



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

“ANÁLISIS CRÍTICO DEL FUNCIONAMIENTO TÉCNICO ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO”.

Estudio prospectivo-descriptivo y transversal de la Jefatura de Salud del departamento de Huehuetenango, durante el periodo de enero 2012 a diciembre 2014.

JHONNY EDWARD VILLATORO PALACIOS

QUETZALTENANGO, AGOSTO DE 2016



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

“ANÁLISIS CRÍTICO DEL FUNCIONAMIENTO TÉCNICO ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO”.

Estudio prospectivo-descriptivo y transversal de la Jefatura de Salud del departamento de Huehuetenango, durante el periodo de enero 2012 a diciembre 2014.

Tesis presentada por

JHONNY EDWARD VILLATORO PALACIOS

Previo a obtener el grado académico que lo acredita como:

MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

QUETZALTENANGO, AGOSTO DE 2016



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS**

AUTORIDADES

Rector Magnífico: Dr. Carlos Guillermo Alvarado Cerezo
Secretario General: Dr. Carlos Enrique Camey Rodas

CONSEJO DIRECTIVO

Directora General del CUNOC M. Sc. María del Rosario Paz Cabrera
Secretario Administrativo M. Sc. Silvia del Carmen Recinos Cifuentes

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POST GRADO

M. Sc. Percy Iván Aguilar Argueta

REPRESENTANTE DE LOS CATEDRATICOS

Dr. Héctor Obdulio Alvarado Quiroa
Ing. Edelmán Cándido Monzón López

REPRESENTANTE DE LOS EGRESADOS

Licda. Tatiana Cabrera

REPRESENTANTE DE LOS ESTUDIANTES

Br. Luis Ángel Estrada García
Br. Julia Hernández



TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN DE TESIS

Presidente: M. Sc. Percy Iván Aguilar Argueta

Coordinador: M. Sc. Carlos Gonzalo Gonzáles

Secretario: M. Sc. Edgar Benito Rivera García

Examinador: M. Sc. Juan Carlos Moir

Asesor de Tesis

M. Sc. Lizardo Neftalí López Gramajo

Nota:

Todo estudiante de un programa de Maestría quien durante el desarrollo de su pensum de estudios y al cierre del mismo, realice trabajo de tesis de graduación; ostenta la calidad de responsable directo del diseño, ejecución e informe de la investigación, bajo la indicación de un Profesor Asesor. “Dicho maestrante en consecuencia asume el rol de ponente y responsable de las opiniones y doctrinas sustentadas en su tesis”. **Artículo 4º. Inciso (b) Normativo de Tesis de Doctorado y Maestría en Ciencias del Departamento de Estudios de Postgrados del Centro Universitario de Occidente –CUNOC–**

Aprobado en el punto SEXTO, inciso 6.4, del Acta CD. 24. 2014, de sesión celebrada por el Honorable Consejo Directivo del Centro Universitario de Occidente el 24 de noviembre de 2014.



**HONORABLES MIEMBROS
DEL TRIBUNAL EXAMINADOR**

Tengo el agrado de presentar ante ustedes, el trabajo de graduación titulado:

**“ANÁLISIS CRÍTICO DEL FUNCIONAMIENTO TÉCNICO ADMINISTRATIVO DE LA
DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO”.**

Agradezco profundamente a mi asesor:

M. Sc. Lizardo Neftalí López Gramajo

Por su magnífica, acertada y prestigiosa colaboración en la asesoría y revisión de la presente investigación.



Quetzaltenango, agosto de 2016



ACTO QUE DEDICO

A DIOS TODOPODEROSO Creador de todo lo existente, a quién le debo el inmensurable don de la sabiduría, para hacer de mí herramienta al servicio de su reino y de mis semejantes.

A MIS AMADOS PADRES Lic. Rubén Darío Villatoro Hidalgo y Secretaria Oficinista Yolanda Argentina Palacios Recinos, por el invaluable AMOR con el que me criaron, por su incondicional esfuerzo y apoyo trascendental en mi formación; que Dios les guarde y proteja siempre.

A MI AMADA ESPOSA: M. A. Licda. Carla Jeanette Alejandrina Álvarez de Villatoro; por su hermosa compañía y convivencia conyugal, por enseñarme el amor verdadero y demostrarlo día a día en nuestro hogar; con amor, TÚ esposo.

A MI TIERNA PRIMOGÉNITA: María Alejandra Villatoro Álvarez, por ser la luz con la que brillan mis ojos, y convertirse en el latido cardíaco que resuena dentro de mi pecho, con mucho amor para ti; para que algún día decidas seguir el ejemplo de tu mami y de tu papi.

A MIS HERMANOS Ing. Kennedy Darío Villatoro Palacios, por su entrega total, comprensión, apoyo y múltiples consejos de vida, y al Lic. Kevin Aduarmín Villatoro Palacios, por su acompañamiento y convivencia a lo largo de los momentos más difíciles; mil gracias.

A MIS HERMANITAS Heidi Piedad, Sindy Soledad, y Leidy Lupita Villatoro Palacios, por la ternura y dulzura de sus palabras, conmigo y para con mi pequeña hija.

A MIS ABUELITOS Humberto Palacios Gómez y Eumelia Recinos Castillo, un reconocimiento muy especial, por la templanza de sus oraciones y sabios consejos. Cristóbal Manuel Villatoro con respeto y Felicita Piedad Hidalgo (Q.E.P.D.) que mi triunfo sea honra para su memoria.

A MIS HNOS. EN CRISTO y promotores del **MFC** “Movimiento Familiar Cristiano” de la Parroquia la Inmaculada Concepción de Huehuetenango por sus sabios consejos, mil gracias.

A MIS MAESTROS Y DOCENTES Muy en especial al gremio de Galenos y Magister, que integran la FACULTAD DE MEDICINA y la ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO de la GLORIOSA Y TRICENTENARIA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA / Centro Universitario de Occidente CUNOC. **“Id y Enseñad a todos”**.

A USTED QUE LA RECIBE con humildad, agrado y respeto.-



ÍNDICE



Contenido	págs.
Resumen	10
Introducción	11

CAPÍTULO I

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes	12
1.2. Definición	13
1.3. Pregunta de Investigación	14
2. Objetivos de la Investigación	
2.1. Objetivo General	14
2.2. Objetivos Específicos	14
3. Justificación y Delimitación de la Investigación	
3.1. Justificación	15
3.2. Delimitación de la investigación	16
3.3. Unidades de Análisis	17

CAPÍTULO II

2. MARCO METODOLÓGICO

4. Marco metodológico	
4.1. Tipo de Estudio a Realizar	18
4.2. Diseño, Procesamiento y Análisis de Información	18
4.3. Universo	18
4.3.1. Muestra	18
4.4. Material	18
4.5. Métodos	19
4.6. Fuentes de Información	19
4.6.1. Fuentes de Información Primarias	19
4.6.2. Fuentes de Información Secundarias	19
4.7. Procesamiento de Información	19



CAPITULO III



3. MARCO TEÓRICO

5. Marco Teórico	
5.1. Marco Antropológico y Filosófico	20
5.2. Marco de Referencia de la Investigación	21
6. Los Ajustes Iniciales en Materia de Salud en el Estado Guatemalteco	22
6.1. El Estado Contrainsurgente vrs. El Estado Desarrollista	22
6.2. Marco legal, Estructura y funcionamiento del MSPAS	23
6.3. Planes y Prioridades de la Atención en Salud, en la década de los 80	24
6.4. Primeras Reorientaciones para la Reforma Neoliberal en Salud	25
7. El Estado de Guatemala y la Salud de Acuerdo al modelo Neoliberal	28
7.1. La Modernización del Estado y el fin del Conflicto Armado Interno	28
8. Planes y Prioridades de Salud en Respuesta a la Crisis	32
8.1. El Diseño de la Reforma Sectorial en los tiempos de Crisis	32
8.2. Marco Jurídico, Legal y Estructura del MSPAS en época de Transición	39
9. El Modelo de Atención de la Reforma de Salud para el periodo 1995 – 2000	42
10. Principales Reacciones de la Reforma del Sector Salud en el año 2000	48
11. Política de Inercia, Reposo y Movimiento de la República de Guatemala	50
11.1. El Estado Guatemalteco en el Nuevo Siglo	51
11.2. Planes y Prioridades de Salud Contemporáneas 2000 - 2010	53
11.3. Orientaciones en Materia de Salud Generalizadas 2010 - 2014	55
11.4. Prioridades de Salud Actualizadas 2015	56
11.5. Marco Regulatorio Actual de la Estrategia del MSPAS	60
11.5.1 Funcionamiento técnico administrativo del MSPAS	63
11.5.1.1. Nivel central	63
11.5.1.2. Nivel ejecutor	63
11.5.1.2.1 Funciones consejo técnico	63
11.6. Análisis de Distribución de la Red de Servicios de Salud	70
11.7. Cobertura de la Atención en Salud	74
11.8. Cobertura de Biológicos e Inmunizaciones	76
11.9. Análisis del Talento Humano en Salud	77
11.9.1 Distribución del Personal y del Recurso Humano	80



11.10. Principales Deficiencias del Sistema Administrativo	82
11.11. Alternativas y Propuestas de Corrección del Actual Sistema Administrativo	84
12. Concepto Existencial de la Dirección de Área de Salud	88
13. Perfil Utópico de la Dirección de Área de Salud	89

CAPITULO VI

4. MARCO OPERATIVO

14. Marco Operativo	90
14.1. Análisis y Discusión de Resultados	91
15. Conclusiones	94
16. Recomendaciones	96
17. Bibliografía	97
18. Glosario	108
19. Anexos	109
20. Anexo I	110
21. Anexo II	111
22. Anexo III	114
23. Agradecimientos	115



RESUMEN:

El Área de Salud de Huehuetenango es el ente rector, coordinador, conductor e integrador de las acciones que el sistema de sanitario ejerce en el departamento, constituye a su vez el eje primordial para el progreso y desarrollo de todos y cada uno de los ciudadanos adscritos a la jurisdicción; en este ámbito también constituye el núcleo fundamental del aparato estatal, que da respuesta a las demandas sanitarias de la población más marginada y vulnerable de la circunscripción y/o delimitación territorial antes descrita.

A razón de contar con una visión mucho más amplia de la institución y de su desempeño a lo largo del periodo comprendido del año 2012 al 2014 se hace necesario conceptualizar el tipo de acciones y servicios que se adhieren al que hacer de los delegados distritales en materia de prestación de servicios de salud a nivel de los 33 municipios que integran el departamento para desglosar el concepto que a salud pública se refiere, además de delimitar y conceptualizar los mandos altos, medios e intermedios, de la estructura orgánica y funcional de la jefatura de salud a razón de dilucidar el precedente histórico que marca la evolución de la Salud Pública en el país y específicamente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; para así generar un hilo conductor que denote las características esenciales de desarrollo institucional con la consiguiente demarcación y subvenciones pertinentes que nos lleven a fortalecer la estructura de esta delegación, para así favorecer la conformación de una posible ruta de mejoramiento permanente de las condiciones de vida y acceso a los servicios de todos y cada uno de los ciudadanos guatemaltecos, contemplado los diferentes panoramas, escenarios y condicionantes que afectan e inciden en el alcance de este objetivo en lo que a la salud pública se refiere.

Por último se menciona de manera íntegra y articulada el perfil utópico que la Dirección de Área de Salud debería generar frente a riesgos biológicos y ambientales potenciales, mediante una red integrada que pretenda el acceso universal, equitativo y oportuno a la población de los servicios y prestaciones sociales con calidad, calidez, pertinencia cultural y enfoque de género.

La naturaleza de este estudio se enmarca en el cuadro teórico: de tipo cualitativo, descriptivo y longitudinal de connotación científica teórico administrativa, con validez e importancia resolutoria en la Gestión Pública local y del propio estado de Guatemala.



INTRODUCCIÓN

Para el departamento de Huehuetenango, La Dirección de Área de Salud, constituye la delegación de representatividad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a nivel particular; la cual data como unidad ejecutora y ente institucional a partir del año 1985 a la fecha.

Siendo compuesta la Jefatura de Área de Salud, por el Director Ejecutivo y cuatro gerencias generales: (Gerencia Administrativo Financiera, Gerencia de Provisión de los Servicios; Gerencia de Saneamiento Ambiental, y Gerencia de Recursos Humanos), unidades y departamentos de apoyo técnico administrativo; de conformidad con el modelo de gestión impulsado a nivel local (Modelo de Atención Integral en Salud, MAIS) definido para esta y otras áreas homólogas (Guatemala, Quiché, Alta Verapaz y Huehuetenango) como un diseño piloto, instaurado por el Ministerio de Salud Pública a partir del año 2005 en el interior de la república en virtud de las exigencias en materia de sanidad y saneamiento que han prevalecido en la región.

Por lo tanto en respuesta a las condicionantes, demográficas, geográficas y características propias de este y otros departamentos; esta investigación formula un estudio de carácter cualitativo sobre el funcionamiento técnico administrativo de la Dirección de Área de Salud de Huehuetenango, evidenciando los principales aportes y deficiencias en la materia, de conformidad con en el plan de gobierno de cada autoridad de turno electa democráticamente.

En congruencia con lo normado y lo que establecen los artículos 224 de la Constitución Política de la República de Guatemala y artículo 11 del Código de Salud: “Es preciso descentralizar y desconcentrar la organización y administración de los programas y servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, con el fin de favorecer el acceso de los mismos a la población y aumentar su cobertura y calidad”.¹ Esta investigación busca aproximarse de manera directa al análisis de respuesta social a los problemas de salud; a través de la observación circunstancial de la oferta de servicios desde dos aspectos fundamentales: “descriptivo y de optimización”². Con el objeto de definir los principales elementos, características y capacidades para la producción local de servicios de atención primaria en salud; dirigidos a la población y grupos vulnerables inmersos en la red de establecimientos públicos que comprende la Dirección de Área de Salud de Huehuetenango.-

¹ Constitución Política de la República de Guatemala. Decreto Ley 90-97 del Congreso Legislativo 02 de octubre 1997.

² *Análisis de la Situación de Salud - ASIS*. Guía para el análisis de los factores condicionantes de Salud en Guatemala; Políticas Públicas de Sanidad, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Pág. 86-105.



Capítulo I

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes:

En el contexto de todo sistema gerencial; es relativamente común resaltar el rol que juegan cada una de las unidades técnico administrativas; para la consecución de resultados de acuerdo con los objetivos y actividades trazadas previamente.

Este concepto se aplica en la Dirección de Área de Salud del departamento de Huehuetenango, donde actualmente la estructura programática y funcional diseñada con este fin, cobra vida propiciando el alcance y cobertura de servicios en los diferentes: Puestos y Centros de Salud, Centros de Convergencia y/o Unidades Mínimas, distribuidas por Sectores y Territorios, Centros de Atención Permanentes (CAPs) y Centros de Atención Materno Infantil (CAIMIs) impulsados y creados por la anterior administración gubernamental, promovidos actualmente como alternativa de institucionalización del programa de extensión de cobertura que ostentaban con anterioridad las Organizaciones No Gubernamentales, (ONG's).

Enmarcado en detallar y comprender de manera precisa la intrincada distribución y funcionamiento de la red de servicios y establecimientos a nivel local; es prudente también desglosar y delimitar el talento humano con el que cuenta la institución, identificar minuciosamente si existe o no discrepancias en cuanto al procedimiento de reclutamiento, selección e inducción del personal para optar a las plazas vacantes u otras oportunidades laborales; escudriñando los términos de referencia impuestos para el perfil del puesto a través de la gerencia y subgerencia respectiva; esto dotará de una noción del clima organizacional y el desempeño laboral de todos los trabajadores en concordancia con sus puestos funcionales, asignación presupuestaria y honorarios respectivos; conformando con ello un parámetro de referencia sobre el nivel de aceptación y satisfacción del personal médico y paramédico, personal administrativo y de intendencia adscrito a los diferentes distritos de salud; para así cotejarlo con la percepción de los y las usuarias y demás población atendida en todo el departamento, siendo estos últimos los que ostentan el pódium y la razón existencial del MSPAS.

En virtud de lo anterior resulta substancial realizar el análisis cualitativo, de carácter descriptivo y longitudinal del ejercicio administrativo-gerencial de la unidad ejecutora 216 formalizada en inscrita en el Ministerio de Finanzas Publicas de Guatemala bajo el epígrafe: *Dirección de área de salud del departamento de Huehuetenango.-*



1.2. Definición:

Esta investigación se formula en relación y concordancia al marco jurídico y legal que ostenta actualmente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social resaltando la “Obligatoriedad del Estado para velar por la Salud y la Asistencia Social; de todos y cada uno de los guatemaltecos, sin discriminación alguna”.³ Siendo trascendental el desarrollar a través de cada una de las instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes, a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social a todo ciudadano del país”.⁴

Así mismo a lo largo de los años, el código de trabajo, el código de salud, la Ley de Servicio Civil, la Ley de Probidad y demás legislatura laboral vigente ampara: “El proceso de reforma y de mejora paulatina en materia de productividad, optimización de recursos, gobernabilidad, inversión y administración pública, garantizando la estricta observancia de los preceptos y bienes tutelados adscritos como de carácter público”.

Por lo tanto con el objeto de fortalecer y modernizar la gestión pública en el departamento se propuso definir y describir el modelo gerencial actual con el que funciona la dirección de área; así como dilucidar la integración de cada uno de los diferentes programas de salud (Inmunizaciones, Salud Reproductiva, Materno Infantil, Tuberculosis, Vectores, entre otros). Esto contempla el análisis de propuestas y recomendaciones congruentes para un futuro proceso de reforma, reorganización, y re-estructuración, del Área de Salud de Huehuetenango para así contribuir con el fortalecimiento institucional, promoviendo mejoras sustanciales en materia de administración y la gestión pública para sentar un precedente significativo resaltando los valores de imparcialidad, justicia, equidad y transparencia en el manejo de los fondos institucionales destinados al sector salud garantizando con ello la eficacia y eficiencia en la provisión de servicios a la población en general.

La visión general de la investigación es formular un conglomerado de conocimientos y observaciones de utilidad práctica estableciendo un parámetro de referencia para futuras intervenciones para así perfeccionar paulatinamente la estructura orgánica - operativa de todas y cada una de las demás instituciones departamentales en todo el ámbito de la república de Guatemala.

³ Constitución Política de la República. Artículo 121. Y artículo 457, 458, 459 del *código civil de la república de Guatemala*.

⁴ Decreto 45-79 del Congreso de la República. Artículo 104 del *Código de Salud*. Decreto Ley No. 132-85,



1.3. Pregunta de Investigación:

¿La organización técnico administrativa de la Dirección de Área de Salud de Huehuetenango, es funcional actualmente?

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Objetivo general

- Determinar las características técnico - administrativas del funcionamiento de la Dirección de área de salud del departamento de Huehuetenango.

2.2 Objetivos específicos

- Analizar el marco gerencial administrativo de la jefatura de salud del departamento de Huehuetenango de manera concreta.
- Describir de manera sistemática el funcionamiento actual de cada una de las unidades técnico operativas de la Jefatura de Área de Salud.
- Establecer el mecanismo empleado para la contratación, reclutamiento e inducción del personal que labora en la institución.
- Detallar el procedimiento de ejecución del gasto para cada una de las unidades financieras de la Dirección de área de Salud.
- Definir las características de los principales elementos y capacidades para la producción local de servicios de atención primaria a la población.



3. JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Justificación:

En observancia directa y en seguimiento estricto de los diversos procesos administrativos gerenciales que se efectúan diariamente en la Dirección de área de Salud de Huehuetenango.

Es preciso enmarcar el detrimento progresivo de la estructura orgánica y funcional que actualmente afronta la institución, esto derivado posiblemente a la ausencia de rectoría y pérdida del horizonte óptimo en materia de salud; producto de la centralización de las diferentes unidades de servicio, en segunda instancia debido a la excesiva burocracia del aparato estatal producto de la carencia de un plan institucional debidamente estratificado, así como la ineficiencia en cuanto a promover una adecuada formulación de lineamientos estratégicos concretos para la consecución de resultados u objetivos en común, no olvidando en última instancia pero no por ello menos importante; la influencia político partidista que entromete sus tentáculos confabulados con sindicatos y sectores de la población confrontativos a favor o en contra de las directrices formuladas en el ejercicio del cargo de todo funcionario público, siendo este; él que debe de luchar y poner su mejor esfuerzo para hacer eficiente su dependencia, en medio de un estado desgastado y en franco deterioro.

A esto agregamos la desmotivación laboral permanente de los subalternos y colaboradores, producto de una deficiente promoción y acreditación del recurso humano para competir de manera congruente por alguna de las vacantes o puestos jerárquicos dentro de la estructura administrativa.

Y la conformación de un débil equipo técnico con escasa capacidad resolutive e incidencia en la toma de decisiones: (técnico operativas, administrativo gerenciales, estructurales y/o de organización); mismo que se ha demostrado a lo largo de los años en cada uno de los archivos documentales, memoria de labores y otros documentos previos de auditoría interna y gubernamental que han sido útiles marcos de referencia para estas pretensiones, con la finalidad de identificar los factores susceptibles de modificación; para así optimizar y



promulgar una reforma institucional con la consiguiente ejecución presupuestaria acorde a la realidad nacional”⁵.

3.2 Delimitación:

La presente investigación se enmarca en el ámbito, concepto y modelo gerencial propuesto e impulsado por la Escuela de Estudios de Post Grado (EEP), del Centro Universitario de Occidente. En conjunto con el diseño y marco referencial que data del Instituto Nacional de Administración Pública en estricta correlación con la Universidad de San Carlos de Guatemala, en concordancia con la plataforma educativa que provee la Maestría en Administración de Servicios de Salud.

Desde el punto de vista de la entidad nominadora toda información documental, ensayo o estudio previo practicado en este órgano jurisdiccional lo provee la Dirección General del Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS), delegado expresamente por el despacho y el Vice ministerio de Atención Primaria en Salud con este fin, Contraloría General de Cuentas y la Unidad de Auditoría Gubernamental.

A nivel local el campus de acción de este estudio es de tipo *sincrónico micro-espacial* debidamente acotado a la *Dirección de Área de Salud del departamento de Huehuetenango*, durante el periodo comprendido de enero 2012 a diciembre 2014; con trascendencia, significancia, probabilidad de réplica y por consiguiente implementación en cada una de las sub unidades administrativo-gerenciales del área descrita; esto con el objeto de proporcionar un marco de funcionamiento integrado, con capacidad de respuesta y consecución de resultados a corto, mediano y largo plazo, en pro beneficio de los habitantes y grupos vulnerables de la red de servicios del primer, segundo y tercer nivel de atención del departamento; pudiendo inclusive analizarse como una propuesta de actualización para el ejercicio administrativo de cada una de las unidades ejecutoras del país.

⁵ Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Acuerdo Gubernativo 115-99), y su complementariedad con la propuesta del modelo de atención para la formulación de políticas públicas sustanciales para el progreso de las comunidades más postergadas. Pág. 147-189.



3.3 Unidades de Análisis:

- a. Personales: (Trabajadores y Profesionales que laboran en el Área de Salud, Gerentes, Técnicos y Administrativos, Personal de intendencia y demás).
- b. (Usuarios y población que asiste a los distritos de salud, por grupos étnicos y ciclos de vida).
- c. Documentales: (Legislación Vigente, Normativa específica, Ley orgánica del Ministerio de Salud Pública, manual de funciones del personal, decretos, acuerdos gubernamentales etc.)
- d. Institucionales (modelo de Gestión impulsado para la Dirección de Área por el Sistema Integrado de atención en Salud, por disposición directa del Despacho Ministerial).



