

Boletín No. 28

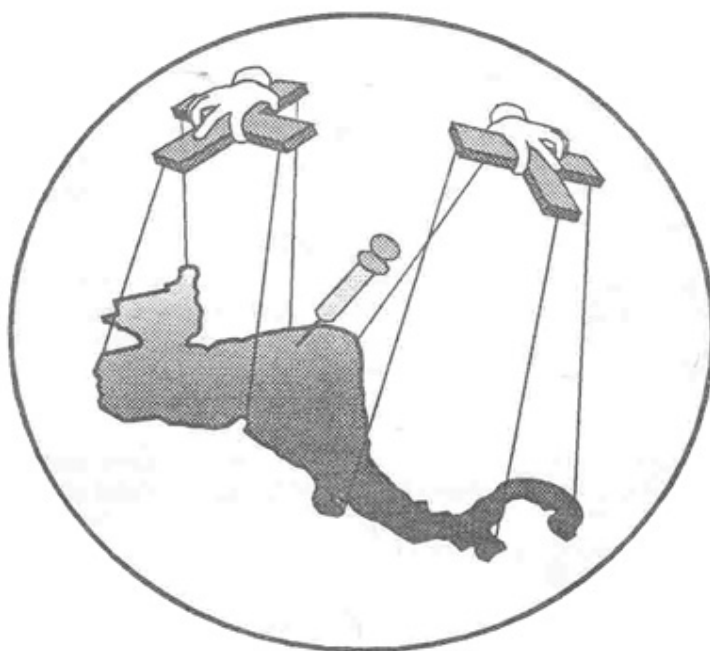
Marzo 1996



CENTRO DE ESTUDIOS
URBANOS Y REGIONALES
Universidad de San Carlos de Guatemala

GLOBALIZACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
EL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD
Y SU APLICACIÓN EN LA REGIÓN CENTROAMERICANA

Karin Slowing Umaña



PRESENTACIÓN

La denominada "modernización del Estado", constituye la estrategia clave que los gobiernos de la región centroamericana han adoptado en los últimos años para ajustar las economías locales a las nuevas condiciones que les establece el mercado mundial. En este contexto, la modernización estatal se entiende básicamente como el conjunto de medidas encaminadas a *"la dolarización de la economía, la privatización de los activos públicos, la reducción de aranceles, el incremento de los impuestos indirectos, la reducción del sector público y la expansión de la maquila."* (ECA, 1966 p.275). Según lo propulsores de esta postura, en ella radica la solución a los múltiples y graves problemas sociales y económicos que enfrenta la sociedad guatemalteca. Por eso, no es extraño escuchar a diario en los medios de comunicación y en los más diversos foros, que es una "necesidad" privatizar instituciones como GUATEL, la EEGSA y el INDE, fundamentando la demanda en el argumento de que solo así se ampliarán las coberturas de teléfonos y de electricidad en el país y se mejorará la calidad del servicio.

Probablemente, por la importancia estratégica de estas instituciones para el desarrollo nacional y por lo cuantioso de los activos que se pretenden vender y/o concesionar al sector privado, la atención pública –e inclusive la de las instituciones académicas y de investigación– se ha concentrado casi completamente en estos procesos, dejando en la penumbra otras acciones contempladas dentro de la modernización del Estado que, dadas sus potenciales repercusiones sobre las condiciones de vida de la población, también ameritan un urgente examen. La que nos ocupa en esta oportunidad, es la reforma sectorial de salud es un proceso que se articula con la política neoliberal de reducir el ámbito de competencia del sector público, así como su tamaño. Tanto en Guatemala como en el resto de países de la región, este proceso ha sido fuertemente impulsado por los organismos financieros internacionales y las agencias de cooperación a través de los Ministerios de Salud y las Instituciones de Salud y Seguridad Social.

Este trabajo pretende mostrar cómo la reforma de Salud en Guatemala –y en Centro América– no es un hecho aislado o de carácter sectorial simplemente, sino forma parte de un proceso cuyos orígenes, dimensiones y alcances están estrechamente vinculados con los cambios que se están dando en la estructura económica, ideológica y política mundial.

Por ello, en el primer capítulo de este documento se identifican los rasgos generales del proceso de globalización y se exploran algunas ideas en torno a las múltiples formas en que el mismo influye en la salud. Seguidamente, se hace una caracterización del contexto económico, político y de salud a partir del cual se genera la propuesta de reforma sectorial impulsada por los organismos financieros internacionales para ser implantada en nuestros países y posteriormente, se describe el contenido de la misma.

En el siguiente capítulo, se procede a analizar aquellos aspectos de la propuesta de reforma sectorial que se considera pueden incidir negativamente en las condiciones de vida y la situación de salud de la población centroamericana. Después, se examina de manera general el grado de avance que ha tenido la implementación de la reforma en la región. Finalmente, se plantean algunas reflexiones en torno al tema cuyo propósito, más que sacar grandes conclusiones al respecto, es despertar la inquietud en el lector por profundizar en el estudio de esta temática y especialmente, de las experiencias concretas de reforma que está viviendo cada país de la región, y cada localidad al interior de los países en donde este proceso ya se encuentra en marcha.

Este documento constituye un primer producto de la investigación que la autora está realizando actualmente. De ahí que este trabajo sea una introducción general al tema de la reforma sectorial de salud y no un estudio de caso, aunque en su desarrollo se emplean continuamente los elementos de la realidad guatemalteca y centroamericana para ilustrar los planteamientos que se hacen. Serán próximas publicaciones las que tocarán específicamente y en profundidad, el caso de Guatemala.

Como todo trabajo publicado por el CEUR, éste se ha nutrido con los aportes generados por la discusión del documento en el seno del cuerpo técnico de investigación del centro. Pero además, se agradece especialmente la colaboración de Ricardo Valladares Cardona, quien aclaró y amplió la caracterización hecha inicialmente por la autora sobre la naturaleza del proceso de globalización. Así mismo, se reconocen sus comentarios y aportes en torno a los planteamientos vertidos en el resto del trabajo y que han contribuido a un mayor enriquecimiento del texto.

La Coordinación

PRÓLOGO

Uno de los componentes de la crisis de Salud Pública, según Frenk, es la "parálisis intelectual". Y tal parálisis es, sin lugar a dudas, un mal pandémico, explicable y en extremo inoportuno. **Pandémico** porque la crisis de salud pública no es un problema local de esta y otras cuantas sociedades. Por el contrario es, en gran medida, un fenómeno de alcance universal. **Explicable** por cuanto presenta el dilema de cambiar de horizonte a técnicos salubristas, apegados de un saber compatible con la estrategia de "Salud para Todos". **Inoportuno** porque la salud pública, como cualquier paciente en intensivo, merece el mayor esfuerzo de los cerebros más lúcidos del sector.

No cabe duda que, en última instancia, de los tres componentes de la crisis de que habla Frenk, el más relevante es el de "**las condiciones de salud de la sociedad**", porque su mejoramiento es el fin perseguido, lo demás son instrumentos para lograrlo. Puede decirse, con razón, que en la consecución de ese fin hay determinantes cuya generación está por fuera del sector salud. A pesar de ello, son innegables dos hechos. El primero es que a pesar de una hipotética mejora substancial de las condiciones generales de vida, las acciones específicas dentro del sector salud siempre serían necesarias. El segundo es que, entre las diversas facetas de la vida social, existen interacciones y, dentro de ellas la de salud con otras determinantes de la calidad de vida. Por ello, la "**esfera de intervención del Estado**" (otro elemento de la crisis) es y seguirá siendo insoslayable para preservar la salud de la población. Podemos entonces preguntarnos, ¿es posible una adecuada intervención del Estado sin cuadros profesionales preparados para enfrentar los problemas?, ¿es ello posible sin combatir la parálisis intelectual?

El trabajo de Karin Sowing es un esfuerzo serio por romper esa "parálisis intelectual". Y, en mi opinión, lo logra. Es obviamente, un primer paso -preliminar si se quiere-, pero ineludible. Nos ofrece algo que constituye un "estado de la cuestión" ordenado y esclarecedor, con argumentación crítica que responde a preguntas básicas para dar paso a una segunda generación de interrogantes. En eso reside lo valioso de este trabajo que hoy publica el CEUR.

El documento nos da una mejor idea, a quienes trabajamos el tema de salud, del significado de "globalización", que partiendo de elementos fundamentalmente económicos "*...conforman una compleja red planetaria*" que envuelve otros procesos no menos importantes en la cultura, en el marco normativo de acción política, el medio ambiente, etcétera. Todo ello, construyendo lo que se ha dado en llamar "el Nuevo Orden Mundial". Partiendo de este marco general, indispensable para entender el por qué de políticas específicas en campos como el de salud, entra a analizar situaciones y propuestas concretas, como la reforma del sector salud.

El análisis es obviamente crítico, evidencia sesgos y contradicciones de las argumentaciones neoliberales, pero evita planteamientos ideologizados y maniqueos. Más bien, trata de contraponer al "nuevo ideologismo" -como lo llamaría Guerra de Macedo-, argumentos sustentados en cifras y consideraciones cuyo transfondo es una filosofía humanista que se contrapone a la tendencia que ubica, en la práctica, al mercado, no como un medio, sino como la razón de ser del esfuerzo social.

El realismo no significa claudicación de aspiraciones. La globalización es una realidad inocultable cuyos contenidos son, en gran medida, espectros de acentuación de la

consuetudinaria dependencia. Pero no es sólo eso, es posible descubrir y aprovechar elementos que, más allá de la economía, abran paso a iniciativas de validez universal – éticamente hablado–.

Dentro de estas aspiraciones de validez universal una de las más importantes es la de la autonomía de los individuos y las comunidades. Esta autonomía es el pilar fundamental de la democracia participativa. Y al hablar de participación, estamos también recuperando el pilar fundamental de la propuesta de Alma Ata: "Salud para Todos en el año 2000". Si el discurso neoliberal de participación comunitaria es consecuente en esta propuesta los trabajadores de salud podremos decir_ *señores, les tomamos la palabra.*

Finalmente, el trabajo que prolongamos, estimula a la indagación. Induce a estudiar con mayor profundidad algunos temas como el económico que, a diferencia de otros temas sociales, ha estado en la periferia de la formación de salubristas. Induce también a sopesar, sin dogmas, los pros y contras de algunas medidas propuestas que incluyen los aranceles a usuarios de los servicios, seguros, la descentración, etcétera. Obliga a que sin pretexto alguno, se propongan formas de administración y gestión que garanticen el empleo eficiente de los recursos y el verdadero compromiso social de los trabajadores de salud. Por último, nos señala algunos pasos a seguir en la investigación empírica en los terrenos epidemiológico, operativo, antropológico, etcétera, que permitan diagnósticos serios del impacto de las políticas actuales y propuestas para el futuro.

José García Nova¹

¹ Docente Investigador, Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud –CICS– Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos.

I. GLOBALIZACIÓN Y SALUD

Si bien el cambio es inherente a la dinámica social, lo característico de este fin de milenio es la celeridad y la multiplicidad de las transformaciones que ocurren. Pocas personas pueden decir que previeron la sucesión de eventos que la humanidad ha vivido durante la última década: La desintegración del bloque socialista, anteriormente un polo contra-Hegemónico del capitalismo, y la penosa transición de estos países hacia la economía de mercado, eran una posibilidad inimaginable a principios de los años ochenta. La caída del Muro de Berlín y la debacle del socialismo en los países de Europa del Este no sólo puso fin a la guerra fría sino abrió también las puertas para la incursión de las corporaciones multinacionales en éstas economías, previamente centralizadas.

Por otra parte, se ha observado una profunda recomposición de las fuerzas económicas en el mundo, principiando por el retroceso en el liderazgo económico de los Estados Unidos de Norteamérica -claramente establecido desde la posguerra- y el surgimiento de megabloques comerciales -como el del sudeste asiático- y el económico-políticos, como es el de la Unión Europea. Así el país del norte ha tenido que replantearse el potencial del mercado hemisférico occidental, y trata de consolidar su posición por medio de estrategias políticas (tesis de estabilidad, solución negociable de enfrentamientos internos, instauración de democracias formales) y estrategias económicas: Plan Brady, Iniciativa de las Américas, Tratado de Libre Comercio de América del Norte e inclusive, los procesos de Ajuste Estructural (Montoya, 1996). Por estos medios que la Nueva Derecha² ha venido imponiendo su pensamiento económico y político en todas las naciones latinoamericanas.

Como puede apreciarse, existe una íntima vinculación entre los cambios económicos y políticos, de modo que la transformación no es sólo acelerada y multidimensional sino además, interdependiente. En efecto, existe otra dimensión no menos importante en este proceso de rápida transición: los desarrollos científicos y tecnológicos están siendo aplicados cada vez mas de forma ágil y directa a la producción y circulación de bienes y servicios, convirtiendo a la ciencia en una de las fuerzas productivas más revolucionarias. El desarrollo de la ingeniería molecular y genética -monopartículas, biotecnología- están creando materias primas orgánicas e inorgánicas substitutivas, cuyas propiedades han sido predeterminadas para coincidir con los requerimientos de calidad y costo de los procesos industriales.

Los avances en la generación de combustibles líquidos y gaseosos, el empleo de la energía nuclear, los medios de transporte con capacidad y agilidad incrementadas, la aplicación de la robótica a la automatización de los procesos productivos, la sofisticación de la comunicación satelar, la informática y la codificación electrónica de vídeo, voz y datos, han alterado cualquier noción previa de las categorías tiempo y espacio, siendo ahora factible la articulación en tiempo real de circuitos monetario-financieros a escala planetaria y la coordinación de procesos productivos ubicados en distintas -y distantes- regiones del mundo. De acuerdo con Watson, *"El capital está usando la ciencia y la tecnología como instrumentos estratégicos de la lucha de clases, para aumentar la explotación de la fuerza de trabajo"* (1990, p.27).

² El término Nueva Derecha se aplica aquí refiriéndose a los sectores de la derecha que, en los países desarrollados, adoptan a principios de los ochenta la doctrina económica neoliberal. Paralelamente, su ideario asume la defensa extrema de las instituciones fundamentales de la sociedad capitalista -la familia nuclear y la iglesia-, haciendo al estado -con su actitud paternalista- el responsable de la pérdida de vigencia de dichas instituciones, así como del deterioro de la "moral" y los "principios" que "deben" prevalecer en la sociedad.

Todos estos eventos forman parte de un cuadro que describe en sus manifestaciones, la naturaleza del proceso de globalización económica. Este término se refiere al patrón capitalista de desarrollo que principió a conformarse desde finales de la segunda guerra mundial y que en los últimos quince años ha adquirido gran celeridad. En éste, los circuitos productivos, comerciales, financieros y tecnológicos conforman una compleja red planetaria, en la cual, la producción y circulación de mercancías cada vez está menos asociada a un país en particular. La intensificación de la internacionalización del capital impacta por una parte en la reorganización de las fuerzas productivas y la especialización de la división internacional del trabajo; por otra, reduce la capacidad de los Estados nacionales para ajustarse a los requerimientos y efectos del proceso. El carácter global y la celeridad de los cambios reducen la efectividad de los patrones monetarios, cambiarios y crediticios. La internacionalización del capital también profundiza la integración transnacional de la producción industrial, pasando las industrias nacionales a constituirse en eslabones productivos de la industria global.

La manera en que operan las transnacionales exige mayor integración entre países, la que en estos momentos se está obteniendo a través del desarrollo de bloques comerciales y por medio de la disminución/eliminación de aranceles, la estandarización de procesos administrativos y de la legislación que sustenta la actividad económica y financiera de cada país. Además, los capitales que se invierten en estas compañías transnacionales provienen de múltiples fuentes, lo que hace más difícil definir su país de origen. Esto impone limitaciones a la capacidad de las naciones, tanto las desarrolladas como las subdesarrolladas, de aplicar por ejemplo, su legislación fiscal o laboral y proteger así, sus intereses particulares.

Este proceso se ha descrito como una *"creciente no coincidencia territorial entre un sistema económico internacional cada vez más interdependiente y el tradicional Estado-nación capitalista (o socialista)"*. También se cuestiona si *"el Estado-nación va a seguir siendo la estructura primaria del sistema económico internacional o si la expansión territorial de la actividad productiva va a requerir la expansión paralela de la coordinación de las funciones que tradicionalmente han desempeñado los Estados individuales"* (Murray, l citado en Piocciotto, 1991, p. 214). El proceso que está conduciendo hacia la unificación política, económica y monetaria de Europa y el Tratado de Libre Comercio en Norte América, son esfuerzos concretos que estas naciones están haciendo para tratar de mantenerse al día con los cambios en la estructura económica mundial y mantener así su condición de hegemonía. Conjuntamente con estos movimientos en la esfera económica y tecnológica, se producen otros procesos no menos importantes para comprender la dinámica social planetaria de finales del siglo XX: *"...se globalizan las pautas y expectativas de consumo, los campos culturales y, por sobre todo, se configura un consenso global sobre el marco normativo de la acción política: Los derechos humanos, la igualdad de género, la defensa del medio ambiente, la lucha contra la extrema pobreza y la democracia"* (Lechner, 1992 p.84).

