

# La agenda de salud global, su reflejo en las políticas de salud de Guatemala

Avance de investigación en curso

GT 19 – Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos en la población

Lucrecia Hernández Mack  
Oliva López Arellano

Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Xochimilco, México.

## Resumen

Los cambios en el sistema de salud global se reflejan en los sistemas nacionales de salud, particularmente de los países en desarrollo. En el caso de Guatemala, las agencias de cooperación ejercen una pesada influencia sobre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), aún cuando su participación en el financiamiento de salud es escasa. Mientras las políticas de salud impulsadas por los gobiernos guatemaltecos se caracterizan por ser improvisadas y temporales, los programas respaldados (técnica o financieramente) por las agencias internacionales presentan mayor estabilidad y permanencia tienen. De esta forma, procesos globales como la Atención Primaria en Salud (integral y selectiva), las reformas neoliberales de salud, y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se traducen a las políticas de salud de Guatemala, con una traducción particular debido a la conformación histórica de su Estado y sistema de salud, y sus características actuales, pero siempre favoreciendo al mercado de la salud y a los actores privados.

**Palabras claves:** cooperación internacional, sistemas de salud, políticas de salud

## 1. De la salud internacional a la salud global

La influencia externa sobre las políticas públicas de los Estados ha sido constante, sea conocida como medicina tropical, salud internacional y, más recientemente, salud global. El término de “salud internacional” se empezó a utilizar en los inicios del siglo XX cuando los países reconocieron el valor de la cooperación intergubernamental y establecieron cuerpos permanentes para trabajar asuntos de salud que traspasaban fronteras nacionales. Aunque se distinguía de la medicina tropical –encargada de los problemas de salud de las colonias europeas en Asia, África, Caribe y otros contextos tropicales– la salud internacional reflejó los intereses de poderes imperiales para proteger el comercio internacional y controlar enfermedades infecciosas que pudieran generar inestabilidad social o reducir la productividad laboral. Con la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) después de la II Guerra Mundial, se intentó acuñar el término “salud mundial” para reflejar el propósito, más que la connotación política de “internacional”. Sin embargo, debido a las tensiones de la Guerra Fría reforzó las características de la cooperación internacional como políticas para la subordinación política y económica de los países en desarrollo. Esto no permitió que la noción de salud mundial se afianzara, manteniéndose el término de “salud internacional” (Birn, Pillay, Holtz, 2009).

De manera más reciente, “salud internacional” se ha rebautizado como “salud global”. Las definiciones del término han sido variadas, pero las principales que se han propuesto son de tipo

aspiracional<sup>1</sup>, en el que se plantean los propósitos, pero sin reflejar el accionar real (Birn et al, 2009). Quienes abogan por trabajar bajo el paraguas de salud global hacen una primera crítica a la salud internacional, señalando que esta última se ha restringido al control de las enfermedades infecciosas en los países en desarrollo, aún cuando se incluyan problemáticas crónicas. También señalan que la salud internacional se refiere con frecuencia al “trabajo que se realiza en el extranjero” por parte de actores provenientes de países desarrollados. Entonces, enfocan la salud global para ir más allá de las preocupaciones particulares de las naciones, para trabajar sobre los asuntos que afectan la salud y que trascienden los límites territoriales, apuntando como objetivo mayor el logro de la equidad en salud, entre países y para toda la gente (Koplan et al, 2009).

La salud global se asocia al proceso actual de globalización en el que hay “un aumento de la interdependencia e integración económica, política y social, a medida que el capital, los bienes, las personas, conceptos, imágenes, ideas y valores cruzan los límites de los estados”, y en el que se distinguen promesas y amenazas (Brown, Cueto y Fee, 2006). Hay también un mayor diversidad de actores, con más participación de fundaciones privadas, organizaciones no gubernamentales (ONG) y corporaciones transnacionales, rebasando la presencia de las tradicionales instituciones gubernamentales e intergubernamentales (Beaglehole y Bonita, 2010). Esta diversificación de actores y su mayor inclusión en los procesos de decisión es lo que, para Walt, Buse y Harmer (2012), otorga el carácter global, en comparación con la salud internacional.

La Organización Panamericana de Salud (OPS), aunque reconoce los efectos de la globalización en la salud y el aumento de actores e interacciones en salud, propone continuar trabajando desde la perspectiva de la salud internacional. Su modelo conceptual sobre ésta se enfoca en el papel del Estado-nación y la manera en que analiza los asuntos de salud; incluye además los intereses, el rol y la proyección del Estado-nación en el ámbito de la comunidad internacional, así como las relaciones y equilibrios (o desequilibrios) de poder entre países (Guerrero, Auer y Godue, 2010). Se percibe aquí la necesidad de esta institución de reivindicar la importancia de los Estados en la salud, particularmente en este contexto en el que el poder se encuentra principalmente en manos de actores privados.

