

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE
GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Maestría en Desarrollo

Obstáculos y alternativas para la descentralización del sector salud
en el municipio de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango,
desde un enfoque socio político y organizacional

Guatemala
2002



Obstáculos y alternativas para la descentralización del sector salud
en el municipio de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango,
desde un enfoque socio político y organizacional

UNIVERSIDAD DEL VALLE
DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales



Maestría en Desarrollo

Obstáculos y alternativas para la descentralización del sector salud
en el municipio de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango,
desde un enfoque socio político y organizacional

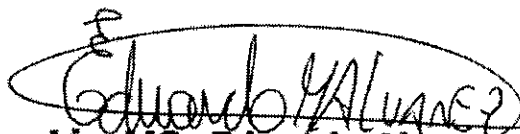
Lidia Cristina Morales López

Trabajo de Investigación presentado para optar
al grado académico de Maestría en Desarrollo

“La autora es la única responsable de las ideas y contenidos de este documento”. Punto octavo
del acta 54-2001, Sesión Consejo Directivo UVG.

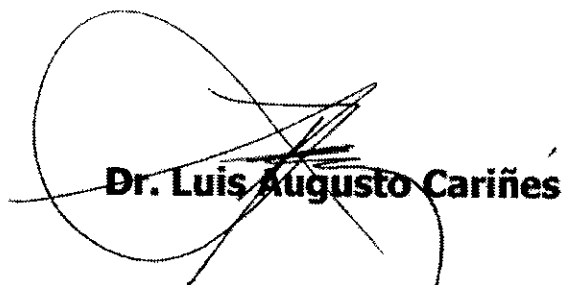
Guatemala
2002

Vo. Bo.

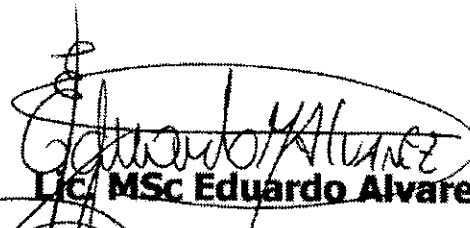


Lic. MSc Eduardo Alvarez Massis
Asesor

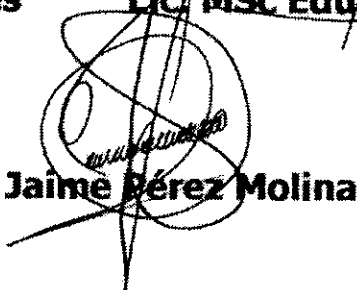
TRIBUNAL EXAMINADOR



Dr. Luis Augusto Cariñes



Lic. MSc Eduardo Alvarez Massis



Dr. Jaime Pérez Molina

DECANO



Dr. Carlos Cazali

Guatemala, junio del 2002.

PREFACIO

La realización de esta investigación nace de mi interés profesional y compromiso con la misión de la coalición en la que trabajo: la Instancia Nacional de Salud –INS-, que concluyó en el año 2,001 la propuesta *Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente*, para incidir en la transformación del sistema de salud a partir del nivel local, por lo que el tema de descentralización resulta de suma importancia. De ahí que se haya seleccionado el municipio de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, por ser uno de los lugares en los que, a partir del próximo año, se implementará una experiencia piloto de dicha propuesta.

En este trabajo se presenta un análisis general sobre las políticas y programas de descentralización del sector salud, impulsados actualmente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-, así como la situación del proceso de descentralización del sector salud en el municipio antes mencionado.

La limitación principal fue no haber podido profundizar en el análisis de la participación, como requisito indispensable para la descentralización. Si bien al inicio se planteó la posibilidad de hacer mapeo de poder, no fue posible entrevistar más actores sociales municipales ni utilizar dicha herramienta. Otra limitante que conviene destacar fue la falta de acceso a estudios y documentos previos con relación a las diferentes unidades de análisis.

Quisiera agradecer a las diferentes personas e instituciones que amablemente colaboraron con información documental o cedieron su tiempo para la realización de entrevistas, tanto a nivel de las diferentes dependencias públicas (Dirección de Área de Quetzaltenango, Distrito de Salud y Municipalidad de San Juan Ostuncalco), como de organizaciones sociales y no gubernamentales.

Un agradecimiento especial a mis compañeras/os de trabajo de la INS, así como a mis amigas/os cercanos por su apoyo y comprensión durante el período de elaboración de este trabajo.

CONTENIDO

PREFACIO	iv
LISTA DE CUADROS	v
RESUMEN	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
A. Introducción	1
B. Justificación	3
II. MARCOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
A. Marco teórico	6
1. Salud y desarrollo	6
2. Aspectos conceptuales y debate actual sobre la descentralización	7
a. Descentralización, municipalidades y participación social	10
1) Papel de las municipalidades en la descentralización sectorial	10
2) Descentralización y participación social	11
3. Aspectos específicos de descentralización en salud	12
a. Aspectos generales	12
1) Enfoques sobre descentralización del sector salud	12
2) Justificaciones para la descentralización de los servicios de salud	14
3) Formas de descentralización de los servicios de salud	15
4) Financiamiento de sistemas de salud descentralizados	16
5) Desigualdad, equidad y descentralización	17
6) Descentralización de la salud y participación social	18
4. Consideraciones sobre la descentralización del sector salud	18
a. Apreciación personal	18

b. Modelo construido para guiar las observaciones	19
1) Modelo de análisis de 3 niveles	22
2) Modelo de análisis a nivel nacional	23
3) Operacionalización de variables	24
4) Diagrama de influencia entre variables	25
5) Análisis del espacio de decisión	26
6) Tipología de obstáculos a la descentralización	27
B. Marco de referencia	28
1. Tendencias de descentralización del sector salud	28
a. Los procesos de reforma del sector salud y el paradigma dominante	28
b. Principales experiencias de descentralización del sector salud en América Latina	28
2. La descentralización del sector salud en Guatemala	30
a. Contextualización y breve caracterización del sistema de salud	30
b. El proceso de reforma del sector salud en Guatemala	32
c. Marco jurídico de la descentralización en Guatemala	36
1) Marco jurídico general	33
2) Marco jurídico de la descentralización del sector salud	38
3) Consideraciones sobre el marco jurídico de la descentralización	42
3. Políticas y programas para la descentralización del sector salud en Guatemala	43
a. El Sistema Integral de Atención en Salud	44
b. Municipios Saludables	45
c. Las Asociaciones Pro-Salud Municipal –APROSAM-	49
III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	50
A. Resultados	50
1. El Programa de extensión de cobertura del SIAS	50
a. Espacio y margen de decisión	50
b. Caracterización del programa y contraposición con la imagen objetivo	51

c. Consideraciones adicionales	52
2. El Programa de Asociaciones Pro-Salud Municipal (APROSAM)	52
a. Espacio y margen de decisión	52
b. Caracterización del programa y contraposición con la imagen objetivo	52
c. Consideraciones adicionales	53
3. El Programa de Municipios Saludables	54
a. Espacio y margen de decisión	54
b. Caracterización del Programa y contraposición con la imagen objetivo	54
c. Consideraciones adicionales	55
B. La descentralización del sector salud en San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango	56
1. Situación de los programas de descentralización del sector salud en el municipio.	56
2. Principales obstáculos para la descentralización del sector salud en el municipio.	58
a. Obstáculos a nivel del Distrito de Salud	58
b. Obstáculos a nivel de la Corporación Municipal.	60
c. Espacio de decisión de las instituciones municipales	61
3. Percepciones, intereses y oportunidades de los grupos organizados del municipio para la participación en la descentralización del sector salud	63
C. Discusión	66
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
A. Conclusiones	68
B. Recomendaciones	70
V. BIBLIOGRAFIA	71
VI. APENDICES	75

LISTA DE CUADROS

Cuadro	Página
1. Principales justificaciones para la descentralización de los servicios en salud.....	15
2. Modelos y características.....	17
3. Modelo de participación en salud.....	21
4. Acciones Implementadas por la Reforma en los tres niveles de atención en salud.....	44
5. Principales elementos del Programa de Extensión de Cobertura del SIAS.....	46
6. Espacio y margen de decisión de los programas de descentralización del sector salud.....	56
7. Razones de la no implementación del programa de extensión de cobertura SIAS, Municipio Saludable y APROSAMS en San Juan Ostuncalco.....	57
8. Espacio y margen de decisión de las instituciones municipales.....	62
9. Identificación de problemas en el ciclo administrativo.....	63

RESUMEN

El presente es un trabajo de carácter exploratorio cuyo objeto de estudio fue la descentralización del sector salud en el municipio de San Juan Ostuncalco, el problema queda definido de la siguiente manera: *Obstáculos para la descentralización del sector salud con participación social en el Municipio de San Juan Ostuncalco durante febrero y marzo del 2,002 y recomendaciones para el Distrito de Salud, la Corporación Municipal y la comunidad organizada desde una perspectiva sociopolítica y organizacional.*

Los objetivos específicos fueron: 1) analizar el espacio y margen de decisión que las políticas, programas y estrategias de descentralización permiten a las entidades “descentralizadas”; 2) conocer la situación específica de la descentralización del sector salud en el municipio seleccionado; 3) determinar los principales obstáculos administrativos y políticos para el proceso; 4) elaborar algunas recomendaciones generales que puedan ser de utilidad para tomadoras/es de decisiones.

Se realizó un análisis del *espacio y margen de decisión* de las políticas públicas específicamente relacionadas con la materia, así como la identificación de los principales obstáculos y alternativas para los actores del proceso de descentralización del sector salud en el nivel municipal; construyéndose una *Imagen Objetivo de Descentralización del Sector Salud* como parte central del modelo de análisis. A continuación se sintetizan los principales resultados.

Las políticas y programas de salud vigentes no se han traducido en procesos reales de descentralización en el sector correspondiente ni en el municipio estudiado. Las modalidades impulsadas tienen correspondencia con el enfoque dominante promovido por los organismos financieros internacionales, en una lógica de reducción de costos.

El espacio de decisión del nivel central del MSPAS con respecto al Área y al Distrito de Salud reflejó que aún predomina un alto nivel de centralismo. Los principales obstáculos documentados para la descentralización del sector salud hacia el municipio son: el centralismo de la gestión gubernamental (principalmente en cuanto a la concentración de las decisiones sobre planificación y recursos), los cuales se reproducen en la Dirección del Área de Salud. Se le sigue asignando al Distrito tan sólo un nivel operativo (de ejecución) de acciones definidas en el nivel central.

Los 3 programas analizados (SIAS, APROSAMS y Municipio Saludable) constituyen modalidades distantes de la *Imagen Objetivo*, ya que no reúnen las condiciones para la descentralización del sector salud: transferencia de poder de decisión y recursos, autonomía en la toma de decisiones, ámbito territorial definido y participación social en los procesos del ciclo administrativo. El espacio de decisión de las entidades que participan en dichos programas está prácticamente reducido a aspectos como la contratación de personal.

Las políticas y programas de descentralización del sector salud no se han concretado en el municipio estudiado. Si bien en la hipótesis se planteó que ello se debía -entre otros factores- a la falta de oferta de ONGs que estuvieran interesadas en suscribir convenios por tratarse de un municipio con un contexto político, económico y geográfico adverso, durante el estudio no se obtuvo información consistente.

Los principales obstáculos para la descentralización a nivel de las instituciones municipales (Distrito de Salud y Corporación Municipal) son el escaso desarrollo de éstas como organizaciones, lo cual se evidenció en la tipología de problemas identificados de acuerdo a las fases del ciclo administrativo, así como otros elementos del contexto tales como: la confrontación entre grupos sociales, desconfianza entre instituciones y falta de mecanismos de articulación de las entidades públicas y de gobierno.

Al no haber un proceso real de descentralización, la participación social fue reducida en el municipio estudiado. El único espacio identificado con respecto a la *Imagen Objetivo*, fue la consulta para la formulación del plan estratégico y operativo realizado por la Corporación Municipal, aunque desde la perspectiva de la Asociación de Desarrollo Multisectorial de Proyección Comunitaria -ADMUPCO- ésta fue insuficiente. El principal interés del grupo de base consultado en cuanto a la participación, está dirigido a la fiscalización de recursos públicos y acciones de la Corporación Municipal, institución a la cual se le identifica como responsable de velar por el funcionamiento de los programas de salud.

Las recomendaciones más importantes que se desprenden de este estudio son: revisar los programas de descentralización del sector salud vigentes y establecer espacios de consulta y participación de cara a una agenda futura. También es necesario fortalecer a las instituciones municipales (Distrito de Salud y Corporación Municipal) mediante diagnósticos organizacionales y la ejecución de planes de reingeniería con la finalidad de sentar las bases para un posterior proceso de descentralización.

Algunos elementos sugeridos para el desarrollo de un proceso real de descentralización son:

1. Revisar, replantear y mejorar los mecanismos de supervisión y control de los niveles centrales del MSPAS sobre los niveles desconcentrados y “descentralizados”.
2. Desarrollar un proceso de fortalecimiento del Distrito de Salud de cara a su transformación en un nivel administrativo desconcentrado con poder de decisión en cuanto a planificación, presupuesto y priorización de acciones locales.
3. Llevar a cabo procesos reales de planificación estratégica en el municipio, en base a recursos y con mecanismos de articulación definidos para los actores del proceso en las diferentes fases del ciclo administrativo.

INTRODUCCION

A. Introducción

Este estudio fue realizado con la finalidad de aportar información que pueda contribuir a promover el desarrollo de un efectivo proceso de descentralización del sector salud con participación social en el municipio de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango; a través del análisis de las políticas públicas específicamente relacionadas con la materia, así como de la identificación de los principales obstáculos y alternativas para los actores del proceso en el nivel municipal.

Los objetivos específicos fueron: 1) analizar el espacio y margen de decisión que las políticas, programas y estrategias de descentralización permiten a las entidades “descentralizadas”¹; 2) conocer la situación específica de la descentralización del sector salud en el municipio seleccionado, 3) determinar los principales obstáculos administrativos y políticos para el proceso; 4) elaborar algunas recomendaciones generales que puedan ser de utilidad para tomadoras/es de decisiones.

Para ello, se realizó un estudio de carácter exploratorio, descriptivo, analítico y transversal de aproximadamente 14 semanas de duración. Se partió de que el objeto de estudio fue la descentralización del sector salud en el municipio de San Juan Ostuncalco, el problema quedó definido de la siguiente manera:

Obstáculos para la descentralización del sector salud con participación social en el Municipio de San Juan Ostuncalco durante febrero y marzo del 2,002; y recomendaciones para el Distrito de Salud, la Corporación Municipal y la comunidad organizada desde una perspectiva sociopolítica y organizacional.

Las preguntas guía fueron: *¿Cuál es el espacio de decisión que permiten los programas de descentralización del sector salud?, ¿Cuál es la situación de la descentralización de la salud y los principales obstáculos administrativos y políticos en el municipio de San Juan Ostuncalco?, ¿Cuáles son las oportunidades de los grupos organizados para la participación social en salud?, ¿Qué mecanismos para la participación de la comunidad organizada, en las diferentes etapas del ciclo administrativo, pueden sugerirse en el municipio estudiado?, ¿Qué elementos se deben considerar para un modelo de descentralización del sector salud en el Distrito de Salud y la Corporación Municipal?*

¹ En este caso nos referimos a toda institución contraparte de los programas y estrategias del Ministerio de Salud. El entrecorillado intenta destacar que no en todos los casos dichos programas plantean procesos de descentralización en sentido amplio o por lo menos en correspondencia con el enfoque que se ha asumido en este trabajo.

Adicionalmente, se establecieron algunas hipótesis de trabajo para guiar la investigación e intentar obtener evidencia empírica que permitiera establecer alguna relación entre variables. A nivel general se planteó que los programas de “descentralización” impulsados por el Ministerio de Salud no se han traducido en procesos reales ni se han desarrollado en el municipio estudiado debido a su formulación centralizada, a su falta de adecuación (delegación orientada a la oferta), a las condiciones adversas del contexto municipal.

A nivel intermedio se sugirió que los principales obstáculos administrativos y políticos para la descentralización en el municipio estudiado son el centralismo y la desvinculación entre autoridades de gobierno y autoridades sectoriales observados a nivel nacional, los cuales se reproducen en las instituciones del ámbito municipal (Distrito y Corporación Municipal), limitan con ello la articulación de las instituciones municipales y por ende, la participación social.

A nivel particular, los supuestos fueron que el Distrito de Salud y la Corporación Municipal son organizaciones poco desarrolladas que no contemplan en su planificación ni en su presupuesto, acciones de articulación entre sí ni tampoco actividades de participación de la comunidad organizada. Asimismo, que los grupos organizados del municipio no son partícipes de la descentralización del sector salud, teniendo una función limitada de ejecución y/o autogestión de recursos para el sector salud. El estudio tuvo cuatro unidades de análisis: 1. los documentos de políticas y programas de descentralización del sector salud, 2) la Dirección de Área de Salud, 3) el Distrito de Salud y 4) la Corporación Municipal.

La metodología empleada fue fundamentalmente de carácter cualitativo (análisis de contenido de material documental y 12 entrevistas en profundidad). Para éstas últimas se elaboraron las respectivas guías. En cuanto al trabajo de campo, el método de recolección de información fue la grabación y transcripción de algunas entrevistas o el registro de observaciones en un cuaderno de campo. Del proceso metodológico cabe destacar las siguientes etapas:

1) La construcción de un marco teórico - conceptual en el cual se revisaron aspectos de la teoría administrativa/organizacional tales como las ideas de Weber y Foucault sobre las organizaciones modernas (Teoría de la burocracia, relaciones formales e informales); Posteriormente, se elaboró un marco conceptual sobre descentralización en general, para finalmente arribar a la revisión de elaboraciones específicas para el ámbito sanitario. También se recurrió a elementos del derecho administrativo, los cuales fueron utilizados para la elaboración del marco jurídico de la descentralización.

2) La elaboración del marco de referencia, la cual tuvo dos partes. En la primera se documentó la tendencia dominante en materia de descentralización sectorial de salud y se destacaron los resultados más importantes de las experiencias registradas en la literatura. En la segunda, se realizó una contextualización nacional que incluyó una breve caracterización del sistema de salud, el marco jurídico de la descentralización y una descripción analítica de las políticas, estrategias y programas vigentes.

Las dos fases anteriores condujeron a la elaboración del modelo de análisis de tres niveles (nacional, departamental y municipal) el cual contempla principalmente dos herramientas: una *Imagen Objetivo para la Descentralización del Sector Salud* y el esquema de *Análisis del espacio y margen de decisión*. La construcción de una *Imagen Objetivo* surgió de la necesidad de tener un punto de partida para guiar tanto el análisis de los programas vigentes como las observaciones específicas en el municipio estudiado.

Las principales características del modelo son: que el nivel central transfiera poder de decisión y recursos al nivel hacia el que va a descentralizar, que la institución local tenga autonomía de decisión respecto del nivel central (pudiendo ser una entidad autónoma o desconcentrada pero con un ámbito territorial claramente definido, con una dirección local, una plantilla de personal y con un margen de moderado a amplio en cuanto al manejo del presupuesto); y que el modelo garantice la participación social en salud en las diferentes fases del ciclo administrativo.

El esquema de *Análisis del espacio y margen de decisión* se utilizó con el objetivo de registrar el tipo y el margen de decisión que tienen las diferentes instituciones encargadas de ejecutar la política de descentralización y también fue aplicado a las dependencias desconcentradas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La elaboración del instrumento y la construcción de la escala se hizo con base en una adaptación del método planteado por Bossert; 2,000.²

Adicionalmente, para el análisis de las instituciones municipales nuevamente se empleó el enfoque de proceso de Fayol, según el cual toda organización, independientemente de su grado de desarrollo, cumple con el Ciclo Administrativo. En una aproximación general sobre las principales fases del mismo, se identificaron los principales obstáculos en cada una de ellas, los cuales fueron registrados con base en una tipología de problemas.

Para analizar la presencia/ausencia y características de la participación social nuevamente se utilizó el enfoque de proceso de Fayol, así como un modelo ideal de organización y participación social en los procesos del ciclo administrativo. Este modelo es parte de una propuesta la Instancia Nacional de Salud -INS- para el Primer Nivel de Atención³. (INS 2000:104).

Finalmente, para explorar las percepciones, intereses y recursos de los grupos organizados del municipio con respecto a la descentralización del sector salud. Se seleccionó intencionadamente a la Asociación para el

² El método de espacio de decisión fue utilizado en un estudio comparativo de 3 experiencias de devolución de servicios de salud en Chile, Bolivia y Argentina. Los principales resultados de dicho estudio fueron recogidos en el marco de referencia. Para mayor información sobre la metodología original ver Bossert; 2000: 5-8

³ Además de ser la única referencia a la participación durante el ciclo administrativo obtenida en la revisión de la literatura, se consideró pertinente ya que es en dicho nivel en el que más se ha avanzado en materia de descentralización (desde el particular enfoque de los dos últimos gobiernos).

Desarrollo Multisectorial de Proyección Comunitaria (ADMUPCO), por ser el único grupo de base identificado en el municipio que se caracterizó por estar conformado por representantes de Comités de la mayor parte de comunidades del mismo.

