

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

La participación municipal en el Programa de “Extensión de Cobertura” del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS- del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-, durante los años 1997-2007; en el municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz, desde un punto de vista de desarrollo.

Israel Cahuec Del Valle

**Guatemala
2008**

La participación municipal en el Programa de “Extensión de Cobertura” del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS- del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-, durante los años 1997-2007; en el municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz, desde un punto de vista de desarrollo.

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
DE GUATEMALA**

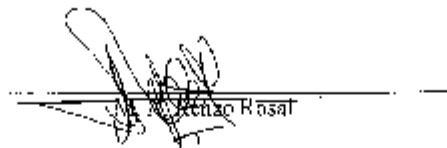
Facultad de Ciencias Sociales

La participación municipal en el Programa de “Extensión de Cobertura” del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS- del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-, durante los años 1997-2007; en el municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz, desde un punto de vista de desarrollo.

**Trabajo de investigación presentado
por Israel Cahuec Del Valle
para optar al grado académico
de Maestría en Desarrollo**

**Guatemala
2008**

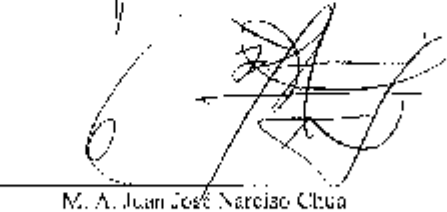
Va. Ho.:

f) 
M. A. Juan Rosal

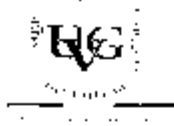
Tribunal Examinador:

g) 
M. A. Juan Rosal

fi) 
M. A. Juan Rosal

f) 
M. A. Juan Rosal

Fecha de aprobación: 26 de noviembre de 2008.



Guatemala, 18 de agosto de 2009

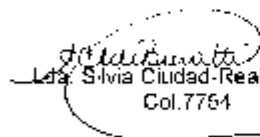
A: Israel Cruzes Del Valle

De: Lda Silvia de Buratti

Ref.: Tesis

Por este medio le comunico que luego de cumplir con los requisitos estipulados para la elaboración de su tesis, puede iniciar los trámites para obtener su título.

Atentamente,


Lda. Silvia Ciudad-Real de Buratti
Col. 7754

PREFACIO

Este trabajo de tesis surge de la inquietud que se tiene de lo observado, no sólo en el municipio de San Pedro Carchá sino en el resto de municipios del país, que están involucrados en el programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud Pública y la relación con los gobiernos municipales.

Dentro de las instituciones que tienen una vinculación directa en el estudio se encuentran a) el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como ente rector, normativo y regulador sobre el tema de salud para todo el país y b) el Gobierno Municipal como la figura legal y responsable en garantizar los intereses en base a los valores, cultura y necesidades planteadas por las relaciones de vecindad que se establecen entre las personas que viven en un territorio, con el fin de lograr el bien común, en un escenario multiétnico, multilingüe y pluricultural (artículo 2 del Código Municipal).

El período de referencia para este trabajo es de 9 años, que coincide con el inicio de la intervención del Programa de Extensión de Cobertura, durante el cual han transcurrido diferentes escenarios tanto del Gobierno Central, como del Gobierno Municipal y que estos mismos han sido sensibles al cambio de las autoridades administrativas de turno, lo cual debería estar orientado a mejorar no solo con el aumento del porcentaje de la población a atender sino en el marco de relación interinstitucional tripartito, Ministerio de Salud, Gobierno Municipal y ONG's Prestadoras de salud.

Durante este período, la población guatemalteca fue favorecida con la aprobación de la *Ley General de Descentralización*, la *Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural* y las enmiendas presentadas al *Código Municipal*. Las mismas debieron fortalecer la participación en los diferentes ámbitos de la sociedad, ya sea a nivel de las distintas organizaciones como del individuo como beneficiario final del proceso.

En este trabajo no se pretende agotar todo el tema de la participación del Gobierno Municipal como una forma de participación social, pero sí identificar los tipos de dicha participación que se han presentado a nivel de interinstitucional con el Ministerio de Salud durante el período del estudio.

Finalmente es mi deseo que con la elaboración de este estudio se pueda contribuir al fortalecimiento municipal y del Ministerio de Salud como entidades responsables de velar por el bienestar de la población tanto en los planes de desarrollo comunitario como en el sector salud y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes.

CONTENIDO

	Página
PREFACIO.....	v
LISTA DE TABLAS.....	x
LISTA DE MAPAS.....	xi
LISTA DE GRÁFICAS.....	xii
LISTA DE ESQUEMAS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
Capítulos	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
A. Antecedentes generales.....	1
B. Planteamiento del problema.....	2
1. Planteamiento de la hipótesis.....	3
2. Definición del problema.....	4
C. Consideraciones metodológicas.....	5
1. Objetivos.....	5
2. Actividades a realizar.....	5
3. Tipo de evaluación.....	6
4. Entorno e informantes.....	6
5. Técnicas de recolección de datos.....	6
6. Delimitación.....	7
7. Análisis e interpretación.....	7
II. ANTECEDENTES SOBRE LA PARTICIPACIÓN EN EL SECTOR SALUD.....	7
A. Evolución de la salud Mundial-Nacional.....	7
1. La atención primaria en salud.....	8
2. Sistema de Salud y el Programa de Extensión de Cobertura en Guatemala.....	10
3. Metodología de implementación de los servicios básicos de salud para el Programa de Extensión de Cobertura.....	12
4. Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas...	16

III. NORMATIVA GUATEMALTECA SOBRE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL	
Y EL SECTOR SALUD.....	21
A. <i>La Constitución Política de la República de Guatemala</i>	21
B. <i>Acuerdo de Paz</i>	21
C. <i>El Código de Salud decreto 90-97</i>	22
D. <i>La Ley General de Descentralización</i>	23
E. <i>La Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural</i>	23
F. <i>Código Municipal, Decreto 12-2002</i>	24
G. <i>Los Lineamientos Básicos y Políticas de Salud para el período 2004-2008</i>	24
H. Gabinete Socio Ambiental.....	25
IV. EL GOBIERNO MUNICIPAL Y LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL	
GOBIERNO CENTRAL PARA SECTOR SALUD.....	27
A. Aporte Constitucional	27
B. Situado Constitucional	28
V. LA DESCENTRALIZACIÓN.....	30
A. ¿Qué es descentralización?.....	30
1. Delegación	30
2. Desconcentración.....	30
3. Devolución.....	31
4. Desregulación.....	31
5. Privatización.....	31
6. Participación popular.....	31
7. Promoción de un nuevo modelo de desarrollo.....	31
VI. OTROS TIPOS DE PARTICIPACIÓN.....	32
A. La participación comunitaria.....	32
B. La participación socio-política	32
C. La participación popular.....	32
D. Participación social en salud.....	32
E. Descentralización y participación social.....	34

VII. FACTORES DIRECTOS E INDIRECTOS QUE INCIDEN EN LA EJECUCIÓN DE PROGRAMAS.....	36
A. Competencias e integración de los gobiernos locales.....	36
B. El gobierno municipal a escala comunitaria.....	36
C. Determinantes de salud.....	37
1. Determinantes políticos.....	37
2. Determinantes económicos.....	38
3. Determinantes sociales.....	38
4. Determinantes medio ambientales.....	38
5. Oferta y demanda de servicios de salud.....	39
VIII. EL MUNICIPIO DE SAN PEDRO CARCHÁ, ALTA VERAPAZ.....	41
IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	46
X. BIBLIOGRAFÍA.....	53
XI. ANEXOS.....	57
No. 1. Cuestionario para Autoridades Municipales.....	57
No. 2. Cuestionario para personal del Distrito Municipal de Salud.....	60
No. 3. Cuestionario para personal de Prestadoras de Servicios de Salud.....	62

LISTA DE TABLAS

Tabla

1. Acceso a los servicios de salud Guatemala 2006.....	36
2. Índice de Desarrollo Humano según componente para el municipio de San Pedro Carchá Alta Verapaz para el año 2005.....	37
3. Entidades que participan en el Programa de Extensión de Cobertura en el municipio de San Pedro Carchá año 2003.....	41
4. Entidades que participan en el Programa de Extensión de Cobertura en el municipio de San Pedro Carchá año 2004.....	42
5. Entidades que participan en el Programa de Extensión de Cobertura en el municipio de San Pedro Carchá año 2005.....	42
6. Entidades que participan en el Programa de Extensión de Cobertura en el municipio de San Pedro Carchá año 2006.....	42
7. Entidades que participan en el Programa de Extensión de Cobertura en el municipio de San Pedro Carchá año 2007.....	42

LISTA DE MAPAS

Mapa

1. Red de servicios de salud en el departamento de Alta Verapaz en el año 2005..... 40
2. Jurisdicciones del Programa de Extensión de Cobertura en el departamento de Alta Verapaz en el año 2007..... 41

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica

1. Cobertura Nacional de Salud para 1995: Ministerio de Salud Pública y el IGSS suman 40%, Instituciones privadas el 14%; sin cobertura 46%..... 10

ESQUEMAS

Esquema

1. Intervención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con el Programa de Extensión de Cobertura en las comunidades rurales.....	4
2. Situación del Ministerio de Salud cuando inicia a operar con el nuevo modelo que incluye los 3 niveles de atención.....	11
3. Integración del Equipo Básico de Salud y otros elementos que conforman una Jurisdicción para el Programa de Extensión de Cobertura.....	14
4. Integración de la Red de Servicios del Ministerio de Salud para el año 2007.....	15

RESUMEN

Este trabajo es el resultado de una evaluación diacrónica, de tipo exploratorio, abordando el caso del municipio de San Pedro Carchá del departamento de Alta Verapaz, que pretende establecer el tipo de participación existente entre el Gobierno Municipal y el Programa de Extensión de Cobertura, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Los objetivos generales del estudio fueron a) Establecer el tipo de participación de la municipalidad como gobierno local, ante el Ministerio de Salud Pública y atención en Salud y b) Identificar los elementos de la Legislación Nacional que coadyuvan al fortalecimiento del Gobierno Municipal.

Los objetivos específicos fueron: a) Caracterizar la modalidad de participación presentada por el Gobierno Municipal ante el Ministerio de Salud b) Identificar el apoyo y las limitantes encontradas por el Gobierno Municipal ante el Ministerio de Salud; c) Identificar el apoyo y las limitantes encontradas por el Ministerio de Salud ante el Gobierno Municipal y e) Enumerar los instrumentos legales relacionados a la participación social.

A. Las principales conclusiones del estudio son

1. La Declaración de Alma Ata, un aporte universal, y la Atención Primaria en Salud es el impulso significativo para que el Ministerio de Salud para Guatemala reoriente sus Políticas Sectoriales, estrategias y acciones en general creando la modalidad del Sistema Integral de Atención en Salud.

La administración del gobierno de turno también ha contribuido en el sistema de salud mediante el fortalecimiento, la modificación o la eliminación de programas que estaban incluidos al gobierno anterior. Para el presente caso se inicia una nueva modalidad para Guatemala.

El Programa de Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud inicia la implementación de acuerdo a las Políticas de Salud del Gobierno para el período de 1996 – 2000, en varios municipios del país y San Pedro Carchá, Carchá, Alta Verapaz es uno de los primeros a nivel nacional, en iniciar con el proceso.

Con la implementación de una nueva modalidad para Guatemala se puede evidenciar que:

2. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social inicia la metodología del Programa de Extensión de Cobertura con una vía directa desde el nivel central hasta la población de las diferentes comunidades rurales sin tomar en cuenta la participación del Gobierno Municipal.

3. La participación de las diferentes figuras en las comunidades se da en forma muy limitada a través del cumplimiento de un patrón normativo y reglamentario emitido de una forma unilateral de la Institución rectora de la Salud, excluyendo al Gobierno Municipal. Según los términos de referencia para proveer servicios básicos del Ministerio de Salud que se evidencia a través de las responsabilidades asignadas: **Facilitador Comunitario**: Participar en la oferta y entrega de los servicios básicos de salud a las familias de las comunidades a su cargo; (Consolidar los registros de los cuadernos de los vigilantes, avisar tanto a las familias como al Médico o enfermera y Facilitador Institucional sobre las personas que deberán recibir control en cada visita, así como los nuevos recién nacidos y embarazadas), coordinar y monitorear el trabajo realizado por los vigilantes de salud; **Comadrona Tradicional o Partero**: asegurar la atención de partos no complicados limpios y seguros en el ámbito comunitario y reconocer las señales de peligro del embarazo, parto y posparto para su referencia oportuna al siguiente nivel de atención; **Vigilantes de Salud** Promover la oferta de servicios básicos de salud a las familias de las comunidades a su cargo, llevar al día los registros del cuaderno del vigilante y entregar la información mensualmente al Facilitador Comunitario”¹.

4. Los lineamientos básicos y políticas de salud de los períodos de Gobierno de 2000 – 2004 y 2004 – 2008, a pesar que se toca el tema de descentralizar los niveles de atención y fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de las competencias en el objetivo No. 4 y la Política No. 3 respectivamente, excluyen a los Gobiernos municipales en la planificación de la salud municipal.

5. Las Municipalidades cuentan con los recursos económicos derivado de los aportes constitucionales para la inversión, entre otros, en el sector salud, según lo enuncia el artículo 257

¹ Unidad de Provisión de Servicios del Primer Nivel de Atención –UPS1-, Sistema Integral de Atención en Salud, SIAS, Anexo 2 Términos de Referencia para Proveer Servicios Básicos de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2006.

de la *Constitución Política de la República de Guatemala* y sus diferentes enmiendas aplicables a la fecha.

6. Los procesos de participación comunitaria han sido desarrollados, mas que de toma de decisiones, más que proponer la salud comunitaria que necesitan, se circunscriben a cumplir lineamientos establecidos del nivel Central del Ministerio de Salud.

7. La participación social es un proceso mediante el cual la población asume progresivamente la responsabilidad de su propia salud, mediante la preparación de planes y políticas de desarrollo municipal en la que se pueda incluir el sector salud, en el que además se incluyan consensos, prioridades u otras latitudes de participación tales como la evaluación de los servicios de salud para considerar el incremento o mejorar los que actualmente se están prestando.

8. Según el instrumento utilizado para la encuesta, dirigido tanto a la Directora como al encargado del Programa de Extensión de Cobertura del Centro de Salud de San Pedro Carchá del departamento de Alta Verapaz hacia la Municipalidad han encontrado la limitante para coordinar con la ejecución del Programa de Extensión de cobertura que a pesar de estar presentes en las reuniones y en los salones municipales, los concejales asignados no participan activamente.

9. El aporte que ha recibido el Centro de Salud de parte de la municipalidad se da durante las jornadas de vacunación con la provisión de vehículos y su respectivo combustible para el desplazamiento del personal operativo.

10. Asimismo el personal del Centro de Salud manifestó respecto a las solicitudes presentadas por los COCODES Y COMUDES no coinciden con las Políticas del Ministerio de salud.

11. Las Prestadoras de Salud que se encuentran en el municipio de San Pedro Carchá no han encontrado en la Municipalidad la participación activa en las salas situacionales, institucionales o asambleas comunitarias.

12. Los aportes de la Municipalidad de San Pedro Carchá, del departamento de Alta Verapaz ha consistido en las modalidades Administrativas: Ninguna; en la Modalidad Técnica: La participación de las diferentes figuras en las comunidades se da en forma muy limitada a través del cumplimiento de un patrón normativo y reglamentario; en la Modalidad económica con el siguiente aporte: Ninguna.

13. La municipalidad percibe el componente de salud como un aporte que contribuye al desarrollo del individuo, de la familia y de la comunidad.

14. Existen los compromisos internacionales relacionados a la inclusión de la participación desde el nivel local, se encuentra el marco legal, las municipalidades cuentan con los recursos económicos para el aporte al sector salud.

B. Recomendaciones

Orientadas al fortalecimiento inter institucional:

1. Que la municipalidad sea un ente facilitador que pueda canalizar y gestionar procesos de respuestas a las necesidades de salud de las comunidades, para que a su vez se presenten a nivel departamental y posteriormente a nivel del Gobierno Central siendo de esta forma que se pueda atender a problemas legítimos presentados por las organizaciones locales. Ver esquema No. 5.

2. Dar cumplimiento al mandato Constitucional y de las Leyes que coadyuvan al cumplimiento de la Política de Descentralización según lo establecen los diferentes instrumentos legales mencionados para el caso, en los que figuran: *La Constitución Política de la República, la Ley General de Descentralización, Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, el Código Municipal* por medio de las diferentes instituciones involucradas refiriéndose al Ministerio de Salud en sus diferentes niveles desde el nivel central hasta el nivel local, La Municipalidad y su oficina de planificación, la Asociación Nacional de Municipalidades –ANAM-, las diferentes Organizaciones No Gubernamentales que contribuyen ya sea como Prestadoras de Servicios de Salud o como Administradoras y cualquiera otra entidad que participe en el desarrollo social del municipio.