La importancia de referirse aquí al tema de la globalización es precisamente que el proceso no aplica sólo a algunas naciones o bloques de naciones; es todo el sistema mundial del Estado-nación y que comprende países desarrollados y subdesarrollados, el que está sufriendo cambios profundos y con éste, los modos de vida de sus habitantes y los principios e ideas en que se fundamenta la actividad social. Sin embargo, es importante destacar que aún cuando una de las condiciones que este "Nuevo Orden" parece buscar es la

homogenización de los sistemas económicos, sociales y políticos entre las naciones, sin lugar a dudas, este proceso las impacta de manera distinta, dependiendo de su posición de hegemonía o subordinación dentro del sistema capitalista mundial. EN este sentido, la reestructuración del Estado en la región centroamericana, y específicamente en el sector salud, debe entenderse como parte intrínseca de un proceso global pero que tiene su expresión particular, producto del contexto histórico dentro del cual emergen los Estados centroamericanos y de como se da su desarrollo hasta la actualidad.

Es importante recordad que, aún cuando el proceso de globalización implica una serie de cambios, esto no significa que se está dando una sustitución del sistema capitalista por otro diferente; más bien, se trata de proveer condiciones adecuadas para un nuevo ciclo de acumulación en el cual, aparentemente la estructura y funciones que desempeña el Estado constituyen un obstáculo. Claramente, el proceso que se ha intentado caracterizar y las medidas que conlleva, surgen de los países líderes del sistema económico y político mundial –Estados Unidos, Alemania, Inglaterra– y que por medio de los organismos financieros y de cooperación internacional, han sido transferencias a nuestros países para su adopción, sin importar si las mismas son consecuentes con nuestra realidad. De allí que la lectura de este proceso desde la perspectiva de sus repercusiones sobre la situación del mundo subdesarrollado sea completamente diferente: cuando se habla de un “Nuevo Orden Mundial” no se habla de una ruptura radical con las condiciones que generan el subdesarrollo y la dependencia económica de nuestros países; se trata más bien, de implantar medidas y políticas de similar corte en lo económico, político y social que pretenden lograr la “homogeneización” de las estructuras internas de cada Estado-nación, con el objetivo ya enunciado de crear condiciones más favorables para las operaciones transnacionales y para el consumo masivo. Si bien todavía se requiere del Estado para seguir accedando la mano de obra, el territorio y sus recursos, se busca a la vez, debilitar su papel y minimizarlo para así ampliar los espacios de acumulación de capital para las transnacionales.

Pero, este esfuerzo “homogeneizante” y debilitador del Estado en las sociedades contemporáneas está generando ya sus propias contradicciones: por ejemplo, el Estado ha actuado como un mecanismo de cohesión y de coerción que ha permitido la relativa coexistencia de distintas naciones y grupos sociales dentro de un mismo territorio y la reproducción de las relaciones de dominación y poder. Al debilitarse esta estructura, se abren los espacios para que las tensiones latentes entre estos grupos salgan a flote, como ya se hace evidente en la exacerbación de conflictos étnicos y religiosos y en las tendencias separatistas que se han observado recientemente en algunos países como por ejemplo, la exrepública yugoslava o la limpieza étnica en Ruanda en 1995.

De la misma manera que los cambios en la estructura económica y política mundial están incidiendo sobre estos aspectos de la dinámica social, también lo hacen en el campo de la salud y sus repercusiones a este respecto son todavía poco analizadas en nuestro medio. Por ejemplo, los procesos migratorios internacionales están creando inmensos corredores transfronterizos, en donde poblaciones sumamente heterogéneas y en continuo movimiento –muchas veces incluso al margen de la legalidad– imponen nuevas demandas a sistemas de saluda que definen su competencia en base a parámetros geográficos, administrativos y políticos tradicionales. Una situación de esta naturaleza, y la falta de mecanismos transnacionales efectivos para enfrentar los problemas de salud, repercute de diversas maneras: Por ejemplo, aumentan las dificultades para realizar el monitoreo y vigilancia epidemiológica de la población, controlar brotes infecciosos, detectar nuevas

enfermedades y evitar su rápida diseminación por los territorios; así mismo, se presentan obstáculos administrativos y de definición de responsabilidades para la prestación de servicios curativos.

Quizá los más conocidos en nuestro medio son los efectos de la transnacionalización de la actividad económica sobre el medio ambiente natural: La explotación indiscriminada de los recursos naturales para satisfacer las demandas de consumo de los países desarrollados y de las élites de los países subdesarrollados, la contaminación de las fuentes de agua, de la tierra y del aire por sustancias radioactivas, químicas y biológicas. Estos no son problemas que se puedan combatir a escala nacional únicamente. Tampoco el hecho que nuestros países se están convirtiendo en basureros: Desechos radioactivos, llantas, carros, ropa, químicos, productos no reciclables, la transferencia de la actividad altamente contaminante que ya no es permitida en los países desarrollados. Poco se sabe en nuestro medio sobre los efectos que ésta situación está teniendo ya –y tendrá en el mediano y el largo plazo– sobre la salud de la población centroamericana.

Por supuesto, el medio ambiente social y económico local no se encuentra inmune a los efectos de la actividad económica globalizada. Sin embargo, es cuestionable si por ejemplo, la apertura de mercados y el incremento de la inversión extranjera han traído mejoras en las condiciones de vida y de trabajo del grueso de la población. Lo mismo se aplica a los cambios culturales y en los estilos de vida que se están generando en ciertos segmentos de nuestras poblaciones, y que constituyen un componente importante del impacto de la globalización sobre la salud. Las estrategias que se emplean para la creación de mercados masivos de consumo están propiciando la adopción de hábitos alimenticios, patrones de conducta, combustibles y aspiraciones sociales y económicas que vienen a impactar negativamente. Un ejemplo inmediato lo constituye la adopción de hábitos dietéticos predominantes en los países desarrollados.

El consumo de cigarrillos es otro; con la disminución del tabaquismo en los países desarrollados, las tabacaleras se han visto en la necesidad de crear y/o ampliar sus mercados en nuestros países, siendo los niños, los adolescentes y las mujeres el blanco principal de sus esfuerzos. En nuestras sociedades machistas y autoritarias, el hábito de fumar se promueve asociándolo con cualidades como la independencia y el individualismo y como un símbolo de la mujer liberada, asertiva y competente profesionalmente. El tabaquismo ilustra claramente el papel tan importante que juegan la comunicación masiva y la publicidad en la generación de estereotipos y "necesidades" de consumo, cuyos efectos negativos se observan en la salud física³ pero también en la salud mental: Enfermedades como la depresión, el *stress*, el alcoholismo, la drogadicción, la anorexia y la bulimia se hacen más comunes en la medida que el individuo y la población encuentran más difícil alcanzar o realizar sus aspiraciones de acuerdo a los estándares prefijados de lo que constituye el "éxito" material y social. El consumo de drogas, el comercio de órganos para trasplante y el uso indiscriminado e irracional de tecnología médica que acrecienta la dependencia del individuo al sistema de salud, son ejemplos de situaciones cuya solución sobrepasa la competencia y las capacidades de los Estados individuales. Más aún, detrás del énfasis que se hace en la actualidad en que el Estado asuma un papel regulador dentro del

³ Los efectos del tabaquismo sobre la salud física son múltiples y serios: El tabaco es el agente carcinogénico más potente, siendo la causa más importante para cáncer de pulmón y se le asocia también al desarrollo de otros cánceres: Boca, garganta, laringe, colon, páncreas, esófago, vejiga así como de enfermedad cardiovascular. Un tercio del total de muertes por cáncer que ocurren en los Estados Unidos de Norteamérica es atribuible al tabaco (Vessey y Gray, 1987).

sector salud, se esconde la necesidad de controlar en alguna medida el gasto que genera mantener un modelo de atención donde la disponibilidad de tecnología médica de punta se considera sinónimo de mejor calidad de atención.

Sin embargo, ésta es apenas una de las formas en que la globalización está afectando la manera en que se concibe y organiza la respuesta social para resolver los problemas de salud. La doctrina económica que sustenta este proceso –el neoliberalismo– demanda una profunda revisión del papel del Estado en la sociedad. Bajo el paradigma neoliberal, el Estado debe dejar que las “libres fuerzas del mercado” sean quienes regulen la acción social y redistribuyan la riqueza, pues éstas lo hacen de manera más eficiente. El sector público de servicios de salud no se ha abstraído de esta lógica. En años recientes, y contando con el apoyo del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo –BID–, los gobiernos de la región centroamericana están implementando un proceso de reforma del sector. Nadie puede poner en duda que es urgente lograr cambios profundos en la estructura y funciones que cumple el sector salud en nuestros países. Sin embargo, las preguntas que surgen de inmediato es si los cambios propuestos son viables en nuestro contexto y si los mismos redundarán en realidad, en un mejor estado de salud para la población.

Darle respuesta a estas preguntas es de vital importancia y un compromiso que los salubristas centroamericanos debemos asumir con urgencia. Este trabajo pretende contribuir a ello caracterizando primeramente lo que constituye la propuesta global de Reforma del Sector Salud impulsada por estos organismos internacionales así como la experiencia de su aplicación en Centro América a la fecha. A partir de esta panorámica general, se procede a hacer algunas reflexiones en torno al proceso. El propósito de este trabajo es comenzar a despertar el interés del lector por profundizar en el conocimiento de la reforma del sector salud, de los obstáculos que tiene que enfrentar para cumplir sus propósitos y estimularlo a reconocer la urgente necesidad que tenemos de desarrollar metodologías que permitan darle seguimiento y evaluar su impacto en la población.

II. LA PROPUESTA MUNDIAL DE REFORMA DEL SECTOR SALUD: GÉNESIS Y DESARROLLO

2.1. El Contexto Político y Económico Mundial

La propuesta que se examina en este documento es producto de una coyuntura política, económica, de una situación de salud y del sistema de atención que es propia de los países desarrollados pero que resulta completamente ajena a la realidad centroamericana y de Guatemala en particular. Por ello, para entender su naturaleza y por qué la misma se traslada a nuestros países para su aplicación, es necesario primero definir el contexto que propicia su surgimiento en los países desarrollados.

A principios de los ochenta, la recesión económica que experimentan las economías capitalistas altamente industrializadas se conjuga con el ascenso casi simultáneo al poder de la Nueva Derecha, representada por los gobiernos de Margaret Thatcher en Gran Bretaña (1979-1986) y Ronald Reagan en los Estados Unidos de Norteamérica (1980-1988). Estos marcan una nueva etapa en la manera en que se administrarán de allí en adelante las relaciones económicas occidentales para contrarrestar la recesión y la inflación, repercutieron severamente en los países subdesarrollados, desatando la crisis de la deuda externa y la caída casi simultánea de los precios de las materias primas en el mercado mundial⁴ (Tope, 1992). Paralelamente al endeudamiento masivo y la crisis económica generalizada, la década de los ochenta encuentra a Centro América inmersa en plena convulsión social y política, por el recrudecimiento de los conflictos armados en Guatemala, El Salvador y Nicaragua⁵.

⁴ Según Tope. "Las primeras semillas de lo que sería la crisis mundial de la deuda se sembraron después de la primera crisis del petróleo de 1973. A raíz del incremento en los precios, los países productores de petróleo se encontraron con enormes cantidades de ganancias las cuales fueron ubicadas como depósitos bancarios para después ser dadas en préstamo por medio de bancos comerciales. Esta situación bajó las tasas mundiales de interés. Muchos países subdesarrollados, particularmente los latinoamericanos, no ajustaron sus economías a los nuevos precios del petróleo, sino por el contrario, hicieron préstamos a lo que parecían en ese momento tasas favorables de interés, y sin que éste dinero se acompañara de acondicionamientos en términos de la aplicación de determinadas políticas. Sin embargo, durante los setentas aumentó la inestabilidad de las tasas de interés y de cambio y con ello, los inversionistas demandaron medidas que protegiesen sus inversiones contra la inestabilidad. Ni los países subdesarrollados, ni los propios bancos parecieron entender en ese momento las implicaciones de este cambio. Se creía que una deuda nacional debía ser obligadamente pagada. Además, los gobiernos latinoamericanos no anticiparon los desequilibrios financieros que habrían de causar posteriormente los gobiernos de países industrializados, en su afán de disminuir la inflación. Paralelamente la política económica de Reagan se basó en hacer recortes masivos en los impuestos, lo que significó que los Estados Unidos de Norteamérica se encontraba en 1984 con un severo déficit presupuestario: mientras los gastos del gobierno representaban el 24% del Producto Geográfico Bruto, sus ingresos únicamente representaron el 19 % del mismo. La necesidad de financiar el déficit del gobierno, entre otras cosas, obligó a los Estados Unidos a hacer uso de sus reservas externas. El banco mundial calculó que el déficit presupuestario de los Estados Unidos se incrementó en US\$ 162 mil millones, lo que representaba alrededor del 8 % de las reservas mundiales en 1979. Sin lugar a dudas, los movimientos financieros de estas dimensiones habrían de tener un efecto significativo en el incrementote las tasas de interés que las habría de mantener altas a lo largo de la década de los ochenta. De ahí el desastroso efecto de estas medidas en países como Guatemala, puesto que se elevó el costo del pago de la deuda y las tasas de interés se volvieron flexibles. La otra consecuencia importante de las políticas deflacionarias implementadas por los Estados Unidos, Inglaterra y otros países industrializados fue el colapso dramático de los precios de las materias primas en el mercado, así como la disminución de la demanda de éstos productos" (Tope, 1992 p. 5, traducido al español).

⁵ En el caso de Nicaragua, el conflicto bélico se refiere a la lucha de los "Contras" por derrocar el gobierno sandalista.

Para garantizar que se cumplan los compromisos derivados de la deuda acumulada, comienzan a emanar desde los organismos financieros internacionales una serie de medidas que, desde el punto de vista de la doctrina económica neoliberal y en base a la experiencia reciente de los países desarrollados, estaban encaminadas a lograr la estabilización de nuestras economías y a propiciar su posterior crecimiento. Debido a la reconocida severidad de estas medidas económicas -mejor conocidas como las "políticas de Ajuste Estructural"- su aplicación se acompañó en algunos casos de la implementación de programas cuyo propósito era compensar a los grupos sociales más afectados, invirtiendo en proyectos de educación, salud, saneamiento ambiental, etc. (Suárez, 1993). Con "compensadores sociales"⁶ o sin ellos, las repercusiones negativas de la aplicación del Programa de Ajuste Estructural sobre las condiciones de vida de la población fueron inmediatas. Por ejemplo, en Guatemala reporta que *"...entre 1985 y 1989, los precios se incrementaron en promedio en 17.5% anual y solo en 1990, el Índice de Precios al Consumidor reportó una tasa de inflación arriba del 60% (...) por otro lado, el salario mínimo no se incrementó y el comportamiento del salario real mostró una reducción de casi el 50% entre 1985 y 1990, afectando las condiciones de vida de los trabajadores asalariados e incrementando en consecuencia, la población que vive en la extrema pobreza"* (Ortiz, 1993 p.73).

El impacto del Ajuste se sintió también directamente en el sector salud. Por ejemplo, en Guatemala, entre 1980 y 1985, disminuyó el gasto público en salud, como porcentaje del Producto Interno Bruto⁷. En 1988, aún cuando había mostrado una leve recuperación (1.1%), todavía no había alcanzado siquiera los niveles que tenía a principios de la década. En los noventa, a pesar de la eficacia de las políticas de Ajuste Estructural para lograr la recuperación de los indicadores macroeconómicos, el gasto público en salud no se incrementó, tal como lo muestran las cifras reportadas para 1990 (1.2%) y 1993 (1.1%) (Suárez, 1993; Banco de Guatemala, 1993). A nivel de Centro América, el comportamiento del gasto público en salud sigue un patrón similar, mostrando una marcada reducción en los noventa (cuadro 1).

⁶ Para la financiación y operativización de los llamados "Programas de Compensación Social" se han creado los Fondos de Inversión Social -FIS- o Fondos Sociales de Emergencia. A través de ellos, se pretendía canalizar los recursos del Estado para el desarrollo comunitario y agilizar con ello la ejecución de los programas y proyectos destinados a paliar la situación de la población más afectada por las medidas de ajuste. Sin embargo, la implementación de dichos Fondos -y por consiguiente de los programas de "compensación social"- no se ha dado siquiera de manera paralela con la aplicación de las medidas del Ajuste Estructural. En Guatemala por ejemplo, el FIS, concebido durante el gobierno de la Democracia Cristiana, no entra en funcionamiento sino hasta en 1990, cuando asume el gobierno Jorge Serrano Elías (Garst, 1993).