Los modestos alcances de este estudio podrían ser el cumplimiento de casi todos los objetivos al haber determinado un modelo ideal de descentralización del sector salud y aplicado una metodología para medir el nivel de decisión de políticas y programas vigentes, así como haber explorado en forma preliminar la situación de la descentralización del sector salud en una realidad concreta y elaborar recomendaciones en la materia.

La limitación principal fue no haber podido profundizar en el análisis de la participación, pues si bien al inicio se planteó la posibilidad de hacer mapeo de poder, no fue posible entrevistar más actores sociales municipales ni utilizar dicha herramienta. Otra limitación importante es que la información recabada en el Área de Salud no permitió realizar un análisis con la misma profundidad que para el caso de las instituciones municipales. Una última limitante que conviene destacar fue la falta de acceso a estudios y documentos previos con relación a las diferentes unidades de análisis.

B. Justificación

En materia de descentralización, algunos de los principales problemas del sector público de salud en Guatemala son el centralismo en la toma de decisiones y manejo de los recursos, la insuficiente participación social en los diferentes niveles de elaboración de las políticas de salud y la insuficiente articulación de las autoridades e instituciones públicas de salud con otros tomadores de decisiones y dependencias hacia afuera del sector. Ello genera dificultades y diversos grados de ineficiencia, los cuales aumentan conforme se desciende desde el nivel central hacia el local. Las principales consecuencias son: inequidades en la asignación de recursos y provisión de servicios; y problemas de accesibilidad y calidad de los mismos.

Como parte del proceso de modernización del Estado, en el sector salud se han logrado algunos avances en cuanto a la conformación de sistemas de información y procesos administrativos. Sin embargo, se impulsa un modelo tendente a la reducción de la intervención estatal en el campo de la salud y se promueve un enfoque de descentralización como una forma de gestión de la oferta de recursos públicos cuya concepción de participación social se reduce a la ejecución de acciones de salud en función de criterios de reducción de costos.

Otros temas no resueltos de la descentralización sectorial son las dificultades de articulación entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y otras dependencias de gobierno, así como la débil transferencia de poder de decisión y recursos hacia niveles desconcentrados o autónomos. Esto ha impedido el desarrollo de procesos de planificación estratégica y participativa que permitan ampliar la visión sectorial, delimitar competencias, sumar esfuerzos, dar viabilidad política y lograr la operativización de estrategias de salud enmarcadas en planes y objetivos de desarrollo.

La expresión concreta de la problemática descrita a nivel municipal es la casi total desvinculación entre las acciones del Distrito de Salud y la Corporación Municipal, la falta de acuerdos que permitan desarrollar acciones conjuntas y la carencia de mecanismos para una amplia participación social.

El presente estudio encuentra su razón de ser en identificar y analizar los principales problemas que obstaculizan la descentralización del sector salud en una realidad local concreta y poder esbozar algunas recomendaciones que contribuyan a acercar los servicios de salud a la realidad local.

II. MARCOS METODOLOGICOS DE LA INVESTIGACION

A. Marco teórico

1. Salud y desarrollo (Sandoval 1995:19-31).

Si se entiende el desarrollo como un proceso social orientado a la creación de condiciones de bienestar para todos, la salud juega un papel esencial en ello. La salud en el desarrollo juega un doble papel: es requisito y condición para dicho proceso (Guerra, citado por Sandoval 1995).

En la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1991, se adopta la salud como una orientación estratégica en el desarrollo, con el propósito de priorizar esfuerzos hacia la búsqueda de equidad en las condiciones de vida y de salud de la población y de acceso a los servicios básicos de salud, por el relevante papel que juega en el logro de un desarrollo humano sostenido, ya que permite mejorar la capacidad productiva y fomentar el bienestar social.

En la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en septiembre de 1994, se reitera el consenso de que la salud es un objetivo esencial y un indicador clave del desarrollo humano. Se acepta que el crecimiento económico, aunque importante, no es ni el propósito ni la medida del desarrollo ya que no se manifiesta de manera equitativa en la población.

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el documento "Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe", consideran que cada vez es más necesario desarrollar complementariedad en las políticas orientadas a favorecer un enfoque integral que estimule no sólo el crecimiento económico, sino también la equidad, dando prioridad a las políticas sociales y la eficiencia productiva.

Es así como la salud potencia el desarrollo económico y social, en tanto que el desarrollo se encuentra estrechamente vinculado a las condiciones de vida de las poblaciones. "...alcanzar objetivos adecuados de salud es una buena forma de medir el éxito de las estrategias del desarrollo" (OPS/OMS:1995).

La salud requiere de la acción concertada de todas las fuerzas sociales, por tanto las decisiones sobre el desarrollo deben ser valoradas no sólo en términos económicos, sino también en función de su impacto potencial social sobre la salud de la población y sobre el ambiente físico, psíquico y social.

Al estimar el beneficio de la salud en el desarrollo, deberá ponderarse además de su efecto de inversión en el capital humano, que a mayor salud, más productividad y producción y mayor bienestar de la población. Entre otros aportes: el sector salud suele ser generador de una considerable cantidad de

empleos. Utiliza personal que labora de forma intensiva y contrata entre un 60 y 70 % de mujeres dentro de su fuerza laboral. Su influencia es potencialmente grande en las actividades económicas y muchas empresas dependen de dicho sector que está contribuyendo al aumento del PIB (OPS/OMS, 1995: 22).

No sólo es necesario un replanteamiento del desarrollo, sino también hay «que redefinir la salud y las formas alternativas de promoverla, protegerla y recuperarla, para reinsertarla en el desarrollo» (Guerra citado por Sandoval 1995).

En 1948 con la creación de la Organización Mundial de la Salud, surge la definición de salud como un «completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia» (citado por Organización Mundial de la Salud. 1960. Carta Constitutiva. Ginebra). En 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye en la declaración final de “Salud Para Todos”, el parámetro del nivel deseable de salud en términos de que «Permita llevar una vida social y económicamente productiva» (Citado por OMS. 1978. Atención Primara de SALUD: Serie “Salud para Todos”, No. 1. Ginebra); e instauró la ética de la salud pública en reemplazo de la ética individualista del enfoque tradicional. La reafirmación de la relación entre el ser humano y la naturaleza agrega a la definición el componente ecológico, la noción de bienestar físico, mental y social.

Para garantizar la producción social de salud, es importante el esfuerzo de incorporación a lo largo de todo el proceso de formulación e instrumentación de estrategias de desarrollo, objetivos tendientes a mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

El gran reto es producir salud con un modelo que enfatice en la promoción y la prevención, y que sin olvidar la recuperación, se oriente al individuo, a la familia, a la comunidad y al medio ambiente. Para ello se deben integrar y movilizar los recursos de la sociedad con acciones y servicios articulados en diferentes niveles de complejidad, mediante el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, basado en los principios de la descentralización y apoyado en la administración estratégica.

2. Aspectos conceptuales y debate actual sobre la descentralización

Para una primera aproximación conceptual al tema de la descentralización es preciso considerar la centralización y descentralización como polos ideales. La centralización máxima será cuando la cantidad de poder de los entes locales sea la mínima indispensable para que sean entidades subjetivas de administración, mientras que la descentralización máxima será lo opuesto: cuando los órganos del Estado tienen el mínimo poder indispensable para desarrollar sus actividades. La centralización y descentralización están presentes en la organización y transformación del Estado (Bobbio 1997: 528).

Desde el enfoque de las Ciencias Políticas la descentralización se refiere al acto de extender el poder y la facultad de gestión a dependencias jerárquicamente menores mediante el traslado de competencias y recursos. Las ciencias jurídicas y administrativas relacionadas con el sector público establecen una diferenciación entre descentralización y desconcentración (Castillo 1996:204).

El objetivo central de la descentralización debería ser que la institucionalidad pública sea capaz de cumplir con sus fines de manera eficaz, eficiente y con legitimidad política. Los procesos de descentralización implican considerar el papel del Estado, dentro de lo que se puede distinguir dos grandes orientaciones:

1. La que considera a la descentralización como un proceso por el que se transfieren funciones y responsabilidades al sector privado, que reduce al mínimo la intervención estatal y libera al Estado de su rol conductor del desarrollo (rol subsidiario).
2. La que se entiende como un proceso que se da dentro del Estado, que permite el traslado de funciones, recursos y capacidad de decisión a entes próximos a la población y que gozan de autonomía por elegir a sus autoridades, tener presupuestos propios y personalidad jurídica (Gálvez 1997).

Por su parte, el Banco Mundial (BM) define los procesos de descentralización como la transferencia de responsabilidades para planear, administrar, recaudar y distribuir recursos desde el gobierno central y sus agencias a las siguientes entidades:

- Unidades de campo de los Ministerios y agencias del gobierno central
- Unidades o niveles de gobierno subordinadas
- Corporaciones o autoridades públicas semiautónomas
- Autoridades funcionales o regionales en cualquier territorio
- Organizaciones no gubernamentales privadas o voluntarias (Banco Mundial citado por Estrada 1999).

En esa misma línea, Amaro define la descentralización como

«la transferencia de normas (derechos y deberes) autoridad, competencias y recursos desde el nivel central a los niveles periféricos, sean éstos regionales, provinciales o distritales, municipales o locales de tal forma que desde un mando único se llegue a una situación de mandos múltiples dentro de criterios de eficiencia y equidad» (Amaro 2000:2).

Dicho autor señala que la descentralización es un concepto con diferentes dimensiones: la delegación, desconcentración, devolución, privatización, desregulación y participación ciudadana. Así, mientras que la delegación plantea principalmente ceder autoridad, en la desconcentración se ceden competencias o funciones. Luego entonces, la devolución sería la forma más pura de descentralización en tanto que

transfiere derechos y deberes con un fuerte componente normativo legal, autoridad, competencias, permite la generación y el gasto de recursos; donde el ejemplo más claro lo constituyen las autonomías municipales.

Desde el mismo enfoque, la privatización implica ceder autoridad, funciones y recursos mediante un contrato de compra – venta. Incluir la privatización dentro del concepto de descentralización es aún objeto de debate. La desregulación hace referencia a simplificar normas administrativas y procesos y la participación ciudadana se refiere a la incorporación de personas y grupos en cogestión de acciones públicas (Amaro 2000:3).

Las fuentes consultadas plantean principalmente tres porqués de la descentralización:

- 1) La revolución tecnológica, en la que se genera un nuevo paradigma o postulado central en el proceso tecnológico económico. Una característica central es que este nuevo esquema tecnológico hace caso omiso de las distancias como factor perturbador en las relaciones económicas, en el montaje de los diseños productivos y su efectivización y en la estructura de comunicación y organización tradicionales de las actividades empresariales.
- 2) El proceso de democratización (o redemocratización). La descentralización, entonces, acompaña la tendencia general hacia la restitución de libertades y derechos que afirma y consolida los organismos primarios de la estructura estatal, que la sociedad siente cercanos, compartibles y participativos.
- 3) El proceso de privatización de empresas estatales y de desregulación de las actividades del Estado es otro factor, de carácter indirecto, que estimula las políticas descentralizadoras. Esta analogía entre privatización y descentralización reconoce serias debilidades conceptuales, lo cual se expresa así:

«La redistribución del poder, base esencial de todo modelo descentralizador, puede verse seriamente afectada si un servicio público de carácter monopólico abandona su función de satisfacer una necesidad esencial de la población como objetivo básico y se transforma en una operación lucrativa» (Bossier citado por Rofman: s.a. 18).

Rofman señala algunos requisitos esenciales para que un proceso descentralizador posibilite bajar al Estado al seno mismo de la sociedad y vincularse estrechamente a ella (Bossier citado por Rofman: s.a.). Estas son:

- 1) «Que haya acuerdo consensuado entre el nivel central del Estado, que cede atribuciones, y el nivel inferior del mismo (administrativo o territorial) que las recoge, asumiéndolas en forma totalmente autónoma de cualquier sujeción o control de la escala superior del aparato estatal».

- 2) Que la fragmentación del poder del Estado, en sus diversos niveles no suponga fractura de la capacidad decisional central del sistema estatal, que queda preservada para los grandes lineamientos y ejecutorías en los estamentos que permiten guiar la acción del sector público en el proceso de desarrollo nacional.
- 3) Que se impida, por las normas legales a sancionar, que sectores sociales de poder económico concentrado u oligarquías locales se posesionen de las nuevas instancias creadas de poder a costa de la exclusión de quienes son los auténticos destinatarios del proceso descentralizador: los sectores populares con menguada capacidad decisional.
- 4) Que impulse permanentemente la vigorización de la de la presencia de la sociedad local en torno de los organismos públicos respectivos (municipio, alcaldía, ayuntamiento, etc.) de modo tal de garantizar una estrecha relación entre los sectores capaces de ir revirtiendo los perversos efectos económicos y sociales de la crisis que afecta a la sociedad latinoamericana.
- 5) Que se transfiera en forma efectiva poder y recursos económico - financieros a los sectores del Estado receptores del proceso descentralizador a fin de que puedan cumplimentar los objetivos de democratización estatal y participación popular programados en todo plan de descentralización» (Rofman: s.a. 38, 39).

Al acercarnos un poco más a la descentralización de la salud, la descentralización sectorial es un tipo tradicional de organización administrativa por órganos estructurados verticalmente. Un proceso en el que se crean y descentralizan entes por sectores homogéneos divididos por actividades, los cuales tienen cierto poder de decisión y recursos. Con ello se busca mayor desarrollo de la autonomía técnica y financiera, ligada a una organización de la actividad de carácter especialista (Bobbio 1997:476).

a. Descentralización, municipalidades y participación social

1) Papel de las municipalidades en la descentralización sectorial

Si se toma como base una de las dos tendencias referidas en el apartado anterior, la descentralización también puede definirse como:

«El proceso mediante el cual, el gobierno central transfiere competencias, recursos y poder político a instancias del Estado cercanas a la población con independencia administrativa y legitimidad política, para que, con la participación de la población, mejoren la producción de bienes y servicios» (Gálvez 1999).

En Guatemala, la discusión que sobre la descentralización y desconcentración se ha dado desde 1986 ha tenido orientaciones distintas. Durante el Gobierno de la Democracia Cristiana se impulsaron los Consejos de Desarrollo, propuesta que para la siguiente administración fue abandonada. Durante el gobierno del PAN se impulsó el rol subsidiario del Estado en función de la política social mientras que en la actual administración básicamente se ha continuado con la tendencia anterior, aunque se acaban de aprobar tres cuerpos legales vinculados al tema, por lo que resulta conveniente iniciar una discusión amplia sobre el contenido de los mismos.

El gobierno municipal continúa siendo la institución política en la cual confía más la población y también es el nivel de gobierno que los guatemaltecos piensan que es de mayor ayuda en la solución de sus problemas. Sin embargo, entre 1,997 y 1,999 hubo una significativa disminución en la confianza en los gobiernos municipales. Probablemente se generó una gran expectativa en las elecciones de 1995, pero, la realidad de presupuestos locales limitados, la poca experiencia administrativa y también algunos casos de malos manejos cobraron su precio.

Algunos estudios presentan datos que demuestran que cuando se da mayor participación en organizaciones de la sociedad civil hay más participación en los asuntos municipales. El grado de participación también se relaciona con el grado de tolerancia y apoyo al sistema. Es decir, que aquellos gobiernos que establecen mejores espacios de participación son más aceptados y apoyados por la población (ASIES 1999:6).

2) Descentralización y participación social

Tradicionalmente el poder político en Guatemala ha estado centralizado y sólo un grupo poderoso ha controlado los asuntos políticos en el país. En años recientes se han hecho esfuerzos para que los ciudadanos a nivel local (municipio) puedan incidir en el proceso político del gobierno. El incremento de la importancia política del nivel local presenta valiosas oportunidades para el fortalecimiento de las instituciones democráticas.

Ya que el concepto de participación puede tener un contenido altamente instrumental, conviene hacer referencia a las diferentes visiones sobre el tema en aras de ubicarnos en la participación potenciadora.

a) Visión mercantil de la participación

Con las reformas económicas y políticas inspiradas en el neoliberalismo hay una visión de la participación que trata de ligarla al mercado tanto en el campo de la economía como en el de las políticas públicas. Desde esta visión todos nos convertimos en clientes “compradores de bienes y servicios”. Entonces las decisiones que tomemos estarán de acuerdo a nuestra capacidad de compra (es decir a nuestro nivel de recursos económicos) y se reducirá la vida social al mercado y a los comportamientos mercantiles.

b) Visión instrumental de la participación

Esta concepción utiliza la participación como instrumento para alcanzar ciertos objetivos. Por ejemplo, un municipio estimula la participación de la población en la priorización o ejecución de obras porque eso reduce la cantidad de demandas sociales, o porque reduce los costos, o porque mejora las posibilidades de que una política se acepte. La visiones instrumentalistas puede acabar por convertir a los y las participantes en instrumentos de sus intereses particulares y están muy relacionadas con las prácticas de manipulación.

c) Participación como práctica potenciadora

Afortunadamente, las anteriores no son las únicas formas de ver la participación. También puede vérsela como el proceso de formación y fortalecimiento de los actores, como una práctica “potenciadora” de las capacidades de las personas, de los grupos y de las organizaciones para que puedan enfrentar los problemas desde sus propios intereses.

Desde esta visión la participación es un medio y un fin, porque es parte inseparable de la constitución de ciudadanos/as libres y creadores/as. Por eso la participación no debe subordinarse a la manera de conseguir que solamente algunos sectores tomen parte en determinados proyectos y acciones. Al contrario, se trataría de pensar qué participaciones y en qué cosas pueden fortalecer las capacidades.

Las condiciones esenciales para los procesos de participación popular legítimos son:

«...presencia de un marco institucional de democracia representativa; libre discusión de las cuestiones que hacen a los programas descentralizadores por parte de los directamente afectados, capacidad para discutir y controvertir las decisiones oficiales por parte de los sectores sociales involucrados, control permanente y crítico de la implementación de las medidas y seguimiento de sus resultados y posibilidad real de tomar efectiva iniciativa en la definición del perfil de las políticas que adopten los organismos descentralizados del Estado» (Rofman: s.a. 21, 22).

«Es preciso que haya descentralización para que los actores locales tengan un espacio propicio para participar, ya que sin ella ninguna forma de participación sería eficaz por carecer del ámbito adecuado para la toma de decisiones efectiva el ejercicio del poder real» (Rofman: s.a. 23).

3. Aspectos específicos de descentralización en salud

a. Aspectos generales

Al igual que con la noción de descentralización en general, con respecto a la descentralización del sector salud también predominan dos enfoques: uno es el asumido por autores como Bossert, quien plantea que las instituciones “descentralizadas” pueden ser públicas o privadas. El segundo es el planteado por autores como Ozlak y Tejeda, quienes más bien hacen hincapié en el carácter político y “estatal” del proceso.

1) Enfoques sobre descentralización del sector salud

Para Bossert el término “descentralización” se ha utilizado para la transferencia de autoridad ya sea fiscal, administrativa y/o política con respecto a la planificación, administración o prestación de servicios. Dicha transferencia se realiza desde el Ministerio de Salud hacia otras instituciones, las cuales pueden ser direcciones regionales o locales del propio Ministerio, gobiernos municipales, instituciones públicas autónomas u organizaciones del sector privado.

El fin de la descentralización es mejorar el desempeño del sector salud en varias formas: mayor eficiencia distributiva (servicios y gastos según preferencias de usuarios locales) y mayor eficiencia productiva (a partir de una mayor conciencia del costo en el ámbito local). También se puede lograr mayor calidad, transparencia, responsabilidad y legitimidad (a través de la participación del usuario) y mayor equidad (mediante la distribución de recursos hacia grupos con mayores necesidades) (Bossert 2,000: 3).

Ozlak por su parte, plantea que la descentralización del sector salud es un proceso político que supone el traspaso y la reformulación del poder dentro del Estado y entre éste y la sociedad civil. Dicho autor señala que tal proceso está necesariamente vinculado a una dimensión territorial para la provisión y organización de la atención en salud (Ozlak, 1990).

La dimensión política planteada por Ozlak se complementa con la visión de proceso de Tejeda, quien señala que la descentralización es un proceso de transferencia de autoridad del centro político y administrativo a niveles periféricos, intermedios o locales. Comprende la facultad de tomar decisiones de todo tipo (aún aquellas sobre problemas políticos siempre presentes en el proceso de desarrollo de la salud), como la capacidad de manejar efectiva y directamente herramientas técnico administrativas como el presupuesto, la administración de personal, los abastecimientos y la información (Tejeda, 1990).

«El empleo que se hace del concepto de descentralización para referirse al campo de la salud, se halla más próximo a la noción de descentralización francesa que a la anglosajona. En este sentido se considera que la descentralización efectiva de los servicios de salud supone el dislocamiento del flujo de poder político administrativo y tecnológico, desde ciertas unidades centrales a niveles periféricos, intermedios y locales. La descentralización es, así, un instrumento de reestructuración del poder, acercando los problemas a las instituciones de niveles intermedios y locales y traspasándole la capacidad para tomar decisiones, dado que no hay descentralización efectiva sin capacidad normativa en cada nivel. Se debe diferenciar, entonces, la delegación de poder para decidir sobre los fines y/o medios que supone el proceso de descentralización y lo que constituye una mera transferencia de atribuciones sin el correspondiente poder decisorio. Dicho poder es, tanto poder político y administrativo, es decir de asignación de recursos humanos y materiales, como el manejo del conocimiento para aplicar una tecnología sea de producto o de proceso» (Ozlak: 1992, 64).