3. Crear en el Ministerio de Salud Pública la figura administrativa que se encargue de velar porque se pueda desarrollar la descentralización, en todas sus formas, de la entidad Rectora de la Salud al Gobierno Municipal, bajo las condiciones de diálogo, estudios técnicos, la preparación de propuestas legislativas que contribuyan con las existentes actualmente.

4. Fortalecer tanto la Asociación Nacional de Municipios –ANAM-, como la Asociación Guatemalteca de Autoridades y Alcaldes Indígenas –AGAAI- para que se involucren activamente en la búsqueda de consensos en torno a los principales instrumentos legislativos y la definición de agendas técnicas que permitan la participación en las Políticas de desarrollo para cada municipio.

5. Promover el marco legal vigente el cual es positivo para impulsar el proceso de descentralización del cual la municipalidad debe ser la principal generadora para hacerla efectiva, siendo esta la responsable de velar por el desarrollo como lo establece el artículo 67 del *Código Municipal* Decreto número 12-2002 “Puede promover toda clase de actividades.... a mejorar la calidad de vida, a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la población del municipio.

6. Capacitar y fortalecer al personal del Ministerio de Salud y al de las municipalidades, en base al marco legal existente mencionado en el presente estudio u otros existentes y que puedan coadyuvar al proceso de participación local.

7. Fomentar al máximo la auto responsabilidad del individuo y la participación de la comunidad en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria en salud y de esta forma considerar que el tema salud no solo tiene un componente institucional sino de una participación comunitaria y una participación personal a través de la auto gestión.

Para investigaciones más profundas en materia de participación municipal:

8. Definir las actividades, resultados y otros términos esperados de la participación entre el Ministerio de Salud y la Municipalidad, de esta forma permitiría definir: a) las responsabilidades de

cada entidad; b) la modalidad de monitoreo y evaluación para su respectivo seguimiento; c) el presupuesto.

9. Concretar el porcentaje del Aporte Constitucional orientado a ejecutar en el sector salud, debido a que actualmente en la *Constitución Política de la República* del país está indefinido el porcentaje a invertir y esta discreción ha permitido a las municipalidades la inconsistencia en los aportes al componente del tema de salud.

10. Fomentar el uso de los instrumentos legales para promover el proceso de participación local en los temas de planes, políticas, prioridades de la salud municipal.

11. La implementación de la propuesta anterior orientará progresivamente a reestructurar y modernizar las Instituciones de salud y municipal en forma simultánea al proceso, tanto en su recurso humano, como el financiero, el administrativo entre otros.

12. Capacitar a los miembros de la Oficina de Planificación Municipal en temas relacionados a la descentralización y formas de participación social activa.

Otros temas a investigar

13. Durante el presente estudio surgieron otros temas a considerar que por motivos de alcance a la investigación se excluyeron, siendo los siguientes:

- El tiempo invertido por el Medico Ambulatorio/Enfermera Ambulatoria en la atención a cada uno de los pacientes, la frecuencia con que visita la misma comunidad. Estimando que una sola persona con esta responsabilidad es insuficiente para una jurisdicción, sugerir incrementarlos a 2 ó 3 dependiendo de las condiciones topográficas y otros factores que incidan.
- Las consecuencias del retraso del pago del Ministerio de Salud a las Prestadoras de Servicios de Salud para cumplir con los compromisos establecidos en los convenios respectivos.
- La imagen creada de la Prestadora de Servicios de Salud ante la población atendida creyendo esta última que los recursos pertenecen a dicha entidad y no al Ministerio de Salud.

I. INTRODUCCIÓN

A. Antecedentes generales

El interés en la participación social en salud no es nada nuevo. Políticas promotoras de la participación social han sido introducidas en diferentes etapas del desarrollo a los sistemas de salud. Ya en el siglo pasado, las primeras iniciativas de salud pública contaban con la participación de la comunidad.

En los últimos años, uno de los temas más importantes que han sido significativos a nivel mundial y que vinculan la participación social con la salud es la estrategia global “atención primaria en salud” en la Declaración Alma Ata, (URSS 1978), aporte mundial que involucra la colaboración de gobiernos, sociedades, comunidades, familias e individuos en el desarrollo de la salud.

El concepto de atención primaria en salud fue tomado mundialmente como un impulso para todos los países que aún contaban con un gran porcentaje de población sin recibir asistencia sanitaria y así alcanzar la meta de “salud para todos en el año 2000”.

Para Guatemala, según la red de establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en 1995 solo el 54% de su población tenía cobertura de los servicios de salud y la población que quedaba fuera del área de influencia de los Centros de salud era la más postergada.

En 1996, se implementó el proceso de extensión de cobertura. Al 30 de junio de 1999, la extensión de cobertura llegó a 3.5 millones de habitantes, lo que representaba un 76.8% de la población previamente no cubierta. A diciembre del año 2000 se alcanzaría la mayor parte de la cobertura total de la población que en 1995 no tenía acceso a ningún servicio de salud².

Alta Verapaz fue tomado como un departamento modelo, para luego desplegar la metodología a otras regiones de Guatemala. Consecuentemente desde 1998 el Programa de Extensión de Cobertura de salud se desarrolla en el municipio de San Pedro Carchá.

Por otro lado es importante mencionar que desde 1985 las municipalidades, por precepto Constitucional, reciben un aporte financiero, el cual inició con un 8%, el cual ha sido al 12%.

² Avances: Extensión de Cobertura Primer Nivel de Atención en Salud, MSPAS, 2005

En 1993, se reforma la *Constitución Política de la República* y en una de sus enmiendas no solo se eleva del 8 al 10% sino se exige que del aporte constitucional que cada municipalidad reciba, el 90% se invierta a programas de educación y salud entre otros.

Guatemala cuenta con los instrumentos legales que respaldan la participación social de la población a través de su gobierno municipal, no sólo en el ámbito de salud sino en otras necesidades que las comunidades puedan presentar.

En 1988, según Decreto No. 58-88 fue emitido el *Código Municipal* siendo éste modificado en 2002. Ese mismo año fueron aprobadas la *Ley General de Descentralización*, la *Ley de Concejos de Desarrollo Urbano y Rural*, herramientas que fomentan la participación social a través de distintos niveles de representación. Estas leyes en su conjunto vienen a fortalecer los gobiernos municipales.

Otro aporte valioso que contribuye en la comprensión de la participación es la que se da bajo el marco teórico de la descentralización y sus diferentes formas en las que se pueden manifestar en la administración municipal.

En términos generales se puede observar que existen compromisos internacionales del sector salud y a nivel nacional de la dependencia Ministerial en tomar en cuenta la participación social en sus diferentes niveles de representatividad, además se cuentan con recursos financieros para orientarlos a la partida de salud y finalmente existen los instrumentos legales que respaldan la participación social y particularmente el Gobierno Municipal. Tomando en cuenta cada uno de los aportes de estos elementos se tendría la participación municipal idónea en el Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud.

B. Planteamiento del problema

Las preguntas problema que guían éste diseño de investigación son las siguientes:

- ¿Cuál es el tipo de participación que ha tenido la municipalidad de San Pedro Carchá del departamento de Alta Verapaz, en la ejecución en el programa de Extensión de Cobertura del SIAS?
- ¿Esta modalidad de participación municipal en la ejecución del Programa de Extensión de Cobertura del SIAS en San Pedro Carchá, Alta Verapaz contribuye al Fortalecimiento Institucional entre el Ministerio de Salud y la Municipalidad?
- ¿Esta modalidad ha permitido el desarrollo municipal?

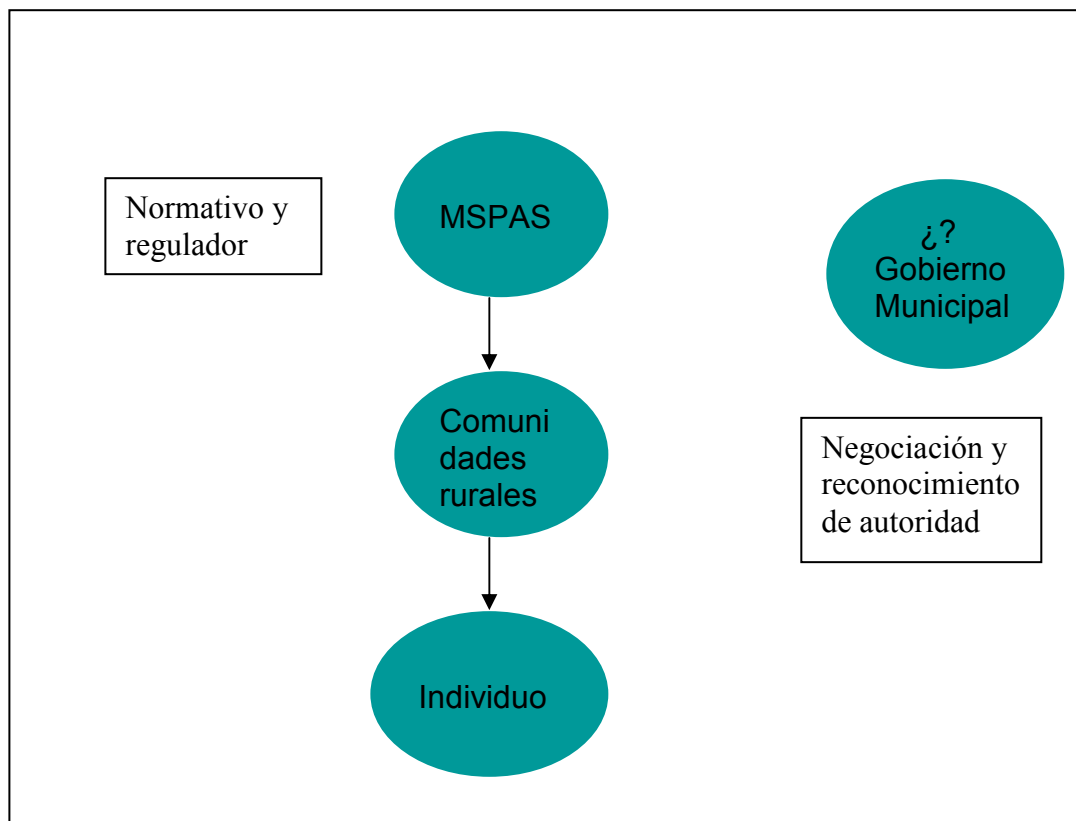
1. Planteamiento de la hipótesis

a. Definición de hipótesis. La participación del Gobierno Municipal en el Programa de Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención de Salud –SIAS- se ve restringida por el papel regulador y normativo que realiza el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual se inclina hacia la ejecución de sus programas en forma directa hacia las comunidades rurales, sino es que con cada individuo, sin tomar en cuenta la participación del Gobierno Municipal, esto como consecuencia de el alto sesgo tecnocrático del personal de su núcleo operativo y estratégico. Todo esto se agrava por la débil capacidad de negociación de la municipalidad de San Pedro Carchá, Alta Verapaz y el escaso grado de conciencia del Alcalde Municipal y su Concejo sobre su propia autoridad de Gobierno Municipal.

b. Conceptualización de variables

- **Variable dependiente:** participación del Gobierno Municipal en el Programa de Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención de salud. Esta participación responde a un modelo de desconcentración y no a un modelo de descentralización.
- **Variable independiente:** Negociación del alcalde Municipal. Corresponde a una débil capacidad de negociación de la municipalidad y el escaso grado de conciencia del alcalde municipal sobre su autoridad pública. La municipalidad también es restringida en su participación por el papel tecnocrático al ser el regulador y normativo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- **Variables influyentes:** Factores determinantes de salud, que afectan al país, a los gobiernos en el desarrollo pleno de los programas de salud: Políticos, económicos, sociales, medio ambientales, oferta y demanda de los servicios, efectividad.

Esquema 1: Intervención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con el Programa de Extensión de Cobertura en las comunidades rurales



2. Definición del problema

a. Especificación del problema

1) Objetos de estudios

- Se analizaron los tipos de participación municipal, de carácter **técnico**, en la contribución de aporte de personal, equipo médico, insumos, construcción de edificios y/o formulación de proyectos de salud; **administrativo**, el apoyo a las gestiones para solventar las necesidades o demandas sanitarias de la población; de lo **económico** con el aporte financiero en el Programa de Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que se desarrolla en el municipio de San Pedro Carchá Alta Verapaz.

- El Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud y la inclusión del Gobierno Municipal como expresión del poder local.

Las autoridades de salud del SIAS trabajan en el proceso de la reforma del sector salud a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con la coordinación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, municipalidades, e internacionales y otros organismos con el objetivo de implementar el modelo de atención en salud (SIAS).

b. Enfoque Para este diseño de investigación, la problemática se abordó desde un punto de vista exploratorio sobre el tema de participación local, con los conceptos derivados de la centralización/descentralización de organizaciones y programas públicos. Especialmente se utilizaron las teorías de la descentralización para explicar la participación del Gobierno Municipal en el Programa de Extensión de Cobertura del SIAS del Ministerio de Salud y Asistencia Social, como interacción con el fin de lograr los objetivos planteados.

C. Consideraciones metodológicas

1. Objetivos

a. General. Establecer el tipo de participación de la municipalidad de San Pedro Carchá Alta Verapaz, ante el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en relación con el Programa de Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS-.

b. Específicos

- Caracterizar si la modalidad de participación presentada por el Gobierno Municipal ante el Ministerio de Salud ha sido de tipo técnico, administrativo o económico.
- Identificar el apoyo y las limitantes encontradas por el Gobierno Municipal ante el Ministerio de Salud.
- Identificar el apoyo y las limitantes encontradas por el Ministerio de Salud ante el Gobierno Municipal.
- Enumerar los instrumentos legales relacionados a la participación social.

2. Actividades a realizar

- Explicar los cambios del sector de salud a nivel mundial y cómo influye el nivel de participación hasta llegar a las comunidades.
- Describir la participación social y su relación con la salud.
- Caracterizar el programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud y la participación social.

- Describir la normativa guatemalteca sobre la participación en el sector salud.
- Enumerar los diferentes tipos de participación que pueda tener el individuo de forma colectiva.
- Determinar la percepción que se tiene del sector salud como componente importante del desarrollo.

3. Tipo de evaluación. Este estudio es de tipo exploratorio y de un caso. Por ello, se tomó el municipio de San Pedro Carchá del Departamento de Alta Verapaz como referencia para determinar el tipo de participación de la municipalidad en el desarrollo de un programa del Ministerio de Salud, haciendo hincapié en el tema descriptivo hacia el fortalecimiento institucional del gobierno municipal, que se determina mediante los instrumentos que se señalan en los siguientes apartados.

Este estudio contiene elementos de evaluación de tipo diacrónico, debido a que comprende un período de tiempo sucesivo y diferentes momentos administrativos, tanto por parte del Ministerio de Salud como del Gobierno Municipal.

4. Entorno e informantes

El entorno evaluado fue:

- a. El Municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz, Guatemala.

Las figuras administrativas entrevistadas fueron:

- Del Ministerio de Salud
Director del Distrito municipal de Salud
Coordinador municipal del programa de extensión de cobertura
- De la Municipalidad
Alcalde Municipal
Secretario Municipal
Concejal 2º ó coordinador de los programas de salud
- De las ONG´s Prestadoras de Salud
Coordinador Técnico del programa

5. Técnicas de recolección de datos. Para este proyecto de Tesis se utilizó una metodología descriptiva

Con las siguientes actividades:

- Recopilación de datos de gabinete
- Entrevistas semi estructuradas

6. Delimitación

a. Unidades de análisis

Programa Extensión de Cobertura del SIAS del Ministerio de Salud

ONG's

Municipalidad

b. Unidad geográfica

Municipio de San Pedro Carchá

c. Unidad temporal

Del año 1997 al año 2007

7. Análisis e interpretación

a. Recopilación de datos con cuestionarios

b. Tabulación de datos

c. Escritura del primer borrador

d. Revisiones del informe

II. Antecedentes sobre la participación en el sector salud

A. Evolución de la salud Mundial-Nacional

El Programa de Extensión de Cobertura del denominado Sistema Integral de Atención en salud (SIAS) desarrollado en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, es el producto de una serie de acontecimientos que han incidido a nivel mundial y por ende en nuestro país. Por ello, se considera necesario hacer una referencia de algunos elementos importantes que han servido de base para llegar al proceso que actualmente se está desarrollando en la esfera nacional.

Al hacer una revisión sobre los sistemas de salud en el plano mundial y particularmente a partir de las últimas cuatro décadas, se puede evidenciar que ha sido un proceso que no se ha mantenido estático y consecuentemente ha sufrido cambios, principalmente en el tema de atención a la población.