⁷ A los requerimientos en cuanto a la reducción del gasto público en salud que se dan como parte de la implementación del Programa de Ajuste Estructural, se aúna otra situación que muestra ser crucial para la disponibilidad de fondos para el sector: El incremento en la asignación presupuestaria del Ministerio de la Defensa para la lucha contrainsurgente, que se hace en parte a costas de reducir el presupuesto de los otros Ministerios del Estado. Por ejemplo, en Guatemala se reporta que en 1980 le correspondió al Ministerio de Salud el 9.6% del total del presupuesto del Estado para ese año y al de la Defensa el 9.1%. Para el siguiente año se había invertido ya la relación, correspondiéndole al Ministerio de la Defensa el 8.9% del total y al de Salud el 8.2%. En 1982, el presupuesto de la Defensa había ascendido a 13.0% del total y el de Salud había descendido a 7.3%. EN 1983 se reporta el 16.8% del presupuesto para la Defensa y 7.8% para salud. EN 1984 la Defensa obtiene el 18.1% del total y Salud 8.2%, tendencia que se mantiene durante 1985. En 1986, el presupuesto para Defensa disminuye a 12.3% del total pero no se reporta el porcentaje asignado a salud (Banco de Guatemala, 1980-1989).

CUADRO 1
CENTRO AMÉRICA: GASTO DEL GOBIERNO CENTRAL EN SALUD; MINISTERIOS
DE SALUD, COMO PORCIÓN DEL PIB
(en %)

País	1970	1975	1980	1985	1990	Tasa Crecimiento 1970/80	Tasa Crecimiento 1980/90
BELICE	n.d.	n.d.	n.d.	2.9	2.1	n.d.	n.d.
COSTA RICA	0.5	0.9	1.6	0.5	0.8	12.7	6.5
EL SALVADOR	1.3	1.0	1.5	1.1	0.8	1.4	6.9
GUATEMALA	0.9	0.8	1.1	1.0	1.2	1.5	0.6
HONDURAS	1.6	2.1	1.8	1.9	2.4	1.5	2.8
NICARAGUA	0.5	1.2	3.1	6.0	2.8	21.1	1.4
PANAMÁ	1.8	1.8	1.8	1.8	1.9	0.0	0.5
TOTAL SUBREGIÓN (promedio ponderado)	1.1	1.2	1.6	1.4	1.4	3.6	1.1

Fuente: Suárez, R. "Las repercusiones de la crisis económica y de los Programas de Ajuste sobre el sector salud en Centro América: Desafíos para los noventa" Serie informes, No. OPS, Washington, 1993.

Irónicamente, las políticas de Ajuste Estructural se comienzan a implementar en Guatemala a la par de uno de los procesos más importantes de su historia reciente: el inicio de la democratización del país, después de más de 30 años de regímenes militares, golpes de estado y guerra. En la población se había generado una enorme esperanza de cambio y expectativas de que, con el arribo de la democracia llegaba también una época de cambio, un futuro en donde las mejoras en la calidad de vida de la población constituirían una prioridad en la agenda de gobierno. Sin embargo, el desencanto surgió rápidamente cuando se comenzó a sentir el impacto de las políticas de Ajuste; la democracia, en lugar de venir acompañada de equidad y bienestar para la población, ha servido únicamente como instrumento para legitimar la implementación de medidas económicas y sociales que han representado el empobrecimiento para la mayoría de centroamericanos durante los últimos quince años.

Cabe destacar sin embargo que, si bien la situación que se genera con las políticas de Ajuste Estructural es sumamente seria, ha habido una tendencia a "culpar" a estas políticas de todos los males que sufrimos en Centro América, olvidando por momentos que nuestros problemas económicos, políticos, sociales y los de salud específicamente, son de carácter estructural y anteceden en mucho, dicha coyuntura. En Guatemala al menos, hablamos de un sector salud que *nunca* ha sido capaz de satisfacer las necesidades de atención de su población; hablamos también de un Estado que nunca ha desempeñado a cabalidad su papel de intermediario en la redistribución de la riqueza social. Y, es precisamente al aplicar las políticas de Ajuste a esta estructura social obsoleta, a este mítico "Estado de Bienestar", que se consigue el agravamiento de las desigualdades sociales y el deterioro de las ya de por sí inadecuadas condiciones de vida de la población.

Ahora, si bien el Ajuste Estructural vino a reforzar negativamente la grave situación social preexistente, desde un punto de vista económico, su implementación en la región se

ve forzada por la exigencia de incorporar a nuestros países al mercado global. Desde un punto de vista ideológico, el desaprovechamiento de que son objeto las instituciones del Estado como resultado de estas medidas se plasma en el marcado deterioro de la capacidad y calidad de respuesta de los servicios; Con ello, se va creando una atmósfera que justifica la "necesidad" de minimizar la participación del Estado en la sociedad, proponiendo al mercado como la única solución posible para esta situación y con ello, la mercantilización de bienes y servicios que, como la salud, eran considerados hasta hace poco, derechos inalienables -aunque no satisfechos- de la población (Laurell, 1994a).

Este es el escenario económico y político donde se comienzan a gestar los planteamientos de reforma sectorial a principios de los ochenta, y que tienen como característica sobresaliente el marcado liderazgo de los organismos financieros internacionales en el proceso. Con la recesión económica en su apogeo en el mundo desarrollado, la Nueva Derecha ahora en el poder, comienza a cuestionar fuertemente el papel del Estado de Bienestar en esos países. A su entender, el intervencionismo del Estado es el responsable de la crisis; al crecer a un ritmo mayor que el de la economía que lo sustenta, el Estado demanda recursos incesantemente, los que hay que obtener a través del endeudamiento o de la impresión de dinero. Ello crea inflación, nuevos impuestos, desincentiva de la producción y el consumo, generando a su vez, más desempleo, el descenso de los estándares de vida de la población y una mayor demanda de beneficios sociales, creando un círculo vicioso difícil de romper (Le Grand y Robinson, 1984; Dunleavy y O'Leary, 1987).

2.2. La Nueva Derecha y su Cuestionamiento a los Sistemas de Salud en los Países Desarrollados

En lo que se refiere al sector de la salud específicamente, a la Nueva Derecha le preocupa el continuo incremento en la proporción del Producto Interno Bruto (PIB) que se destina para el gasto público en este rubro. Como se observa en el siguiente cuadro, el gasto en salud, como porcentaje del PIB en las llamadas "economías establecidas de mercado", ascendió en 1990 a 8.7% en promedio, en un rango que va desde 5.5% para Grecia hasta 12.7% en los Estados Unidos de Norteamérica (Banco Mundial, 1993), como se observa en el cuadro 2.

Paralelamente al nivel del gasto, se cuestiona también la equidad del sistema de salud que tan onerosamente sostiene el Estado en estos países; la relación entre gasto en salud - como porcentaje del PIB- y estado de salud de la población no es necesariamente de orden lineal. Por ejemplo, quien más gasta en salud en el mundo -los Estados Unidos de Norteamérica- tiene también uno de los sistemas menos equitativos y más ineficientes: 37 millones de norteamericanos no tienen ningún seguro médico (Brannigan, 1995), su tasa de mortalidad infantil es la más alta (9 x 1,000 nacidos vivos) del mundo desarrollado (Banco Mundial, 1993) y los costos de administración de su sistema de salud son altísimos -18% del gasto- en comparación con los de otros países -3-5%- (Laurell, 1994a).

CUADRO 2
PAÍSES CON ECONOMÍAS ESTABLECIDAS DE MERCADO (EEM)
GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PRODUCTO
DOMÉSTICO BRUTO 1990

PAÍS EEM	GASTO PER CÁPITA EN SALUD US DÓLARES	GASTO TOTAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PDB
Portugal	383	7.0
Grecia	358	5.5
Irlanda	876	7.1
Nueva Zelanda	925	7.2
España	831	6.6
Reino Unido	1,039	6.1
Australia	1,331	7.7
Italia	1,426	7.5
Países Bajos	1,500	7.9
Bélgica	1,449	7.5
Austria	1,711	8.3
Francia	1,869	8.9
Canadá	1,945	7.1
Estados Unidos	2,763	12.7
Alemania	1,511	8.0
Dinamarca	1,588	6.3
Finlandia	2,046	7.4
Noruega	1,835	7.4
Suecia	2,343	8.8
Japón	1,538	6.5
Suiza	2,520	7.5
PROMEDIO EEM	1,860	9.2
PROMEDIO PAÍSES EN DESARROLLO	41	4.7
PROMEDIO MUNDIAL PONDERADO	323	8.0

Fuente: World Development Report "Investing in Health". Banco Mundial, 1993

Otro aspecto cuestionado por la Nueva Derecha en relación al desempeño del Estado como prestador de servicios de salud, es la ineficiencia del sistema que, aunada al continuo crecimiento en la demanda de atención (provocada por el envejecimiento de la población, los cambios en el perfil epidemiológico y la constante introducción de nueva tecnología médica) han producido el alza incesante de los costos. Esto ha repercutido directamente en la capacidad financiera del Estado en los países desarrollados para mantener el ritmo de gasto que se requiere para mantener este modelo de atención y para satisfacer las necesidades y las demandas en salud de la población.

La manera en que se ha enfrentado esta situación en el mundo desarrollado difiere de país a país, y su estudio no es el objeto de este trabajo. Sin embargo, puede decirse que algunos de los elementos que influyen en la concepción de las propuestas específicas de reforma que se están aplicando en estos países dependen de: 1) El grado de consolidación del Estado de Bienestar⁸ cuando se plantea la crisis económica e ideológica a principios de los ochenta; 2) la capacidad de respuesta organizada de la sociedad para demandar al Estado el cumplimiento de sus obligaciones para con los ciudadanos; 3) el costo político que representa la reducción del gasto en salud para los partidos en el gobierno; 4) la forma de organización del sistema de salud; 5) su estructura de financiación y 6) la importancia previa del subsector privado en el sistema. Estos criterios no son completamente aplicables en nuestros países puesto que en ellos -por la modalidad de desarrollo capitalista dependiente que está vigente- ni siquiera se ha logrado construir un Estado de Bienestar. Sin embargo, la enseñanza fundamental que se deriva de conocer los argumentos que orientan sus procesos de reforma es que, de esta forma de interpretar el problema económico y de la salud en el mundo desarrollado, devienen las propuestas de reducción del tamaño del Estado y del gasto público, la contención de los costos de atención en salud y la ampliación de la participación del sector privado en la prestación de los servicios, que se habrán de trasladar a nuestros países a finales de los ochenta.

2.3. La Experiencia Chilena de Reforma en Salud

Otro proceso que habría de alimentar lo que más adelante se concebiría como la propuesta de reforma del sector salud, es lo acontecido en Chile. Cuando en 1973 el General Augusto Pinochet derroca el gobierno de Salvador Allende, se comienzan a adoptar una serie de políticas orientadas al establecimiento de una economía de mercado, con la consiguiente reducción en las funciones del Estado en la prestación de servicios de salud. Sin embargo, Chile es un país con una larga tradición en pública que data de mediados del siglo XIX y que alcanzó su mayor expresión entre 1960 y 1970, cuando se logran mejoras notables en los indicadores de salud y se integran las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud existentes dentro de un solo sistema.

"El énfasis del trabajo en el Sistema Nacional de Salud era la salud materno-infantil debido a las altas tasas de mortalidad materna e infantil existentes. Las actividades comenzaron en clínicas ambulatorias, siguiendo una estrategia de atención primaria que gradualmente cubrió el territorio. Se organizaron servicios de atención del embarazo y la fertilidad y se incrementó rápidamente la atención profesional del parto con la expansión de hospitales de maternidad en ciudades medianas y pequeñas y con comadronas con entrenamiento universitario. Simultáneamente, los niños comenzaron a recibir control rutinario de su crecimiento desde temprana edad, con inmunizaciones y nutrición complementaria. Las coberturas se incrementaron dramáticamente a finales de los sesenta. En esta expansión jugó un papel importante en el Banco Interamericano de Desarrollo, a través de préstamos para inversión en atención primaria de salud y saneamiento básico a nivel regional" (Jiménez, 1993 p.7).

⁸ Por "Estado de Bienestar" me estoy refiriendo a un Estado que asume plenamente su papel de mediador en la redistribución de la riqueza entre las clases y estratos sociales que conforman la sociedad. Esta acción redistributiva se lleva a cabo fundamentalmente a través de la existencia y ejecución de la denominada "política social" en donde el Estado garantiza los ciudadanos el acceso a los satisfactores más fundamentales para la sobrevivencia: vivienda, alimentación, además de a otros servicios importantes para la reproducción del sistema social: educación, salud, seguridad social.

La exitosa experiencia del sistema de salud chileno, principalmente el hecho de que su cobertura alcanzaba el 85% de la población, hizo difícil que la política neoliberal de Pinochet se instaurara de inmediato en el sector. A ella se opusieron también inicialmente el gremio médico y algunos sectores del ejército (Jiménez, 1993). Sin embargo, a mediados de los setenta se da un importante viraje en este respecto; el Sistema Nacional de Salud se había burocratizado y se había descuidado la calidad del trato al usuario. Esta situación fue aprovechada para descalificar totalmente al Estado como prestador de servicios: *"La calidad y accesibilidad de los servicios eran los temas del debate público, que abrieron la oportunidad a las posturas ideológicas contrarias a la intervención estatal"* (Jiménez, 1993 p.11).

Es así como en 1979 se pone en marcha la reforma del sistema nacional de salud en Chile, que comienza con la descentralización de los servicios; se desmembra el Sistema Nacional de Salud, formándose los servicios regionales a los que se les da autonomía para ejecutar sus funciones pero no el control sobre el financiamiento de aspectos claves para el desarrollo de los servicios tales como el presupuesto de inversión y para recursos humanos, que continúan siendo controlados centralmente. Entre 1981 y 1987 se procedió también a transferir la administración de los puestos de atención primaria a las municipalidades. Previamente, entre 1975 y 1979, se crea el Fondo Nacional de la Salud -FONASA-. Este se convertiría posteriormente en un instrumento clave de la reforma, pues en él recaería la administración de los recursos del Estado y de los aportes de los trabajadores que se habrían de canalizar hacia los proveedores privados de servicios. Estos están representados por los Institutos de Salud Previsional⁹ -ISAPRES- o sistemas privados de seguro que enfocan su actividad fundamentalmente hacia la población trabajadora con capacidad de pago.

Después de 10 años de haberse puesto en marcha, la reforma chilena enfrenta un sinnúmero de problemas que los gobiernos democráticos post-Pinochet están tratando de resolver. El principal quizá, es la inequidad que ha generado la existencia de un sistema donde los recursos los han capitalizado los ISAPRES, y se ha dejado al sector público con la responsabilidad de atender a la población con mayor riesgo de enfermar -los pobres, los ancianos y los enfermos crónicos-. Frente a esta situación, está el hecho de que el gasto público en salud se ha visto notablemente disminuido. Según Tetelboin (1992), en 1987 éste se había reducido a 2.6% del Producto Geográfico Bruto, cuando en los setenta representaba el 3.4%. Como consecuencia de esta situación, los servicios públicos de salud carecen ahora de los recursos necesarios para cumplir su responsabilidad con aquellos quienes no tienen acceso real a los ISAPRES.

La descentralización de los servicios tampoco ha tenido el éxito esperado, principalmente porque los servicios regionales de salud no se les ha permitido generar una verdadera capacidad de decisión ni tampoco han tenido control sobre los recursos. Igualmente ha sucedido con la municipalización de los servicios de atención primaria. Si bien fue planteada con el propósito de fortalecer la descentralización, lo que propició es

⁹ Tetelboin define las ISAPRES como: *"...sistemas de administración de fondos de salud que contratan servicios de alta capacidad tecnológica (...) en estas empresas de seguro privado los cotizantes eligen y se inscriben "libremente" entregando a una de estas nuevas instituciones su cotización legal por medio de un contrato privado diferente según el monto de la cotización. Por las características lucrativas que inspiran su acción, son de naturaleza fundamentalmente curativa, ocasionalmente preventivo y nulo en promoción y fomento de la salud... (las ISAPRES) establecen criterios de selección altamente restrictivos, el establecimiento de limitaciones por sobreexistencia de la enfermedad o el llamado "sistema de carencias", período durante el cual no obstante estar cubiertos, hay beneficios que no se otorgan y los costos son asumidos por el paciente"* (1992, '162).

que se perdiera la integración y coordinación de las acciones en salud que caracterizaba al sistema previamente. Además, en el contexto político del Chile de Pinochet, ello significó que el desarrollo y funcionamiento de los servicios quedara sujeto a la discreción de los alcaldes designados directamente por el gobierno militar, hecho que contribuyó aún más a debilitar el desarrollo de acciones primarias de salud (Tetelboin, 1992; Jiménez, 1993).

A pesar de la inequidad evidente del sistema y los problemas generados con la implantación de la reforma, que es un hecho reconocido ahora inclusive por el mismo Banco Mundial (1993)¹⁰, la experiencia chilena se ha constituido en el prototipo para el continente, y ha tenido un peso importante en la elaboración de los planteamientos que habrían de hacer posteriormente tanto esta institución como la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y la Oficina Panamericana de la Salud (OPS). Igualmente importantes como experiencias de referencia, han sido los intentos de establecer una priorización "socialmente aceptable" de la asignación de los recursos disponibles para la salud, cuyo ejemplo sobresaliente es el "experimento de Oregon"¹¹ (en marcha también desde principios de los ochenta) y las reformas hechas al Sistema Nacional de Salud de Gran Bretaña, donde se ha experimentado con la creación de un "cuasi-mercado"¹² y promoviendo la competencia regulada entre las distintas instituciones que conforman el sistema de salud (Le Grand y Robinson, 1984).

