisis económicas internacionales afectó la situación macroeconómica del país teniendo impacto en el empleo y las condiciones de pobreza y marginación del 80% de la población; casi 50% de la población es indígena, sometida históricamente a los efectos de las desigualdades sociales; prácticas que lejos de permitir condiciones de equidad en el acceso a los diferentes servicios públicos, recrudecen la marginación de estos grupos y perpetúan el sistema de desigualdades establecidas en los grupos de poder; condiciones que se reflejan en el grado de analfabetismo y el acceso a la vivienda y otros servicios públicos que padece la población indígena.

Como primer elemento de reflexión, a diferencia del planteamiento inicial descrito en la hipótesis en relación a que los Acuerdos de Paz, no fueron enunciados en la parte operativa, es decir, no fueron planteados para definir formas de acción y operación concretas en la reestructuración de los servicios de salud; es posible señalar que en realidad los Acuerdos de Paz fueron un factor esencial para la lucha en el ámbito civil y se convirtieron en un instrumento eje para las demandas sociales y de salud. Por ello, los Acuerdos de Paz pueden traducirse en horizontes de construcción de una sociedad más justa, solidaria y democrática. Por sí solos, por la historia de Guatemala, los Acuerdos de Paz son un baluarte que sintetiza la lucha en contra de las desigualdades en una sociedad altamente conservadora, con un imaginario social excluyente que aún perpetua prácticas de discriminación racial y económica en el país.

Por otro lado, a pesar de que los Acuerdos de Paz son enunciaciones que señalan problemas específicos relacionados con la realidad social y económica del país, se trabajó con la hipótesis de que estas enunciaciones debieran permitir la

implementación de políticas sociales democráticas, encaminadas al bienestar de la población. Ningún estudio que recupere la historia contemporánea de Guatemala puede obviar que las problemáticas que se suscriben en los Acuerdos de Paz fueron las mismas por las que se inició la lucha armada en los años sesentas; la intención de los Acuerdos de Paz es finalizar con la guerra civil, pero que en su fundamento surge como una respuesta de lucha y de cambio ante las condiciones de desigualdad que prevalecían.

Es así que, los Acuerdos de Paz planteaban la reestructuración del estado guatemalteco, sobre todo en sus dos funciones: hegemonía y acumulación de capital en la relación del estado y la Sociedad Civil. En el período estudiado no fue posible identificar un cambio significativo en ninguno de los dos aspectos, ya que prevaleció una inestabilidad política durante el período de estudio; es decir, la sociedad política no logró establecer un consenso social con la población y por el contrario, permaneció como práctica explícita la represión, si bien, no en la misma magnitud que en el período previo al estudio, pero continuó permeando como forma coercitiva en las prácticas del Estado. Por ejemplo, en el año 2000, el partido del ex golpista y dictador Ríos Mont, cuyo nombre recuerda los años más sanguinarios de la guerra civil, con el partido de derecha, el Frente Republicano Guatemalteco (FRG), gana las elecciones llevando al poder a Alfonso Portillo, con este hecho un grupo de militares vuelven a imponer las medidas coercitivas e institucionales tradicionales de los años ochenta lo que permite retomar el control del Estado. Durante el gobierno de Berger en el 2004, a pesar de los cambios en esta administración, a pesar de la firma de la paz, continúan la violencia y la dominación del Estado a través de la represión. El racismo y el clasismo de los grupos económicos hegemónicos como forma de poder prevaleciente no dio lugar a establecer otras formas de relación distintas a las que históricamente había entre el Estado y la Sociedad Civil en los períodos previos.

Para dar cumplimiento a los Acuerdos de Paz se plantearon metas de corto, mediano y largo plazo. Algunos de los acuerdos de corto plazo se referían al desarme de la guerrilla, la desmovilización de sus miembros y constituir a la URNG como partido

político, limitar las funciones del ejército, disminuir los efectivos militares, disminuir el gasto en defensa nacional, el Acuerdo Global sobre Derechos Humanos para cesar la represión y coerción, los Acuerdos para la Seguridad Democrática y la Reforma Fiscal para fortalecer al Estado financieramente, de tal forma que se garantizara plenamente la obligación del Estado de brindar a toda la población servicios públicos y los derechos universales. Los Acuerdos sobre Identidad y Derecho de los Indígenas y los Acuerdos sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, los cuales contenían acciones, tanto de mediano como de largo plazo, van encaminadas a hacer efectivo el derecho a la educación, a la tierra, vivienda y salud a través del aumento del gasto público en inversión social e infraestructura. Los temas de salud se acordaron en la mesa sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, y se relacionaban con el aumento de la cobertura, disminución de la mortalidad materno/infantil, aumento del gasto público en salud

Algunos de los Acuerdos de Paz, dada la naturaleza del problema que era dar término al conflicto armado, era necesario llevarlos a cabo de forma inmediata, por ejemplo el desarme de los grupos armados tanto de la guerrilla como de las PAC; la reinserción a la vida civil de los guerrilleros y el resarcimiento de la memoria histórica de los guatemaltecos. Esto sucedió en el transcurso del primer año posterior a la firma de los Acuerdos de Paz, dando lugar a la legitimación del gobierno de Arzú; sin embargo, en los años posteriores, a diferencia de lo que los Acuerdos de Paz planteaban, no disminuyó el gasto en defensa nacional ni los recursos financieros para los grupos militarizados. Ello implicó que los militares conservaran el poder económico y político, situación que les permitió tener injerencia en la toma de decisiones en el nivel legislativo. Lo anterior da cuenta de que el incumplimiento de los compromisos de todas las partes involucradas no permitió la reestructuración de las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil, asimismo, los Acuerdos de Paz debieron ser atendidos a cabalidad y comprendidos éstos de manera integral, ya que al escindirlos como propósitos parciales, dieron lugar a cierto grado de ingobernabilidad que no permitió la constitución de proyectos políticos nacionales a largo plazo.

Por otra parte, otras metas firmadas en los Acuerdos de Paz a pesar de explicitar el objetivo a alcanzar y las acciones para hacerlo, no se cumplieron. Ejemplo de lo anterior es el Pacto Fiscal dentro del marco de una amplia reforma tributaria, mismo que no se logró cumplir a causa del conflicto entre la oligarquía terrateniente y los cotos de poder, ya que afectaban los intereses económicos de estos grupos. La redistribución de la riqueza generada en el país a partir de impuestos progresivos no pudo implementarse debido a la gran fragmentación que existe entre las diferentes facciones políticas tanto de izquierda como de derecha.

En cuanto a los Acuerdos de Paz en materia de salud, éstos fueron planteados únicamente en términos de metas, por ejemplo, disminuir la tasa de morbi-mortalidad materno infantil, el aumento de la cobertura de los servicios en salud y del gasto en salud como porcentaje del PIB. Este hecho, sumado a la indefinición de los proyectos políticos en torno a lo social y la salud a largo plazo, dieron como resultado sobresaliente de la investigación que se implementaran políticas iniciadas en los años previos al período de estudio con un matiz neoliberal en el sentido de la focalización y selectividad tanto de los grupos poblacionales como de las acciones en salud y la subrogación de los servicios de salud básicos por parte del MSPAS. En cierta medida, disminuyeron algunos de los indicadores en salud, pero las condiciones de la población no mejoraron sustancialmente debido a que las medidas implementadas fueron insuficientes o parciales y los cambios en los servicios de salud no se cristalizaron como un derecho universal de la salud sino que al contrario, permitieron la mercantilización de los servicios y la privatización de los mismo lo que abre nuevos espacios de acumulación de capital, tendencia característica de las políticas neoliberales, fragmentando aún más el sistema de salud que presta y por lo tanto son inequitativos.