4. MARCO METODOLÓGICO:

4.1 Tipo de estudio por realizar:

Estudio cualitativo, prospectivo-descriptivo y longitudinal de la Jefatura de Salud del departamento de Huehuetenango, durante el periodo comprendido de enero 2012 a diciembre 2014.

4.2 Diseño, procesamiento y análisis de la información:

La investigación formulada corresponde a un estudio analítico, prospectivo descriptivo, dirigido al sistema administrativo gerencial de la dirección de área de salud; y durante el periodo de enero 2012 a diciembre 2014.

Además de contemplar en su procesamiento un precepto cuasi experimental, con definición específica; cumpliendo con los criterios necesarios de validez, trascendencia, factibilidad y sustentabilidad a cargo del investigador.

4.3 Universo:

El diseño de investigación fue formulado en el espacio físico e instalaciones de la Dirección de área de Salud, del departamento de Huehuetenango.

Por constituirse como un proyecto de naturaleza descriptiva, se precedió a seleccionar a un grupo de individuos de manera aleatoria de la totalidad de personal que labora en la institución.

4.3.1 Muestra:

Se constituye como un muestreo de carácter aleatorio por conglomerados en cada unidad administrativa gerencial, total personal: 248 profesionales bajo la constante de análisis 04 por cada departamento gerencial.

Es decir: Universo, con una población a determinar bajo la $K = 04$ ($n = \#$ personas entrevistadas por departamento y/o unidad de admón.) $P = 0.005$

4.4 Material:

Entrevista estratificada modalidad mixta de respuesta abierta y cerrada.



4.5 Métodos:

Analítico, Prospectivo – Descriptivo y Longitudinal.

4.6 Fuentes de obtención de información:

4.6.1. Fuentes primarias:

Observación Directa:

(Organigrama del personal, Agenda de actividades gerenciales, Plan Operativo Anual, Análisis de ejecución de cronogramas, Memoria de labores de la institución).

Experiencia profesional:

(Perfil del talento humano según especialidad profesional y/o operativa.)

Análisis de campo:

(Análisis coyuntural del personal, opiniones y expresiones verbales y escritas del instrumento de recolección de datos.)

Modelo de gestión administrativo gerencial, matriz de análisis del consejo técnico departamental.

4.6.2. Fuentes secundarias:

Documentos Oficiales y archivos bibliográficos, Biblioteca Nacional. Archivos del ISI, (Instituto de Salud Incluyente).

Revisión de la evolución del sistema de Salud en Guatemala, Hemeroteca Nacional Datos estadísticos de fuentes oficiales, SIGSA WEB, memoria de labores institucional, Análisis de Situación en Salud del departamento de Huehuetenango.

Ajustes, Reforma y Resultados: Las Políticas de Salud de Guatemala, 1985 - 2010, Autora: **Dra. Lucrecia Hernández Mack**, Cuadernillo para el Desarrollo Humano, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD 2012.

4.7 Procesamiento de la información:

El análisis y tabulación de la información se efectúa, según los requerimientos del método científico en cumplimiento de los objetivos de estudio; el análisis estadístico cumple con los criterios de formulación de la investigación, enfocado al sector salud de Guatemala y del departamento de Huehuetenango.



Capítulo III

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Antropológico-filosófico:

“Para la asignación, ejecución y delimitación teórica que representa el valor agregado a la investigación y por constituirse en un estudio de carácter cualitativo y descriptivo de un conglomerado de personas en un punto focal; se goza discrecionalmente del consentimiento debidamente firmado por los colaboradores y demás individuos entrevistados con este fin; en estricta observancia de los preceptos y fundamentos delimitados por los parámetros de referencia que dicta y reza la Declaración de Helsinki, el Código de Núremberg y el Reporte de Belmont”⁶.

En su forma conducente garantiza con ello que los datos sustentados en la presente investigación no violan ninguno de los estatutos estipulados, ni la privacidad de los seres humanos objeto de estudio, protegidos por los tratados internacionales arriba mencionados.

Se tiene especial cuidado de toda la legislatura vigente en el país para proteger al individuo de todo paradigma y demás recusaciones que pueda ser objeto al participar de esta investigación; *toda opinión y comentario emanado en el presente estudio es producto de las convicciones básicas y observación directa del investigador*; por lo que al considerarse una exploración predictiva, supone una analogía del actual sistema administrativo y gerencial esclareciendo el funcionamiento básico de la institución de conformidad con los diversos modelos de gestión que pretenden validar un aparato óptimo y pertinente para la dotación de servicios de salud, incorporando los valores de ética y profesionalismo pre existentes contemplados para toda estructura organizacional per sé.

⁶ 59ª Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, Seúl, Corea, octubre 2008, Formulación de Investigación en Seres Humanos y su implicaciones morales y de bioética.



5.2. Marco de Referencia de la Investigación:

Al reflexionar sobre la temática sanitaria y específicamente sobre los precedentes históricos formulados en los andamios de la connotada investigación; resulta trascendental el enfocarnos como nación en la actual problemática y crisis presupuestaria que afronta la cartera de Salud Pública en el país; para así desglosar con posteridad el área de salud del departamento de Huehuetenango y comprender detalladamente el marco referencial que acosa y degrada esta estructura.

Es válido detallar y circunscribir la manera de cómo se distribuye el proceso salud y enfermedad en la población, para identificar donde se originan las diferentes formas de fragilidad social, de exposición múltiple y de predisposición, que conciben altercados en la salud y la calidad de vida de los individuos, grupos comunitarios y de la población en general; transformándose esto, en la raíz de las condicionantes demográficas, geográficas y de respuesta social las cuales se fusionan directamente con las determinantes económicas y políticas que la sociedad ha incorporado para sí, generando “el efecto dominó”⁷ que hoy en día se evidencia en materia de Salud Pública como resultado de los diferentes factores interrelacionados.

Por lo cual se debe prestar especial atención al proceso administrativo gerencial de la Dirección de Área de Salud del departamento de Huehuetenango, analizando el funcionamiento técnico operativo y el accionar de los diversos programas y proyectos, monitoreando y evaluando minuciosamente su efectividad en la prestación de servicios; requiriéndose para ello generar diversas estrategias para disminuir estas determinantes, producto de las inequidades e injusticias que se propician en el entorno civil guatemalteco.

para así contar con un indicador de referencia para vigilar el conglomerado de entidades y organizaciones que prestan asistencia con programas de salud dirigidos a la población en general, garantizando el acceso y goce de los servicios sanitarios a todos los ciudadanos de la república como un derecho inherente del ser humano. Para comprender más a fondo esta problemática se realiza un breve pero sustancioso recorrido histórico por lo que el país ha tenido que recorrer en los últimos 25 años resaltando únicamente al sector Salud, cuya evolución y desarrollo institucional nos coloca hoy en día en el plano descrito.



6. Los ajustes iniciales en materia de Salud en el Estado Guatemalteco

6.1 El Estado contrainsurgente versus el Estado desarrollista:

(Período 1985-1990).

En Guatemala, han confluído procesos político - económicos que marcaron al Estado de manera muy ajustada; En el ámbito económico, la “década perdida” tuvo efectos importantes; la crisis económica mundial marcó el inicio de reforma Estatal; relacionada la apertura y liberalización de la economía y la reformulación del papel del Estado en la vida inclusiva y social (PNUD, 2001:28-29).

En el ámbito político, la Asamblea Nacional Constituyente (de 1984) elaboró una nueva *Constitución Política de la República*. En ese mismo año, tras décadas de gobiernos militares, fue electo el candidato civil Marco Vinicio Cerezo Arévalo del partido Democracia Cristiana Guatemalteca (DCG), quien asumió la presidencia de 1986 a 1991 (CEH, 1999:209-211).

Dado que el liderazgo civil se encontraba dentro del contexto del conflicto armado interno, estuvo amparado bajo el poder militar.

En este período coincidieron la tendencia *contrainsurgente* desarrollada por los gobiernos militares bajo el denominado “Proyecto de Estabilidad Nacional” y la propuesta del Estado **subsidiario** propugnada por la ideología demócrata-cristiana. El Gobierno y el Ejército buscaron no afectarse mutuamente, y el gobierno se comprometió a un estilo político de transición llamado “de concertación” (CEH, 1999:212), con el que se buscaba unir posiciones tradicionalmente antagónicas y crear convergencia entre los distintos sectores al establecer compromisos concretos de trabajo (Verdugo Urrejola, 1985:28-29).

Durante los años 1986 y 1987, los programas tuvieron efectos positivos sobre la dinámica productiva, estimulando el Producto Interno Bruto (PIB) y el consumo privado y público, acompañados de una disminución de la inflación, un aumento en la inversión global y la estabilización del tipo de cambio. A esto se sumó el aumento del precio del café en el mercado internacional, la disminución de los precios del petróleo y de las tasas de interés, y una mayor captación de recursos de la asistencia financiera internacional (Verdugo, 1995:30-31).



En noviembre de 1988, el gobierno de Guatemala logró un acuerdo *preciso* con el Fondo Monetario Internacional (FMI) para apoyo al PEN. No obstante, a partir de 1989 se observó un nuevo deterioro en la economía del país y los atrasos en los pagos de la deuda generaron la suspensión de los préstamos externos; el nombre de Guatemala volvió a aparecer en la “lista negra” del Banco Mundial (BM) en 1990 (Bull, 2008:77-78).

Los “pulsos” entre las distintas visiones -unas abogando por un Estado contrainsurgente/ desarrollista, y otras por un Estado subsidiario/neoliberal-, se expresan en las iniciativas políticas, económicas y de administración pública que se generaron en el gobierno.

La estructura gubernamental mantuvo tensiones constantes con el Ejército y el poder económico, que se opusieron duramente a los intentos de reforma fiscal. Al desgaste político se sumó la economía debilitada, y a partir de 1988 el gobierno se encontró sin recursos internos, señalado de corrupción confrontado por las organizaciones populares, con un proceso de descentralización inconcluso, su política de estabilización agotada y con el fracaso de la concertación. Para el último año, ya había retrocedido en la visión del rol subsidiario del Estado y cambió sus funciones para darle mayor campo de acción al mercado, tanto en lo económico como en lo social (Verdugo, 1995:20-25, 33). Al final del gobierno de la DCG **“la economía de mercado le ganó a la economía social de mercado”** (IC 05220917).

6.2 Marco legal, estructura y funcionamiento del MSPAS

En este período, el MSPAS respondía a la *Constitución Política* de 1985 y se regía por el *Código de Salud* de 1979. En su sección séptima, la nueva *Constitución* establece un piso legal y político clave sobre el rol del Estado en la salud. Reconoce la salud como un “*derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna*” y como un bien público, y señala la obligatoriedad del Estado para velar por la salud y la asistencia social y desarrollar, a través de sus instituciones, “*acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social*” y como responsable de controlar la calidad de los productos alimenticios, farmacéuticos, químicos y otros que puedan afectar la salud y bienestar.



El Estado también debe velar por el establecimiento y programación de la atención primaria de la salud, y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas, y porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos y la coordinación por parte de instituciones especializadas entre sí o con organismos internacionales para lograr un sistema alimentario nacional efectivo.

En las iniciativas de descentralización del gobierno de turno, se observaron dos modalidades de descentralización en el MSPAS. La primera fue a través del Programa de Reorganización Nacional y que consistió en la creación del **Consejo Nacional de Salud**, esto involucraba un aumento del gasto público que se pensaba financiar a través de la reforma fiscal de 1987 (PDR, 1987^a:38). La segunda modalidad se propuso dentro del *Plan Maestro de Desarrollo Institucional* que implicaba el diagnóstico del sector; la conceptualización del modelo de salud; la planificación para definir el modelo estructural del ministerio y una mayor capacidad gerencial; la validación de la propuesta a distintos niveles y actores del MSPAS.

No obstante, estas iniciativas de trabajo no lograron funcionar por no contar con los recursos suficientes para impulsarlos, la falta de claridad en los lineamientos políticos, el escaso poder de decisión en los equipos conductores, y diferencias personales entre funcionarios del MSPAS, e inestabilidad en las autoridades (Verdugo, 1995:160-165; 2003:8).

En el período de 1985-1990, el MSPAS manejó una estructura de dos niveles: a) la Dirección Superior, integrada por el ministro y dos viceministros responsables de la dirección política; b) la Dirección Técnica, donde se ubicaba la *Dirección General de Servicios de Salud* (DGSS) con carácter ejecutivo y técnico normativo de las unidades; incorporando todos y cada uno de los programas y participando activamente de la toma de decisiones de carácter vertical en las diferentes acciones de los niveles de administración (**central, de área y distrital**) y los servicios por niveles (hospitales, centros y puestos de salud) (Verdugo, 1995:117-118).



6.3 Planes y prioridades de la atención en salud, década de los 80:

El gobierno demócrata-cristiano dio especial relevancia a la función de prestación de servicios públicos del MSPAS y para este período aún se mantenía la influencia de la **atención primaria de la salud (APS)**, basada en la metodología de los Sistemas Locales de Salud orientados al empoderamiento colectivo para influir sobre las determinantes sanitarias, así como a la búsqueda de la eficiencia, eficacia y equidad del sistema de salud a través de la participación social y la mejora de la gestión de los servicios. (IC 23062307).

Otra acción relevante es la respuesta al llamado de OPS/OMS de 1985, cuando propuso a sus países miembros la erradicación de la transmisión autóctona del virus salvaje de poliomielitis en las Américas, impulsando en un primer momento jornadas nacionales de vacunación, con el apoyo del Club Rotario de Guatemala quien proveyó las vacunas necesarias (IC 23062307).

La campaña de erradicación tuvo buenos resultados y los últimos casos de poliomielitis registrados en Guatemala son de 1990 (MSPAS, 2006a:1).

El agua y saneamiento ambiental fueron otros elementos presentes en los diferentes documentos oficiales; hubo un aumento en la cobertura del agua potable en 10% y de la letrinización en el interior del país para una mejor disposición de excretas. (PDR, 1989b:15-16).

Las políticas de ajuste estructural tuvieron una mayor influencia al final del gobierno de la DC, pero no se reflejaron de forma importante en las políticas de salud, manteniéndose casi igual a como lo hicieran los gobiernos militares pasados, con un fuerte perfil estatista, particularmente en la función de prestación de servicios públicos a la población. Aunque el gobierno planteó aumentar la cobertura para dar atención a **“todos los guatemaltecos”** (CNPE, 1987:88), su énfasis se mantuvo sobre los grupos vulnerables (materno-infantil) (PDR, 1987b:53), influenciado por las políticas y estrategias internacionales y regionales provenientes de la OPS/OMS, y por los enfoques de asistencia social y de control del binomio DCG/Ejército para responder a la **deuda social**.



6.3 Primeras orientaciones para la reforma neoliberal de salud

Hacia 1990, el gobierno de Guatemala, en respuesta a las presiones de las políticas de ajuste estructural, preparó y estableció acuerdos con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para impulsar las reformas financiera, productiva y de salud.

De éstas, la primera sobre la que se empezó a trabajar fue la de salud, definiendo el modelo que debía impulsarse en el país (IC 14120908). Las reformas de salud de Guatemala y América Latina se orientaron en gran medida en la publicación de 1987 del BM: *“El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma”*, que se convertiría en la nueva política mundial de salud (Slowing, 1996:19). Estas políticas se resumen a continuación (Banco Mundial, 1987:699-705).

a. Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud.

Propone establecer aranceles en las instalaciones del gobierno, especialmente para medicinas y atención curativa. Considera que el suministro de servicios gratuitos y universales es un planteamiento que no funciona y que sobrecarga los sistemas tributarios cuando hay muchos pacientes que pueden y están dispuestos a pagar por servicios de salud. Se asume que los aranceles proporcionan un medio para obtener ingresos y un mejor empleo de los recursos gubernamentales que debieran orientarse a programas preventivos básicos y atención curativa primaria para los pobres.

Se proponen tarifas diferenciales para proteger a los pobres, sea estableciendo aranceles más bajos (o en cero) en los lugares más modestos y rurales, o emitiendo “comprobantes de pobreza” a las familias con menos recursos.

b. Provisión de seguro u otra protección frente a riesgos.

Se considera necesaria la instalación de un seguro para aliviar el presupuesto gubernamental de los elevados costos de la atención curativa. Un punto de partida es disponer que la cobertura (gubernamental o no gubernamental) sea obligatoria para los empleados en el sector formal, para que los relativamente prósperos paguen el costo de su propia atención.



Para evitar una demanda innecesaria de consultas y procedimientos que aumenten los costos del sistema, se propone que los seguros en los países de bajos ingresos cubran únicamente aquellos costos que puedan considerarse catastróficos y no aquellos que son pequeños y previsibles (de bajo costo).

Así también, puede introducirse un arancel de ingreso (o un deducible) y efectuar pagos compartidos por cada afección.

c. Empleo eficiente de los recursos no gubernamentales.

Desde el gobierno debe estimularse al sector no gubernamental (grupos sin fines de lucro, médicos privados, farmacéuticos y otros practicantes) para que provea servicios que los consumidores están dispuestos a pagar.

Con reducción de reglamentos y papeleo relacionados con proveedores sin fines de lucro, subsidios para hacer más accesibles financieramente las instalaciones no gubernamentales a los pobres, asentar estándares y reglamentos para proteger a la población contra practicantes no adiestrados y marcos legales para sistemas de prepago.

Es importante que el sector no gubernamental proporcione gran parte o toda la atención curativa, mientras que el gobierno continúe la atención preventiva y curativa básica en zonas rurales, complementándose con servicios brindados por los curanderos tradicionales y las misiones religiosas.

d. Descentralización de los servicios de salud gubernamentales.

Considerando que el gobierno mantendrá un papel permanente en la provisión de los servicios de salud, la descentralización de la planificación, elaboración de presupuestos y adquisiciones para los servicios gubernamentales de salud resulta útil para mejorar la eficiencia y la cobranza de los aranceles. Esto se logra en la medida que las unidades que proveen los servicios tengan un mayor control sobre los cobros de aranceles y en la manera en que habrán de gastarse estos ingresos.



7. El Estado de Guatemala y la salud de acuerdo al modelo Neoliberal

7.1 La modernización del Estado y el fin del conflicto armado interno

(Período 1991-1999):

Después de la relativa estabilización económica del país vino la liberalización mercantil y financiera de los mercados mundiales, observándose experiencias exitosas en algunos de los países asiáticos, España, México y Chile.

El comercio exterior mantiene su fuerza y para 1995 entra en operación la Organización Mundial de Comercio (OMC) (PNUD, 2008:415). En América, Chile había iniciado su proceso democrático -no sin antes realizar reformas del Estado y sectoriales-, y El Salvador concluyó una guerra civil de 12 años de duración, al firmarse los *Acuerdos de paz* entre el Gobierno y el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN).

Mientras en Guatemala la década de los 90 fue crucial para las *reivindicaciones de los pueblos indígenas*. En 1992, año en que habrían de celebrarse los 500 años del “descubrimiento” de América, se dieron a conocer con más fuerza los movimientos indígenas del continente con la campaña alternativa de *500 años de Resistencia Indígena y Popular* (Albó, 2005:10). Ese mismo año, Rigoberta Menchú recibió el Premio Nobel de la Paz, y desde entonces ha desarrollado e impulsado desde su coyuntura, nuevas formas de organización comunitaria.

La globalización económica pareció traer consigo la creación de redes entre organizaciones indígenas, de mujeres y derechos humanos, maternidad y paternidad saludable, corrientes provenientes de diferentes lugares del mundo pero logrando accionar de forma global, con demandas en las agendas públicas locales (Serbin, 1997:48-51).

Así también durante los años de 1991 a 1999, el país fue el escenario de grandes cambios políticos. Guatemala tuvo como gobernantes a Jorge Serrano Elías con el partido Movimiento de Acción Solidaria (MAS), Ramiro De León Carpio, y Álvaro Arzú Irigoyen del Partido de Avanzada Nacional (PAN). En 1993, en un intento de ruptura institucional, Serrano Elías impulsa un autogolpe de Estado que no cuajó y generó la entrada a De León Carpio, como presidente sin partido político.



El nuevo mandatario reconoció los señalamientos de corrupción en el Congreso y en 1994 lanzó una consulta popular para la “depuración” del poder legislativo y para efectuar reformas constitucionales.

Se conformó la Asamblea de la Sociedad Civil como mecanismo de acompañamiento al Diálogo Nacional y los Acuerdos de paz.

Las negociaciones con la URNG generaron una serie de Acuerdos de Paz que fueron considerados como compromisos de Estado, a partir de los cuales se accionaría el fin del conflicto armado interno y generaría el marco constitucional para abordar los problemas políticos, sociales y económicos estructurales.

Las negociaciones de paz estuvieron acompañadas por la Misión de Verificación de las Naciones Unidas en Guatemala (MINUGUA), así como por el Grupo de Países Amigos: Colombia, España, Estados Unidos, México, Noruega y Venezuela. **El Acuerdo de paz firme y duradera se firmó en diciembre de 1996**, con lo que se oficializó el fin del conflicto armado interno (CEH, 1999:221-228; MINU-GUA, 2003:1-5).

Vale mencionar que en este período emergieron dos actores nuevos en la historia del movimiento social. El primero se refiere a una intelectualidad *indígena* que se posiciona en el debate social reivindicando su identidad y reclamando su inclusión en distintas esferas de decisión e influencia, en un mundo hasta entonces dominado por lo ladino. El otro actor son las *mujeres*, quienes constituyen sus propias formas de organización para plantear sus demandas, y porque están cada vez más presentes en el ámbito productivo y público (Gutiérrez, 2006:29).

El cumplimiento de los *Acuerdos de paz* ha tenido diferentes grados, y es que aun cuando se finalizó el conflicto y se dio una mayor apertura para la participación política, queda aún pendiente la resolución de los problemas estructurales en materia de salubridad, desarrollo y progreso.

El proceso de negociación, “los acuerdos de paz” la verificación del cumplimiento de éstos, hicieron de Guatemala centro de la atención de la comunidad internacional, lo que se tradujo en apoyo técnico y financiero por parte de diversos organismos.



Otro hecho que generó atención en el país fue el paso del **huracán Mitch** en noviembre de 1998, con lo que se crearon acuerdos y convenios de cooperación, entre los que se destaca **el convenio del gobierno de Guatemala con el gobierno de Cuba**, en donde se incluyó la entrada de médicos cubanos, tanto para la prestación de servicios de salud en diferentes niveles de atención, como para el apoyo técnico al MSPAS.

En este período, se marcaron los inicios y el desarrollo del Estado bajo el modelo neoliberal. El Consenso de Washington planteó los propósitos que debían alcanzarse con las reformas eran:

- 1). Un marco macroeconómico equilibrado;
- 2). Gobiernos de menores dimensiones y más eficientes;
- 3). Sectores privados eficientes y en expansión; y
- 4). Programas destinados a la reducción de la pobreza (Gutiérrez, 2006:15).

Destaca a su vez que los problemas de liquidez del gobierno se agravaron en 1993 con las reformas constitucionales que prohíben al Banco de Guatemala otorgar financiamiento al Sector Público, y en el que también se consolidan cambios del Estado en donde el poder económico tiene primacía sobre la clase política.

Para 1995, la deuda del Estado estaba en manos de la iniciativa privada y el ahorro nacional cayó en desmedro del financiamiento para las inversiones mayores. También ingresó ahorro externo privado, aumentando la inversión especulativa a expensas de poderes fácticos. (PNUD, 2008:415; Verdugo, 1995:59).