El propósito detrás del término de salud global es sugerir que hay susceptibilidad, responsabilidad y experiencias globales en salud que se comparten. Se supondría entonces que la salud global trabaje sobre los problemas de salud tanto de los países ricos, como de los pobres. Desde un punto de vista colectivo, la salud global se referiría a los patrones de salud y enfermedad en términos de las fuerzas, procesos y condiciones globales, nacionales y locales, en los ámbitos político, económico, social y epidemiológico (Birn et al, 2009). Estos autores, no obstante, argumentan que la “nueva” definición de salud global todavía mantiene muchas similitudes con la salud internacional de principios del siglo XX. Si bien la salud global declara ir más allá del control de las enfermedades infecciosas y deslindarse de la connotación paternalista o neocolonialista de la salud internacional para aproximarse más a la susceptibilidad y a la responsabilidad global compartida sobre la salud, el contexto actual sigue estando dominado por intereses de actores poderosos como el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y la Organización Mundial del Comercio (OMC), de la mano con corporaciones transnacionales, que ejercen una fuerte influencia sobre las políticas globales y domésticas, sociales y económicas. Éstas relaciones de poder siguen encaminando políticas internacionales de salud con una lógica de mercado, promoviendo la privatización y dejando fuera el quehacer sobre las determinantes de la salud-enfermedad. Haciendo una interpretación amplia de las ideas de estos autores, más que el

---

<sup>1</sup> Koplan y colaboradores (2009) definen la salud global como “un área para el estudio, la investigación y la práctica que coloca como prioridad la mejoría de la salud y el logro de la equidad en salud para todas las personas en el mundo”. Ilona Kickbush (citada por Beaglehole y Bonita, 2010) define la salud global como “aquellos asuntos de salud que trascienden los límites y gobiernos nacionales y llama a la acción a las fuerzas globales que determinan la salud de las personas”. Beaglehole y Bonita (2010) proponen que la salud global es “la investigación y acción colaborativa transnacional para promover la salud para todos”.

uso específico de un término u otro, lo importante es sostener una perspectiva crítica, aún cuando se tenga una afiliación con áreas e instituciones más tradicionales de la salud pública.

Los últimos 25 años se caracterizan la crisis económica –“década perdida”–, la implementación de políticas de estabilidad y ajuste estructural, el cuestionamiento del Estado y su modernización, así como las reformas sectoriales de corte neoliberal. El mercado juegan un nuevo papel estratégico en la economía expresado en los preceptos del Consenso de Washington, perfilando claramente la liberación de la economía y la reorientación de las políticas sociales por parte de los Estados. La actual etapa de globalización está marcada no sólo por la continuación, sino por la profundización del capitalismo, con sus subsecuentes cambios en los determinantes, riesgos y condiciones de salud, así como en la respuesta social organizada. Es así como en este período vemos el tránsito de la salud internacional transita a la salud global. En esta arena, los principales cambios se observan principalmente en sus actores y el financiamiento, mientras que la agenda programática no parece mostrar giros tan dramáticos.

## 2. Actores, financiamiento y agenda en la salud global

### 2.1 El giro privado de la salud global

Los actores en salud global son de diversa naturaleza pudiéndose agrupar como Estados, organizaciones de Naciones Unidas (NU), bancos multilaterales de desarrollo, agencias bilaterales, fundaciones, financistas de investigación, alianzas de salud global<sup>2</sup> (GHP, por sus siglas en inglés), ONG u organizaciones de la sociedad civil (OSC), el sector empresarial, programas afiliados a universidad y *think-tanks*, y firmas consultoras, entre otras (Skolnik, 2012; Walt, Buse y Harmer, 2012; Davies, 2010).

Si bien es cierto que las agencias de cooperación internacional en salud han existido desde finales del siglo XIX, es a partir de la II Guerra Mundial y con la implementación del Plan Marshall que se introduce la ayuda global internacional para el desarrollo, incluyendo el apoyo para servicios de salud en países de bajo ingreso (Walt, Buse y Harmer, 2012). En este período se creó también el Sistema de Naciones Unidas (SNU), ubicándose al Estado-nación como corazón del sistema, con la intención de facilitar el intercambio y contacto entre los Estados miembro, aunque con una limitada interacción entre los sistemas gubernamentales y las organizaciones de sociedad civil (Buse, Mays y Walt, 2005; Skolnik, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), creada en 1948, jugó un importante papel en la cooperación técnica en salud y en la representación de sus Estados miembro; desde ese momento, y durante las siguientes tres décadas, su membresía creció. Sin embargo, para la década de los ochenta la OMS perdió su liderazgo y fue desplazada por otras organizaciones internacionales, particularmente por el Banco Mundial (BM) y los bancos regionales de desarrollo. El BM jugó una parte importante en la expansión del pensamiento político y económico neoliberal, promoviendo reformas de salud (por préstamos directos) que cambian el rol tradicional del Estado e impulsan una mayor participación del sector privado en la atención en salud (Walt, Buse y Harmer, 2012; Unger et al, 2010).