Otro punto importante en las conclusiones se desprende del proceso mismo de construcción del marco teórico y metodológico. Al respecto, vale decir que la elaboración del marco teórico permitió identificar el objeto de estudio (la Reforma del Sistema de Salud) y transformarlo a un objeto pensado (la transformación de los

Servicios de Salud determinado sociohistóricamente), así como jerarquizar las categorías de orden conceptual, construidas como ejes analíticos para comprender la lógica intrínseca al fenómeno. La determinación sociohistórica da cuenta de que un proceso de Reforma no puede posibilitarse sin tomar en cuenta el contexto ideológico, político y económico; de esta premisa se desprende otro de los resultados de esta investigación: los procesos históricos no pueden ser explicados como segmentos lineales ajenos a la relación dialéctica entre el Estado y la Sociedad Civil tal como se suscribe en la perspectiva de este trabajo; comprender lo anterior permite reconstruir la historia que da cuenta de las confrontaciones y contradicciones en las esferas políticas, sociales, culturales, ideológicas y económicas en la construcción del estado guatemalteco.

En Guatemala, a pesar de los momentos de inflexión política y las oportunidades coyunturales, los cambios significativos quedaron supeditados a la inercia histórica originada en las prácticas de los Estados autoritarios y dictatoriales que no habían tenido una experiencia previa de democracia; ante esto, las relaciones de hegemonía y subordinación permanecen en una crisis durante el período de inflexión política en el que no se logra trascender la represión como consenso social. Asimismo, hasta que no sea posible un cambio significativo en la práctica de los Actores Sociales (AS) (en su ideología, en su capacidad de interlocución, en sus demandas, propuestas e iniciativas) los intereses de los grupos en el poder prevalecerán. Los AS fueron entendidos en esta investigación como elementos sustanciales en la definición de las políticas públicas dado que representan intereses y posiciones que se juegan en la arena que significa el espacio de definición y toma de decisiones del poder público. En este caso, se hizo un esbozo general de las diferentes fracciones, de su poder político y económico y su capacidad para incidir en la toma de decisiones: en el lado de la derecha, los principales partidos son la Gran Alianza Nacional (GANAN), el Partido de Avanzada Nacional (PAN), el Partido Patriota (PP), el Partido Unionista (PU) y el Frente Republicano Guatemalteco (FRG). En el campo de la izquierda, la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG), la Alianza Nueva Nación (ANN) y el Encuentro por Guatemala conformaron este bloque durante el período de

estudio. El mapeo de AS como resultado de la indagación en la prensa escrita permitió reconstruir los principales AS en la toma de decisiones.

El concepto de Estado, la caracterización teórica de los Estados Capitalistas Periféricos, permitieron explicar la inercia de las políticas públicas en Guatemala durante el período de inflexión político, así como la lógica que siguieron los hechos que dieron forma en cuanto a proceso político durante el período de estudio, aún con la oportunidad presentada a través de los Acuerdos de Paz. Actualmente se vive en Guatemala un año electoral donde claramente se está observando un proceso de aglutinación de las diferentes fuerzas. Llama la atención que el movimiento MAÍZ surge como forma operativa e ideológica que ha permitido que en recientes fechas la izquierda se una en un frente amplio, hecho que no ocurrió durante el período pero que sin duda, no es ajeno a los procesos históricos y sociales que se desprenden de los sucesos ocurridos en años anteriores; la expresión inmediata de la falta de sinergia política en la izquierda se traduce en la falta de incidencia en las reformas al Estado. Un elemento a considerar para plantear posibles reformas a través de la reconfiguración de las fuerzas políticas tiene que recuperar la experiencia en el rubro de la salud, ámbito en el cual no se ha logrado que las políticas en salud transformen al Sistema de Salud Guatemalteco, dotándolo de universalidad, equidad y democracia. Surge pues una nueva oportunidad en la reforma del estado guatemalteco que proyecta posibles transiciones para una sociedad más justa y equitativa.

El análisis de las políticas sociales, y en particular las de salud, debe centrarse en aquellas acciones que permitan no sólo el bienestar de la población, sino además, la redistribución de la riqueza y el acceso a bienes y servicios de forma equitativa para toda la población; lo anterior alude a que las políticas públicas en general deben ser consideradas en un amplio contexto y no solo como medidas técnicas que funjan como paliativos a la marginación y la pobreza. En síntesis, el sistema de salud de un país es el reflejo directo de un proyecto de nación y como tal, está suscrito en procesos ideológicos. Sí el Estado no fundamenta su fin último en el bien común, en

consecuencia, todas las políticas públicas adolecerán de una orientación humanista y democrática.

A pesar de que el momento de implementación de las políticas públicas y en particular las de salud suele involucrar AS y plantear diferentes problemas que obstaculizan o favorecen su aplicación concreta, tal y como ocurre en los momentos de diseño y formulación, en los que dicho sea de paso, resulta necesario rastrear los intereses económicos, políticos e ideológicos de los AS que toman las decisiones en el legislativo y ejecutivo y que por lo general concuerdan con los intereses de aquellos que los llevaron al poder, en la implementación es necesario identificar quiénes pagan el costo de la implementación de las nuevas políticas y en qué medida beneficia no sólo a la población sino, además a los AS que llevan a cabo las acciones, recursos técnicos, administrativos, económicos y de tiempo que se requerirán para la implementación. (Bronfman, Langer, & Trostle, 2003). Sin embargo, es importante, observar lo que sucede en los sitios de estudio, es decir, acudir directamente a los espacios de concreción de las acciones planteadas en la formulación y el diseño. De ahí partimos para proponer que futuros estudios recuperen empíricamente datos suscritos a los espacios donde se resuelven los problemas de salud-enfermedad.

También es importante identificar y describir a los AS que favorecen u obstaculizan las políticas de salud, requiere de una mirada amplia y sistemática. En ese sentido, por un lado de la reconstrucción del debate en la prensa escrita resulta una adecuada aproximación, ya que identifica puntos nodales en la construcción sociohistórica; por ejemplo, algunos de los AS que aparecen en los medios de comunicación y que por lo tanto, se convierten en depositarios de los procesos históricos, es decir, en hacedores de la historia contemporánea. Ellos confrontan sus valores e intereses desde distintas posiciones y la aparición en prensa, a su vez, está relacionada con su capacidad de interlocución con el poder económico y/o político. Por otro lado, se puede captar el conjunto de concepciones e ideas que expresan los intereses de los AS que deciden y que incluyen el factor poder y además muestran

un mapeo general sobre la distribución del poder en un espacio geográfico determinado.

En cuanto al Sistema de Salud, los conceptos de selectividad, focalización, privatización y mercados internos permitieron encontrar la lógica propia de los procesos de transformación de los servicios de salud, en particular sobre lo que está ocurriendo en los hospitales públicos del país. Para poder estudiar las estrategias implementadas se estudiaron las funciones que desarrollan los sistemas de salud: regulación, financiamiento y prestación de servicios.

