

El Modelo Hegemónico Antiestado como barrera para la cobertura universal en salud en Guatemala

The hegemonic anti-state model as a sort of barrier to universal health coverage in Guatemala

Dr. Lisandro Morán

Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala

RESUMEN

El Consenso de Washington, de la década de los noventa, matizó la época de elementos neoliberales como la reducción del Estado y su limitación en la función de redistribución, reducción del aparato estatal y disminución de la inversión social, además estimuló la demanda de servicios privados. Estos ajustes estructurales antiestado, agudizaron las condiciones para el incremento del gasto privado en salud y la disminución del gasto público en salud, lo que ocasionó un debilitamiento en el cumplimiento de las funciones del ente rector de la salud y de la institución misma. Bajo esta premisa, los postulados de un Estado capaz de garantizar el derecho humano a la salud se vieron limitados, sin embargo, existe una ventana de oportunidad generada paradójicamente por la Segunda Reforma Social, donde el Banco Mundial ante el fracaso en la reducción de la pobreza, planteó modificar la estrategia de *protección social* para transitar al concepto de *Gerencia del Riesgo Social* y de la noción de *pobreza* a la de *vulnerabilidad*. Esta ventana es posible potenciarla con el ejercicio de la ciudadanía y la lucha por el derecho humano a la salud en un diálogo social, que permita trasgredir el mercado como principio rector de la economía y desarrollar la cobertura pública como sustento del derecho a la vida.

Palabras clave: estado, servicios de salud, política de salud, coberura de servicio.

ABSTRACT

Washington's consensus of the 90's introduced neoliberal elements at that time, for example, the reduction of the State and its limited function in redistribution, the reduction of the state apparatus and the decrease of social investment in addition to stimulating the demand for private services. These anti-state structural adjustments worsened the conditions leading to the increase of private expenditure in health and the reduction of the public expenditure in health, all of which caused the weakening of the functions played by the ruling health entity and of the institution as such. Under this premise, the postulates of a state capable of guaranteeing the human rights to health care were restricted; however, there is a window of opportunities paradoxically generated by the Second Social Reform in which the World Bank, after failing in reducing poverty, put forward the change of the strategy of "social protection" to the concept of "Social Risk Management" and of the notion "poverty" to "vulnerability". It is possible to potentiate this window through the involvement of the citizenry and the fight for the human right to health care within a social dialogue that allows transgressing the market as the ruling principle of economy and developing public coverage as a foundation of the right to life.

Key words: state, health services, health policy, service coverage.

INTRODUCCIÓN

El presente ensayo inicia con una breve contextualización del Modelo Antiestado estableciendo la influencia de las reformas neoliberales y ajustes estructurales, de la década de los noventa, sobre la disminución de la inversión social y el estímulo a la demanda de servicios privados, en un contexto global.

A partir de esta premisa, en el apartado de distribución del financiamiento de la salud pública, describe los efectos sobre el gasto público en salud en Guatemala y el comportamiento del porcentaje del producto interno bruto, mayoritariamente compuesto por gasto privado de bolsillo.

Continúa analizando el incremento de la cobertura y de la producción de los servicios de salud pública y asistencia social en el marco de la gratuidad de la atención declarada en el año 2008 por el gobierno central, en congruencia con la Constitución Política de la República; declaración que se implementa durante la coyuntura de la crisis económica del año 2009, y repercute en un incremento de cobertura con un fuerte reto en lo referente a la calidad.

En este escenario contemporáneo surge un movimiento social, como parte del sector de la salud que promueve la búsqueda de la *cobertura universal en salud* y el fortalecimiento de un Estado capaz de garantizar el derecho humano a la salud.

Este ejercicio de ciudadanía constituye una ventana de oportunidad, coincidente con la denominada reforma social, que se desarrolló ante el fracaso de las reformas estructurales para reducir la pobreza.

Breve contexto antiestatista

Los años noventa son representados por la crisis de la aceptación de las funciones del Estado y la globalización de elementos teóricos y prácticas antiestatistas, que consideran ineficiente la intervención del Estado en la economía y bienestar social.¹

Inflexiblemente, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, presentaron un reajuste económico de carácter neoliberal denominado Consenso de Washington, donde destacan elementos como la reducción del Estado, limitando su función de redistribución, reduciendo el aparato estatal y disminuyendo la inversión social, lo que estimuló la demanda de servicios privados. Reformas que no tuvieron éxito en la disminución de la pobreza y la desigualdad.¹

En materia de reformas al sector, la concepción liberal clásica plantea a la salud como una cuestión individual, por lo que el Estado redefine en sus marcos legales y políticos, el delegar o disminuir sus funciones de prestación de servicios, financiamiento, rectoría y regulación sectorial, y reducir su obligación a brindar asistencia a aquellas personas incapaces de asumir la responsabilidad individual de cuidar de su salud y por ende atenta contra el Derecho Humano a la Salud.²

En Guatemala carecemos de una memoria histórica comprometida con el interés de la población y de la República, una memoria que se reproduzca a través del sistema educativo formal la historia del país y los elementos de intervención de que ha sido objeto; por lo que tenemos tendencia a ver solo el efecto del problema, frecuentemente bajo percepciones inducidas por los medios de comunicación como un aparato ideológico del poder oligárquico.