Los últimos 25 años también han dado paso a una participación más prominente de organizaciones de la sociedad civil o de las organizaciones no gubernamentales. Muchos donantes

---

<sup>2</sup> Sonja Bartsch (2011) clasifica estas alianzas en los siguientes: a) alianzas de abogacía o apoyo, que buscan sensibilizar a los formuladores de política, trabajadores de salud y público general sobre ciertos problemas o condiciones de salud; b) alianzas para investigación y desarrollo, que invierten en el desarrollo de nuevas vacunas y medicamentos para enfermedades; c) alianzas para el acceso, cuyo propósito es mejorar la disponibilidad y acceso a medicinas en países de bajo ingreso, generalmente a través de reducciones de precio o donaciones; d) alianzas de financiamiento, se concentran en el financiamiento más que en las actividades operativas y dan donaciones a países en desarrollo, agencias multilaterales o actores privados/no gubernamentales.

consideran que estas organizaciones son más adecuadas para implementar intervenciones de salud y aumentar el “capital social” comunitario. Muchas OSC han transitado de actividades de provisión de salud al cabildeo y la abogacía, construyendo redes internacionales de trabajo. Organizaciones como OXFAM, Médicos sin Fronteras y alianzas como el Movimiento por la Salud de los Pueblos han participado en los debates globales sobre deuda y comercio, a favor de políticas globales para alcanzar la meta “Salud para Todos” y promoviendo acuerdos que faciliten el acceso a medicamentos esenciales (Walt, Buse y Harmer, 2012; Skolnik, 2012).

Con la Declaración del Milenio de Naciones Unidas en el 2000 y la definición de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la salud global enfocó su atención en el logro de esos objetivos y en cómo financiar estas aspiraciones. Argumentando que la ayuda tradicional (recolectada generalmente por gobiernos donantes a través de sus impuestos y entregada como donaciones a otros gobiernos y ONG receptoras) ya no era adecuada para enfrentar los desafíos mundiales de salud, se establecieron nuevos mecanismos para recaudar recursos para el desarrollo. Así se crean nuevos mecanismos y alianzas de financiamiento, como por ejemplo UNITAID<sup>3</sup>, Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI, por sus siglas en inglés) y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis (Fondo Mundial), basado en alianzas público-privadas (entre organizaciones internacionales, gobiernos, OSC y compañías privadas lucrativas) para implementar proyectos de ayuda basada en resultados (Walt, Buse y Harmer, 2012; Bartsch, 2011; Skolnik, 2012).

Los nuevos mecanismos financieros han creado un boom de fondos adicionales para la salud y la multiplicación de las fuentes de financiamiento. Además de la tradicional Asistencia para el Desarrollo en Salud (ADS) bilateral y multilateral, los países receptores también están recibiendo fondos de ONG, alianzas, fundaciones privadas, el sector empresarial e individuos (vía impuestos o donaciones directas). Vale señalar que las fundaciones privadas filantrópicas que poseen una gran cantidad de recursos como la Fundación Bill & Melinda Gates, la Fundación Carlos Slim y la Fundación Bloomberg, se han convertido en “jugadores de peso de pesado” de la salud global. Al existir una casi inevitable relación entre los recursos financieros y la influencia política, estos donantes juegan un rol protagónico en la formulación de políticas y en la definición de la agenda de salud global (Williams y Rushton, 2011).

La salud global ha experimentado un cambio en las relaciones de influencia y poder. Lo que alguna vez fue un sistema gobernado por Estados a través de organismos internacionales y organizaciones de NU, es ahora una arena diversa con muchos más actores no estatales que convergen y compiten. Este cambio de representación tiene importantes implicaciones para las políticas de cooperación en salud en este siglo XXI. Aún cuando se han abierto espacios para una mayor interacción, existen preocupaciones por la lógica tecnológica y de control de enfermedades que impulsan los principales actores privados, así como las relaciones desiguales de poder en la gobernanza de este sistema (Williams y Rushton, 2011; Davies, 2010; Walt, Buse y Harmer, 2012).

## **2.2 Financiamiento, el boom del nuevo milenio**

Los estudios que monitorean la ADS<sup>4</sup> muestran que el financiamiento en salud global también ha aumentado dramáticamente en los últimos 20 años. El crecimiento ha sido tanto de la Asistencia

---

<sup>3</sup> UNITAID es una instancia para la compra internacional de medicamentos, orientado a tratamientos para el VIH, malaria y tuberculosis. Fue lanzado en 2006 por los gobiernos de Brasil, Chile, Francia, Noruega y el Reino Unido, y por la Fundación Bill y Melinda Gates. Tres cuartas partes de sus recursos provienen de un “impuesto de solidaridad” de pasajes de aerolíneas implementado en siete países; el resto de los recursos provienen de las contribuciones de 29 miembros de UNITAID (Bartsch, 2011).

<sup>4</sup> Actualmente se realizan esfuerzos para diseñar un mejor sistema que permita monitorear la ADS y refinar los mecanismos de medición de los recursos (Grépin et al, 2011). Aún está por delimitarse qué es ADS y establecer claramente qué tipo de instituciones debe ser rastreada, qué cuenta como dinero para salud, qué está relacionado con la salud en otros sectores, y si

Oficial al Desarrollo (AOD), como del financiamiento privado (McCoy, Chand y Sridhar, 2009; Ravishankar et al, 2009). El aumento es significativo. Mientras en 1990 la ADS fue de US\$5.6 millardos, para el año 2007 había aumentado a US\$21.8 millardos, y en el 2010 se reportaron US\$ 26.9 millardos. Durante este período disminuyó la ADS canalizada por las agencias de NU y los bancos de desarrollo; por el contrario, el Fondo Mundial, GAVI, la ayuda bilateral de Estados Unidos y del Reino Unido, y la Fundación Gates se convirtieron en los principales canales de asistencia (Ravishankar et al, 2009; Murray et al, 2011).