A partir de las categorías conceptuales señaladas anteriormente, fue posible dar paso a la construcción de la metodología. El punto clave residió en el proceso de reconstrucción de la historia social a partir de una historia cronológica con múltiples aristas y hechos que parecían no estar vinculados; algunos de estos acontecimientos no eran susceptibles al análisis directo en relación a los ejes de reflexión y fue necesario procesar en múltiples ocasiones la información para encontrar los niveles de incidencia que a simple vista no tenían articulación, pero que en realidad, concatenados, mostraban el proceso sociohistórico en su conjunto.

Hubo necesidad de trascender a la cronología en los hechos para identificar los ejes problemáticos suscritos a la Reforma del Sistema de Salud. De forma casi inmediata se dio la articulación entre la propuesta de Ozlak para el análisis de las políticas públicas y la propuesta tradicional de la Salud Pública para el análisis de los Sistemas de Salud. Fue así que en los ejes problemáticos caracterizados en torno a la función de los sistemas de salud (regulación, financiamiento y prestación y operación de los servicios de salud) se desplegaron los de formulación, diseño e implementación de las Políticas en Salud. Analizar la implementación de las políticas en salud a través del debate de la prensa escrita fue una parte compleja en el proceso de investigación toda vez que, por lo menos en la prensa escrita y en los documentos oficiales, no es expresada en detalle la problemática que subyace, no se logra recuperar la experiencia de los AS que llevan a cabo las acciones y que

prestan los servicios de salud dada su naturaleza. Sería necesario que para posteriores estudios se considere la indagación a través de entrevistas a estos AS, así como a la población que recibe los servicios de salud. Por ello, en futuras investigaciones deberán considerarse fuentes complementarias, ya que el elemento subjetivo es imprescindible para el análisis de la implementación de las políticas y del funcionamiento de los servicios de salud, así como de la percepción de los usuarios y prestadores de servicio, ya esto último constituye el elemento más difícil de aprehender a través de fuentes secundarias.

Esta configuración metodológica dio pie a que los resultados se elaboraran en función de cuatro ejes problemáticos; el primero refiriéndose a la regulación del Sistema de Salud, del cual se desprendieron los momentos de diseño y formulación de las políticas en salud y el análisis del conflicto que se generó entre los tomadores de decisiones. El segundo eje permitió analizar a detalle la función de financiamiento y en él se desplegaron los momentos de diseño, formulación y de forma implícita, la implementación de las políticas. Se pudo observar que muchas veces, las leyes y acuerdos gubernativos fueron formulados adecuadamente, pero la falta de asignación de recursos obstaculizó la implementación de los mismos. El tercer eje que refiere a la prestación y operación de los servicios de salud permitió aprehender de forma implícita la implementación de las políticas emanadas de los otros dos ejes; no obstante, la dificultad esencial se encontró en que no se tuvieron las fuentes primarias para poder analizar y estudiar los elementos que favorecen u obstaculizan la operatividad de los servicios y las políticas que les dan sustento. Otro eje analítico es el que aborda las condiciones de salud-enfermedad de la población en Guatemala, posibilitó la observación del impacto correspondiente a las modificaciones en los servicios de salud y el perfil patológico de la población, que en términos generales, conservó las características de polarización patológica entre los grupos colectivos. Dada la complejidad del proceso histórico y la falta de elementos para dar seguimiento a los sucesos, fue importante contrastar la información con fuentes secundarias, como fueron los documentos oficiales, informes de gobierno, acuerdos gubernativos y el Diario Oficial de Centroamérica, donde se publican las

leyes y normas acordadas en el legislativo. De esta forma, otra aportación de esta investigación reside en el método a seguir para recopilar, contrastar y sintetizar a través de diferentes fuentes de información el tiempo social a través de una línea cronológica para el análisis del sistema de salud de un país.

En síntesis, esta ruta metodológica representa un esfuerzo por comprender los procesos inherentes a las políticas públicas con las funciones de los sistemas de salud como fenómenos heterogéneos que están atravesados por la pugna de intereses entre dos polos ideológicos, económicos y políticos. Para facilitar el análisis, fue necesario traducir en dos enfoques (oficialistas y opositores a las Políticas Neoliberales) tanto las iniciativas políticas, las acciones y las argumentaciones de los AS. La aportación de este estudio, en el orden metodológico, consiste pues en explicitar la determinación política en la configuración de los sistemas de salud, retomando tanto las voces hegemónicas como las opositoras al sistema; en un sentido dialéctico, ambas posturas son premisas que se confrontan y dan lugar a que se posibiliten o se impidan transiciones sociales.

Sobre los resultados obtenidos en la investigación resaltan en particular que las leyes que tuvieron impacto en el SSG fueron: el Código de Salud y Reglamento Interna, La Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), ya que permitieron la división de funciones, Ley para mejorar la Cobertura de Servicios Sociales, Ley de Desconcentración y Descentralización, Programa de Accesibilidad de Medicamentos, Programa de Mejoramiento de Gestión Hospitalaria, financiado por el BID y desarrollado por una consultora internacional. No obstante, que la figura de los patronatos de los hospitales públicos y el programa Prohospital parecieron no solidificarse en el período de estudio, en el 2008 se conforman en la misma lógica con el nombre de Hospitales Solidarios que conservaron la función de gestión/administración de los servicios de salud; ello continúa permitiendo que los servicios de salud públicos funcionen en una suerte de mercados internos y que el MSPAS funja como órgano de regulación y legitimación de los prestadores de servicios, lográndose lo que se ha llamado pluralismo estructurado y que en términos

operativos, se refiere a la separación de las funciones del sistema de salud. La separación de las funciones en los sistemas de salud configura al estado guatemalteco como regulador y lo deslinda de sus funciones y obligaciones de financiamiento y prestación de servicios de salud. Ello corresponde a lo que en la teoría se denomina como Estado Mínimo y responde a lógicas neoliberales. En cuanto a los servicios básicos de primer nivel de atención, se continuó con el SIAS, lo que da lugar a la subrogación por parte del estado a las ONGs y aunque de una manera implícita, ya que éstas no tienen fines de lucro, eximen al Estado de sus funciones primordiales y privatizan los servicios de salud en tanto que se formulan los costos de los paquetes de salud que se ofertan a la población que no puede acceder a servicios privados. Así, es posible llegar a la conclusión de que el SSG continúa fragmentado y sus alcances son parciales en función de su heterogeneidad relativa al acceso a los servicios de salud y la cobertura del mismo, de esta forma las políticas de salud iniciadas en los años 80s siguieron su inercia durante el período profundizando y fortaleciendo el proyecto propuesto por el BM en la década anterior.

De los resultados se rescata la dificultad que se relaciona con las fuentes de información en las que apareció el debate sobre las políticas sociales y de salud, expresado en los procesos de organización de los grupos, los conflictos internos y las acciones orientadas en coincidencia con los intereses de los AS para la resolución de problemáticas. La complejidad en el análisis de la información recabada reside en que las fuentes periodísticas también responden a intereses específicos y ocasionalmente no eran explícitos en la presentación de la información. La información en prensa recupera ciertos elementos del debate público, pero de acuerdo con los eventos históricos en el país, desatendían el seguimiento a temas importantes para el sistema de salud y por lo tanto, impedían un seguimiento puntual de los sucesos y en consecuencia, fue complicado indagar el desenlace de algunos sucesos en salud. Por otra parte, una vez que fue posible identificar los temas centrales en las notas periodísticas, hubo necesidad de discernir entre ellas, el debate, el diseño y la formulación en la concreción de las políticas de salud, así como su implementación en las instituciones de salud.