La **modernización** relativa del Estado se desarrolló con mayor ímpetu al arribar al gobierno el PAN, (Partido de Avanzada Nacional) en materia de políticas públicas con la confluencia de diversos procesos favorables coincidentes.

Además de encontrar políticas y planes trazados previamente (préstamos y compromisos con instituciones financieras internacionales), el país adquirió mayor estabilidad política y económica, tuvo el respaldo del poder económico, existió una afinidad ideológica del partido oficial con los procesos de reforma y el gobierno contó con liderazgo, operadores políticos y equipos técnicos de alto nivel (IC 05220917, IC 14120908, IC 11091826).



Mediante el Acuerdo Gubernativo 217-95 se creó el Proyecto de Reforma de la Administración Financiera, denominado Sistema Integrado de Administración Financiera y Control (**SIAF**), con esto se inició el diseño del sistema funcional informático actual; además, entró en vigencia la nueva “**Ley Orgánica del Presupuesto.**”

Las reformas se expandieron a todo el sector público para fortalecer la prestación de los servicios, incluyendo el sector SALUD a través de la desconcentración de la administración financiera de los ministerios y la mejora en la ejecución de la inversión pública.

La burocracia se redujo a través de los programas de retiro voluntario (desde 1994) y, con el apoyo del BM, BID y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) se inició la re-estructuración de la administración pública que tiene *prioridad de colocarla al servicio de la comunidad*, mediante **la centralización normativa y la desconcentración operativa.**

Así también, se observó una intensa etapa de concesiones y privatizaciones de los bienes y activos del Estado (PNUD 2008:414-420).

Se celebraron convenios entre entidades públicas con ONG para la provisión de servicios, tanto en el sector educación con el Programa Nacional de Autogestión para el Desarrollo Educativo (PRONADE) como en el campo de la Salud, se promovió el escenario para el augurio del **Programa de Extensión de Cobertura (PEC)**. En lo social, se observó la creación y activación de fondos especializados en el componente social, como el Fondo de Inversión Social (FIS), el Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ) y el Fondo de Desarrollo Indígena de Guatemala (FODIGUA), como mecanismos más “ágiles” para el trabajo gubernamental, Se hace evidente cómo el Estado toma un rumbo hacia el combate o la reducción de la pobreza, la focalización de servicios públicos (**educación y salud**) hacia los grupos más pobres, y la adecuación y racionalización del gasto público. (PDR, 1992:21-25; PDR, 1993a:21).



8. Planes y prioridades de Salud en respuesta a la crisis:

8.1 El diseño de la REFORMA SECTORIAL en los tiempos de crisis:

En este contexto sobresale en enero de 1991 apareció nuevamente el cólera en América del Sur y apenas seis meses después, se registró el primer caso en Guatemala.

El cólera llegó a su punto máximo en 1993, cuando registró su mayor incidencia, y descendió a partir de 1994 para convertirse en un problema endémico en el país. La rápida expansión de esta enfermedad y su alta tasa de letalidad obligaron al MSPAS a movilizar sus recursos para el tratamiento de las personas afectadas, así como a la revisión de los sistemas de captación y distribución del agua.

Aún con la nueva epidemia, se mantuvo el interés por la salud materno-infantil (PDR, 1993a:27).

Estos “tiempos del cólera” coincidieron con los inicios de la modernización del Estado, y con los primeros pasos para la **Reforma Sectorial de Salud** (RSS). En adelante, las políticas de salud siguieron estos preceptos:

- 1). Recorte al gasto en salud y su reorientación a la atención preventiva;
- 2). La focalización del gasto en salud en los sectores más pobres y en grupos vulnerables;
- 3). La descentralización de los servicios estatales; y
- 4). La privatización de los servicios de salud, abriéndose espacios a los servicios privados lucrativos o no lucrativos (Verdugo, 1995:3).

Las reformas de salud en diferentes países del mundo han tenido como componente central la separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios.

En la práctica esto ha significado la incorporación de proveedores privados en la prestación de servicios públicamente financiados, y la introducción de diversos mecanismos e incentivos de la administración privada para mejorar la asignación.



8.2.1 En los procesos de reforma de salud en Centroamérica y Guatemala.

Se reconocen las etapas siguientes: (Sandi Ford y Martínez, 1994, citado en Slowing, 1996:34-35),

Etapa 0. No hay reformas, cuando no existen planes de reforma plasmados en algún documento formal o informal del gobierno.

Etapa 1. Diagnóstico del sector, en el que se caracteriza el sector SALUD para diseñar una agenda de reforma en colaboración con un organismo internacional de financiamiento.

Etapa 2. Plan de reforma sectorial, en el que se ha desarrollado un plan claro y articulado de los aspectos clave que deben abordarse en la reforma y en donde se definen áreas específicas de intervención; hay un documento oficial pero no necesariamente debe estar aprobado por el legislativo; las fuentes y montos de la asistencia financiera ya han sido estimados, aunque éste no sea efectivo aún.

Etapa 3. Búsqueda de consensos, en la cual se ha procurado que el documento oficial de reforma reciba apoyo político y social de diversos actores, para garantizar hasta cierto punto su viabilidad futura.

Etapa 4. Financiamiento, cuando se encuentran disponibles los recursos para financiar los componentes clave de la agenda de reforma, aunque no se esté ejecutando todavía; los fondos provienen fundamentalmente de las agencias internacionales.

Etapa 5. Estrategia de implementación, cuando se ha acordado ya la estrategia para implementar la reforma, y están en proceso actividades específicas como intervenciones piloto o preparación de propuestas de la ley.

En Guatemala, la etapa de diagnóstico del sector salud ocurrió entre 1991 y 1992. Con la instalación de la Unidad de Coordinación del Programa Sectorial de Salud se realizó una serie de estudios sobre las distintas instituciones del sector público y privado del sector sanitario.



De éstos, resalta el **Estudio básico del Sector Salud**, financiado por el BID y con el apoyo de diferentes agencias del Sistema de Naciones Unidas: OPS/OMS, UNICEF y PNUD. (Verdugo, 1995:132-133; Sánchez Viesca, 2005:27).

Después se llevó a cabo la segunda etapa: plan de reforma sectorial, durante el gobierno de Ramiro de León Carpio. El MSPAS trabajó con consultores del BID y del BM (IC 25180326, 23062307) para desarrollar una propuesta que se concretó en el Programa Sectorial de Salud, y con el que se buscó adecuar la agenda de reforma propuesta por el BM en su Informe de desarrollo mundial 1993, **Invertir en Salud**, al contexto de Guatemala.

Esta agenda se reflejó también en otros documentos como los Lineamientos de Política de Salud 1994-1995, la Guía para Operativizar los Lineamientos de Política de Salud 1994-1995 y el Programa Sectorial de Salud del MSPAS 1994 (Verdugo, 1995:132).

El Programa Sectorial de Salud tenía como objetivo global mejorar la salud de la población a través de las reformas de política, institucionales y financieras para:

- a). "Extender la cobertura de los servicios básicos de salud, focalizándolos en los grupos y sectores más pobres,
- b). Aumentar el nivel del gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento del sector salud, asegurando su sustentabilidad;
- c). Reorientar la asignación de recursos para atender las necesidades de salud de la población; y
- d). Aumentar la eficiencia del sistema público de salud en el desempeño de sus funciones y la producción de servicios".⁸

⁸ Políticas Públicas para un Desarrollo Incluyente Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial (BM), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).



Inicialmente el Programa se dividió en tres componentes:

a). **Desarrollo institucional**, en el que se trabaja la coordinación del sector y la reestructuración, desconcentración y fortalecimiento del MSPAS y el IGSS para aumentar la eficiencia y equidad del sistema.

b). **Financiamiento** y uso de recursos, dirigido a aumentar la asignación de recursos presupuestarios al sector, reorientar el gasto público limitando el gasto en hospitales y orientando los recursos a extender la cobertura y mejorar los servicios básicos, mejorar la eficiencia y establecer sistemas de recuperación de costos en hospitales, y desarrollar iniciativas para aumentar la participación del sector privado en proveer y financiar servicios de salud.

c). **Extensión de cobertura**, para incrementar y mejorar el acceso de la población más pobre a los servicios básicos de salud (MSPAS, 1994:1). Posteriormente, este componente cambió a reorientación de los sistemas de atención de salud y se agregó un cuarto componente.

d). **Inclusión y participación del sector privado** (La Forgia, 1994:3).

La etapa de búsqueda de consensos no se dio en Guatemala.

La discusión sobre la RSS (Reforma Sectorial de Salud) se limitó a algunos cuadros técnicos del MSPAS, el Ministerio de Finanzas, el IGSS, consultores nacionales y expertos de entidades como la OPS/OMS, el BM, el BID, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y otros pocos.

La discusión no se abrió pues se percibía y se preveía la **resistencia** por parte de algunos grupos como los **sindicatos de salud** y los técnicos en salud rural (TSR) (IC 25180326; MSPAS, 1994:1).

El BID dio el apoyo técnico-financiero necesario para la formulación de la RSS y posteriormente, para la etapa de financiamiento, aprobó el préstamo conocido como **“Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud”** en octubre de 1995.

Se denomina PMSS I, pues posteriormente se negoció un nuevo préstamo para una segunda fase (BID, 1995:1).



El contrato entre el MSPAS y el gobierno se firmó el 13 de enero de 1996, un día antes de asumir el nuevo gobierno. En el PMSS I se incluyó sólo el trabajo con el MSPAS pues el IGSS se había autoexcluido, argumentando la falta de pago de la deuda por parte del Estado a esta institución, y la imposibilidad de asumir nuevos compromisos financieros (Sánchez Viesca, 2005:29). Es posible que la salida del IGSS se diera en realidad por temor a la privatización de la seguridad social, tanto en la atención médica como en el tema de pensiones, como se había visto en países como Colombia o Chile (IC 05220917).

El PMSS I mantuvo los mismos objetivos del Programa Sectorial de Salud, aunque modificó en alguna medida los componentes, quedando los siguientes:

- a). **Estructura institucional:** incluye entidades de reestructuración, desconcentración y fortalecimiento de la capacidad institucional del MSPAS, así como el establecimiento de mecanismos de coordinación del sector.

- b). **Financiamiento, asignación y uso de recursos:** incluye actividades dirigidas a aumentar y mejorar la asignación de recursos presupuestarios al sector; reorientar el gasto público *limitando el gasto en hospitales* y orientando los recursos a extender la cobertura y mejorar los servicios básicos de salud; y adecuar el marco regulatorio y agilizar la gestión presupuestaria en atención a los objetivos del sector.

- c). **Sistema de atención:** incluye actividades dirigidas a (i) reorientación del modelo de atención; (ii) la *extensión de cobertura*, participación de la población local y mejoramiento del acceso de la población más pobre a los servicios básicos de salud; (iii) adecuación del marco regulatorio y aumento de la participación del sector privado en proveer, administrar servicios de salud.

- d). **Servicios hospitalarios públicos:** incluye la organización de entidades autónomas para administrar hospitales, establecimiento de *sistemas gerenciales*, la implantación de sistemas de transferencias de recursos presupuestarios que incorporen incentivos económico en el uso y asignación de recursos, y el mejoramiento de sistemas de recuperación de costos". (BID, 1995:1-4).



En consonancia con los procesos de modernización del Estado y la agenda de reforma de salud propuesta por el BM, la propuesta de RSS para Guatemala señaló las debilidades del Estado, y más específicamente las del MSPAS, para conducir el sistema de **Salud**.

Realizó la necesidad de fortalecer su función rectora a partir de un marco regulatorio y la *desconcentración administrativa* de las **áreas de salud**.

En la función de prestación, sin embargo, planteó una reducción en las responsabilidades del MSPAS. Éste debía implementar políticas de focalización de la atención a grupos vulnerables (materno-infantil), proveyéndoles únicamente “servicios básicos”, e incorporando la participación de entidades privadas para la administración y la prestación, así como la participación de la población local.

Los hospitales, por su parte, también debían incorporar la participación privada para la administración de recursos.

Respecto a la función de financiamiento, si bien se promovió el aumento de recursos y una mejor ejecución, se implementaron los cobros por servicios para la recuperación de costos, y el gasto debió orientarse a la atención preventiva.

A finales de 1995, la etapa de estrategia de implementación se había iniciado. Había sido creada la Oficina Nacional del Programa Sectorial de Salud que definió las áreas de salud que serían piloto del nuevo modelo de atención: **Escuintla, Chiquimula y Alta Verapaz**, planteándose la contratación de ONG (aunque sin tener definida la manera en que se haría la selección), y la entrega de una *canasta básica de salud* (que posteriormente se denominaría *paquete básico de servicios*).

Con ello, el MSPAS llenó los requisitos y exigencias del BID para que el país fuera declarado “sujeto de crédito en lo que respecta al sector salud” (PDR, 1995:57; IC 25180326).

Para cuando asumió el nuevo gobierno en enero de 1996, la RSS se encontraba trazada y contaba con el financiamiento para su ejecución.



La afinidad ideológica del partido de gobierno con los procesos de reforma del Estado y sectoriales explica las grandes coincidencias entre los procesos formulados en el PMSS I y la *Política de salud 1996-2000*. (IC 14120908, 05220917; MSPAS, 1996:1-15).

A diferencia de otros préstamos, el PMSS I requirió la instalación de una Unidad de Coordinación del Proyecto a lo interno del MSPAS; esto permitió la contratación de consultores(as) y cuadros técnicos expertos en financiamiento, administración pública y modelos de atención (BID, 1995:3 -anexo III-; IC 26132015).

Este equipo, contando con un Ministro de Salud altamente motivado y un fuerte respaldo desde la Vicepresidencia (IC 11091826, 26132015), facilitó la implementación de los *mayores cambios que ha tenido el MSPAS en las últimas tres décadas*.

“Esto resulta trascendental ya que para el año 1,999 se observaba una mejora una tanto significativa en cuanto al acceso a los servicios con equidad y calidez por primera vez en Guatemala”.⁹



8.2 Marco Jurídico Legal, estructura y funcionamiento del MSPAS en época de

Transición.

Dentro de las negociaciones de paz, el *Acuerdo sobre aspectos socio-económicos y situación agraria*, firmado en mayo de 1996, aborda el tema de *salud* dentro del apartado de **desarrollo social**.

En esencia, el *Acuerdo* refrenda el contenido del PMSS I, planteando como necesaria la reforma del sector nacional de la salud; el fortalecimiento del papel del MSPAS como coordinador de otras instituciones como el IGSS, las instituciones privadas y no gubernamentales; y el aumento de recursos destinados a la salud orientado a la población de bajos recursos.

Se establecen también, como prioridades de atención, la lucha contra la desnutrición, el saneamiento ambiental y las soluciones de atención primaria para la población materno-infantil, comprometiéndose a la reducción de la mortalidad infantil y materna, así como a mantener la certificación de erradicación de la poliomielitis y a alcanzar la del sarampión para el año 2000.

También **se proyecta la descentralización y desconcentración administrativa**, al igual que la participación de municipalidades, comunidades y organizaciones sociales en la planificación, fiscalización, ejecución y administración de los servicios y programas de salud (MINUGUA, 2003:78-79).

Mientras en el sector educación el “**Acuerdo sobre el cronograma para la implementación, cumplimiento y verificación de los Acuerdos de paz**” establece la integración de una Comisión Consultiva para la Reforma Educativa para una discusión amplia del contenido de esta reforma sectorial, este tipo de comisión NO se define para la reforma de salud (MINUGUA, 2003:196-201).

En el marco legal, los principales cambios para el MSPAS se produjeron a partir de la nueva **Ley del Organismo Ejecutivo** y del nuevo **Código de Salud**. Decreto ley No. 90-97.



Inicialmente, el PMSS I (Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud) contemplaba la formulación de una ley de coordinación del sector salud que modificara el *Código de Salud* existente, así como un nuevo reglamento para el MSPAS (BID, 1995:13).

Lo que sucedió finalmente es que se presentó al Congreso de la República una propuesta de nuevo *Código de Salud* que, con algunos reparos mínimos, fue aprobada en 1997 gracias a la mayoría del partido oficial en el poder legislativo (IC 26132015).

En los primeros artículos del ***Código de Salud***, la salud se define como un producto social relacionado con el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida y la participación social, en los niveles individual y colectivo; se reconoce el derecho a la salud y la obligación del Estado de velar por la salud de los habitantes, mencionando específicamente el papel que el MSPAS debe jugar en la coordinación de otras instituciones y comunidades.

No obstante, planteó que *“el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, ‘cuyo ingreso personal no les permita costear’ parte o la totalidad de los servicios prestados”*. Así también, estableció el “deber” de la comunidad de participar en la administración parcial o total de los programas y servicios de salud (planificación, organización, dirección, ejecución, control y fiscalización social).

En síntesis, el marco legal abrió la posibilidad de realizar el cobro en los servicios públicos de salud, y la prestación de servicios por parte de las comunidades “organizadas privadas”.

El Acuerdo Gubernativo 115-99 es el ***Reglamento orgánico interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*** que define su nueva estructura y funcionamiento.

Aunque éste se sancionó hasta el año 1999, los cambios se iniciaron desde 1996 (IC 11091826, 26132015) e incluyó la desaparición de la DGSS, y la creación de cuatro Direcciones Generales entre las que se encuentra la del Sistema Integral de



Atención en Salud (**SIAS**), responsable principal de la prestación de servicios a través de una red organizada por niveles de atención.

Varias funciones que antes se encontraban en la DGSS, como los programas de salud, la unidad de personal o el trabajo sobre el medio ambiente, se distribuyen entre las otras tres Direcciones que son: la General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud (**DGRVCS**), la Dirección General de Recursos Humanos en Salud (**DGRHS**), y la **Gerencia Administrativo-Financiera**, desde la cual se busca regular no sólo al MSPAS mismo, sino también a otros actores y entidades del sector salud. Pareciera que esta estructura busca fortalecer las funciones de regulación, administración y financiamiento del MSPAS, más allá de la prestación.

Un proceso a destacar es la adopción del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), el MSPAS fue una de las primeras entidades del Ejecutivo en incorporarse a él.

Esto supuso cambios en la manera de planificar, elaborar y ejecutar el presupuesto, la desconcentración en la decisión de pagos y la transparencia en cómo entran y salen las órdenes de compra. *Se modificó la estructura presupuestaria y se adoptó la elaboración por programas, en sustitución del presupuesto institucional.*

(IC 11091826; Ángel y Privado, 1999:93).

Los cambios en la estructura del MSPAS fueron de la mano con los procesos de **desconcentración y descentralización administrativo-financieras**, dirigidos principalmente a las **Direcciones de Áreas de Salud (DAS)** y a las Coordinaciones de Distritos Municipales de Salud (DMS), pero por las débiles capacidades administrativas en estos últimos se decidió realizar este proceso sólo con las DAS. Se separaron las funciones técnico-médicas de las administrativo-financieras, creándose dentro de cada DAS la Unidad Administrativo-Financiera, con un gerente a cargo.

A diferencia del pasado, donde la DGSS ejecutaba el presupuesto, las DAS son ahora unidades ejecutoras por lo que se desarrollan procesos de capacitación permanente sobre el manejo de los recursos públicos. (IC 12151805, 11091826).



La nueva estructura del MSPAS incorporó también unidades de apoyo como el Consejo Nacional de Salud, el Consejo Técnico y el Sistema de Información Gerencial en Salud (**SIGSA**).

También es importante mencionar que con el apoyo de asesores internacionales, el equipo técnico del PMSS decidió utilizar la figura del “contrato abierto” de la **Ley de Contrataciones del Estado** para hacer más eficiente la adquisición de medicamentos de las instituciones públicas, reconociendo la falta de transparencia y la corrupción que existían en este proceso.

Inicialmente el contrato abierto incluyó únicamente productos medicinales, material médico-quirúrgico menor, alimentos infantiles y productos lácteos, pero posteriormente se extendió a la adquisición de equipo, insumos médicos y otros bienes adquiridos por el MSPAS.

Es así como, en 1997, se iniciaron las compras conjuntas del MSPAS, el IGSS y el Ministerio de la Defensa. La reducción de los gastos en esta primera compra fue de 65% para el MSPAS y del 23% para el IGSS, en relación al año anterior.

En el MSPAS este “ahorro” permitió realizar ajustes salariales a los empleados y financiar parte del proceso de extensión de cobertura. La reducción de precios se mantuvo durante el período del PAN (Barillas, 2005:11-17; IC 11091826, 12151805).

Aunque los cambios en el marco legal y en la estructura son considerables, no finalizan todavía, quedan pendientes varios reglamentos establecidos en el *Código de Salud* y la consolidación de la nueva estructura del MSPAS más allá de la prestación de los servicios, como la regulación de las entidades privadas, la coordinación con el IGSS y la integración de un sistema nacional de información en salud.

Con el préstamo del **PMSS I**, se logró financiar muchos de los cambios legales, estructurales, administrativos y financieros en el MSPAS, así como llevar a cabo la formulación y puesta en marcha del **Programa de Extensión de Cobertura (PEC)**.



En este mismo período, el MSPAS gestionó un segundo préstamo (**PMSS II**) que fue aprobado por el BID en noviembre de 1999. Esta segunda etapa permitiría:

- a). Mejorar y ampliar la reforma sectorial de salud, fortaleciendo las funciones de regulación y rectoría del MSPAS;
- b). Aumentar la cobertura y calidad de los servicios básicos de salud focalizados;
- c). Fortalecer el proceso de contratación competitiva en la adquisición de servicios de salud;
- d). Modernizar la gestión financiera en el manejo de los riesgos de salud en el IGSS;
- e). Aumentar la productividad y la calidad de los servicios en al menos siete hospitales piloto del MSPAS.



9. El modelo de atención de la reforma de salud para el periodo 1995 - 2,000

En la lógica de separación de funciones que orienta la reforma, el MSPAS debería dedicarse a la conducción y regulación, mientras que la función de servicios se delegó a proveedores que demostrasen la **mayor eficiencia y satisfacción del usuario**: en un juego de **libre competencia**. Es así como se agregó a las entidades privadas, con o sin fines de lucro.

Para esto, se requirió la definición de conjuntos básicos de atención cuyos servicios probaran ser efectivos y tuvieran establecido su costo de provisión a precios de mercado (MSPAS, 1997:36). La contratación de entidades privadas es uno de los elementos básicos para impulsar el PEC.

De acuerdo con el MSPAS, el objetivo principal del PEC era resolver la baja cobertura de los servicios de salud en el primer nivel.

Para 1995, se estimaba que alrededor del 46% de la población carecía de atención en este nivel. Esta población se caracterizaba por encontrarse en áreas geográficas dispersas, de difícil acceso, con altos índices de pobreza, y mayoritariamente indígena (MSPAS, 1999:1-2).

En 1997, a través de convenios, se realizaron las primeras contrataciones de entidades NO gubernamentales para la prestación y administración de servicios, denominadas Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) y Administradoras de Servicios de Salud (ASS), respectivamente.

Este es el inicio de la **mezcla público-privada**, llamada así porque el financiamiento es público, mientras que la prestación o la administración la realiza una entidad privada.

Las **ASS** se encargan de manejar fondos del MSPAS para la compra de medicinas y suministros, así como de la contratación, el pago de salarios y estipendios del personal de salud. El MSPAS proporciona dirección técnica a estas entidades, así como el pago de un 5% de **overhead** (gastos de administración).