El rango de políticas agrupadas bajo el concepto de descentralización suele ser variado. Para fines de este estudio se utilizará la terminología de Rondinelli quien define principalmente tres categorías de descentralización: desconcentración, delegación y devolución.

La desconcentración es la más común, pero también la más reducida forma de descentralización. Consiste en la transferencia de funciones y/o recursos hacia las direcciones regionales o locales del Ministerio de Salud. Es decir, la autoridad se reparte hacia las instancias territorialmente descentralizadas de dicha institución

La delegación, en cambio, implica la transferencia de autoridad, funciones y/o recursos hacia una institución autónoma sea privada, semipública o pública. Dicha institución asume la responsabilidad por un rango de actividades definido por el gobierno central, a través de mecanismos contractuales, de los cuales la modalidad más común es el convenio.

La devolución es:

«la cesión de funciones y recursos sectoriales a los gobiernos locales autónomos, que.....asumen entonces la responsabilidad por la prestación de servicios, la administración y las finanzas» (Rondinelli, citado por Bossert 2,000:4).

La descentralización también puede ser vista como un proceso de ampliación del espacio de decisión o rango de alternativas de los agentes locales, dentro de varias esferas de la política, administración, finanzas y gobierno. En todos los casos el proceso de descentralización estará sujeto a tensiones ya que los gobiernos centrales y locales tienen objetivos parcialmente distintos.

Al respecto, Bossert señala que «A menudo los agentes tienen preferencias distintas con respecto a la combinación de actividades y gastos a realizar, y responden a un grupo distinto de interesados y audiencias...» Las instituciones locales pueden estar tentadas a evadir los mandatos establecidos por el gobierno central y como tienen una mejor información acerca de sus propias actividades pueden decidir centrarse en sus propios programas y evadir las responsabilidades y funciones asignadas por el nivel central (Bossert 2000:5).

La desconcentración es la transferencia de un determinado grado de autoridad administrativa a delegaciones locales de nivel medio. Es un proceso de transferencia administrativa y funcional más que política, que puede producirse sólo en un ámbito determinado de servicios, debido a razones sectoriales específicas. Las condiciones mínimas para la desconcentración son: la existencia de una dirección local con población y territorio definidos, contar con una plantilla de personal y un presupuesto global definido con grados de libertad en el manejo interno, pero con límites de movimiento fijados a nivel central.

2) Justificaciones para la descentralización de los servicios de salud

Existen dos tipos de justificaciones vinculadas al impulso de procesos de descentralización en los servicios de salud: las generales, que son aquellas vinculadas a procesos de descentralización más amplios y que trascienden el ámbito sanitario y las específicas de dicho ámbito.

a) Justificaciones de carácter general

Las razones para la descentralización pueden responder a principios de identidad territorial o a criterios de eficacia pública. En el primer caso se responde a un planteamiento de autonomía de colectividades, mientras que en el segundo el eje central es la búsqueda de la efectividad y eficiencia de las funciones

públicas, así como de acercar a los ciudadanos a los centros de decisión política. Sin embargo, también se advierte que la descentralización puede ser también una manera de diluir la responsabilidad de los gobiernos centrales en el caso de que no se consiga atender a las poblaciones respectivas o como una forma de promover la división de las fuerzas sociales. En el cuadro siguiente se sintetizan algunas de las razones generales.

Cuadro 1

PRINCIPALES JUSTIFICACIONES PARA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de diferencias entre colectividades • Mejorar de la eficacia y la eficiencia • Acercamiento de la administración a los ciudadanos • Dispersión de responsabilidades de los gobiernos centrales a otros ámbitos en los casos que carecen de una solución factible

Elaboración propia con base en: Bossert 2,000: 27-28

b) Justificaciones de carácter específico

Las razones específicas sanitarias están más relacionadas con procesos geográficos. Algunos autores sugieren que la integración con otros servicios paralelos y próximos a los de salud es más fácil en los niveles locales de las organizaciones respectivas y que teóricamente es más fácil lograr la participación ciudadana en el control y la orientación de los servicios, aunque ello pueda facilitar el predominio de intereses locales sobre los generales.

También para el ámbito específico de salud se ha señalado que los procesos de descentralización pueden responder al objetivo de dispersión de las responsabilidades de los gobiernos centrales. Para el caso de las formas “funcionales” de descentralización las justificaciones han surgido en torno a dos tipos de problemas: la eficiencia y control del incremento en los costos; y los problemas de legitimación. Otros motivos reportados en la literatura son: la baja productividad del sector salud, la ineficiencia y el bajo rendimiento de los servicios, la existencia de lagunas de acceso y cobertura de servicios de salud y el argumento antiestatal” esgrimido por la ideología neoliberal (Rey del Catillo 1998: 30).

3) Formas de descentralización de los servicios de salud

Las formas de descentralización de los servicios de salud, según el criterio predominante, pueden ser funcionales (cuando ponen el acento en la distribución de funciones entre los niveles centrales y periféricos de los servicios) o geográficas (cuando el énfasis recae sobre la distribución territorial de responsabilidades).

«El concepto de descentralización en el campo de la salud está necesariamente vinculado con la dimensión territorial o espacial. Esto supone la coincidencia en un determinado espacio, de un conjunto de recursos de población y de las tecnologías apropiadas para la atención de la salud. ...la conformación de un equipo de profesionales de la salud, con una dirección que responda por el logro del objetivo de impactar con los servicios descentralizados en la población y sus problemas de salud.» (Oszlak: 1992, 69).

4) **Financiamiento de sistemas de salud descentralizados**

Un objetivo político común en todos los países en el marco de políticas macroeconómicas parece ser la limitación del gasto sanitario público y delimitación del estado de bienestar. A pesar de que el crecimiento del gasto en salud se ha atribuido a causas como el envejecimiento, con aparición de nuevas patologías e incremento en la demanda sanitaria, estudios recientes señalan a la innovación tecnológica (en sus vertientes médica y farmacológica) como principal causa de dicho crecimiento, aunado al aumento de precios sanitarios mayor que la inflación (Rey del Castillo 1998: 177).

Respecto al financiamiento de los sistemas de salud, Rey del Castillo afirma que:

- Las economías de mercado no usan mecanismos de mercado para gobernar los sectores sanitarios, sino más bien, se basan en estrategias que benefician a los pacientes.
- Los mercados “libres” nunca producen equidad, eficiencia y control del gasto.
- El aseguramiento comercial en el sector salud, produce inequidad, ineficiencia e inflación. Los seguros más equitativos tienden a ser públicos o altamente regulados y no lucrativos.

En cuanto a las relaciones entre economía y descentralización, es importante contemplar el análisis de los procesos descentralizadores, también llamados de delegación o privatización. En vista de que cualquier proceso de descentralización requiere el reparto de recursos, es importante aclarar que no es igual repartir recursos abundantes que hacerlo cuando son limitados, ya que la escasez provoca pugna entre las entidades. Los conflictos de reparto de recursos suelen ser la regla. Sin embargo es bueno recordar los aspectos positivos de la descentralización, tales como la unidad o coordinación de las fuentes de financiamiento como un mecanismo de control del gasto (Rey del Castillo: 1998: 180).

Al parecer, a las entidades descentralizadas les es más fácil obtener recursos o aportes locales de usuarios, como forma de contribuir al financiamiento de servicios sanitarios, lo que se deduce del gasto público. Si los usuarios aportan estos recursos como una contribución al financiamiento de esos servicios sanitarios, el gasto público para dichos servicios se reduce. La razón de esto es que en los niveles locales, es más sencillo atribuir la deficiencia a los niveles centrales. Además, justifican esta necesidad de aporte en función de mejorar la calidad del servicio. Si estos pagos no son tan altos, da una impresión de privilegio, cuando están acompañados de ventajas adicionales que se dan en la forma en que se da el servicio.

Lo anterior se traduce en que no disminuye el gasto global, pero sí el gasto público, a costa de inequidades que finalmente afectan a algunos grupos poblacionales y dificultan el acceso a los servicios, a la población que no pueda dar el aporte requerido (Rey del Castillo 1998: 183).

5) Desigualdad, equidad y descentralización

La descentralización supone la posibilidad de diferencias entre las entidades descentralizadas. De esta forma, descentralizar implica además la capacidad que las entidades tienen de adoptar decisiones distintas o formas de organización diferente, capacidad de priorizar objetivos o de distribuir recursos con criterios heterogéneos. El resultado en distintas situaciones, será en consecuencia, diferente para cada una de ellas, sobre todo en el ámbito de los servicios públicos, lo que puede ser asumido como falta de equidad en la distribución presupuestaria para este tipo de servicios. Estas diferencias pueden afectar de especial manera las relaciones de determinados grupos humanos.

La equidad suele definirse de acuerdo a contextos diversos, que le impregnarán de un significado específico. Así pueden mencionarse algunos modelos que nos ayudan a caracterizarla, tales como el Modelo Libertario, el Modelo Liberal, el Socialdemócrata y el Marxista. Sus principales características se presentan en el cuadro 2.

Los principios que resultan más importantes para mantener un sistema equitativo incluyen la ética del servicio sin ánimo de lucro y el sistema general de bienestar con ese servicio. Se han utilizado algunos sistemas de indicadores de equidad, sin embargo, se debe resaltar que no importa tanto la utilización en sí de los indicadores, como la importancia de lograr ese acuerdo sobre su uso. Los indicadores, al ser utilizados como cifras, pueden provocar algunos problemas, dentro de los que cabe mencionar, a) el derivar en una prioridad espuria hacia lo que es medible; b) que pueden presentar una descripción demasiado simplista de las políticas; y c) que pueden resultar poco realistas e inalcanzables.

Cuadro 2

Modelo	Características
Libertario	<ul style="list-style-type: none"> • Libertad individual, bien superior • Salud, responsabilidad individual • Equitativo, lo que se adquiere justamente (con arreglo a capacidad económica)
Liberal	<ul style="list-style-type: none"> • Libertad individual, bien superior • Necesidad de reducir desigualdades y mejorar las condiciones de los peor dotados. • Por razones de bienestar individual y utilidad general
Socialdemócrata	<ul style="list-style-type: none"> • Libertad individual, valor central • Cooperación • Igualdad en recursos (o posibilidad de acceder a bienestar)
Marxista	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución igualitaria

Elaboración propia con base en (Rey del Castillo 1998)

6) Descentralización de la salud y participación social

El tema de la participación social en salud resultó de escasa referencia en la bibliografía revisada. El abordaje de la relación entre descentralización y participación social pasa por hacer una conceptualización adecuada del modelo de participación en los procesos de cambio dentro del sistema de salud. En ese sentido, puede haber un modelo clásico dirigido a obtener mayor eficiencia, pero donde el usuario permanece ajeno al sistema, o bien un modelo alternativo en el que las personas no sólo eligen sus gobiernos locales, sino que participan en otras formas de organización como comités de salud y grupos de presión. En cualquier caso los desafíos básicos son la representatividad del usuario y el manejo de información; la disponibilidad de herramientas sencillas de gestión al alcance de la comunidad y la toma de decisiones y el control (OPS 1997: 23-24).

Para fines de este trabajo la definición utilizada fue la de *Participación Social en salud*, definida como la promoción de la organización y empoderamiento de la población para su intervención en las diferentes etapas del ciclo administrativo para la atención de la salud. En el proceso de planificación el papel de los actores comunitarios deberá ser participativo y estratégico, en el proceso de organización su rol será contingente, en el proceso de dirección su rol será participativo a través de la organización comunitaria, mientras que en el proceso de control jugarán un papel importante basado en la acción política y social (INS, 2002:12).

4. Consideraciones sobre la descentralización del sector salud

a. Apreciación personal

Los elementos del marco teórico y de referencia sirvieron de base para la construcción de una *Imagen Objetivo para la Descentralización del Sector Salud*, así como de un modelo de análisis que guió las observaciones de este estudio. Para la estructuración de la misma se tomaron como base los conceptos de descentralización del sector salud de Ozlak y Tejeda, el concepto de participación social en salud de la INS y algunos criterios específicos para el ámbito sanitario tales como la dimensión territorial y el traslado de poder y recursos hacia unidades desconcentradas.

Las principales características del modelo son:

- que el nivel central transfiera poder de decisión y recursos al nivel que se va a descentralizar;
- que la institución local tenga autonomía de decisión respecto del nivel central (puede ser una entidad autónoma o desconcentrada, pero con un ámbito territorial claramente definido, con una dirección local, una plantilla de personal y con un margen de moderado a amplio en cuanto al manejo del presupuesto) y
- que el modelo garantice la participación social en salud en las diferentes fases del ciclo administrativo. (Ver modelo de análisis siguiente).

b. Modelo construido para guiar las observaciones

Se elaboró un modelo de análisis de 3 niveles:

- 1) Un primer nivel nacional (políticas, estrategias, programas) en el cual se realizó:
 - a) Caracterización y confrontación con la *Imagen Objetivo de Descentralización del Sector Salud*
 - b) Análisis del espacio de decisión en estrategias y programas (Extensión de cobertura de SIAS, Programa APROSAM y Programa de Municipio Saludable).

- 2) Un nivel departamental cuyos ejes de análisis fueron:
 - a) Identificación de obstáculos administrativos para el Distrito
 - b) Análisis del espacio de decisión en la Dirección de Área de Salud

- 3) Un nivel municipal en el cuál se hizo:
 - a) Identificación de obstáculos administrativos en el Distrito de Salud y la Corporación Municipal
 - b) Análisis del espacio de decisión en el Distrito de Salud y la Corporación Municipal
 - c) Identificación de intereses, recursos y oportunidades de la Asociación Multisectorial para la participación en el proceso de descentralización del sector salud.

De dicho modelo se desprendió la elaboración de algunos instrumentos adicionales de análisis:

- **Esquema de espacio de decisión**

Este instrumento fue elaborado con el objetivo de registrar el tipo y margen de decisión que tienen las diferentes instituciones encargadas de ejecutar la política de descentralización y también fue aplicado a las dependencias desconcentradas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La elaboración del mismo se hizo con base en una adaptación del método de espacio de decisión planteado por Bossert. Dicho método fue utilizado en un estudio comparativo de 3 experiencias de devolución de servicios de salud en Chile, Bolivia y Argentina. Los principales resultados fueron comentados en el marco de referencia. Para mayor información sobre el modelo original (ver anexo 2) (Bossert: 2000).

- **Instrumento para el registro de obstáculos en las principales fases del ciclo administrativo**

Con este instrumento se definieron y operacionalizaron las principales fases del ciclo administrativo, se construyó una tipología de problemas y se establecieron preguntas guía. Dichas preguntas fueron incluidas en las entrevistas a profundidad para determinar las principales dificultades que pueden hacer fracasar un proceso de descentralización del sector salud.

- **Imagen objetivo para la participación social en las principales fases del ciclo administrativo.**

Esta constituyó una imagen objetivo de participación social que fue tomada de la propuesta *Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente* con dos objetivos: 1. Identificar la presencia o ausencia de participación social en las fases del ciclo administrativo y 2. Caracterizar el nivel y tipo de participación que se contrapone al modelo ideal.

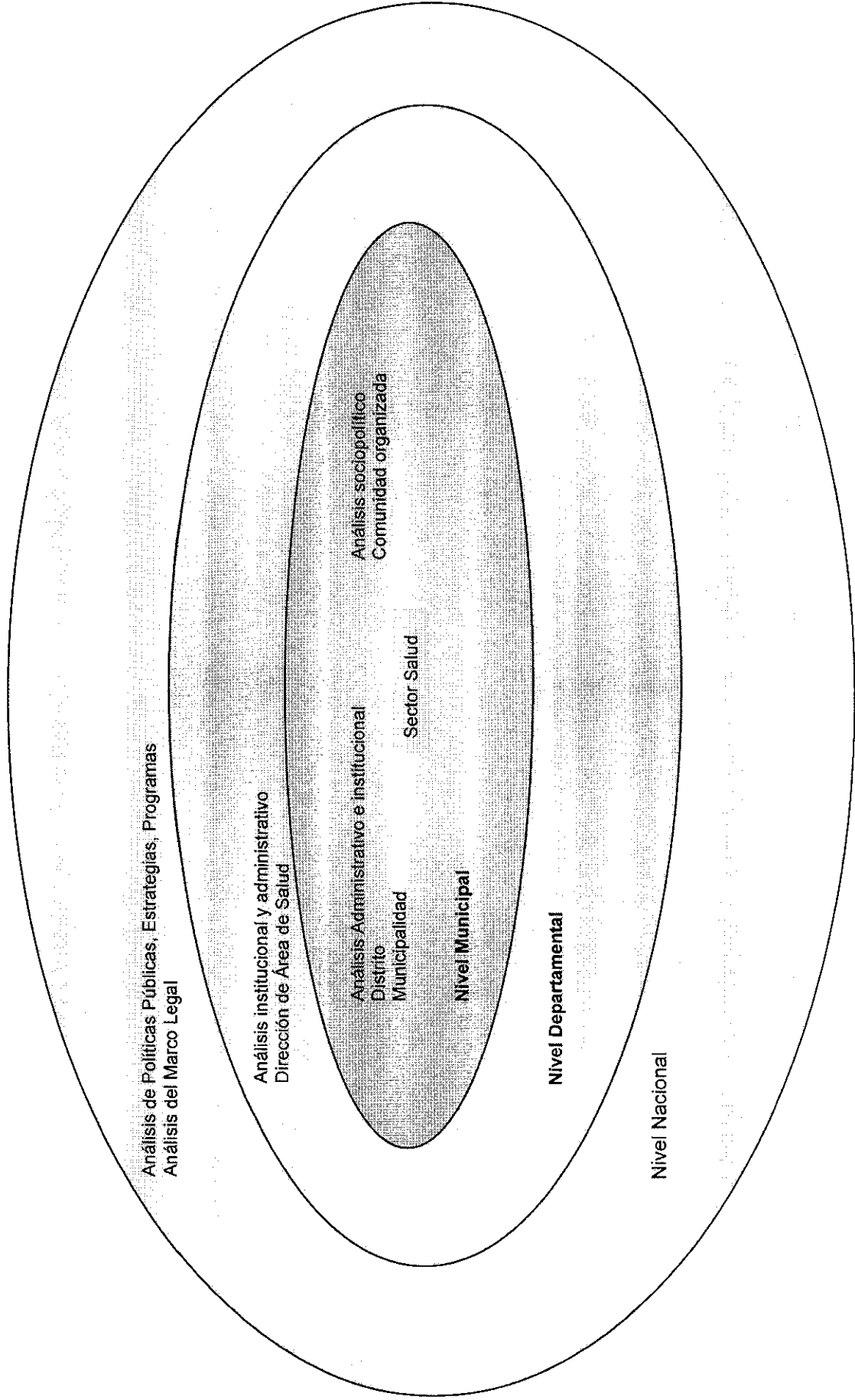
Cuadro 3

COMPONENTES PROCESALES	INSTITUCIONAL	COMUNITARIO
PLANIFICACION	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégica táctica • Operativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Participativa a corto y mediano plazo. • Estratégica a mediano y largo plazo.
ORGANIZACION	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de diseño organizacional adaptados equitativamente a los contextos locales 	<ul style="list-style-type: none"> • Contingente, con base en la realidad comunitaria y a las acciones sanitarias a realizar
DIRECCION	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégica, basada en el desarrollo de liderazgo y el trabajo en equipo 	<ul style="list-style-type: none"> • Participativa y con base en la organización comunitaria
CONTROL	<ul style="list-style-type: none"> • Basado en el trabajo en equipo, formativo y sistematizador 	<ul style="list-style-type: none"> • Participativo, basado en la acción política y social de las comunidades
PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Preferentemente local o regional • Adecuación entre competencia y perfil de desempeño • Condiciones laborales apropiadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención en su forma y contenido, decidida por la misma comunidad de acuerdo a sus intereses <ul style="list-style-type: none"> - Individuos, familias, redes y grupos organizados pertenecientes a los conjuntos socioculturales locales - Terapeutas, especialmente del modelo de salud maya

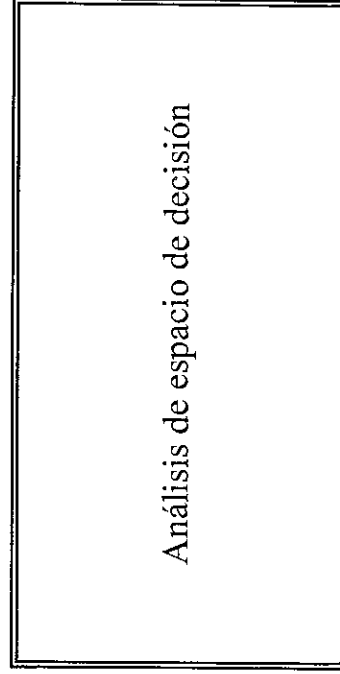
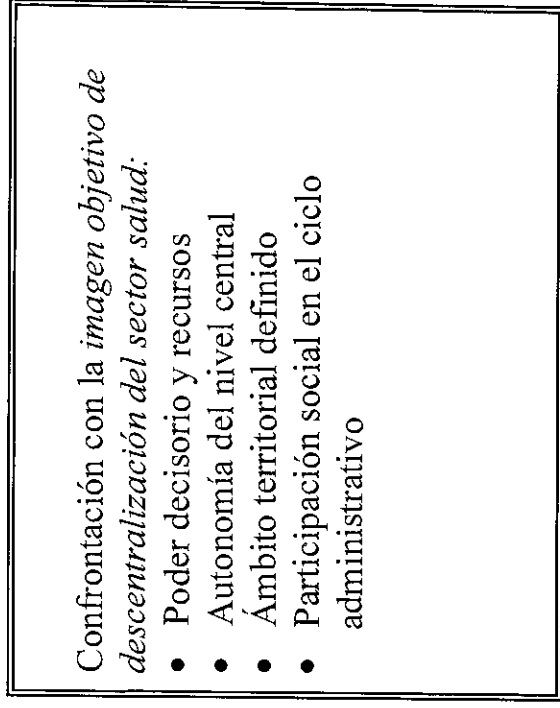
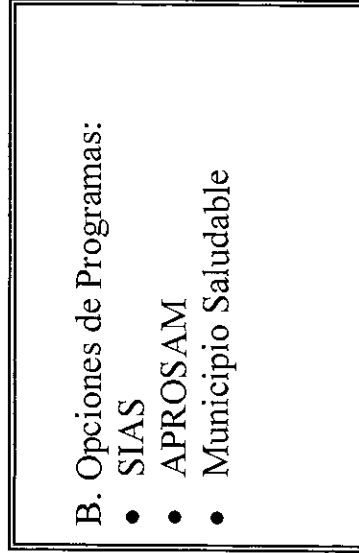
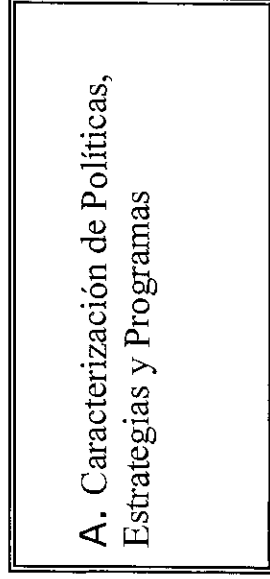
Fuente: Instancia Nacional de Salud, 2001.