A pesar del aumento, la crisis económica global del 2008 afectó el financiamiento en salud global. La ADS aumentó 17% entre 2007 y 2008, pero se ralentizó abruptamente entre 2008-2009 con un crecimiento de sólo 6%, y 7% entre 2009-2010. Los financistas dominantes siguieron aumentando su gasto absoluto, entre 2008 y 2010; los programas bilaterales de Suecia, España, Japón y Alemania se mantuvieron constantes, y algunos bancos y financistas pequeños (Dinamarca, Holanda y Finlandia) aceleraron su gasto. Quienes mostraron una verdadera caída en el gasto fueron ONUSIDA, OPS, ONG de Estados Unidos, los bancos de desarrollo interamericano y de Asia, y los programas bilaterales de Francia e Italia (Murray et al, 2011).

Los diez principales países receptores de ADS son asiáticos y africanos (Murray et al, 2011). Para la región de América Latina y el Caribe la tendencia de aumento no aplica del todo; si bien recibió una gran cantidad de fondos (de bancos multilaterales) para las reformas de salud, el financiamiento se estancó para 1997. Mientras África percibió un incremento de ADS después de la Cumbre del Milenio, ésta cayó en un 30% en la región latinoamericana entre 2001 a 2006. No obstante, desde 2003, los países de ingreso medio y bajo de la región siguieron recibiendo un financiamiento importante proveniente de la Fundación Gates, GAVI, el Fondo Mundial y la ayuda bilateral de Estados Unidos, Canadá y España (De Los Ríos et al, 2011).

El VIH/SIDA ha sido la enfermedad favorita para asignar recursos. Mientras en 1990 recibía desembolsos de US\$0.2 millardos (3.4% de la ADS), para el año 2007 fue de US\$5.1 millardos, representando el 23.3% de toda la ADS. Los programas dirigidos a la salud materna, neonatal e infantil ocupan el segundo lugar; las enfermedades no contagiosas son las que menos recursos reciben, en comparación con otras áreas de salud. El apoyo general a sistemas de salud, no vinculados a programas o enfermedades específicas, se mantienen bajos y representan sólo el 4.1% de toda la ADS (Ravishankar et al, 2009; Murray et al, 2011).

Deben notarse los cambios del financiamiento de las organizaciones e instituciones—particularmente las organizaciones de NU—, pues esto afecta el proceso de formulación de políticas. La OMS se apoyaba inicialmente en un presupuesto regular proveniente de las contribuciones de los Estados miembro, calculadas en base al tamaño de la población y el Producto Interno Bruto. A principios de la década de los sesenta, el presupuesto regular se complementaba con donaciones pequeñas (fondos extra-presupuestarios) provenientes de otras agencias multilaterales y donantes. Los fondos extra-presupuestarios crecieron cuando donantes particulares (usualmente Estados miembro con mayor ingreso) dieron financiamiento adicional a la OMS para programas particulares. En 1971 estos fondos extra-presupuestarios representaban el 25% del presupuesto total del OMS, pero en el año 2004 este porcentaje aumentó a 66%. Para los años noventa, diez países proveían el 90% de todos los fondos extra-presupuestarios, los mismos que aportaban más de la mitad del presupuesto regular. Las contribuciones voluntarias colocan a la OMS “en manos” de quienes dan dinero, y algunos consideran que es este pequeño número de donantes son quienes conducen la política de salud (Walt, Buse y Harmer, 2012).

La “estrella naciente” de este milenio es la Fundación Gates. Creada en el año 2000, su poder proviene de su habilidad de entregar donaciones y subvenciones para programas operativos e

investigación, así como del patrocinio de alianzas como GAVI y el Fondo Mundial. La Fundación Gates es ahora un donante internacional aún mayor que todos los gobiernos, exceptuando los de Estados Unidos y el Reino Unido (Walt, Buse y Harmer, 2012). Otras organizaciones del sector privado son también asociados importantes en las alianzas de salud global. Cuando analizaron los cuerpos directivos de las alianzas, Buse y Harmer (citados por Williams y Rushton, 2011) encontraron que el 23% de los puestos son ocupados por representantes de corporaciones, más otro 6% llenado por fundaciones.

Una preocupación compartida gira de la gobernanza global en salud, particularmente sobre la reubicación de la autoridad, alejándose de los Estados y las organizaciones internacionales tradicionales. Los actores y los intereses privados siempre han estado presentes en el nivel global, pero ahora son actores esenciales de la gobernanza de salud global, reconocidos y legitimados ampliamente como tal (Williams y Rushton, 2011). En este “giro a lo privado” otras organizaciones económicas funcionan como piedras angulares en la definición de las políticas de salud global. Tal es el caso de la Organización Mundial de Comercio (OMC) que ha creado un marco para la liberalización del sector salud; el BM está impulsando un modelo de mercado como plantilla para los sistemas nacionales y el Fondo Monetario Internacional (FMI) ejerce influencia sobre el gasto nacional de salud, incluyendo restricciones a los salarios de los trabajadores de salud.