Con la crisis de la deuda externa y la marcada corrupción de los gobiernos de turno, se debilita la capacidad del mundo subdesarrollado para negociar con los organismos internacionales y se imponen condiciones a nuestros países para la obtención de nuevos

¹⁰ Op cit p. 162, cuadro 7.2

¹¹ El "Experimento e Oregon" es la estrategia de planificación aplicada en el Estado de Oregon, Estados Unidos de Norteamérica durante la década de los ochenta cuyo propósito principal era establecer un mecanismo para priorizar la distribución de los recursos disponibles para salud. Este "experimento" da inicio en 1982, en la forma de un amplio proceso de consulta con los ciudadanos del Estado, que rescató la importancia que da la comunidad a su participación en la toma de decisiones en torno a la racionalización de los servicios, la contención de los costos de atención y la distribución de los limitados recursos disponibles para la salud. A partir de este hallazgo, se desarrolla un ambicioso proyecto de definición de prioridades en donde se conjugan el criterio de la comunidad con la evaluación del costo - efectividad de las intervenciones médicas y del beneficio neto que representó la intervención evaluada para el paciente. Con esta información se preparó una lista de servicios, los que posteriormente fueron categorizados en base a otra serie de parámetros. El producto final de este proceso sirvió de base para definir la línea de división entre los servicios a ser financiados y los que no. Para una lectura en detalle del "Experimento de Oregon" se recomienda la lectura de Brannigan, M.: "Oregon's Experiment" en: Seedhouse, D. (ed.) "Reforming Health Care", Wiley, 1995.

¹² Este término se refiere a la introducción de un mecanismo para estimular la competencia dentro de un sistema cerrado como lo es todavía el sistema nacional de salud inglés. La competencia al interior del sistema se da separando los papeles de prestadores de servicios de salud (hospitales, servicios comunitarios) de los compradores de los servicios (las jefaturas de distrito). En este modelo, los hospitales -ahora administrados por patronatos- están obligados a generar ingresos suficientes para mantener su balance financiero así como producirán 6% adicional sobre el capital utilizado. Para ello, pueden aceptar pacientes privados, subcontratar servicios clínicos y no clínicos pero fundamentalmente, deben atraer a los principales compradores de servicios: 1) Los distritos de salud, quienes tienen la responsabilidad de dar cobertura a la población que reside en Suárez de influencia, y 2) los médicos generales, quienes brindan atención médica de primera línea a la población. Los proveedores de servicios estarían en competencia por los contratos de los compradores, lo que los obliga a ser más eficientes, reduciendo sus precios y obligando a las instituciones a prestar más atención a lo que los compradores e los servicios consideran que necesitan sus pacientes. De esta manera, los distritos de salud y los médicos generales estarían en capacidad de traducir dichas necesidades en especificaciones de servicios concretos que se requieren y así, incluirlos en los términos de referencia de los contratos. El propósito final es maximizar la cantidad de servicios de salud que se puede comprar con los recursos disponibles (Wedderburn, 1995).

créditos. Uno de ellos fue precisamente, la implementación de las políticas económicas de los Programas de Ajuste Estructural; otro es la adopción de medidas de política social, en este caso, orientadas específicamente a "resolver" los problemas propios del sector salud. A ésta situación se aúna el hecho de que para principios de los ochenta, el Banco Mundial se había constituido en una importante fuente de financiamiento del sector, prestando más de 100 millones de dólares anuales para proyectos de salud (Frenk, 1987). Esto le otorga una posición sin igual para influir abiertamente en la definición de la política sectorial en nuestros países, lo cual comienza a suceder a finales de la década de los ochenta.

2.4. El contenido técnico de la propuesta de Reforma Sectorial del Banco Mundial

En 1987, el Banco Mundial presenta su primera versión de lo que sería la nueva política mundial de salud, que consta de cuatro puntos fundamentales:

1) Cobro de Aranceles a los Usuarios de los Servicios de Salud

"Establecimiento de aranceles en las instalaciones del gobierno, especialmente para medicinas y atención curativa. Ello incrementará los recursos al alcance del sector gubernamental de la salud, permitirá gastar más en programas cuyo actual financiamiento es insuficiente, estimulará el aumento de la calidad y la eficiencia y ampliará el acceso para las personas con menos recursos. Empleo de tarifas diferenciales para proteger a los pobres, quienes deben ser los beneficiarios principales de la ampliación de los recursos y el mejoramiento de la eficiencia en el sector gubernamental."

2) Provisión de Seguro u Otra Protección Frente a Riesgos

"Estímulo a los programas bien diseñados de seguro de salud para ayudar a movilizar recursos hacia el sector de la salud, protegiendo simultáneamente a las familias contra pérdidas financieras considerables. Es posible un nivel modesto de recuperación de costos sin seguro; pero a largo plazo, el seguro es necesario para aliviar el presupuesto gubernamental de los elevados costos de la atención curativa; los gobiernos no pueden elevar los aranceles hospitalarios a un nivel cercano a los costos de la atención hasta que se encuentre ampliamente disponible un esquema de seguro."

3) Empleo Eficiente de los Recursos No Gubernamentales

"Estímulo al sector no gubernamental (incluyendo los grupos sin fines de lucro, los médicos privados, los farmacéuticos y otros practicantes de actividades relacionadas con la salud) para que provea servicios por los cuales los consumidores están dispuestos a pagar. Esto permitirá que el gobierno concentre sus recursos en los programas que benefician a toda la comunidad más bien que a determinadas personas".

4) Descentralización de los Servicios de Salud Gubernamentales

"Descentralización de la planificación, presupuestación y adquisiciones para los servicios de salud gubernamentales, particularmente aquellos que rinden beneficios privados por los cuales se les cobra a los usuarios. Al determinar las políticas y programas nacionales, empleo de los incentivos de mercado donde sea posible a fin de motivar al personal a asignar mejor los recursos. Permitir que la cobranza de los ingresos y la posesión de éstos se encuentre lo más cerca posible del punto de provisión de los servicios, porque

esto mejorará tanto la cobranza de los aranceles como la eficiencia del servicio” (Banco Mundial, 1987 p. 699-704).

A principios de los noventa, la Agenda de Reforma de Salud comienza a tomar un lugar central en el portafolio de negociaciones del Banco Mundial con el mundo subdesarrollado. EN 1993, el Informe Anual del Desarrollo Mundial, fue dedicado específicamente a este tema; el documento “Invirtiendo en Salud” es un detallado recuento de la receta a implementar, siendo el eje de la misma el desarrollo de un mercado de servicios de salud, que se propone como la estrategia que permitirá superar la ineficiencia y baja cobertura de los servicios de salud en nuestros países. El planeamiento técnico que se hace en dicho documento se sustenta además, en el análisis de la carga económica y social que representan la enfermedad y la discapacidad a nivel mundial y de las debilidades históricas de los sistemas de salud de nuestros países. La propuesta se nutre también por la experiencia de 8 años de aplicación de las políticas de Ajuste, lo que ha repercutido en alguna medida en una ligera moderación de los planteamientos iniciales, principalmente en lo que se refiere a la contribución del sector público al gasto en salud. Básicamente, el reporte planea cual “debería” ser el papel del Estado y el del mercado en este respecto, y propone cuatro grandes áreas de intervención de la política pública:

“1) Desarrollar un ambiente económico que permita a los grupos familiares mejorar su propia salud. Ello implica políticas para favorecer el crecimiento económico de los pobres así como ampliar la educación, principalmente para las niñas.

2) Reorientar el gasto público hacia acciones de bajo costo y alta efectividad tales como la inmunización, programas para combatir las deficiencias de micronutrientes, el control y tratamiento de enfermedades infecciosas, programas para reducir el consumo de tabaco y alcohol, información y regulación que permita la mejora del ambiente del hogar.

3) Adoptar los paquetes básicos de servicios clínicos que, como mínimo, deberían incluir cinco grupos de intervenciones: a) atención relacionada con el embarazo; b) planificación familiar; c) control de la tuberculosis; d) control de enfermedades de transmisión sexual; e) atención a las enfermedades más importantes de la niñez (diarreas, enfermedad respiratoria, sarampión, malaria y desnutrición aguda); f) debería considerarse también la inclusión en el paquete del tratamiento de infecciones menores y trauma así como el alivio del dolor.

4) Estimular una mayor diversidad y competencia en la provisión de servicios de salud por medio de la descentralización, la competencia, el involucramiento del sector no gubernamental y otras organizaciones privadas la regulación de los mercados de seguros de salud” (Banco Mundial, 1993)¹³. A partir de esto se infiere que todo servicio y/o acción que quede fuera de estas áreas de intervención, se procurará por medio del mecanismo del mercado.

A nivel latinoamericano, el planteamiento del Banco Mundial ha sido retomado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL– y la Oficina Panamericana de la Salud –OPS–. En la propuesta conjunta de dichos organismos, se enfatiza el hecho de que

¹³ Si bien en este trabajo se reconstruyen los rasgos generales de la coyuntura económica, política e ideológica que sustenta el planteamiento de Reforma Sectorial del Banco Mundial, para conocer en detalle el enfoque que sustenta a las mismas, se recomienda la revisión del Documento: “Invirtiendo en Salud”, Informe de Desarrollo Mundial 1993.

el crecimiento económico no puede alcanzarse plenamente sino se busca a la vez una mayor equidad social. El énfasis que se hace en relación a la equidad, tiene como importante precedente la experiencia económica latinoamericana de los años sesenta cuando, si bien se dio un aceptable crecimiento económico, éste no se tradujo en mejores condiciones de vida para la mayoría de la población de la región; en esta ocasión, pareciera ser que la intención del planteamiento de la CEPAL-OPS es “no cometer el mismo error del pasado” cuando nuestros países se lancen a la competencia en el mercado global. A pesar de ello, en la propuesta cepalina no deja de vislumbrarse el hecho de que la salud se concibe como más que nada, como un instrumento del desarrollo económico, el ser humano como acerbo de capital y al sector de la salud como productor de bienes y servicios con valor económico y por tanto, objeto del mercado. En sus propias palabras, la propuesta de “Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe” se puede sintetizar de la siguiente manera:

“El eje central de la propuesta de la CEPAL es la elevación de la productividad tanto para adquirir competitividad internacional como para contribuir a una mayor equidad social(...) en el marco de un enfoque sistémico, los sectores sociales -y en particular el sector salud- adquieren una importancia que aún no se ha valorado adecuadamente como factor de formación, mantenimiento y perfeccionamiento del capital humano. Así mismo, en su calidad de oferente de una extensa gama de bienes y servicios, el sector salud constituye una fuente importante de dinamización de la economía en su conjunto. (...) Desde la perspectiva de la OPS, es urgente enfatizar el relevante papel que juega la salud en el logro del desarrollo humano sostenido, dado que permite la calidad del capital humano y fomenta el bienestar social, condiciones esenciales para materializar plenamente el potencial creativo y productivo de la población” (CEPAL-OPS, 1994, p.3).

De esta lectura se deduce que en la actualidad, la búsqueda de la equidad, la salud y el acceso a servicios para las mayorías se justifica en la medida que con ello se facilita la gobernabilidad de los Estados, se beneficia la consolidación de la economía global, sea esto al abrir nuevos espacios para la acumulación de capital (producción de bienes y servicios para el mercado) o a nivel de establecer condiciones sociales mínimas para la actividad económica y la inversión (procesos de paz, alivio de las tensiones sociales). El principio de que la salud y el acceso a servicios son derechos inalienables de cada ser humano -y por ende un fin en si mismos- queda solamente en el trasfondo de los planteamientos; parece ser un recuerdo, un mito que se desvanece rápidamente de la memoria...

Es así como en la propuesta cepalina se destacan los siguientes componentes de intervención:

- 1) La acción intersectorial y multisectorial en el ámbito de la salud.*
- 2) El diseño e implementación de una canasta básica de atenciones de salud.*
- 3) La focalización de programas y acciones de salud.*
- 4) La reforma del sector salud, que comprende el cambio institucional a nivel cultural y la descentralización; la participación social en materia de salud y el reconocimiento de la creciente diversidad de agentes y roles en cuanto a financiamiento, regulación, gestión y provisión de servicios de salud; el desarrollo de la capacidad de monitorear los perfiles de*

problemas prioritarios de salud en diferentes sectores sociales y el impacto de las intervenciones sobre las inequidades en cuanto a la salud.

5) La inversión en recuperación y ampliación de la capacidad instalada del sistema de salud y de la infraestructura sanitaria básica" (CEPAL-OPS, 1994 p. 53).

La caracterización que se ha hecho hasta el momento, permite tener una panorámica general sobre los orígenes y el contenido de la propuesta mundial de reforma sectorial. Se procederá ahora al análisis del planteamiento, en términos de su contenido técnico, político, ideológico y económico y de la congruencia del mismo con la situación que impera en la región centroamericana, tomando elementos de la experiencia guatemalteca como ejemplo.

III. ASPECTOS DE LA REFORMA SECTORIAL QUE PUEDEN INCIDIR NEGATIVAMENTE EN LAS CONDICIONES DE VIDA Y LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN EN CENTRO AMÉRICA

La lectura de las macro-políticas de que constan la propuesta de reforma del Banco Mundial y la cepalina, deja en el lector la impresión de que las mismas están realmente encaminadas a resolver los problemas que atraviesa el sector salud "típico" de un país subdesarrollado. En efecto, negar que existe la necesidad de *"desarrollar un ambiente económico que permita a los grupos familiares mejorar su propia salud"* o que hay que *"reorientar el gasto público en salud"* (Banco Mundial, 1993) sería absurdo. También el hecho de que es necesaria la *"acción intersectorial y multisectorial en el ámbito de la salud"* o que hay que llevar a cabo un profundo proceso de transformación del sector que comprenda *"el cambio institucional, la participación social en materia de salud, etc."* como lo sostiene la propuesta cepalina. Aparentemente, Estos organismos tienen cierta claridad en cuanto a *qué* hay que hacer. Lo que despierta la duda en realidad, es *CÓMO* se propone implementar dichas políticas. Además, está el hecho que detrás del planteamiento técnico, existen una serie de elementos ideológicos, económicos y de interpretación del problema de la salud, que llevan a cuestionar precisamente su validez como *la opción* adecuada para resolver los problemas que aquejan a nuestras sociedades. A continuación, se examinan los elementos que se consideran con un mayor potencial de afectar negativamente las condiciones de vida y el desarrollo de la salud de la población de la región.

3.1. Su Definición Restrictiva de la Salud Pública y del Papel de los Servicios Estatales como Instrumento de Redistribución de la Riqueza Social

La formulación de las macro-políticas de salud propuestas a partir de 1987 por el Banco Mundial descansa sobre cuatro premisas que sintetizan la visión de esta institución sobre la salud y el papel del Estado en la prestación de servicios: La primera es que **los recursos públicos para la salud son, por definición, limitados e insuficientes para satisfacer las demandas de la población.** Para ellos, la solución del problema no está en incrementar los recursos para la salud sino en maniobrar dentro de la escasez "natural" del sector. La segunda premisa es que: **Existen beneficios públicos y privados de salud.** Los beneficios privados son aquellos que son captados totalmente por la persona que recibe directamente el servicio de salud, tal es el caso de la atención curativa. Los beneficios públicos son los que se reparten por igual entre toda la comunidad. Por lo tanto, **los individuos deben costearse aquellos servicios que les devengan beneficios privados (atención curativa) mientras que el Estado debe responsabilizarse por aquellos que proveen beneficios a la colectividad (acciones de prevención)** (Frenk, 1987). Es por la Vía del cobro de los servicios que el Banco Mundial propone que el individuo asuma de nuevo su responsabilidad por el cuidado de su propia salud, la que a su parecer, le había sido "quitada" por el Estado. A la vez, éste último se libera de la carga de prestar servicios, quedando así supuestamente en disponibilidad de asignar más recursos a las acciones preventivas.

Finalmente, el Banco Mundial sostiene que, **al proporcionar atención curativa, el Estado ha estado sufragando los gastos de atención de los ricos en detrimento de la salud de los pobres**¹⁴. Según este argumento, los principales beneficiarios de la atención

¹⁴ Según Banco Mundial, *"Este planeamiento (la Agenda para la Reforma), al relevar al gobierno de la carga de expender fondos a fin de costear atención de salud para los ricos, liberaría recursos y de esta forma podría gastarse más con destino a los pobres... las categorías de "ricos" y "pobres" deben definirse en cada país y dependerán de la estructura de ingresos y los objetivos sociales del país"* (1987, p.696). En 1993, expone

curativa que se brinda en los hospitales del sector público son un grupo de “privilegiados” entre la población, una élite localizada en los centros urbanos, con capacidad de pago y que conoce el sistema y se sirve de él a costas de la desatención de la población rural, que es la que se considera como la única verdaderamente pobre.