No obstante las dificultades planteadas, las fuentes secundarias utilizadas y la triangulación de la información analizada y sistematizada, permitió confrontarlas y verificar que recoger de la prensa escrita el debate sobre las políticas sociales y de salud en su formulación y diseño expresadas en el discurso de los AS que aparecieron, logra aprehender este proceso. A su vez, la indagación de otras fuentes secundarias, como son los documentos oficiales, las leyes, normas, acuerdos junto con los desplegados y documentos publicados por la oposición permite reconstruir la historia, tanto la oficial, como la no oficial. Por tal motivo, también fue importante construir la historia social, y no la cronológica, del proceso sociohistórico que determinó las políticas sociales y de salud, de tal forma que la historia temporal subyace a los procesos sociohistóricos que dieron sentido a los procesos de transformación del Sistema de Salud en Guatemala.

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICO 1. POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA (EN MILLONES). GUATEMALA 1997-2007.....	33
GRÁFICO 2. CRECIMIENTO ANUAL DEL PIB REAL PER CÁPITA. GUATEMALA 1997-2007.	35
GRÁFICO 3. PORCENTAJE DE POBLACIÓN BAJO NIVEL DE POBREZA . GUATEMALA 1997-2007.....	36
GRÁFICO 4. GASTO SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL PIB. GUATEMALA 1997-2007.....	38
GRÁFICO 5. TASA DE MORTALIDAD GENERAL (MUERTES/1000 HABITANTES). GUATEMALA 1997 – 2007.....	123
GRÁFICO 6. CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL. GUATEMALA 1997-200.....	124
GRÁFICO 7. CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL. GUATEMALA 1997-2000.....	126
GRÁFICO 8. VIGILANCIA DE CASOS DE ENFERMEDADES INMUOPREVENIBLES. GUATEMALA 1997-2007.	127
GRÁFICO 9. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (MUERTES/1000 NACIMIENTOS NORMALES). GUATEMALA 1997-2007.	131
GRÁFICO 10. GASTO TOTAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB. GUATEMALA 1997-2007...	197
GRÁFICO 11. GASTO PÚBLICO Y PRIVADO COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL EN SALUD. GUATEMALA 1997-2007.....	198
GRÁFICO 12. GASTO PÚBLICO DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL. GUATEMALA 1997-2007.	199
GRÁFICO 13. FUENTES DE FINANCIAMIENTOS DEL SISTEMA DE SALUD DE GUATEMALA 1997-2007.	200
GRÁFICO 14. CAMAS CENSABLES. GUATEMALA 1997-2007.	204
GRÁFICO 15. POBLACIÓN CUBIERTA POR EXTENSIÓN DE COBERTURA MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (MILES DE HABITANTES). GUATEMALA 1997-2007.	206

ACRÓNIMOS Y SIGLAS

Actores Sociales	AS
Agencia Cerigua	AC
Agencia Internacional para el Desarrollo	AID
Alianza contra la Impunidad	ACI
Alianza Nueva Nación	ANN
Asamblea Consultiva de Poblaciones Desarraigadas	ACPD
Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas	ALIFAR
Asociación Coordinadora Comunitaria para la Salud	ACCSS
Asociación de Investigación y Estudios Sociales	ASIES
Asociación de Pensionados ex trabajadores del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	APEIGSS
Asociación Nacional de Municipalidades	ANAM
Asociación para el Desarrollo Integral de Guatemala	ASODEGUA
Asociación Prosalud Municipal	APROSAM
Asociación Sociedad Civil	ASC
Banco Centroamericano de Integración Económica	BCIE
Banco de Desarrollo Rural	BANRURAL
Banco de Guatemala	BANGUAT
Banco Interamericano de Desarrollo	BID
Bienestar Nacional	BIEN
Cámara de Comercio Guatemalteco Americana	AMCHAM
Cámara de Comercio de Guatemala	CCG
Central de Trabajadores del Campo	CTC
Central de Unidad Sindical de Guatemala	CUSG
Central General de Trabajadores de Guatemala	CGT
Centro de Estudios de Guatemala	CEG
Centro de Investigaciones Económicas	CIE
Centro Internacional para Investigaciones en Derechos Humanos	CIIDH
Colectivo de Organizaciones Sociales	COS
Comisión de Acompañamiento de los Acuerdos de Paz	CAAP
Comité Coordinador de Asociación Agrícolas, Comerciales, Industriales y Financieros	CACIF
Comité de Desarrollo Campesino	CODECA
Consejo de Salud	CONSALUD

Consejo Episcopal Latinoamericano	CELAM
Consejo Vacacional de Salud	CNS
Consejo Nacional de los Acuerdos de Paz	CNAP
Contraloría General de Cuentas de la Nación	CGCN
Coordinación de Organizaciones del Pueblo Maya	COPMAGUA
Coordinación de Organizaciones Gubernamentales y Cooperativas	CONGCOOP
Coordinador Sindicar y Popular	CNSP
Coordinadora Nacional de Organizaciones Campesinas	CNOC
Corte Constitucionalidad	CC
Ejecutora de Proyectos de Salud Pública	UPRISAL
El Periódico	EP
Encuentro Guatemala	EG
Federación Sindical de Empleados Bancarios y de Seguros	FESEBES
Fondo de Desarrollo Indígena	FODIGUA
Fondo de Inversión Social	FIS
Fondo de Naciones Unidas para la Infancia	UNICEF
Fondo de Tierras	FONATIERRA
Fondo Guatemalteco para la Vivienda	FOGUAVI
Fondo Monetario Internacional	FMI
Fondo Nacional para la Paz	FONAPAZ
Fondo Nacional para la Reactivación y Modernización de la Actividad Agropecuaria	FONAGRO
Frente Democrático Nueva Guatemala	FDNG
Frente Nacional de Lucha	FNL
Frente Republicano Guatemalteco	FRG
Frente Unificado de Sindicatos de Trabajadores del IGSS	FUSTIGSS
Fundación Barcelona-SIDA	FBS
Gran Alianza Nacional	GANNA
Grupo Apoyo Mutuo	GAM
Guatemala Flash	GF
Impuesto al Valor Agregado	IVA
Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales	ICEFI
Instituto de Estudios Comparativos en Ciencias Penales	IPES
Instituto Nacional de Estadística	INE
Institutos de Fomento Municipal	IFOM

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	IGSS
Junta Monetaria	JM
La Hora	LH
Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación	MAGA
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	MSPAS
Ministerio Público	MP
Misión de las Naciones Unidas para Guatemala	MINUGUA
Objetivo del Milenio	ODM
Observatorio de Gasto Social	OGS
Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado	ODHA
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Organización Mundial de la Salud	OMS
Organización Mundial del Comercio	OMC
Organización Panamericana de la Salud	OPS
Organización Verde	OV
Pacto Fiscal	PF
Partido Patriota	PP
Partido de Avanzada Nacional	PAN
Partido Liberador Progresista	PLP
Patrullaje Informativa	PI
Patrullaje Informativo	PI
Patrullas de Autodefensa Civil	PAC
Plan de Reactivación Económica	PRE
Población Económicamente Activa	PEA
Práctica Médica	PM
Prensa Libre	PL
Problema de Salud/Enfermedad	PSE
Procuraduría de los Derechos Humanos	PDH
Producto Interno Bruto	PIB
Programa de Accesibilidad de Medicamentos	PROAM
Programa de Desconcentración y Descentralización	PDDAP
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo	PNUD
Programa Nacional de Desarrollo Educativo	PRONADE
Programa Nacional de Salud Reproductiva	PRNSR