Si bien pueden dirigirse duras críticas a las organizaciones internacionales, al menos éstas deben reportar sus actividades y resultados a los Estados miembros; sus presupuestos (aunque no siempre claros) son objeto de auditorías anuales. A diferencia de éstas, los actores privados ejercen un fuerte poder en la arena de la salud global sin existir mecanismos que los obliguen a rendir cuentas y asegurar la transparencia de sus acciones y transacciones (Williams y Rushton, 2011; Walt, Buse y Harmer, 2012).

Los diferentes actores tienen intereses distintos difíciles de conciliar. No es extraño que los intereses diplomáticos y comerciales de los programas bilaterales, además de los objetivos humanitarios y de salud de la cooperación en desarrollo, generen desencuentros con las prioridades identificadas en los procesos de consulta con otro país. Las organizaciones internacionales, incluyendo las alianzas público-privadas, persiguen múltiples y distintos objetivos a la vez y todas competirán por colocar sus temas en la agenda global de salud y en la de sus contrapartes nacionales (Buse, Mays y Walt, 2011).

### **2.3 La agenda de la salud global, ¿más de lo mismo?**

Para la salud internacional, los asuntos considerados relevantes han sido principalmente las enfermedades infecciosas de los países en desarrollo, objetos de abordajes tecnológicos. A finales de los setenta, la OMS estableció la meta “Salud para Todos en el año 2000”, proponiendo la Atención Primaria en Salud (APS) como principal estrategia para alcanzarla. Se buscaba cambiar el carácter tecnológico y orientado a la enfermedad hacia un abordaje multisectorial centrado en el desarrollo. Pero la idea original de la APS no duró por mucho tiempo dada la resistencia de varios actores. Por ejemplo, la industria farmacéutica vio afectados sus intereses económicos, los países ricos consideraron la estrategia demasiado cara, y –en el contexto de la Guerra Fría– muchos gobiernos autoritarios evadieron la idea de promover la participación comunitaria. La APS fue reducida a una versión “selectiva”, que consiste en intervenciones verticales para la supervivencia infantil conocida como GOBI (siglas en inglés para monitoreo de crecimiento, rehidratación oral, lactancia materna e inmunizaciones), y posteriormente complementada con FFF (siglas en inglés para educación de las mujeres, suplementación de alimentos y planificación familiar) (Werner y Sanders, 2000; Walt, Buse y Harmer, 2012).

Cuando el BM fortaleció su liderazgo en la formulación de políticas de salud y promovió las reformas de salud a lo largo y ancho del mundo, se redefinieron los roles y responsabilidades de los

actores de salud. Desde la lógica neoliberal, las actividades de salud pública y control de enfermedades se asignaron a los ministerios de salud, y la atención curativa se “entregó” al sector privado. Esta reasignación, incrustada ya en la mayoría de sistemas de salud de los países en desarrollo, favorece la privatización de la atención en salud y la fragmentación del sistema, por introducir programas verticales que no se integran a los servicios primarios de salud (Unger et al, 2010).

Desde el inicio del milenio la agenda de salud global se ha centrado en alcanzar los ODM que, al igual que la APS selectiva, se enfocan en la salud materna e infantil, aunque añade el control de tres enfermedades infecciosas: VIH/SIDA, tuberculosis y malaria. Sridhar y Batniji (2008) identificaron patrones de asignación de fondos de los cuatro principales financistas (Fundación Gates, gobierno de Estados Unidos, Fondo Mundial y BM), en 2005. Cuando compararon el gasto acumulado con la mortalidad y la discapacidad, encontraron una discrepancia entre la carga de enfermedad de los países en desarrollo y el financiamiento para enfermedades específicas. Ejemplo de esto es América Latina y el Caribe. Desde el año 2003, más de una tercera parte de la ayuda para salud se destina programas de VIH/SIDA, aún cuando sólo representa el 2.4% de toda la carga global de enfermedad de la región (De Los Ríos et al, 2011). Este tipo de hallazgos obliga a comparar las condiciones de salud que *debieran* ser de interés para la salud global, con lo que actualmente está incluido en la agenda.

Las iniciativas de salud continúan con un abordaje vertical, orientadas a enfermedades específicas a través de intervenciones tecnológicas que pueden socavar el sistema nacional de salud. Por priorizarse sólo el control de un pequeño grupo de enfermedades, dejan de abordarse muchos otros problemas sanitarios y los determinantes sociales de salud. Los programas verticales afectan las capacidades del sistema de salud al competir con los servicios regulares de salud en aspectos de gestión y administración de servicios, la asignación de recursos, el financiamiento, e incluso el personal de salud (Unger et al, 2010; Marchal et al, 2009). Pareciera entonces que la agenda actual sigue siendo muy similar a lo ocurrido hace 25 años con la propuesta de la APS selectiva y de las reformas de salud. Aún cuando la OMS y la OPS han hecho un llamado a la renovación de la APS, la fuerza no ha sido suficiente como para generar un cambio de tendencia, y los actores poderosos de la salud global seguirán respondiendo a sus intereses de relacionamiento exterior y la acumulación de capital en el sector salud.