Las **PSS** en cambio solo cumplen funciones de administración y prestación, haciéndose responsables del trabajo técnico y el manejo de fondos, por lo que reciben el 10% de **overhead**. (Fort, 2002:25).

El PEC se inició con algunas ONG existentes, pero se sobre-estimó la existencia de éstas y no habían todas las que se necesitaban.

Por esto, se aprobó la creación de organizaciones *ad-hoc* para la implementación del PEC, como sucedió con la Asociación Nacional de Técnicos en Salud Rural (ANATESAR) (IC 26132015).

Según el planteamiento original del PEC, el convenio que firma el MSPAS con una PSS implica la conformación de un Equipo Básico de Salud (EBS), responsable de atender una jurisdicción de 10,000 personas.

El EBS está conformado por personal institucional: un médico ambulatorio y un facilitador institucional, y personal comunitario: 84 vigilantes o guardianes de salud, las comadronas tradicionales existentes, ocho facilitadores comunitarios y los colaboradores de vectores.

Se incluyen también los siguientes componentes: participación comunitaria, capacitación sistemática del personal institucional y comunitario, vigilancia epidemiológica vinculada al sistema gerencial de información, accesibilidad a medicamentos básicos, supervisión, monitoreo y evaluación. (MSPAS, 1999:6-8).

Los servicios de salud que se prestan a la población se encuentran contenidos en el Paquete Básico de Servicios (PBS), en función del costo-beneficio estimado.

El costo *per cápita* de este paquete es de alrededor de **USD 7 por año**. Los cuatro programas y sus acciones se diseñaron para su focalización en el área rural, incluyendo:

a). Atención en salud reproductiva, embarazo, parto, puerperio, lactancia materna, consejería a las parejas, enfermedades de transmisión sexual, detección de cáncer cérvico uterino y de la mama;



b). Atención a niños: prevención y tratamiento oportuno de las enfermedades comunes: prevenibles por vacuna, diarrea, infecciones respiratorias, deficiencias nutricionales y promoción del crecimiento;

c). Atención a las enfermedades prevalentes y urgencias, control del dengue, malaria, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida, y atención a urgencias para la población en general;

d) Atención al medio, control de vectores, zoonosis, disposición de excretas y basuras, de calidad del agua y mejoramiento de las condiciones sanitarias de la vivienda. (MSPAS, 1999:8; Barillas, 2003:16).

Para finales de 1999, estaban suscritos 115 convenios con alrededor de 78 organizaciones, de los cuales 12 eran institucionales (distritos de salud, propios del MSPAS, transformados en prestadoras de servicios); el sistema funcionaba con aproximadamente 300 médicos nacionales y 234 médicos de la cooperación cubana (Morales, 2002:).

El número de convenios y agencias fue creciendo, y entre éstas se incluían ONG nacionales e internacionales, organizaciones religiosas, compañías privadas, cooperativas y municipalidades.

Casi simultáneamente con el PEC se creó el **Programa de Accesibilidad a los Medicamentos (PROAM)**. Este se planteó como una alternativa para tener un mejor acceso geográfico y financiero a medicamentos que no son proporcionados gratuitamente por el MSPAS.

Derivado a que el programa de extensión de cobertura PEC ha recibido críticas por parte de organizaciones de la sociedad civil, cooperantes externos, gobierno local y entes fiscalizadores institucionales, se ha promovido a lo largo de los años una reformulación consuetudinaria e intervención directa de los lineamientos esenciales para la RSS y del PMSS I; en consideración a las orientaciones primordiales que



dieron vida al programa.

- a). Dirigida a las poblaciones pobres y grupos vulnerables (**focalización**);
- b). Dotar de un paquete básico de servicios costo-efectivos con énfasis materno-infantil (**atención preventiva**);
- c). Incorporar la participación de entidades estatales en la administración y prestación de servicios evitando la privatización.
- d). Fortalecimiento del **Primer Nivel de Atención en Salud de Guatemala**, con la pertinente creación de un modelo de atención incluyente para el abordaje integral de la población en general.
- e). “Formulación de un plan estratégico de conformidad con la realidad nacional acorde a las necesidades de la población y en estricta concordancia con el presupuesto general de la nación”.¹⁰



10. Principales reacciones a la Reforma del Sector Salud en el año 2000:

Entre los propósitos de la Reforma del Sector Salud se planteó la necesidad de mejorar la coordinación del sector sanitario, generando una mayor participación pública y privada, así como ampliar la participación de las comunidades, cooperativas y ONG en la provisión de servicios de salud (BID, 1995:11-17).

Pero estos nuevos actores no estuvieron presentes en los momentos en que se formuló el contenido de la RSS. De hecho, la etapa de búsqueda de consensos no existió en Guatemala (Sandiford y Martínez, citado por Slowing, 1996:34-35) y el diseño de la RSS se caracterizó por la falta de información y la escasa participación de la población, del estado y sus organizaciones (Icú, 2000:295).

En este contexto, la reacción de la sociedad civil ante la reforma no fue inmediata, aunada a factores tales como el desconocimiento, la incertidumbre, y por los mecanismos de presión y autoritarismo que se percibieron en el MSPAS hicieron muy difícil la implementación de esta estrategia. (Icú, 2000:295-297).

Lo cual demostró de carácter prudencial las **principales deficiencias del PEC:**

- a). Reducido paquete básico de servicios y la baja calidad de la atención;
- b). Atención no continua ni permanente, por parte del personal ambulatorio;
- c). El sentido utilitarista de la participación, en donde la comunidad se observa como una fuente de recursos y a la que se le trasladan costos indirectos de la atención;
- d). La ineficiencia de los servicios basada en el uso masivo del personal comunitario voluntario poco adiestrado y alta carga laboral del personal institucional.
- e). Condiciones laborales del personal sin prestaciones ni seguro social.
- f). Enfoque casi exclusivo materno-infantil de la atención que deja fuera la atención de otros grupos de población y sectores.



g). El enfoque biomédico-occidental de la atención, sin considerar las características socioculturales, ni establecer mecanismos de articulación con el modelo médico maya; y otros.

h). *La continuidad del programa al no evolucionar y adaptarse a las necesidades actuales del ministerio de salud está destinado a declinar y desaparecer.*

Por ende el referirnos específicamente sobre el contenido de la RSS, se plantea que sus implicaciones rebasan los aspectos técnicos y financieros del país, pero que a su vez se constituye en un espacio para la rearticulación entre **Estado/sociedad civil** y **Estado/mercado**, por lo que es también un proceso ideológico político, económico, cultural y social que repercute en el funcionamiento y relaciones sobre cada una de las condicionantes y determinantes de Salud descritas.

A partir de la crítica a la RSS, tanto al modelo de atención, como al fondo de la reforma, el SIAS decide a finales de 1999 realizar la investigación y formulación de un modelo alternativo para el primer nivel de atención (actualmente conocido como **Modelo Incluyente en Salud** (MIS) o modelo básico de Salud (MBS)), el cual concluye y se publica dos años después, concebido en el año 2001 a través de **ISIS Instituto de Salud Incluyente**.

Desde este mismo espacio y en otros ámbitos (empresas consultoras, universidades, ONG), se impulsan estudios sobre la imagen objetivo del sistema de salud, la revisión de las mezclas público-privadas y el acceso a los medicamentos. En la reacción de la población y grupos organizado a la RSS, se generan nuevos intereses e iniciativas de investigación, propuestas e incidencia sobre los temas de políticas, sistemas y servicios de salud.



11. Políticas de inercia, reposo y movimiento de la República de Guatemala

11.1 El Estado guatemalteco en el nuevo siglo:

(Periodo 2000-2010).

Para este periodo, Guatemala y la mayor parte de América Latina sobrevivió una serie de transiciones producto de la primera década del siglo XXI, diversos cambios políticos se gestaron en el hemisferio, con la aparición y reivindicación de gobiernos liderados por partidos de izquierda como los de Venezuela, Brasil, Chile, Argentina, Ecuador y Bolivia, y posteriormente Nicaragua y El Salvador con relativas secuelas.

Por otra parte en la esfera social, y específicamente en el componente de progreso y desarrollo en el año 2000 la Asamblea de las **Naciones Unidas** adoptó la “**Declaración del Milenio**”, de la cual Guatemala forma parte y por ende la adopción de todo tratado y convenio firmado por esta instancia; motivo por el cual se establecieron ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (**ODM**), que deben cumplirse y/o reportar avances para el año 2015, y que son:

- a). *La erradicación de la pobreza extrema y el hambre;*
- b). *Lograr la educación primaria universal;*
- c). *Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres;*
- d). *Reducir la mortalidad infantil;*
- e). *Mejorar la salud materna;*
- f). *Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades;*
- g). *Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente;*
- h). *Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.*

Este proceso, en conjunto con otros movimientos sociales globales, dan continuidad a temas como la **salud- materno infantil y género**, y profundizan en temas más actuales, como los problemas ambientales globales (calentamiento global, capa de ozono, biodiversidad etc.). Se percibe además un énfasis en los derechos económicos, sociales y culturales.

Pese a lo descrito en el año 2008, surge una crisis económica en EE.UU. de impacto



global y con ello se observa el alza del precio de los alimentos y el combustible, mayor inflación y desempleo y un menor acceso a créditos, dentro de una profunda recesión económica. (SELA, 2008:3-5).

En Guatemala, las reformas económicas aplicadas en los períodos anteriores configuran un nuevo modelo económico.

La agricultura se contrae, aumentan los servicios y, aunque se mantiene una relativa estabilidad financiera (por lo menos hasta 2007 / 2008, 2010 / 2011), el ritmo del crecimiento económico es excesivamente lento.

La capacidad para absorber la fuerza de trabajo es limitada, la economía informal y la economía del delito hacen del convaleciente proceso financiero un cáncer de traducción generalizada.

En términos sociales y políticos, se observa deterioro de la calidad de vida por la creciente inseguridad y violencia cotidiana, así como la corrupción excesiva y debilidad absoluta de las instituciones del Estado.

A pesar de ser considerados compromisos de Estado, la vigencia local e internacional de los “*Acuerdos de paz*” concluyó menos de una década después de haber entrado en escena y no hubo impacto real sobre los problemas estructurales (Gutiérrez, 2006:15-20, 30-32).

En los últimos tres períodos de gobierno, los partidos políticos oficiales, Frente Republicano Guatemalteco (**FRG**), Gran Alianza Nacional (**GAN**) y Unidad Nacional de la Esperanza (**UNE**), muestran tendencias que van desde la inmovilidad política y la ambigüedad estatal, hasta la intención de retomar y profundizar procesos gerenciales y de modernización impulsados en el inicio de la innovación del Estado que tanto urge a la república en estos tiempos.

En el gobierno de Alfonso Portillo, se presentó una propuesta de orientación estatista, aunque en realidad pareció operar “reaccionando” a las pautas del gobierno anterior y por confrontación con las élites económicas, al no deducir en



concreto cuales fueron en ese momento la líneas de gobierno y para ello contar con un plan propio y coherente.

El gobierno, de Óscar Berger, significó “el retorno de la cúpula del sector empresarial al manejo y administración del gobierno” (FMM, 2004: 10).

Aunque con ciertas diferencias fundamentales que lo distanciaron de la posibilidad de ampliar y consolidar los procesos de mercado dentro de la administración pública.

Marcado por la reorientación de la década anterior, el Estado impulsa principalmente políticas hacia el **combate a la pobreza, y el cumplimiento de los Acuerdos de paz.**

Las diferencias observadas radican en la forma de plantear y desarrollar dichas políticas en cada período de gobierno: mientras el primero se centró en la figura del presidente, el segundo fue más bien restrictivo y de poco alcance en general.

En el tercer gobierno, la UNE centra su política social a través de la figura de la Primera Dama, la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (**SOSEP**) y el Consejo de Cohesión Social, los cuales figuraron como una componenda de los sectores económicos más fuertes los cuales pretendían re direccionar los esfuerzos propios obteniendo subsidio del estado para incrementar el margen de utilidades empresariales de los principales financistas de campaña; los cuales culminaron en este período con los principales pactos de gobierno que han marcado el norte, para el actual partido PATRIOTA. (Justicia, seguridad, hambre cero y reforma fiscal y tributaria).¹¹

El objetivo de la política social de los últimos gobiernos se marca por la marcada vulnerabilidad social: “haciendo de los grupos poblacionales más pobres y excluidos un abismo social de consecuencias inmensurables, afectando principalmente a las mujeres, los niños y a los pueblos mayas” (MSPAS, 2008:13; MSPAS, 2004b:9; MSPAS, 2000:4-

¹¹ Maestría en Administración de Servicios de Salud, Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Occidente, Dr. Jhonny Edward Villatoro Palacios, VII cohorte, Escuela de Estudios de Post Grado, agosto 2016.



11.2 Planes y prioridades de SALUD contemporáneas 2000 - 2014:

Iniciando con el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), como programa emblemático de la penúltima reforma de salud, en respuesta a las constantes y permanentes demandas sociales; ha tenido manejos diferenciados por las diversas esferas administrativas de las Direcciones de Área de Salud; en los distintos periodos gubernamentales de los últimos años.

Por mencionar el gobierno del FRG, el PEC no siguió con sus avances, tanto porque el equipo del MSPAS no compartía la misma ideología del gobierno anterior como por la ineficiente capacidad instalada a nivel técnico en las Direcciones de Área; haciendo que el programa no contara con financiamiento propio dentro del Presupuesto General de la Nación.

Esto, porque a pesar de estar aprobado el PMSS II desde 1999, no se ejecutó en este período.

Es así como el PEC debió operar con fondos propios del Estado por medio de transferencias que le otorgaba el MSPAS (IC 20121322, 11091826), No sin antes establecer una normativa para regular a las PSS y ASS a nivel local y como órgano perteneciente a la cartera de salud, que consta de cuatro procesos: **habilitación, adjudicación, certificación y acreditación** (HACyA) para así transparentar el gasto en esta dependencia NO gubernamental.

Con el ingreso de la GANA al poder generó expectativas para la recuperación del PEC, pues se repetían el mismo ministro de salud y varios de los cuadros técnicos de la época del PAN, además de contar con que el BID liberó los desembolsos del PMSS II.

Reimpulsar el PEC no fue tarea fácil para esta administración gubernamental, pues el programa se había deteriorado en el gobierno anterior, tanto en el número de jurisdicciones y convenios, como en los mecanismos de contratación.

Se encontraron varios casos de corrupción por parte de ONG y malversación que fueron llevados a resolución Judicial (IC 20121322, 11091826, 12151805).



El PEC se retomó en las Jefaturas de Salud principalmente para definir mejor las relaciones contractuales, la cuentadancia financiera y administrativa, y el cumplimiento de indicadores de producción de servicios (Miranda y Arriola, 2006; MSPAS, 2004a; Verdugo, 2000b).

De forma paradójica, mientras el PEC se basaba en la contratación de entidades privadas, muchos de los cambios en los últimos siete años (durante dos períodos de gobierno) se han implementado en la red pública de servicios (puestos y centros de salud).

En particular pueden mencionarse las nuevas modalidades de servicios como los **Puestos de Salud Reforzados** (con médico o enfermero graduado, los **Centros de Atención Integral Materno-Infantil** (CAIMI), o los **Centros de Atención Permanente** (CAP) los cuales han sido estructuras insignias para este periodo gubernamental. (MSPAS, 2004a:46-47).

En la actualidad el MSPAS ha tenido un ritmo de trabajo marcado en gran medida por los programas presidenciales, particularmente **“Mi familia progresa”** (MIFAPRO) en conjunto con el otorgamiento de la bolsa solidaria destinada a familias de la regiones más postergadas del área rural, además de otorgar una transferencia monetaria a poblaciones vulnerables y en riesgo; etc. todo ello durante el pasado gobierno de Álvaro Colom.

En los últimos 3 años del gobierno de Otto Pérez Molina: La reivindicación de las transferencias monetarias condicionadas en diferentes municipios y las corresponsabilidades en salud y educación con las que debe cumplirse, han vitalizado la implementación del **Programa y Pacto “Hambre Cero”**, la creación del **Pacto de Seguridad y Justicia** y la denominada **Reforma Fiscal y Tributaria**, la cual lleva inmersa la Planificación y el **Presupuesto por Resultados** los cuales han sido el baluarte e insignia del Gobierno Central para este intervalo oficial y con ello la previsión a corto plazo de extinguir el PEC para transferirlo a un nuevo modelo de atención institucional, con enfoque mucho más amplio dirigido a toda la población en particular, de conformidad con los grupos etáreos con su respectivo ciclo de vida.



11.3 Orientaciones en materia de salud generalizada 2010 - 2014:

Luego de un periodo prudencial de observación crítica se ha podido evidenciar a través de la investigación para el sector sanitario, y del departamento de desarrollo de los servicios de salud por intervalo de 10 años aproximadamente se ha documentado ; que la creación y fortalecimiento de los Puestos de Salud reforzados, CAP y CAIMI, así como la *ampliación de horarios y atención en fines de semana*, hasta hoy en día únicamente demuestran: ***La improvisación en la apertura de los nuevos servicios.***

Aunque los indicadores de producción de estos muestran un alza, desde sus implementación en 2009 a la fecha; principalmente en el número de consultas brindadas, porcentaje de referencias y emergencias con resolución a nivel local y comunitario, alrededor de este aumento giran varias inquietudes sobre estas modalidades; *especialmente los de segundo nivel como los CAP y los CAIMI.*

Los cuales no han sido planificados en base a criterios técnicos y gerenciales que justifiquen su apertura dentro de cada unidad ejecutora, más bien han respondido a intereses particulares del gobierno de turno, como sucedió en el último periodo de gobierno liderado por la UNE donde la apertura de estos servicios sin un modelo de atención incluyente y por sobre todo con una marcada restricción de los bienes, materiales y suministros, han demostrado ser un total fracaso con la consiguiente sobre carga de recurso humano sub-optimizado, que trabaja en condiciones deplorables, sin capacidad de respuesta oportuna y de calidad a la población; si es comparada a las esperadas por cualquier otra institución de salud a nivel del hemisferio.

En otras ocasiones estos razonamientos administrativos y gerenciales sobre la apertura de CAPs y/o CAIMIs fueron sustituidos por propuestas de alcaldes o líderes comunitarios afines a la maquinaria electoral de candidatos y corporaciones municipales beneficiando única y exclusivamente las zonas o distritos donde el partido político en mención tenía presencia o sus bases se encontraban bien formuladas con el único precepto que otorgase el adquirir el poder y gobierno local y por consiguiente la libre elección popular para sus allegados y afines.



En lo concerniente a las **Direcciones de Área** este fenómeno de apertura masiva de unidades y servicios se vio promovida en virtud de pseudo-indicadores y criterios tergiversados de personas *No Ad Hoc* para esta tarea de proporciones monumentales. Esto se vio reflejado en **la carencia de preceptos y discernimientos técnico - específicos acordes con las necesidades más vitales de la comunidad y/o entorno, todo esto aunado con profundo desconocimiento de la realidad nacional lo cual desembocó en el deterioro paulatino y progresivo del sistema de salud.**

Lo cual repercute con frecuencia en que los servicios se encuentran escasos de personal médico y paramédico, equipamiento mínimo e insumos propios que garanticen una atención de calidad. (IC 20121322, 12151805).

En el caso del PEC más allá de cuestionar la sostenibilidad del mismo en sus diez y nueve años de implementación este no ha logrado probar impacto progresivo en cuanto a los indicadores de desarrollo humanos.

En su inicio, el programa no contó con una línea basal sobre las condiciones de salud y, aunque existe información acerca de indicadores de producción (controles prenatales, cobertura de inmunizaciones, entrega de micronutrientes), NO está claro si los servicios contribuyen efectivamente a mejorar las condiciones de salud o a reducir, al menos, la mortalidad materna o infantil en las comunidades en las que se encontraba el programa.

Actualmente existe un debate entre quienes abogan por su desaceleración y virtual de vuelta a la institucionalidad pública, y entre quienes interceden por su continuidad y expansión.

Entre estos últimos se encuentra la Coordinadora Nacional de Extensión de Cobertura (CONEC) que defienden la presencia y fortalecimiento del PEC, dada la “red social y política que ha generado” alrededor suyo. (IC 20121322).

Por el contrario dentro de las líneas de acción sanitaria estatal se mantienen la propuesta de modernización institucional y hacer prevalecer el interés por fortalecer



la rectoría, la regulación y la priorización de la atención materna e infantil (renovada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio-ODM- y para un futuro próximo cimentar la línea de tiempo para los Objetivos de Desarrollo Sostenibles-ODS-) (MSPAS, 2000:6).

Renovando las estrategias para la población materno / infantil, rápidamente adoptadas y adecuadas en el país; entre éstas vale mencionar la estrategia de **AIEPI/AINM-C** concebida en 2002, en donde se complementan la Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) con la Atención Integral a la niñez y a la mujer-comunitaria (AINM-C) readecuándola a las condicionantes y necesidades modernas; lo cual apunta al cierre de la totalidad de prestadoras y administradoras de servicios de salud pública.

En cuanto a la intención de forjar un modelo integral dirigido a todos los sectores es propicio fortalecer el programa de VIH/sida, el programa de atención a la tuberculosis y de enfermedades transmitidas por vectores promoviendo un mayor impulso por medio del apoyo técnico y recursos de la cooperación externa, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, atención prioritaria la tuberculosis **TB Reach** y el programa de erradicación de la malaria.



11.4 Prioridades de Salud actualizadas: 2015

Una de las primacías que ha estado presente en el discurso de salud de los aspirantes a cargos públicos y de gobierno en los últimos años: es el garantizar un adecuado nivel nutricional para todos y cada uno de los guatemaltecos, el cual ha cobrado especial relevancia en este período es a través del programa de **seguridad alimentaria nutricional**.

En el año 2000, se formula la *Política de seguridad alimentaria y nutricional*, un año después se aprobó la **Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional**, y la creación de consejos sobre la materia.

Para el año 2005 se aprobó la Ley que crea el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (**SINASAN**), la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República (**SESAN**), y el Consejo Nacional de Seguridad Nutricional (**CONASAN**), de la cual el MSPAS forma parte y con las cuales este gobierno ha trascendido en comparación con sus predecesores.

Los préstamos que han sido gestionados y aprobados en la última década, y que se encuentran en ejecución, tienen su énfasis de trabajo en la población materno-infantil, y sobre el tema de desnutrición crónica primordialmente, pudiéndose mencionar entre estos los préstamos del BM y BID: **“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” (en preparación, GU-L1022), “Apoyo en la implementación del programa Creciendo Bien” (GU- T1029).

Algunos de estos préstamos se gestionan en respuesta a la necesidad y demanda creciente de servicios de salud integrales a nivel comunitario y local.

E incluyen dentro de su configuración la conformación de “equipos móviles” para incrementar la extensión de cobertura al nivel rural en el primer nivel de atención pero de **carácter institucional**. (IC 000410);



Todo esto forma parte de la actual mesa de diálogo estatal para promover la reforma del disfuncional modelo de atención del PEC con su personal ambulatorio y paquete básico de servicios materno-infantil e incorporarlo a la estrategia de **REDES** (redistribución equitativa de los servicios), mencionada anteriormente con la intención de fortalecer el primer nivel de atención en salud la cual tácitamente interpone la posibilidad de dotar a los puestos y centros de salud, de territorios y sectores sanitarios más organizados con cobertura institucional a cargo de personal auxiliar de enfermería, comadronas adiestradas, vigilantes, promotores de salud y facilitadores comunitarios, cubiertos con presupuesto adscrito de cada unidad ejecutora; lo cual subsanaría muchas de las falencias de la actual administración sanitaria. (IC 20121322).