Vistas desde la perspectiva económica, social y de salud de los países subdesarrollados, una propuesta de reforma sectorial que parte de premisas como estas, despierta muchos cuestionamientos: Para comenzar, se asume sin cuestionar que los recursos públicos para la salud serán siempre insuficientes para satisfacer las necesidades de la población. Con ello se admite que la salud no constituye en realidad una meta genuina del desarrollo económico en las sociedades modernas, ni es tampoco un derecho humano universal, en donde el Estado, en su papel de mediador entre grupos sociales antagónicos, desempeña una función fundamental para lograr su satisfacción. Quiere decir que la salud se concibe netamente como un instrumento del desarrollo económico y es en la medida que ésta coadyuve a su consecución, que se justifica una inversión de recursos públicos, los cuales además, deben ser priorizados hacia aquellos sectores de la población en los que reeditarán en un incremento de la productividad económica y/o en una baja en los costos de la atención.

Existen además, varias situaciones que, de ser corregidas, ampliarían la disponibilidad de recursos públicos para este sector: Una de ellas es la regresividad de la estructura fiscal y la inoperancia del sistema tributario. En Guatemala por ejemplo, quienes sostienen las arcas públicas con sus impuestos son los sectores de la población con ingresos medianos y bajos; además, la defraudación al fisco por parte de empresarios y comerciantes es parte “natural” del sistema (Martínez, 1994). A ello se aúna la falta de capacidad del sector privado para generar empleo y pagar salarios que permitan la reproducción adecuada de la fuerza de trabajo y su contribución al sistema de seguridad social. La propia incapacidad e ineficiencia del sector salud es un importante contribuyente de los problemas; aún contando con recursos insuficientes en términos absolutos, el Estado no logra ejecutar siquiera lo que tiene disponible o bien, lo desperdicia. En Guatemala, sólo se logra ejecutar aproximadamente el 60% de los recursos que le asignan anualmente al Ministerio de Salud. Se ha estimado además, que a nivel Latinoamericano, los problemas administrativos de los sistemas de salud provocan el desperdicio del 33% de los recursos disponibles, lo que suma un total de 10 mil millones de dólares al año (Garcés et. al, 1989).

Por otra parte, como ya fue planteado previamente, una considerable porción del presupuesto del Estado se destina para el pago de la deuda externa y para el sector de la defensa. Esta no es una tendencia que se haya limitado al período más agudo de la guerra y de la crisis económica en Guatemala; por ejemplo, en 1993, el 23.5% del gasto total se asignó para el pago de los compromisos de la deuda y otro 7.9% al Ministerio de la Defensa; mientras tanto, salud solo obtuvo el 6.6% del presupuesto de este año (Banco de Guatemala, 1993). No hay duda de que, si se incidiera sobre los aspectos arriba mencionados y se reorientaran estos dos rubros de gasto –pago de deuda y el presupuesto de Defensa–, se liberaría una considerable cantidad de recursos que podrían ser canalizados al sector salud. De ahí que la escasez, más que un problema de carencia absoluta de recursos, sea producto de un fenómeno político e ideológico, vinculado a los fines de los organismos financieros internacionales pero también, a los intereses propios de los grupos locales de poder de la región.

nuevamente que *“El gasto público en salud es desproporcionado y está dirigido a las personas afluentes, en la forma de atención gratuita o de bajo costo en sofisticados hospitales públicos del tercer nivel y en la forma de subsidios a los sistemas públicos y privados de seguros”* (1993, p.4).

Las premisas relacionadas con la existencia de bienes públicos y privados en salud son también sumamente cuestionables, tal como argumenta por ejemplo, Frenk: *"...Existe otra ecuación incorrecta en el documento (del Banco Mundial)... Esta es la que supone que los servicios curativos solo producen beneficios privados, es decir, beneficios al consumidor directo del servicio y no a la sociedad en su conjunto. EN la base de este supuesto se encuentra una definición muy estrecha de "bienes públicos"(...) ¿Pero, podemos suponer, por ejemplo, que la atención curativa a una madre o a un trabajador productivo reditúa beneficios solamente a esa persona y no al resto de la sociedad?(...) Lo cierto es que, excluyendo unos cuantos servicios cosméticos o triviales, la gran mayoría de la atención a la salud genera externalidades positivas (...) Esta propuesta, que los autores presentan como una alternativa innovadora, nos remite en realidad, a una antigua y artificial separación de responsabilidades que ya ha sido superada en casi todo el mundo..."* (1987, p.720-21).

Finalmente, el Banco Mundial sostiene que los Estados de nuestros países, al proporcionar servicios curativos a la población, han sufragado los costos de atención de los "ricos" en detrimento de la salud de los pobres (cuarte premisa). A este respecto hay varios aspectos que merece la pena mencionar: Si bien es cierto que el modelo de atención que predomina es uno que privilegia a la curación sobre la prevención, el mismo no es producto original del mundo subdesarrollado; como muchas otras instituciones, este modelo -y el tipo de práctica a la que sirve- se han desarrollado en otras latitudes y adoptado en nuestros países, muchas veces con importante apoyo de las instancias que ahora critican su presencia. Más aún, nuestros países constituyen importantes mercados para la tecnología médica generada en los países desarrollados y han sido los Estados precisamente, como principales prestadores de servicios, quienes han sido también los principales compradores de la misma, para beneficio de la industria de tecnología en aquellos países.

Por otra parte, si bien el "perfil epidemiológico" que predomina en una sociedad subdesarrollada -incapaz de satisfacer las necesidades básicas de su población- se caracteriza por una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y de desnutrición, mientras que en el patrón de enfermedad y muerte presente en los países desarrollados predominan las enfermedades crónicas y degenerativas, los accidentes y las enfermedades mentales, esto quiere decir automáticamente que los pobres únicamente requieran de servicios preventivos y que los servicios curativos sean para los ricos. EN países como los nuestros, el patrón de desarrollo económico y de urbanización no se asemeja al experimentado hace más de cien años por los países desarrollados. Nuestro patrón de desarrollo -capitalista dependiente- ha conducido a la existencia de un perfil epidemiológico de tipo mixto, en donde los pobres se ven afectados más frecuentemente por ambos grupos de enfermedades (Harpham et al., 1988); ello que implica por consiguiente, que éstos tienen una mayor necesidad de servicios tanto preventivos como curativos.

Más aún, en países donde históricamente los pobres constituyen más de la mitad de la población, es difícil entender como los servicios curativos proporcionados por el Estado han favorecido a los "ricos". Probablemente el Banco Mundial se refiere con este término a los supervivientes de la clase media que, empobrecidos por la crisis económica, se ven ahora en la necesidad de utilizar los servicios públicos de salud. EN todo caso, es inconcebible sugerir que las acciones de prevención son las únicas que necesitan los pobres, siendo éstos quienes están más propensos a enfermarse y a buscar asistencia tardíamente. Enfatizar la prevención como estrategia para el desarrollo de la salud en nuestros países es acertado,

pero nunca a costa de la necesidad que tienen poblaciones tan enfermas como las centroamericanas de acceder a atención curativa de calidad y que sea geográfica, económica y culturalmente aceptable.

3.2. Es una Propuesta Transnacional Impuesta a Nuestros Países como Condición para Obtener Financiamiento Internacional

La propuesta de Reforma Sectorial de salud ha sido comparada con un "recetario de cocina" que contiene una única receta y la misma ha sido introducida en nuestros países siguiendo más o menos el mismo esquema: Primero: Una fase diagnóstica (de la situación de salud y del sector) con amplia participación de salubristas y consultores nacionales en el proceso (financiada por el/los organismos internacionales involucrados, en respuesta a una "petición" de asistencia técnica por parte de los Ministerios de Salud). Segundo: Una fase propositiva, en donde nuevamente, son grupos de consultores locales y personal de las instituciones públicas los que elaboran las propuestas, encaminadas fundamentalmente a cuatro áreas de intervención: Reorganización administrativa y funcional de las instituciones públicas del sector; desarrollo de nuevos modelos de atención de los problemas de salud; descentralización administrativa, funcional y financiera de los servicios; participación del sector privado en la atención de la salud de la población. Tercero: Generalmente, las propuestas hechas por los nacionales son aceptadas si las mismas están calcadas conforme al patrón de la propuesta mundial de reforma sectorial.

Las fases descritas cumplen una función muy particular en todo el proceso: la de darle el planteamiento una apariencia de "producto nacional", a partir de un estudio detallado de la situación local y con el aporte de recurso humano conocedor de las necesidades y problemas particulares del país. Sin embargo, en la práctica, lo que se materializa son documentos y planes "nacionales" de reforma, que se asemejan enormemente al planteamiento del Banco Mundial. Un reporte de consultoría -al evaluar los avances del proceso en la región- confirma esta situación al comentar que *"...el análisis del contenido de los paquetes de reforma muestra una considerable repetición; se encontró poca evidencia de agendas específicas para cada país, particularmente en las áreas de financiamiento de la salud, descentralización, administración y desarrollo de sistemas"* (Sandiford y Martínez, 1994 p.24, traducción al español).

Pero, esta situación no se debe a "falta de imaginación" o de capacidad técnica; el factor determinante de esta evidente falta de originalidad de las propuestas es que las mismas no son una iniciativa local; **la reforma sectorial de salud forma parte de un paquete de condiciones impuestas a nuestros países** y que los mismos se ven obligados a adoptar para: 1) Poder renegociar el pago de la deuda externa y los intereses en mora con los acreedores (Banco Mundial, Club de París, etc.) y, 2) tener acceso a nuevos préstamos y donaciones, los cuales irónicamente, se emplean muchas veces para solventar los compromisos financieros adquiridos con anterioridad con estos mismos organismos y para financiar los programas del gobierno de turno. El caso de Guatemala es ilustrativo de esta situación: EN 1992, el gobierno de Jorge Serrano Elías establece una serie de acuerdos con los organismos internacionales que le dan acceso a un total de US\$265.8 millones, pero donde una de las condiciones para hacer los desembolsos es precisamente, la implementación de la reforma sectorial de salud:

"El acuerdo (con el Fondo Monetario Internacional) de acceso a la disponibilidad de US\$75.8 millones, en caso de afrontar problemas con la balanza de pagos; abrió las puertas

para que el Banco Mundial aprobara un día después la concreción de un préstamo de US\$120 millones para la implementación del Programa de Gobierno para la Modernización Económica y Social del país y otro US\$20 millones para el FIS (Fondo de Inversión Social); también permitió el desembolso de US\$50 millones de una donación que AID había aprobado en 1991 pero mantenía congelada debido a la falta de acuerdo con el FMI; facilita la calificación de Guatemala para participar en el programa de reducción de hasta un 89% de la deuda bilateral contratada con Estados Unidos (US\$320 millones)... La suscripción del acuerdo con el FMI también era colocada como prerrequisito por el Club de París para renegociar el pago de la deuda que a fines de 1992 acumulaba una mora de US\$37 millones"... (AVANCSO, 1993 citado en Verdugo, 1995 p.61). "...Entre las condiciones del préstamo del Banco Mundial estaba el compromiso del gobierno de avanzar en el proceso de implementación de las reformas del sector salud" (Verdugo, 1995 p.61. Pero, el acondicionamiento al que se ven sometidos los países Centroamericanos para llevar a cabo la reforma en salud no es solamente de orden económico; es también ideológico. En efecto, la **Reforma Sectorial es un proceso con apellido neoliberal** bien definido, que no admite cuestionamiento en cuanto a su idoneidad como modelo global, como se examina a continuación.

3.3. La Reforma Sectorial de Salud y la Formación de un "Nuevo Orden Mundial"

Como ya fue planteado con anterioridad, con el desmoronamiento del socialismo y la hegemonía del capitalismo a nivel mundial, se comienza a dar una lucha por la primacía entre los países dominantes, que ha resultado en la formación de bloque económicos y en la proclamación de un "Nuevo Orden Planetario", cuyo sostén ideológico es el neoliberalismo. Para sus postulantes, el capitalismo es el estado donde el ser humano ha alcanzado la cúspide del desarrollo económico y de la libertad. Con el fin de la Guerra Fría, acabó todo cuestionamiento; para ellos, nos encontramos ante *"el fin de la historia y de las ideologías"* (Fukuyama citado en Serrano, 1994 p. 186). La modernidad queda atrás, y deja paso a un nuevo sistema de vida y un nuevo orden económico: La sociedad de consumo y el capitalismo transnacional, en el cual todos los países e individuos somos piezas del engranaje, consumidores para el mercado. Es así como la conformación de una Aldea Global, de un Nuevo Orden, demanda eliminar toda posibilidad de que los Estados planteen un modelo independiente de desarrollo (y de salud), como se intentara por ejemplo, hacer en Guatemala hace 50 años, con la Revolución de 1994.

"...El proceso de estandarización planetaria no sólo fija las reglas de las economías nacionales subordinadas como nunca antes a los centros hegemónicos y las tendencias dominantes de las relaciones económicas internacionales, sino que incide también en las organizaciones sociales, políticas y culturales de carácter nacional y en la propia definición de la política con la que se inauguró la modernidad" (Serrano, 1994 p.174).

Los organismos financieros internacionales desempeñan un papel fundamental en este proceso globalizante, cuando asumen funciones que eran competencia de los Estados, tal como era, hasta hace poco, la definición de la política de salud. Es esta tecnoburocracia internacional quien ahora determina abiertamente el rumbo a seguir con nuestras economías, nuestras instituciones, e incluso, con nuestra situación de salud, pasando abiertamente por sobre el principio de soberanía y jurisdicción del Estado sobre el territorio, transformando con ello el orden capitalista vigente hasta hace poco. Por ello, para nuestros países, el establecimiento de este "Nuevo Orden Mundial" no significa en absoluto el fin de la situación de dependencia y subordinación en la que hemos vivido

inmersos desde los tiempos de la colonia; por el contrario, todo indica que se está dando un agravamiento de esta situación¹⁵. Ello explica porque cualquier propuesta "nacional" de reforma sectorial que no contemple el desarrollo del mercado de servicios de salud y la reducción del papel del Estado como estrategias claves del proceso, está descalificada *a priori*; esta es la esencia de la doctrina neoliberal no importa que los Estados de países subdesarrollados como Guatemala sean de por sí pequeños y que deban mucho de su ineficiencia y falta de capacidad resolutive precisamente a ello.

"El Estado de Guatemala es uno de los más pequeños de América, sino el más chico. De 1988 a 1992 el tamaño promedio de su presupuesto fue del 11.6% del Producto Interno Bruto. Entre 1992 y 1994, osciló entre el 10.6% y el 7.8% del PIB. EN 1995 fue el 9.8% del PIB, lo que significa que se obtienen 0.089 centavos para pagar la burocracia pública (...) Si se toma en cuenta el tamaño del Estado en su relación de empleados públicos respecto a la población total, apenas si alcanza el 1.5 por cada 100 personas (...) Con un Estado de este tamaño no es posible atender a la población en materia de salud, educación y seguridad social" (Melendreras, 1996 p.6).

Desafortunadamente, en las discusiones sobre el desarrollo económico y social de nuestros países, este tipo de consideraciones se encuentran fuera de lugar, aún cuando para las naciones europeas, la existencias de un Estado soberano y fuerte fue determinante para que alcanzaran el nivel de desarrollo del que gozan todavía en la actualidad. EN los nuestros, el Estado ha podido tener un papel semejante pues, si bien se han adoptado los principios jurídicos y políticos que definen al Estado Moderno surgido en Europa hace doscientos años, su desarrollo se ha dado en un contexto de dependencia y subordinación económica y política que no ha permitido (ni requerido) que éste cumpla adecuadamente las funciones que le han sido establecidas (Slowing, 1995). Ello explica por ejemplo, el fracaso del Estado guatemalteco en brindar a la mayoría de sus ciudadanos siquiera un nivel mínimo de condiciones materiales de vida; en términos de la salud, nunca ha logrado una cobertura total de la población: se estima que actualmente, únicamente un 50% de la misma goza de alguna forma de atención en salud¹⁶.

Finalmente, algo más se esconde detrás de la imposición del modelo neoliberal de reforma sectorial de salud y que representa un potencial problema en países con altos niveles de pobreza como Guatemala. Aparte del elemento netamente ideológico, en la imposición desde afuera de la propuesta de reforma ha influido en alguna medida el despilfarro y la corrupción que acompañaron el endeudamiento de los Estados durante las

¹⁵ Ello no quiere decir que antes de los ochenta los organismos internacionales no hayan tenido injerencia alguna en la definición de la política interna de nuestros países: por ejemplo, la Estrategia de Atención Primaria de Salud es una política que ha sido impulsada fuertemente por la organización Mundial de la Salud (y la Oficina Sanitaria Panamericana en Latinoamérica). Esta estrategia ha recibido también enorme apoyo por parte de organismos no gubernamentales, agencias gubernamentales de desarrollo y también de los propios bancos. Sin embargo, a diferencia de lo que sucede en la actualidad, estos organismos no dirigieron el proceso a nivel local; esto fue responsabilidad de cada país. Tampoco hubo acondicionamientos económicos ni políticos para su implementación. Ello se procuró por medio del consenso y el compromiso consciente de los Estados sobre su importancia para alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000", tal como fuera acordado en la Conferencia Mundial de Salud de Alma Ata, Rusia en 1978.