### **3. Lo global en lo nacional, las políticas de salud de Guatemala**

Bajo el marco descrito anteriormente, uno de los puentes que se tienden entre la arena de la salud global y los sistemas de salud nacionales es la cooperación internacional. Para el caso de Guatemala, las agencias de cooperación internacional han sido reconocidas como algunos de los actores con más capacidad de influencia en las políticas de salud y en la configuración del sistema, más que muchos otros actores nacionales de instituciones públicas, movimientos sociales o de ONG (Jiménez, 2008; Flores, 2010).

En este país las políticas de salud de los últimos 25 años se caracterizan por ser erráticas y, en muchos casos, improvisadas, afectadas por la débil institucionalidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Los programas o intervenciones más estables o duraderas han sido aquellos promovidos o financiados por agencias internacionales como el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), otras estrategias enfocadas en salud materna, infantil y reproductiva (inmunizaciones, micronutrientes, planificación familiar), y –más recientemente- la atención al VIH/SIDA (Hernández Mack, 2010).

Cuando se pregunta a las autoridades cuáles son los problemas prioritarios de salud, éstas identifican –en orden de importancia–: la mortalidad materna e infantil, las enfermedades transmitidas por vectores y las enfermedades nutricionales (Arriagada, Aranda y Miranda, 2005). Estas preocupaciones se reflejan en los planes nacionales de salud de los gobiernos guatemaltecos de las últimas tres décadas, en donde las principales políticas y acciones giran en torno a la población

materno-infantil, de salud reproductiva, la desnutrición y enfermedades infecciosas seleccionadas (Miranda Gómez, 2012). Si bien no puede negarse que Guatemala es uno de los países latinoamericanos con los más altos índices de desnutrición crónica y mortalidad materno-infantil, llama la atención la poca visibilidad que tienen otros problemas que están causando gran cantidad de muertes en la población como la diabetes, el infarto al miocardio, los accidentes cerebrovasculares, la cirrosis (asociada al consumo de alcohol) y los homicidios, los cuales se encuentran listados entre las diez principales causas de mortalidad del país (MSPAS, 2010).

Las prioridades y políticas de salud de Guatemala no están siendo definidas por criterios epidemiológicos o necesidades locales, sino por las prioridades de la agenda internacional de salud. En los últimos 25 años, el país ha sido receptor de préstamos provenientes del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM), así como donaciones y cooperación técnica de diversas agencias multilaterales y bilaterales. Éstas influyen de tal manera que las políticas nacionales de salud se enfocan principalmente a intervenciones de salud reproductiva y de la niñez, y en programas verticales contra enfermedades específicas (Hernández Mack, 2010).

Como parte de los procesos de reforma de salud, a partir del préstamo del BID denominado Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (PMSS), se inicia en 1997 el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) en el cual el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) contrata a entidades no gubernamentales para la administración y prestación de un paquete básico de servicios. El PEC es la “punta de lanza” del proceso de reforma; su paquete, diseñado para la su focalización en la población rural, consiste principalmente en la atención prenatal y la atención de enfermedades infecciosas de niños y niñas menores de 5 años. En su diseño también se incluye la atención a enfermedades prevalentes como el dengue, malaria, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA y atención a urgencias para la población general, así como atención al medio ambiente (MSPAS, 1999; Barillas, 2003). Estas últimas intervenciones no han sido implementadas de manera efectiva pues los evaluaciones que se realizan sobre las administradoras y prestadoras de servicios se basan principalmente en indicadores de producción de la atención materno-infantil (P.ej. controles prenatales, cobertura de inmunizaciones, entrega de micronutrientes), lo que provoca que las entidades contratadas orienten sus esfuerzos y recursos a la intervenciones evaluadas.

En la última década, los esfuerzos para la gestión y aprobación de préstamos (al BID y BM) continúan girando alrededor de la población materno-infantil y la desnutrición crónica, encontrándose – al menos– los siguientes: “Expandiendo oportunidades para grupos vulnerables” (P107416) y “Salud materno-infantil y nutrición” (P077756), “Mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de nutrición y salud” (GU-L1022), “Apoyo en la implementación del programa Creciendo Bien” (GU-T1029), “Apoyo al abordaje de la desnutrición aguda en Guatemala (GU-T1152) y “Control de las enfermedades desatendidas en Guatemala (GU-T1169)<sup>5</sup>. Algunos de estos préstamos se gestionan como respuesta al programa Mi Familia Progresá (MIFAPRO), iniciado en el años 2008, en donde las familias seleccionadas reciben transferencias monetarias cuando cumplen con ciertas condiciones como la asistencia de los menores a las escuelas, controles médicos de niños y niñas y controles prenatales de mujeres embarazadas (Hernández Mack, 2010).