El Foro Internacional de la Salud efectuado Guatemala en 1,999 hace hincapié en este tema:

«Hasta la década de los 70, los modelos de sistemas de salud se basaron en la medicina occidental pero incapaces para atender a la mayoría de la población más necesitada de los servicios, junto a la presión ejercida por los movimientos sociales, surgidos en diversas partes del mundo en desarrollo, en busca de justicia social, llevaron a la necesidad de cambios radicales en las políticas de salud. De ahí surgió el concepto de la Atención Primaria de Salud, uno de cuyos principios es la participación en salud es también el centro de las políticas de promoción de la salud que se desarrollaron en la segunda mitad de la década de los 80 e inicios de los 90, en las que toma un nuevo cariz, evolucionando hacia el concepto más amplio de acción social en salud».³

Dada la importancia que tomó La Atención Primaria en Salud a nivel mundial y que serviría como un impulso para mejorar o tomar una nueva dirección en los sistemas de salud de los diferentes países comprometidos, incluyendo Guatemala, se presentan a continuación algunos puntos de interés desde su origen de los años 70 hasta la meta propuesta **“Salud Para Todos en el Año 2000”**

1. La Atención Primaria en Salud. La Atención Primaria en Salud se apoya en la declaración de **Alma Ata**, del año 1978 donde se definió así:

«... es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la

³ Foro internacional La Reforma del Sector Salud, Guatemala

comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de sus etapas de desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación»⁴

Una definición incluyente en la que pueda participar la sociedad en sus diferentes manifestaciones, es decir, ya sea como individuo, como familia o como nación, orientada a fomentar el auto cuidado, a ser auto sostenible, a ser un ente proactivo.

La Declaración Alma Ata en su numeral VII y sub inciso 5, es aún más específica y una vez más, este apartado hace énfasis en la participación y el compromiso:

«...exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar (ibidem 3)» .

En 1978, se adopta la concepción de **atención primaria de la salud**, estrategia global y revolucionaria que involucra al sistema sanitario, a los gobiernos y las sociedades en su conjunto. Tal filosofía impulsa un cambio que promueve el desarrollo social y económico, la solidaridad entre países, la equidad y la justicia y que alcanza una dimensión social y política insoslayable, siendo éste el nivel de análisis que la problemática requiere.⁵

La OPS/OMS "Promoviendo la Salud en las Américas", con su Representación en Guatemala mencionaron que la Atención Primara en Salud fue concebida como la "clave" para alcanzar la meta de "Salud para Todos en el año 2000", conforme a un espíritu de justicia social que promovía la cooperación entre países y la movilización y coordinación de la cooperación internacional en función de las prioridades nacionales en salud.⁶

El aporte dado con la Declaración de Alma Ata, permite ser la plataforma para que Guatemala a través del sector salud no solo se integre al cumplimiento de los compromisos con otros países, sino también sirve de un aporte primordial para que el Ministerio de Salud reoriente sus políticas, estrategias y acciones en general creando el denominado Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS- que incluye el Programa de Extensión de Cobertura, el cual inicia su ejecución de acuerdo a las Políticas de Salud del Gobierno, durante la administración del período 1996-2000.

⁴ Atención Primaria de Salud a 25 Años de la Declaración de Alma-Ata Organización Panamericana de la Salud

⁵ Atención Primaria de la Salud <http://www.argentina.gov.ar/argentina/portal/paginas.dhtml?pagina=113>

⁶ Promoviendo la Salud en las Américas, OPS/OMS Representación en Guatemala. 2003.
<http://www.ops.org.gt/APS/APS.htm>

Un sistema de salud basado en la atención primaria y en los principios de Alma - Ata de equidad, acceso universal, participación de la comunidad y acción intersectorial; tendría en consideración cuestiones sanitarias generales de ámbito poblacional, reflejando y reforzando las funciones esenciales de salud pública; creando las condiciones necesarias para asegurar un suministro eficaz de servicios a los pobres y los grupos excluidos; organizando una asistencia integrada y sin fisuras, que vincularía la prevención, la atención a enfermos agudos y crónicos en todos los elementos del sistema sanitario y evaluando continuamente la situación para procurar mejorar el desempeño⁷

2. Sistema de Salud y el Programa de Extensión de Cobertura en Guatemala ¿Cómo se inicia la reestructuración del Sistema de Salud Nacional? La modalidad de atención que venía desarrollando el Ministerio de Salud hasta la década de los 90 evidenciaba que existía 46% de la población guatemalteca que aún estaba sin recibir ninguna asistencia sanitaria institucional.

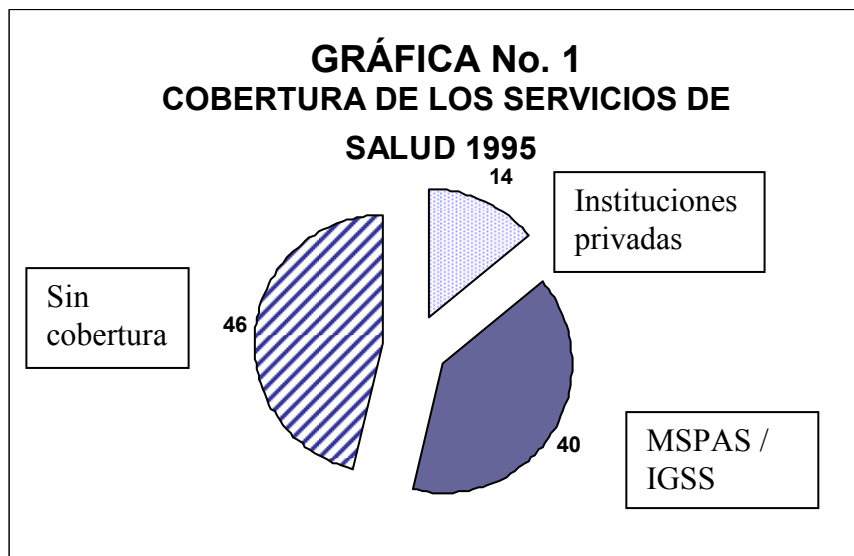
La población que quedaba fuera del área de influencia de Centros y Puestos de Salud, era la más postergada, residía en zonas geográficas con difícil acceso, altos índices de dispersión, de pobreza y mayor concentración de población indígena.

En 1995, el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública estuvo conformado por 857 puestos de salud, atendidos por un auxiliar de enfermería y cuya capacidad de atención se circunscribía a los habitantes de su alrededor.

Estos servicios se complementaban con 254 centros de salud que ofrecían atención de primer nivel de la población de sus alrededores y de segundo nivel con cobertura parcial de uno o mas municipios. Los servicios de salud del Ministerio tenían una cobertura de 25% de la población total del país. El Instituto de Seguridad Social –IGSS- tenía una cobertura de 15% y las instituciones privadas atendían al 14% haciendo un total de 54% de cobertura. En consecuencia el 46% del total de la población no contaba con acceso a los servicios de salud de ningún tipo, (ibidem 7).

⁷ Organización Mundial de la salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2003: forjemos el futuro*. Ginebra, OMS, 2003. Pág.120.

Gráfica 1 Cobertura Nacional de Salud para 1995: Ministerio de Salud Pública y el IGSS suman 40%, Instituciones privadas el 14%; sin cobertura 46%.



Fuente: Avances y perspectivas Extensión de Cobertura con servicios básicos de salud I Nivel de Atención en Salud-, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1999

Antes de implementar el Programa de Extensión de Cobertura, en los primeros departamentos que se tomaron como modelos, el porcentaje de la población que se atendía era el siguiente:

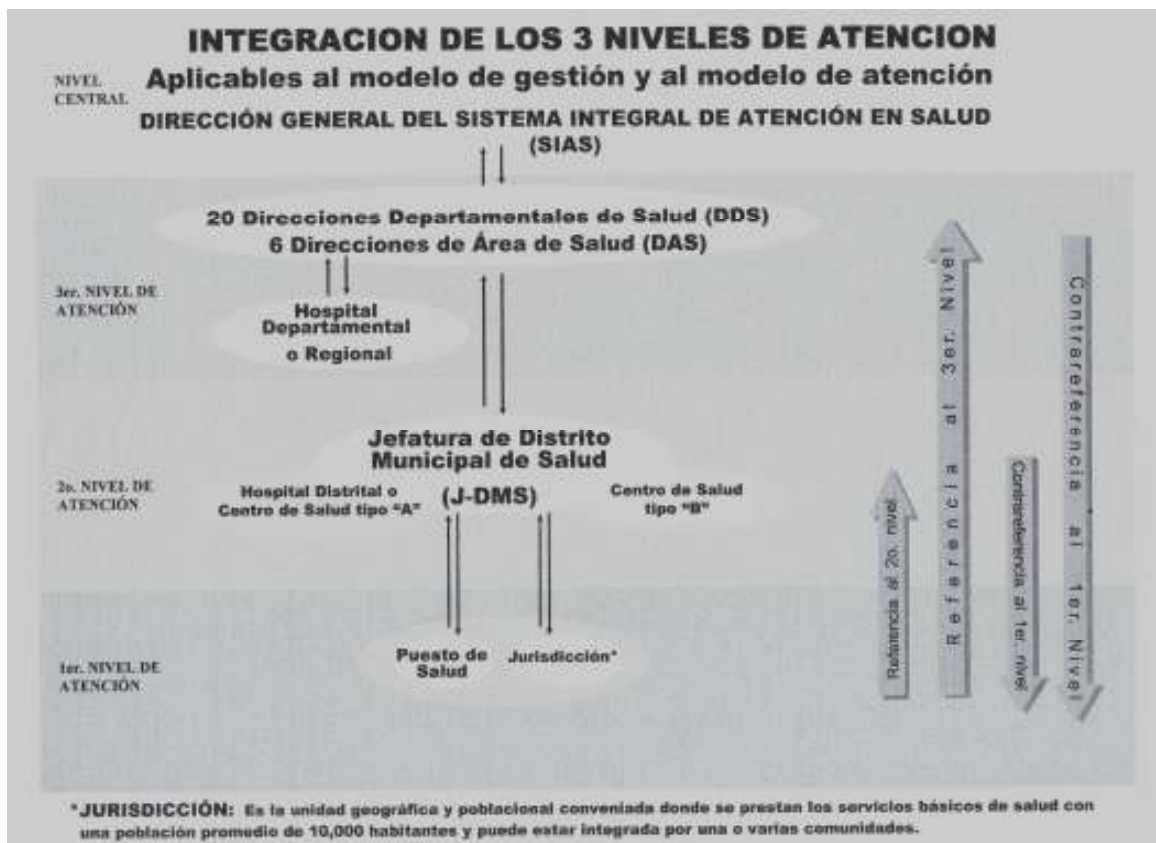
- Alta Verapaz 17%
- Escuintla 65%
- Chiquimula 30%⁸.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como rector y en cumplimiento de su mandato Constitucional de conducción, regulación y vigilante de salud, consciente de estos problemas, asumió la responsabilidad de afrontarlos mediante el diseño e implementación del modelo Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS-, en la cual se incluye, entre otras, el aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios básicos de salud que tenía como base las estrategias de salud del Programa de Gobierno 1996-2000, el Código de Salud y las metas del Plan de Desarrollo y Construcción de la Paz.

Para revisar la situación de cobertura favor ver **Tabla 1: Acceso a los servicios de salud Guatemala 2006.**

⁸ Sistema Integral de Atención en Salud, SIAS, -Avances y perspectivas Extensión de Cobertura con servicios básicos de salud I Nivel de Atención en Salud-, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1999

El esquema 2 Situación del Ministerio de Salud cuando inicia a operar con el nuevo modelo que incluye los 3 niveles de atención.



Fuente: Sistema Integral de Atención en Salud, SIAS, Lineamientos para el Nivel Primario de Atención, Enero 1997

Para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la red de establecimientos del Sistema Integral de Atención en Salud se definió como todo el conjunto de establecimiento instituciones y comunitarios prestadores de servicios de salud articulados funcionalmente entre si con perfiles y responsabilidades diferentes de acuerdo a su capacidad de resolución.

3. Metodología de implementación de los servicios básicos de salud para el Programa de Extensión de Cobertura. A continuación se exponen algunos aspectos importantes que permiten visualizar lo que conlleva la ejecución del programa según el abordaje del Ministerio de Salud.

El Modelo de atención utilizado hasta 1996, para el primer nivel de atención, tenía énfasis en la atención médica curativa y se orientaba a enfermos que consultaban en los establecimientos. La excepción eran las jornadas de vacunación extramuros como actividad preventiva, el resto de las actividades se realizaban dentro de los edificios de la red de los

servicios de salud. La modalidad del Programa de Extensión de Cobertura fue más allá de la atención intra edificio.

Este programa incluyó los servicios planificados desde el nivel central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social hasta el beneficiario final, basada en tres diferentes modalidades:

- ✓ Prestadoras de servicios de Salud –PSS- Organizaciones no gubernamentales y Cooperativas que a través de un convenio con el gobierno de la República, administran y prestan servicios de salud en una jurisdicción establecida por el Ministerio de salud.
- ✓ Prestadoras de Salud Institucionales que son administradas por el Gobierno y
- ✓ Administradoras de Servicios de Salud –ASS- que solo administran los fondos destinados para recursos humanos y materiales para una jurisdicción determinada por el Ministerio de Salud y compran servicios de salud a la iniciativa privada⁹.

Las acciones se iniciaron en los municipios de los departamentos de la República que se clasificaron como prioritarios según los siguientes criterios a) ausencia de los servicios de salud por parte del Ministerio, b) perfil epidemiológico, c) accesibilidad a los servicios de salud y d) diferentes regiones del país.

El desarrollo del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS- en el Primer Nivel de Atención, se sustenta en alianzas estratégicas con organizaciones no gubernamentales –ONG’s- y en la organización comunitaria para su participación plena, en el análisis de los problemas de salud, en la toma de decisiones para superarlos y en la fiscalización de los servicios de salud.

El proceso incluye 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 evaluación¹⁰

⁹ Sistema Integral de Atención en Salud, SIAS, Lineamientos para el Nivel Primario de Atención, Enero 1997

¹⁰ *Guatemala: La experiencia exitosa de la extensión de cobertura*, MSPAS, 2005

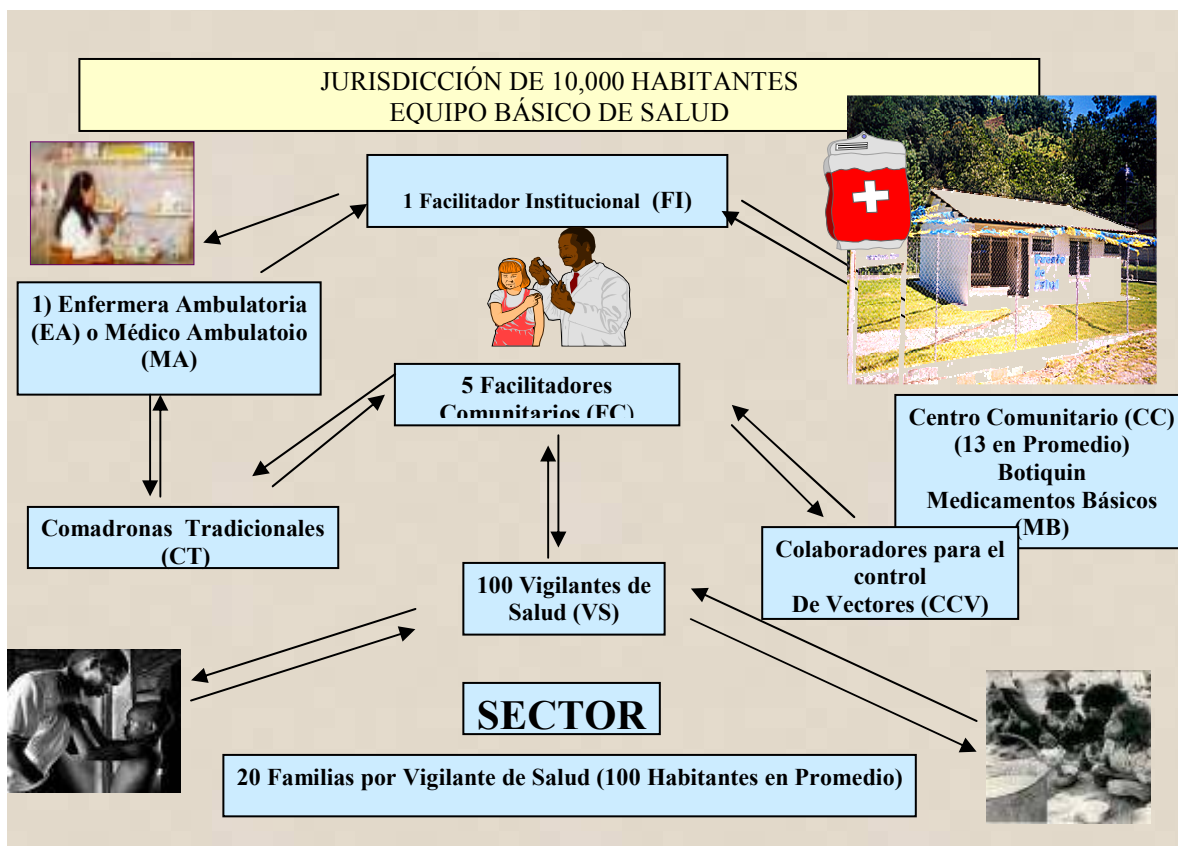
a. Contratación del personal: Los servicios básicos de salud son provistos en cada jurisdicción de 10,000 personas por personal institucional: un médico ambulatorio o una enfermera y un facilitador institucional; y por personal comunitario: 84 vigilantes de salud, las comadronas tradicionales existentes, ocho facilitadores comunitarios y los colaboradores de vectores, juntos conforman el **Equipo Básico de Salud**.

b. Organización comunitaria: Los primeros tres meses del convenio con las prestadoras y administradoras de servicios de salud, están programados para fortalecer la organización comunitaria para la conducción de las acciones de salud. Para ello, se realizan reuniones con autoridades y líderes locales, seguidas de la identificación de los grupos organizados existentes (comités de desarrollo, pro-mejoramiento, salud y otros), con el fin de que ellos decidan quienes asumirán la responsabilidad de conducir las acciones de salud de su localidad. El proceso se inicia con la selección de los vigilantes de salud y facilitadores comunitarios, y la identificación de las comadronas a ser incorporadas al sistema. Favor ver anexo.

c. Incorporación de personal comunitario: El personal comunitario realiza acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades comunes, con el apoyo y la supervisión del facilitador institucional y el médico ambulatorio.

d. Otras acciones: Se considera un espacio físico en la comunidad denominado **Centro Comunitario** para realizar las acciones de atención médica, capacitación y análisis de situación de salud. Adicionalmente se cuenta con **Acceso a Medicamentos Básicos** consistente en un paquete de medicamentos para atender las prioridades de salud. Finalmente en todos los niveles, incluyendo el Distrito y el Área de Salud se realiza el **Monitoreo** por medio de análisis de Salas Situaciones, revisión de los informes bimestrales y visitas de observación que incluye entrevistas al personal prestador de servicios de salud.