1. Modelo de análisis de 3 niveles

Descentralización del Sector Salud



2. Modelo de Análisis nivel nacional.



3. Operacionalización de variables

Concepto	Variable teórica de referencia	Definición operacional	Criterio de verificación
Centralismo gestión gubernamental, nivel central, área	Es la concentración de las decisiones y los recursos en la unidad estatal jerárquicamente superior.	Concentración de decisiones sobre las siguientes funciones o más: planificación, presupuesto, programas y servicios ofrecidos.	Mayor espacio de decisión ubicado en el nivel central del MSPAS respecto al siguiente nivel.
Formulación centralizada de políticas	Es la elaboración de lineamientos de política y disposiciones programáticas en el nivel central del MSPAS sin participación de unidades descentradas	Las políticas y programas son definidos en el nivel central y posteriormente notificados a los niveles desconcentrados (Área y Distrito de Salud)	Guía de entrevista: Consulta sobre la pertinencia de políticas o programas a implementar en el Área y/o Distrito.
Centralismo de la gestión distrital	Concentración de las decisiones en la/el director del Distrito.	Estructura jerárquica claramente definida, esquema piramidal con estilo de dirección autárquico	Estilo de dirección autoritario Ausencia de trabajo en equipo
Contexto municipal adverso	Elementos del contexto que desincentivan la oferta de prestación privada de servicios de salud.	IDH bajo Áreas de difícil acceso (geográfico). Situación política Desmovilización, migración.	Guía de entrevista : Motivos de ONG para licitar servicios. Razones para la no conformación de APROSAM Documentos: Diagnóstico y Plan Municipal
Obstáculos a la descentralización en el municipio	Problemas identificados en las fases del ciclo administrativo tanto a nivel de los procesos como en cuanto a la participación	Cualquier dificultad que limite la toma de decisiones con participación social en el municipio en las fases del ciclo administrativo	Ver tipología de problemas

5. Análisis del Espacio de decisión

- 1) ¿En qué nivel descentrado o institución autónoma se decide?
- 2) ¿El margen de decisión es alto, moderado o bajo?

Escala de conceptualización:

Alto: la decisión depende del nivel descentralizado

Moderado: la decisión está condicionada o regulada por el nivel central

Bajo: el nivel descentralizado participa en la decisión pero ésta depende del nivel central

Procesos del ciclo Administrativo	Espacio De Decisión	MSPAS Central	Area	Distrito	SIAS	Municipio Saludable	APROSAM
Planificación, Programación de los servicios	Fuentes de Ingreso Asignación y distribución del presupuesto Planificación Priorización local /nacional						
Organización de los servicios	Elección de programas y servicios ofrecidos						
Administración de los servicios	Definición de normas de servicio y acceso Compras y suministros Contabilidad						
Recursos humanos	Contratación Remuneración del personal						

X= Alto
 *= Moderado
 ?= Bajo

1. OBSTACULOS IDENTIFICADOS EN LAS INSTITUCIONES MUNICIPALES

PROCESO	VARIABLE TEORICA DE REFERENCIA	TIPOLOGIA DE PROBLEMAS
Planificación	Es decir por adelantado lo que se va a hacer, cómo hacerlo, cuándo hacerlo y quién deberá hacerlo. Nos ayuda a llegar a donde queremos llegar: -Normativa (centralizada) -Estratégica (participativa)	1. Inadecuada formulación de planes de trabajo 2. Incumplimiento de la programación 3. Planificación no corresponde con presupuesto 5. Incongruencia entre planificación central y local
Organización	Establece los mecanismos para coordinar el trabajo de las diferentes personas dentro de la organización - Complejidad - Formalización - Centralización	1. Carencia o desactualización de manuales, normas y reglamentos 2. Falta de coordinación y comunicación entre áreas de trabajo 3. Falta de promoción del trabajo en equipo 6. Falta de puestos
Dirección	Comportamiento del director: - Autocrática - Democrática - Laissez-faire Estilo de dirección: (según se centre en la tarea o en las personas)	1. Estilo de dirección autocrático 2. Resistencia del nivel central en delegar poder de decisión y recursos 3. Interferencia del nivel central en el nivel local 5. Inadecuada supervisión del equipo 6. Falta de coordinación 7. Alta centralización en la toma de decisiones
Control	Sistema de información Sistema de supervisión	1. Instrumentos de supervisión insuficientes o inadecuados 2. Programación de acciones insuficiente e inadecuada 3. Falta de controles internos

Fuente: Elaboración propia con base en información obtenida de las entrevistas

B. Marco de referencia

1. Tendencias de descentralización del sector salud

a. Los procesos de reforma del sector salud y el paradigma dominante

La reciente proliferación y la tendencia dominante en cuanto a políticas de descentralización es «parte de un proceso global de reformas políticas económicas y técnicas que incluyen la “democratización” y quizás más importante la modernización neoliberal del Estado». Dicha modernización plantea: 1) promover la descentralización institucional y territorial como “*una manera de introducir competencia y conciencia de costo en el sector público*” y 2) desarrollar un nuevo modelo de Estado cuyas funciones se reducen a un rol normativo y supervisor de entes privados (Bossert 2000: 3).

En ese mismo sentido Ozlak señala que el debate sobre la modernización del Estado se centra en tres cuestiones fundamentales que deben ser analizadas para abordar la descentralización en el campo de la salud: 1) los límites de la intervención estatal, 2) las posibilidades de gobernabilidad social y 3) la inacción de la burocracia establecida y su incongruencia con los valores de eficiencia y desempeño responsable. Con relación a la primera de estas tres cuestiones, Ozlak apunta también que la tendencia dominante apunta hacia la reducción del tamaño y formas de intervención del Estado (doctrina de subsidiariedad), la cual es promovida por «los ideólogos del gobierno chico y barato...sosteniendo que el mercado es el más eficaz regulador de las transacciones sociales y que la excesiva presencia estatal distorsiona o impide el pleno funcionamiento de su benévola “*mano invisible*”» (Ozlak, 1988:61).

Para el caso de la descentralización del sector salud, un impulso técnico adicional a los procesos antes descritos lo ha sido la promoción de intervenciones en servicios de salud primaria, altamente eficaces por su costo, desde ámbitos como la Conferencia de Alma Ata hasta el Informe del Banco Mundial de 1993 (Bossert 2000: 4).

b. Principales experiencias de descentralización del sector salud en América Latina

En 1990 en Quito Ecuador, el Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, La Organización Panamericana de la Salud y el Gobierno de Ecuador organizaron y desarrollaron el Seminario Taller Regional sobre Descentralización de los Servicios de Salud, como estrategia para el desarrollo de los sistemas locales de salud.

En este seminario se hizo un análisis comparativo en materia de descentralización de los servicios de salud, en 15 países de América Latina (Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela).

Su propósito fue aprovechar las experiencias nacionales en los procesos de descentralización y señalar posibles oportunidades respecto al desarrollo y la funcionalidad de los Sistemas Lo-cales de Salud (SILOS).

Dentro de las principales conclusiones del análisis se planteó que entre los factores externos e internos que influyen de forma negativa en los procesos de descentralización de salud está la inestabilidad y la variabilidad de la voluntad política así como los frecuentes cambios de ministros del sector. Otra conclusión importante fue la necesidad de institucionalizar la relación entre la oferta del nivel central con la demanda del nivel local, de una manera continua en el mediano y largo plazo.

Además de plantearse que no se deben estandarizar modelos dadas la particularidades demográficas, históricas, geográficas y ecológicas de cada país, una última conclusión fue que hubo cambios favorables en los países con relación a la percepción de los procesos democráticos, la participación popular en la toma de decisiones y la necesidad de desarrollar modelos gerenciales alternativos en el nivel local (CELAD/OPS 1990: 125 – 32).

Una década más tarde, un recorrido por los procesos de descentralización implementados en Latinoamérica indica que los principales caminos seguidos han sido fundamentalmente la devolución, la desconcentración y la privatización de los servicios de salud.

Con relación a los procesos de descentralización orientados a la devolución del poder de decisión a los gobiernos municipales, no existe un acuerdo general sobre el impacto de la descentralización que pueda respaldar a defensores o detractores extremos de la descentralización. Si para el sector salud se plantea que ésta puede lograr objetivos de mayor eficiencia, eficacia, calidad, viabilidad financiera y sintonía con las preferencias locales; los resultados han sido más bien mixtos (Bossert 2000:1).

En un estudio de experiencias de descentralización de la salud orientada a la devolución en 4 países (Bolivia, Chile, Argentina y Colombia) se concluyó que lo más probable es que los procesos de descentralización no mejoren ni desestabilicen radicalmente un sistema de salud y que su eficiencia y calidad no están claras. Lo que se observó es que una descentralización bien planificada puede aumentar la equidad distributiva y generar otros efectos positivos, tales como un aumento en el financiamiento de la prevención y la promoción. Además, los diferentes estudios dejaron claro que el nivel central carece de sistemas de monitoreo adecuados para evaluar a los niveles locales en cuanto a los objetivos de la política nacional (Bossert 2.000:12).

La investigación a la que Bossert hace referencia se trató de un estudio comparativo que evaluó la implementación de procesos de descentralización en los países ya mencionados a través del método de

“espacio de decisión”. Se analizó el rango de alternativas que las municipalidades poseían en funciones como financiamiento, prestación de servicios, recursos humanos, focalización y administración.

Las municipalidades tuvieron los rangos de decisión más amplios en lo referente a contratación de servicios privados y decisiones administrativas, el rango de decisión para asignaciones financieras tendió a ser moderado y el de recursos humanos, provisión de servicios y definición y priorización fue el más reducido.

Para el caso de Colombia y Bolivia, un porcentaje de las transferencias intergubernamentales era obligatoria para salud lo que resulta en un gasto per cápita más equitativo. En cuanto a la organización, las municipalidades fueron innovadoras al incluir servicios que no eran parte del paquete básico de los ministerios. El estudio también evidenció que había capacidades institucionales diferentes que impactaban de forma diferenciada en los procesos. La relación entre descentralización y desempeño no reflejó cambios importantes (Bossert 2,002: 2-6).

En otro estudio que analiza las diferentes experiencias de 6 países, se concluye que en algunos de ellos la descentralización ha tenido resultados nocivos para la prestación de servicios de salud, ya que se delegaron elementos de gestión financiera pero se dispersaron los mecanismos de rendición de cuentas. Se señala que para mejorar la calidad de la atención en salud se deberá ir más allá de delegar activos y personal a los gobiernos municipales y abogan por la introducción del sector privado (Burki 1999:sp).

Para una profundización sobre los principales hallazgos, características de los procesos y conclusiones de las experiencias citadas, la información por países se sintetizó en el anexo 4.

2. La descentralización del sector salud en Guatemala

a. Contextualización y breve caracterización del sistema de salud

El comportamiento económico de Guatemala en la última década ha estado condicionado por la aplicación de reformas estructurales así como por factores externos e internos. Aunque las tasas de crecimiento económico se elevaron al 5% en 1995 y 1998 se han registrado desaceleraciones en la producción y cayeron a 3.3% en los años 1996 y 1999. El modelo de economía agroexportadora primaria continúa predominando y se ha desarrollado en menor medida un limitado sector industrial y de servicios urbanos (Durán 2001:4)

De los 7 países de Centroamérica Guatemala tiene la población más grande y el PNB más alto. Ocupa el segundo lugar en extensión territorial, el quinto en PIB per cápita y posee los peores indicadores sociales de la región en materia de analfabetismo 31.9%, esperanza de vida al nacer 64.5, pobreza 57.9% bajo la línea

nacional índice de desarrollo humano 0.626. Adicionalmente, Guatemala ocupa el segundo lugar en Latinoamérica en cuanto a concentración de ingresos y, por ende, iniquidad social, ya que la razón entre el ingreso promedio del 10% de la población de mayor ingreso es de 18.2 con relación al 40% de la población de menores ingresos (coeficiente de Ginni de 0.55) (MSPAS 2001:8).

El gasto público social fue de 5.6% en el 2000 de un presupuesto nacional que ronda en el 14% del PIB (media latinoamericana entre 17.5 y 18%). El gasto público en salud ha estado entre el 1.1 y 1.2% del PIB (del cual el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) apenas supera el 0.8%). Cabe resaltar que los diferentes indicadores presentados no dan cuenta de las inequidades étnicas, geográficas y de género reportadas en diferentes estudios nacionales. «En materia de salud, el 26% de la población tiene acceso a los programas de salud integral del MSPAS, mientras que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) ofrece cobertura en salud al 17% de la población total, lo que implica que cerca del 60% de la población afronta carencias en el acceso a servicios integrales de salud» (Durán 2001:65).

En Guatemala el sistema de salud es fragmentario e inequitativo y se caracteriza por diversos grados de exclusión de acuerdo a factores como ruralidad, etnicidad, género, condición socioeconómica, disponibilidad de servicios, déficit de infraestructura adecuada, restricciones jurídicas. El Sistema de Salud posee las siguientes características:

1) Segmentación

- El MSPAS atiende principalmente a los grupos de bajos ingresos y presta servicios a todos los demandantes.
- El IGSS presta servicios a las personas asalariadas y sus familias. Sus principales usuarios son los empleados de ingresos medios y bajos del área metropolitana y cabeceras departamentales del interior del país
- Seguros Privados: Tienen poca cobertura y un peso mínimo del gasto en salud.
- [Servicios privados: Los pobres acuden principalmente a farmacias privadas para automedicación y los grupos de mayores ingresos invierten mayoritariamente en asistencia sanatorial.

2) Fragmentación

Las principales instituciones públicas (MSPAS e IGSS) son financiadoras y cuentan con una red de servicios que regulan con autonomía. Los proveedores privados deben ser registrados y supervisados por el MSPAS, pero en la práctica no se controla su operación.

3) Predominio del pago directo de bolsillo

En 1998, el 50% del gasto nacional de salud (aprox. 3.5% del PIB) resultó del gasto de los hogares. De éstos el 61% son gastos directos de bolsillo. Más de la mitad del gasto de bolsillo se dirige a la compra de medicamentos, debido a un control relajado del expendio y a la falta de acceso económico a consulta médica, por lo que es una de las respuestas más frecuentes de los hogares ante un problema de salud. Cabe señalar que dicho gasto de bolsillo compite con otros productos de la canasta básica de la población en situación de pobreza, por lo que en ningún caso debe ser interpretado como capacidad de pago.

4) Sistema regulatorio débil

El MSPAS formalmente es el ente rector pero no influye sobre los servicios prestados por el IGSS, proveedores privados o seguros privados de salud (MSPAS, 2001. Opcit.).

En síntesis, «Guatemala es uno de los países latinoamericanos que actualmente cuenta con los peores indicadores sociales de la región y con un sistema de salud que enfrenta muchos obstáculos y no logra alcanzar sus metas. Entre los principales pueden mencionarse: la ausencia de políticas económicas y sociales que permitan incidir en los determinantes condicionantes de la salud, el bajo porcentaje del gasto público dirigido a la salud (históricamente alrededor del 1% del PIB) y la falta de adecuación de las políticas y acciones sectoriales a la realidad nacional, especialmente a partir de los últimos intentos de Reforma Sectorial» (INS 2001: 3).

b. El proceso de Reforma del Sector Salud en Guatemala

Como parte del ajuste estructural y la modernización en Guatemala se inició un proceso de Reforma del Sector Salud basada en los lineamientos dictados por el BM en su *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud*, a partir del cual se derivaron estrategias como la racionalidad del gasto público, el impulso de paquetes mínimos de servicios, la diversificación de fuentes de financiamiento y la contratación y prestación privada de servicios de salud. La Reforma tiene como ejes la reestructuración del MSPAS y el IGSS, donde el MSPAS tiene la rectoría en este proceso. El rol asignado por el BID al MSPAS es el normativo y financiador subsidiario mientras que el definido para el IGSS es el de aseguramiento (Verdugo 1999: 2).

Ello queda expresado en los diferentes elementos planteados en su estrategia los cuales son:

1. Especialización de funciones de MSPAS e IGSS como organismos de rectoría y aseguramiento respectivamente.
2. Descentralización de sus funciones operativas hacia niveles regionales y/o locales
3. Separación de las funciones de financiamiento y de provisión de servicios de salud

4. Transformación de hospitales en entidades desconcentradas «proveedores públicos y privados transformados en entidades desconcentradas con orientación empresarial y estructuras propias de direccionamiento, gestión y financiamiento».
5. Introducción de nuevos esquemas de financiamiento del sector salud, primordialmente a través de nuevos sistemas de aseguramiento, tanto públicos como privados (BID 2000:5)

c. Marco jurídico de la descentralización en Guatemala.

1) Marco Jurídico en General

Desde la institucionalidad pública el objetivo central de la descentralización debería ser la adopción de una administración capaz de cumplir con sus fines, en la forma más eficaz, eficiente y con legitimidad política. En este capítulo, se hará referencia a normas jurídicas de carácter constitucional, legal y reglamentarias, en las que es aplicable la teoría del Derecho Administrativo.

Para identificar y analizar la evolución del marco jurídico de la descentralización se hará referencia a 3 etapas:

La primera, que inicia con la vigencia de la Constitución Política de la República de Guatemala y sus reformas, sin que se desarrollara el marco normativo ordinario para su efectiva aplicación. (1986 a 1996).

La segunda, cuyo punto de inicio se plantea a partir de los compromisos de los Acuerdos de Paz y posteriormente con la entrada en vigencia de la Ley del Organismo Ejecutivo, decreto 114-97, el cual fue la directriz durante el período de gobierno 1996- 2000 y los dos primeros años de gobierno del FRG (enero de 1998 a mayo de 2002).

La tercera, que ha tenido lugar recientemente y que corresponde a la aprobación de la Ley General de Descentralización y otras reformas legales (Código Municipal y Ley de Consejos de Desarrollo) y que inició a partir del uno de julio del 2002, fecha en que entró en vigencia la Ley General de Descentralización, decreto 14-2002.

a) La descentralización y el derecho a la salud en la Constitución Política

La Constitución Política de la República, en el Capítulo de Derechos Sociales, destina una sección completa a aspectos de la salud, seguridad y asistencia social. En el artículo 93 se garantiza el derecho a la salud sin discriminación alguna. En el artículo 94 se establece como obligación del Estado, las acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación de la salud y en el artículo 95 se declara la salud como un bien público.

En el artículo 98, se establece el derecho y deber de las comunidades de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud, aspectos que son punto de partida para el desarrollo de la legislación ordinaria, reglamentaria y ejecución de programas de salud.