¹⁶ El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene una cobertura aproximada del 25-30% de la población; el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social cubre un 14% y el subsector privado entre el 10-15% (OPS, 1991). Sin embargo, es sabido que existen "traslapes" de cobertura entre los diversos subsectores por lo que la cobertura real de atención, podría ser menor: alrededor del 40%.

décadas de los setenta y ochenta¹⁷. Sin embargo, ésta no parece ser tampoco la razón principal; según autores como Laurell (1994), lo fundamental es que, en la era de los mercados, el sector salud tiene el potencial de constituirse en fuente para la acumulación capitalista y de allí deviene el principal interés por "rescatarlo" de las manos del Estado...

3.4. Transforma de Salud en un Bien de Mercado y al Sector en Espacio para la Acumulación de Capital

"...existen razones que rebasan el mundo de las ideas para reincorporar la salud al reino del mercado. La principal es que representa hoy una actividad económica de gran y creciente importancia. Así, la participación de los servicios médicos en el Producto Interno Bruto (PIB) va del 3% al 13% según el país. Muy pocas de las otras actividades económicas llegan a tener un peso semejante. Esto se puede ejemplificar en el caso de México, donde los servicios médicos corresponden a un escaso 3% del PIB. Aún así su participación en el PIB es semejante a la de la industria petrolera, la más importante del país. De esta manera, la otra cara del argumento de que la salud es demasiado costosa para correr a cargo del erario público, es que una actividad que involucra tanto dinero no debe quedar en manos del sector público sino que debe pasar a ser manejada con fines de lucro por el sector privado" (Laurell, 1994^a p.3).

¿Existe acaso evidencia de que en Centro América –y en Guatemala– el sector salud se puede constituir también en un importante centro de acumulación capitalista? En efecto, en Centro América, el gasto nacional en salud representa en promedio, el 5.4% del PIB de la región. Costa Rica es quien asigna el mayor porcentaje (9.2%). Seguido de Panamá (8.7%), Honduras (5.8%), El Salvador, Nicaragua y Belice (5.0%); en último lugar se encuentra Guatemala, con apenas el 3.3% del PIB correspondiendo a salud (Suárez et al., 1994). Además, con excepción de El Salvador, el gasto público todavía constituye un importante porcentaje del gasto total en cada país, como se observa en el cuadro 3.

CUADRO 3
COMPOSICIÓN DEL GASTO NACIONAL EN SALUD EN LA REGIÓN
CENTROAMERICANA, SEGÚN SECTORES (1990)

PAÍS	GASTO PÚBLICO	GASTO PRIVADO	TOTAL
BELICE	53%	47%	100%
GUATEMALA	52%	48%	100%
EL SALVADOR	26%	74%	100%
HONDURAS	52%	48%	100%
NICARAGUA	74%	26%	100%
COSTA RICA	76%	24%	100%
PANAMÁ	63%	37%	100%

Fuente: Suárez et al., "Gasto Nacional y Financiamiento del Sector en América Latina y el Caribe: Desafíos de los Noventa" Serie Informes Técnicos 30, OPS.1994.

En Guatemala, el gasto público en salud representó en 1993 un total de Q.583.1 millones (Banco de Guatemala, 1993). Esto equivale aproximadamente a US\$97 millones (calculado a una tasa de cambio del 6x1), lo que es sin duda, una cifra lo suficientemente

¹⁷ Es el sentir de consultores internacionales que es un hecho positivo el que estos organismos estén en posición de presionar a los gobiernos para que los recursos prestados se usen para los fines para los que se gestionaron (fuente: comunicaciones personales).

atractiva como para estimular el interés del sector privado por “participar más activamente” en la prestación de servicios de salud, principalmente en esta época en que los cambios en el orden económico mundial y la recesión han repercutido fuertemente en los sectores productivos tradicionales. Ahora bien, a diferencia de otros sectores, donde la modernización neoliberal del Estado propugna claramente por la venta de los activos, en el sector salud, las reformas se encaminan más bien hacia la creación de un mercado de servicios. Es de notar que en 4 de los 7 países de la región, el gasto privado¹⁸ representa cerca del 50% del gasto nacional de salud, lo que lo hace ya, un componente importante del financiamiento del sector. Sin embargo, con estas cifras no se descubre quien es, quien hasta ahora ha podido hacérselo: Estimados hechos para Guatemala sugieren que el 10% de la población de mayores ingresos es responsable del 44% del gasto privado en salud, mientras que el 50% más pobre gasta únicamente el 13% (Finkelman et al., 1996).

La inequidad en la que se desenvuelve el sector de la salud guatemalteco se hace evidente nuevamente en estas cifras; de igual manera el hecho de que la mayor parte de la población no tiene capacidad de pago, por lo que su demanda no podría hacerse efectiva dentro de un sistema de mercado. Sin embargo, existe otro segmento de la población -los “sobrevivientes de la clase media” (término bajo el cual se está incluyendo una enorme diversidad de actores económicos: profesionales liberales, pequeños comerciales, asalariados del sector público y privado, trabajadores por cuenta propia)- y el sector informal que, sin poder ser considerados como “ricos”, si cuentan con alguna capacidad de pago, con la que actualmente contribuyen de manera importante al financiamiento de los servicios públicos de salud, a través de sus impuestos¹⁹ y/o de la cotización obligatoria a la seguridad social. Este segmento de la población si tiene posibilidades de ser introducido al mercado y uno de los objetivos de la propuesta de reforma del Banco Mundial es precisamente “habilitar” a estos potenciales consumidores para garantizar que puedan hacer efectiva su demanda de atención médica en el subsector privado de salud.

Esto se está logrando a través de la creación de sistemas de prepago (que pueden ser financiados también con fondos públicos, como parte de la política de subsidiaridad del Estado) o seguros privados de salud y con el desmantelamiento paralelo del sistema público de seguridad social (Verdugo, 1995). De esta manera, y como la experiencia Chilena lo demuestra, a la vez que se da preeminencia a la producción privada de servicios como la opción para resolver la baja cobertura de atención del sector público, las compañías aseguradoras y las corporaciones médicas adquieren control sobre enormes sumas de capital, transformando al sector en parte importante para el proceso de acumulación. *“El establecimiento de formas de prepago da origen a fondos financieros cuantiosos. Por ello, la administración y control de éstos se convierte en otro negocio, potencialmente más cuantioso que la prestación del servicio. Esto explica la incursión del capital financiero, bajo la forma de compañías aseguradoras, en el sector salud (...). Pero todavía más importante es que los fondos financieros les permiten adquirir control sobre partes importantes de la economía”* (Laurell, 1994, p.6).

¹⁸ El gasto privado se refiere a la proporción del gasto en salud que es cubierta directa (del bolsillo, al momento de recibir el servicio) o indirectamente (seguridad social, seguro privado, esquemas de prepago) por el presupuesto familiar (Suárez et al., 1994).

¹⁹ En 1993, el 74.95% de la carga tributaria del país correspondía a impuestos indirectos; estos son aquellos que son pagados por toda persona al comprar cualquier artículo (Martínez, 1994).

De manera similar a lo ocurrido en Chile, el Estado guatemalteco quedaría nuevamente desprovisto de recursos, pero con la responsabilidad de atender, aunque sea en mínima forma, a esa población que definitivamente se quedará fuera del mercado y que en nuestros países, dados los niveles de pobreza existentes, implica la exclusión de la mayoría de la población del acceso al sector privado de servicios de salud. Es esta "imperfección" de la realidad centroamericana –y guatemalteca en particular– la que hace que la propuesta de reforma no contemple una transferencia total de la prestación de atención médica a este sector; a cambio, se implementan los denominados "paquetes básicos de servicios", que serán provistos a aquellos que logren pasar el tamizaje institucional y demostrar su situación de absoluta pobreza.

Con medidas de este tipo, podría esperarse una reducción del acceso a los servicios precisamente para aquellos segmentos de la población en donde la misma necesita incrementarse. Irónicamente, la estrategia en países como los nuestros, donde la pobreza es generalizada y las coberturas de atención son limitadas, debería ser la opuesta: la universalización del acceso, lo que no descarta que se concentren esfuerzos adicionales en aquellos que son los menos favorecidos por el patrón de desarrollo socio-económico vigente en la región: Las mujeres, los niños y los ancianos. Dentro de esta lógica de atender a aquellos que se quedan fuera del mercado, la educación de la niña y la mujer se convierte en una estrategia importante para el el sector salud. Como la mujer siempre ha fungido como la proveedora más importante de cuidados para su grupo familiar y la comunidad, al estar educada, sigue desempeñando esta función, pero más efectivamente. Además, se ha establecido que, la educación de la mujer juega un papel importante en la reducción de los índices de mortalidad infantil y en el control de la natalidad (Caldwell, 1986; Banco Mundial, 1993). Educarla representa entonces, una estrategia de bajo costo y de alta efectividad que se paso, exime al Estado y a los sectores más favorecidos de la sociedad, de su responsabilidad para con la salud de la población.

Este comentario no debe entenderse como una oposición al justo derecho que tiene la niña y la mujer centroamericana de educarse. Más bien, lo que se objeta es que este genuino derecho –y la lucha reivindicativa que han librado miles de mujeres por alcanzar la igualdad de derechos con los hombres– sea instrumentalizada. Pareciera ser que la razón que ahora si justifica invertir en la educación de la mujer no es simplemente su condición de ser humano, sino el que se haya demostrado su enorme efectividad en el cuidado de la salud y su desempeño como actora económica.

Finalmente, llamo la atención hacia otro elemento fundamental para el éxito del mercado: La creación de los consumidores. Esto tiene su aspecto material –que se logra creando mecanismos para hacer efectiva la demanda, como se discutió previamente con los seguros de salud– pero también su aspecto psicológico: El individuo debe sentir que la compra de servicios no es "mala"; sino que es *la opción* que él escoge y que es "socialmente aceptable"; lo mejor para él. E este sentido, la reducción del espectro de cobertura de atención médica y los programas de recuperación de costos que ya están en funcionamiento en los centros de atención del sector público, cumplen una función importante, aún cuando se preserve el acceso a una "canasta básica": Se va imprimiendo en la población la idea de que el acceso a los servicios no es un derecho de todo ciudadano de este país, sin importar su posición social, económica, étnica o política; la idea es que la salud es simplemente, un servicio más que provee el mercado y como tal, su calidad, cantidad, y accesibilidad están sujetas a la capacidad adquisitiva, no importa si lo hace en el sector estatal o en el privado.

Por lo tanto, aunque sea un pago moderado el que se requiera hacer en el sector público, con éste, el individuo se va incorporando a la lógica del consumo de salud; comienza a considerarlo como parte “natural” de su vida. La relevancia de este aspecto psicológico del proceso puede que no se vea de forma tan clara en el caso de los pobres, dadas sus condiciones materiales de vida, pero para las capas medias sí lo es, y esto es uno de los aspectos más alienantes del proceso de globalización económica: Que en países agobiados por la pobreza, se le vaya formando a la población como un ente consumidor-no importa si son servicios de salud, electricidad, aguas gaseosas, vehículos o drogas-. Lo que importa es que adquiera ese carácter, esa inclinación al consumo pues es ésta la que garantiza a finales del siglo XX, la sostenibilidad del sistema económico mundial.

En esta sección, se han examinado algunos elementos explícitos y/o implícitos en la Propuesta Mundial de Reforma Sectorial que se considera vendrán a incidir negativamente en las condiciones de vida y en el estado de salud de la población centroamericana. Estos son: 1) Su enfoque restrictivo de lo que es la salud pública; 2) Su dogmatismo ideológico – que somete toda necesidad humana al dominio del mercado-; 3) El control que tiene la tecnoburocracia internacional de todo el proceso, y que nos transforma en un engranaje más de un sistema global que no nos libera de la dependencia y la subordinación que viven nuestros países desde la colonia; 4) La condicionalidad de su implementación para que nuestros países logren acceso a nuevos créditos y apoyo externo; 5) La transformación del derecho a la salud en un bien de mercado y 6) La posibilidad de movilizar enormes sumas de capital hacia los mercados financieros, sin que ello conlleve necesariamente beneficios económicos adicionales para la población que aorta recursos para estas operaciones sino sólo para aquellos grupos que las controlan.

Ante esta situación, cabe preguntarse si es ésta en realidad, una propuesta que beneficia el estado de salud de la población centroamericana y si existen en la misma, aspectos que deben rescatarse. Ello no puede responderse con completa objetividad, a menos que se conozca como se están dando los procesos de reforma sectorial concretamente en los distintos países de la región. Desde el estudio general del proceso que se ha hecho hasta ahora, parece ser que la forma en que los organismos financieros internacionales se han planteado la reforma sectorial de salud no es la más positiva para nuestros países. Sin embargo, ello no quiere decir necesariamente que no exista preocupación por incidir positivamente sobre la situación de salud. Lo importante ahora es ver como se logra, pues una cosa es impulsar la receta y otra implementarla... La reforma sectorial no es sólo una meta a alcanzar; es por sobre todo, un proceso y al interior de cada país existen actores y fuerzas afines y/o antagónicas a ella. Esto quiere decir que la misma no se está dando sobre substrato inerte, sino en contextos que tienen características sociales, culturales y políticas propias que inciden de alguna manera en el grado de avance que muestra su implementación, tal como se muestra a continuación.

IV. El Estado de la Cuestión de la Reforma del Sector Salud en Centro América

A la fecha, existe todavía poca información pública en relación al tema de la reforma en Centro América. La mayoría de documentos existentes, producidos por el Banco Interamericano de Desarrollo -BID- y el Banco Mundial son de acceso restringido, circulando únicamente a nivel de Ministerios, grupos de consultores y organismos internacionales vinculados de alguna manera con el proceso. En Guatemala al menos, la información a la población en reforma ha sido muy escasa; la comunidad académica local apenas comienza a interesarse por el tema. Poco se ha hecho para monitorear el proceso y para diseñar metodologías que permitan evaluar su impacto sobre la población en el corto, mediano y largo plazo. En consecuencia, se ha avanzado todavía menos en el desarrollo de propuestas que puedan llegar a constituirse en opciones viables para el sector dentro de esta coyuntura pero que a la vez, privilegien las necesidades de salud de la población de la región por sobre los afanes de eficiencia y productividad de los servicios, de corte economicista que promueve la propuesta de reforma actualmente en marcha.

En la actualidad, la reforma sectorial en Centro América es un proceso que responde en sus principios más generales a las directrices y parámetros establecidos por los organismos financieros internacionales y que, como se ha planteado a lo largo de este documento, son producto a su vez, del clima ideológico que domina el orbe a finales del siglo XX: La Nueva Derecha, que sustenta su pensar y actualizar en la doctrina económica neoliberal. Sin embargo, la implementación del esquema general de políticas y medidas establecidas en el recetario mundial no se da de manera aséptica y homogénea en el propio mundo, mucho menos en Centro América. El contexto histórico, político y social propio de cada región, de cada país, imprime su propia dinámica al proceso y particulariza la experiencia concreta de reforma, las áreas de intervención que enfatiza, las estrategias específicas que promueve e inclusive, determina el grado de avance que se ha logrado en su implementación.

En el caso específico de nuestra región, se adiciona un elemento más de suma importancia: La reforma se inicia dentro del período de transición política que comienza con la finalización de los conflictos bélicos (aunque no de los sociales que los originaron) y la instalación de formas de gobierno democrático-liberales. No cabe duda que en su discurso, las democracias centroamericanas capturan las inquietudes y anhelos más sentidos de nuestras poblaciones: Paz, justicia, igualdad y bienestar; sin embargo, en la práctica, su quehacer sigue determinado por los problemas estructurales que aquejan a nuestras sociedades: La dependencia externa y el dominio de los sectores tradicionales de poder, que todavía insisten en obstaculizar los cambios económicos y sociales que son necesarios para lograr un pleno desarrollo del capitalismo -y del bienestar al estilo capitalista- en nuestros países. De ahí que, en aras de mantener una mínima estabilidad política y contener las tensiones sociales generadas por la inequidad, la pobreza y la falta de oportunidades, los gobiernos de turno se ven limitados en su actuar. La coyuntura política en que nos encontramos ha constituido una de las razones fundamentales para la implementación de la reforma sectorial no haya sido hasta ahora más agresiva en nuestro medio. Sandifor y Martínez identifican una serie de elementos que influyen en la naturaleza y el grado de avance del proceso en los distintos países de la región:

- 1) *La coyuntura política, definida como la combinación de factores políticos que favorecen el establecimiento e implementación de un programa de reforma; es decir, la voluntad política real para permitir que se lleven a cabo reformas substanciales en el sector.*

- 2) *La habilidad de los gobiernos de turno para generar consenso entre los partidos de oposición y otros grupos sociales en relación a la necesidad de llevar a cabo una reforma que sobreviva los cambios en la esfera política.*
- 3) *La presencia e involucramiento previo de los Organismos Internacionales de Financiamiento y otras Agencias, puesto que la disposición a iniciar un proceso de reforma en el país depende en mucho del acondicionamiento de los desembolso futuros de la asistencia económica en relación al progreso de las reformas.*
- 4) *La existencia de un programa de "modernización" del sector público (entrecorrido nuestro) que potencie las acciones de reforma del sector salud.*
- 5) *La presencia de un grupo dinámico de personas dentro del sector salud que actúen como catalizadores del proceso, que tengan una buena comprensión de los problemas del sector, aunque no necesariamente pertenecieran a los Ministerios o al partido político en el poder (1994 p.15,16).*

En relación a los efectos de la coyuntura política sobre la reforma, este estudio encontró que los países que estaban emergiendo de crisis políticas y sociales muy severas – como El Salvador y Nicaragua – tenían más disposición a hacer cambios radicales que aquellos con una historia reciente relativamente más estable. Así mismo, los gobiernos que habían procurado activamente la búsqueda de consensos entre los diversos sectores de la sociedad previo a la implementación de las reformas – como es el caso de Nicaragua –, estaban avanzando más rápido que países como Guatemala, Panamá e incluso Costa Rica, donde este proceso ha sido muy limitado o prácticamente inexistente. También se observó que cuando los planteamientos de reforma sectorial eran más amplios o completos que los de la "modernización" del Estado – como parece ser el caso de Honduras –, ésta última limita los alcances prácticos de la reforma sectorial (Sandifor y Martínez, 1994). A pesar de las diferencias resultantes de la forma en que interactúan estos elementos del contexto al interior de cada país, estos autores han podido identificar un patrón general de progresión del proceso, así como de las acciones o pasos a seguir para su implementación. En el mismo, se reconocen una serie de etapas o fases:

Etapas 0: NO HAY REFORMAS. No se ha iniciado la elaboración de planes para la reforma que estén plasmados en algún documento formal o informal del gobierno.