Respuesta Social	RS
Secretaría de Asuntos Administrativos y de Seguridad de la Presidencia	SAAS
Secretaría de Coordinación Ejecutiva Presidencial	SCEP
Secretaría de Desarrollo Social	SEDESOL
Secretaría para la Paz	SEPAZ
Siglo Veintiuno	SV
Sindicato de Trabajadores del IGSS	STIGSS
Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud de Guatemala	SNTSG
Sistema de Salud de Guatemala	SSG
Sistema Integral de Atención en Salud	SIAS
Superintendencia de Bancos	SB
Tele Prensa	TP
Tratado de Libre Comercio	TLC
Unidad Centro Nacional	UCN
Unidad Ejecutora de Proyectos de Servicios de Salud	UNEPSSA
Unidad Nacional Esperanza	UNE
Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca	URNG
Unión Acción Sindical y Popular	UASP
Unión Guatemalteca de Trabajadores	UGT

BIBLIOGRAFÍA

Abrantes, R., & Almeida, C. (2002). "Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México". *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 18(4)*, pp: 971-989.

Annick, M. (2002). The Chilean Health System: 20 Years of Reform. En M. Annick, *The Chilean Health System: 20 Years of Reform*. México: Salud Pública de México, pp: 60-68

Arredondo, A., & Recaman, A. (2004). El Financiamiento de la salud en México: Algunas evidencias para las políticas del Sector. En A. R. Arredondo López, *El Financiamiento de la salud en México: Algunas evidencias para las políticas del Sector*. México: Hitos de Ciencias Económico Administrativas. Año 9, Número 23, pp: 9-15.

Arredondo, A., Orozco, E., Abis-Duperval, P., Cuadra, M., & Cicero, M. (2009). Consideraciones Conceptuales Sobre: Costos. Transición Epidemiológica, Financiamiento, Equidad y Gobernanza en Salud. En A. Arredondo, E. Orozco, P. Abis-Duperval, M. Cuadra, & M. Cicero, *Temas Selectos en Sistemas de Salud. Costos, Financiamiento, Equidad y Gobernanza México* : Universidad de Yucatán, pp: 28-46.

Arredondo, A., Orozco, E., Abis-Duperval, P., Cuadra, M., & Cicero, M. (2009). El Financiamiento de la Salud en México: Evidencias y Tendencias para las Políticas del Sector. En A. Arredondo, E. Orozco, P. Abis-Duperval, M. Cuadra, & M. Cicero, *Temas Selectos en Sistemas de Salud: Costos, Financiamiento, Equidad y Gobernanza*. México: Universidad Autónoma de Yucatán, pp: 83-90.

Arredondo, A., Orozco, E., Abis-Duperval, P., Cuadra, M., & Cicero, M. (2009). Indicadores, Tendencias y Evidencias Sobre Equidad, Eficiencia, Cobertura y Su Impacto en Condiciones de Salud. En A. Arredondo, E. Orozco, P. Abis-Duperval, M. Cuadra, & M. Cicero, *Temas Selectos en Sistemas de Salud: Costos, Financiamiento, Equidad y Gobernanza*. México: Universidad Autónoma de Yucatán, pp: 159-176.

Belmartino, S. (2003). Belmartino, Esquemas conceptuales y producción de conocimiento en la investigación sobre reforma del sector Salud. En C. C. Cáceres, *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina* Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia pp: 457-479.

Banco Mundial, BM (1993). *Invertir en Salud*. Washington, D. C.: Banco Mundial.

Berlinguer, G. (2004). ¿Cuál salud y cuál contrato entre medicina y sociedad? En G. Berlinguer, *Ética de la Salud*. Argentina: Lugar.

Berlinguer, G. (1994). *La medicina occidental y el derecho a la salud*.

Berlinguer, G. (1994). Las prioridades en la medicina y la prioridad de la salud. En G.

Berlinguer, *Ética de la salud*. Argentina: Lugar.

Betances, E. (1988). La concepción ampliada en Gramsci. En *Filosofía y política en el pensamiento de Gramsci*. México: Cultura Popular.

BID, B. I. (1993). *Programa Sectorial de Salud. Guatemala. Documento Interno*. Guatemala: Documento Interno.

Blanco-Gil, R.-M. J. (1994). La carga global de morbilidad. En L. AC, *Nuevas Tendencias y alternativas en el sector salud*. México: Fundación Friedrich Ebert; Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Bolos, S. (1999). *La constitución de actores sociales y la política*. Méxco: Universidad Iberoamericana/Plaza y Valdés.

Bolos, S. (1995). Actores Sociales y Demandas Urbanas. México. Universidad Iberoamericana/Plaza y Valdés. México, D.F., pp: 7-27.

Bossert, T., Larrañaga, O., & Meir, F. R. (2000). Decentralization of health systems in Latin America. *Rev Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2): 84-92.

Brachet-Márquez, V. (2007). La Reforma de los Sistemas de Salud y Previsión Social en México, 1928-2000. En *Salud Pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal. Argentina, Brasil, Chile y México 1980-2000*. México: El Colegio de México, pp: 291-348.

Brachet-Márquez, V. (2007). *La Reforma de los Sistemas de Salud y Previsión Social en México, 1982-2000*. México: COLMEX.

Breihl, J. (1986). Epidemiología, economía, medicina y política.

Breilh, J. (1991). La salud-enfermedad como hecho social. En O. Bentancourt, C. A, & E.

Granda, *Reproducción Soaical y Salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras*. México: Universidad de Guadalajara, pp: 201-206.

Bronfman, M., Langer, A., & Trostle, J. (2003). De la Investigación en Salud a la Política: La difícil traducción. México, D. F.: Manual Moderno.

Cancino, C. (2000). Estado. En L. Baca, J. Bokser-Liwerant, F. Castañeda, I. Cisneros, & G. Pérez, *Léxico de la política*. México: FCE/FLACSO/CONACyT, pp: 222-227

Centro de Estudios de Guatemala, I. D. (1997). Guatemala. (1997-2007). *Centros de Estudios de Guatemala*.

Constitución Política de la República de Guatemala (CPR). Asamblea Constituyente de 1985. Tercera Edición.

Chen L., y. B. (2002). Equidad en la salud en un mundo que marcha hacia la globalización. En y. B. Chen L., *Organización Panamericana de la Salud, Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción* Publicación Científica, núm. 585, pp: 37-47.

Collins, C., & Green, A. (1994). Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. *International Journal of Health Services* Vol. 4, Núm 3, Comumbia, pp: 459-475.

Conti, L. (1971). Estructura Social y medicina. *Medicina y Sociedad* .

Coreil, J; Levin, J. S; Jaco, E. G. (1985). *Life Style: an Emergen Concept in the Sociomedical Sciences. Culture, Medicine and Psychiatry*,. Países Bajos.

Cruz-Rivero, C. V.-O. (1992). Diversidad Financiera para la prestación de servicios de salud. *Revista de Salud Pública. Vol 34 Suplemento*, pp: 105-115.