La enunciación como *derecho* tiene, en concordancia con los artículos precedentes, implicaciones para el Estado, en términos de asegurar que en la prestación de los servicios y ejecución de programas se consideren mecanismos que permitan la participación de las comunidades en forma previa mediante la planificación concertada, en la ejecución y posterior evaluación de los servicios. En tanto, que la consideración de *deber* se compele a los ciudadanos a intervenir y sujetarse a las políticas de salud.

En el terreno de la realidad, la disposición centralizada actual de los servicios de salud, niega de hecho la posibilidad de participación en la planificación de las acciones de salud. Mientras que en la ejecución de los servicios, la población se convierte en objeto de dichas acciones, sin involucrarse en las condiciones que el texto constitucional le atribuye.

De la misma manera, el modelo centralizado no está sujeto a la evaluación posterior de las acciones de salud, cuya disposición de servicios no está dotada de mecanismos efectivos de evaluación. Con el agravante que la administración central no cuenta ni con los mecanismos ni con los recursos necesarios para hacer una evaluación permanente y sistemática.

La Constitución Política de la República hace referencia específica a la descentralización de la administración pública con el propósito de realizar los fines supremos del Estado. Sin embargo, la descentralización es una de muchas disposiciones no desarrolladas en el texto constitucional. Aunado a ello, se desarrolló otro proceso histórico de múltiples causas, que dio como resultado la existencia de una alta centralización del poder.

Las principales referencias de la carta magna sobre la descentralización se encuentran en el artículo 119, referente a las Obligaciones del Estado sobre el Régimen Económico y Social, en cuyo inciso b) se establece: «Promover en forma sistemática la descentralización económica y administrativa, para lograr un adecuado desarrollo del país».

En el artículo 134 se establece el marco normativo de las entidades descentralizadas y autónomas, y se reserva ese carácter al municipio y otras entidades que se creen por disposición de ley aprobada con el voto favorable de dos terceras partes del Congreso de la República, (mayoría calificada).

En el capítulo de Régimen administrativo, artículo 224, División Administrativa, se establece la división del territorio de la República en departamentos y éstos en municipios, claramente expresa que “la

administración será descentralizada y se establecerán regiones de desarrollo con criterios económicos, sociales y culturales”.

La Constitución en los artículos 225, 226, 228 da lugar a los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, para facilitar la descentralización administrativa, cumplir con la prestación de servicios (educación, salud, etc.) con eficiencia y eficacia con la participación activa de las municipalidades y población.

Finalmente, la disposición constitucional contenida en el artículo 257, contempla el aumento de la asignación presupuestaria del 10 por ciento a partir de la reforma constitucional de 1994, aunque no se explicita como medida de descentralización, puede interpretarse como el impulso de una política de descentralización del Estado.

b) Los Acuerdos de Paz

Una década después de la vigencia de la actual Constitución de la República y ante el evidente estancamiento de medidas concretas en el plano de la descentralización administrativa, el Acuerdo de Paz sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, (mayo de 1996) en el capítulo de Desarrollo Social, al enumerar las funciones del Estado en la política social, contempla el compromiso de «Mejorar la administración de los recursos e inversiones públicos mediante su descentralización, desconcentración y desburocratización, reformando los mecanismos de ejecución presupuestaria asegurando su autonomía en las decisiones y el manejo financiero a fin de garantizar su eficiencia y transparencia, y fortaleciendo los mecanismos de fiscalización y auditoría» (Acuerdos de Paz, numeral 20 literal d, 1998 : 113).

En el mismo acuerdo capítulo IV, Modernización de la Administración Pública y Política Fiscal, se estableció «profundizar la descentralización y 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 socioeconómico y fomentar una estrecha interacción entre los órganos estatales y la población». Ello implica:

«Promover una reforma de la ley del Organismo Ejecutivo y de la Ley de Gobernación y Administración de los Departamentos de la República y, en particular, del Decreto 586 de 1956, a fin de permitir la simplificación descentralización y desconcentración de la administración pública».

«Promover la descentralización de los sistemas de apoyo, incluyendo el sistema de compras y contrataciones, el sistema de recursos humanos, el sistema de información y estadísticas y el sistema de administración financiera» (Acuerdos de Paz, literal a, incisos i,ii, 1998. p:133).

También se estableció el compromiso que en la Regionalización del país se tomen en cuenta no solo los criterios económicos y sociales sino también los culturales, lingüísticos y ambientales (Acuerdos de Paz. 1998. Acuerdos sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria: 109).

c) **La Ley del Organismo Ejecutivo**

En 1997 fue aprobada la Ley del Organismo Ejecutivo, decreto 114-97, (reformada con el decreto 22-99) en la cual se contempló el marco legal de la descentralización, y quedó regulada la “delegación” de las funciones de gestión administrativa y de ejecución y supervisión de la obra y de servicios públicos a terceras personas, cuando el Ejecutivo lo considere idóneo para lograr una mayor eficiencia y eficacia en el cumplimiento de sus funciones.

En esta ley se otorgó a los ministros de Estado la atribución de desconcentrar y descentralizar las funciones y servicios públicos que corresponden a su ramo y delegar las funciones de gestión administrativa, ejecución y supervisión.

Durante la gestión de Gobierno del Partido de Avanzada Nacional, PAN, que firmó los acuerdos de paz y aprobó esta ley del Ejecutivo, el marco normativo se utilizó únicamente para la delegación de ejecución y supervisión de proyectos de obras de infraestructura, al tiempo que se desmantelaba la gigantesca burocracia en el ramo de Comunicaciones, Transportes y Obras Públicas.

La Ley del Organismo Ejecutivo, decreto 114-97, contempló, en su momento, el marco legal de la descentralización. En su artículo 3º reguló la “delegación” de las funciones de gestión administrativa y de ejecución y supervisión de la obra y de servicios públicos a terceras personas, en los casos que el Ejecutivo lo considere idóneo para lograr una mayor eficiencia y eficacia en el cumplimiento de sus funciones. La normativa prohibió la delegación de las funciones normativa, reguladora y de financiación subsidiaria.

El artículo 27, literal d), confiere a los ministros de Estado la atribución de desconcentrar y descentralizar las funciones y servicios públicos que corresponden a su ramo y de delegar las funciones de gestión administrativa, ejecución y supervisión de conformidad con esta ley.

Estas disposiciones de la Ley del Organismo Ejecutivo, fueron tácitamente reformadas¹ por la ley de Descentralización, la cual entró en vigencia el día uno de julio de 2002. La Ley General de Descentralización, fija un marco restrictivo al proceso concebido en la Ley del Organismo Ejecutivo, por cuanto la nueva ley involucra como sujeto de la descentralización al Municipio, con lo que se cierra de

¹ El decreto 14-2002, Ley General de Descentralización no contiene disposiciones derogatorias, pero según artículo 8, de la Ley del Organismo Judicial las leyes se derogan por leyes posteriores: parcialmente por incompatibilidad de disposiciones contenidas en las leyes nuevas con las precedentes... porque la nueva ley regule, por completo, la materia considerada por la ley anterior.

alguna manera, el impulso que pretendió inhibir al Estado del cumplimiento de todas sus obligaciones sociales.

d) **Reformas legales relacionadas con la descentralización y aprobación de la Ley General de Descentralización**

En marzo de 2002 fue aprobada por el Congreso la Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural (Decreto 11-2002); mientras que en abril se aprobaron el Código Municipal (Decreto 12-2002) y la ley General de Descentralización (Decreto 14-2002), estas dos pendientes de publicación por el Diario Oficial.

La aprobación de dichas leyes se da como resultado de un proceso de acuerdos políticos con las minorías parlamentarias, luego de profundos debates, incluso al interior de los grupos de gobierno y la bancada mayoritaria. El debate público de las nuevas leyes se ha limitado a los grupos parlamentarios que finalmente aprobaron los textos, pero no se desarrolló una discusión seria y más amplia sobre los contenidos de sus textos y mucho menos sobre la potencialidad que implican para el cuerpo social.

Una dificultad y un riesgo mayúsculo lo representa el tema de la autonomía municipal, puesto que las interpretaciones más conservadoras encuentran en este principio contradicciones con el texto constitucional. Se advierte que esta postura crítica no postula ni pretende disminuir la autonomía municipal, pero sí estima la posibilidad de articularla a razonables mecanismos de coordinación que le permitan al conjunto de las instituciones del Estado, la realización de sus fines supremos.

Es también importante destacar que desde el principio de la discusión de la Ley General de Descentralización hasta el momento final de su aprobación, la definición de la autoridad en materia de descentralización fue motivo de permanente tensión y disputa, por la Secretaría Ejecutiva de la Presidencia, encabezada entonces, por el Ingeniero Harris Witbek Piñol y el Comisionado Presidencial para la Descentralización, Licenciado Rokaël Cardona.

• **La Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural**

La ley que regula el Sistema de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural en Guatemala es uno de los cuerpos legales que contiene los mecanismos para la participación ciudadana. El sistema de Consejos, en el fondo, persigue a través de órganos integrados por representantes de gobierno y sociedad civil, llevar a cabo una planificación más democrática y participativa del desarrollo en el país.

Una nueva ley de Consejos de Desarrollo fue aprobada recientemente, se plantean muchos cambios positivos, pues abren los espacios de participación ciudadana, incluyen representantes de los pueblos maya, xinca y garífuna, así como de mujeres en todos los niveles del sistema. El nuevo texto reconoce el nivel

comunitario de participación dentro del sistema, es decir, la existencia de consejos comunitarios de desarrollo, representados a través de sus alcaldes comunitarios ante el Consejo Municipal de Desarrollo.

- **Reformas al Código Municipal**

El Código Municipal regula lo relacionado al ejercicio de la función de gobierno en los municipios. El nuevo Código, decreto 12-2002, contiene una serie de disposiciones vinculadas a la nueva ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural y a la Ley General de Descentralización.

El nuevo Código Municipal tiene claras referencias al proceso de descentralización hacia los municipios, al reconocimiento de la multiétnicidad, plurilingüismo y pluriculturalidad del país y al fortalecimiento de la autonomía municipal. Así también, contiene disposiciones a favor de la ampliación de los mecanismos de consulta para la participación ciudadana en los gobiernos locales.

- **La Ley General de Descentralización.**

La Ley General de Descentralización, Decreto 14-2002, desarrolla por primera vez las escuetas referencias y mandatos constitucionales, respecto del proceso de descentralización, apenas reproducidos en la Ley del Organismo Ejecutivo, decreto 114-97.

Esta ley guarda una relación estrecha con los nuevos marcos normativos que rigen sobre la institucionalidad del municipio y el sistema de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. Otros cambios legales en materia de descentralización y los principales contenidos de la nueva legislación vigente se destacan en el anexo 2.

2) **Marco Jurídico de la descentralización del sector salud.**

a) **Código de salud**

El Código de salud, decreto 90-97, establece en el capítulo uno, artículo primero que todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.

Para ello, en los artículos cuarto, quinto y décimo primero del mismo capítulo se establece como obligación del Estado:

«...velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con las instituciones estatales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y

sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados»

«Artículo 5. Participación de la comunidad El Estado garantizará el ejercicio del derecho y cumplimiento del deber de la comunidad de participar en la administración parcial o total de los programas y servicios de salud. Para fines de este código, en lo sucesivo la administración comprenderá la planificación, organización, dirección, ejecución, control y fiscalización social».

«Artículo 11. Programación y administración de los servicios de salud. La organización y administración de los programas y servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud, contemplados en el presente Código será desconcentrada y descentralizada según las necesidades de la población y del proceso de modernización administrativa del sector. Las instituciones del Sector para la administración y prestación de servicios, establecerán áreas de influencia para atender grupos de población preferentemente coincidentes con los espacios territoriales de los departamentos y municipios de la República».

En el artículo 16 del capítulo IV Organización y Funciones del Ministerio de Salud, se establece que «la organización del Ministerio de Salud estará basada en la Ley del Organismo Ejecutivo, y estará enmarcada dentro de las estrategias de descentralización, desconcentración y participación social...».

b) Patronatos Pro Salud

El Acuerdo Gubernativo 8-95 establece la delegación de funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a los Patronatos Pro Salud.

En el artículo 1, de dicho acuerdo se establece que «La dirección, organización, coordinación, supervisión y administración de los hospitales públicos, centros y puestos de salud y demás dependencias hospitalarias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social podrán ser encomendadas a patronatos Pro Salud, según el convenio que se celebre y suscriba para el efecto».

En el artículo 2, del mismo acuerdo, «Los patronatos Pro Salud se organizarán por libre iniciativa de las propias comunidades, y gozarán de libertad absoluta para conformar sus juntas directivas y las comisiones que consideren necesarias. Deberán estar integrados por personas mayores de edad, de reconocida honorabilidad, pertenecientes a la comunidad del área en que se ubique el hospital, centro o puesto de salud. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como las autoridades locales de cada municipio, deberán incentivar la formación de dichos entes en sus comunidades...».

c) Acuerdo Gubernativo 33-99

La delegación de funciones de gestión administrativa y de ejecución y supervisión de los servicios públicos de salud está reglamentada a través del Acuerdo Gubernativo 33-99 el 30 de enero de 1999, el cual establece:

«Artículo 1. Se delegan las funciones de gestión administrativa y de ejecución y supervisión de la prestación de servicios públicos de salud en terceras personas, comités, patronatos, asociaciones,

fundaciones o entidades creadas o reconocidas por ley, ya sean de carácter privado o público, que entre sus objetivos esté comprendida la prestación de servicios de salud».

«Artículo 2. La gestión administrativa, ejecución y supervisión de los servicios relacionados con la salud deberá ser realizada dentro del territorio nacional por los miembros de la entidad con la que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social celebre el convenio, cuando se trate de persona jurídica y, por el correspondiente contrato administrativo cuando sea persona individual».

«Artículo 4. Para que las personas, individuales o jurídicas, en quienes se delegan las funciones de gestión administrativa, y ejecución y supervisión de los servicios de salud en la forma prevista en este acuerdo, puedan alcanzar sus fines, deberán celebrar un convenio o contrato administrativo, según sea el caso, en el que deberá quedar establecida la forma, clase y ámbito territorial, en que la prestación del servicio deberá ser realizada, ya sea en actividades de ejecución, supervisión o bien de gestión administrativa».

«Artículo 5. Los convenios que se celebren para el ejercicio de las funciones a que se refiere este acuerdo... deberán ser aprobados por acuerdo ministerial conjunto entre los Ministerios de Finanzas Públicas y el de Salud Pública y Asistencia Social».

d) Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

En el artículo 1. Naturaleza y ámbito del Reglamento, establece que éste regulará al Ministerio de Salud en «...la estructura interna y funciones así como la organización y desarrollo, de los servicios de salud con base en los principios de Desconcentración y Descentralización de sus procesos técnico administrativos».

En el artículo 12, Funciones del Ministro. Establece en el inciso d) que dentro de esas funciones está «descentralizar o desconcentrar las funciones o procesos técnico administrativos relacionados con el desarrollo de los programas y la prestación de los servicios de salud dirigidos a la población». Y en el inciso h) «Promover la participación social en el desarrollo de las acciones de la salud».

El artículo 58, Funciones de la Dirección de Áreas de Salud. Establece en los incisos a, k, l y m los siguiente: a) «Asegurar la articulación y funcionamiento eficaz y eficiente de la red de servicios departamentales y de los establecimientos sanitarios mediante la planificación programación, capacitación, supervisión y evaluación de los servicios básicos y ampliados. k) Suscribir convenios con entidades privadas y comunitarias para la administración y/o prestación de servicios de salud dirigidos a la población de su jurisdicción. l) Participar en la vigilancia y control de prestadoras y administradoras de servicios de salud en el ámbito de su jurisdicción; m) Promover la participación social y comunitaria en la gerencia, monitoreo y evaluación de los servicios de salud».

El artículo 84 de este reglamento da la facultad a las Direcciones de Área de Salud, y a los hospitales para ejecutar directamente el presupuesto asignado, pero bajo la supervisión y control de las Direcciones de Área, para ejercer control sobre la ejecución presupuestaria de todas las instituciones de salud bajo su

jurisdicción y de los recursos financieros asignados a prestadoras de servicios con las que se tengan convenios o contratos.

Los artículos 86, 87 y 88, establecen la delegación de la ejecución directa de todas las actividades de contabilidad financiera, tesorería y control de inventarios a las Direcciones de Áreas de Salud con el requerimiento de informar a la Gerencia General del Ministerio.

En los artículos 89, 91 y 94, sección II y III se regula la desconcentración de la administración de los recursos humanos y de servicios. Según el artículo 94 «El Ministerio de Salud continuará estableciendo otros mecanismos y estrategias para la desconcentración de procesos técnico administrativos, programas y servicios de salud a la población en las Áreas y distritos municipales de salud en el contexto de modernización del Estado y sus instituciones».

e) Secretaría de Desconcentración, Descentralización y Modernización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Esta secretaría fue creada a través del acuerdo ministerial No. SP-592-2000. Tendrá como funciones y atribuciones principales según su Artículo 2:

- Diagnóstico sobre la administración actual en cada una de las cuatro Direcciones y/o Gerencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y en todas las Direcciones de Área de Salud y sus áreas de influencia (central, departamentales y distritales) del mismo Ministerio,
- Proporcionar asesoría a las autoridades superiores, intermedias y locales sobre el proceso de desconcentración, descentralización y modernización de los servicios de salud,
- Elaborar y ejecutar programas de capacitación y adiestramiento del personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en todos los niveles y todas las áreas a nivel nacional, así como para los Consejos de Desarrollo Departamentales y Municipales, comunidad organizada, ONG, cooperativas, grupos de presión y otros, para involucrarlos en el proceso de desconcentración y descentralización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social,
- Brindar seguimiento y evaluación en el proceso de desconcentración y descentralización, con el propósito de detectar deficiencias y proponer acciones correctivas a las instancias respectivas,
- Solicitar apoyo a las municipalidades, gobernaciones y demás instituciones afines para la correcta aplicación y coordinación del proceso de desconcentración y descentralización,
- Asistir a sesiones y/o audiencias que la Secretaría Ejecutiva y/o el comisionado de la Presidencia de la República y/o la Secretaría de Desarrollo Social de la presidencia convoquen para coordinar el proceso integral de desconcentración y descentralización del poder ejecutivo.

3) Consideraciones sobre el marco jurídico de la descentralización

Con la aprobación de la Ley del Organismo Ejecutivo, Decreto 114-97, del Partido de Avanzada Nacional, PAN, se estableció un marco de descentralización inspirado en la ideología de dicho partido, la cual considera que la participación del Estado en los servicios públicos debe ser limitada. Ese marco jurídico se dirigió a retirar competencias al Organismo Ejecutivo y trasladarlas a cualquier tipo de entidades con escasa o nula regulación estatal.

Por otra parte, sin otras disposiciones legales aplicables al proceso de descentralización, éste era concebido de una vía, es decir de la voluntad del organismo ejecutivo de trasladar competencias, sin que el municipio tuviera, como lo tiene ahora, mecanismos para involucrarse.

La Ley General de Descentralización, Decreto 14-2002, tiene un marco diferente, en el que se requiere para cualquier caso de delegación de competencias, que medie el consentimiento formal del municipio. No cualquier entidad puede desempeñar competencias atribuidas por el ejecutivo.

El conjunto de modificaciones al Código Municipal y Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, posibilitan un camino de doble vía para el proceso de descentralización entre el ejecutivo y los municipios, y contienen además mecanismos de amplia participación ciudadana, que incluyen la auditoría social.

Los sujetos claves del proceso de descentralización son: el **Organismo Ejecutivo**, concentrador de competencias, poder y recursos, que por mandato constitucional debe proceder a la fragmentación ordenada, gradual y con aspiración de hacer efectiva la realización de sus fines supremos y el **municipio** “la unidad básica de la organización territorial del Estado”, sobre el cual recaen los desafíos de un proceso de consolidación democrática y del despegue de un modelo de desarrollo participativo, según el recientemente marco legal aprobado.

Algunas implicaciones de los cambios legales descritos que pueden representar oportunidades en el campo de la salud son:

- La incorporación de los procesos de participación en salud a los espacios abiertos a partir de las nuevas leyes, tales como los Consejos Comunitarios de Desarrollo, así como el conocimiento y utilización de los mecanismos de participación, consulta y auditoría social establecidos en el nuevo Código Municipal.
- La incorporación de la temática de salud como una de las prioridades de los procesos de descentralización y su rectificación a nivel de las comisiones de trabajo obligatorias de la

Corporación Municipal; que pueden constituirse como un respaldo legal en los procesos de participación e incidencia en lo local.

- La vinculación de la temática de salud a las agendas locales en función del cumplimiento de objetivos de desarrollo.

3. Políticas y programas para la descentralización del sector salud en Guatemala

En el Plan de Gobierno 2000-2004: Lineamientos Generales, el Frente Republicano Guatemalteco, reconoce la importancia de la participación ciudadana como fuente de legitimidad y como un elemento indispensable para la construcción de una sociedad, con seguridad, bienestar y justicia. (FRG:1999).