Etapas 1: DIAGNÓSTICO DEL SECTOR SALUD. Está en proceso un diagnóstico de la situación del sector salud, el cual será usando o está siendo usado para diseñar una agenda de reforma en colaboración con un organismo internacional de financiamiento.

Etapas 2: PLAN DE REFORMA SECTORIAL. Se ha desarrollado ya un plan claro y articulado de los aspectos claves que debe abordar la reforma sectorial de donde se definen también áreas específicas de intervención. El documento puede ser oficial pero no estar aprobado necesariamente por el legislativo. Las fuentes y montos de la asistencia financiera ya han sido estimados aunque este no sea efectivo todavía.

Etapas 3: BÚSQUEDA DE CONSENSOS. Se ha procurado que el documento oficial de reforma reciba en alguna medida, el apoyo político y social de diversos sectores, lo cual, hasta cierto punto, garantiza su viabilidad futura.

Etapa 4: FINANCIAMIENTO. Ya se encuentran disponibles los recursos para financiar los componentes claves de la agenda de reforma, aunque la implementación no se haya iniciado todavía. Los fondos provienen fundamentalmente de las agencias internacionales.

Etapa 5: ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN: Se ha acordado ya la estrategia para implementar la reforma. Actividades específicas como intervenciones piloto o preparación de propuestas de la ley se encuentran ya en proceso.

Etapa 6: IMPLEMENTACIÓN EN MARCHA: La ejecución de las acciones ha dado inicio. Existe un comité responsable de la conducción del proceso, coordinado en los niveles más altos del gobierno (Sandiford y Martínez, 1994 p.17.18).

El siguiente cuadro ilustra la situación del proceso de reforma sectorial en Centro América hasta 1994, de acuerdo con estas etapas, aunque naturalmente, éstas no son necesariamente secuenciales o prerrequisito una de la otra; se traslapan a veces y otras, ni siquiera se han implementado en algunos países. Sin embargo, permiten establecer de manera general, el proceso de la reforma sectorial de salud en la región, por lo menos hasta hace un par de años.

CUADRO 4
AVANCE DEL PROCESO DE REFORMA SECTORIAL EN LA
REGIÓN CENTROAMERICANA
HASTA 1994

País	Etapa 0 no hay reforma	Etapa 1 Diagnós- tico sectorial	Etapa 2 Plan de Reforma	Etapa 3 Búsqueda de Consenso	Etapa 4 Financia- miento	Etapa 5 Estrategia de Implemen- tación	Etapa 6 Implemen- tación en marcha
Panamá	Si	no	no	no	no	no	no
Honduras	-	si	no	no	no	no	no
Belice	-	si	En Progreso	no	no	no	no
Guatemala	-	si	si	no	En Progreso	si	no
El Salvador	-	si	si	En Progreso	no	no	no
Costa Rica	-	si	si	no	si	En Progreso	no
Nicaragua	-	si	si	si	si	si	En Progreso

Fuente: Sandiford, P. y J. Martínez "Health Sector Reforms in Central America" Overseas Development Administración, Reino Unido e Instituto Centro Americano de la Salud -ICAS-, 1994.

De acuerdo con el cuadro anterior, con excepción de Panamá, se puede afirmar que la reforma sectorial de salud está en plena marcha en Centro América, siendo Nicaragua, Costa Rica y Guatemala los países con los procesos más avanzados. Está claro que una visión desde este nivel es insuficiente para entender lo que está sucediendo al interior de cada país, especialmente en términos de sus repercusiones específicas sobre las condiciones de

vida y de salud de la población y sobre la efectividad y eficiencia de los servicios. Centro América se encuentra todavía muy a la zaga en la investigación que realiza en este campo; tampoco es el propósito de este trabajo revisar en detalle la experiencia de cada país. Serán próximos trabajos los que cumplan ese cometido.²⁰ Ahora bien, aquí se cuenta con un marco de referencia general sobre los orígenes, intereses, ideología y contenidos explícitos e implícitos de la propuesta mundial de reforma sectorial impulsada por el Banco Mundial (Banco Centroamericano de Desarrollo –BID–) y la CEPAL-OPS, que posibilita hacer algunas inferencias en torno a la pertinencia, viabilidad y sostenibilidad de su aplicación en un país como Guatemala.

²⁰ Entre los pocos estudios disponibles sobre la reforma sectorial de salud en Guatemala destaca la tesis de maestría en medicina social del Dr. Juan Carlos Verdugo *"Neoliberalismo y Política de Salud en Guatemala: Período 1986-1994"* (próxima a ser publicada en Guatemala), el cual estudia en forma exhaustiva la política de salud que se ha formulado en este país desde el inicio de la transición democrática, relacionándola con el proceso de transformación del Estado guatemalteco durante el mismo período. Otro trabajo importante es el de el Lic. Rolando Ortiz *"Políticas Alternativas para el Sector Salud"* (Ver referencia completa en bibliografía). Por su parte, Slowing, K. *"Reforma Sectorial en Marcha: La política de Salud 1996-2000"* (inédito), analiza el contenido de la política de salud propuesta por el gobierno del PAN. Aparte de éstos, existen algunos proyectos de investigación sobre el tema que están por iniciarse: Uno de ellos es precisamente, un estudio comparativo del proceso en todos los países centroamericanos (González-Block, M., A. Sánchez-Viesca et. Al, 1995); otro, enfocará su trabajo al estudio de los componentes de la canasta básica de salud, pretendiendo establecer cuales son los beneficios objetivos y subjetivos que busca la población en los servicios de salud y comparar éstos con el contenido de la canasta. Así mismo, el estudio pretende diseñar una metodología para monitorear los efectos del uso de la canasta básica como parte del paquete de reforma (Sandiford, et al., 1995).

V. LA REFORMA SECTORIAL: ¿UNA PROPUESTA GLOBAL EN PRO DE LA SALUD LOCAL?

-REFLEXIONES FINALES EN TORNO AL TEMA-

La propuesta mundial de reforma sectorial es una "medicina" producida en los países desarrollados para "tratar" *sus* sistemas públicos en salud. Más aún, mientras en esos países todavía se debate si las reformas están cumpliendo o no su cometido (Seedhouse et al., 1995), en los nuestros, éstas se aplican devotamente y con una agresividad no contemplada siquiera en el mundo desarrollado, particularmente en lo que se refiere al grado de desmantelamiento que debe sufrir el Estado (Esping-Anderssen, 1990). Este es quizá el elemento que hace la más marcada diferencia entre un país desarrollado y uno como el nuestro, con respecto a la aplicación de la reforma: EN los primeros hay un Estado de Bienestar que la Nueva Derecha puede procurar desmantelar; en Guatemala primero habría que construirlo...

En efecto, cuando a principios de los ochenta se plantea la "crisis del Estado" en los países desarrollados, la Nueva Derecha ataca un Estado que tiene cerca de 100 años de fungir como el eje del desarrollo capitalista de estas naciones y que, desde la finalización de la Segunda Guerra Mundial, ha sido también el principal generador de condiciones materiales de vida para sus ciudadanos²¹. Por ejemplo, el Sistema Nacional de Salud inglés surge en la postguerra, sobre la base de un consenso entre políticos y diversos grupos de la sociedad, de que las deficiencias y desigualdades en el acceso a tratamiento médico no podían seguir existiendo después de la reconstrucción del país. Es así como en 1946, se crea el Sistema Nacional de Salud (NHS) en inglés), como un servicio de cobertura universal, gratuito, de carácter integral y de alta calidad. *"El NHS proveerá todo el cuidado médico, dental y de enfermería. Toda persona, rica o pobre, hombre, mujer o niño puede utilizarlo. No habrá pagos, con excepción de algunos servicios especiales. No se requiere la aprobación de ninguna aseguradora. Pero no es una "caridad". Todos pagan por él con sus impuestos y los aliviará de preocupaciones económicas en tiempos de enfermedad"* (Wedderburn, 1995 p.5, traducido al español). Para 1948, el NHS había expandido su cobertura de atención médica general al 97% de la población, empleando para ello, cerca de 20,000 médicos generales, 10,000 farmacéuticos y 7,000 especialistas, 150,000 enfermeras y otros 150,000 empleados (entre técnicos de diversas especialidades y personal de apoyo) en el sistema hospitalario (Wedderburn, 1995).

iObviamente, este si es el caso de un Estado Activo y fuerte, que ha cumplido su compromiso para con el bienestar de sus ciudadanos! Pero, ¿acaso se puede decir que el Estado guatemalteco tiene un historial similar? O, ¿que se ha excedido en su tamaño, actitud y desempeño para con la salud de su población? Definitivamente no y algunas de las razones por las cuales esto no ha sucedido ya fueron comentadas con anterioridad. Sin embargo, ahora que la región centroamericana está emergiendo de un largo y doloroso período de su historia; ahora que está próxima a firmarse el Acuerdo de Paz Firme y Duradera en Guatemala, se requiere más que nunca de un Estado fuerte y soberano que

²¹ Es importante mantener en perspectiva el hecho de que el desarrollo y funciones que desempeña el Estado en los países desarrollados no es homogéneo. No es lo mismo hablar del Estado de Bienestar en Suecia que en los Estados Unidos de Norte América (Esping-Anderssen, 1990). La generalización que se hace aquí es únicamente para ilustrar que existe una diferencia abismal entre lo que la Nueva Derecha guatemalteca afirma que es el "Estado de Bienestar, el Estado Paternalista" en nuestro país y cualquier Estado de Bienestar del mundo desarrollado inclusive el norteamericano.

haga efectivos los compromisos suscritos. ¿Por qué entonces aplicarle el mismo "tratamiento que a un Estado desarrollado, si con éste se debilita su función en la sociedad? Ello solo se explica en la medida que, con la reforma sectorial, se satisfacen los intereses de países acreedores, organismos financieros internacionales, agencias de cooperación, capital transnacional ubicado en el sector (desde la industria farmacéutica hasta los fabricantes de equipo médico) y los sectores organizados del lobby empresarial local que buscan -con un Estado pequeño y barato- nuevos espacios de acumulación, que van desde prestación de servicios al usuario con fondos del Estado (substituyendo los servicios públicos) hasta el manejo de capital financiero generado por los fondos previsionales de los seguros médicos.

Pero, ¿qué hay de los intereses de la población pobre pero indigente, la que no califica para los subsidios pero que verá afectada su precaria canasta familiar si paga servicios privados? ¿Qué hay de la población en extrema pobreza, cuyo acceso a los programas públicos dependerá precisamente de su indigencia y de si se restringe a un "paquete básico de servicios", como si pudiera escoger sus enfermedades? ¿No se contraviene acaso el espíritu que encierran los Acuerdos de Paz cuando con la reforma sectorial, el acceso -cuantitativo y cualitativo- de la población a servicios de salud sigue estando estratificado en función de su capacidad adquisitiva? ¿No es esto una contraindicación para el sostenimiento de la democracia y de una paz duradera? La reforma afecta también los intereses de los sindicatos y gremios que son marginados y bloqueados durante los procesos de diseño e implementación. ¿Es esto fortalecer la democratización del Estado y la participación social? ¿Acaso se han creado previamente condiciones en el sector privado para que los trabajadores que se vuelvan "excedentes" (con la reducción de la prestación de servicios por parte del Estado) no se sumen a la fila de desempleados?. Como ya se planteó también con anterioridad, no se trata aquí de defender el aparato estatal que ha existido hasta la actualidad -autoritario, burocrático, corrupto e ineficiente-. La Paz, la democracia y el desarrollo exigen eliminar los núcleos de corrupción en las dependencias públicas y que las castas políticas dejen de ver el aparato estatal como botín (en relación con las plazas de trabajo y la creación de "feudos institucionales") pero, ¿implica ello necesariamente dismantelar el Estado?

Otra pregunta crucial que surge en estos momentos es si en Guatemala, el subsector privado de servicios está preparado para asumir un papel significativo en la extensión de la cobertura de atención a la población, tal como lo prevé la Propuesta Mundial de Reforma Sectorial y la Política Nacional de Salud 1996.2000 (Banco Mundial, 1993; Finkelman et. al, 1996; Ministerio de Salud Pública, 1996). En realidad, es poco lo que se sabe en torno a este segmento del sector salud guatemalteco, que está compuesto por instituciones con fines lucrativos (hospitales, sanatorios, clínicas médicas, laboratorios clínicos, industria farmacéutica, de tecnología, etc.) y otras de carácter no lucrativo (organizaciones no gubernamentales -ONG's-, fundaciones, iglesias, etc.). De éstas últimas, se sabe que su actividad se concentra en la atención de la población de escasos recursos y se asume que son quienes brindan en la actualidad, algún tipo de atención en salud al 40% de población que no tiene cobertura por parte del subsector público o de las instituciones privadas lucrativas (Verdugo, 1995)²². Para 1991, existían aproximadamente 641 ONG's trabajando en el campo de la salud en Guatemala; 55% de las mismas en el área rural y el resto a nivel

²² El subsector público de salud tiene una cobertura del 40% de la población (25% MSPAS y 15% IESS), mientras que el subsector privado lucrativo cubre otro 14%. Según los datos disponibles, solamente un 2% de la población se atiende con curanderos y/o comadronas y un 4.3% utiliza medicina natural en lugar de fármacos occidentales para tratar sus enfermedades (Finkelman, et. al, 1996).

urbano, principalmente en la Ciudad de Guatemala. La mayoría está involucrada en actividades de saneamiento ambiental y educación; pocas mantienen programas permanentes de atención médica y, cuando es el caso, su población meta tiende a ser limitada así como su cobertura geográfica. Además, la coordinación de sus actividades con las del Ministerio de Salud Pública es escasa y en muchos casos, sólo coyuntural (campañas de vacunación, etc.) (OPS, 1991).

A pesar de esto, las ONG's se plantean como una opción viable para extender la cobertura de atención, principalmente en el área rural, puesto que la propuesta de reforma sectorial no considera el fortalecimiento y ampliación de los estatales. Si bien la política de salud del actual gobierno plantea la necesidad de establecer los mecanismos para la calificación, contratación y regulación de las organizaciones privadas (MSPAS, 1996), hasta el momento se desconoce si éstos ya han sido desarrollados y probados. Pero, además de la regulación, es indispensable la supervisión estricta y permanente de la cantidad, calidad y costos de los servicios que prestarían, así como que los mismos lleguen verdaderamente a aquellos espacios geográfico-poblacionales donde no se cuenta con acceso a ningún tipo de servicio de salud. De lo contrario, esta acción puede redundar en duplicación de la atención en áreas ya cubiertas o simplemente, en la sustitución de los servicios públicos por los privados. Si bien estas funciones son un aspecto fundamental del papel regulador que claramente se le asigna al Estado dentro del proceso de reforma, estas apenas si se destacan en los documentos de política disponibles. Su ausencia constituye una enorme debilidad de la propuesta, que se anticipa puede repercutir negativamente, principalmente en términos de la calidad de los servicios y en el control de los costos de atención (Slowing, 1996).