La cooperación técnica y financiera también ha sido proporcionada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), otras agencias del Sistema de Naciones Unidas (SNU), las agencias de cooperación internacional de Estados Unidos, Suecia, España, Canadá, Noruega, Japón, Corea del Sur y otras Organizaciones No-Gubernamentales (ONG), entre otros (OPS, 2008). De manera similar a las prioridades de la reforma en salud, y motivada por cumplir con las metas de salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la mayoría de esta

---

<sup>5</sup> Los proyectos en preparación, aprobados, en implementación y finalizados del BID en Guatemala pueden encontrarse en la página web de este banco, en su base de proyectos: <http://www.iadb.org/es/proyectos/proyectos.1229.html>

cooperación se ha concentrado en las tasas de mortalidad materna e infantil del país, la desnutrición, el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.

Es así como llegan a Guatemala diversas estrategias para la atención materno-infantil que son rápidamente adoptadas en el país, entre ellas la estrategia AIEPI/AINM-C que complementa la “Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia” (AIEPI) con la “Atención Integral del Niño y la Mujer con énfasis en la Comunidad” (AINM-C). Muchas de las nuevas leyes de salud de los últimos 10 años están relacionadas con la salud reproductiva y sexual, como la Ley General del VIH/SIDA<sup>6</sup>, la Ley de Desarrollo Social<sup>7</sup> y la Política de Desarrollo Social y de Población, la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva<sup>8</sup>, y la Ley de Maternidad Saludable<sup>9</sup>. A partir de estas leyes se crean el Programa VIH/SIDA y el Programa de Salud Reproductiva dentro del MSPAS, y se involucra en la temática al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y a otras entidades públicas y privadas (Hernández Mack, 2010).

Para la atención al VIH/SIDA, la tuberculosis y enfermedades transmitidas por vectores, desde el año 2005 Guatemala empieza a recibir apoyo técnico y recursos del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial). Por su parte, la seguridad alimentaria y nutricional adquiere una mayor relevancia, formulándose entonces la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional y la creación del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN), la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia (SESAN) y el Consejo Nacional de Seguridad Nutricional (CONASAN) (Hernández Mack, 2010).

De manera más reciente se encuentra la Iniciativa Mesoamericana de Salud Pública (IMSP), una alianza público-privada de cooperación que cuenta con financiamiento proveniente de la Fundación Bill y Melinda Gates, el Instituto Carlos Slim y el Estado español. La IMSP ha sido suscrita por los gobiernos de los países mesoamericanos (México, Centroamérica, Colombia y República Dominicana) y sus ministerios de salud y ha dado prioridad a cuatro grupos de problemas de salud, en las poblaciones más pobres: paludismo y dengue, desnutrición infantil, salud materno-infantil y enfermedades prevenibles por vacunación (Santos Preciado y Franco Paredes, 2011). La coordinación y las evaluaciones de impacto están a cargo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y en Guatemala se implementará a través del proyecto GU-G1001 de esta institución.

Si bien podría pensarse que siempre será favorable contar con más recursos financieros y apoyo técnico en la formulación e implementación de las políticas de salud, sin importar de dónde provengan, es necesario profundizar sobre esta afirmación. Por un lado, las iniciativas de la cooperación externa y los esfuerzos del país no han tenido los resultados esperados en el mejoramiento de las condiciones de salud. Por ejemplo, el PEC ha estado en desarrollo por más de 14 años y aunque ha presentado múltiples reportes sobre la producción de servicios, no existe ninguna evaluación del impacto en la salud materna o infantil, ni a nivel comunitario, local o nacional.

En el caso de los ODM, la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) presentó en 2010 los progresos del país, mostrando que aunque hay avances en el control de la malaria y la tuberculosis, aún hay deficiencias en el acceso a tratamientos antiretrovirales e información para el VIH/SIDA) (SEGEPLAN, 2010a). Si bien se observan mejoras en la reducción de la mortalidad infantil en las regiones Central y Metropolitana del país, las otras seis regiones aún tienen un largo camino por recorrer (SEGEPLAN, 2010b). Es muy posible que Guatemala no logre la meta de reducción de mortalidad materna para el año 2015 (SEGEPLAN, 2010c) y en el tema de

---

<sup>6</sup> Decreto 27-2000 del Congreso.

<sup>7</sup> Decreto 42-2001 del Congreso.

<sup>8</sup> Decreto 87-2005 del Congreso.

<sup>9</sup> Decreto 32-2010 del Congreso.

desnutrición crónica infantil (3 a 59 meses de edad) se observa que ésta aumentó de 46.5% a 49.3%, entre 1998-99 a 2002, para caer únicamente a 43.4% en 2008-09. De nuevo, los niños de las áreas rurales e indígenas son las más afectadas y en las que se muestra menos mejoría (MSPAS, 2009).

Por el otro lado, el énfasis casi exclusivo en la salud materno-infantil ha desviado la atención de otros problemas de salud y las intervenciones (mayoritariamente verticales) han provocado una mayor fragmentación del sistema de salud al competir con los servicios públicos de salud por su tiempo, financiamiento, recursos y personal. Está también la inquietud de cómo las autoridades públicas de salud (en el nivel central y en los niveles locales y operativos) logran manejar las demandas de diversas agencias y proyectos internacionales, de qué manera actúan los actores de la cooperación externa influyen sobre las políticas públicas de salud y qué características tiene el sistema de salud de Guatemala (y sus actores) que facilitan la influencia externa.