En lo relacionado a las políticas de salud se propone implementar tres acciones: ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud, aumentar la salud preventiva y descentralizar los servicios de salud.

El MSPAS en el Plan Nacional de Salud 2000-2004 se planteó los siguientes objetivos: 1) Mejorar las condiciones de vida de la población, especialmente el grupo materno- infantil, los pueblos indígenas y la población migrante, 2) Ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud, priorizando las áreas con mayor ruralidad y postergación, 3) Aumentar el gasto público en salud en relación con el PIB, en un 50% respecto del gasto en 1995, darle sostenibilidad y aumentarlo para el año 2004, 4) Aumentar el porcentaje del gasto público en salud preventiva, en un 50% respecto de 1995, darle sostenibilidad y aumentarlo al 2004, 5) Reducir la mortalidad infantil y materna en un 50%, en comparación con el índice observado en 1995, 6) Elevar las coberturas de inmunización contra la poliomielitis y el sarampión por encima del 95% y mantener la certificación de la erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión en los próximos 4 años, 7) Descentralizar los servicios de salud en los distintos niveles de atención en por lo menos 50 municipios de la República (CIEN: 2000: 4).

Para IPES el actual gobierno busca dar continuidad a la implementación de las reformas iniciadas por el gobierno del PAN, con variantes en el énfasis dado a la descentralización. «...a pesar de los magros resultados de fondo obtenidos, se sigue agregando contradicciones a un discurso político que ofrece salud pública universal y gratuita, sin soluciones que lleve los servicios a todo el país en forma sostenible» (IPES 2001: 9).

a. Sistema Integral de Atención de Salud -SIAS-

El Sistema Integral de Atención de Salud (SIAS) es uno de los resultados obtenidos de la Reforma del Sector Salud, la cual responde a los lineamientos definidos por el Banco Mundial (BM), en su *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*.

Dicha reforma empieza a desarrollarse en Guatemala hacia el año de 1996, y tiene como «ejes la reestructuración del MSPAS y el IGSS, la mejoría de la coordinación y rectoría del sector salud por parte del MSPAS, las modificaciones en el financiamiento/presupuesto y el componente de extensión de cobertura».

Con el objetivo de responder a estas nuevas políticas, la estructura organizativa del MSPAS fue abolida en su totalidad. Desapareció la Dirección General de Servicios de Salud y se creó la Gerencia General de Administración Financiera y tres direcciones generales que son:

- Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de Salud .
- Dirección del Sistema Integral de Atención de Salud.
- Dirección de Recursos Humanos en Salud (Verdugo 1999:4).

En lo que se refiere a los niveles de atención las modificaciones se sintetizan en la siguiente tabla:

Cuadro 4
Acciones Implementadas por la Reforma en
los tres niveles de atención en Salud.

Medidas o acciones de la Reforma
<ul style="list-style-type: none"> • Prestación y administración privada de los servicios de salud. • Administración y asignación presupuestaria con base en lógicas de productividad, eficiencia y eficacia. • Inclusión de paquetes básicos por cada nivel a financiarse principalmente con fondos públicos y en menor medida con fondos privados. • Cobro por servicios. • Búsqueda de otras fuentes de financiamiento.

Fuente: Verdugo 1999:15

El Sistema Integral de Atención en Salud comenzó a instrumentarse en la segunda mitad del año 1997, en los niveles de salud básicos. El esquema empleado para la extensión de cobertura, consiste en la concreción de convenios con entidades administradoras y prestadoras de servicios de salud (ASS y PSS respectivamente) que perciben una cantidad de dinero proporcional a la población a cubrir, de acuerdo a una estimación de costos per cápita más un porcentaje adicional que varía entre el 5 y el 10% del convenio (PRODESSA, 2001: p, 11).

Estas entidades deben conformar equipos básicos de campo, dentro de este esquema a cada 10,000 habitantes les corresponde un equipo conformado por un médico ambulatorio, un facilitador institucional, 8 facilitadores comunitarios y 84 guardianes de salud. El médico asume el compromiso de hacer por lo menos una visita por mes por cada comunidad (una comunidad es dividida en sectores de 20 viviendas).

El modelo ofrece los siguientes servicios de atención básica:

- Atención materno infantil
- Atención Materno infantil y preescolar
- Atención ambiental y
- Atención a la demanda de emergencia y morbilidad.

El principal aspecto positivo del SIAS estriba en el aumento de cobertura en áreas rurales, donde se ha logrado llevar el servicio a cerca del 60% de la población, que para el año de 1995 no tenían acceso a estos servicios.

A este acceso más inmediato al servicio de Salud por parte de la población debe indicarse que el SIAS tiene las siguientes limitantes: Por cada 10 personas asalariadas del modelo organizativo de la comunidad, se tienen 160 voluntarios entre guardianes y colaboradores, quienes devengan viáticos de Q50.00 cada mes por asistir a las reuniones de capacitación. Se está generando un sistema de salud cuya base está constituida por personal voluntario con tareas bien definidas, con un alto grado de responsabilidades ante la comunidad y un 40% de los médicos ambulatorios pertenecen a la brigada de cooperación cubana (PRODESSA 2001: 12-13).

En el cuadro 5 se describen las principales características y observaciones críticas al programa.

b. Municipios Saludables.

Los Municipios Saludables y Movimiento de las Comunidades surge de una iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como estrategia para fortalecer la ejecución de las actividades de promoción de la salud en la región. El movimiento de municipios saludables desde la visión de la OPS presenta una oportunidad para establecer políticas de salud pública en los niveles regional, nacional y local. Apoya el proceso de descentralización, ya que requiere de éstos para la realización de los procesos de toma de decisiones, fortalecer la capacidad local para tomar decisiones y controlar el uso de los recursos.

El apoyo de la OPS/OMS consiste en desarrollar y fortalecer las actividades de formación de redes, y compartir el conocimiento y las experiencias entre los municipios y los países (OPS: 2001, 03).

En Guatemala se han hecho algunos esfuerzos, dentro de los que se ha tomado en cuenta la visión que la OPS tiene en función de sus planteamientos y principios. Así los municipios saludables son considerados

como parte de una estrategia para el desarrollo local, en el marco de la actual reforma del Estado en el país, que incluye las políticas de descentralización y entre ellas la del sector de la salud.

Cuadro 5
Principales elementos del Programa de Extensión de Cobertura del SIAS

Antecedentes	El SIAS surge del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud (PMSS) del MSPAS responsable de la modernización de la gestión financiera del mismo y de la implantación del nuevo modelo de atención en salud en el que se basa el proceso de reformas que le dan origen. Dicho programa ejecutó sus fases de inducción (1997-98) e instalación (1998 hasta junio del 2000, cuando el manejo de la relación con los organismos prestadores de servicios pasa a la Dirección General del SIAS).
Objetivos	Aumento de cobertura del primer nivel de atención, con proyección al segundo y tercer niveles, a través de convenios con entidades privadas. El MSPAS otorga financiamiento para que éstas presten ciertos servicios de salud que, en el primer nivel, se limitan a una canasta básica.
Características	<p>Se inaugura un nuevo esquema de servicios públicos de salud basado en convenios entre el MSPAS y organismos privados, lucrativos y no lucrativos.</p> <p>Para la concreción de convenios, el MSPAS ha establecido las formas operativas generales que deben observar los organismos que genéricamente son llamados ONGs, aunque participan entidades con finalidad lucrativa (empresas) y de acuerdo a las cuales se determina el financiamiento.</p> <p>Cada organismo debe licitar ante el Ministerio la adjudicación de uno o varios distritos o jurisdicciones de salud compuestos por alrededor de 10 mil habitantes cada uno, divididos en sectores de 20 viviendas.</p> <p>Se requiere que por cada jurisdicción, el organismo garantice antes del tercer mes de firmado el convenio, la integración de un equipo básico (EBS) integrado por un médico, un facilitador institucional (FI), 8 facilitadores comunitarios (FC) y 84 guardianes de salud (GS). El médico debe pasar una vez al mes por cada comunidad y el FI es responsable de consolidar la información producida por los FI y GS y de las coordinaciones entre niveles de atención.</p> <p>La canasta de servicios básicos (CSB) está constituida por 4 programas diseñados para la focalización de acciones en función de su eficiencia (costo-efecto estimado). El costo per cápita de este paquete se sitúa alrededor de los USD\$7 por año. En el EBS, el médico y el FI son contratados a tiempo completo y sin prestaciones (3. 2% del personal de campo total); los FC a medio tiempo y sin prestaciones (4 horas diarias, 4.7% del personal de campo) y los GS y comadronas no son asalariados.</p>
Cobertura	<p>A fines de 1999 se estimaba que habían sido suscritos 115 convenios con alrededor de 78 organismos de los cuales 12 eran institucionales (distritales del propio MSPAS transformados en prestadoras de servicios). La información disponible indica que en el curso del año 2000 este panorama no ha tenido cambios significativos. El sistema funcionaba con alrededor de 300 médicos nacionales más unos 234 de la cooperación cubana.</p> <p>La información oficial refiere que la cobertura se ha ampliado a 2.7 millones de personas, casi el 60% de la población sin acceso a servicios de salud (4.6 millones) en 1996. Sin embargo, esta información es más que objetable ya que resulta de una simple suma de convenios y no necesariamente representa a nuevos usuarios, y tampoco se sabe cuánto se debe a la cooperación cubana.</p>
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo desigual de los programas de las distintas ONGs, • Dificultades de las comunidades para instalar la infraestructura mínima necesaria, • Configuración geográfica de las regiones y dispersión de las comunidades. • El esquema del SIAS ha sido instrumentado con tal verticalismo y rigidez por parte del MSPAS que no permite su adecuación a las diferencias regionales, tanto geográficas como epidemiológicas, ni enfoques de interculturalidad. • En general, la atención a la mujer no garantiza la correcta atención de partos complicados ni la detección del cáncer. • No está presupuestada la atención nutricional de casos de desnutrición infantil detectados. • El programa de morbilidad, en los casos de personas adultas, sólo agrega el tratamiento de la enfermedad diarreica. • Las atenciones de emergencia sólo incluyen las medidas básicas. • El programa de atención ambiental prácticamente no se ejecuta. • El perfil de las actividades de prevención y promoción de la salud, como las de vigilancia epidemiológica, es mínimo ante el que tienen las actividades con enfoque curativo. • Las enfermedades curativas están reducidas al tratamiento de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, control de maternidad y atención básica de urgencias. • Los mecanismos de referencia y contrarreferencia con otros niveles de atención son inoperantes. • La disponibilidad de medicamentos, además de estar restringidos a las necesidades de los programas básicos, es insuficiente e irregular.

Elaboración propia con base en información de la revista Pulso Temático de IPES, "Guatemala, Situación, económica y social" y Análisis de la implementación del modelo de primer nivel de atención en salud (SIAS) en Guatemala de la Instancia Nacional de Salud.

El MSPAS define el municipio saludable como aquel en el cual sus autoridades, instituciones públicas y privadas, empresarios, asociaciones, organizaciones sociales y población en general se organizan mediante un comité o consejo municipal o Asociación Pro-Salud Municipal, para realizar actividades de planeación participativa en proyectos de salud y bienestar para la población del municipio, todo esto para mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura (MSPAS: 2000, 01).

El MSPAS a través de la Secretaría de Desconcentración, Descentralización y Modernización cuenta con un Programa de ambientes saludables que tiene como objetivo proporcionar una metodología para determinar y priorizar los problemas de salud existentes en los municipios. Va dirigido al personal jurisdiccional de salud que impulsa y asesora en promoción de la salud a la Asociación Civil Pro Salud Municipal, quienes a través de reuniones recopilan y sistematizan información, priorizan problemas dentro de los que se toma en cuenta las siguientes variables: frecuencia del problema, gravedad del problema, características de solución, tendencia, posibilidades de cambio, actitud de quien jerarquiza frente al problema, posibilidad de descripción y medición, disponibilidad de recursos y accesibilidad (MSPAS: 2000: 01).

Los principios sobre los cuales se sustenta la iniciativa de los municipios saludables por la paz son: la solidaridad, la equidad y la participación democrática.

La agenda de promoción de la salud en los municipios ha visualizado cinco áreas de acción:

- Impulsar políticas públicas saludables.
- Fortalecer la acción comunitaria
- Crear ambientes saludables: físicos, sociales, culturales.
- Desarrollar aptitudes personales para tomar decisiones saludables con respecto a su propia salud.
- Reorientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (Restrepo: s.a., 03).

Para Restrepo, las políticas públicas saludables constituyen el mecanismo más eficaz para asegurar la intersectorialidad de las acciones que van a mejorar las condiciones de vida de la población. "Saludables" significa que son políticas que dictan otros sectores diferentes al de la salud o los propios gobernantes y que tienen un efecto grande en la salud y la calidad de vida (Restrepo: s.a., 03-04).

Los principales enfoques estratégicos para el desarrollo de municipios saludables por la paz son:

- a) Llevar la salud y la paz a la agenda política local, a través de la elaboración de planes de desarrollo locales, integrales y participativos, a la vez que se sensibiliza a las autoridades y líderes locales sobre la

importancia de esta estrategia y hacer planteamientos de políticas públicas que se dirijan a modificar las inequidades sociales y los conflictos violentos.

- b) La conformación de una estructura mínima, de tipo intersectorial e interinstitucional, que facilite la gerencia y asegure la continuidad del proceso de desarrollo de la estrategia, a través de designar un coordinador que mantenga la información centralizada; crear un comité intersectorial donde estén representados los sectores sociales y productivos del gobierno municipal, organizaciones comunitarias; capacitar a los equipos y líderes comunitarios en la elaboración y ejecución de proyectos para el desarrollo local y designar un lugar donde la gente pueda buscar información y ofrecer aportes.
- c) A través del impulso de la participación social genuina, al involucrarse toda la comunidad y sus organizaciones sin distinción, se propicia el liderazgo, con lo que se crean las condiciones para que los diferentes líderes adquieran poder (empoderamiento) para el logro de los cambios y transformaciones que favorezcan la salud, el bienestar colectivo y la convivencia pacífica.
- d) Promover ambientes sanos y estilos de vida saludables a través de información sobre los ambientes físicos, sociales y culturales para el mantenimiento de la salud personal y de los vecinos, elaborar y promover proyectos para dar solución a problemas de saneamiento básico: agua, basura, aguas servidas, contaminación del aire, etc.; educación a todo nivel sobre prácticas de salud, auto cuidado y manejo de conflictos, desarrollo de actividades culturales y deportivos, a través del impulso de redes de apoyo social y emocional y priorizar acciones que fortalezcan la seguridad ciudadana y la convivencia pacífica (Restrepo: s.a., 05-08).

Como parte de la estrategia de descentralización, el Gobierno del FRG impulsó entre otros, el programa de municipios por la salud y la paz, el cual, según el IPES más que una estrategia de descentralización seguida por el Estado para fortalecer su proceso de modernización, presenta su modelo de gobierno, basado en un plan de acción política para fortalecer sus estructuras en la base social.

«Las áreas seleccionadas para llevar a cabo ese proyecto, salud y educación, son sin duda las que ofrecen mayor potencial para influenciar políticamente las bases de la sociedad. No es causal entonces que, antes de llegar a la institucionalización legal (sin validación social) proyectada del modelo de descentralización que se piensa imponer, no sólo se están creando los organismos por los que va a transcurrir sino que, tal es el caso de la salud pública, se comienza a poner en marcha estrategias que en nada contribuyen a su mejoramiento» (IPES 2001: 18)

Los municipios saludables son una opción para la implementación de planes integrales de salud, en los que ésta es considerada no sólo en la atención y prevención de enfermedades, sino como una estrategia integral en la que sus mayores éxitos radicarán en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, al tener acceso a los servicios de agua potable, salud preventiva, electrificación, drenajes y alcantarillado, transporte, espacios forestales, convivencia y respeto cultural, educación integral (formativa, preventiva, de respeto, con enfoque de género), etc. Por tanto no debe verse como una acción aislada, sino como un proceso en construcción en el que es requisito indispensable la participación conjunta de la población,

autoridades locales, organizaciones locales, etc., para asegurar la implementación, monitoreo y evaluación constante de los planes estratégicos que se elaboren.

c. Asociación Pro Salud Municipal -APROSAM-

La Asociación Pro Salud Municipal (APROSAM) es una propuesta organizativa local de la Secretaría de Desconcentración, Descentralización y Modernización del MSPAS.

La APROSAM es una entidad creada y reconocida por la ley, que vela por el interés público y tiene como objetivo mejorar la salud de la población de los municipios. Para su creación es necesaria su inscripción en el Registro Civil de la Municipalidad, la que está facultada para otorgarle la personalidad jurídica, y queda legalmente reconocida como una Asociación Civil. Como toda figura legal, las Asociaciones Pro Salud adquieren derechos y obligaciones jurídicas.

La idea de las APROSAM es que la población de los municipios pueda, a través de esta figura, tener la facultad de tramitar, gestionar o solicitar préstamos a entidades privadas o de gobierno para la ejecución de proyectos de beneficio colectivo, sin necesidad de instituciones intermediarias (MSPAS Instructivo para obtener personería jurídica, APROSAM: s.a., 1-4).

La Asociación tendrá como objeto:

- Planificar, organizar, ejecutar, supervisar y controlar los programas integrales de salud del municipio, administrar fondos del MSPAS y de otras fuentes de las que logre obtener financiamiento para el desarrollo de sus programas.
- Contribuir al desarrollo integral de las comunidades del municipio, aprovechar los recursos humanos y financieros y promover la autogestión.
- Planificar, organizar y ejecutar programas de desarrollo que respondan a las necesidades de los habitantes de las comunidades del municipio en la ramas de salud, medio ambiente, áreas asistenciales, infraestructura y organización comunitaria.
- Ejecutar programas con tendencia educativa formativa en atención a la salud, el control del ambiente y otras áreas sociales que coadyuven al auto cuidado de la salud y desarrollo de las comunidades.
- Coordinar la ejecución de actividades de beneficio social con autoridades, instituciones autónomas y semiautónomas, nacionales e internacionales afines a objetivos comunes de las mismas.
- Buscar mecanismos de financiamiento para el desarrollo de los programas sociales.
- Gestionar ante el MSPAS la creación de puestos y centros de salud, farmacias, laboratorios clínico biológicos, de rayos X y otros entes que contribuyan al alcance de sus objetivos (MSPAS: 2001, 69-70).

III. RESULTADOS Y DISCUSION

En la primera parte de este capítulo se abordan dos temas: los resultados del análisis de los programas de descentralización vigentes (SIAS, APROSAMS y Municipio Saludable) así como los resultados del estudio de casos. Este último incluye la caracterización del sector, los obstáculos identificados en la Dirección de Area de Salud, el análisis de las instituciones municipales (Distrito de Salud y la Corporación Municipal) y las percepciones e intereses de los grupos organizados (Asociación Multisectorial). En la segunda parte, se comentan los alcances, dificultades y limitaciones del estudio y se plantean diversas preguntas que surgieron en el camino y que pueden ser motivo de profundizaciones posteriores.

A. Resultados

A continuación se presentan los resultados del análisis de los 3 programas vigentes (SIAS, APROSAMS y Municipio Saludable) y se aborda en cada uno de ellos: a) espacio y margen de decisión que el MSPAS permite a cada programa, b) caracterización del Programa y contraposición con la imagen objetivo y c) consideraciones adicionales.

1. El Programa de Extensión de cobertura del SIAS

a. Espacio y margen de decisión

El análisis del Programa de Extensión de Cobertura de Servicios de Salud del SIAS evidenció que la mayor parte de las funciones consideradas en cada espacio de decisión continúa estando a cargo del nivel central del MSPAS, específicamente en la Dirección General de SIAS. Cabe señalar como un modesto avance que, aunque inicialmente la selección de ASS y PSS también estaba centralizada, a partir de este período de gobierno se diseñó un proceso de acreditación y selección de dichas entidades el cual ha sido asumido por las Direcciones de Area de Salud.

Dicho sistema es conocido como HACYA que en sus indicadores de prestación de servicios únicamente toma en cuenta la atención materna (control prenatal), la vacunación, promoción del crecimiento y suplemento férrico. En el proceso de acreditación participan el director del distrito y del concejal de salud de la corporación municipal.

En una entrevista realizada a un integrante de la Coordinación de Extensión de Cobertura de SIAS de la Dirección de Area de Quetzaltenango, se identificaron tan sólo dos funciones en las que la ASS o PSS tiene un espacio de decisión: la primera de ellas es la referida a la contratación y remuneración del personal y la segunda, la distribución del presupuesto.

En cuanto a las decisiones sobre contratación y remuneración del personal, en ambos casos el margen de decisión es moderado. En lo que se refiere a la contratación del personal de salud, la discrecionalidad de las entidades privadas está sujeta al visto bueno del Distrito de Salud; mientras que para el caso de las remuneraciones, el nivel central del MSPAS ha delimitado mínimos y techos en función de criterios geográficos tales como la distancia de las jurisdicciones cubiertas por el convenio.