Danel, F. (1977). *Ideología y Epistemología*. México: Anuies.

Daschle, T. (2007). Politics and a pragmatic paradigm for health reform. *Healthcare Rincial Managment*, Nov. , 92-98.

Delgado, M. E., Vázquez, M. L., Zapata, Y., & Hernán, M. (2005). Participación social en salud: Conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores, y formuladores de Políticas en Colombia. Una Mirada Cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 79, No. 6, Noviembre-Diciembre, pp: 697-707.

Díaz, P. J., & Maingon, T. (1999). En P. J. Díaz, & T. Maingon, *¿A dónde nos llevan las políticas de salud? La reforma del sector salud, ¿un cambio positivo?* México D.F., pp: 217-238.

Donangelo, M. (1976). *La medicina en la Sociedad de clases*. Sao Paulo: Librería Dos Ciudades.

Echeverri. (2003). Del Pluralismo Estructurado hacia la protección social. *Gerencia y Salud* 2(5), pp: 107-11.

Escoto, J. (1993). En J. Escoto, *“Neoliberalismo en Guatemala, de la Teoría a la Realidad”*. Guatemala: SERGUA, pp: 18.

Esping-Andersen, G. (1991). As tres economías políticas do welfare state. *Lua Nova, CEDEC, Brasil, 24:III*, pp: 85-115.

Esping-Andersen, G. (2000). *Social foundations of postindustrial economies*. U.K., Oxford: Oxford University Press.

Estadística, I. N. (2002). *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil*. Guatemala: Guatemala.

Estadística, I. N. (1998/1999). *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil*. Guatemala: Guatemala.

Etviti, J., & Leyva, R. (1995). Los actores políticos y sociales en la formulación de la reforma sanitaria, en España. *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro*, 11 (1), 34-44.

Farfán, G. (2000). Política de bienestar. En L. Baca, J. Bokser-Liwerant, F. Castañeda, I. Cisneros, & G. Pérez, *Léxico de Política*. México: FCE/FLACSO/CONACyT, pp: 563-568.

Frenk, J. (1994). La respuesta social organizada: los sistemas de salud. En J. Frenk, *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública* México: Fondo de Cultura Económica, pp: 98-123.

Frenk, J. (2007). Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. *Salud Pública de México, vol. 49, suplemento 1*, pp: 514-522.

Frenk, J., & Gómez-Dantés, O. (2008). *Para entender: El sistema de salud en México*. México, D.F: Nostra Ediciones.

Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. Á., & Knaul, F. M. (2007). Reforma Integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México, vol 49, suplemento 1*, pp: 523-536.

Frenk, J., Londoño, J. L., Knaul, F., & Lozano, R. (1998). Los Sistemas de Salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro. *Atención de la Salud en America Latina y el Caribe en el Siglo XXI. Perspectivas para lograr salud para todos*.

Frenk, J., Londoño, J. L., knaul, F., & Lozano, R. (1998). Los sistemas de salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro. En C. Bezold, & J. Frenk, *Atención de la Salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI*). México: Shawn McCarthy. Fundación Mexicana para la Salud. Smithkline Beecham Pharmaceuticals, pp: 119-156.

Gakidou, E. (2007). *Impacto de la Reforma de Salud en México del periodo 2001-2006*.

Gakidou, E., & et al. (2007). Evaluación del impacto de la reforma mexicana de salud 2001-2006: un informe incial. *Salud Pública de México, vol 49, suplemento 1*, 588-609.

Garcés, M. (1999). Insumos para el Informe de Desarrollo Humano de Guatemala. Documento de Trabajo. Guatemala.

García, J. C. (1981). La medicina estatal en América Latina. *Revista Latinoamericana de Salud. No. 1 México, Nueva Imagen.*, 2 ((XXX)), pp: 73-104.

Garro-Bordonaro, N. (2007). Seguridad Social: reflexiones y algunos hechos del caso mexicano.

Gerschaman, S. (1999). Las reformas del Estado, de las políticas sociales y de salud. Un balance al final de milenio. *Cadenos de Saúde Pública 15(2)*, pp: 293-302.

Gerschman, S. (1990). Sobre la formulación de políticas sociales. En S. Fleury, *La reforma sanitaria. En busca de una teoría*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, pp:153-177.

Gobierno de Guatemala, G. (2006). *Acuerdo Nacional sobre la Implementación del Gasto Social para Erradicar la pobreza*. Guatemala: Gobierno de Guatemala.

Gobierno de Guatemala, G. (11 de 04 de 2009). *Congreso de Guatemala*. Recuperado el 11 de 04 de 2009, de Congreso de Guatemala: http://www.gib.gt/gt/images/proceso_im.jpg

Gómez, D. (2005). Analisis comparado de los Sistemas de Salud de la región andina y el caribe. *Salud Pública* 7(3), pp: 305-316.

González, C. 1997. Caracterización del sistemas de pensiones públicas en Guatemala. Número 57 de Estudios sociales. Volumen 57 de Estudios Sociales: Cuarta Época. Universidad Landívar, pp 64

Granados, A., Nassaiya, k., & Torres, A. (2007). Actores sociales en la prevención del VIH/SIDA: oposiciones e intereses en la política educativa. *Cad. Saúde Pública* , 23 (3), 535-544.

Granados, J. A., Tetelboin, C., & Torres, A. (2006). Salud y seguridad social en México. Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios. En C. Eibenschutz, R. Cervantes, O. López, S. López, M. d. Adriano, & T. e. Caudillo, *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos?*. México: OPS, UAM, UNAM, IPN, FEZ Zaragoza, pp: 76-96

Guatemala, (1997-2007). *Informe Semanal*. Guatemala: CDHG. Base de Datos.

Guatemala, (1987-2007). *La Senana en Guatemala*. CDHG. Base de Datos.

Guatemala, (1997-2007). Centro de Estudios de Guatemala. Base de Datos.

Guatemala, G. d. (11 de Febrero de 2003). <http://docs.costarica.justia.com/nacionales/leyes/decreto-no-76-2002-nov-20-2002.pdf>. Recuperado el 22 de Abril de 2011, de <http://docs.costarica.justia.com/nacionales/leyes/decreto-no-76-2002-nov-20-2002.pdf>: <http://docs.costarica.justia.com/nacionales/leyes/decreto-no-76-2002-nov-20-2002.pdf>

Guatemala, (2005). *Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS; VIH y SIDA (2006-2010)*. Guatemala: Guatemala.

Guatemala, (2005). *Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica 82005-2015*). Guatemala: Guatemala.

Guatemala, (2004). *Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna (2004-2008)*. Guatemala: Guatemala.

Guatemala, (s/f). *Plan Visión de País, Ley Marco de Salud*. Guatemala: Gobierno de Guatemala.

Hall, J., & Ikenberry, G. (1989). *El Estado*. México: Nueva Imagen.

Hernández A., V. R. (2001). El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. *Gerencia y Políticas de Salud*. Año 1 .

Hernández-Llamas, H. (1982). Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México. En F. Ortiz, *Vida y muerte del mexicano (tomo II)*. México: Folios Ediciones, pp: 49-96.

Hirsch, J. (1996). *Globalización, Capital y Estado*. México: UAM-Xochimilco.