11.5 Marco Regulatorio actual de la estrategia del MSPAS:

Respecto al marco jurídico y normativo que requiere esta estrategia renovada de atención en salud a nivel comunitario, para este último periodo se han creado leyes sectoriales específicas o modificaciones a éstas; así como otras disposiciones más generales, pero relevantes para el trabajo que desempeña el ministerio en este sector esencial.

En el año 2002, se promulgó la **Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural**, el nuevo **Código Municipal**, así como la **Ley de Descentralización**.

A pesar de las dificultades que ha tenido el Sistema de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, las leyes crean oportunidades para el trabajo de *promoción de la salud*, pues definen espacios de participación comunitaria para estos temas a partir de las comisiones de salud y asistencia social dentro de los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODES), y a nivel municipal y departamental, y se fijan las responsabilidades de las municipalidades en el tema de salud, principalmente para agua y saneamiento.

En el **Código de Salud** destaca la modificación de los artículos 4 y 5 impulsada por el gobierno saliente a finales del año 2011. El artículo 4 original contemplaba el “pago parcial o total” de los servicios, por parte de las familias y personas; el artículo modificado establece que: *“el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública y demás instituciones públicas, velará porque se garantice la prestación del servicio de salud a toda persona guatemalteca, en forma ‘gratuita’.”*¹²

Si bien en el primero y segundo nivel, los servicios de salud rara vez se cobran, en los hospitales públicos varios servicios cubiertos por pagos o donaciones provenientes de los usuarios, se han mantenido aún con los cambios en el Código de Salud.

En el 2008, el gobierno prohíbe por completo los pagos de usuarios, manejados por



los patronatos. Ello implicó que los hospitales dejaran de brindar algunos servicios que no estaban contemplados en el financiamiento del MSPAS.

El artículo 5 original del Código de Salud planteaba como “**deber**” la participación de la comunidad en la “ejecución” de los servicios; el artículo modificado establece que “El Estado garantizará el ‘**derecho**’ de participación de las comunidades en los programas y servicios de salud, en lo que respecta a la planificación, organización, control y fiscalización social”¹³.

Estas modificaciones, reflejan perspectivas diferentes sobre la responsabilidad que debe asumir el Estado en la atención de la salud de la población.

Desde otro ámbito, siempre en materia de legislación durante este intervalo se emitieron diversas leyes relacionadas con la salud sexual y reproductiva, como la **Ley General del VIH/sida**, la **Ley de Desarrollo Social** y la **Política de desarrollo social y de población**. Estas leyes contemplan la creación del Programa VIH/sida y el Programa de Salud Reproductiva dentro del MSPAS.

Es hasta entonces que se abordan paulatinamente los temas de demografía, paternidad y maternidad responsable, número y espaciamiento de embarazos, la atención del VIH/sida y de enfermedades de transmisión sexual.

El tema de salud reproductiva se ve reforzado en los últimos meses a partir de la **Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar** y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS, y también la **Ley de Maternidad Saludable**.

Las últimas leyes mencionadas señalan principalmente al MSPAS e involucran al IGSS, así como a otras entidades públicas y privadas.

Otro aspecto substancial que fue objeto de regulaciones es el consumo de Tabaco a partir de reformas al *Código de Salud* y la **Ley de creación de los ambientes libres de humo de tabaco**. Estas regulaciones pueden ser consideradas ejemplo



de políticas públicas saludables, como parte del trabajo de promoción de la salud, y que implican tanto al MSPAS como entidad responsable, pero también a otras entidades del sector público / privado, y a la población en su conjunto.

Por último a partir de la iniciativa Plan Visión de País, en el año 2010 se presentó en el Congreso una iniciativa de Legislación que se denominó la **Ley Marco de Salud** que después de varias revisiones y modificaciones, recibió dictamen desfavorable por parte de la Comisión de Salud y Asistencia Social del Congreso.

Animados por las sesiones de trabajo, la Comisión ya mencionada, la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) y el MSPAS negocian y elaboran una propuesta de ley para el año 2016 de *Cobertura universal y financiamiento para la atención integral de la salud a las guatemaltecas y los guatemaltecos de todo el país, la cual garantiza una acceso ecuánime en todos los servicios.*

Lamentablemente esto también resulta sustancialmente negativo ante la certeza obvia de que el *Congreso de la Republica* influye e infiere directamente en la dirección y rumbo que toma el **MSPAS**, pero no limitándose a la promulgación de leyes y acuerdos legislativos.



11.5.1 Funcionamiento técnico administrativo del MSPAS

De acuerdo a lo establecido en el código de Salud, y demás legislación vigente en Guatemala la organización del Ministerio de Salud comprende: **el Nivel Central (centralizado) y el Nivel Ejecutor, (descentralizado)** integrándose para el efecto con las dependencias siguientes:

11.5.1.1 Nivel Central

De apoyo Técnico;	Asesorías Específicas;
Consejo Técnico;	Asesoría Jurídica y
Consejo Nacional de Salud;	Unidades Especiales de Ejecución
Planificación Estratégica;	Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud;
Secretaría Ejecutiva;	Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud;
Auditoría Interna;	Dirección General de Recursos Humanos en Salud. y,
Sistema de Información Gerencial	Gerencia General Administrativa- Financiera.

11.5.1.2. Nivel Ejecutor

Dirección de Áreas de Salud.

Coordinación de Distritos Municipales de Salud.
Direcciones de Establecimientos públicos de Salud.



11.5.1.2.1 Funciones consejo técnico: (Ministerial)

Apoyar la formulación y revisión permanente de políticas que el Ministerio de Salud debe coordinar y revisar el desarrollo de las políticas, planes, programas y proyectos de salud, proponer recomendaciones para la puesta en marcha y ajuste de planes, programas y proyectos que en el campo de la salud sean requeridos, sobre la base de las necesidades de la población, evaluar la ejecución programática y presupuestaria del Ministerio de Salud.



11.5.1.2.2 Funciones Consejo Nacional de Salud:

Además, las funciones que le asigna el Código de Salud, tiene como atribución el apoyar la formulación de políticas sectoriales en el campo de la salud, de planes y programas de índole sectorial e institucional, dar seguimiento al desarrollo de las acciones sectoriales como respuesta a los problemas sanitarios con participación interinstitucional. Analizar los asuntos que el Ministerio de Salud le encomiende y en su caso hacer las recomendaciones pertinentes.

11.5.1.2.3 Secretaria Ejecutiva:

Elaborar y dar la agenda de trabajo del Ministro y Viceministros, ejercer la función de Secretaría del Consejo Técnico, elaborar las agendas, convocar a las reuniones, monitorear y evaluar el grado de cumplimiento de los acuerdos.

11.5.1.2.4 Auditoría Interna:

Fiscalizar las operaciones administrativas, financieras y contables, revisar los sistemas, procedimientos, registros y el manejo de fondos y bienes en general de todas las dependencias del Ministerio de Salud que administren o recauden fondos de cualquier procedencia, y a todas las instituciones asistenciales y de otra índole, financiadas, total o parcialmente, con fondos del Ministerio de Salud Ejecutar todas aquellas actividades específicas que le sean encomendadas por el Despacho Ministerial, recomendar al Despacho Ministerial las normas y acciones para una correcta y eficiente administración.

11.5.1.2.5 Sistema De Información Gerencial:

Diseñar metodologías y participar en la detección de necesidades de información gerencial en los distintos niveles organizativos del Ministerio, para el proceso de toma de decisiones relacionadas con el control y de los procesos y el impacto de las intervenciones en la salud de la población.

Desarrollar y conducir el sistema de información gerencial del Ministerio de Salud sobre la base del desarrollo de los subsistemas de información relacionados con la administración de los recursos humanos y financieros, control de calidad de procesos, producción final de servicios y evaluación del acceso e impacto de las intervenciones sanitarias en la salud de la población.



Analizar y estudiar la implementación de información, participar en los procesos de supervisión y capacitación de los usuarios para la puesta en marcha de los subsistemas de información implementados en el desarrollo y aplicación de las bases de datos y programas seleccionados.

11.5.1.2.6 Asesoría Jurídica:

Asesorar al Ministerial y al Ministerio en General en todos los asuntos de carácter legal, elaborar los proyectos de reglamentos, acuerdos, órdenes, convenios u otros instrumentos legales, cuando así lo determine el Despacho Superior.

Revisar los reglamentos, acuerdos, órdenes, convenios y otros instrumentos legales que se elaboren por las distintas dependencias del Ministerio de Salud emitiendo el dictamen respectivo, emitir los dictámenes u opiniones jurídicas que se sean solicitados por el Despacho Ministerial, para la resolución de los asuntos planteados ante esta instancia superior preparar los proyectos de resolución a donde corresponda caso, emitir, dirigir y procurar todos los asuntos judiciales o administrativos en que sea parte por disposición legal o tenga interés el Ministerio de Salud, auxiliándolo en las gestiones que deba realizar los órganos jurisdiccionales o administrativos competentes.

11.5.1.2.7 Dirección General de Regulación y Vigilancia de la Salud:

Elaborar las normas técnicas de los programas relacionados con la atención a la persona, al ambiente, atención de desastres y sistemas de apoyo, desarrollar las normas técnicas para la vigilancia, control, supervisión y evaluación de los programas indicados, efectuando en coordinación con la Dirección del Sistema Integral de Atención en Salud, el control de la calidad del cumplimiento de normativa en forma periódica.

Aplicación y control del régimen sancionatorio establecido por la comisión de infracciones sanitarias, participa y apoya el desarrollo de la investigación científica, la formación, la capacitación de los recursos humanos y difusión de la información y documentación científica-técnica.



11.5.1.2.8 Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud:

Dirigir y conducir el proceso de organización y desarrollo de los servicios públicos de salud, articulando funcionalmente los distintos establecimientos que conforman la red de los servicios públicos y privados ubicados en jurisdicción de las Áreas y Distritos de Salud, supervisando, monitoreando y evaluando los programas de atención a las personas y al ambiente que desarrollan los mismos.

Conducir el proceso de programación local de los programas y servicios, vigilar y supervisar la correcta aplicación de las normas técnicas y administrativas dictadas por las dependencias reguladoras del Ministerio de Salud para la prestación y gerencia de servicios de salud. Evaluar la ejecución de los programas y su impacto en la salud de la población, siendo el vínculo de interrelación entre el nivel central y el nivel ejecutor del Ministerio de Salud, establecer los mecanismos de coordinación y de comunicación entre las demás dependencias del nivel central y el nivel ejecutor con el objeto de optimizar el trabajo de estas últimas.

11.5.1.2.9 Dirección General de Recursos Humanos:

Responsable de la formación, capacitación y administración de los recursos humanos en salud, función de la implementación y desarrollo del Sistema de Atención Integral en Salud, es la encargada del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas de desarrollo de recursos humanos en salud de la institución, deberá coordinar con todas las dependencias del sector salud para el logro de los objetivos sectoriales manteniendo un análisis permanente del mercado laboral y educativo.

Gestión de personal y del talento humano a nivel de dependencias en salud, desde las unidades mínimas de atención, hasta los hospitales especializados y de tercer nivel y/o referencia de la república. (IC 13091826, 2012 1456).

Formular políticas de formación y capacitación de las demás instituciones, una política de puestos y salarios acorde con los requerimientos de la institución, promueve el mejoramiento de la calidad de vida laboral e integral de los trabajadores de la salud mediante la puesta en práctica de un sistema moderno de planificación y administración de recursos humanos en salud.

Además, participa en el desarrollo de investigaciones en servicios de salud y en recursos humanos en salud.



11.5.1.2.10 Gerencia General Administrativa - Financiera:

Responsable de la implementación del sistema contable integrado y la aplicación de normas financieras, económicas y de gestión sobre las operaciones que realizan las distintas dependencias del Ministerio de Salud.

De la preparación del proyecto de presupuesto general de ingresos y egresos del Estado en lo que corresponde al Ministerio de Salud, en la fundamentación de su contenido de conformidad con la ley de la materia, desarrollo y control de aquellas tareas complementarias de un eficiente y transparente manejo de recursos físicos, materiales y financieros asignados al Ministerio de Salud.

11.5.1.3 Nivel Ejecutor

11.5.1.3.1 Dirección de Áreas de Salud

Planificar, programar, ejecutar, supervisar y evaluar los programas y servicios de salud de atención a las personas como al medio ambiente, asegurar la articulación y funcionamiento eficaz y eficiente de la red de servicios departamentales y de los establecimientos sanitarios que la conforman, mediante la planificación, programación, capacitación, supervisión y evaluación de sus servicios básicos y ampliados.

Dirigir al Consejo Técnico del Área de Salud cuya organización y funciones se rige por una normativa específica, encargada de promover el establecimiento de vínculos de comunicación y coordinación con las demás instituciones que conforman la Salud, que tienen representación en el ámbito del Área de Salud, con los Consejos Departamentales y Regionales de Desarrollo, con las municipalidades con la comunidad organizada y otros sectores. (IC 11091826, 20121352).

Desarrollar un sistema permanente de vigilancia epidemiológica para prevenir la aparición y la difusión de enfermedades transmisibles, no transmisibles, emergentes, re emergentes y recurrentes.



Participar en el proceso de registro de acreditación y autorización de los servicios de salud de su jurisdicción de acuerdo a normas técnicas.

Vigilar y exigir el cumplimiento de las normas para el funcionamiento de los programas y servicios públicos y privados de salud. Asimismo, brindar asesoría técnica a los funcionarios de los distintos establecimientos de salud, en el desarrollo de los procesos vinculados con la administración financiero-contable.

Participar en los procesos vinculados con la prestación de los servicios generales a los diferentes establecimientos de su jurisdicción, participar en los procesos relacionados con la formación, capacitación permanente y administración de los recursos humanos de su jurisdicción.

Suscribir convenios con entidades privadas y comunitarias para la administración y/o prestación de servicios de salud dirigidos a la población de su jurisdicción, participar en la vigencia y control de prestadoras y administradoras de servicios de salud en el ámbito de su jurisdicción. Además, promover la participación social y comunitaria en la gerencia, monitoreo y evaluación de los servicios de salud.

11.5.1.3.2 Distritos Municipales de Salud

Dirigir, conducir y organizar la prestación de servicios básicos y ampliados a cargo de los distintos establecimientos institucionales, comunitarios y no gubernamentales de salud que funcionan en el territorio asignado.

Convocar y dirigir el Consejo Técnico de Distrito Municipal de Salud cuya organización y funciones se rigen por una normativa específica. Fiscalizar la administración eficiente de los recursos asignados a los establecimientos sanitarios que estén bajo su área de influencia.

Vigilar el cumplimiento de las normas sanitarias establecidas en el Código de Salud, sus reglamentos, demás leyes que promueven la salud, normas o disposiciones aplicables imponiendo, en su caso, las sanciones correspondientes.



Proporcionar asistencia técnica a las instituciones prestadoras de servicios en salud, dentro de su área de influencia municipal y realizar la supervisión, monitoreo y evaluación de los programas de salud a su cargo, y de su personal técnico-administrativo.

11.5.1.3.3 Puestos de Salud

Desarrolla acciones de recuperación, promoción, prevención y rehabilitación de la salud, presta atención No hospitalaria de carácter general a la población que reside a nivel local, consistente en servicios de primer nivel de las especialidades de medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría general, traumatología y ortopedia, oftalmología, odontología, etc. Así como servicios de apoyo como laboratorio, banco de sangre, etc.



11.6 Análisis de la Distribución de la Red de servicios de Salud:

El siguiente paso en el proceso objeto de estudio constituye el análisis subsecuente de la red de servicios. Y el orden de ideas de los últimos 25 años, las iniciativas impulsadas en el ámbito de salud han sido diversas y muy lentas inclusive indefinidas; pero destaca principalmente el proceso de reforma sectorial en la década de los años 90 que se desarrolló principalmente sobre el MSPAS.

A lo largo del período estudiado se observan amplias modificaciones en el marco estructural y legal de esta dependencia, que van desde su distribución y funcionamiento organizacional, hasta la concepción de planes y programas con mucho énfasis, puntuales o continuos dirigidos a diversos sectores y usuarios.

Ahora, cabe indagar sobre cuáles son las tendencias y resultados de las políticas sobre los servicios sanitarios y la cobertura, los recursos humanos y el financiamiento del sector; y revisar qué tan efectivas han sido las políticas sectoriales en el cumplimiento del derecho a la salud y la mejoría de las condiciones de salud de la población.

Durante el período 1985-1990, se observaron esfuerzos de ampliación de los servicios y el equipamiento de centros de salud, así como aumentar la población cubierta por el IGSS, particularmente en la costa sur del país (PDR, 1987a:46; PDR, 1097b:16).

En 1990, la red de servicios del MSPAS se conformaba apenas por 785 puestos de salud, 220 centros de salud (*en su mayoría de tipo B*) y 35 hospitales en la red de servicios públicos de salud. (PDR, 1991:198).

A pesar que había existido un aumento leve, pero sostenido, de la infraestructura para ampliar la red de servicios en el primer y segundo niveles, no fue suficiente para aumentar proporcionalmente la cobertura de atención en la población, calculándose que para 1990 la población sin cobertura sigue siendo un 60%.

(PDR, 1989a:15-16; Flores, 2008a:39, 79; OPS, 1998:292).



En el primer lustro de la década de los noventa se construyeron los hospitales públicos de Escuintla, San Marcos y Quetzaltenango, por lo que al final del período había un total de 38 hospitales.

En 1999, la red de servicios había crecido, contando con 959 puestos de salud, 281 centros de salud, 3 clínicas periféricas, 7 maternidades cantonales, 5 centros de urgencias (MSPAS, 2006b:49) y 2,456 centros de convergencia (MSPAS, 2005a:19, 20, 56).

Muchos de los puestos y centros de salud fueron remozados o construidos por el FIS y FONAPAZ, varios de éstos gestionados por los Consejos de Desarrollo municipales y departamentales.

Debido a los daños causados por el huracán Mitch, en 1998, y del terremoto del 07 de noviembre 2014 varios de los planteles debieron reconstruirse y rehabilitarse (ic 12151805).

El PEC no incluye la construcción de infraestructura formal para la atención, así que deben utilizarse espacios provistos por la comunidad, conocidos como “centros comunitarios” o “centros de convergencia” que no son infraestructura pública.

Estos centros de convergencia son diversos, algunos son infraestructura formal gestionada localmente ante alguna municipalidad o fondo social, o pueden ser cuartos de alguna vivienda, centro comunitario o salón de la escuela.

La creación de infraestructura en la década de los noventa no responde en realidad a una política de aumento de la red de servicios, sino a gestiones locales, y necesidades de emergencia y reconstrucción.

En cuanto a los datos revisados sobre la red de servicios y la infraestructura se observan algunas fluctuaciones de aumento y disminución de los establecimientos del primer y segundo nivel, que podrían ser por inconsistencias en la información o por las reclasificaciones funcionales.

De cualquier modo, para los últimos 10 años, la tendencia observada en el primer nivel es que los centros de convergencia van en aumento; se observa un estancamiento en la cantidad de puestos de salud, aunque algunos han ampliado



su horario de atención o han pasado a ser puestos fortalecidos por contar con un médico o enfermero graduado.

*El segundo nivel ha tenido un pequeño crecimiento, pero es más llamativa su **diversificación cualitativa**. Esto, debido a la creación de nuevas modalidades de establecimientos y servicios como los CAP, CAIMI O CENAPA que han “sustituido” a los centros de salud, dentro de la misma infraestructura.*

Con estas modalidades se ha ampliado la cobertura hacia la demanda de atención general y materno-infantil a partir de la ampliación de horarios y días de servicio. Esto por ende requiere un aumento en la cantidad de personal y la necesidad de especializaciones médicas para nuevas atenciones, como la resolución quirúrgica de partos o la atención a víctimas de la violencia común (MS- PAS/UPSII, 2005:4).

El número actual de hospitales es de 43 y se están ejecutando los préstamos del BID: “*Implementación del modelo de gestión hospitalaria*” (GU-T1062) y “*Programa de Fortalecimiento de la Red Hospitalaria*” (GU-L1009). Este último, está destinado a la rehabilitación de hospitales existentes y la construcción de tres hospitales de especialización.

A pesar de contar con el financiamiento, han existido problemas para ejecutarlo; esto, porque el préstamo se aprobó pero no se contaba todavía con los terrenos, tampoco existían especificaciones técnicas, ni planos de construcción, ni (IC 14120908).

Si se hace una relación de los servicios de salud y la cantidad de habitantes del país, a lo largo de diversos años podremos ver que el número de establecimientos no ha aumentado de manera proporcional al crecimiento de la población y se observa un rezago importante de la red pública en los tres niveles de atención.

Para ello, considérese que un puesto de salud tiene un área de influencia de 2,000 habitantes y que un centro de salud tipo cubre una población de 10,000 a 20,000 habitantes, mientras que un centro de salud tipo B cubre de 5,000 a 10,000 habitantes (**Acuerdo gubernativo 115-99**)¹⁴.

¹⁴ Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Acuerdo Gubernativo 115-99),



En consideración a los datos subsiguientes *el número de establecimientos de primer y segundo nivel, para el año 2006 el MSPAS contaba con una red que cubriría, según sus propios criterios, a una población de 5.4 millones de habitantes.*

Es decir que **la red pública de servicios de salud de 2006 tendría un rezago de más de 30 años**, pues sus establecimientos cubrirían efectivamente la población que el país albergaba en la década de los 70.

En el caso de la infraestructura del IGSS, el aumento es poco significativo en hospitales, consultorios o puestos de salud. El principal cambio observado es la creación de las unidades integrales que se refieren a las oficinas de carácter administrativo para la adscripción y acreditación de derechos, y despacho de medicamentos, no así para dar atención directa a las personas (IGSS, 2009a).

*Los servicios que muestran una mayor **dinámica de crecimiento** son los pertenecientes al **sector privado de salud.***

Durante el período 1995-2004 se registraron 292 nuevos hospitales, y durante el período 1995-2006 se registraron un total de 2,614 nuevas clínicas privadas; la expansión se concentra principalmente en la Ciudad de Guatemala, en donde se apertura el 58 % de estas nuevas clínicas.

Para el año 2004, la red privada de servicios contaba con una oferta de 2,802 camas (Estrada Galindo, 2008:84), cantidad que equivale a 46% de las camas (6,040) de la red del MSPAS para ese mismo año (MSPAS, 2006b:34), dato que no ha cambiado significativamente para el año 2010, cuya proporción numérica oscila con un déficit superior al 49.3% de la capacidad actual del ministerio según los últimos datos porcentuales proporcionados por la entidad nominadora.



11.7 Cobertura de la atención en salud:

En este aspecto es importante resaltar que el cálculo exacto sobre la cobertura de la atención no es fácil de realizar, dada la inexistencia de datos, incongruencia de información por fuentes diversas, y porque la cobertura se calcula de distinta manera según el análisis de salud a ejecutar; cuyas diferencias suelen ser abismales.

Por ejemplo, el MSPAS hace cálculos sobre la población asignada por puesto de salud, y en el caso del PEC se contabiliza la población bajo convenio. Además, antes del impulso del PEC, los datos de cobertura se presentan en porcentajes de población, pero a partir de su implementación la cobertura se expresa en cantidad estimada de habitantes cubiertos.

Para 1990, la cobertura del IGSS era de un 14% de la población y, aunque la cobertura del MSPAS no es precisa (derivado a que los reportes propios del ministerio presentan diferentes porcentajes), se calcula que la población cubierta con algún tipo de servicio se encontraba en un rango de 39 a 46%. (Verdugo, 1995:119; MSPAS, 1997:18).