En lo que se refiere a las decisiones sobre la asignación y distribución del presupuesto, el margen de decisión que tienen las entidades privadas que firman un convenio, con el primer nivel del SIAS es leve. Aunque no existe la posibilidad de negociar el monto del convenio con base en criterios locales de necesidad que se traduzcan en modificaciones al cálculo per cápita establecido por el nivel central, sí se registra un margen de decisión reducido en cuanto a la distribución del presupuesto asignado.

Según información proporcionada por un integrante del Departamento de Extensión de Cobertura en Quetzaltenango, la Dirección General de SIAS del MSPAS elaboró un manual administrativo financiero en el cual se establece que las ASS y PSS pueden realizar libremente transferencias entre rubros hasta de un 30% del monto del rubro. Una vez sobrepasada esta cantidad, la normativa establece que se debe solicitar autorización a la instancia correspondiente en el nivel central. Esta información contrasta con la proporcionada por un integrante de una ASS quien asegura que no son posibles transferencias de ningún monto sin autorización previa.

b. Caracterización del Programa y contraposición con la *imagen objetivo*

El Programa de Extensión de Cobertura de Servicios de Salud del SIAS no contiene un planteamiento de descentralización en sentido estricto, sino que más bien plantea una estrategia de delegación de funciones de administración y prestación de servicios de salud hacia entidades privadas a las cuales les transfiere recursos financieros para tales fines.

El esquema propuesto por el Programa de Extensión de Cobertura del SIAS para el primer nivel de atención de salud resulta distante de la imagen objetivo propuesta en este trabajo por varias razones:

1) Si bien transfiere recursos a entidades privadas, el margen de decisión continúa concentrado en el nivel central del Ministerio de Salud, a excepción del caso de la contratación y remuneración del personal cuyo margen de decisión es moderado, así como en cuanto a la distribución del presupuesto cuyo margen de decisión es reducido.

2) Aunque las entidades privadas son autónomas con respecto al MSPAS y existe una transferencia de recursos financieros, éstas no pertenecen a un ámbito territorial definido y el MSPAS sólo delega en ellas la ejecución de ciertas funciones, por lo que la “entidad descentralizada” no participa en las decisiones en las diferentes fases del ciclo administrativo.

3) La modalidad planteada por el SIAS , que podría caracterizarse como “delegación de la ejecución con transferencia de recursos” no incluye un modelo de participación social en las diferentes etapas del ciclo administrativo. En ese sentido, es conveniente aclarar que, la incorporación de personal voluntario al programa de extensión de cobertura responde mayormente a una estrategia de reducción de costos, no al impulso de un proceso de participación, lo cual en un contexto rural con población en situación de pobreza plantea el dilema de la sostenibilidad.

c. Consideraciones adicionales

El programa de extensión de cobertura del SIAS corresponde a un modelo de “descentralización” el cual está basado en la concepción de Estado subsidiario, cuyo marco legal es la Ley del Organismo Ejecutivo y las disposiciones aprobadas en 1997 en el Código de Salud.

Al principio de la autorresponsabilidad individual sobre el mantenimiento de la salud propia y familiar que se introduce en el Código se añade la definición de un sector de salud integrado por todos los organismos públicos y privados que presten servicios, al tiempo que se admite la administración privada de los servicios públicos y se deja abierta la posibilidad del cobro por servicios prestados. La actual administración del MSPAS se centra en la profundización del proyecto de reforma del sector salud iniciado por el PAN con algunas variantes en cuanto a descentralización (fundamentalmente el programa de APROSAM). (IPES: 2001:7).

2. El Programa de Asociaciones Pro – Salud Municipal (APROSAMs)

a. Espacio y margen de decisión

Las APROSAMs prácticamente no tienen ningún espacio a excepción de las decisiones sobre los recursos que logren obtener en forma autogestionada. Es decir, en el cuadro de registro aparece un espacio de decisión sobre fuentes de ingresos porque este programa está basado en la conformación de asociaciones privadas, las cuales pueden obtener personería jurídica, y de esa forma adquieren la posibilidad de gestionar proyectos ante instituciones públicas o privadas como cualquier otra entidad de esta naturaleza o como una ONG. Según información proporcionada por el doctor Jaime Pérez Molina, «la estrategia de las APROSAM se socializó con los 331 alcaldes municipales del país».

b. Caracterización y contraposición con la *imagen objetivo*

El programa de APROSAM tampoco constituye una estrategia de descentralización en el sentido que se ha abordado en el presente trabajo. A través de la conformación de asociaciones privadas con personería jurídica se promueve el enfoque dominante de reforma del sector salud, en el cual se reconceptualiza a la salud como “bien privado” y se promueve la autorresponsabilidad en el cuidado de la misma. Esta modalidad constituye una forma de “autogestión privada de recursos para la salud”, aún sin analizar sus nexos con diversas intencionalidades político partidarias para acercarse a las organizaciones comunitarias.

Conforme a la imagen objetivo del presente trabajo, esta modalidad se distancia aún más que la anterior. Tal afirmación se sustenta en los siguientes argumentos:

1) Aunque la APROSAM es una entidad autónoma con respecto al MSPAS, no se cumple con el criterio de transferencia de recursos y poder de decisión sobre políticas y programas de salud en el nivel municipal.

2) El ámbito de la APROSAM aparentemente se circunscribe al municipio, pero los mecanismos de convocatoria y conformación de las asociaciones no garantizan criterios mínimos de representatividad y tampoco se ha establecido una delimitación geográfica de las acciones que una asociación de esta naturaleza puede y quiere abarcar.

3) El criterio de supervisión de entidades que prestan servicios de salud está establecido dentro de sus funciones, pero no están claros los mecanismos y recursos disponibles y la función descrita puede ser opcional. Por otro lado, al ser la APROSAM una asociación privada puede resultar difícil y hasta improcedente la fiscalización de sus acciones.

4) Finalmente, tampoco se contemplan mecanismos de participación social en el municipio en cuanto a los programas de salud en las diferentes fases del ciclo administrativo.

c. Consideraciones adicionales

Durante el trabajo de campo se recabó información que puede ser de utilidad para el análisis del proceso de implementación de dicha estrategia. A continuación se describen las principales dificultades referidas en una reunión, en la cual participaron un supervisor y una presidenta de APROSAM:

1) Los mecanismos para la elección y representatividad de las/los miembros de la Asociación son limitados, ya que las asambleas están conformadas únicamente por las personas del municipio que acuden a la convocatoria de las autoridades.

2) Los trámites para la obtención de la personalidad jurídica son complicados y se adquieren obligaciones tales como la contratación de un contador, que no es posible solventar debido a que no se contemplan transferencias de recursos.

3) Aunque se tiene contemplada la participación de la Comisión de Salud de cada Corporación Municipal, en la práctica, dichas comisiones no funcionan en la mayoría de los municipios, por lo que no ha sido posible el involucramiento del gobierno municipal.

4) La estrategia está presentando problemas para su operativización, ya que hasta el momento la conformación de APROSAMs, (salvo el caso de los departamentos piloto), se ha dejado a la

demanda de grupos comunitarios, los que no en todos los casos cuentan con información al respecto. Hasta el cierre de este trabajo, del total de las asociaciones conformadas en los departamentos de Jalapa y Chimaltenango, que son los municipios piloto, ninguna contaba con recursos financieros ni procesos de gestión de proyectos y tampoco habían recibido el programa de capacitación previsto por la Secretaría de Desconcentración y Descentralización del MSPAS.

3. El Programa de Municipios Saludables

a. Espacio y margen de decisión

En este programa el análisis reveló que el espacio de decisión de la estrategia de Municipio Saludable puede estar ubicado a nivel de la planificación y priorización de necesidades locales. En éstas, hipotéticamente el margen de decisión podría ser alto si es que los actores municipales se comprometen con el proceso. Sin embargo, quedó fuera del alcance de este estudio poder analizar qué resultados ha tenido en los municipios en los que se ha implementado en el país.

La única información documentada al respecto fue que en 1997, en el marco de la reforma sectorial de salud, la OPS (sección Cobán) en coordinación con el centro de salud local y otras entidades de desarrollo local organizaron un Foro Municipal de Salud, en el que se discutieron y dieron importantes aportes para minimizar las alarmantes estadísticas de causas de enfermedad y muerte en niños y adultos. En esa ocasión, los participantes adquirieron compromisos de apoyar cualquier esfuerzo en beneficio de esa población. A partir de dicho foro la Municipalidad con el apoyo de la OPS logró definir y orientar una estrategia de "municipio saludable" legitimada por los actores sociales de dicho municipio. (Municipalidad de Tukurú:1998, 5).

Independientemente de ello, resulta importante señalar que las demás funciones del espacio de decisión (por tener que ver en este caso en particular con la organización de la prestación de servicios de salud y no con acciones intersectoriales adicionales) quedan concentradas en los niveles centrales del MSPAS al igual que en los dos casos anteriores.

b. Caracterización y confrontación con la *imagen objetivo*

Este programa podría corresponder con la imagen objetivo en aspectos tales como la autonomía de decisión y el ámbito territorial claramente definido, pero nuevamente toma distancia del mismo al tratarse de una estrategia de coordinación de esfuerzos que carece de un modelo de descentralización de servicios de salud y no plantea la transferencia de recursos desde el sector hacia una institución descentralizada. De hecho, en el modelo no hay única institución que asuma las responsabilidades sino que se forman coordinaciones para tal fin.

c. Otras consideraciones

La estrategia de “Municipio saludable” merece un comentario aparte, más que tratarse de un programa de descentralización de servicios de salud, puede decirse que dicho programa establece los lineamientos para una estrategia de coordinación intersectorial para el mejoramiento de las condiciones de vida y por ende, de la salud de la población.

Los municipios saludables son una opción para la implementación de planes integrales de salud, en los que ésta es considerada no sólo en la atención de enfermedades, sino como una estrategia integral en la que sus mayores éxitos radicarán en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, mediante el acceso a los servicios de agua potable, salud preventiva, electrificación, drenajes y alcantarillado, transporte, espacios forestales, convivencia y respeto cultural, educación integral (formativa, preventiva, de respeto, con enfoque de género), etc. Por tanto no deben verse como una acción aislada, sino como un proceso en construcción en el que es requisito indispensable la participación conjunta de la población, autoridades y organizaciones locales, etc., para asegurar la implementación, monitoreo y evaluación constante de los planes estratégicos que se elaboren.

Aunque se reitera que esta estrategia no constituye un programa de descentralización de servicios sanitarios es importante dimensionar que el planteamiento que la sustenta, inspirado en el enfoque de la OPS, puede constituirse en una estrategia de apoyo a los procesos de descentralización. De ahí que también se analizó el espacio de decisión que implicaría para los actores municipales con respecto a las funciones del sector salud. Ello siempre y cuando su objetivo central sea trabajar en función de la intersectorialidad y prioridades locales, pues ya en el marco de referencia se documentó cómo los diferentes programas y estrategias están siendo implementados a partir de los lineamientos de la Reforma del Sector en los cuales prevalece el enfoque de Estado subsidiario.

En el siguiente cuadro se esquematiza el espacio y margen de decisión de los programas analizados y se registra el peso que siguen teniendo el nivel central del MSPAS y la Dirección de Área de Salud sobre las diferentes decisiones en el ciclo administrativo.

CUADRO 5

ESPACIO Y MARGEN DE DECISION DE LOS PROGRAMAS DE DESCENTRALIZACION DEL SECTOR SALUD

Procesos del ciclo Administrativo	Espacio de decisión	MSPAS Central	SIAS	Municipio Saludable	APROSAM
Planificación, Programación de los servicios	Fuentes de Ingreso			X	X
	Asignación y distribución del presupuesto	X	¿		
	Planificación	X		X	
	Priorización local /nacional	X		X	
Organización de los servicios	Elección de Programas y servicios ofrecidos	X			
	Definición de normas de servicio y acceso	X			
Administración de los servicios	Compras y suministros	X	X		
	Contabilidad	X	X		
Recursos humanos	Contratación	X	*		
	Remuneración del personal	X	*		

X= Margen de decisión Alto: La decisión depende del nivel descentralizado

*= Margen de decisión moderado: La decisión está condicionada o regulada por el nivel central

¿= Bajo: El nivel descentralizado participa en la decisión pero ésta depende del nivel central

B. La descentralización del sector salud en San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango

1. Situación de los programas de descentralización en el municipio

En una visita inicial se supo a través de integrantes de la UTM de la Corporación Municipal y miembros de ONGs de salud del departamento, que en San Juan Ostuncalco no se habían desarrollado ninguno de los 3 programas nacionales analizados en la primera parte de este estudio. En tal virtud, se decidió modificar la idea original de analizar la situación e implementación de dichos programas en el municipio y en su lugar explorar e identificar cuáles eran las razones para que dichas políticas no hubieran tenido concreción en el nivel municipal.

La información de base para este apartado fue la recabada tanto en entrevistas como reuniones. Se omitieron los nombres de algunas personas, ya sea por solicitud expresa de algunas de ellas o bien por respeto a la relación que desde el ámbito laboral que tiene la autora de este estudio, con el personal del MSPAS y demás instituciones.

Inicialmente se trató de obtener información por parte de las autoridades del sector salud en la Dirección de Área y Distrito de Salud respectivamente, con el afán de corroborar la información obtenida en la primera visita. La Dirección de Área informó que en el departamento de Quetzaltenango el único programa de descentralización que se ha implementado es el de Extensión de Cobertura, el cual

actualmente tiene presencia en 11 de los 24 municipios del departamento. Los lugares cubiertos por ASS o PSS son: San Francisco la Unión, Valle de Palajunoj, Colomba, Génova, Quetzaltenango, San Martín, Coatepeque, San Carlos Sija, Cabricán - Huitán.

Para tal fin, la Dirección del Área de Salud creó la Coordinación de Extensión de Cobertura del SIAS la que cuenta con una oficina y personal específico para dicho programa. Para los casos de Municipio Saludable y del Programa de Descentralización, se indicó que no se cuentan con personal específico para ello y que son temas que maneja directamente el nivel central del MSPAS.

Las respuestas a la falta de implementación de los programas de descentralización del sector salud en el municipio, tanto por parte de las autoridades como de diferentes actores clave se sintetizan a continuación:

RAZONES DE LA NO IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA SIAS, MUNICIPIO SALUDABLE Y APROSAMS EN SAN JUAN OSTUNCALCO

Dirección de Área de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Si han habido ofertas de instituciones privadas pero la Dirección de Área no le ha considerado un municipio prioritario".</i> • <i>"Por ejemplo en vacunación, no se quiere decir que esté bien, pero no es de los municipios que presentan las coberturas más bajas en comparación con otros".</i>
Distrito de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Por diversos problemas. La Directora de Distrito anterior limitó la entrada de ONGs al municipio porque no confiaba en ella".</i>
Actores sociales del municipio y departamento	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Puede haber muchas razones: las propias condiciones del municipio, pues hay aldeas con poco acceso que difícilmente las ONGs querrian cubrir".</i> • <i>"Hubo influencias de tipo político partidario para que las ONGs no entraran"</i> • <i>"Es un municipio difícil y conflictivo, han habido problemas de conflictos territoriales".</i> • <i>"No es un municipio que tenga suficiente cobertura de salud, la cantidad de población está subestimada. Si se maneja un número de 40,000 habitantes, es demasiada población para un centro y 6 puestos de salud".</i> • <i>"Esos programas más se han escuchado para la capital"</i>

Elaboración propia a partir de entrevistas a informantes clave.

Las políticas y programas de descentralización del sector salud no se han concretado en el municipio estudiado. Si bien en una de las hipótesis inicialmente se planteó que ello se debía a factores como la ausencia de ofertas de ONGs que estuvieran interesadas en suscribir convenios, por tratarse de un municipio con un contexto político, económico y geográfico adverso; la información obtenida de las entrevistas reflejó percepciones diferentes, por lo que la evidencia empírica no es del todo consistente con dicha hipótesis.

Aunque el contexto municipal adverso fue mencionado como un posible disuasivo para las ONGs por parte de algunos actores sociales, en el Distrito de Salud se indicó que la ausencia de ASS y PSS se debió a que la anterior Dirección de Distrito manifestó su desconfianza hacia las ONGs, por lo que no estuvo de acuerdo con la entrada de las mismas al municipio.

En la Coordinación de Extensión de Cobertura de SIAS del Area, se señaló que en el municipio habían existido ofertas para el Programa de Extensión de Cobertura, pero que éstas no fueron aceptadas por no tratarse de un municipio prioritario.

2. Principales obstáculos para la descentralización del sector salud

Para fines de este estudio, el sector salud a nivel de municipio quedó definido en términos de estar conformado por el Distrito de Salud, la Corporación Municipal y la comunidad organizada. Para el caso de esta última se seleccionó intencionalmente la Asociación de Desarrollo de Proyección Comunitaria Ostuncalquense (ADMUPCO), por ser la única organización identificada que se consideró con algún grado de representatividad, por tratarse de un grupo de base conformado por representantes de comités de la mayoría de las aldeas del municipio.

En este apartado se sigue la siguiente ruta: primero, se abordan los obstáculos identificados en términos de las principales características de los procesos del ciclo administrativo, obstáculos y espacios de participación en el caso del Distrito de Salud y la Municipalidad. Después se describe el espacio de decisión que tienen ambas instituciones municipales y finalmente se abordan las percepciones e intereses de la ADMUPCO con respecto a la participación social en la descentralización del sector salud.

a. Obstáculos a nivel del Distrito de Salud

Salvo en los casos donde se indique otra fuente, la información de este apartado fue proporcionada por la directora del Distrito de Salud de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. El Distrito de Salud está conformado por 1 centro de salud y 6 puestos de salud. Informó también que el Centro de Salud está ubicado en la zona 1 del casco urbano de la cabecera municipal y funciona de lunes a viernes en el horario de 8:00 a 17:00 hrs. Los recursos humanos con que cuenta son: 1 médica y cirujana, 1 enfermera graduada, 4 enfermeras auxiliares, 1 trabajadora social, 1 inspector de saneamiento y 1 secretaria, quienes permanecen principalmente en el Centro de Salud. Adicionalmente, se cuenta con la presencia de 1 enfermera auxiliar por cada uno de los puestos de salud (6 en total).

El equipo de trabajo descrito anteriormente es el responsable de la atención en salud de una población de 46,369 habitantes, de la cual aproximadamente 9,000 constituyen población migrante. (Memoria de labores del Distrito 2,001). Sin embargo, un informante clave del municipio señaló que los datos de población están subestimados y que ello incide directamente sobre los niveles de cobertura de los servicios de salud brindados (entrevista a técnico de ONG de salud en el municipio).

Las siguientes características proporcionan evidencia de que el Distrito de Salud, además de continuar siendo una unidad operativa del MSPAS, funciona como una organización escasamente desarrollada.

1) Planificación

La planificación de las acciones del distrito se realiza anualmente con base en las disposiciones establecidas por la Dirección del Área de Salud para la elaboración del Plan Operativo Anual (POA). Aunque en años anteriores dicha planificación se elaboraba inicialmente en el Distrito de Salud y era remitida a la Dirección de Área, en el 2002 se elaboró directamente en la Dirección de Área de Quetzaltenango. En la fecha de realización de la entrevista, el Centro de Salud no contaba con un ejemplar disponible del POA del 2002, por lo que se revisó el contenido del POA del 2001.

2) Dirección y Organización

La médica del Centro de Salud es la persona que funge como Directora del Distrito. Existen funciones definidas para cada integrante del equipo distrital pero no se cuenta con normas de funcionamiento, reglamento interno o manuales de perfiles y funciones. Las actividades a desarrollar están predefinidas desde el nivel central y el equipo de trabajo no se reúne para evaluar avances y dificultades. El único mecanismo de supervisión por parte de la Directora de Distrito sobre el personal son los formatos de cobertura. No se elaboran informes periódicos de actividades ni de cumplimiento de resultados y la memoria de labores es tan sólo un registro de morbilidad y acciones de salud realizadas.

3) Control

Los mecanismos de control de las actividades del Distrito son sumamente débiles. Según la directora de Distrito, la supervisión de las acciones que desarrolla éste es responsabilidad de la Dirección de Área. El mecanismo utilizado es la realización de una reunión cada 3 meses en la cual la supervisión del área analiza los resultados de las salas situacionales y revisa los registros de cobertura. La directora de Distrito señaló que en este año no ha habido ninguna reunión de supervisión y que la persona que viene del Área llega directamente al Centro de Salud y no se desplaza hacia los puestos de salud ni tampoco realiza visitas de campo en el distrito/municipio.

4) Participación Social

La participación social no es una dimensión contemplada en los planes del Distrito de Salud. Además de no existir ningún tipo de control o fiscalización social de las acciones de salud del Distrito, sólo se lograron documentar actividades de coordinación y capacitación de comadronas y promotores a través de charlas quincenales, en donde se trabajan temas de carácter clínico.

b. Obstáculos a nivel de la Corporación Municipal

La dependencia de la Corporación Municipal en la que se realizaron las observaciones en torno al ciclo administrativo, fue la Unidad Técnica Municipal (UTM). La información que estructura este apartado surgió de las entrevistas con los técnicos de dicha unidad.