Hodgetts, D., & Chamberlain, K. (2006). Narrativity an de mediation of health reform agendas. *Sociology of Health and Illness*, Vol. 25, No. 6 , 553-569.

Infante A., D. I. (2000). Reforma de los Sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Pam Am J Public Health* 8(1/2) , 13-29.

InfoGroup (1999). En cifras: Guatemala. Guatemala.

Internacional, F. (s.f.). *Fodesa Internacional*. Recuperado el 26 de marzo de 2011, de Fodesa Internacional: http://www.fodesa.com/?page_id=89

Isuani, A. E. (2007). Repensando la seguridad social latinoamericana. En S. R. Molina, *La seguridad social: Retos de hoy*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez-Carniado, O., Bryson-Cahn, C., Barofsky, J., Maguire, R., y otros. (2007). Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar al gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. *Salud Pública de México*, vol 49, suplemento 1 , S70-S86.

Knaul, F., Arreola-Ornelas, H., & Oscar, M. (2005). Protección Financiera en Salud: México de 1992 a 2004. *Salud Pública de México* .

Knaul, F., & et al. (2005). Justicia financiera y gastos catastróficos del Seguro Popular en México. *Salud Pública de México* .

LACRSS. (1998 y 2007). *Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala*. Washington, D. C.: Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud.

Langer, A., Nigenda, G., & Catino, J. (2000). Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: strengthening the links. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (5), pp: 667-676.

Lara, A. G.O. (1997). Gasto federal en salud en población no asegurada: México 1980-1995. *Salud Pública de México*, núm. 39, pp: 102-109.

Laurell, A. C. (1992). Avanzar al pasado: La política social del neoliberalismo. En C. Coord. Laurell, *Estado y políticas sociales del neoliberalismo*. México: Fiederich Ebert Stingfung, pp: 125-146.

Laurell, A. C. (1978). Investigación en sociología médica 2ª parte: Salud-Enfermedad y formación socioeconómica. *Revista Cubana de Salud Pública* .

Laurell, A. C. (1978). Investigación en sociología médica 3ª parte: Saber médico y formación socioeconómica. *Revista Cubana de Salud Pública* .

Laurell, A. C. (1993). La lógica de la privatización en salud. *Memorias del II Seminario*. México.

Laurell, A. C. (1995). La reforma del Estado y la política social en México. *Nueva Sociedad*, No. 164, Noviembre-diciembre, pp: 146-158.

Laurell, A. C. (1999). La reforma del Estado y la política social en México. *Nueva Sociedad* No. 164, pp: 146-158.

Laurell, A. C. (1997). La reforma del sector salud. Hacia la mercantilización de los servicios . En A. C. Laurell, *La reforma contra la salud y la seguridad social*. Fundación Friedrich-ERA, pp: 85-122-

Laurell, A. C. (1981). La Salud/Enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud Vol 2 No1*, pp: 7-25.

Leal, G. (2002). Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México.

Lechner, N. (1992). El debate sobre el Estado y Mercado. *Revista Nueva Sociedad* (121), pp: 80-89.

Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Pluralismo Estructurado: hacia un nuevo modelo innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en America Latina. *Salud y Gerencia* 15(5), pp: 5-25.

López, M., Ortiz, L., & Rosales, R. (2001). Transformaciones de la Secretaría de Salud en México en el contexto de la Reforma Sanitaria. *Salud y Problema*, pp: 47-65.

López, O. (1997). La estrategia descentralizadora en una política social incluyente. México: Friederich Ebert Stiftung.

López, O. (1994). La selectividad en la política de salud. En A. C. Laurell, *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco y Fundación Fiedrich Ebert, pp: 33-60.

López, O., & Blanco, J. (2007). Políticas de salud en México: la reestructuración neoliberal. En G. E. Jarillo Soto Edgar, *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. México: Lugar.

López, S., & Granados, J. A. (2010). *El abasto de medicamentos en México*. México, D. F.: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco División de Ciencias Biológicas y de la Salud.

Lowi, T. (1996) Políticas públicas, estudios de caso y teoría política. En L. (. Aguilar, *La hechura de las políticas*.. México: Porrúa, pp: 89-117.

Lupton, D. (1995). *Imperative Health. Public Health and the Regulated Body*. Londres: SAGE PUBLICATIONS.

Mardones-Restat, F., & De Azevedo, A. (2006). The essential health reform in Chile; a reflection on the 1952 process. *Salud Pública de México* 48(6), pp: 504-511.

Margulis, M. (1980). Reproducción social de la vida y reproducción social del capital. *Nueva Antropología* , año 4, núm 13-14, pp: 47-64.

Martínez, A. G., & Molina, S. R. (2007). Una década de reformas a las pensiones en México. *UAM* .

Martínez-Franzoni, J. (2006). ¿Presión o legitimización? Poder y alternativas en el diseño y adopción de la reforma de salud en Costa Rica, 1988-1998. *Historia, Ciencias, Salud-Manguinhos* , 13 (3), pp: 591-622.

Melucci, A. (1994). ¿Qué hay de nuevo en los nuevos movimientos sociales. En E. Larana, H. Johnson, & J. Gursfield, *Los nuevos movimientos sociales. De la ideología a la identidad*.. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, pp: 120-147.

Mercado-Martínez, F. J., & Mercado-Martínez, A. (2010). *Evaluación emergente de políticas y programas de salud: Avances y desafíos en América Latina*. México: Universidad Autónoma de Yucatán, Consorcio de Universidades Mexicanas.

Mercado-Martínez, G. D. (2008). "Investigación evaluativa de políticas y programas de salud orientada al cambio social". Forum: Qualitative Social Research, Vol. 9, No. 2, Art. 19, Mayo.

Mesa-Lago, C. (2000). Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social al umbral del siglo XXI. *Serie Políticas Sociales* (36).

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, G. (2007). *Pro Hospital*. Recuperado el 26 de marzo de 2011, de Pro Hospital: <http://prohospital.org/nosotros/bienvenidos.html>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS. (2005). *Política Nacional de Salud Reproductiva, Programa Nacional de Salud Reproductiva*. Guatemala: Gobierno de Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, MSPAS. (1999). Avances y Perspectivas en la Institucionalización de Extensión de Cobertura, período 1996-1998. Programa de Mejoramiento de Servicios. Sub Programa III ampliación y retroalimentación de la prestación de servicios de salud.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS. (1997). Sistema Integral de Atención en Salud. Lineamientos para el Primer Nivel de Atención. (Versión Preliminar). Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, (1996). *Política de Salud 1996 - 2000*. Guatemala: MSPAS.

MINUGUA. (12 de 02 de 1999). <http://www.minugua.guate.net>. Recuperado el 14 de 05 de 2010, de <http://www.minugua.guate.net>: <http://www.minugua.guate.net>

Molina, R., Henderson, P., & Vieira, C. (2000). Gasto y Financiamiento en salud: situación y tendencias. *Rev Pan Am J Public Health* 8(1/2), pp: 71-83.

Moreno, S. P. (2008). La reforma a la Ley del Seguro Social de 1995: antecedentes y visión general.

Musgrove. (1996). *Intervenir en salud 1993*.

Nasaia K. (2002). *La Política pública de prevención del VIH/SIDA del gobierno mexicano. Un análisis de los libros de texto*. México: Tesis para obtener el grado de Maestría en Medicina Social: Universidad Autónoma Metropolitana.