Cualquiera que fuese la cifra se observa un **alto déficit por parte del sistema público de salud** para lograr una cobertura universal de la población.

Con fines académicos y de análisis es importante examinar la cobertura del IGSS para forjar el parámetro de referencia que se requiere ya que, desde sus propias cifras; cuyos datos son más exactos. Esta entidad no ha podido ampliar sus servicios a más allá del 18% de la población guatemalteca en los últimos 30 años coincidiendo con la entrada de las políticas de ajuste estructural, el aumento de la flexibilización laboral y el trabajo informal.

A raíz de la implementación del PEC, la cobertura fue aumentando a tal punto que se llegó a cubrir 460,000 habitantes en 1997; 2,180,000, en 1998; y 2,516,000, en 1999 (La Forgia, Mintz y Cerezo, 2005:15).

La cobertura estimada de este programa para el 2010 asciende a 4.5 millones de habitantes de 404 jurisdicciones, en 205 municipios (MSPAS/UPE, 2010).



Sobre el PEC, se han vertido algunas dudas respecto a la **verdadera cantidad de población cubierta y con acceso**, porque: el número de habitantes cubiertos se calcula a partir del número de jurisdicciones bajo convenio, pero en cada jurisdicción se atiende en realidad principalmente a mujeres y niños en intervenciones puntuales, por lo que no toda la población es atendida.

Además, la atención no es permanente, pues la consulta clínica se realiza una vez al mes (12151805, 26132015).

De hecho, tomando datos altamente significativos como los detallados en la ENCOVI 2006 es preciso demostrar que, de aquellas personas que habían buscado alguna atención en los 30 días previos a la encuesta, el centro comunitario del PEC representa únicamente el 2.6% del lugar de consulta para todo el país, aunque es más utilizado por el estrato socioeconómico muy bajo en donde representó el 12%; en el área rural registró 5.3% y en población indígena, 5.5%.

En el otro extremo, 40.7% de las personas encuestadas había acudido a consulta a una clínica privada con excepción del estrato bajo extremo.



11.8 Cobertura de biológicos e inmunizaciones:

Es acá donde se ha documentado una serie de intervenciones notables en relación a los demás elementos de la investigación; ya que estas constituyen una de las acciones en salud de mayor importancia en el trabajo sanitario del país.

Está por demás mencionar que es acá donde se han destinado esfuerzos considerables por parte del MSPAS, la cooperación internacional y demás instituciones nacionales de salud.

Resalta en este contexto el documentar que en el año 2005, se introdujo en el país la vacuna Pentavalente que previene la difteria, el tétanos y la tos ferina (como la DPT), pero incluye también el **Haemophilus influenza tipo B y la hepatitis B**.

Aunque algunas de las coberturas aún pueden mejorar, la priorización constante de los últimos 25 años se refleja en los aumentos significativos en este ámbito.

En el año 2009 por instrucción ministerial se modifica nuevamente el esquema de biológicos infantiles al ingresar la vacuna contra el **neumococo**, incidiendo directamente en el corredor endémico de morbi – mortalidad infantil, al disminuir significativamente los casos de neumonía adquirida en la comunidad.

Por último en la época contemporánea 2014-2015 se ha participado activamente de la mesa técnica de análisis coyuntural para considerar el ingreso y administración del biológico preventivo para el VPH **Virus del Papiloma Humano** (de nombre comercial *Gardasil*), el cual constituye la primera intervención dirigida a MEF (Mujeres en Edad Fértil) de 14 a 49 años cuyo requisito es no haber iniciado vida sexual activa para la prevención del cáncer cérvico uterino en su periodo pre patológico; esto generado a nivel local durante la administración del Dr. Jhonny Edward Villatoro Palacios al frente de la Dirección de Área de Salud de Huehuetenango, unidad ejecutora 216 período agosto 2014 a enero 2015.



11.9 Análisis del Talento humano en salud:

Por último pero no menos importante resulta trascendental efectuar el análisis de los recursos y/o talentos humanos con los que cuenta la entidad nominadora, en este caso correspondiente al MSPAS.

Resulta clave contar con el personal idóneo y apropiado según perfil del puesto en la prestación y tipo de atención en salud, tanto en los aspectos directivos, gerenciales y operativos.

El sistema de salud en su conjunto tiene déficits importantes de recursos humanos, uno de los que más han destacado es la ineficiente y escasa formación, la cual no ha sido la más adecuada tanto en términos de cantidad de personal como en su formación y entrenamiento profesional.

A esto, se suman las precarias condiciones laborales en las que se encuentran los profesionales y técnicos de salud.

La formación ambigua y capacitación prácticamente deletérea, tanto en el campo profesional como en el nivel técnico.

Esta tarea de proporciones inexorables ha estado siempre a cargo de las principales cinco universidades del país: Universidad de San Carlos de Guatemala (**USAC**), Universidad Rafael Landívar (**URL**), Universidad Mariano Gálvez (**UMG**), Universidad Francisco Marroquín (**UFM**) y Universidad del Valle de Guatemala (**UVG**).

De éstas, la principal formadora ha sido la USAC, aunque vale la pena mencionar que a finales de la década del 80 hubo una disminución de egresados por la desertión y disminución de estudiantes de finales de los años 70 e inicios de los 80, debido a las repercusiones de la situación política del país. (OPS, 1992:47)

Hasta los años 80, la formación de personal a nivel técnico medio y de auxiliares de **enfermería** recaía en las distintas escuelas del MSPAS: tres de enfermería en



Guatemala, Quetzaltenango y Cobán; cuatro de auxiliares de enfermería en la capital, Jutiapa, Mazatenango y Quetzaltenango; y el Instituto de Adiestramiento de Personal de Salud (**INDAPS**) en Quiriguá que formaba **auxiliares de enfermería, técnicos en salud rural e inspectores de saneamiento**; una escuela de radiología diagnóstica, una escuela de fisioterapia y terapia ocupacional, y un curso de laboratorio clínico.

Las escuelas de auxiliares del MSPAS fueron seriamente afectadas por la reducción de recursos, tanto así que para 1989 y 1990 estuvieron inactivas (OPS, 1992:48).

En la actualidad, las Universidades Rafael Landívar (URL) y Mariano Gálvez (UMG) han impulsado carreras en enfermería profesional y licenciaturas de enfermería (URL/OPS, 2009:38-40).

Por otra parte, existe una gran cantidad de cursos y escuelas privadas para la formación de auxiliares de enfermería que no cuentan con la aprobación del MSPAS; para el año 2009 se estimaba que se graduarían 1,500 auxiliares de enfermería de las cuatro escuelas del MSPAS y de los cursos regulares, mientras que se acreditarían o nivelarían 3,000 auxiliares de enfermería egresados de cursos no avalados (MSPAS, 2009b:4).

Los recursos humanos en salud tienen problemas de insuficiencia y distribución inadecuada.

Para febrero de 2012, *el número de médicos colegiados* era de **16,018**, de los cuales se estimaba que habían fallecido 924, por lo que el total real era de 15,094.

Al relacionar esta cantidad con el número de habitantes de ese año (14, 517,057 proyección INE), se calcula una **razón de densidad de 9.92 médicos por 10,000 habitantes**, pero al desagregarla por departamentos se identifica una alta concentración de médicos en los departamentos de Guatemala, Quetzaltenango y Sacatepéquez, mientras que el resto del país tiene una baja razón de densidad (URL/OPS, 2009:8).



Un estudio de 2009 reportó que Guatemala contaba con un total de 12,452 trabajadoras de enfermería en el que apenas el **19.7% era personal profesional** (técnico-profesional, licenciatura y magíster) y el resto estaba constituido por auxiliares de enfermería autorizados y no autorizados, auxiliares con menos de un año de formación y ayudantes de hospital.

En su distribución geográfica, se observa que el 47.4% del personal de enfermería se encuentra en el departamento de Guatemala (MSPAS, 2009b: 30, 39).

La razón de densidad de enfermería para todo el país es de 8.8 por cada 10,000 habitantes, la cual es todavía menor a la de los médicos graduados.

Al adicionar el número de médicos y de enfermeras profesionales, la razón de densidad de recursos humanos en salud para todo el país equivale a 12.2 profesionales de salud por cada 10,000 habitantes que es menos de la mitad del estándar internacional recomendado (URL/OPS, 2009: 8; MSPAS, 2009b: 30).

En el ámbito público institucional, los recursos humanos en el MSPAS han sido bastante limitados. Para 1988, el MSPAS tenía un total de 19,382 trabajadores, de los cuales 5,718 eran trabajadores administrativos y 4,098 de servicios varios; 5,231 trabajadores eran personal de enfermería auxiliar, 2,706 con nivel técnico medio y 1,629 con nivel profesional.

Al observar la distribución por regiones, el 34% del total de personal se concentraba en la región Metropolitana y 20% en la región Central (Cottom, 2004:6-7; OPS, 1992:43).

Para el período 1985-1990, la mayoría de los trabajadores del MSPAS estaban contratados principalmente por el **renglón 011** (IC 23062307), que se refiere al personal o funcionarios públicos permanentes. (FTP, 2000:130).

“Actualmente 2010 – 2015 esta tendencia manifiesta una inversión poblacional en el talento humano siendo reemplazado en su mayoría por personal que presta



servicios técnicos y profesionales, bajo la modalidad de un contrato sin acceso a prestaciones laborales y en permanente inestabilidad laboral”.¹⁵

11.9.1 Distribución de personal y de recurso humano:

El diseño de una reforma urgente de salud yace y toma como planteamiento del problema el **tamaño del Estado**.

Exponiendo los evidentes rezagos y la escasez abundante de recursos del MSPAS para atender las crecientes necesidades de salud de la población (IC 23062307), se le consideraba como *“uno de los ministerios con mayor número de empleados: 22 mil servidores públicos para el año 1995...”* y **“con una elevada [...] burocratización”** (Segeplan, 1991:10; BID, 1995:5).

Ya sea para responder a la racionalización del personal señalada en el PMSS I o porque el Estado ya había iniciado procedimientos de este tipo desde años atrás, en 1996, el MSPAS inició su propio programa de retiro voluntario.

Aunque esta opción tuvo aceptación entre trabajadores del nivel central y operativo, no generó mayores cambios en la cantidad de personal o en el tamaño de la institución.

Lo que sí afectó fue el número de cuadros técnicos, pues muchos se retiraron del MSPAS para insertarse en espacios mejor remunerados (cooperación externa, empresas de consultoría, organizaciones privadas lucrativas y no lucrativas).

La estructura del financiamiento de los recursos humanos también cambió pues hubo una disminución en la contratación por el renglón 011; aun cuando varios trabajadores fueron contratados nuevamente, se hizo a partir del renglón 0245 “pago por servicios exentos y otras retribuciones” (IC 20121322, 11091826, 12151805, 15222619).



A esto se añade que el Reglamento orgánico del MSPAS no ha sido respaldado por la *Oficina Nacional de Servicio Civil (ONSEC)*, ni por la *Dirección Técnica del Presupuesto (DTP)*, por lo que se siguen manejando los puestos de la estructura ministerial anterior.

La creación de nuevas plazas es complicada, pues tendría que hacerse en base a una estructura que ya no existe. (IC 20121322; Maceira, 2007:11). Para el año 2007, el número de empleados del MSPAS era de 23,850, sin incluir al personal contratado en el PEC (MS- PAS/DGRH, s/f: 11). En casi 20 años, desde 1988, el número de funcionarios había crecido apenas un 23% (4,468 nuevos empleados). Para 2009, el número de funcionarios se incrementó hasta 26,200, es decir, hubo un incremento de casi un 10% (2,350) en un plazo de dos años (MSPAS, 2009b) para el año 2012 la nómina alcanzaba 29,357 empleados; contratados y sub contratados.



11.10 Principales deficiencias del actual sistema Administrativo:

Desde el año 2000, se ha observado menor presencia de los diputados en el trabajo de fiscalización, pero también mayor afluencia en decisiones de carácter técnico y operativas: tales como definir la contratación de ONG, escogencia y asignación de puestos directivos, gerenciales o administrativos en el nivel central del MSPAS, mayor injerencia en las **Direcciones de Áreas de Salud** o en los Distritos Municipales de Salud.

Estas influencias, con frecuencia están motivadas por intereses políticos o económicos particulares, y reflejan la vulnerabilidad de la institución a acciones de corrupción. Las cuales NO deben de ser inalienables, ni tampoco aceptadas por la población ya que dicha manipulación perjudica la libertad e institucionalidad que debe de existir en cada servicio o dependencia gubernamental. (IC 11091826, 20121322).

Por otro lado en términos de estructura y funcionalidad del MSPAS, llaman la atención los cambios realizados en los últimos años y la creación de estructuras no contempladas en el *Reglamento Orgánico* del MSPAS.

Entre los principales cambios está la disolución del Departamento de Epidemiología perteneciente al SIAS, y la creación del Centro Nacional de Epidemiología como dependencia adscrita al Despacho Ministerial.

También se creó un tercer viceministerio para asuntos propios del MSPAS a nivel de nosocomios, que posteriormente se convirtió en el **viceministerio de hospitales**, el cual funcional y organizacionalmente entra en conflicto con el nivel ejecutor del SIAS, al que pertenecen los hospitales.

Destaca recientemente la concepción de una cuarta estructura denominada **viceministerio de atención primaria**, para lo que antes era la dirección general del SIAS (Sistema Integrado de Atención en Salud).

La estructura y funcionamiento del MSPAS se encuentra en revisión, y para el 2016 a lo interno de esta institución se discute sobre la necesidad de contar con un nuevo reglamento orgánico.



Como precedente adscrito a los principales cambios en la estructura jerárquica del Ministerio de Salud, se impulsó la conformación del **Modelo básico de gestión** que se dirigió hacia el cambio gerencial en algunas áreas de salud piloto de los departamentos de *Guatemala, Quiché, Alta Verapaz y Huehuetenango* (MSPAS, 2005b; MSPAS, 2004b:6) y está por verse si se amplía hacia otras áreas del país.

Este modelo de gestión busca que las *decisiones* que tradicionalmente se han centralizado en el director de área de salud, sean *desconcentradas* y recaigan en un **Consejo Técnico Asesor**.

Conformando toda una estructura organizativa que dirige los diferentes procesos administrativos y técnicos de salud bajo personal con tareas específicas de evaluación, monitoreo y supervisión. (MSPAS, 2005b:40-50).

La principal limitación de este modelo a lo interno de la Dirección de Área de Salud de Huehuetenango es no contar con el personal adecuado para los puestos administrativos que habilitó el Modelo de Gestión, por la carencia de capacidad instalada y perfil académico.

A esto se le suma la baja capacidad generadora de recursos humanos calificados por parte de las escuelas formadoras nacionales y la marcada corrupción con la intrusión de diputados en la selección y reclutamiento del personal para puestos claves dentro de la institución. (IC 20121322).



11.11 Alternativas y propuestas de corrección del Sistema Administrativo:

En el año 2010, el MSPAS presentó una **Agenda Nacional de Salud 2010-2020** con la intención de establecer algunas orientaciones de política en el sector que trasciendan los períodos de gobierno, y la conviertan en un reto de Estado.

Esta iniciativa contiene una agenda transformadora en la cual se menciona el desarrollo de un sistema nacional de salud (incluyendo la promulgación de una ley general) que abarque el financiamiento, la definición de un nuevo modelo de atención, sobresaliendo la **gestión territorial**, el desarrollo del recurso humano a través del departamento de capacitación y desarrollo de los servicios de salud, el plan de mejoras en la infraestructura de los servicios y el incremento del presupuesto del MSPAS anualmente, entre otros puntos.

Algunos cuadros técnicos formulados aún se mantienen a pesar de los cambios de gobierno, que se han incitado mientras que otros han impulsado en la actualidad procesos de discusión inspirados en esta agenda, pero todavía no se han producido cambios concretos visibles. (MSPAS, 2007:42-46; IC20121322, 11091826).

A nivel local y específicamente durante la Administración del **Dr. Villatoro Palacios**, al frente de la Dirección Departamental de Salud se postula la formulación de un plan estratégico acorde a las perspectivas y orientaciones de la agenda nacional de salud; para que sirva como punto de partida y marco referencial relativo al concepto de gestión y ejecución por resultados; para generar intervenciones propicias en el departamento de Huehuetenango; de conformidad con las políticas públicas vigentes en el país, en el cual se conciben las siguientes definiciones:



11.12 Visión de país: / Guatemala 2020

La visión de república plantea un sistema público de salud con plena participación de la sociedad, con sostenibilidad de la red de servicios de alta calidad que vinculan el concepto de medicina tradicional, con pertinencia y presencia estratégica con cobertura total, e incidencia intersectorial en los determinantes sanitarios a nivel nacional lo cual permite el desarrollo de la población en todas sus esferas fortaleciendo condiciones de productividad para el adecuado desarrollo de sus habitantes.

11.13 Visión de Departamental: / Huehuetenango 2015

Incidir en el departamento con un concepto de salud renovado que influya proporcional y progresivamente en las determinantes y condicionantes demográficas, geográficas, de morbilidad y mortalidad que aquejan a la región, prevaleciendo las orientaciones de política destinadas a satisfacer las necesidades sociales; dotando a la ciudadanía un servicio íntegro, equitativo y sin discriminación.

11.14 Misión Operativa Departamental: / Huehuetenango 2015

Responder de manera óptima y propicia a las demandas de la ciudadanía, con enfoque de probidad y transparencia en el que hacer institucional para garantizar, el abastecimiento permanente, la adecuada utilización y distribución de los recursos; y preservar la institucionalidad en los 33 municipios que integran la red de servicios del departamento.

11.15 Pilares fundamentales de gestión Institucional:

Durante el período de administración y conformación gerencial se sintetizaron las principales orientaciones y políticas estatales en lo que al marco de salud se refiere, posteriormente se incluyó a todos y cada uno de los actores con presencia en él departamento: (ONGs, clínicas eclesiásticas, cooperación internacional, medicina maya tradicional, medicina oriental y occidental entre otras, a esto se suma el conglomerado de alianzas y actores claves de la sociedad civil que contribuyen al



proceso de mantenimiento de la salud y rehabilitación enfermedad, los cuales se resumen a continuación:

a) Primer Nivel:

Dentro del proceso de corrección del que hacer institucional para el año 2015 destaca la recisión y cierre de convenios de 62 jurisdicciones. PSS (*prestadoras de Servicios de Salud*) en el departamento de Huehuetenango e implementación de un modelo de servicios básicos de primer nivel a un menor costo, de carácter institucional, delimitado por territorios y sectores en sustitución del programa de extensión de cobertura; dirigido a 658, 742 habitantes de las comunidades más postergadas del departamento. (58.3% de población total).

Implementación y fortalecimiento de la estrategia del Modelo de Atención Integral de Salud, impulsado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El cual pretende maximizar el desempeño institucional y de todo el talento humano de la Dirección de Área de Salud, a través de la subvención y reforma del actual sistema administrativo gerencial para hacerle más competente en el ejercicio óptimo de sus capacidades para el departamento de Huehuetenango.

b) Segundo Nivel:

Apoyo técnico, gerencial, logístico y estratégico a la Unidad de Supervisión y Monitoreo adscrita a la Gerencia de Provisión de los Servicios de Salud con la finalidad de establecer un diagnóstico y línea basal de referencia de todos y cada uno de los distritos que integran la red de servicios institucional; con el objeto de identificar debilidades y necesidades pertinentes, emergentes y urgentes a efecto de resolverlas a la brevedad posible en un adecuado orden de prioridades en comunión con la capacidad y recursos financieros disponibles.

Monitoreo directo del talento humano identificando fortalezas técnicas y operativas para prever su fortalecimiento, y por otra parte proceder al esclarecimiento del



personal sub optimizado o exorbitante para proceder a su depuración anual de los diversos servicios de la red institucional, hospitalaria y comunitaria.

Proveer a la Unidad de Planificación Estratégica (UPE) de la Dirección de Área de Salud, apoyo concreto y permanente con la finalidad de coordinar, analizar, e incidir en los procesos organizacionales de gestión de calidad, planificación y desarrollo progresivo de los servicios.

En cuanto al tema sindical se refiere se mantiene la observancia y primacía directa a la previsión y solución de conflictos contenidos en el Capítulo IV Artículo 27 “Respeto Mutuo y Obligatoriedad” del Pacto Colectivo de condiciones de trabajo suscrito por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Sindicato Nacional de Trabajadores de salud de Guatemala -SNTSG- establece un organismo conciliador denominado “Junta Mixta” y/o “Mesa de Dialogo” para tratar lo relacionado con la Unidad de Acción Sindical Popular -UASP- permitiendo el diálogo como vía directa para la resolución inmediata de la problemática que pueda generarse en materia sanitaria y derecho laboral.

c) Tercer Nivel:

Apoyo permanente y objetivo a la red Hospitalaria del departamento de Huehuetenango con dotación de insumos esenciales para la prestación de Servicios Públicos; fortaleciendo la adjudicación presupuestaria a cada unidad ejecutora (Hospitales Distritales) según necesidades y demanda de servicios.

Asociación pertinente con instancias y organizaciones de cooperación internacional para el abastecimiento y dotación de materiales médico-quirúrgicos para subsanar la crisis sanitaria que aqueja la red hospitalaria del departamento.

Todo lo anterior en “Observancia estricta de los preceptos legales en el ejercicio de la administración pública promulgados y contenidos en los artículos 15, 16, 18 y 19 del Decreto Ley No. 89-2002, Ley de probidad y de Responsabilidad de Funcionarios y Empleados Públicos”.-



12. Concepto existencial de la Dirección de Área de Salud:

En sí misma es una de las dependencias estatales de mayor preponderancia a nivel departamental descrita de manera extensa a lo largo de esta investigación; con la difícil tarea de dotar de manera gratuita, atención y servicios de salud a todo el departamento de Huehuetenango, tanto en materia de salud (historia natural de la enfermedad) como en el concepto de saneamiento ambiental (zoonóticas, vectores, agua para el consumo humano etc.).

El alcance de la Dirección departamental de Salud va más allá del entorno y límite geográfico impuesto en él territorio y trasciende de manera conjunta con la operativización y alcance de los objetivos y metas de desarrollo sostenible (ODS) viables a partir de 2016 incorporando para sí los indicadores y estándares de desarrollo humano global, haciéndolos compatibles a la estructura de nación por medio de las políticas y programas estatales en estricta correlación con los estándares y parámetros de medición sanitaria, para todo individuo y ciudadano del estado guatemalteco.¹⁶

Por lo que toda acción e intervención dirigida a promover la salud y el bienestar individual y colectivo constituye un bastión de acciones que las personas y gobiernos ejecutan con el fin de romper el *estatus quo*, para con ello generar un cambio de conducta o alterar el *modus vivendi* de un conglomerado de personas.

Esto resalta porque la mayoría de proyectos y formatos de investigación en el sector sanitario, sólo cuentan con *intervenciones* unidireccionales desde el punto de vista clínico, metodológico y de meta-análisis; dejando por un lado el que hacer administrativo, gerencial y operativo, los cuales se fundamentan en el contexto investigativo de carácter longitudinal y experimental que tienen como primacía determinar o comprobar una teoría o definición conceptual.

Aunado a todo ello los estudios analíticos y descriptivos, en el sector salud comparan y definen una variable o situación en particular de manera representativa; lo cual esta conceptualizado en la presente investigación cualitativa.