## **Bibliografía**

Agatre Okuonzi, S., and Macrae, J. (1995). Whose policy is it anyway? International and national influences on health policy development in Uganda. *Health Policy Plan.* (1995) 10(2): 122-132.

Arriagada I., Aranda V., Miranda F. (2005). Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. Serie Políticas Sociales. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.

Bartsch, S. (2011). A Critical Appraisal of Global Health Partnerships. En: *Partnerships and Foundations in Global Health Governance*, Rushton S y Williams OD (Eds.), New York: Palgrave Macmillan. Pp. 29-52.

Beaglehole, R., & Bonita, R. (2010). What is global health? *Global Health Action*, 3: 5142.

Birn A-E., Pillay Y., Holtz T.H. (2009). *Textbook of International Health: Global Health in a Dynamic World*. New York: Oxford University Press. Tercera edición. Libro electrónico.

Brown T.M., Cueto M., Fee E. (2006). The World Health Organization and the Transition From International to Global Public Health. *American Journal of Public Health*; Jan 2006, Vol. 96, No. 1: 62-72.

Davies, S.E. (2010). *Global Politics of Health*. Cambridge: Polity Press. 243p.

De Los Ríos, R., Arósqüipa, C., Vigil-Oliver, W. (2011). El financiamiento internacional para la cooperación al desarrollo de la salud de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica.* 2011;30(2)133-43.

Donnangelo, M.C. (1994). *Salud y Sociedad*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Flores, W. (2010). Aproximación a la gobernanza del Sistema de Salud de Guatemala y las políticas públicas de salud. *Cuadernos de Desarrollo Humano 2009/2010-2*. Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 38p.

García, J.C. (1981). La medicina estatal en América Latina/2 (1880-1930). *Revista Latinoamericana de Salud*, Vol. 2: XXX, Pp. 102-117.

- Guerrero E., Auer A., Godue C. (2010). Abordaje de temas de salud bajo la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual para su comprensión. Washington, DC: Organización Pan-Americana de la Salud, Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud.
- Hernández Mack, L. (2010). Ajustes, reforma y resultados: las políticas de salud de Guatemala, 1985-2010. Cuadernos de Desarrollo Humano 2009/2010-6. Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 61p.
- Jiménez, F. (2008) Colección El Sistema de Salud en Guatemala, ¿hacia dónde vamos?, 7: ¿Quién es quién? El hoy el mañana de los actores de salud. Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 88p.
- Laurell, A.C. (1978). Investigación en sociología médica. Rev. Salud Problema, No. 1, Pp. 5-8.
- Marchal, B., Cavalli, A., Kegels, G.. (2009). Global Health Actors Claim to Support Health System Strengthening –Is This Reality or Rhetoric? PLoS Med 6(4): e1000059. doi:10.1371/journal.pmed.1000059
- MSPAS (2010) Memoria de Vigilancia Epidemiológica 2009. Guatemala: Centro Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Murray, C.J.L., Anderson, B., Burstein R., Leach-Kemon, K., Schneider, M., Tardif, A., Zhang, R. (2011). Development assistance for health: trends and prospects. Lancet 2011; 378:8-10.
- Ravishankar, N., Gubbins, P., Cooley, R.J., Leach-Kemon, K., Michaud, C.M., Jamison, D.T., Murray, C.J.L. (2009). Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990-2007. Lancet 2009; 373:2113-24.
- Skolnik, R. (2012). Global Health 101. 2<sup>nd</sup> Ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Sridhar, D., Batniji, R. (2008). Misfinancing global health: a case for transparency in disbursements and decision making. Lancet; 372: 1185–91
- Sridhar, D., Gómez, E.J. (2011). Health Financing in Brazil, Russia and India: What role does the International Community Play? Health Policy Plan 2011; 26: 12-24.
- Unger, J-P., De Paepe, P., Sen, K., Soors, W. (2010). International health and Aid Policies. The Need for Alternatives. Cambridge: Cambridge University Press.
- Walt, G., Buse, K., Harmer, A. (2012). Cooperation in Global Health. En: Global Health. Diseases, Programs, Systems, and Policies, MH Merson, RE Black y AJ Mills (Editores), Burlington: Jones & Bartlett Learning. P. 853-884
- Werner, D., Sanders, D. (2000). El fracaso de la atención primaria de salud y el auge de la revolución en pro de la supervivencia infantil, Capítulo 4. En: Cuestionando la solución: Las políticas de atención primaria de salud y supervivencia Infantil. Palo Alto: Healthwrights.

Williams OD, Rushton S. (2011) Private Actors in Global Health Governance. En: Partnerships and Foundations in Global Health Governance, Rushton S y Williams OD (Eds.), New York: Palgrave Macmillan. Pp. 1-25

World Health Organization (2011). World Health Statistics 2011. France: World Health Organization.