Esquema 3 Integración del Equipo Básico de Salud y otros elementos que conforman una Jurisdicción para el Programa de Extensión de Cobertura.



Fuente: Sistema Integral de Atención en Salud, SIAS, Lineamientos para el I Nivel Primario de Atención, Enero 1997

El Ministerio de Salud, desde su inicio, ha implementado cambios que han surgido durante todo el proceso del desarrollo de la metodología implementada en el sistema de salud, misma que ha sido sensible en los 3 niveles de atención como se puede apreciar en el esquema

El Programa de Extensión de Cobertura del SIAS inicia a ejecutarse de acuerdo a las Políticas de Salud del Gobierno para el período de 1996 – 2000, en varios municipios del país, y San Pedro Carchá, Alta Verapaz, es uno de los primeros en participar. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social inicia la metodología del SIAS con una vía directa desde el nivel central hasta la población de las diferentes comunidades, sin tomar en cuenta la participación del gobierno municipal. Este contexto limita una mayor participación de las municipalidades particularmente en la toma de decisiones, sabiendo que esta institución es conocedora de necesidades reales o propuestas de solución más aceptables. Como se puede apreciar en la implementación de esta metodología, la Municipalidad no obstante que actúa como el nivel de gobierno más próximo a la población se ve excluida por las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Esquema 4 Integración de la Red de Servicios del Ministerio de Salud para el año 2007

Taxonomía de la Red de Servicios 2007

La red de establecimientos del Sistema Integral de Atención en Salud se define como todo el conjunto de establecimientos institucionales y comunitarios prestadores de servicios de salud articulados funcionalmente entre sí, con perfiles y responsabilidades diferentes de acuerdo a su capacidad de resolución.

En cada ámbito territorial las redes de establecimientos de salud constituyen la base organizativa y funcional del desarrollo del sistema Integral de Atención en Salud. De acuerdo a la capacidad de resolución, la organización funcional de la red de establecimientos de salud queda definida de la siguiente manera:



Primer Nivel de Atención:

- » Centro Comunitario de Salud
- » Puesto de Salud



Segundo Nivel de Atención:

- » Puesto de Salud Fortalecido (PSF)
- » Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios (CENAPA)
- » Centro de Salud tipo A
- » Centro de Atención Médica Permanente (CAP)
- » Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI)
- » Centro de Atención de Urgencias Médicas (CUM)



Tercer Nivel de Atención

- » Hospital Distrital Integrado
- » Hospital General o Departamental
- » Hospital Regional
- » Hospital Nacional de Referencia

FUENTE: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

El Ministerio de Salud Con el propósito de definir los servicios, en el año 2,007 presenta la clasificación de los diferentes establecimientos que constituyen el Sistema Integral de Atención en Salud, que incluye desde las unidades que prestan los servicios básicos en el primer nivel hasta los servicios especializados en el tercer nivel de atención. Esto con el propósito de facilitar la referencia de los casos y consecuentemente su la resolución.

Otro de los temas importantes que han incidido sobre el Programa de Extensión de Cobertura en Salud son los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas, estos porque dentro del abordaje se toman temas claves y necesarios para que muchos países puedan salir adelante y que fortalecen a los sistemas de salud.

4. Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas. La meta de “Salud para Todos en el año 2000” fue insuficiente para dar cumplimiento a los compromisos adquiridos por todos los países en la plataforma de la Atención Primaria en Salud. Con el inicio del siglo veintiuno la Organización de las Naciones Unidas presenta los ocho objetivos de desarrollo del Milenio –ODM-, que abarcan desde la reducción a la mitad la pobreza extrema hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de

la enseñanza primaria universal para el año 2015, constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial.

Este convenio viene a dar un impulso a la participación social, pues el enfoque es integral y esta orientado no solo al bienestar del individuo, de su familia, de la comunidad, del país y también de la región, incluyendo otros factores del entorno que afectan su desarrollo general.

a. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivo	Descripción
1	Erradicar la pobreza extrema y el hambre
	Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día. Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre.
2	Lograr la enseñanza primaria universal
	Velar por que todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.
3	Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
	Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para 2015
4	Reducir la mortalidad infantil
	Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.
5	Mejorar la salud materna
	Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.
6	Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
	Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA. Detener y comenzar a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

Continuación de Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivo	Descripción
7	<p data-bbox="630 304 1227 331">Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente</p> <p data-bbox="630 380 1409 499">Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales; invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.</p> <p data-bbox="630 541 1409 617">Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable.</p> <p data-bbox="630 659 1409 735">Mejorar considerablemente la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios para el año 2020.</p>
8	<p data-bbox="630 779 1284 806">Fomentar una asociación mundial para el desarrollo</p> <p data-bbox="630 854 1409 1058">Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Ello incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional.</p> <p data-bbox="630 1106 1409 1457">Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Ello incluye el acceso libre de aranceles y cupos para las exportaciones de los países menos adelantados, el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial y la concesión de una asistencia oficial para el desarrollo más generosa a los países que hayan mostrado su determinación de reducir la pobreza.</p> <p data-bbox="630 1505 1409 1581">Atender a las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo.</p> <p data-bbox="630 1623 1409 1743">Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.</p> <p data-bbox="630 1785 1409 1904">En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.</p>

Continuación de Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivo	Descripción
8	<p data-bbox="630 302 1286 333">Fomentar una asociación mundial para el desarrollo</p> <p data-bbox="630 375 1408 499">En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo</p> <p data-bbox="630 541 1408 709">En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular, los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones¹¹</p>

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aprobados por todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas en la Cumbre del Milenio en enero de 2000, establecen unas metas ambiciosas para reducir la pobreza (50% para el 2015). La salud ocupa un lugar central en los ODM: tres de los ocho Objetivos de Desarrollo, ocho de las dieciocho metas y dieciocho de los cuarenta y ocho indicadores están relacionados con la salud que vienen a tener una incidencia dentro del Sistema de Salud Nacional y principalmente en el programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud.

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio contribuyen a superar los problemas que afectan principalmente a las familias y comunidades más pobres; beneficiando asimismo al Sector Salud, particularmente al programa de Extensión de Cobertura, que atiende principalmente a la población mas postergada. Consecuentemente, debería ser un aporte hacia los planes de desarrollo de cada municipio, incluyendo San Pedro Carchá, Alta Verapaz.

La OPS/OMS reconoce que la Atención Primaria de Salud –APS- constituye la estrategia principal del sector salud para que los países alcancen las Objetivos de Desarrollo del Milenio: reducir la pobreza, eliminar la desnutrición aguda y crónica y reducir la mortalidad infantil y materna, mediante el acceso universal a servicios básicos integrales de salud, agua segura y disposición sanitaria de excretas y la prevención y control de las enfermedades, con la activa participación de las comunidades organizadas.

¹¹ <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/goals.html>

Una estrategia absolutamente relevante para Guatemala, si se tiene en cuenta que entre los principales problemas de salud del país están los altos índices de desnutrición aguda y crónica (la desnutrición afecta a 6 de cada 10 niños y niñas entre 12 y 23 meses); la alta mortalidad infantil (39 por mil) y materna (150 por 100,000) ambas entre las más altas de América; el bajo acceso a agua segura y disposición sanitaria de excretas y la necesidad de mejorar la prevención y control de enfermedades transmisibles y de aumentar la universal de servicios básicos de salud (20% de la población aún no tiene acceso a estos servicios), (ibidem 5)

III. Normativa guatemalteca sobre la participación social y el sector salud

A continuación se hace referencia del respaldo legislativo de las diferentes figuras institucionales o normativas que Guatemala cuenta en el tema de salud y la participación comunitaria.

A. La Constitución Política de la República de Guatemala

Guatemala cuenta con un legado de instrumentos legales que respaldan la participación local y que están relacionadas con el tema de salud, estas a su vez hacen referencia a las diferentes figuras institucionales o normativas del país.

La *Constitución Política de la República de Guatemala* en su Artículo 98 dice:

«Participación de las comunidades en programas de salud. Las comunidades tienen derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud» .

Este artículo Constitucional se opone al lema paternalista del Ministerio de Salud propuesto durante la administración del Gobierno del período 2004-2007 que decía “Tu Salud es nuestro compromiso” una postura Institucional, excluyendo la responsabilidad del individuo y la comunidad.

A pesar que se fomenta la participación comunitaria en la Carta Magna y otros entes mencionados, esta se ve ignorada en los planes y programas, los cuales son elaborados a nivel central del Ministerio de Salud y la participación que hace la comunidad al realizar las distintas actividades propuestas en dichos programas son de carácter operativo y no de una participación de carácter decisorio.

Se esperaría que las comunidades especialmente las más postergadas, participaran activamente no solo en la ejecución, como lo ha hecho hasta ahora, lo hiciera en el ámbito de la planificación, en la evaluación y en la toma de decisiones de los programas de salud.

B. Acuerdos de Paz

A su vez, los **Acuerdos de Paz** con el objeto de fomentar la participación activa de las municipalidades, las comunidades y las organizaciones sociales, en la planificación, ejecución y fiscalización de la administración de los servicios y programas de salud, plantean la ampliación y

profundización de la gestión democrática del Estado, específicamente en los Aspectos Socio económicos y Situación Agraria en su Numeral 44 dice:

«Profundizar la descentralización y la desconcentración de las facultades, responsabilidades y recursos concentrados en el Gobierno Central con el objeto de modernizar y hacer efectiva y ágil la administración pública. La descentralización debe asegurar la transferencia del poder de decisión y recursos adecuados a los niveles apropiados (local, municipal, departamental y regional) para atender en forma eficiente las demandas del desarrollo socio-económico y fomentar una estrecha interacción entre los órganos del estatales y la población».

Este apartado proyecta varios elementos fundamentales orientados a fortalecer la participación social no solo desde el punto de vista administrativo sino de recursos a nivel de los diferentes órganos estatales.

Aunque la descentralización y la desconcentración son temas centrales de este artículo es importante reconocer que ambos pueden transferirse específicamente en el ámbito de las facultades, sin embargo no debería aplicarse en el tema de responsabilidades, las cuales debieran mantenerse a la autoridad máxima competente sectorial, por ser el comprometido a reaccionar ante su cartera.

C. El Código de Salud Decreto 90-97

Una herramienta legal, el cual a través del artículo 5 garantiza la participación comunitaria en el área administrativa en los programas y servicios de salud:

«Participación de la comunidad. El estado garantizará el ejercicio del derecho y el cumplimiento del deber de la comunidad de participar en la administración parcial o total de los programas y servicios de salud».

Actualmente este artículo se pone de manifiesto mediante la modalidad de la contratación de las ONG's con la figura de Prestadoras de Servicios de Salud del cual se hace referencia en apartados anteriores del presente estudio, los que a su vez están regidos bajo la normativa del Ministerio de Salud, mismos que carecen de lineamientos o intervención para su desarrollo por parte del Gobierno Municipal.

La participación ciudadana es uno de los aspectos mas importantes y novedosos en la legislación guatemalteca, hecha realidad después de muchos años de lucha porque se conviertan en ley. A partir del año 2002 se aprueban y le dan vida a la *Ley de Descentralización* y la *Ley de Consejos de Desarrollo*, generados de la posterior Política Nacional de descentralización que

coadyuvan a la participación comunitaria, permitiendo que los Gobiernos Locales sean los promotores, gestores, incluso ejecutores de sus propios proyectos.

D. La Ley General de Descentralización, Decreto 14-2002

La descentralización forma parte de la democracia inspirada en los movimiento de modernización que promueven la legitimación de las funciones y roles del Estado.

Para que sea posible la descentralización, es necesario el marco legal para complementar un sistema democrático en vías de fortalecimiento y desarrollo. La *Ley General de Descentralización* permitió viabilizar esta necesidad, y para objeto del presente estudio, el Artículo 2 hace énfasis al tema:

«Se entiende por descentralización el proceso mediante el cual se transfiere desde el Organismo Ejecutivo a las municipalidades y demás instituciones del Estado, y a las comunidades organizadas legalmente, con participación de las municipalidades, el poder de decisión, la titularidad de la competencia, las funciones, los recursos de financiamiento para la aplicación de las políticas públicas nacionales, a través de la implementación de políticas municipales y locales en el marco de la más amplia participación de los ciudadanos, en la administración pública, priorización y ejecución de obras, organización y prestación de servicios públicos, así como el ejercicio del control social sobre la gestión gubernamental y el uso de los recursos del Estado».

Este artículo es la parte medular dentro del marco conceptual que viene a dar el fortalecimiento a las municipalidades para hacer efectiva la descentralización a nivel de las diferentes entidades que integran el aparato Estatal, la participación ciudadana y la auditoría social entre otras.

El artículo 7 agrega las prioridades:

«Sin perjuicio del traslado integral de las competencias administrativas, económicas, políticas y sociales, al municipio y demás instituciones del Estado, prioritariamente se llevará a cabo la descentralización de las competencias gubernamentales en las áreas de: 1. Educación, 2. Salud...».

La *Ley General de Descentralización* hace énfasis en las entidades prioritarias que pueden cumplir la ejecución de dichas competencias y que vienen siendo prácticamente los Ministerios que contribuyen en gran manera en el desarrollo no sólo de los individuos sino de toda la sociedad guatemalteca.

E. La Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural

Esta Ley permite crear un sistema de representación social desde el nivel local hasta el nivel regional, incluyendo el nivel municipal por supuesto y de esta forma fortalece la coordinación entre las diferentes instancias que contribuyen en el desarrollo de las comunidades

y del país en general. En el Artículo 12 describe las funciones de los Consejos Municipales de Desarrollo, inciso c),

«Promover sistemáticamente tanto la descentralización de la administración pública como la coordinación interinstitucional en el municipio, para coadyuvar el fortalecimiento de la autonomía municipal; para ese efecto, apoyará a la Corporación Municipal en la coordinación de las acciones de las instituciones públicas, privadas y promotoras de desarrollo que funcionen en el municipio».

F. Código Municipal, Decreto 12-2002

Esta modificación al Decreto 58-88, establece lo relativo a la organización, a su gobierno, a su administración y funcionamiento como gobierno municipal, incluye también las competencias que le corresponden. Aclara que la autoridad máxima del gobierno municipal se encuentra en el Concejo Municipal. Esta modificación al Código agrega elementos nuevos tales como las mancomunidades.

A pesar de los cambios realizados, la participación en el tema del sector salud no se encuentra definida y se encuentran algunos artículos que hacen referencia en forma muy general, tal el caso del artículo 67 que dice: «... para la gestión de sus intereses puede promover toda clase de actividades económicas, sociales, culturales, ambientales, y prestar cuantos servicios contribuyan a mejorar la calidad de vida, a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la población del municipio».

El artículo 68 que designa las competencias propias del municipio, el tema de salud se ve obviada. Mientras que el artículo 69, el Gobierno Central u otras dependencias públicas manifiesta a la prestación de servicios locales en coordinación con los planes, programas y proyectos de desarrollo municipal, siempre y cuando el municipio lo solicite.