Por esto es necesario mencionar y recalcar continuamente que la inequidad guarda una lógica con la forma en que el Estado conceptualiza el derecho humano, en concordancia con el modelo económico dominante.

Distribución del financiamiento de la salud pública

En la actualidad, el presupuesto público en salud es tan bajo, que la distribución del financiamiento se dedica año tras año a atender las prioridades de las enfermedades en detrimento de las prioridades de salud; esta administración de la pobreza presupuestaria termina financiando las emergencias en los servicios de atención a la enfermedad, en hospitalización, generalmente en las áreas urbanas y regiones geográficas que coinciden con mayor presencia del Estado y menor pobreza, lo que reproduce finalmente la inequidad del país. Lo anterior reproduce a la vez, el enfoque del paradigma biomédico.

La antesala de este efecto, tuvo lugar durante la década de 1990, cuando el modelo neoliberal a través de la reforma sectorial propicia la disminución del presupuesto del ente rector en salud, en consonancia, el presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) cae del 1,32 del porcentaje del PIB de finales de la década de 1980 a 0,94 al 2000,³ y para el 2011, apenas sobrepasó el 1%. El gasto privado cambió en relación inversa.

Para el 2007, se estimó que el porcentaje del PIB que se invirtió en salud en Guatemala era de 7,3 del cual el 70 % era privado, mayoritariamente efectuado por las familias, en adquisición de medicamentos y estudios diagnósticos.³

Cobertura universal en salud

En el 2008 el gobierno de Guatemala, declaró la gratuidad de la prestación de los servicios públicos de salud para todos los habitantes y prohibió cualquier tipo de pago o contribución obligatoria, lo que estaba en concordancia con la Constitución Política de la República, que establece que el goce de la salud como un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna y la obligatoriedad del Estado de velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes.

Acompañando a este planteamiento, la red de servicios amplió sus capacidades y horarios de atención, incrementó su producción en el 100 % (de 6,3 millones de consultas, en los primeros nueve meses del 2007 a 12,7 millones de consultas para el mismo periodo del 2011, según datos del Sistema de Información Gerencial en Salud) y su cobertura que se estimaba en 82 % para el Ministerio de Salud, de acuerdo al informe de Desarrollo Humano 2009/2010 del PNUD.

Paralelamente, como una política de protección social, el gobierno implementó un programa de Transferencias Monetarias Condicionadas que brinda un bono en efectivo a las familias de los municipios más pobres y estableció como corresponsabilidad, la obligatoriedad de asistir a los servicios públicos de Educación y de Salud, hecho que sin duda contribuyó al incremento de la producción.

Desafortunadamente esta ampliación se vio afectada por la crisis económica de 2009 y la disminución de la recaudación tributaria en el mismo período, propició que el crecimiento de la prestación de servicios y de la demanda inducida, mermara en su calidad por la falta de medicamentos e insumos.

En el 2010, el relator especial sobre el Derecho a la Salud de las Naciones Unidas, luego de su visita a Guatemala, valoró los esfuerzos del gobierno, pero los consideró insuficientes, por lo que recomendó el desarrollo de acciones específicas relativas a acortar brechas en la salud de los pueblos indígenas, en la salud de la mujer y en el acceso de medicamentos genéricos e hizo énfasis en los tratados de libre comercio y su repercusión sobre el incremento de precios.⁴

En esta coyuntura, en el sector de la salud cobró fuerza el planteamiento del Derecho Humano a la Salud y la búsqueda de la Cobertura universal, impulsando la conformación de un Sistema Nacional Coordinado de Salud,* que orientado por el Ministerio de Salud Pública, dirija sus políticas a alcanzar la universalización de la salud y a garantizar el Derecho Humano a la Salud; para lo cual deben considerar las diversas y legítimas expresiones sociales y culturales, el enfoque de derecho, la equidad de género y la interculturalidad, con un sistema descentralizado y desconcentrado, que tenga la capacidad de articular a otras entidades estatales y proponer acciones que organice la gestión pública a fin de garantizar el derecho a la vida.