Oberlander, J. (2007). Presidential Politics and the Resurgence of Health Care Reform. *New England Journal of Medicine* 357;21. Nov, pp: 2101-2105.

Offe, C. (1995). Un diseño no productivista para las políticas sociales. En R. (. Lo Vuolo, *Contra la exclusión. La propuesta del ingreso ciudadano..* Buenos Aires, Argentina: Niño y Dávila Editores, pp: 83-107.

OPS. (2007). *Perfil del Sistema de Salud de Guatemala*. Washington DC.

OPS. (2002). *Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de la Región Andina*. Organización Panamericana de la Salud, Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Washington: Área de Desarrollo Estratégico de la Salud. Unidad de Políticas de Sistemas de Salud.

OMS. (2002). *Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Informe de la Secretaría*. 111ª reunión Consejo Ejecutivo, 12 de Diciembre.

Oszlak, O. (1982). La formación del Estado Argentino. En O. Oszlak. Buenos Aires: de Belgrano.

Ozlack, O., & O Donnell, G. (1978). *Estado y Políticas Estatlaes en América Latina: Hacia una Estrategia de Investigación*. Doc. CEDES/G: E. CLACSO No. 4.

Pérez Rico, S.-V. P.-R. (2005). Gastos Catastróficos por motivos de salud en México: estudio comparativo por grado de marginación. *ISSN, Vol. 47, N° 1*.

Pérez, B. (2007). La equidad en los servicios de salud. *Rev Cubana Salud Pública* 33(3), pp: 1-9.

Petchey, R., Williams, J., Farnsworth, B., & Starkey, K. (1998). A tale of two (low prevalence) cities: social movement organizations and the local policy response to HIV/AIDS. *Social Science of Medicine*, 47 (9), 1197-1208.

Portelli, H. (1983). *Gramsci y el Bloque Histórico*. México: Siglo XXI.

Presidencia, S. d. (2005). *Política de Desarrollo Social y Población, Informe Anual*. Guatemala: SEGEPLAN.

Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de salud, D. d. (1998). *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Guatemala*. Organización Panamericana de la Salud.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Naciones Unidas (1999). Estado de la Región en Desarrollo Humano Sustentable. Costa Rica.

Presidencia de la República (1996). Programa de Gobierno 1996.2000. Secretaría Genral de Planificación. Guatemala.

Reforma del Estado y Reforma de Sistemas de Salud. (1999). . *Revista de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva. Ciencia e Saude Colectiva.*, vol 4 núm 2, Brasil , 27-58.

Rosales R, (2010). Conformación Sociiohistórica del Estado Guatemalteco y de la Seguridad Social. 1945-1995. Tesis de Maestría. Maestría en Medicina Social. Universida Autónoma Metropolitana. UAM-Xoch. México, D.F.

Salinas, D. y. (2005). Las condiciones de la política social en América Latina. *Papeles de Población, abril-junio, número 044 Universidad Autónoma del Estado de México*, pp 83-108.

SEGEPLAN. (2006). *II Informe de Avances. Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Guatemala*. Guatemala: Gobierno de Guatemala.

Sesma-Vázquez, Rico, P., Sosa-Manzano, L., & Dantés, G. (2005). "Gastos Catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes". *Salud Pública de México, Vol. 47, N° 1* .

Sistema de Naciones Unidas (SNU) 1999. Guatemala: el rostro del desarrollo humano. Guatemala.

Slowing, K., & Alvarado, F. (Julio de 2008). www.proyectodialogo.org/documents/salud/politica_salud_02.pdf. Recuperado el 30 de Marzo de 2011, de www.proyectodialogo.org/documents/salud/politica_salud_02.pdf: www.proyectodialogo.org/documents/salud/politica_salud_02.pdf

Smith, P. (1997). Ascenso y caída del Estado Desarrollista en América Latina. En V. Menno, *El cambio del papel del Estado en América Latina* (págs. 74-102). México, D.F.,: Siglo XXI.

Sociales, I. d. (1995). *Acuerdos de Paz*. Guatemala: (IDIES) Serie Política.

Sonntag, H., & Valecillos, H. (. (1987). *El Estado en el capitalismo contemporáneo*. México, D.F.:: Siglo XXI.

Tarrés; ML, (1992). *Perspectivas Analíticas en la Sociología de la Acción Colectiva*. México, D.F. Colegio de México.

Tawddle, A. (1996). Health System reforms toward a frame work for Internacional comparisons. *Social Science and Medicine*, 43(5) , 39-59.

Tetelboin, C. (1992). Actores sociales: ¿una herramienta para el análisis de las políticas públicas en América Latina? En C. Eibenshutz, *Estado y políticas sociales en América Latina*. Méixco: Fundacao Oswaldo Cruz/Universidad Autónoma Metropolitana, pp: 233-253.

Tetelboin, C. (1981). Estado, políticas sociales y ciudadanía. *Revista Sociología y política, Nueva Época año V, No 10*, pp: 39-59.

Tetelboin, C. (2010). Evaluación de propuestas internacionales y regionales en el discurrir de las políticas y las instituciones de salud en América Latina. En F. J. Mercado-Martínez, & A. Mercado-Martínez, *Evaluación emergente de políticas y progrmas de salud. Avances y desafíos en América Latina*. México: Universidad Autónoma de Yucatán, Consorcio de Universidades Mexicanas, pp: 25-50.

Tetelboin, C. (2003). *La Transformación Neoliberal del Sistema de Salud. Chile 1973-1990*. México: Uam-X.

Tetelboin, C. (2007). Políticas de salud en México: la reestructuración neoliberal. En E. Jarillo & E. Guinsberg, *Temas y desafíos de la salud colectiva*. México: Lugar.

Tetelboin, C. (2006). Políticas y Reformas a los sistemas de Salud en América Latina. En E. Jarillo & E. Guinsberg, *La Salud Colectiva en México. Temas y Desafíos*. México: Bs. A., Argentina.

Tetelboin, C. (1997). Problemas en la conceptualización de la práctica médica. En C. Tetelboin, *Estudios en antropología biológica; VIII*. México, pp: 483-510.

Tetelboin, C., & Granados, A. (2000). Aspectos de los sistemas de salud de Chile, Colombia y México. *Argumentos 35, abril. Universidad Autónoma Metropolitana*, pp: 25-41.

Vásquez, M. L., Siqueira, E., Kruze, I., Da Silva, A., & Leite, I. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria* , 16 (1), pp: 30-38.

Velazquez Monroy. (2003). Prevalencia e Interrelación de enfermedades crónico no transmisibles y factores de riesgo Cardiovascular en México: Resultados Finales de la Encuesta Nacional de Salud. *Arch Cardiol México No. 73*, pp: 62-77.

Vellinga, M. (1997). *El cambio del papel de Estado en América Latina*. México, D.F.: Siglo XXI.

Verdugo, J. C. (2003). La Política y Reforma del Sector Salud en Guatemala, 1986-2000. *Documentos inedito* , 9-36.

Verdugo, J. (1995). *Neoliberalismo y política de Salud en Guatemala. Periodo 1986-1994*. México, D.F.

Wiarda, H. (1997). Determinantes históricas del Estado Latinoamericano: la tradición burocrática-patrimonialista, el corporativismo, el centralismo y el autoritarismo. En M. Vellinga, *El cambio del papel del Estado en América Latina* (págs. 45-73). México, D.F.,: Siglo XXI.