G. Lineamientos Básicos y Políticas de Salud para los períodos, 2000- 2004 y 2004-2008

Por su parte el Ministerio con el inicio de la reestructuración del Sistema de Salud a finales de la década de los 90 la inclusión de los diferentes servicios a nivel nacional progresivamente ha ido disminuyendo la población sin acceso a los servicios de salud.

El Plan Nacional de Salud 2000 – 2004 hace hincapié en la conducción por medio de la descentralización de 50 municipios en Guatemala donde dice:

V. Objetivos. No. 7

«Descentralizar la conducción de los distintos niveles de atención, impulsando el mejoramiento y modernización de los servicios de salud, asegurando la existencia de

programas y servicios al nivel comunal, debidamente coordinados e integrados al nivel regional y nacional, en por lo menos 50 municipios de la República».

En el *Plan Nacional de Salud 2004 – 2008*, en su *Política de Salud 2004-2008 No. 3*, aluden al tema de desconcentración y descentralización orientada únicamente a las áreas de salud y hospitales no así a la participación de otras entidades particularmente la municipalidad.

«Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de las competencias, responsabilidades, recursos y poder de decisión a las áreas de salud y hospitales».

Los Gobiernos Municipales dentro de estos lineamientos no son mencionados, circunscribiéndose a crear directrices a operar a lo interno de dicha institución.

H. GABINETE SOCIOAMBIENTAL

Esta instancia integrada recientemente por la administración actual 2008-2012, fue creado por Acuerdo Gubernativo No. 128-2008 del 6 de mayo del 2008. Su propósito principal es la coordinación del diseño y gestión de políticas y acciones en las materias social y ambiental, como instancia para la promoción y logro del desarrollo social y la protección y mejoramiento ambiental de la Nación.

Está integrado por dieciocho funcionarios de instituciones: por el Vicepresidente de la República, quien lo preside y coordina; el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, la Ministra de Educación, el Ministro de Trabajo y Previsión Social, el Ministro de Finanzas Públicas, el Ministro de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda, el Ministro de Cultura y Deportes, el Ministro de Ambiente y Recursos Naturales, el Ministro de Agricultura, Ganadería y Alimentación, el Ministro de Energía y Minas, el Secretario de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), el Secretario de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República, el Secretario de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia, la Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del Presidente de la República, la Secretaria de Bienestar Social de la Presidencia de la República., la Secretaria Presidencial de la Mujer (SEPREM), la Directora General del Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE) y el Coordinador de la Comisión contra la Discriminación y el Racismo (CODISRA).

Dicho Gabinete es una instancia político-estratégica del Gobierno, con capacidad de imprimir cierta dinámica, coherencia y consistencia al conjunto de instituciones que lo conforman, de cara a los objetivos políticos del actual Gobierno. Para ello, trabaja en un cuerpo bien estructurado de objetivos de mediano a largo plazo, instrumentos, población meta y un sistema de gestión pública basada en resultados. El Gabinete es una instancia, a quien cada institución plantea sus metas institucionales, de mediano y largo plazo, reportando posteriormente los

avances. Otras funciones del Gabinete pueden ser consultadas en el Acuerdo Gubernativo de su creación

Esta instancia es un espacio en el cual se puede incidir para la participación del gobierno local para incidir en el desarrollo de cada municipio particularmente en el tema de salud.

IV. El Gobierno Municipal y los recursos financieros para salud del Gobierno Central

A. APORTE CONSTITUCIONAL

En 1985, el país aprobó *La Constitución Política de la República* y en el artículo 257, especificaba que el 8% de los ingresos ordinarios debería ser asignado a las municipalidades de acuerdo a criterios redistributivos, relacionados con población total, rural y los ingresos propios recaudados por cada una de las municipalidades del país.

La única limitación a esta transferencia por parte del gobierno central, exigida directamente a las municipalidades, era que el 90% de la cantidad total recibida, debía ser invertida en infraestructura y el 10% restante podía asignarse al funcionamiento de las municipalidades (principalmente salarios). Esta medida fue denominada "aporte constitucional" (AC) el cual es entregado trimestralmente por el Ministerio de Finanzas Públicas.

Políticamente, las medidas de descentralización eran consideradas ajustadas a las metas democráticas y este AC del 8% intentaba llegar rápidamente a las comunidades alejadas para atender necesidades insatisfechas por largo tiempo. Sin embargo el propio proceso de distribución de los fondos, en particular en relación con las comunidades indígenas, generó una desconfianza en el proceso de descentralización que se estaba iniciando.

Sin embargo, estas medidas fueron profundizadas, mejoradas y ampliadas a través de los años. En 1993, durante la presidencia de León Carpio se reformó la *Constitución Política*, eliminando la clasificación de las municipalidades y las elecciones municipales a mitad de período; se elevó de 8% a 10% el aporte constitucional a las mismas, destinándose, como mínimo, el 90% a programas y proyectos de educación, salud, obras de infraestructura y servicios públicos¹².

Asimismo a comienzos de 1997, el Impuesto al Valor Agregado (IVA) fue aumentado del 7% al 10%, y el 1% de esta contribución fue también asignado a las municipalidades. Este porcentaje fue aumentado al 1,5% (2001). Ambos rubros, el Aporte Constitucional y la asignación de la contribución del IVA-Paz juntos, representaron el 48,8% de los ingresos totales municipales en 1999 siendo estas actualmente las obligaciones del Estado a cargo del Tesorero.

¹² Guatemala: fortalecimiento de las Finanzas municipales para el combate a la pobreza

B. SITUADO CONSTITUCIONAL

De acuerdo al artículo 257 de la *Constitución Política de la República de Guatemala*

Artículo 257. Asignación para las municipalidades. El Organismo Ejecutivo incluirá anualmente en el Presupuesto General de Ingresos Ordinarios del Estado, un diez por ciento del mismo para las Municipalidades del país. Este porcentaje deberá ser distribuido en la forma que la ley determine, y destinado por lo menos en un noventa por ciento para programas y proyectos de educación, salud preventiva, obras de infraestructura y servicios públicos que mejore la calidad de vida de los habitantes. El diez por ciento restante podrán utilizarlo para financiar gastos de funcionamiento.

Queda prohibida toda asignación adicional dentro del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado para las municipalidades, que no provenga de la distribución de los porcentajes que por ley les corresponda sobre impuestos específicos.

Extractos artículos 119, 120 y 122 del Código Municipal.

«**Publicidad de los datos:** La Comisión Específica integrada publicará en el Diario Oficial y otro de amplia circulación el monto correspondiente a cada municipalidad..»

La Comisión Específica está integrada por:

- El Secretario de Planificación y Programación de la Presidencia de la República, quien la preside,
- El Director de la Dirección Técnica del Presupuesto del Ministerio de Finanzas Públicas;
- El Presidente de la Asociación Nacional de Municipalidades; y
- El Presidente de la Asociación Guatemalteca de Alcaldes y Autoridades Indígenas (AGAAI).

Criterios para la distribución de la asignación constitucional (Artículo 119 Código Municipal)

La distribución se efectuará de acuerdo con los siguientes criterios:

1. El 25% distribuido proporcionalmente al número de población de cada municipio.
2. El 25% distribuido en partes iguales a todas las municipalidades.
3. El 25% distribuido proporcionalmente al ingreso per-cápita ordinario de cada jurisdicción municipal.
4. El 15% distribuido directamente proporcional al número de aldeas y caseríos.

5. El 10% distribuido directamente proporcional al inverso del ingreso per cápita ordinario de cada jurisdicción municipal.

Para los efectos del párrafo anterior, se entenderá por ingreso per capita ordinario de cada municipalidad, a la sumatoria de los ingresos provenientes por concepto de arbitrios, tasas, rentas, contribuciones, frutos, productos recaudados localmente y los impuestos recaudados por efecto de competencias atribuidas, dividida entre la población total del municipio.

Artículo 120: Instituciones que proporcionan información para el cálculo de distribución de la asignación constitucional.

La información para el cálculo de los porcentajes a que se refiere el artículo anterior, será proporcionada por las siguientes instituciones y en la forma siguiente:

- a) El Tribunal Supremo Electoral: número de municipalidades constituidas al momento de hacer el cálculo;
- b) El Instituto Nacional de Estadística: población total y rural de cada municipio, estimada para el año anterior al que se va a hacer el cálculo; y,
- c) El Instituto de Fomento Municipal: ingresos ordinarios municipales efectuados en el año anterior al que se va a hacer el cálculo.

V. La Descentralización

No se puede hablar de participación social si se excluye la teoría que explica los procesos de descentralización. Uno de los rasgos importantes de la descentralización es el hecho que a través de ésta se promueve la participación ciudadana en la planificación, gestión, ejecución y supervisión de proyectos que tengan que ver con el desarrollo de la comunidad¹³. Se identificarán los diversos enfoques que existen al respecto. Las siete formas que adopta la descentralización, diversas modalidades sobre participación, las diferencias conceptuales que existan sobre participación ciudadana, participación social, participación comunitaria, participación local y participación municipal. También se identificarán los determinantes de salud que afectan en la ejecución de programas y proyectos. Por último, y específicamente relacionada con el sector salud, se estudiará la participación social en salud.

A. ¿Qué es descentralización?

Según Nelson Amaro¹⁴ se entiende por descentralización la transferencia de responsabilidades para planear, administrar, recaudar y distribuir recursos desde el gobierno central y sus agencias a las siguientes entidades: a) unidades de campo de los ministerios y agencias del gobierno central, b) unidades o niveles de gobierno subordinadas, c) corporaciones o autoridades públicas semiautónomas, d) autoridades funcionales o regionales en cualquier territorio, e) organizaciones no gubernamentales privadas o voluntarias. Existen siete formas en que la provisión, financiamiento y manejo de servicios públicos pueden ser descentralizados en países en desarrollo como Guatemala, éstas son:

1. Delegación implica transferencia de responsabilidades titulares adscritas a cargos a entidades fuera del gobierno central. Estamos en el campo de las organizaciones paraestatales y organismos descentralizados considerados horizontalmente o sencillamente corporaciones y unidades de los niveles centrales en regiones, departamentos o municipios.

2. Desconcentración: se refiere a transferencias de funciones y recursos dentro de la organización jerárquica de una entidad. Los niveles superiores, sin embargo, se reservan el derecho de ratificar o retirar su respaldo a las decisiones tomadas.

¹³ circa 1998: online

¹⁴ Amaro, Nelson. 1994. *Descentralización, gobierno local y participación, América Latina y Honduras*. Honduras, Editorial Guaymuras. 185 págs.

3. Devolución: significa transferencias de derechos y deberes que no pueden ser revocados por ninguna autoridad ya que se encuentra inmersos en la constitución o leyes o la tradición. Un requisito indispensable es que la entidad que se ve fortalecida tenga la capacidad de “autonomía,” de regirse a sí misma, sin llegar a una soberanía absoluta.

4. Desregulación: es librar al gobierno de elementos normativos superfluos.

5. Privatización: es el acceso del sector privado con afán de lucro o no gubernamental altruista a tareas de desarrollo que han sido llevadas a cabo por el gobierno.

6. Participación popular: implica que la descentralización para ser efectiva debe ir más allá de un acto meramente administrativo. La población en su carácter de ciudadano debe asumir un papel a través de organizaciones comunitarias, cívicas, gremiales y sindicales.

7. Promoción de un nuevo modelo de desarrollo: se refiere a que la concentración y centralización de recursos ha ocurrido dentro de un marco económico que ha dejado a las regiones más pobres abandonadas¹⁵.

Por otra parte, en los últimos tiempos la descentralización ha devenido en un instrumento político y una técnica administrativa para favorecer y garantizar mejor los objetivos y procesos de democratización, de acercamiento del gobierno y de la administración pública a la ciudadanía y, en definitiva, para atender las demandas de la sociedad en pro de una mayor y mas efectiva participación de la ciudadanía en la vida política y, en particular, en el control social en los procesos de toma de decisiones y de gestión en general, por parte de los poderes y de las entidades públicas¹⁶.

¹⁵ *Descentralización, Gobierno Local y Participación, América Latina y Honduras*, Nelson Amaro, Junio de 1994

¹⁶ *Los nuevos senderos de la descentralización*, COMODES, mayo 2001

VI. Otros tipos de participación

Dentro de los tipos de participación se pueden mencionar:

A. La participación comunitaria

Consiste en participación de los miembros y los recursos de una comunidad como parte integrante de los programas de desarrollo.¹⁷

Frente a la complejidad social, los individuos buscan medios concretos para no caer en una alineación y anonimato impuestos por una globalidad multidimensional, lo local se constituye en un ámbito apropiado para canalizar tales acciones ya que cualquier comunidad puede manifestar sus necesidades, reivindicar sus derechos o desarrollar su potencial creativo y al gestionar colectivamente. Lo local puede ser entendido como oportunidad o proceso que permite al individuo superar carencias y obstáculos¹⁸. Es aquí donde la participación comunitaria juega un papel muy importante. La participación comunitaria es un concepto directamente vinculado al de organización democrática para atender intereses comunes y sería la manera como se relaciona un individuo con la comunidad a que pertenece, donde es reconocido¹⁹

B. La participación socio-política

Es concebida como un proceso que reúne a los actores sociales, a todos los niveles dentro de un espacio de poder, quienes coordinadamente identifican situaciones problemáticas y se involucran en la planificación y práctica de soluciones.²⁰

C. La participación popular

Esta idea de participación se utiliza con dos sentidos: con alcance pasivo, para indicar la participación en los frutos del desarrollo, mediante la distribución de los bienes de toda índole producidos por la sociedad y, en sentido activo, referido a la intervención de los integrantes de una sociedad en el proceso de toma de decisiones.²¹

D. Participación social en salud

Siempre se ha mencionado la importancia de la participación, en la prestación de los servicios de salud especialmente en el primer nivel de atención, sin embargo, es a partir de la

¹⁷ online www.proping.ve

¹⁸ Saenz Alejandro. *Contribuciones al desarrollo endógeno: Participación comunitaria, poder local, ONGs.*

¹⁹ Finot Ivan, *Participación y eficiencia: Hacia una reconceptualización de la descentralización* octubre 1996

²⁰ Online www.msds.gov.ve

²¹ Ídem No.11

adopción de la política de Atención Primaria en Salud (Alma Ata 1978) que se habla especialmente de participación comunitaria, este concepto ha evolucionado y actualmente hablamos de **participación social**, lo que implica una evolución del concepto que consideraba la participación de las gentes de la comunidad, especialmente los usuarios de los servicios al uso del término SOCIAL que implica la participación de instituciones, organizaciones formales o informales, además de los miembros de la comunidad.

Actualmente los procesos de Reforma del Sector Salud, consideran como parte importante de su desarrollo el favorecer, impulsar y desarrollar mecanismos que favorezcan la participación social.

La participación social, ha tenido la característica de ser siempre considerada como una plataforma importante en el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud, sin embargo, esta estrategia ha sido manejada de tal forma que realmente ha producido desviaciones importantes en su aplicación

Estas desviaciones son aquellas acciones que se realizan con la comunidad y que no permiten una participación consciente y responsable de ésta.

Se identifican tres desviaciones:

Paternalismo: se da cuando la comunidad se acostumbra a que todo se los donen y no asume compromisos permanentes respecto de su propio desarrollo.

Utilitarismo: ciertas personas o instituciones buscan aprovecharse del apoyo comunal para satisfacer exclusivamente los propósitos de la institución, sin considerar las necesidades y objetivos de las personas y grupos que integran la comunidad.

Manipulación: se utiliza una serie de mecanismos con los cuales se busca lograr el apoyo masivo e irreflexivo de personas y grupos para determinadas acciones institucionales o particulares.

La participación social es un proceso mediante el cual la población asume progresivamente la responsabilidad de su propia salud.

Se puede decir que la participación social, como se entiende hoy es el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención de la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los

procesos así como la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria.²²

Estructuralmente a partir de 1999 se creó a través del Reglamento Interno del Ministerio de Salud, el departamento de Promoción y Educación en Salud dependiendo de la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, cuyas funciones están ligadas estrechamente a la participación social de los diferentes actores de salud en todos los niveles. Durante el quinquenio 2000-2005 se fortaleció la acción con los gobiernos municipales a través de la capacitación de los Consejos Municipales de Desarrollo (COMUDES) y los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODES) elaborando los planes de desarrollo local a nivel de municipio con los diferentes actores locales; y de componentes específicos como seguridad alimentaria y nutricional. A través de extensión de cobertura y del programa de salud reproductiva se ha impulsado la creación de los comités locales de atención de emergencia maternos-neonatal, cuya función principal es la planificación y atención de emergencias maternas comunitarias, liderado por comadronas capacitadas.