Esto implica de igual manera al subsector privado lucrativo, aunque con éste, la situación se torna mucho más compleja, dadas sus características particulares y el interés económico que se esconde detrás de la ampliación de su participación en la prestación de servicios. Este subsector comprende la atención médica -ambulatoria y hospitalaria- y la industria y comercio farmacéutico y de tecnología. En lo que se refiere a éstos dos últimos, la capacidad de regulación y control de estas actividades por parte del Estado ha sido siempre muy limitada; con la completa apertura del sector a la lógica del mercado (y a pesar del énfasis que la propuesta sectorial hace en torno a su rol regulador), se anticipa que su papel en este sentido se verá aún más reducido, con las consecuentes implicaciones en el alza de los costos de los suministros y la tecnología utilizada en el proceso de atención. Por otra parte, la prestación de servicios por el subsector privado lucrativo entraña una diversidad de situaciones: La primera de ellas está relacionada con la factibilidad de que participe efectivamente en la extensión de coberturas de atención. El 70% de los centros médicos, sanatorios y hospitales privados y el 71% de clínicas privadas (y de los médicos) se localizan en la Ciudad de Guatemala (OPS, 1991). El 88% de los profesionales no tienen un conocimiento adecuado de la Estrategia de Atención Primaria de Salud -APS-²³; tanto los médicos que laboran sólo en el sector privado como aquellos que lo hacen también en el sector público aplican los principios de la APS de manera deficiente, incluso en aquellas clínicas que se ubican en las cercanías de los asentamientos precarios de la ciudad (Avendaño, 1989).

²³ La Estrategia de Atención Primaria de Salud -APS- se define como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de sus etapas de desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Otra no menos importante es que, con la incursión del mercado financiero y del capital transnacional dentro del sector la tecnología –principalmente aquella de alta complejidad– se sitúa en el centro del proceso de atención. Con ello, la definición de lo que constituye “atención curativa de calidad” adquiere nuevas connotaciones, las que sin duda se verán reflejadas en una marcada diferenciación entre los contenidos de la “canasta básica de servicios” provista por el sector público y la oferta privada lucrativa; incluso a su interior, se dará una estratificación a este respecto determinada por la capacidad adquisitiva del cliente, lo cual viene a entenderse dentro de la lógica del mercado como “la libertad de opción, el “free choice” del consumidor. Así mismo, la reforma del sector salud viene a representar una profunda transformación de la práctica médica vigente: Se desplaza al médico de su papel tradicional de conductor de las acciones en salud, convirtiéndolo en una pieza más del engranaje curativo; en el sector público, son los economistas y administradores de empresas quienes definen el quehacer salubrista. El ejercicio liberal de la profesión se hace cada vez más difícil y menos lucrativo, por lo que el médico se ven en la necesidad de vender su fuerza de trabajo en las empresas del sector. El mercado de trabajo se hace inestable, competitivo y sumamente estratificado en términos de remuneración. Además, la lógica capitalista de máxima ganancia y las necesidades de supervivencia en un contexto económico cambiante, erosionan el sentido humano y la proyección ético-social de la profesión. De allí que las repercusiones de la reforma sectorial sobre la práctica médica (y la de otras profesiones del campo de la salud) sean serias y todavía poco evaluadas en nuestro medio por las organizaciones y agrupaciones gremiales, cuyos miembros –especialmente los más jóvenes– ya se ven afectados por el proceso.

Frente a tantos cuestionamientos existentes en torno a la pertinencia, viabilidad y sostenibilidad de la aplicación de la propuesta mundial de reforma sectorial de salud en países como Guatemala, cabe preguntarse si es correcto por parte los organismos financieros internacionales impulsarla como el único camino posible a seguir por el mundo subdesarrollado. En este sentido, Seedhouse llama la atención a otro aspecto fundamental del proceso *“los enormes problemas conceptuales y prácticos que están asociados con la reforma internacionales de salud son bastante evidentes y una de sus principales fuentes de dificultad es la falta de una teoría apropiada sobre la salud (...)sin una teoría de la reforma de salud, es difícil, sino imposible, entender la reforma más allá de su nivel pragmático (control de costos, rivalidades profesionales, gobiernos que modelan las instituciones sociales a su conveniencia política, etc.). Y sin una teoría filosófica es ciertamente imposible medir el éxito de las reformas de salud de tal manera que quede exenta de las argumentaciones políticas”* (1995, p.230,231 traducción al español).

Es crucial que en nuestros países se comience con urgencia a generar una profunda reflexión en este sentido²⁴ pero, sin olvidar a la vez, dos elementos importantes: **La reforma no es algo que va a ocurrir; ya está sucediendo** y, si bien es importante prever el potencial daño que pueden implicar dichas medidas para la salud de la población, hay que desarrollar estrategias que, dentro de este escenario y en las condiciones tan desiguales en que nos encontramos frente a los organismos financieros internacionales, permitan

²⁴ Un importante paso en pro de la construcción de una Teoría de la Salud en Guatemala lo constituye el trabajo de Garcés, M. y R. Luna sobre *“El consumo y la Salud”*. Este constituye un intento de interpretar la relación existente entre el patrón epidemiológico predominante en Guatemala con esta categoría económica. A partir de este trabajo, los autores establecen una clasificación de la morbi-mortalidad, que –con la ayuda del modelo de los campos de la salud de Lalonde– contribuye a aclarar el papel mediador de las condiciones de vida sobre la situación de salud de la población.

proponer opciones para ir saliendo adelante de la situación y con el menor daño posible para la población. No podemos quedarnos en la afirmación de que la reforma puede resultar nociva para la salud. Tampoco hay que caer en la trampa de defender lo indefendible, que es el Estado que hemos tenido hasta ahora. En estos momentos, se desconocen todavía los efectos específicos de la aplicación de la reforma sobre realidades locales muy particulares. Se debe proceder al estudio de campo de los procesos concretos y de los diversos aspectos que comprende la reforma, lo que a su vez, permitirá ir generando hipótesis que aporten a la construcción de una teoría nacional (y regional) de salud. Es necesario también identificar los elementos positivos de la propuesta y aprovecharla inteligentemente para fortalecer procesos que, como la democratización y la participación social, se constituyan más adelante en base para hacer planteamientos para el sector que privilegien sobre todo, las satisfacción de las necesidades de la población.

El otro punto es que, conservando la esperanza y la visión de que nuestros pueblos se merecen un destino y un nivel de salud mejor del que se les ofrece, **hay que comenzar la tarea de crear, de pensar, de promover alternativas factibles y viables; de desarrollar nuestras propias opciones para la salud de la región.** Si algo está claro es que ya no es tiempo de recetarios, ni de denuncia o discursos beligerantes y contestatarios; es momento de concentrar esfuerzos en buscar salidas innovadoras a la crisis, al deterioro social de la inequidad. Nuestros pueblos se niegan a seguir inmersos en la confrontación pero eso no significa que hayan renunciado a sus aspiraciones. Debe darse un reencuentro entre población, estudiantes, técnicos, políticos y académicos que permita enfrentar conjuntamente y con una actitud creadora, los nuevos retos que plantea la dinámica social en esta coyuntura. Ningún dogma dura para siempre y aunque ahora pareciera que los espacios de maniobra que nos permite el contexto son demasiado estrechos, la historia demuestra que son pocas las cosas inmutables en este mundo. El obstáculo para el desarrollo de la salud y el bienestar que representa el dogmatismo que predomina en el período actual –y que orienta la propuesta de reforma sectorial que se ha examinado en este trabajo– sólo se podrá derribar si estamos en disposición de usar nuestra creatividad y actitud de compromiso para con nuestros pueblos, para empujar las fronteras del pensar y del actuar hacia nuevos horizontes.

¿Cómo? Comenzando por **ejercitar nuestro derecho como ciudadanos a estar informados y a tener un que decir en la definición de la política pública (y de salud específicamente)** de nuestros países; propiciar la **discusión y análisis** de las propuestas y acciones de reforma en todos los espacios de trabajo y/o estudio; socializando este conocimiento entre profesionales de otras disciplinas, con trabajadores de salud y con sectores organizados de la población; involucrándolos en el **estudio de este proceso** y finalmente, participar en la **formulación de alternativas** más idóneas para el desarrollo de la salud en la región. Ello no puede lograrse sin rescatar concepciones profundamente humanistas, como las que esgrimieron los propulsores del Sistema Nacional de Salud Ingles 50 años atrás cuando, en concordancia con el conocimiento vigente en la época, defendieron la función social de los servicios de salud y del desarrollo del conocimiento y la tecnología médica.

“Ninguna sociedad puede legítimamente llamarse CIVILIZADA si se le niega asistencia a una persona enferma porque no tiene recursos. La sociedad se vuelve más plena, más serena, espiritualmente más sana si sabe que sus ciudadanos están conscientes de que no sólo ellos sino todos tienen acceso a lo mejor que puede proveer la habilidad médica”

(Aneurin Bevan, 1945²⁵)

²⁵ Ministro de Salud fundador del Sistema Nacional de Salud Inglés. Cita traducida al español y tomada de Wedderburn, 1995 p.3.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Avendaño, J. *"El Subsector Médico Privado y su Papel en la Atención Primaria de Salud"* Tesis de grado, facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala 1989
2. Banco de Guatemala, *"Estudio Económico y Memoria de Labores del Banco de Guatemala, años 1980-1989 y 1993"*. Departamento de Estudios Económicos, Guatemala 1980-1989 y 1993
3. Banco Mundial, "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: *Una agenda para la reforma* " en: Economía de la Salud, número especial del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington 1987
4. _____, World Development Report *"Investing in Health"* Publicaciones del Banco Mundial, Oxford 1993
5. Brannigan, M. *"Oregon's Experiment"* en: Seedhouse, D. (ed.) The Philosophy and Practice of International Health Reform, Wiley, New York 1995
6. Caldwell, J. *Routes to Low Mortality in Poor Countries* Population and Development Review, 12(2) 1986
7. Centro de Estudios Urbanos y Regionales –CEUR– *"El Proceso de Privatización y Desmonopolización de las Empresas del Estado Guatemalteco"*, Boletín no.24, Guatemala 1994
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Organización Panamericana de la Salud (OPS), *"Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe"*, Serie de Documentos Técnicos Reproducibles no.41. Washington, 1994
9. Dunleavy, P. y B.O'Leary *"Theories of the State: The Politics of Liberal Democracy"* Mc Millan, Londres 1987
10. Esping-Andersen, G. *"The Three Worlds of Welfare Capitalism"* Princeton Press, 1990
11. Finkelman, J. et al. *"El Proceso de Transformación de la Salud en Guatemala"* Organización Panamericana de la Salud, representación en Guatemala. Guatemala, 1996
12. Frenk, J. *"El financiamiento como instrumento de política pública: comentarios a la Agenda de Reforma del Banco Mundial"* en: Economía de la Salud, número especial del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington 1987
13. Fundación Friedrich Ebert - Guatemala *"Acuerdos Suscritos entre el Gobierno y la URNG"* Serie Materiales de Estudio y Trabajo no.8, Guatemala 1995
14. _____ *"Acuerdos sobre Aspectos socioeconómicos y Situación Agraria"* Magna Terra, Guatemala 1996

- 15._____ "Acuerdo sobre el Fortalecimiento del Poder Civil y Función del Ejército en una Sociedad Democrática"(fotocopia), Guatemala, 1996
- 16.Garcés, M. et al. "Propuesta para la Creación del Instituto Nacional de Salud de Guatemala", Guatemala, 1989
- 17._____ y R.Luna "El Consumo y la Salud" Proyecto Instituto Nacional de la Salud, Guatemala, 1990
- 18.Garst, R. "FIS y FONAPAR en Guatemala ¿Una nueva relación Ong - Estado?" Consejo de Instituciones de Desarrollo de Guatemala -COINDE-, Guatemala 1993
- 19.González-Block, et. Al "The International Clearinghouse of Health Sistem Reform Initiatives: Towards the Global Sharing of Experiences" Ponencia presentada en el Congreso de la Asociación Internacional de Política de Salud, Montreal, 1996
- 20.Harpham, T. et al.(eds.) "In the Shadow of the City: Community Health an the Urban Poor" Oxford, 1988
- 21.Jiménez, J. "Hile's Health Sector Reform": Ponencia preparada para la conferencia sobre Reformas del Sector Salud en Países en Desarrollo, agenda para los Noventa. Departamento de Población y Salud Internacional, Escuela de Salud Pública de Harvard, 1993
- 22.Laurell, A. "La lógica de la Privatización en Salud". Ponencia presentada en el II Seminario Latinoamericano de Política Sanitaria. Universidad autónoma Metropolitana - Xochimilco, México 1994
- 23._____ (coord.) "Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud" Fundación Friedrich Ebert - México, Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México 1994
- 24.Lechner, N. "El debate sobre Estado y Mercado" Revista Nueva Sociedad no.121, Caracas 1992
- 25.Le Grand, J. y R. Robinson, "Privatization and the Welfare State" Allen & Unwin, Londres 1984
- 26.Martínez, F. "Guatemala: Estructura Tributaria e Impuesto Unico Sobre la Inmuebles (1960-1993)" Centro de Estudios Urbanos y Regionales -CEUR-, boletín no.22, Guatemala 1994
- 27.Melendreras, T. "La Globalización y su Impacto Económico-Social" Ponencia ante el XI Congreso Centroamericano de Estudiantes de Medicina, Guatemala 1996.
- 28.Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social "Política de Salud 1996-2000", Guatemala, 1996 (fotocopia).
- 29.Montoya, A. "Globalización...¿y nada más? en: Estudios Centroamericanos Año LI número 570, 1996

30. Murray, D. *"The Internationalization of Capital and the International State System"* en: Picciotto, S. The State Debate, Mc Millan, Londres 1991
31. National Research Council, Committee on Diet and Health, Food and Nutrition Board *"Diet and Health: Implications for Reducing Chronic Disease Risk"*, National Academy Press, Washington 1989
32. Organización Mundial de la Salud *"Atención Primaria de Salud"* Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud - Alma Ata, Ginebra, 1978 (mimeografiado).
33. Ortiz, R. *"Apuntes sobre el Proceso Político y la Política Económica 1978-1993"* en: Martí, W. Y R. Ortiz El Sector Privado y el Estado Guatemalteco 1871-1993, Centro de Estudios Urbanos y Regionales –CEUR–, Guatemala, 1993
34. _____ *"Políticas Alternativas para el Sector Salud"* Revista Economía, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales -IIES- no.126, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1995
35. Oficina Panamericana de la Salud - Guatemala *"Estudio Básico del Sector Salud - resumen -"* Guatemala, 1991
36. Sandiford, P. y J. Martínez, *"Health Sector Reforms in Central América"*, Overseas Development Administration - Instituto Centroamericano de la Salud -ICAS- Liverpool, Inglaterra; San José Costa Rica, 1994
37. _____ et. al *"Monitoring and Evaluating the Performance of Reforming Health Systems"* Investigación a realizarse en la Región Centroamericana, México y República Dominicana a partir de 1996, Liverpool School of Tropical Medicine y Colaboradores, Liverpool 1995
38. Seedhouse, D. *"Reforming Health Care: The Philosophy and Practice of International Health Reform"*, Wiley, Chichester, 1995
39. Serrano, A. *"El doble Rostro de la Postmodernidad"* Consejo Superior Universitario de Centro América -CSUCA-, San José Costa Rica, 1994
40. Slowing, K, *"The Rise and Decline of the Welfare State"*. An essay on the origins and development of the Modern State in Europe. Tesis del Doctorado en Salud Pública (en proceso), South Bank University, Londres 1995 (inédito)
41. _____ *"La Reforma del Sector Salud en Marcha: La Política de Salud 1996-2000"*, Guatemala, 1996 (inédito)
42. Suárez, R. *"Las Repercusiones de la Crisis Económica y los Programas de Ajuste Estructural sobre el Sector Salud en Centro América: Desafíos para la Década de los Noventa"*, Serie de Informes no.1 Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1993

43. _____ et al. *"Gasto Nacional y Financiamiento del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa"*, Serie Informes Técnicos no.30 Organización Panamericana de la Salud, Washington 1994
44. Tetelboin, C. *"Chile: Políticas Neoliberales y Salud"* en: Laurell (coord.) Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo, Fundación Friedrich Ebert - México, México 1992
45. Townsend et al., Health and Deprivation; Inequality and the North Routledge, Londres 1988
46. Toye, J. *"Britain, The United States and the World Debt Crisis"* en: Michie, J. (ed.): The Economic Legacy 1979-1982, Academic Press, Londres 1992
47. Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas" *La Modernización Posible* Artículo editorial en: Estudios Centroamericanos, año LI, número 570 1996
48. Vessey y Gray *"Cancer Risks and Prevention"*, referido en: Garcés et al, Programa Nacional de Prevención del Cáncer en Guatemala, Liga Nacional contra el Cáncer, Guatemala 1995
49. Verdugo, J.C. *"Neoliberalismo y Política de Salud en Guatemala: Período 1986-1994"* Tesis de Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco. México, 1995
50. Watson, H. *"La Estructura Cambiante del Capital Mundial y las Opciones de Desarrollo en el Caribe"* Revista Economía, 104-5 Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales - IIES-, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1990
51. Wedderburn, D. *"The Superiority of Collective Action - The Case of the NHS - "T Eva Colorni Memorial Lecture at London Guildhall University, London 1995"*

Diseño de portada y diagramación
Gustavo Arriola

CENTRO DE ESTUDIOS URBANOS Y REGIONALES
--CEUR--

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
--USAC--

Edificio S-11; Tercer nivel
Ciudad Universitaria, 01012
Ciudad de Guatemala, Guatemala
Centro América

Teléfono FAX
(502) 2476-9853
(502) 2476-7701

(502) 2443-9500
Ext. 1155 y 1694

Correo electrónico:
usacceur@usac.edu.gt

<http://ceur.usac.edu.gt>