¹⁶ Artículo. 3º. De la Constitución Política de la República "Derecho a la Vida". El estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona.

Artículo 93. De la Constitución Política de la República "Derecho a la Salud". El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

Artículo 94. Obligación del Estado sobre Salud y Asistencia Social. El estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes.



13. Perfil Utópico de la Dirección de Área de Salud:

Considerando que el Estado de Guatemala desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación de la Salud, así como todas aquellas maniobras de coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social a todos y cada uno de sus habitantes, de manera gratuita, con pertinencia cultural, con equidad de género y sin discriminación alguna.

En cumplimiento de este precepto resulta vital el **acondicionamiento del recurso humano** de un perfil altamente calificado, en base a méritos académicos, idoneidad y honradez para perfilarse ante cualquier puesto de la Dirección Ejecutiva y de gerencia Administrativa Financiera, el cual debe de cumplir con lo estipulado en fortalecer la preminencia del interés público sobre el privado, propiciando los valores de imparcialidad y transparencia en la toma de decisiones; a nivel gerencial en consenso con el equipo técnico ad hoc para este proceso. Por lo que trascendental la *emisión y elaboración de un manual de perfiles, y/o manual de clasificación de funciones para la estructura organizacional institucional* en respuesta a la necesidad instaurar una adecuada política en salud vigente para el departamento.

Tratar oportunamente con el departamento de provisión de servicios y la gerencia administrativa financiera: los hallazgos y debilidades identificadas por los distintos entes fiscalizadores y responder en base a las recomendaciones adscritas por la contraloría general de Cuentas y Auditoría Interna del MSPAS.

Apoyar la labor de detección de los casos de corrupción; implementando mecanismos propicios de denuncia, seguimiento y procedimientos administrativos, penales y judiciales según el caso.

La urgente implementación curricular del proceso de **Gestión por Resultados** a todo nivel de la estructura funcional de la Jefatura de Área de Salud de Huehuetenango en permanente acompañamiento con el nivel central, para fomentar la adecuada toma de decisiones basadas en el concepto original de una transparente ejecución presupuestaria y priorización del gasto.



El priorizar el proceso de implementación y certificación a corto, mediano y largo plazo de la normativa internacional de calidad ISO 9001 2008/2009 del Área de Salud de Huehuetenango; y su acreditación respectiva en el componente de gestión de calidad, para incrementar con ello la satisfacción del usuario y del proveedor de servicios, fortaleciendo la eficacia y/o eficiencia de la organización en el logro de los objetivos planteados.



Capítulo IV

14. Marco Operativo

14.1 Análisis y discusión de Resultados:

Luego del análisis previo de la información documental recabada para este fin y del desglose específico de la estructura administrativa y organizacional de la Dirección departamental de Salud; se ha identificado la carencia relativa de un modelo administrativo coherente, lógico y coordinado para realizar y llevar a cabo un adecuado proceso gerencial en cada uno de los niveles que integran la Jefatura de Salud de Huehuetenango.

Con la finalidad de promover un adecuado sistema gerencial; debidamente estratificado, de fácil implementación y sostenibilidad en una línea de tiempo factible dentro de la institución; se han delimitado una serie de observaciones documentales, producto de la praxis en el ejercicio de las funciones y del cargo público en diferentes momentos del que hacer a lo largo de los años al frente de la institución y se ha llegado a la conclusión: *“Es urgente reformular un planteamiento completamente distinto al actual sistema funcional en la estructura jerárquica de la DASH (Dirección de Área de Salud de Huehuetenango) preceptuando una regulación objetiva y programática de cada uno de los procesos y esfuerzos que realiza la organización para lograr el alcance del objetivo o meta en común, en este caso en particular corresponde al ejercicio y garantía de la de salud para todos los habitantes, en conjunto con las orientaciones, políticas específicas y directrices del sector sanitario con influencia en el departamento”*¹⁷.

Una de las principales conclusiones de la investigación data de las propias carencias evidenciadas en los textos anteriores, por lo cual resulta importante el promover la *creación de una herramienta administrativa de monitoreo, evaluación y seguimiento del personal* que refuerce el marco operacional y programático de la DASH.



Mejorando de manera proactiva los conocimientos y capacidades del recurso humano instaurado herramientas con carácter permanente, e incentivos laborales para alcanzar objetivos de equipo, en el campo de la salud esto se traduce en la optimización de la calidad de atención que se brinda a todos los individuos; dando como resultado: el brindar de servicios de salud con en todos los niveles de atención con calidez y eficiencia prevaleciendo el acceso y dotación integral.

Es acá donde la atención primaria en salud renovada; tiene un papel trascendental, al convertirse en una estrategia a ser implementada al interior de los sistemas de salud, teniendo en cuenta que precisamente sus principios están centrados en el adquirir el mayor nivel de salud posible; siendo la “equidad y la solidaridad” los baluartes de aplicación en general.

Pero todo esto y primordialmente para la APRS (atención primaria en salud renovada) es loable contemplar una reforma a los determinantes intermedios y mandos medios los cuales están relacionados con la forma como se puede fortalecer la participación gremial principalmente de los médicos y profesionales de enfermería, técnicos y auxiliares, es decir: el empoderamiento local y colectivo de los CMS (Coordinadores Municipales de Salud), con la participación de los Médicos Jefes de Distrito en la prestación individualizada de servicios públicos de calidad a todos y cada uno de los usuarios y las usuarias.

Desde el punto de vista institucional y por la coyuntura existente en el área de salud de Huehuetenango derivado del disfuncional que hacer administrativo que ha prevalecido en la estructura estatal a lo largo de los años; se prevé hacer prevalecer el estado de derecho y la autonomía de cada una de las gerencias, departamentos técnicos y unidades en completa interdependencia de terceros para dotar de un adecuado sistema estructural y armazón jerárquico operativa que responda a las necesidades de la vasta trama de distritos que integran la red de servicios departamental.

Todo lo anteriormente citado permitirá tener un adecuado control sobre las actuaciones organizacionales de conformidad con las políticas públicas existentes con una respuesta concreta a las necesidades y derechos de las personas y



específicamente en el tema de abordaje, reforma y de mejora paulatina de los servicios de salud; promulgando una mejor inclusión y protección social, basando la salud como un derecho y no como un servicio; situaciones en el que las leyes del mercado: de la oferta y la demanda, determinarán la manera en que el sistema le dará respuesta a las necesidades de salubridad, El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá tomar un camino que posicione a la salud como un derecho humano irrevocable, tomando la equidad como necesidad imperativa y la justicia social como un deber estatal, tanto a nivel nacional como departamental ajustando las prioridades, políticas, planes y acciones con la realidad local y comunitario.



15. Conclusiones:

- La estructura jerárquica de la Dirección de área de Salud de Huehuetenango carece de un modelo sólido y pertinente para su correcta ejecución basado en la evidencia documental, observacional y experimental del funcionamiento administrativo de esta institución, resulta tangible una marcada burocracia la cual se refleja en una deficiente autonomía en cada una de las unidades y departamentos, sin objetivos concretos en común y en permanente conflicto de intereses entre uno y otro, lo cual menoscaba el ámbito de acción de la institución.
- El actual mecanismo de contratación, reclutamiento e inducción del personal NO responde a las necesidades prioritarias de atención en salud, existiendo un marcado déficit de personal asistencial (médicos y paramédicos) vrs personal técnico y operativo (personal administrativo y de oficina); además resalta la carencia de un manual de clasificación de personal acorde a los perfiles requeridos para los diversos puestos laborales según el manual de funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Se documentó un procedimiento de ejecución del gasto por renglón, mal estructurado, con ausencia de un ordenamiento coherente que responda a las necesidades, prioridades, actividades, programas y sub programas implementados por la unidad ejecutora.
- El Área de salud del departamento de Huehuetenango no cuenta con la coordinación e integración del personal, de acuerdo al planteamiento y ejecución de actividades de manera concreta y racional; por el contrario es evidente un deterioro progresivo de la administración y rectoría institucional.
- En el área de salud aún no se cuenta con un mecanismo certero para resolver las demandas sociales, demográficas, geográficas y demás contempladas en el análisis de situación de salud departamental observando una marcada irregularidad en los principales procesos, características, elementos propios y capacidades de la institución para forjar un plan operativo anual de carácter funcional, sostenible y sustentable.



- La producción local de bienes y servicios de atención primaria de tipo institucional ha aperturado una alternativa de respuesta en salud dirigida a la población más marginada y vulnerable, en sustitución del fallido y letárgico programa de extensión de cobertura.
- La Dirección de área de Salud de Huehuetenango es susceptible de un proceso de re estructuración toda vez que adopte un organigrama funcional preceptuando la adquisición, manutención, preservación, y recuperación de la salud como bien común, tutelado por él estado como un derecho irrenunciable.



16. Recomendaciones:

- De conformidad con la actual recesión presupuestaria que azota el país y al resto de los homólogos latinoamericanos, en virtud de cada vez son más los factores de magnitud que inciden en el aparato estatal y gubernamental, es preciso establecer un plan estratégico a cada una de las carteras y ministerios, siendo el de Salud y Asistencia Social, uno de los que más adolece de un marco operativo y organizacional acorde a su coyuntura; si a esto le sumamos una débil capacidad instalada y una respuesta deficiente transforman el área de salud de Huehuetenango en una institución completamente inoperante e invisible.
- Es recomendable a su vez el formular una doctrina de adiestramiento y educación permanente del personal para cada uno de los niveles administrativos y gerenciales, la cual debe contener la metodología y procedimientos necesarios, lo suficientemente permisibles y maleables para acoplarse a las demandas y necesidades de la población en general para así dotar al estado de una institución más eficiente e integral.
- A su vez, que siempre se debe de analizar y distribuir diligentemente el presupuesto general asignado a la unidad ejecutora, con el fin de orientar los recursos financieros de conformidad con la planificación previa; acorde a la consecución de resultados pre establecidos por el equipo técnico de la Dirección de Área de Salud.
- El hacer converger los esfuerzos administrativos para la mejora progresiva de los servicios con una adecuada propuesta de dignificación profesional del talento humano y su valoración estimada de acuerdo a la producción y nivel de especialización de cada uno; proveerá la plataforma de reforma tan ansiada en la Salud Pública Guatemalteca.
- La atención de primer nivel renovada prevé el fortalecimiento del sistema existente priorizando el recurso humano, dotándolo de la infraestructura mínima, mobiliario y equipo, materiales y suministros necesarios y medicamentos, material médico quirúrgico, y demás enseres para un funcionamiento utópico del sistema de salud.



17. BIBLIOGRAFÍA

Abrahmson, W. (1999). *Asociaciones entre el sector público y las organizaciones no gubernamentales para la contratación de los servicios de salud primaria: un documento de análisis de experiencias*. [Versión electrónica] Partner ships for Health Reform Project, Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe, USAID. [Fecha de consulta: 21 de agosto, 2015]

Ángel, L. y Privado, A. (1999). El proceso de la reforma en Guatemala. Ponencia para el foro internacional La Reforma del Sector Salud. En: *La Reforma del Sector Salud, Foro Internacional* (Pp. 91-100). Guatemala: Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Guatemala (APRESAL). 288p.

Banco Mundial (1987). El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma (resumen traducido) [Versión electrónica] *Bol Of Sanit Panam* 103(6), 1987. Pp. 695-709 [Fecha de consulta: 19 de febrero, 2012] Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v103n6p695.pdf>

Barillas, E. (2003). *Descentralización y Reformas del Sistema de Salud en Guatemala*. Informe final. Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, International Development Research Centre. 37p.

Barillas, E. (2005). *Efectos de la Reforma del Sector Salud en el suministro de medicamentos de Guatemala*. Arlington: Management Sciences for Health, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. 44p.

BID (1995) *Guatemala, programa de mejoramiento de servicios de salud*. Banco Interamericano de desarrollo.

BID (2003). *Modernización del Estado, documento de estrategia*, Washington, DC.

CEH (1999). *Guatemala Memoria del Silencio. Tomo 1*. Guatemala: Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH). 288p.



CNPE (1987). *Políticas sectoriales de desarrollo, Sector Salud*. Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica. Guatemala, septiembre de 1987.

DTP (2000). *Manual de Clasificaciones Presupuestarias para el Sector Público de Guatemala*. Segunda edición. Guatemala: Dirección Técnica del Presupuesto, Ministerio de Finanzas Públicas.

Estrada G. (2008). *Colección El Sistema de Salud en Guatemala, ¿hacia dónde vamos?, 9: Síntesis* Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 146p.

FES (2000). *La seguridad social en Guatemala. Diagnóstico y propuesta de Reforma*, Guatemala: Friedrich Ebert Stiftung, Serviprensa, pp. 19-27.

Fort, M. (2002). *Análisis de la reforma del sector salud en el primer nivel de atención*. Washington: Universidad de Washington, Maestría de Salud Pública. 49p.

Garcés de Marcilla, A. y Garcés de Marcilla, I. (2008). *Colección El Sistema de Salud en Guatemala, ¿hacia dónde vamos?, 5: ¿A quién acudimos cuando buscamos salud?* Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 69p.

Gutiérrez, E. (2006). *Colección El Sistema de Salud en Guatemala, ¿hacia dónde vamos?: Guatemala 1985-2015, Análisis de tendencias y prospectiva*. [Versión electrónica, CD]. Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 63p.

Icú, H (2000). Tres respuestas al sistema integral de atención de salud por la sociedad civil en Guatemala. En: Bambas, Alexandra, Casas, Juan Antonio, Drayton, Harold A y Valdés, América (Editores), *Salud y desarrollo humano en la nueva economía global: Contribuciones y perspectivas de la sociedad civil en las Américas* [Versión electrónica], (Pp. 296-206). Washington: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, University of Texas Medical Branch. [Fecha de consulta: 23 de agosto, 2014] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/Hdp/Galveston_spa.pdf



IGSS (2001). *Informe anual de labores 2001, 2002, 2003, 2006, 2007*. Guatemala: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

IGSS (2009a). *Manual de organización del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social*. [Versión electrónica] Guatemala: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. [Fecha de consulta: 15 de marzo, 2015] Disponible en: <http://www.igssgt.org/pdf/1y6manualorganiza.pdf>

IGSS (2009b). *Informe anual de labores 2009*. Guatemala: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. IGSS (s/f). *Taller nacional de la seguridad social: EMA e IVS*. Guatemala: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

INS (1999). *El desarrollo de la reforma del sector salud y las respuestas de la sociedad civil en Guatemala*. Guatemala: Instancia Nacional de Salud. 8p.

La Forgia, G. (1994). *Programa Sectorial de Salud*. Banco Interamericano de Desarrollo. 13p.

La Forgia, G., Mintz, P. y Cerezo, C. (2005). Is the Perfect the Enemy of the Good? A Case Study on Large-Scale Contracting for Basic Health Services in Rural Guatemala. En: Gerald M. La Forgia (Ed), *Health System Innovations in Central America, Lessons and Impact of New Approaches* (Pp. 9-48). Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank.

LACRSS (1998). *Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala*. Iniciativa para la Reforma para el Sector Salud para América Latina y el Caribe, Partnerships for Health Reform. 51p.

Maceira, D. (2007). *Actores y reformas en salud en América Latina*. Nota técnica de Saúde No. 1/2007 [Versión electrónica]. Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible, División de Programas de Desarrollo Social. 59p. [Fecha de consulta: 25 de julio, 2015] Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=1442341>



MINUGUA (2003). *Acuerdos de paz de Guatemala*. Guatemala: Misión de Verificación de las Naciones Unidas en Guatemala. 242p.

Miranda, J. y Arriola, C. (2006). Estudio de caso de Guatemala. Contratación de una ONG para la extensión de cobertura. En: Jean Macq y Patrick Martiny (Coord), *La contratación de servicios de salud privados en el primer nivel de atención en América Central: ¿Una opción para asegurar una atención eficiente, equitativa y sostenible?* (Pp. 201-258). Bruselas: Université Libre de Bruxelles, DGXII-Comisión Europea. 307p.

Morales, L. (2002). *Obstáculos y alternativas para la descentralización del sector salud en el municipio de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, desde un enfoque socio político y organizacional*. Guatemala: Universidad del Valle de Guatemala. Tesis de la Maestría en Desarrollo. 74p.

Moscoso, V. y Flores, C. (2008). *Colección El Sistema de Salud en Guatemala, ¿hacia dónde vamos?, 3: Retratos de muertes evitables*. Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 77p.

Mosquera, M. (2007). Médicos y antropólogos que descifran y tratan males. El desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala. [Versión electrónica]. *Desacatos*. No. 23, enero-abril 2007, Pp.225-250. [Fecha de consulta: 17 de julio, 2015] Disponible en <http://www.ciesas.edu.mx/desacatos/23%20Indexado/pdf>.

MSPAS (1993). *Lineamientos de política de salud, 1994-1995*, Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

MSPAS (1994). *Guatemala, Programa Sectorial de Salud*. Abril, 1994. 15p.

MSPAS (1996). *Política de salud 1996-2000, versión oficial*. Guatemala, marzo de 1996.



MSPAS (1997). *Lineamientos políticos, estratégicos y programáticos para la reforma del sector salud de Guatemala*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 56p.

MSPAS (1999). *Guatemala: la experiencia exitosa de la extensión de cobertura*. Guatemala: Sistema Integral de Atención en Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 11p.

MSPAS (2000). *Plan nacional de salud 2000-2004*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

MSPAS (2004 a). *Evaluación de la provisión de servicios básicos de salud mediante indicadores trazadores en una muestra de hogares con representatividad nacional, abril-mayo 2004*, Guatemala.

MSPAS (2004 b). *Lineamientos básicos y políticas de salud, año 2004-2008*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

MSPAS (2004 c). *Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención, segundo nivel*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

MSPAS (2005 a). *Situación de la salud y su financiamiento, Período 1999-2003*. Tercer informe. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

MSPAS (2005 b). *Modelo básico de gestión. Direcciones áreas del sistema integral de atención en salud*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

MSPAS (2006 a). Semana No. 24 del 11 al 17 de junio de 2006. *La semana epidemiológica en Guatemala. Situación de los principales eventos de vigilancia epidemiológica*. Año VIII, No. 438. [Versión electrónica] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/semanas/2006/SEM%20No%2024-2006.pdf>



MSPAS (2007). *Agenda Nacional de Salud. Políticas, Programas y Estrategias de Salud*, Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

MSPAS (2008). *Plan nacional para la salud de todas y todos los guatemaltecos*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

MSPAS (2009a). *Informe de actividades del MSPAS sobre salud de pueblos indígenas*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 45p.

MSPAS (2009b). *Caracterización de la fuerza de trabajo de enfermería en Guatemala*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Asociación Guatemalteca de Enfermeros Profesionales, Universidad de San Carlos de Guatemala, Universidad Rafael Landívar, Universidad Mariano Gálvez, Organización Panamericana de la Salud. 111p.

MSPAS (2009c). *V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, Informe Preliminar*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística, Universidad del Valle de Guatemala, Agencia de los Estados Unidos Para el Desarrollo Internacional, Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional, Centro para el Control de Prevención de Enfermedades, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud, USAID/Calidad en Salud. 68p.

MSPAS/CGAS (2007). *Modelo de extensión de cobertura en el primer nivel de atención*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Coordinación General de Áreas de Salud.

MSPAS/CNE (2007). *Memoria anual de vigilancia epidemiológica, 2007* [Versión electrónica]. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Centro Nacional de Epidemiología. [Fecha de consulta: 10 de febrero, 2015] Disponible en: [http:// epidemiologia.mspas.gob.gt](http://epidemiologia.mspas.gob.gt)



MSPAS/DGRH (2009). *Consolidado de Personal del MSPAS, 2009*, Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección General de Recursos Humanos.

MSPAS/DGRH (s/f). *Caracterización del personal y acciones de desarrollo de la Dirección General de Recursos Humanos 2004-2007. Observatorio de recursos humanos en salud 1*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Observatorio de Recursos Humanos en Salud.

MSPAS/PNMTA (2007). *Conociendo la medicina tradicional en Guatemala*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Medicina Tradicional y Alternativa.

MSPAS/UPS II (2005). *Logros de la UPS II, 2005*, Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Unidad de Provisión de los Servicios del Segundo Nivel de Atención.

MSPAS/USAC (2006). *Vademécum nacional de plantas medicinales*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Universidad de San Carlos de Guatemala. 262p.

MSPAS (2006b). *Informe del estado de salud y su financiamiento*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

OIT (1989). *Convenio No. 169 sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*. Adoptada por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), convocada en Ginebra el 7 de junio de 1989, en su septuagésima sexta reunión. Disponible en: white.oit.org.pe/ipec/documentos/169. Pdf

OMS (2010). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010* [Versión electrónica]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Fecha de consulta: 3 de junio, 2010] Disponible en: http://www.who.int/entity/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf



OPS (1987a). *Cooperación técnica entre países (CTP) en las iniciativas subregionales* [Versión electrónica] Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Comité Ejecutivo del Consejo Directivo, Subcomité de Planificación y Programación. [Fecha de consulta: 14 de septiembre, 2015] Disponible en: http://hist.library.paho.org/english/GOV/SPP/spp9_5_spa.pdf

OPS (1987b). Fondo Rotatorio de Medicamentos Esenciales para Centroamérica y Panamá. Anexo II. En: *Cooperación técnica entre países (CTP) en las iniciativas subregionales*, [Versión electrónica] Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Comité Ejecutivo del Consejo Directivo, Subcomité de Planificación y Programación. [Fecha de consulta: 14 de agosto, 2015] Disponible en: http://hist.library.paho.org/english/GOV/SPP/spp9_5_spa.pdf

OPS (1998). Guatemala, perfil de país. En: *La salud en las Américas, edición de 1998*. [Versión electrónica] Washington DC:

Organización Panamericana de la Salud. [Fecha de consulta: 10 de febrero, 2015] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HIA1998/Guatemala.pdf>

OPS/OMS (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. [Versión electrónica] Washington, DC: OPS. [Fecha de consulta: 10 de febrero, 2015] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf

OPS/OMS (2008). *Situación de la salud en las Américas, Indicadores Básicos 2008* [Versión electrónica]. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=307)

PDR (1989a). *Informe presidencial al congreso de la república. III año de gobierno*, Guatemala: Presidencia de la República, Tipografía Nacional.



PDR (1989b). *Programa de los 500 días en el contexto de Guatemala 2000. Hacia la modernización de la economía nacional*, Guatemala, 25 de agosto de 1989. Guatemala: Presidencia de la República.

PDR (1991). *Informe presidencial al congreso de la república. V año de gobierno*, Guatemala: Presidencia de la República, Tipografía Nacional.

PDR (1992). *Primer año de gobierno, 1992*. Informe al Congreso de la República. Presidencia de la República. Guatemala: Tipografía Nacional.

PDR (1993b). *La agenda de Gobierno para el período 1994-1995*. Guatemala: Presidencia de la República. Septiembre de 1993.

PDR (1995). *Informe del Presidente Constitucional al Congreso de la República*. Guatemala: Presidencia de la República.

PNUD (2001). *El financiamiento del desarrollo humano: cuarto informe 2001*. Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala. 394p.

PNUD (2002). *Desarrollo humano, mujeres y salud: quinto informe 2002*. Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala. 468p.

PNUD (2008). *Guatemala: ¿una economía al servicio del Desarrollo Humano?* Informe nacional de Desarrollo Humano 2007/2008, Volumen 1. Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 562p.

Ramos, B. y Sosa, M. (2009). *Consejos de desarrollo y participación ciudadana. La participación ciudadana mediante el Sistema de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural como política pública en Guatemala (1985-2009)*. [Versión electrónica] Guatemala: Programa de los Informes de Desarrollo Humano y Objetivos de Desarrollo del Milenio, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 47p.