El proceso de reforma en su componente de extensión de cobertura ha impulsado la participación de las organizaciones no gubernamentales a través de la realización del análisis de situación de salud de las áreas bajo responsabilidad y planificación de la atención de las mismas, tomando en cuenta los lineamientos establecidos en los convenios con el Ministerio de Salud²³

E. Descentralización y participación social

La descentralización territorial entendida como la transferencia de competencias y recursos del nivel nacional a los niveles subnacionales intermedios (Estados, Provincias y Departamentos) o a los niveles locales (Municipios o Cantones) ha sido una macro tendencia en la reordenación de los Estados en orden a garantizar una mayor equidad, eficiencia y esfuerzo local en la gestión pública. Se pretende además, que la descentralización apunte el proceso de apertura democrática, le de mayor gobernabilidad al sistema político acosado en ocasiones por conflictos regionales y promueva el empoderamiento y la libre elección de las comunidades locales.

La descentralización de territorial supone necesariamente una pérdida del control administrativo del nivel central y el otorgamiento de libertades discrecionales a los niveles territoriales en la ejecución del gasto. Ha convenido entonces que el diseño de la descentralización vaya acompañado de procesos de participación social que permitan sustituir el control central por el control comunitario, dando así nuevos contenidos y formas a la democracia local.

²²Foro Internacional, La Reforma del Sector Salud, Guatemala, 1999

²³ Perfil de los Sistemas de Salud Guatemala

La descentralización y el empoderamiento de las comunidades locales permiten entonces conseguir nuevos puntos de negociación y del equilibrio en los conflictos sociales y mejorar los niveles de gobernabilidad del sistema político.²⁴

²⁴ *Macrotendencias en el proceso de reforma sectorial de salud en Latinoamérica*, pag. 11-13, República Dominicana, Abril del 2000

VII. Factores directos e indirectos que inciden en la ejecución de Programas y proyectos

Existen otros elementos que intervienen positiva o negativamente en el desenvolvimiento de las Instituciones ya sea del sector salud, o bien del municipal consecuentemente repercute en la forma de participación social las cuales a continuación se enumeran algunos puntos que se relacionan al sector salud para el país.

A. Competencias e integración de los gobiernos locales

El *Código municipal* y la *Constitución de Guatemala* establecen que el gobierno local es competencia exclusiva de la llamada “Corporación Municipal”, un órgano colegiado presidido por el Alcalde e integrado por un número variable de síndicos y concejales. El conjunto de responsabilidades otorgadas a la corporación representa la combinación de los tres poderes tradicionales –ejecutivo, legislativo y judicial- en una única institución de derecho público de nivel municipal. La forma de elección del alcalde, concejales y síndicos está regulada por la *Ley Electoral y de partidos políticos*, en base a un sistema de mayoría relativa que asegura la representación proporcional de Concejales de la oposición en el gobierno municipal.

En teoría las municipalidades de Guatemala cuentan con autonomía política y financiera. Esto basado en el artículo 253 de la constitución, que establece entre otras funciones las siguientes: a) elegir a sus propias autoridades, b) obtener y disponer de sus recursos, y c) atender los servicios públicos locales, el ordenamiento territorial de su jurisdicción y el cumplimiento de sus fines propios.

En la práctica, la autonomía municipal está limitada por la misma Constitución, al establecer el artículo 239 que exclusivamente el Congreso de la República puede establecer impuestos ordinarios, arbitrios y otras contribuciones financieras. Esta contradicción afecta directamente la disponibilidad de recursos de los municipios, imposibilitados de elevar los arbitrios y fijar sus propios impuestos.

B. El gobierno municipal a escala comunitaria

La realidad de la organización comunitaria en la mayoría de las municipalidades del país es débil y fragmentada. El deterioro del capital social producido por el conflicto armado, agravado por la aplicación de políticas económicas promotoras del individualismo y la atomización social, también se manifiesta en la crisis de la gobernabilidad municipal.

Las posibilidades de éxito o fracaso de la administración municipal están estrechamente ligadas a la reproducción en el ámbito local del centralismo del sistema presidencial guatemalteco, exacerbado en la figura del alcalde. El tipo y grado de liderazgo carismático del alcalde es un factor fundamental en la definición de las características de la gobernabilidad municipal.

C. Determinantes de salud

A continuación se describen algunos determinantes que afectan al sector salud a nivel nacional, estos a su vez repercuten en cada municipio y finalmente a cada individuo. Estos determinantes deben ser tomados en cuenta al momento de promover políticas públicas cuando se menciona el tema de descentralización y/o considerar la participación municipal en el programa de Extensión de Cobertura del SIAS del Ministerio de Salud.

1. Determinantes políticos. En Guatemala cada período de Gobierno tiene una duración de 4 años, con elección de representantes del Poder Ejecutivo y Legislativo, así como alcaldes municipales. Guatemala se divide política y administrativamente en 22 departamentos y 333 municipios. Desde 1985 se estableció constitucionalmente como responsabilidad del Estado promover de forma sistemática la descentralización económica administrativa, para lograr un adecuado desarrollo regional del país, como lo enuncia la *Constitución Política de la República* en el Artículo 119 en su inciso b. La firma de los *Acuerdos de Paz* en el año 1996 constituyó un hecho histórico, marcando un rumbo nuevo sobre la consolidación del Estado de Guatemala, al poner fin a una guerra civil de más de tres años y establecer compromisos entre la sociedad y el gobierno guatemalteco que debían cumplirse en corto, mediano y largo plazo. Los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural han sido los instrumentos principales para hacer efectiva la Política de Descentralización con la participación de funcionarios del ejecutivo, las municipalidades y la sociedad civil. Desde 1994 se asigna a las municipalidades el 10% del presupuesto del Estado para los proyectos de desarrollo local. En el año 2004 el *Acuerdo Gubernativo* No. 346-2004, modifica el acuerdo de creación la Comisión Presidencial para la Reforma, Modernización y Fortalecimiento del Estado (COPRE).

El Gabinete Social es responsable de coordinar y apoyar las actividades de desarrollo social a nivel nacional y regional centroamericano. Reúne a los Ministerios de Salud, Educación, Comunicaciones y Obras Públicas, Agricultura, Ganadería y Alimentación, Cultura y Deportes, Trabajo, las Secretarías de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, Seguridad Alimentaria, SEGEPLAN Y FONAPAZ.

El Ministerio de Salud ha desconcentrado la función de ejecución presupuestaria hacia las Direcciones de Área de Salud, quienes elaboran el plan operativo anual que incluye la presupuestación de las actividades de salud de su jurisdicción, que son consolidados a nivel central por las unidades de planificación y presupuesto. En el año de 1996 se inició la reforma institucional organizacional y prestación de servicio que ha permitido el acceso a los programas básicos de salud de los grupos de población con mayor postergación.

Para el período 2004-2008 las prioridades de salud estaban plasmadas en los Lineamientos del Plan Nacional de Salud que incluye las siguientes políticas: a) Fortalecimiento del Papel Rector del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, b) Satisfacción de las necesidades de salud de la población guatemalteca mediante la entrega de servicios de salud con calidad, calidez, equidad, con enfoque intercultural y de género en los diferentes niveles de atención, c) Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de las competencias, responsabilidades, recursos y poder de decisión a las áreas de salud y hospitales, d) adquisición y provisión de insumos en forma oportuna para el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, e) Modernización del sistema de gestión administrativo-financiero y de planificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como elemento básico de apoyo a la presentación de servicios de salud, f) Fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud, g) Promoción de acciones de apoyo al saneamiento del medio que mejoren la calidad de vida de la población, y h) Protección a la población de los riesgos inherentes al consumo y exposición de alimentos, medicamentos y sustancia nocivas a la salud.

2. Determinantes económicos. En los últimos quince años el crecimiento económico ha sido en promedio del 2.45 anual, el mayor incremento se reportó en el año 2005 con un 3.2% en base al año anterior. La economía se basa principalmente en el comercio con un incremento de 0.13% entre 200 y 2005, agricultura, silvicultura, caza y pesca cuyo aporte se ha mantenido en promedio de 22.5 y 22.9% en los últimos 5 años. La industria manufacturera a pesar de haber decrecido se mantiene como tercer rubro de aporte económico, y la actividad de transporte, almacén y comunicaciones es el cuarto rubro de la economía nacional.

3. Determinantes sociales. En Guatemala más de la mitad de la población (56% ENCOVI 2000) vive en condiciones de pobreza y cerca del 16% por debajo de la línea de extrema pobreza; a excepción de la región metropolitana en todos los departamentos del país, 1 de cada 2 habitantes viven en condiciones de pobreza.

4. Determinantes medio ambientales. El Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales es el responsable de formular y ejecutar las políticas de conservación, protección y mejoramiento del ambiente y de los recursos naturales, con el fin de promover el derecho humano a un ambiente

saludable y ecológicamente equilibrado; debiendo prevenir la contaminación y disminuir el deterioro ambiental y la pérdida del patrimonio natural. Datos de ENCOVI 2000 reportan que el 69% de los hogares tienen acceso a agua entubada y el 47% a disposición adecuada de excretas. Con la vigencia del Tratado de Libre Comercio (TLC) se han centrado acciones y esfuerzo en el desarrollo de la capacidad en aspectos de inocuidad de alimentos para insertarse en el mercado internacional.

No existe un ente rector ni regulador de los servicios de agua potable y saneamiento, la prestación de los servicios de agua potable y saneamiento es descentralizada y compete a cada municipalidad regular el servicio conforme el Código Municipal. Se estima que menos del 40% del agua de consumo humano recibe desinfección en las áreas urbanas y menos del 15% en el área rural. Un 4% de las municipalidades aplican algún tratamiento a las aguas residuales, mientras que el resto es vertido en los cuerpos de agua, principalmente ríos. (EVAS 2000).

5. Oferta y demanda de servicios de salud. En el sub sector público, la atención de salud se lleva a cabo por la red de servicios del Ministerio de Salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, servicios de salud de los Ministerios de la Defensa y Gobernación y las Universidades de Guatemala. Cuenta con establecimientos asistenciales organizados con distintos grados de complejidad y capacidad de resolución. El Ministerio de Salud es la institución que cuenta con mayor número de establecimientos fijos de atención, en total 1304, distribuidas en todo el territorio nacional; seguido por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con 139 establecimientos.

El Ministerio de Salud como principal proveedor de servicios de salud a la población guatemalteca ha priorizado 20 programas de salud en los diferentes niveles de atención. En el año 1996 se inició el programa de extensión de cobertura del primer nivel de atención, incorporado aproximadamente el año 2005, un total de 3.3 millones de habitantes con servicios básicos de salud. Los servicios básicos considerados en el primer nivel están dirigidos a la población materno-infantil y atención de la niñez, atención a la demanda donde se incluye atención a la morbilidad; así como la atención de emergencias. La producción por el primer y segundo nivel institucional del Ministerio de Salud (Puestos y Centros de Salud) en el año 2005 alcanzó 6,023,871 primeras consultas, con un total de pacientes nuevos atendidos de 2,693,046 a nivel nacional.

Tabla 1: Acceso a los servicios de salud Guatemala 2006

Nivel de desagregación de la Información	Acceso
Período	
1990-1994 (1)	54%
1995-1999	Nd
2000-2005 (2)	89.70%
Zonas geográficas	
Urbana	14.40%
Rural	8.30%
Pertenencia étnica	
No indígena (3)	12.20%
Indígena (3)	8.70%
Nivel de atención	
Primer Nivel (extensión de cobertura)	23.7
Segundo nivel (servicios institucionales, públicos y privados)	65.9

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005; (1) OPS/OMS 1994; (2) MSPAS 2004, (3) ENCOVI 2002²⁵

a. Efectividad. La extensión de cobertura ha permitido la reducción de la población sin acceso a servicios de salud de 46% observado al inicio de la década de los 90, a 10% estimado en el año 2005. Permitiendo a través de este proceso la disminución de la mortalidad de la niñez por diarrea e infección respiratoria como resultado del acceso a servicio de atención primaria oportunamente²⁶

²⁵ *Perfil de los Sistemas de Salud*, Tercera Edición febrero 2007

²⁶ *Perfil de los Sistemas de Salud Guatemala*

VIII. El municipio de San Pedro Carchá, Alta Verapaz

La población de San Pedro Carchá, según el Censo Poblacional y de Habitación de 2002 es de 148,344 habitantes, de los cuales aproximadamente el 96.9 % corresponden al grupo étnico Maya q'eqchi' y el 3.1 % al no indígena. Por la situación geográfica del municipio, sus habitantes se dedican principalmente a la actividad agrícola y ganadera. Los habitantes de San Pedro Carchá, hablan el idioma español y el idioma q'eqchi', que es el predominante.²⁷

Tabla 2: El Índice de Desarrollo Humano según componente para el municipio²⁸

IDH		Índice de salud		Índice de educación		Índice de ingresos	
1994	2002	1994	2002	1994	2002	1994	2002
0.475	0.524	0.724	0.679	0.261	0.409	0.440	0.486

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala 2005 pág. 321 y 332

Para el año 2002 se reporta que un 88% de la población total vivía en condiciones de pobreza y un 42.8% en extrema pobreza;

La pobreza es un fenómeno generalizado en Guatemala, el cual tiene una relación muy estrecha con los niveles de ruralidad, educación y la tasa de crecimiento poblacional tal como se evidencia en el municipio de San Pedro Carchá.

Número de habitantes: 102,557 Censo 1994

Número de habitantes: 148,344 Censo 2002

Número de viviendas: 28,015 Censo 2002

San Pedro Carchá, está dividido en una ciudad que es a la vez la cabecera municipal, en la cual tienen su sede las principales instituciones y autoridades cuenta con 213 Aldeas, 219 Caseríos y 66 Fincas, que cuentan con sus respectivas Autoridades locales como: Alcalde Auxiliar, Promotor de salud, escuela, Promotor agrícola y diferentes comités que velan por el mejoramiento de cada una de sus comunidades. Específicamente la Cabecera Municipal se subdivide en unos 10 barrios y 05 Zonas, quienes a su vez cuentan con otras pequeñas organizaciones La Autoridad máxima del Municipio lo constituyen el Alcalde Municipal y su correspondiente Concejo.

²⁷ Características de la Población y de los locales de habitación censados, Censos Nacionales XI de población y VI de Habitación 2002

²⁸ Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala 2005 pág. 321 y 332

El municipio cuenta con una ciudad que es la cabecera, San Pedro Carchá, 48 aldeas y 219 caseríos. Dependen de la cabecera los caseríos Chajsaquil, Secuabón, Semox, Tzacanijá, Ulpán.²⁹ La distancia por la ruta nacional 5 al oeste es aproximadamente 8 km. a la cabecera departamental Cobán y de allí unos 216 km. a la ciudad de Guatemala.

Este municipio pertenece al departamento de Alta Verapaz, es considerado como una municipalidad de Ciudad. No puede indicarse su extensión debido que por acuerdo gubernativo del 25 septiembre 1972 publicado el 28 de ese mes en el diario oficial se fijó el límite parcial con los municipios de Cahabón y Chisec, con lo cual terminó el litigio que existía entre estos municipios.

Las valiosas fincas de café constituyen un renglón importante en la economía del municipio. Entre las principales industrias están tenerías, zapaterías, carpinterías, fábricas de hilados, alfarería, platería, etcétera. sobre todo la plata -aunque en años recientes con aleaciones-, es la que trabajan con más delicadeza, pues hacen lazos y encajes de filigrana, muy hermosos.

La producción agropecuaria: es maíz, frijol, caña de azúcar, café, chile, plátano, yuca. Su producción agrícola: café, maíz, cardamomo y su producción artesanal: Minas, tejidos típicos, instrumentos musicales y muebles de madera, petates y escobas de palma, productos de hierro y cobre, joyería de plata y oro, candelas, cuero, teja y ladrillo de barro, cohetería, talleres diversos de sastrería, carpintería y otros.

La fiesta titular se ha celebrado durante los últimos días de junio. El día principal es el 29, en que la iglesia conmemora al apóstol San Pedro.

La etimología es bastante discutida, ya que desde el período mitológico se ha denominado Carchah, luego Carchaj, Carchá y al ponerse bajo la advocación de su patrono, San Pedro Carchá. Algunos autores han querido escribir de manera erudita diciendo que significaba ceniza de pez o pez cenizo, pero la voz q'eqchi' chah o chaj significa también ocote, o sea la raja resinosa de pino. Por consiguiente, no se proporciona etimología alguna.