Estos planteamientos son desarrollados en el marco de un Dialogo Nacional por la Salud, convocado por el ente rector, el cual derivó en la conformación de un foro ciudadano que es una instancia de carácter participativa, con una expresión técnica y política, multisectorial y representativa, cuyo planteamiento es la cobertura universal a mediano plazo. Esto es congruente con el posicionamiento de la mayoría de los países de América Latina durante la última década.

En esta perspectiva de lucha, se plantea al ente rector en salud, la instalación del Consejo Nacional de Salud, instancia que a pesar de existir un mandato para su conformación desde 1997,⁵ se concretó en el 2011, como resultado del Dialogo

Nacional por la Salud. Este Consejo se planteó ampliado, con participación oficial de pueblos indígenas, comadronas, terapeutas tradicionales, sector de mujeres, jóvenes y diversidad sexual, para acompañar a las instituciones de gobierno, privadas y académicas que legalmente lo conforman.

Este enunciado se acompaña con una agenda relacionada con el desarrollo de los recursos humanos, el gobierno local, el incremento del gasto público y un modelo de atención integral en salud, según los acuerdos alcanzados en el citado Diálogo Nacional.

Con respecto a lo ya mencionado, podemos inferir que luego del fracaso de las reformas neoliberales en disminuir la pobreza, nos encontramos, en la etapa de una Segunda Reforma, ahora Social, planteada por el Banco Mundial para modificar la estrategia de *protección social* y transitar al concepto de *Gerencia del Riesgo Social* y el cambio de la noción de *pobreza* a la de *vulnerabilidad*.²

La estrategia involucra a todos los actores interesados en la temática: individuos, familias, comunidades, ONG, empresarios, trabajadores, gobiernos subnacionales y el Estado (nacional) y destaca el "diálogo social" entre ellos; orienta al desarrollo de políticas intersectoriales pero sin transgredir el mercado como principio rector de la economía, la competencia, la flexibilidad del trabajo, el equilibrio fiscal y la apertura externa, mucho menos propiciar la competencia público privado.²

Aun con esta regla explícita de no transgredir el mercado, existe una ventana de oportunidad, que es posible potenciar ejerciendo la ciudadanía, la lucha por el Derecho Humano a la Salud y la cobertura pública como sustento del derecho a la vida.

El Modelo Hegemónico Antiestado, es sin duda una limitación para la cobertura universal en salud y para el desarrollo de un Estado capaz de garantizar el Derecho Humano a la Salud. No obstante, la brecha de inequidades entre población rural y población urbana, población indígena y población latina y la de género, pueden acortarse. Para esto es necesario la optimización de los recursos existentes, una distribución presupuestaria con criterios de equidad y el incremento del gasto público en salud que disminuya el alto gasto privado de bolsillo. La ventana de oportunidad de la segunda oleada de la Reforma Social, debe ser aprovechada al máximo para posibilitar que el sistema fragmentado evolucione hacia un Sistema Nacional Coordinado de Salud, para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria rectora, el desarrollo de la auditoría social y la gestión por resultados que posibilitan la transparencia y la calidad. Esto implica que el Derecho Humano a la Salud, es un elemento capaz de articular y posicionar en el sector de la salud la idea de que a pesar de la divergencia ideológica, se puede avanzar y que la contribución de este avance en la reducción de la pobreza nos favorece a todos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espina Prieto MP. Políticas de Atención a la pobreza y la desigualdad. Examinando el rol del Estado en la experiencia cubana. Buenos Aires; 2008 [citado 5 junio 2012]. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/clacso/crop/prieto/03Intro.pdf>
2. Laurell AC. Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. New York; 2010 [citado 5 junio 2012]. Disponible en:

http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/laurell_revisando_las_politicas_y_discursos_en_salud_en_america_latina.pdf

3. Hernández Mack L. Ajustes, reforma y resultados: las políticas de salud de Guatemala, 1985-2010. Guatemala: Serviprensa;2010.
4. Anand G. Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la salud, Misión a Guatemala 2010. New York: NN. UU.; 2011.
5. Código de Salud. Artículo 12, decreto 90-97 del Congreso de la República de Guatemala. Guatemala: Congreso; 1999.

* Establecido en los acuerdos de paz, al final del conflicto armado interno, específicamente en el Acuerdo de Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, suscritos entre la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca y el Gobierno de Guatemala en mayo de 1996.

Recibido: 10 de enero de 2012.

Aprobado: 3 de julio de 2012.

Lisandro Morán. Centro Universitario Metropolitano. Universidad de San Carlos de Guatemala. Edificio D, 9 Av 9-45 Zona 11 Guatemala 01011. Guatemala. Correo electrónico: lisandromoran@gmail.com