Rojas, F. (2009). Siete efectos políticos de la crisis internacional en América Latina [Versión electrónica]. *Nueva Sociedad*, No. 224, noviembre-diciembre, 2009. Pp. 128-143. [Fecha de consulta: 15 de marzo, 2010]. Disponible en: http://www.nuso.org/upload/articulos/3656_1.pdf

Roses, M. (2008). *Atención primaria de la salud a 30 años de Alma Ata* [Versión electrónica]. Presentación de diapositivas para la XXIX Reunión de Ministros de Salud del Área Andina. Quito, Ecuador, 9, 10 y 11 de Abril de 2008. [Fecha de consulta: 29 de marzo, 2010]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/D/30AnosAlma-Ata_REMSAA08.ppt Sánchez, Á. (2005). *La inconclusa y tutelada Reforma del Sector Salud de Guatemala en el marco del cumplimiento de los Acuerdos de paz*. Guatemala: Centro de Estudios Urbanos y Regionales, Universidad de San Carlos de Guatemala. 244p.

SEGEPLAN (1991). *Plan de acción de desarrollo social 1992-1996*. Guatemala: Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica. Diciembre, 1991.

SELA (2008). *La crisis financiera del 2008: análisis y propuestas del SELA*. [Versión electrónica] Caracas: Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe. [Fecha de consulta: 20 de febrero, 2010] Disponible en: http://www.sela.org/DB/ricsela/EDOCS/SRed/2008/11/T023600003101-0_La_crisis_financiera_del_2008_-_An%C3%A1lisis_y_propuestas_del_SELA.pdf

Serbin, A. (1997). Globalización y sociedad civil en los procesos de integración [Versión electrónica]. *Nueva Sociedad*, No. 147, enero-febrero, 1997. Pp. 44-55. [Fecha de consulta: 20 de marzo, 2015] Disponible en: http://www.nuso.org/upload/articulos/2562_1.pdf

Slowing, K. (1996). *Globalización y políticas de salud. El proceso de reforma del sector salud y su aplicación en la región centroamericana*. Boletín No. 28 [Versión electrónica] Guatemala: Centro de Estudios Urbanos y Regionales, Universidad de San Carlos de Guatemala. [Fecha de consulta: 20 de julio, 2015] Disponible en: http://www.usac.edu.gt/~usacceur/pdf/Boletin/Boletin_CEUR_28.pdf



URL/OPS (2009). *Estudio: Información sobre recursos humanos de salud en Guatemala*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Organización Panamericana De la Salud. 91p.

Verdugo, J. (1995). *Neoliberalismo y política de salud en Guatemala, período 1986-1994*. Tesis para optar al grado de Maestría en Medicina Social, no publicada. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco.

Verdugo, J. (2000a). *Análisis de la implementación del modelo de primer nivel de atención del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) en Guatemala*. Guatemala: Instancia Nacional de Salud, MEMISA.

Verdugo, J. (2000b). Los riesgos de la reforma del sector salud y el papel de la sociedad civil en Guatemala. En: Bambas, Alexandra, Casas, Juan Antonio, Drayton, Harold A y Valdés, América (Editores), *Salud y desarrollo humano en la nueva economía global: Contribuciones y perspectivas de la sociedad civil en las Américas* [Versión Electrónica], (Pp. 307-326). Washington: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, University of Texas Medical Branch. [Fecha de consulta: 3 de agosto, 2015] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/Hdp/Galveston_spa.pdf

Verdugo, J. (2001). La reforma de la salud en Guatemala. *Portadores de sueños*. Año 1, No.1, agosto 2001 (Pp. 3-12).

Verdugo, J. (2003). Historia reciente de la política y reforma de salud en Guatemala. *Portadores de sueños*. Año 2, No. 5, enero- marzo 2003 (Pp. 5-11).

Werner, D., et ál. (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* [Edición digital en línea]. Healthwrights [Fecha de consulta: 17 de septiembre, 2015]. Disponible en: <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/index.htm>



18. GLOSARIO:

Siglas y acrónimos:

AIEPI	Atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia
AINM-C	Atención Integral a la niñez y a la mujer - comunitaria
ANATESAR	Asociación nacional de técnicos en salud rural
APRESAL	Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Guatemala
APROSAM	Asociación pro salud municipal
APS	Atención primaria de salud
APS-S	Atención primaria de salud selectiva
ASDI	Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo
ASS	Administradoras de servicios de salud
BANGUAT	Banco de Guatemala
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAIMI	Centro de Atención Integral Materno Infantil
CAP	Centros de Atención Permanente
CDC	Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades
CENAPA	Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CONASÁN	Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
CONEC	Coordinadora Nacional de Extensión de Cobertura
CUM	Centro de Urgencias Médicas
DASH	Dirección de Área de Salud de Huehuetenango
DGSS	Dirección General de Servicios de Salud
DTP	Dirección Técnica del Presupuesto
EBS	Equipo básico de salud
EMA	Programa de Enfermedad, Maternidad y Accidentes del IGSS
ENCOVI	Encuesta nacional de condiciones de vida
ENSMI	Encuesta nacional de salud materno-infantil
FIS	Fondo de Inversión Social
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONAPAZ	Fondo Nacional para la Paz
HACyA	Habilitación, adjudicación, certificación y acreditación



IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INCAP	Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá
INDH	Informe nacional de desarrollo humano
ISIS	Instituto de Salud Incluyente
IVS	Programa de Invalidez, Vejez y Supervivencia del IGSS
MIFAPRO	Programa «Mi familia progresa»
MINFIN	Ministerio de Finanzas Públicas
MINUGUA	Misión de Verificación de las Naciones Unidas en Guatemala
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMC	Organización Mundial de Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONG	Organización no gubernamental



19. ANEXOS:

20. Anexo I:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El infrascrito profesional egresado de la Maestría en Administración de Servicios de Salud, de la Escuela de Estudios de Post Grado de la Gloriosa y Tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala; del Centro Universitario de Occidente, Dr. Jhonny Edward Villatoro Palacios; mediante el presente documento solicita a usted apreciable colaborador su voluntaria participación con el fin expreso de recabar información de carácter técnica y estrictamente confidencial con respecto al estudio cualitativo denominado: **“ANÁLISIS CRÍTICO DEL FUNCIONAMIENTO TÉCNICO ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO”**. Los datos suministrados en este instrumento serán muy valiosos para la investigación, por lo cual se le suplica respetuosamente los más altos niveles de ética, profesionalismo, y honestidad en el momento de contestar de manera clara y concisa la entrevista pertinente, agradeciendo de antemano sus respuestas.

F: _____

Otorgo expresamente mi consentimiento



21. Anexo II:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Boleta No. _____

**“ANÁLISIS CRÍTICO DEL FUNCIONAMIENTO TÉCNICO ADMINISTRATIVO DE
LA DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE
HUEHUETENANGO”.**

Estudio cualitativo prospectivo-descriptivo y transversal de la Jefatura de Salud del departamento de Huehuetenango, durante el periodo de enero 2012 a diciembre 2014.

Instrucciones:

A continuación encontrará una serie de cuestionamientos estructurados en orden lógico y coherente sobre el que hacer administrativo dentro de su entorno laboral a las cuales deberá responder según su criterio **SI** y/o **NO** con un espacio de observaciones para llenar según conveniencia.

INTERROGACIÓN DE INVESTIGACIÓN		SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿Tiene la posibilidad de organizar y clasificar su trabajo a conveniencia?			
2	¿Tiene definidas las fuentes de información para organizar su trabajo?			
3	¿Tiene la posibilidad de tomar decisiones relacionadas con el que hacer de su trabajo?			
4	¿La posibilidad de tomar decisiones es compartida con alguien de su equipo?			
5	¿Debe hacer tareas en desacuerdo con las funciones determinadas para su cargo?			
6	¿Sus funciones o tareas en su departamento o unidad son suficientemente claras?			
7	¿Tiene claros los alcances o límites de las tareas que realiza y su rol en el equipo?			



INTERROGACIÓN DE INVESTIGACIÓN		SI	NO	OBSERVACIONES
8	¿Recibe usted órdenes contradictorias de múltiples entes jerárquicos?			
9	¿Las funciones que usted realiza le generan conflictos con sus compañeros?			
10	¿Tiene usted que desarrollar varias tareas simultáneamente de carácter emergente?			
11	¿Las tareas que usted hace son muy difíciles o complejas?			
12	¿Es adecuado el tiempo asignado para cada tarea o actividad a cumplir?			
13	¿Las tareas que usted realiza están de acuerdo con sus habilidades y destrezas?			
14	¿Su trabajo implica diversidad de tareas?			
15	¿Debe realizar las mismas funciones de forma repetida y mecánica?			
16	¿Puede crear procedimientos para mayor efectividad en sus labores?			
17	¿El tiempo disponible de trabajo es suficiente para realizar todas sus tareas?			
18	¿Puede variar el ritmo a conveniencia en el desarrollo de las tareas asignadas?			
19	¿La jornada de trabajo es prolongada?			
20	¿Durante la jornada de trabajo hay al menos dos pausas o descansos reglamentarios?			
21	¿Puede descansar los fines de semana?			
22	¿Tiene la posibilidad de programar sus vacaciones o descansos prolongados?			
23	¿El trámite para la consecución de colegas y/o reemplazos es rápido y efectivo?			
24	¿Puede hablar sin dificultad con sus jefes?			
25	¿Sus jefes son amables y cordiales al hablar con usted?			
26	¿Cuándo la supervisan lo hacen de manera positiva y con carácter constructivo?			
27	¿La supervisión tiene más carácter vigilante que de apoyo y colaboración?			
28	¿Los jefes son muy estrictos en cuanto al cumplimiento del horario?			
29	¿Es tomado en cuenta por su jefe en la toma de decisiones?			
30	¿En general se entiende usted con sus compañeros de trabajo?			
31	¿Las relaciones con sus compañeros son de cooperación mutua?			



INTERROGACIÓN DE INVESTIGACIÓN		SI	NO	OBSERVACIONES
32	¿En situaciones difíciles cuenta con el apoyo y colaboración del grupo?			
33	¿La comunicación se ve afectada por el desarrollo de las labores?			
34	¿Su trabajo depende de los resultados de sus compañeros?			
35	¿Se imparten instrucciones suficientes para realizar eficazmente las tareas?			
36	¿Hay oportunidades de capacitación relacionadas con el cargo u oficio?			
37	¿Su desempeño en el trabajo o sus aportes son reconocidos o valorados?			
38	¿Existe un auxilio para la educación, vivienda y salud de la familia?			
39	¿Su desempeño en el trabajo o sus aportes son reconocidos o valorados?			
40	¿Se realizan actividades educativas relacionadas con salud ocupacional?			
41	¿Existen programas de recreación para la familia, (espos@ e hij@s?			
42	¿Se realizan actividades de promoción y permanencia ocupacional?			
43	¿Le interesa algún programa de formación, subsidios y/o becas?			
44	¿Alguna vez ha sido seleccionado para participar de foros, paneles o talleres?			
45	¿Considera que existe oportunidad de crecimiento dentro de la institución?			
46	¿Ha pensado alguna vez en renunciar o retirarse de la organización?			
47	¿Ha considerado el deseo de perseverar y continuar laborando para la institución?			
48	¿Existen manuales de funciones claros y específicos?			
49	¿Se permite la rotación de cargos u oficios?			
50	¿Existen oportunidades de ascender basadas en méritos propios?			



22. Anexo III:



Gráfica No. 1

Tabla 1 Instituciones y funciones del sector salud previo a la reforma

Funciones	Instituciones			
	MSPAS	IGSS	Sector privado no lucrativo	Sector privado lucrativo
Rectoría	↓	↓	↓	↓
Prestación de servicios	↓	↓	↓	↓
Financiamiento	↓	↓	↓	↓
Administración	↓	↓	↓	↓
Población objetivo	Pobres	Trabajadores formales	Pobres	Clases medias y altas

Fuente: Yanjugo, 2007a

Interpretación: actores claves del sector sanitario en Guatemala, MSPAS, IGSS, Iniciativa Privada Lucrativa y No Lucrativa y acceso a los servicios acordes a la escala social de cada ciudadano.

Gráfica No. 2

Tabla 2 Instituciones y funciones del sector salud después de la reforma (resultado deseado)

Funciones	Instituciones	
Rectoría	MSPAS	
Prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> MSPAS, IGSS y entidades privadas contratadas. Paquetes básicos para el primer, segundo y tercer nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> Entidades privadas lucrativas Paquetes de cobertura, según riesgo de enfermar y capacidad de pago
Administración del financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> Impuestos generales y específicos Bonifido (patronal y laboral) Pago directo Cooperación externa 	<ul style="list-style-type: none"> Bipartito (patronal y laboral) Co-pagos Pago directo
Prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> Seguridad básica ampliada MSPAS IGSS 	<ul style="list-style-type: none"> Seguros privados Empresas privadas de aseguramiento servicios prepago
Población objetivo	Aseguramiento para población de alto riesgo y bajo ingreso Población pobre	Aseguramiento de población de bajo riesgo y alto ingreso Clases media y alta

Fuente: Yanjugo de Aragón, 2001:3-12.

Interpretación: Propuesta de funcionamiento del sector sanitario en Guatemala, posterior a la reforma (1991-1999). Cuadro comparativo con gráfico No. 1; formulación NO vigente para la diversidad de clases sociales en el país.



Gráfica No. 3

Tabla 3 Instituciones y funciones del sector salud después de la reforma (situación resultante)				
Funciones	MSPAS	IGSS	Sector privado no lucrativo	Sector privado lucrativo
Rectoría	▼	▼	↓	↓
Prestación de Servicios	Principales cambios - Contratación de entidades privadas - Paquete básico de servicios	Principales cambios - Contratación de entidades y profesionales privados	↓	↓
Financiamiento	Principales cambios - Pago directo y recuperación de costos	↓	↓	↓
Administración	Principales cambios - Convenios y contratación de entidades privadas	↓	↓	↓
Población objetivo	Pobres	Trabajadoras formales	Pobres	Clases medias y altas

Fuente: Elaboración propia, basado de Vending, 2001:3-12.

Interpretación: Funcionamiento moderno del sector sanitario en Guatemala, (2000-2010). Cuadro comparativo con gráfico No. 2; situación resultante para la atención en salud y acceso a los servicios, según estrato social en el país.

Gráfica No. 4

Tabla 4 Infraestructura física de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1998-2000										
Establecimientos	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Hospitales del sistema	43	43	43	43	43	43	43	43	43	
Centros de salud	254	261	282	284	288	288	241	241	279	
Centros de salud tipo A							71	71	15	
Centros de salud tipo B							220	220	264	
Puestos de salud	889	959	900	959	974	965	897	723	903	
Puestos de salud fortalecidos								86	46	
Clinicas periféricas	0	0	3	3	2	3	4	4	3	
Maternidades	6	5	7	7	7	7	7	7	5	
Centros de urgencias	4	4	5	5	6	5	5	5	4	
Centros de convergencia	1,868	2,048	2,459	2,501	2,730	3,940	3,002	3,989	4,105	
Centros de atención permanente (CAP)								77	77	
Centros de atención integral materno infantil								4	4	
Centros de atención a pacientes ambulatorios (C-NAPA)								23	32	
Camas en el sistema de hospitales	6,094	6,190	6,184	6,152	6,312	6,108	6,148	6,319	6,208	
Camas en CAMI									30	
Camas en CAP									184	
Camas en Centros de Salud tipo A									104	
Camas en maternidades									60	

Fuente: MSPAS, 2006:54, Informe de estado de salud y su financiamiento.

Interpretación: Descripción y conformación de unidades asistenciales, de los últimos doce años (1998 a 2006), según esquema funcional del MSPAS.



Gráfica No. 5

Tabla 5 Clasificación funcional de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, 2005-2009	
Clasificación oficial	(Re)Clasificación funcional
Centro de Convergencia ó Centro Comunitario	No cambia
Puesto de Salud	Puesto de Salud
	Puesto de Salud Fortalecido (PSF)
Centros de Salud tipo A y tipo B	Centro de Salud tipo A
	Centro de Salud tipo B
	Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios (Cenapa)
	Centro de Atención Médica Permanente (CAP)
	Centro de Atención Integral Materno Infantil (Caimi)
	Centro de Atención de Urgencias Médicas (CUM)
	Maternidades periféricas
Clinicas periféricas	
Hospitales: Distrital, Departamental, Regional y Nacional de Referencia	No cambia

Fuente: MSPAS/CGAS, 2007:25; Página web MSPAS: http://portal.mspas.gob.gt/segundo_nivel_de_atencion.html, http://portal.mspas.gob.gt/primer_nivel_de_atencion.html

Interpretación: Descripción, conformación y clasificación **oficial** de unidades asistenciales, según puesto nominal y funcional del MSPAS (2005 a 2009).

Gráfica No. 6

Tabla 6 Establecimientos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Guatemala, 2001-2007							
Año	No. de Hospitales	Consultorios	No. de Puestos de Salud	Puesto Primeros Auxilios	Unidades Asistenciales	Unidades Integrales	Salas Anexas
2001	23	33	9	8	2	-	3
2002	24	34	10	8	2	23	3
2003	24	34	10	8	2	59	3
2006	24	35	16	-	2	57	3
2007	24	38	11	11	-	41	3

Fuente: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Informe anual de labores 2003, 2006 y 2007. Guatemala, pp. 15-23. No se encontraron datos para los años 2004 y 2005.

Interpretación: Distribución de establecimientos asistenciales, del IGSS, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, según tipo de servicio y niveles de atención (2001 a 2007).



Gráfica No. 7

Tabla 7 Cobertura de atención en salud en porcentajes, por subsector, Guatemala, 1989-2007						
Institución	1989	1992	1995	2000	2003	2007
MSPAS	25	25	25	33	71	82
Igss	14	15	15	16	8	6
Entidades privadas	ND	14	14	18	8	4
Subtotal cobertura	ND	54	54	67	87	94
Sin cobertura		46	46	33	13	6

Fuentes: Segeplan, 1993:11; MSPAS, 1993:17; FES, 2000: 19-27; MSPAS, 2005a:12; MSPAS/CNE, 2007:525.

Interpretación: Desproporción de cobertura institucional de servicios básicos de salud para cada uno de los sectores de la población (1989 a 2007) en relación estricta entre el MSPAS, Iniciativa Privada e IGSS.

Gráfica No. 8

Tabla 8 Distribución de los empleados del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por categoría ocupacional (D11, C21, O29, D31 y 182), Guatemala, años seleccionados												
Año	Profesional ^a		Técnico medio ^a		Enfermería auxiliar		Administración		Servicios de apoyo		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1993 ^a	1,629	6.4	2,706	14.0	5,231	27.0	5,718	29.5	4,098	21.1	19,382	100.0
2007 ^b	5,108	21.4	ND	-	6,903	28.9	5,976	25.0	5,863	24.6	23,850	100.0
2009 ^c	6,458	24.5	ND	-	7,061	26.9	6,539	24.9	6,142	23.4	26,200	100.0

Fuente: a) OPS, 1992(4); b) MSPAS/DGHI, s.f.16-18; c) MSPAS/DGHI, 2009:s.n.p.; d) incluye persona médico, enfermería profesional y especialistas; e) no aparece desglosado en los reportes consultados; f) no incluye rubro 189.

Interpretación: Distribución y nómina de empleados, por renglones permanentes y contratados bajo la modalidad de servicios profesionales, para los rubros asistenciales y de administración; MSPAS (1998, 2007 y 2009).



Gráfica No. 9

Tabla 9 Modalidades de contratación, personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, 2009						
Personal	Renglón 011	Renglón 021	Renglón 029	Renglón 031	Renglón 0182	Total
Médico	1,563	1,242	127		675	3,607
Enfermera graduada	1,227		36		195	1,458
Enfermera auxiliar	6,136		278		647	7,061
Administrativo	5,048		1,228		263	6,539
Especializado	1,393					1,393
Operativo	5,121			1,021		6,142
Total	20,488 (73%)	1,242 (5%)	1,669 (6%)	1,021 (4%)	1,780 (7%)	26,203 (100%)

Fuente: URLCPS, 2009:21, con datos de la Dirección de Recursos Humanos del MSPAS, junio 2009.

Interpretación: Nómina de empleados públicos y personal 011 (personal permanente) vrs. Personal contratado bajo la modalidad de servicios, técnicos, profesionales, obreros, operativos y servicios temporales para los rubros asistenciales, administrativos y especializados; MSPAS (2009).

Gráfica No. 10

Tabla 10 Brechas en contratación, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, 2009									
Departamento o municipio	Médicos			Enfermeros			Auxiliares de enfermería		
	Programado	Contratado	Brecha	Programado	Contratado	Brecha	Programado	Contratado	Brecha
Totonicapán	53	28	47%	49	21	57%	86	65	24%
Sololá	24	3	87%	29	9	59%	46	36	22%
San Marcos	57	24	58%	54	17	59%	96	81	16%
Quiché	26	15	42%	33	7	79%	65	57	12%
Huehuetenango	34	24	29%	42	26	38%	81	80	1%
Ixcán	12	6	50%	17	7	59%	27	25	7%
Alta Verapaz	18	8	56%	16	8	50%	34	33	3%
Baja Verapaz	14	4	71%	15	4	73%	27	21	22%
Chiquimulá	12	12	0%	21	21	0%	45	45	0%
Sayaxché	3	3	0%	2	1	50%	6	6	0%

Fuente: URLCPS, 2009:25, con datos de la Dirección de Recursos Humanos del MSPAS, 2009b.

Interpretación: Brecha presupuestaria para personal contratado bajo la modalidad 182 que comprende servicios técnicos y profesionales de tipo asistencial, para Huehuetenango en comparación con otros departamentos del país MSPAS (2009).-



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS



23. Agradecimientos:

El presente trabajo de investigación NO... hubiese sido posible sin el apoyo, interés y ánimo incondicional otorgado por mi familia, principalmente de mí: ¡... tierna y bella esposa **Carla Jeanette Alejandrina Álvarez de Villatoro** y de mi inigualable hijita **María Alejandra Villatoro Álvarez**, mil gracias por esperar pacientemente y con devoción: el culminar con esta etapa de mi formación profesional; por qué estoy convencido de que es solo el inicio de una vida llena de satisfacciones a su lado; sencillamente las amo con toda mi alma...!

Al gremio de colegas y profesionales de renombrado nivel y categoría docente, un atento reconocimiento de respeto infinito por la transmisión de sus consejos y formación individual, muy en especial a mí docente y amigo Lizardo Neftalí López Gramajo; al forjar en mi persona un espíritu noble y un alma altruista que se regocija de humildad con el logro alcanzado al observar su ejemplo.

A mis hermanos en Cristo Jesús y promotores del Movimiento Familiar Cristiano. Lic. César Figueroa y Licda Nivia de León, por cada uno de sus acertados comentarios e intervenciones en mi formación litúrgica al igual que cada uno de los equiperos y sus familias, que el Señor les derrame muchas bendiciones.

Por ultimo pero no menos importante la gratitud eterna a mis Padres: Dary y Yoly, hermanos y hermanitas consanguíneos, porque su compañía ha llenado de alegría mi diario vivir, los llevaré conmigo eternamente, los amo a cada uno por igual...



USAC

TRICENTENARIA

Universidad de San Carlos de Guatemala



USAC

TRICENTENARIA

Universidad de San Carlos de Guatemala

CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