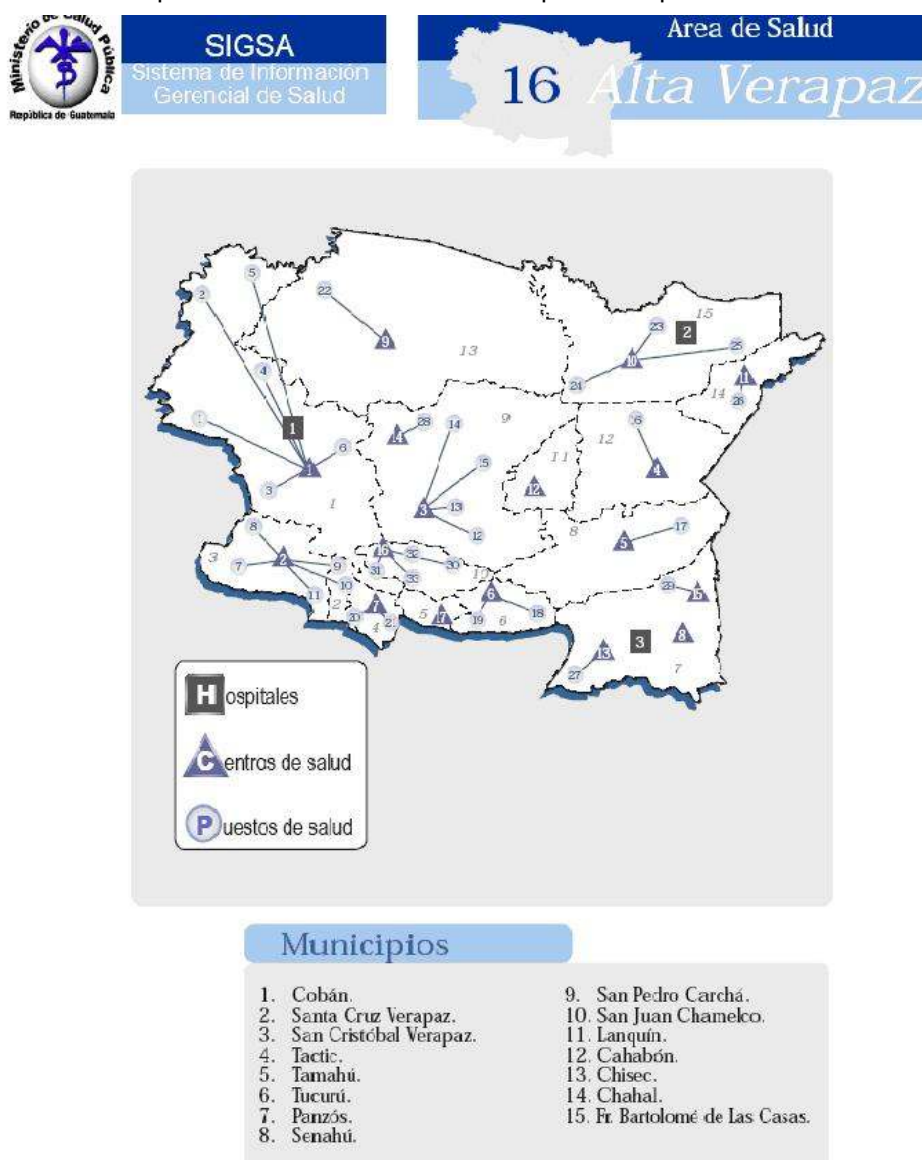
De las tradiciones mas importantes del municipio están las siguientes: danzas folklóricas: Moros, El Venado, y Diablos.

Según el Sistema de Información Gerencial de Salud –SIGSA- del año 2005, el Ministerio da cobertura con sus servicios por medio de 2 distritos municipales el primero por medio del

²⁹ Diccionario Geográfico IGN (Instituto Geográfico Nacional), Guatemala 1999

Centro de Salud tipo A y Maternidad anexa ubicado en el área urbana y un segundo distrito que incluye un Centro de Salud tipo B en la Finca Campur, además se encuentran los Puestos de Salud para las siguientes aldeas: Semesche, Caquigual, Chajulux, Chichaib, las Pimientas, Sacbinal, Seocob, Chacalte, Pocolá y el Puesto de Salud de la aldea Cojaj. Su perfil epidemiológico se caracteriza por las altas tasas de mortalidad materna e infantil. Según datos del año 1998 la tasa de mortalidad materna es el 246.67 por 100,000, y la tasa de mortalidad infantil es el 39.79 por mil nacidos vivos (según datos recabados de la jefatura de área de salud).

Mapa 1: Red de Servicios de salud para el departamento de Alta Verapaz



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, SIGSA 2005.

Mapa 2: Jurisdicciones del Programa de Extensión de Cobertura para el departamento de Alta Verapaz para el año 2007



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, SIGSA 2007.

A continuación en **las tablas 3 a 7** se describen las entidades que participan en el Programa de Extensión de Cobertura como Organizaciones no Gubernamentales ONG's en las que se describe la especialidad del servicio que han prestado por año según los registros disponibles en el Centro de Salud de San Pedro Carchá.

Tabla 3

INSTITUCIONES	AÑO	SERVICIO
FUNDAMENO	2003	Prestación de servicios básicos
TALITA KUMI		Prestación de servicios básicos
CARE		Prestación de servicios básicos
APVONO		Formación de Voluntarios en salud
SHARE		Ayuda nutricional de niños < de 5 años

Tabla 4

INSTITUCIONES	AÑO	SERVICIO
FUNDAMENO	2004	Prestación de servicios básicos
TALITA KUMI		Prestación de servicios básicos
CARE		Prestación de servicios básicos
APVONO		Formación de Voluntarios en salud

Tabla 5

INSTITUCIONES	AÑO	SERVICIO
FUNDAMENO	2005	Prestación de servicios básicos
TALITA KUMI		Prestación de servicios básicos
CARE		Ayuda nutricional de niños < de 5 años
APVONO		Formación de Voluntarios en salud

Tabla 6

INSTITUCIONES	AÑO	SERVICIO
FUNDAMENO	2006	Prestación de servicios básicos
TALITA KUMI		Prestación de servicios básicos
CARE		Ayuda Alimentaria nutricional a niños < de 5 años
APVONO		Formación de Voluntarios en salud
ABK-DEC		Prestación de servicios básicos
XNA IXIM		Prestación de servicios básicos
PLAN INTERNACIONAL		Formación de Voluntarios

Tabla 7

INSTITUCIONES	AÑO	SERVICIO
FUNDAMENO	2007	Prestación de servicios básicos
TALITA KUMI		Prestación de servicios básicos
CARE		Ayuda Alimentaria nutricional a niños < de 5 años
APVONO		Formación de Voluntarios en salud
ABK-DEC		Prestación de servicios básicos
XNA IXIM		Prestación de servicios básicos
PLAN INTERNACIONAL		Formación de Voluntarios
MERCY CORP		Formación de Voluntarios, Fortalecimiento a la Organización Comunitaria y conformación de comisión Comunitaria y Municipal de salud

Fuente: Centro de Salud de San Pedro Carchá, Alta Verapaz.

IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

Después de la revisión del tema objeto de estudio, resulta evidente que el sistema de salud nacional ha venido evolucionando continuamente y uno de los factores que ha contribuido consiste en los diferentes convenios mundiales en que los países acuerdan realizar cambios para el bien de la humanidad, esto se refleja a nivel nacional al modificar políticas, estrategias y operativizar las directrices los compromisos asumidos y como efecto de cascada afecta a nivel del gobierno local, que de una forma directa atiende al usuario final.

1. La Declaración de Alma Ata, un aporte universal, y la Atención Primaria en Salud es el impulso significativo para que el Ministerio de Salud para Guatemala reoriente sus Políticas Sectoriales, estrategias y acciones en general creando la modalidad del Sistema Integral de Atención en Salud.

La administración del gobierno de turno también ha contribuido en el sistema de salud mediante el fortalecimiento, la modificación o la eliminación de programas que estaban incluidos al gobierno anterior. Para el presente caso se inicia una nueva modalidad para Guatemala.

2. El Programa de Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud inicia la implementación de acuerdo a las Políticas de Salud del Gobierno para el período de 1996 – 2000, en varios municipios del país y San Pedro Carchá, Alta Verapaz es uno de los primeros a nivel nacional, en iniciar con el proceso.

Con la implementación de una nueva modalidad para Guatemala se puede evidenciar que:

3. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social inicia la metodología del Programa de Extensión de Cobertura con una vía directa desde el nivel central hasta la población de las diferentes comunidades rurales sin tomar en cuenta la participación del Gobierno Municipal.

4. La participación de las diferentes figuras en las comunidades se da en forma muy limitada a través del cumplimiento de un patrón normativo y reglamentario emitido de una forma unilateral de la Institución rectora de la Salud, excluyendo al Gobierno Municipal. Según los términos de referencia para proveer servicios básicos del Ministerio de Salud que se evidencia a través de las responsabilidades asignadas: **Facilitador Comunitario:** Participar en la oferta y entrega de los servicios básicos de salud a las familias de las comunidades a su cargo; (Consolidar los registros de los cuadernos de los vigilantes, avisar tanto a las familias como al Médico o enfermera y

5. Facilitador Institucional sobre las personas que deberán recibir control en cada visita, así como los nuevos recién nacidos y embarazadas), coordinar y monitorear el trabajo realizado por los vigilantes de salud; **Comadrona Tradicional o Partero**: asegurar la atención de partos no complicados limpios y seguros en el ámbito comunitario y reconocer las señales de peligro del embarazo, parto y posparto para su referencia oportuna al siguiente nivel de atención; **Vigilantes de Salud** Promover la oferta de servicios básicos de salud a las familias de las comunidades a su cargo, llevar al día los registros del cuaderno del vigilante y entregar la información mensualmente al Facilitador Comunitario³⁰.

6. Los Lineamientos Básicos y Políticas de salud de los períodos de Gobierno de 2000 – 2004 y 2004 – 2008, a pesar que se toca el tema de descentralizar los niveles de atención y fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de las competencias en el objetivo No. 4 y la Política No. 3 respectivamente, excluyen a los Gobiernos municipales en la planificación de la salud municipal.

7. Las Municipalidades cuentan con los recursos económicos derivado de los Aportes Constitucionales para la inversión, entre otros, en el sector salud, según lo enuncia el artículo 257 de la Constitución Política de la República de Guatemala y sus diferentes enmiendas aplicables a la fecha.

8. Los procesos de participación comunitaria han sido desarrollados, más que de toma de decisiones, más que proponer la salud comunitaria que necesitan, se circunscriben a cumplir lineamientos establecidos del nivel Central del Ministerio de Salud.

9. La participación social es un proceso mediante el cual la población asume progresivamente la responsabilidad de su propia salud, mediante la preparación de planes y políticas de desarrollo municipal en la que se pueda incluir el sector salud, en el que además se incluyan consensos, prioridades u otras latitudes de participación tales como la evaluación de los servicios de salud para considerar el incremento o mejorar los que actualmente se están prestando.

10. Según el instrumento utilizado para la encuesta, dirigido tanto a la Directora como al encargado del Programa de Extensión de Cobertura del Centro de Salud de San Pedro Carchá del departamento de Alta Verapaz hacia la Municipalidad han encontrado la limitante para coordinar con la ejecución del Programa de Extensión de cobertura que a pesar de estar

³⁰ *Unidad de Provisión de Servicios del Primer Nivel de Atención –UPSI-, Sistema Integral de Atención en Salud, SIAS, Anexo 2 Términos de Referencia para Proveer Servicios Básicos de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2006.*

presentes en las reuniones y en los salones municipales, los concejales asignados no participan activamente.

11. El aporte que ha recibido el Centro de Salud de parte de la municipalidad se da durante las jornadas de vacunación con la provisión de vehículos y su respectivo combustible para el desplazamiento del personal operativo.

12. Asimismo el personal del Centro de Salud manifestó respecto a las solicitudes presentadas por los COCODES Y COMUDES no coinciden con las Políticas del Ministerio de salud.

13. Las Prestadoras de Salud que se encuentran en el municipio de San Pedro Carchá no han encontrado en la Municipalidad la participación activa en las salas situacionales, institucionales o asambleas comunitarias.

14. Los aportes de la Municipalidad de San Pedro Carchá, del departamento de Alta Verapaz ha consistido en las modalidades Administrativas: Ninguna; en la Modalidad Técnica: La participación de las diferentes figuras en las comunidades se da en forma muy limitada a través del cumplimiento de un patrón normativo y reglamentario; en la Modalidad económica con el siguiente aporte: Ninguna.

15. La municipalidad percibe el componente de salud como un aporte que contribuye al desarrollo del individuo, de la familia y de la comunidad.

16. Existen los compromisos internacionales relacionados a la inclusión de la participación desde el nivel local, se encuentra el marco legal, las municipalidades cuentan con los recursos económicos para el aporte al sector salud.

B. Recomendaciones

Orientadas al fortalecimiento inter institucional:

1. Que la municipalidad sea un ente facilitador que pueda canalizar y gestionar procesos de respuestas a las necesidades de salud de las comunidades, para que a su vez se presenten a nivel departamental y posteriormente a nivel del Gobierno Central siendo de esta forma que se pueda atender a problemas legítimos presentados por las organizaciones locales. Ver esquema No. 5.

2. Dar cumplimiento al mandato Constitucional y de las Leyes que coadyuvan al cumplimiento de la Política de Descentralización según lo establecen los diferentes instrumentos legales mencionados para el caso, en los que figuran: *La Constitución Política de la República, la Ley General de Descentralización, Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, el Código Municipal* por medio de las diferentes instituciones involucradas refiriéndose al Ministerio de Salud en sus diferentes niveles desde el nivel central hasta el nivel local, La Municipalidad y su oficina de planificación, la Asociación Nacional de Municipalidades –ANAM-, las diferentes Organizaciones No Gubernamentales que contribuyen ya sea como Prestadoras de Servicios de Salud o como Administradoras y cualquiera otra entidad que participe en el desarrollo social del municipio.

3. Crear en el Ministerio de Salud Pública la figura administrativa que se encargue de velar porque se pueda desarrollar la descentralización, en todas sus formas, de la entidad Rectora de la Salud al Gobierno Municipal, bajo las condiciones de diálogo, estudios técnicos, la preparación de propuestas legislativas que contribuyan con las existentes actualmente.

4. Fortalecer tanto la Asociación Nacional de Municipios –ANAM-, como la Asociación Guatemalteca de Autoridades y Alcaldes Indígenas –AGAAI- para que se involucren activamente en la búsqueda de consensos en torno a los principales instrumentos legislativos y la definición de agendas técnicas que permitan la participación en las Políticas de desarrollo para cada municipio.

5. Promover el marco legal vigente el cual es positivo para impulsar el proceso de descentralización del cual la municipalidad debe ser la principal generadora para hacerla efectiva, siendo esta la responsable de velar por el desarrollo como lo establece el artículo 67 del Código Municipal Decreto numero 12-2002 “Puede promover toda clase de actividades.... a mejorar la calidad de vida, a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la población del municipio.

6. Capacitar y fortalecer al personal del Ministerio de Salud y al de las municipalidades, en base al marco legal existente mencionado en el presente estudio u otros existentes y que puedan coadyuvar al proceso de participación local.

7. Fomentar al máximo la auto responsabilidad del individuo y la participación de la comunidad en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria en salud y de esta forma considerar que el tema salud no solo tiene un componente institucional sino de una participación comunitaria y una participación personal a través de la auto gestión.

Para investigaciones más profundas en materia de participación municipal:

8. Definir las actividades, resultados y otros términos esperados de la participación entre el Ministerio de Salud y la Municipalidad, de esta forma permitiría definir: a) las responsabilidades de cada entidad; b) la modalidad de monitoreo y evaluación para su respectivo seguimiento; c) el presupuesto.

9. Concretar el porcentaje del Aporte Constitucional orientado a ejecutar en el sector salud, debido a que actualmente en la *Constitución Política de la República* del país está indefinido el porcentaje a invertir y esta discreción ha permitido a las municipalidades la inconsistencia en los aportes al componente del tema de salud.

10. Fomentar el uso de los instrumentos legales para promover el proceso de participación local en los temas de Planes, Políticas, Prioridades de la salud municipal.

11. La implementación de la propuesta anterior orientará progresivamente a reestructurar y modernizar las Instituciones de salud y municipal en forma simultánea al proceso, tanto en su recurso humano, como el financiero, el administrativo entre otros.

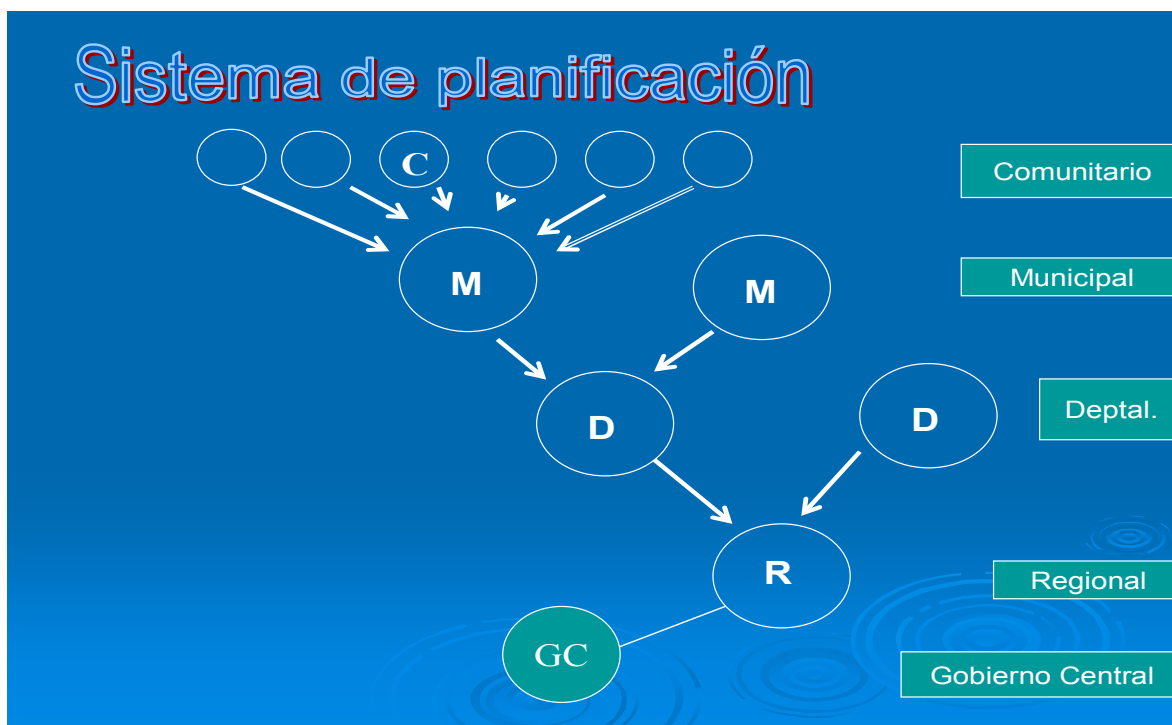
12. Capacitar a los miembros de la Oficina de Planificación Municipal en temas relacionados a la descentralización y formas de participación social activa.

Otros temas a investigar

13. Durante el presente estudio surgieron otros temas a considerar que por motivos de alcance a la investigación se excluyeron, siendo los siguientes:

- El tiempo invertido por el Medico Ambulatorio/Enfermera Ambulatoria en la atención a cada uno de los pacientes, la frecuencia con que visita la misma comunidad. Estimando que una sola persona con esta responsabilidad es insuficiente para una jurisdicción, sugerir incrementarlos a 2 ó 3 dependiendo de las condiciones topográficas y otros factores que incidan.
- Las consecuencias del retraso del pago del Ministerio de Salud a las Prestadoras de Servicios de Salud para cumplir con los compromisos establecidos en los convenios respectivos.
- La imagen creada de la Prestadora de Servicios de Salud ante la población atendida creyendo esta última que los recursos pertenecen a dicha entidad y no al Ministerio de Salud.

Esquema 6 Ruta de la municipalidad para que pueda canalizar y gestionar procesos de respuesta a las necesidades de salud desde las comunidades.



Se quiere aclarar que no es una municipalización de la salud, Por que no: experiencias en otros países reflejan que las municipalidades como tal orientan los fondos a otros proyectos ajenos al sector salud, y que son de interés político, la asignación de personal se da por clientela electorero, los insumos y el equipo médico no se encuentra localmente y por tanto la economía a escala contraviene en el presupuesto asignado.

La municipalidad de San Pedro Carchá tiene mas de 10 años de contar con el Programa de Extensión de Cobertura en salud, en la que tradicionalmente han participado directamente: El Ministerio de Salud, como rectora y financista, las ONG's como prestadoras de salud y las comunidades rurales quienes vienen siendo los beneficiarios finales, mientras que la figura del gobierno local representada por la Municipalidad por sí sola ha jugado un papel aunque presente pero pasivo en el proceso de la salud local y por otro lado pasa inadvertida por el papel rector Ministerio de Salud.

Puesto que los administradores locales tienen mejor conocimiento de las necesidades, los puntos que se esperaría por parte de la municipalidad sería:

Plan de desarrollo municipal y dentro de este tema incluir al sector salud participando activamente en los siguientes temas:

- Planes
- Políticas
- Consensos
- Prioridades

X. BIBLIOGRAFÍA

- Amaro, Nelson. 1994. *Descentralización, gobierno local y participación, América Latina y Honduras*. Tegucigalpa, Editorial Guaymuras. 185 págs.
- _____; 2000. *La descentralización: un nuevo enfoque para fortalecer la democracia en la región*. Ponencia como conferencia inaugural en el curso sobre “Descentralización y Gobiernos locales con Énfasis en Participación ciudadana en Managua Nicaragua”, Managua. 31 págs.
- Chávez, Daniel. 2001. *¿Democracia participativa en Guatemala? La descentralización y la participación comunitaria en los gobiernos municipales*. Guatemala, Talleres gráficos de comunicación integrada. 383 págs.
- Fichas metodológicas para la planificación estratégica*. 2001 Movimondo San Miguel Usphantán, Quiché. Guatemala. 44 págs.
- Finot, Ivan. 1997. *Participación y eficiencia: Hacia una reconceptualización de la descentralización*. Santiago, Chile. Comisión Económica para América Latina y El Caribe.
- Foro Internacional La Reforma del Sector Salud*, 1999 Proyecto Apoyo a la Reforma del Sector Salud APRESAL, Guatemala, Imaginación, 287 páginas.
- Gómez, Juan; Geffner, Maximiliano. 2006. *Guatemala: fortalecimiento de las finanzas municipales para el combate a la pobreza*. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y El Caribe. 83 págs.
- _____; 1985. *Constitución Política de la República de Guatemala, Promulgada el 31 de mayo de 1985*.
- _____; 1988. *Código Municipal, Decreto No. 58-88 emitido en 1988*
- _____; 1997. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Sistema integral de atención en salud –SIAS-*. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- _____; 1999. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta nacional de salud materno infantil, años 1998 y 1999*. Guatemala, Instituto Nacional de Estadística.

- ____; 1999. Sistema Integral de Atención en Salud, SIAS. *Avances y perspectivas Extensión de Cobertura con servicios básicos de salud I Nivel de Atención en Salud*. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 38 págs.
- ____; 2000. Secretaría de desconcentración, descentralización y modernización, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Programa de ambiente saludable*. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 20 págs.
- ____; 2001. Secretaría de desconcentración, descentralización y modernización, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Desconcentración, descentralización y modernización*. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 88 págs.
- ____; 2001. Oficina del Comisionado Presidencial para la Modernización y Descentralización del Estado. *Los nuevos senderos de la descentralización*. 1ª ed. Guatemala, Litografía Llerena. 256 págs.
- ____; 2001. Oficina del Comisionado Presidencial para la Modernización y Descentralización del Estado. *Metas y desafíos de la descentralización en Guatemala (2000 – 2004)*. 2ª ed. Guatemala, Ediciones Santillana. 42 págs.
- ____; 2002. Comisión Presidencial para la Reforma del Estado, la Descentralización y la Participación ciudadana. *Recopilación de Leyes, Decreto No. 14- 2002 Ley General de Descentralización, Decreto No. 11 – 2002, Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, Decreto No. 12 – 2002 Código Municipal*. 2002. Guatemala. 105 págs.
- ____; 2003. Censos Nacionales Integrados. *Características de la Población y de los locales de habitación censados, Censos Nacionales XI de población y VI de Habitación 2002*. Guatemala, Instituto Nacional de Estadística. 271 Págs.
- ____; 2005. *Avances: Extensión de Cobertura, Primer Nivel de Atención en Salud- 2005* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 11 págs.
- Informe Nacional de Desarrollo Humano Guatemala*. 2005. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Editorial Sur, Edisur. Guatemala. 423 págs.
- Informe sobre la Salud en el Mundo 2003: forjemos el futuro*. 2003. Organización Mundial de la salud. Ginebra, OMS, Pág.120.

Jaramillo, Iván. 2000. *Macrotendencias en el proceso de reforma sectorial de salud en Latinoamérica*, República Dominicana, Este documento es una adaptación de un documento originalmente preparada dentro de un proyecto más amplio de investigación de la OPS-CLAD. 53 págs.

Puente, Jesús; L. Luis. 2001. *Descentralización, sociedad civil y gobernabilidad democrática en América Latina*, Foro: "Las reformas al marco jurídico de la descentralización en Guatemala" presentado en auditorio de Asociación de Investigación y Estudios Sociales, julio 26 2001, Guatemala. 40 Págs.

Recopilación cronológica acuerdos de paz firmados en la negociación. 1997. Fundación casa de la reconciliación, Centro de documentación Fundación casa de la reconciliación. Guatemala. 383 págs.

Documentos electrónicos

1. Online <http://www.argentina.gov.ar/argentina/portal/paginas.dhtml?pagina=113>
Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, Argentina. 2007.
2. Online http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
Atención Primaria de Salud a 25 Años de la Declaración de Alma-Ata
Organización Panamericana de la Salud. 2003
3. Online <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/goals.html> *Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU. Washington, D. C. Estados Unidos de América.*
4. Online www.lachealthsys.org. *Perfil de los Sistemas de Salud Guatemala, Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio y reforma.* 2007. Organización Panamericana de la Salud. Tercera Edición, Washington, D. C. 53 págs.
5. Online <http://www.ops.org.gt/APS/APS.htm> *Promoviendo la Salud en las Américas,* OPS/OMS Representación en Guatemala. 2003.

XI. ANEXOS

ANEXO No. 1

CUESTIONARIO PARA AUTORIDADES MUNICIPALES

Tema de Tesis

Participación municipal en el programa de Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS-, durante los años 1997-2007
Universidad Del Valle de Guatemala

Cuestionario respondido por:

Alcalde Municipal: _____

Concejal _____ o Coordinador de los programas de salud: _____

Personal de la Oficina Municipal: Técnico de Saneamiento de Agua y Salud municipal

Instrucciones: Favor de responder en los espacios en blanco a cada una de las preguntas de este cuestionario, con lapicero, de acuerdo a su criterio.

1. ¿En qué consiste el Programa de Extensión de Cobertura de salud?

(se abstiene de responder a esta pregunta)

2. ¿En qué actividades participa la municipalidad apoyando este programa?

Técnico: Capacitación en el área rural en cuanto el manejo y uso de letrinas, Monitoreo de viviendas al uso de cloro.

Económico: (se abstiene de responder esta pregunta)

Administrativa: (se abstiene de responder a esta pregunta)

Otros: La municipalidad, plan internacional, agua del pueblo, Distrito de Salud con charlas a comadronas y preparamos cloro realizamos análisis bacteriológico

3. ¿Qué limitantes ha encontrado para el desarrollo de los planes de de salud?

Al principio fue un costoso porque las personas que viven en el área rural no están de acuerdo, pero hoy en adelante están aprendiendo

4. ¿En qué otras actividades desearía participar para apoyar este programa?

- Capacitación a madres de familia
- Capacitar a los jóvenes
- Charlas con los niños en la escuela sobre saneamiento ambiental

5. ¿Puede mencionar el nombre de las Prestadoras de servicios de Salud del municipio?

(se abstiene de responder a esta pregunta)

6. ¿Qué otras actividades deberían realizar las Prestadoras de servicios de Salud del municipio?

- Capacitar a las mujeres jóvenes
- Orientar a los jóvenes para que se cuiden ellos mismos

7. ¿Cuánto es el monto total que utiliza la municipalidad para el Programa de extensión de Cobertura de salud para el municipio?

El tiempo que utiliza la municipalidad es para monitorear y concientizar a la gente para que cuiden el nacimiento de agua, porque ellos mismos lo consumen

8. ¿Existirán artículos en la Constitución de la República que apoyen a la municipalidad para que realice actividades de salud?

No

Sí _____ ¿Cuáles?

(se abstiene de responder esta pregunta)

9. ¿Existirán artículos en los Acuerdos de Paz que apoyen a la municipalidad para que realice actividades de salud?

No

Sí _____ ¿Cuáles?

(se abstiene de responder a esta pregunta)

10. ¿Qué propuestas concretas ha hecho la Municipalidad a la Dirección del Centro de Salud?

El distrito de salud y Plan Internacional, Asociación Agua del Pueblo y la Municipalidad, juntos estamos buscando una solución

11. ¿Qué respuesta ha obtenido de las propuestas:?

Mercy Corps apoyo a las personas en cuanto la organización de COMUSA y ellos solicitan un hospital materno infantil, que actualmente está en construcción el Distrito de Salud Carchá

12. Describir la coordinación de los planes de Salud con los COCODES y COMUDES

Organizar Comité de Salud

Comisión de Salud

Comisión Municipal de Salud COMUSA

13. Mencione las propuestas presentadas por los COCODES Y COMUDES para el programa de Extensión de cobertura de salud.

Capacitación de Comité de Salud

Capacitación de Comisión de Salud

Capacitación de Comadronas apoyados con las ONG's Xna Ixim, ABK-DEC, FUNDAMENO y otros.

14. Mencione otras propuestas de participación ciudadana con propuestas de solución a los problemas municipales, si los hubieren.

- Saneamiento Ambiental

- Materno Infantil

15. ¿Cuáles son sus planes futuros con respecto a la salud para las comunidades rurales del municipio? Adjuntar copia si hubiere (se abstiene de responder a esta pregunta)

ANEXO No. 2

CUESTIONARIO PARA EL DISTRITO MUNICIPAL DE SALUD

Tema de Tesis

Participación municipal en el programa de Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS-, durante los años 1997-2007
Universidad Del Valle de Guatemala

Cuestionario respondido por:
Directora del Centro de Salud

1. ¿En qué actividades participa la Municipalidad para el Programa de Extensión de Cobertura de Salud?

Técnico: (se abstiene de responder a esta pregunta)

Económico: (se abstiene de responder a esta pregunta)

Administrativa: (se abstiene de responder a esta pregunta)

Otros: _____

2. ¿En qué actividades quisieran que participara la municipalidad para apoyar el Programa de Extensión de Cobertura de Salud?

Mejoramiento de Centros de Convergencia.

Contratación de Piloto para trasladar emergencias

Obstétricas de las comunidades al Centro de Salud, (se cuenta con vehículo.

3. ¿Con qué frecuencia coordinan las actividades con las Prestadoras de Servicios de Salud y la Municipalidad?

Bimestral sin respuesta.

4. ¿Qué lineamientos existen por parte de la Municipalidad para el Programa de Extensión de Cobertura.?

(se abstiene de responder a esta pregunta)

5. ¿Qué propuestas concretas ha hecho la Municipalidad a este Distrito Municipal de Salud?
(se abstiene de responder a esta pregunta)
-
-
-
6. ¿Qué respuesta han obtenido de las propuestas?
(se abstiene de responder a esta pregunta)
-
-
-
7. Describir la coordinación de los planes de Salud con los COCODES y COMUDES
(se abstiene de responder a esta pregunta)
-
-
-
8. Mencione las propuestas presentadas por los COCODES Y COMUDES para el programa de Extensión de cobertura de salud
Que las visitas sean dos veces al mes
-
-
-
9. ¿Qué resultados han obtenido de las propuestas de los COCODES Y COMUDES?
No cumple con las Políticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
-
-
-
10. Mencione otras propuestas de participación ciudadana con propuestas de solución a los problemas municipales, si los hubieren
- Contratación de personal auxiliar para atender Centros de Convergencia de Comunidades postergadas.
 - Compra de ambulancia para traslado de pacientes.
 - Mejoramiento Centros de Convergencia.

ANEXO No. 3
CUESTIONARIO PARA PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Tema de Tesis

Participación municipal en el programa de Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS-, durante los años 1997-2007
Universidad Del Valle de Guatemala

Cuestionario respondido por:

FUNDAMENO

1. ¿En qué actividades participa la Municipalidad para el Programa de Extensión de Cobertura de Salud?

Técnico: (se abstiene de responder a esta pregunta)

Económico: (se abstiene de responder a esta pregunta)

Administrativa: (se abstiene de responder a esta pregunta)

Otros: NINGUNA

2. ¿En qué actividades quisieran que participara la municipalidad para apoyar el Programa de Extensión de Cobertura de Salud?

Salas situacionales, institucionales y comunitarias.

Asambleas comunitarias

3. ¿Con qué frecuencia coordinan las actividades las Prestadoras de Servicios de Salud y la Municipalidad?

Mensual y trimestral

Monitoreo de campo mensual

4. ¿Qué lineamientos existen por parte de la Municipalidad para el Programa de Extensión de Cobertura?

Ninguno

5. ¿Qué propuestas concretas ha hecho la Municipalidad a esta Prestadora de Servicios de Salud?
Ninguna
6. ¿Qué respuesta han obtenido de las propuestas?
(se abstiene de responder a esta pregunta)
7. Describir la coordinación de los planes de Salud con los COCODES y COMUDES
Política Pública a favor de la niñez
Planes de emergencia comunitario
Reuniones planificadas
8. Mencione las propuestas presentadas por los COCODES Y COMUDES para el programa de Extensión de cobertura de salud
Ninguna
9. ¿Qué resultados han obtenido de las propuestas de los COCODES Y COMUDES?
Ninguna
10. Mencione otras propuestas de participación ciudadana con propuestas de solución a los problemas municipales, si los hubieren
Derechos Humanos, manejados por Plan Internacional
Agua y Saneamiento