Como en toda Corporación Municipal, el Concejo Municipal es el máximo órgano de decisión, después le sigue el Alcalde Municipal quien tiene a su cargo la municipalidad. Esta está estructurada fundamentalmente en 5 áreas que son: Secretaría, Registro, Tesorería, UTM y recientemente fue creado el Departamento de Gestión Ambiental, el cual es prácticamente la única dependencia que coordina actividades de trabajo con la UTM. La siguiente información proporciona evidencia lo débil que es aún la organización municipal, pese a que, a diferencia del Distrito, posee mayor infraestructura y más personal, además de contar con un presupuesto propio y autonomía sobre el mismo.

1) Planificación

En un proceso facilitado por los técnicos de la UTM y apoyado financieramente por una ONG internacional se elaboró inicialmente un diagnóstico del municipio y después el Plan Estratégico y Operativo del Gobierno Municipal de San Juan Ostuncalco para el período 2000 - 2004. Para ello, se convocó a talleres con participación interinstitucional. Sin embargo, en la UTM se considera que la participación en dichos talleres fue insuficiente y que hace falta desarrollar un proceso más amplio que llegue a las/los actores municipales y no sólo a las instituciones que trabajan en el municipio.

Hasta el momento de elaboración de este trabajo, no se registró ningún proceso de seguimiento a dicho plan, ni tampoco se lograron documentar grados de avance en la ejecución del mismo. En una entrevista realizada a un integrante de tesorería se documentó que la mayoría de acciones contenidas en el plan no tienen contrapartida en el presupuesto municipal.

De un presupuesto municipal para el año 2,002 de casi Q4.7 millones, cerca de la mitad de los recursos provienen de la asignación constitucional y el IVA paz, mientras que el monto restante proviene de la generación de fondos propios. Aproximadamente la mitad de dicho presupuesto (Q2.2 millones) son dirigidos a gastos de funcionamiento, mientras que casi una cuarta parte (Q1.2 millones) corresponden al rubro 331 (Servicios de Uso Común tales como Agua, drenajes y desechos sólidos). Tan sólo alrededor de Q 625 mil, son destinados al renglón 332 (servicios de uso no común, cuyas actividades incluyen pago de energía eléctrica, salones de uso múltiple, y acciones relacionadas con el mercado y rastro.

2) Dirección/Organización

La estructura jerárquica está formalmente definida. La UTM y Gestión Ambiental dependen directamente del Alcalde, la Secretaría y el Registro Civil dependen del Secretario y la Tesorería, del Tesorero.

Administrativamente el personal de la UTM depende del Alcalde. Las dos personas que laboran en dicha unidad no están en planilla, sino por contrato, y aunque carecen de manuales y normas respecto a sus perfiles y funciones, tienen algún grado de división del trabajo (una persona es encargada de proyectos y la otra del Plan Estratégico). La UTM está jugando un papel de generar insumos y propuestas ante la debilidad de este rol por parte de las autoridades municipales.

Las diferentes áreas descritas funcionan de manera independiente y no se coordinan entre sí. Tampoco existe algún nivel de coordinación entre las áreas encargadas de planificación (UTM) y de presupuesto (Tesorería). Esto explica, entre otras razones, la falta de congruencia entre el plan estratégico y el presupuesto municipal.

3) Supervisión y control

Según la información obtenida, tanto la supervisión como la evaluación son dos de los aspectos de mayor debilidad y casi inexistentes en lo interno de la organización municipal. Aunque están establecidas planificaciones mensuales, por lo general no se llevan a cabo. No existen mecanismos definidos para la elaboración de planes e informes de trabajo, las autoridades no solicitan planes, informes ni evalúan al personal. Los integrantes de las áreas de trabajo difícilmente se reúnen para medir el nivel de cumplimiento de sus actividades. Las únicas áreas que coordinan esfuerzos son la UTM y el departamento de Gestión Ambiental. Aunque hasta el cierre del informe la UTM no había tenido reuniones de evaluación, dichas áreas planificaron dos evaluaciones para el segundo semestre del 2002.

4) Participación Social

El único nivel de participación social identificado fue la invitación a las instituciones con presencia en el municipio para participar en los talleres de planificación estratégica. Al indagar sobre el involucramiento de los grupos sociales en las demás fases del ciclo administrativo, tan sólo se logró identificar durante el año 2001 la realización de un foro público, en donde se rindió por primera vez un informe de la gestión municipal, actividad de la que no se desprendieron mecanismos de continuidad y seguimiento.

3. Espacio de decisión de las instituciones municipales

Prácticamente el Distrito de Salud y la Corporación Municipal no tienen ningún espacio ni margen de decisión en lo que se refiere a las políticas, programas y acciones del sector salud. El Distrito continúa siendo una unidad operativa, mientras que la Corporación Municipal no articula acciones con el primero ni

se involucra con el sector. En el cuadro siguiente se registró un nivel de decisión de la Corporación Municipal en cuanto a asignación de recursos presupuestarios, porque formalmente tienen la posibilidad de asignar recursos para actividades del sector salud, pero en la información obtenida sobre el presupuesto se evidenció que ello no ha sucedido en la práctica.

CUADRO 6

ESPACIO Y MARGEN DE DECISION DE LAS INSTITUCIONES MUNICIPALES

Procesos del ciclo Administrativo	Espacio De Decisión	MSPAS Central	Area de Salud	Distrito de Salud	Corporación Municipal
Planificación, programación de los servicios	Fuentes de Ingreso				
	Asignación y distribución del presupuesto	X			*
	Planificación	X	¿		
	Priorización local /nacional	X			
Organización de los servicios	Elección de programas y servicios ofrecidos	X			
	Definición de normas de servicio y acceso	X			
Administración de los servicios	Compras y suministros	X	¿		
	Contabilidad	X	¿		
Recursos humanos	Contratación	X			
	Remuneración del personal	X			

X= Margen de decisión Alto: La decisión depende del nivel descentralizado

*= Margen de decisión moderado: La decisión está condicionada o regulada por el nivel central

¿= Bajo: El nivel descentralizado participa en la decisión pero ésta depende del nivel central

El cuadro siguiente registra las principales dificultades encontradas a nivel de las dos instituciones estudiadas en el municipio. Tal y como se describió, los procesos del ciclo administrativo tanto en el Distrito de Salud como en la municipalidad se encuentran poco desarrollados. Cabe destacar en ambos casos los procedimientos inadecuados de planificación, la falta de manuales de operación y otras normativas, así como la ausencia de mecanismos definidos y asumidos de supervisión y evaluación.

Cuadro 8
IDENTIFICACION DE PROBLEMAS EN EL CICLO ADMINISTRATIVO

PROCESO	VARIABLE TEORICA DE REFERENCIA	TIPOLOGIA DE PROBLEMAS	DISTRITO DE SALUD	CORPORACION MUNICIPAL
Planificación	Es decir por adelantado lo que se va a hacer, cómo hacerlo, cuándo hacerlo y quién deberá hacerlo. Nos ayuda a llegar a donde queremos llegar: -Normativa (centralizada) -Estratégica (participativa)	1. Inadecuada formulación de planes de trabajo	X	X
		2. Incumplimiento de la programación	X	X
		3. Planificación no corresponde con presupuesto	X	X
		4. Incongruencia entre planificación central y local	X	
Organización	Establece los mecanismos para coordinar el trabajo de las diferentes personas dentro de la organización - Complejidad - Formalización - Centralización	1. Carencia o desactualización de manuales, normas y reglamentos	X	X
		2. Falta de coordinación y comunicación entre áreas de trabajo		X
		3. Falta de promoción del trabajo en equipo	X	
		4. Falta de puestos	X	
Dirección	Comportamiento del director: - Autoerática - Democrática - Laissez-faire Estilo de dirección: (según se centre en la tarea o en las personas)	1. Estilo de dirección autocrático	X	
		2. Resistencia del nivel central en delegar poder de decisión y recursos	X	
		3. Interferencia del nivel central en el nivel local	X	
		4. Inadecuada supervisión del equipo	X	X
		5. Falta de coordinación		
		6. Alta centralización en la toma de decisiones	X	X
Control	Sistema de información	1. Instrumentos de supervisión insuficientes o inadecuados	X	X
	Sistema de supervisión	2. Programación de acciones insuficiente e inadecuada	X	X
		3. Falta de controles internos	X	X

Fuente: Elaboración propia con base en información obtenida de las entrevistas

4. Percepciones, intereses y oportunidades de los grupos organizados del municipio para la participación en la descentralización del sector salud

a. La Asociación de Desarrollo de Proyección Comunitaria Ostuncalquense (ADMUPCO).

La información de este apartado fue proporcionada por el Presidente y secretario de ADMUPCO. El nacimiento de la asociación data de 1997. Se convocó, a través del alcalde, a los representantes de los comités de las aldeas. Se realizaron varios talleres y cuando éstos terminaron se llamó a fundar una asociación en donde estuvieran representados los comités de las aldeas y de los municipios. No todos asistieron, pero la mayoría de comités atendieron al llamado.

Actualmente la asociación cuenta con la representación de 16 aldeas diferentes, aunque hay algunas que no tienen representante. La asociación se conformó sin personería jurídica. No obstante que por iniciativa del alcalde se convocó a la conformación de dicha asociación, se inició un proceso de distanciamiento de las autoridades cuando la agrupación definió dentro de su misión la fiscalización de los recursos públicos municipales.

En la percepción de algunos de sus integrantes, el alcalde empezó a ver a los miembros de la asociación como contrincantes políticos, por lo que, además de retirarles su apoyo, no los reconoció como asociación ni contestó a sus petitorios. Debido a ello acudieron a una institución no gubernamental para gestionar la personería jurídica, la cual les fue otorgada en 1998. Esta situación implicó para el alcalde reconocer la legalidad jurídica de la asociación.

La Asociación elaboró un diagnóstico de la situación del municipio que está en fase de preliminar. En el 2001 se trabajó con fondos de la Ayuda Popular Noruega. La APN proporcionó recursos financieros para construir los ejes de trabajo y talleres para capacitar a los líderes en las aldeas. De esa cuenta, el trabajo del 2001 consistió en desarrollar talleres sobre el Código Municipal, la Constitución de la República, interculturalidad, género y en la emisión de programas radiales sobre las temáticas descritas.

1) Estructura y representatividad

El Comité de la Asociación está conformado por una Junta Directiva que es electa cada dos años en asamblea municipal. En ella hay un presidente, un vicepresidente, además de un secretario, subsecretario, tesorero y vocales. Adicionalmente, cuentan con un equipo de trabajo en donde hay un coordinador y varios facilitadores que programan y realizan talleres en las comunidades. La Junta Directiva lleva a cabo sesiones ordinarias cada mes o cada 20 días. También están involucradas algunas mujeres, quienes son representantes de su sector. Ellas son líderes de sus aldeas, comadronas y facilitadoras del trabajo de género.

Las comunidades representadas en la asociación son: Chamchil, Agua blanca, Los Méndez, Lagunas Cuaches, Los Alonzos, Sector dos, Las Nubes, La Reforma, Agua Tibia, Quisate y Buena Vista sector uno, El Rosario y la zona dos de San Juan Ostuncalco.

2) Percepciones sobre el Plan Estratégico de la Corporación Municipal

Según los miembros de la asociación, para elaborar el plan estratégico de la municipalidad se invitó a los integrantes de la Junta Directiva a dos talleres, pero no hubo representación de las aldeas. Esto les llevó a pensar que el resultado de dichos talleres es más bien un plan de las autoridades ediles pero no un plan del municipio, debido a que la representación de la población fue reducida. Se señaló que quienes asistieron fueron fundamentalmente los Concejales y los Policías Nacionales.

«En los talleres no hubo representación de las aldeas y eso fue negativo porque ahí era donde se debían de detectar las verdaderas necesidades de las comunidades. La gente que asistió fue de organizaciones y asociaciones pero no directamente locales, que representaran verdaderamente a la gente, sino más bien vinculadas al trabajo de las autoridades de la municipalidad» (Entrevista a integrantes de ADMUPCO).

Desde la perspectiva de los miembros de la asociación, los planes de las autoridades municipales muchas veces no coinciden con las necesidades de la población y no son planes que reflejen la realidad de lo que está pasando.

En cuanto a los avances y acciones del gobierno municipal actual con respecto al plan estratégico, los integrantes de dicha asociación han solicitado un cabildo abierto a las autoridades municipales para que informe de sus actividades y sobre el manejo del presupuesto, pero no han recibido respuesta.

3) Intereses acerca de la participación social en el municipio y percepciones respecto al sector salud

La misión definida por ADMUPCO fue la fiscalización de los recursos públicos a nivel municipal. Dicha Asociación considera la fiscalización social, no sólo como un derecho, sino también como una responsabilidad. El principal interés expresado es mejorar el sistema de gobierno para que sea transparente. Según la percepción de los líderes comunitarios, las autoridades no están preparadas para ser fiscalizadas a través de un cabildo abierto. Dichos líderes consideran que la fiscalización es una buena forma de garantizar la transparencia en el manejo del dinero, y que es el medio para llevar a la práctica, el ejercicio del poder local.

En cuanto al sector salud, la Asociación plantea que la población no conoce nada respecto a este tema. Sus integrantes señalaron que en el Centro de Salud la enfermera no puede hacer un buen trabajo debido a que no hay medicamentos y que el alcalde no ha asignado fondos para comprar medicinas. La gente ha perdido la credibilidad en los centros de salud y prefiere ir a hospitales privados. No se prioriza el trabajo de salud. Uno de los problemas señalados es que los funcionarios ediles no tienen la formación necesaria para darle una orientación y un seguimiento al tema. La municipalidad, no obstante tener que coordinar trabajo con el ministerio de Salud no lo hace.

Desde el punto de vista de los integrantes de ADMUPCO, es responsabilidad del Gobierno Municipal velar por el buen funcionamiento de los servicios públicos de salud.

C. DISCUSION

Considero que el principal aporte de este estudio es haber hecho un esfuerzo de discusión, a partir de una experiencia concreta, de una faceta de los procesos de descentralización que ha sido poco abordada y desarrollada en Guatemala, como lo es la descentralización sectorial en salud. El análisis realizado no es comparable con los estudios obtenidos en la revisión bibliográfica, pues el principal hallazgo es que no se han impulsado procesos de descentralización que impliquen la transferencia a los gobiernos municipales.

Entre algunos de los aportes cabe mencionar: la sistematización de experiencias de descentralización del sector salud en otros países, la delimitación de aspectos de orden teórico-práctico específicos de la descentralización sanitaria (por ejemplo: el peso de la dimensión territorial en los mismos) y el espacio de decisión que ofrecen para las entidades descentralizadas los programas vigentes en Guatemala. Estos diferentes elementos fueron de suma utilidad para la elaboración del modelo de análisis utilizado en este estudio.

Cabe señalar sin embargo, que los alcances de este estudio fueron limitados principalmente debido a lo restringido del tiempo entre la convocatoria hecha por la universidad y la fecha límite para la presentación de resultados. Las limitaciones de tiempo impidieron una mejor estructuración de los marcos metodológicos, la cual debe ser objeto de profundización, al haberse identificado un gran cantidad de información y bibliografía sobre el tema, la cual, desafortunadamente no pudo ser procesada en su totalidad.

En cuanto a los objetivos, considero que los referidos a la identificación de obstáculos y recomendaciones generales, así como el espacio de decisión de las políticas y programas vigentes fueron cumplidos, aunque pueden y deben ser objeto de una mayor profundización.

Con respecto a los enfoques teóricos, aunque en el diseño inicial se plantearon con igual peso las perspectivas administrativa, organizacional y sociopolítica y durante el estudio el trabajo se fue orientando mayormente al análisis de política pública y en lo que se refiere al estudio de casos, al enfoque administrativo organizacional. En ambos casos tan sólo se logró una aproximación inicial.

La principal debilidad del estudio es no haber cumplido con el objetivo referido a los grupos organizados de San Juan Ostuncalco. Aunque en el diseño de investigación inicial se había contemplado realizar un mapa político en el municipio, debido a la escasez de tiempo y recursos se seleccionó tan sólo un grupo de base para explorar el tema de la participación, por lo que los resultados descritos en el apartado correspondiente sólo reflejan las percepciones de dicho grupo.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

Las políticas y programas de descentralización del sector salud vigentes no se han traducido en procesos reales de descentralización. Las modalidades impulsadas corresponden al enfoque dominante promovido por los organismos financieros internacionales cuyas razones para la descentralización son: delegar las funciones del Estado a entes privados para reducir las cargas sociales al mismo a través de un traslado de costos a los usuarios de los servicios. Los principales mecanismos de reducción de dichas cargas son la focalización del gasto, la flexibilización laboral, la administración y prestación privada de servicios y el trabajo voluntario de la comunidad.

Los 3 programas analizados constituyen modalidades distantes de la imagen objetivo de descentralización del sector salud al no reunir las siguientes condiciones: transferencia de poder de decisión y recursos, autonomía en la toma de decisiones, ámbito territorial definido y participación social en los procesos del ciclo administrativo.

El espacio de decisión de los 3 programas es sumamente reducido y se circunscribe casi exclusivamente a la contratación de personal. Cuando existe un espacio de decisión mayor en aspectos de planificación, priorización local y fuentes de ingresos (como en el caso de municipio saludable) se carece de un planteamiento de descentralización de los servicios de salud, así como de un proceso de transferencia de recursos hacia las entidades del municipio.

El margen de decisión de los 3 programas analizados fue de moderado a bajo, por cuanto decisiones tales como contratación y remuneración del personal tienen que tener el visto bueno del Distrito de Salud, mientras que las decisiones sobre distribución del presupuesto deben ser autorizadas por el nivel central (Área de Salud o MSPAS). Ello refuerza la conclusión respecto a que en el sector salud las modalidades descritas no corresponden a un proceso de descentralización, en el sentido abordado en este trabajo.

Los principales obstáculos para la descentralización a nivel de las instituciones municipales (Distrito de Salud y Corporación Municipal) son el escaso desarrollo de éstas como organizaciones, lo cual se evidenció en la tipología de problemas identificados de acuerdo a las fases del ciclo administrativo, así como otros elementos del contexto tales como la confrontación entre grupos sociales, desconfianza entre instituciones y falta de mecanismos de articulación de las entidades públicas y de gobierno.

Los principales obstáculos documentados para la descentralización del sector salud hacia el municipio son: el centralismo de la gestión gubernamental y de la Dirección de Área de Salud, las cuales le asignan al

Distrito tan sólo un nivel operativo (de ejecución) de acciones definidas en el nivel central que se traducen además en escasa o nula coordinación con la Corporación Municipal.

No se logró establecer una relación entre el centralismo del Area, del Distrito y la Corporación Municipal a partir del trabajo de campo, debido a la información insuficiente proporcionada por el área, pero sí se logró documentar el centralismo de la gestión del Distrito y de la Municipalidad, al obtener descripciones sobre estilos de dirección centralizados, planificaciones normativas, ausencia de trabajo en equipo, etc.

Al no haber un proceso real de descentralización, la participación social fue reducida en el municipio estudiado. El único espacio identificado con respecto a la imagen objetivo fue la consulta para la formulación del plan estratégico y operativo realizado por la Corporación Municipal, aunque desde la perspectiva de la ADMUPCO, ésta fue insuficiente. El principal interés del grupo de base, consultado en cuanto a la participación, está dirigido a la fiscalización de recursos públicos y acciones de la Corporación Municipal, institución a la cual se le identifica como responsable de velar por el funcionamiento de los programas de salud.

B. Recomendaciones

1. Revisar las políticas y programas de descentralización del sector salud vigentes y establecer espacios de consulta y participación para la elaboración de políticas de cara a una agenda futura.
2. Fortalecer a las instituciones municipales (Distrito de Salud y Corporación Municipal) mediante diagnósticos organizacionales y procesos de reingeniería con la finalidad de sentar las bases para un proceso de descentralización posterior.
3. Considerar los siguientes elementos para el desarrollo de un proceso real de descentralización:
 - a. Revisar, replantear y mejorar los mecanismos de supervisión y control de los niveles centrales del MSPAS sobre los niveles desconcentrados y “descentralizados”.
 - b. Desarrollar un proceso de fortalecimiento del Distrito de Salud de cara a su transformación en un nivel administrativo desconcentrado con poder de decisión en cuanto a planificación, presupuesto y priorización de acciones locales.
 - c. Llevar a cabo procesos reales de planificación estratégica en el municipio, en base a recursos y con responsabilidades y mecanismos de articulación definidos para los diferentes actores en cada proceso del ciclo administrativo.



BIBLIOGRAFIA

Fuentes citadas:

- “Análisis sobre la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe.” 2000. Página de consulta: www.americas.health-sector-reform.org. Fecha de consulta: febrero de 2002.
- Aitken, Riitta-Liisa Kolehmainen- Prácticas de Punta: “Sociedades entre Entidades Públicas y ONG en Respuesta a la Descentralización.” 2000. página de consulta: www.americas.health-sector-reform.org. Fecha de consulta: marzo de 2002
- Amaro, Nelson. 1998. *Problemas no resueltos en el eje descentralización-gobierno local-participación ciudadana en Guatemala*. Guatemala: Universidad del Valle de Guatemala, Facultad de Ciencias Sociales, Trabajo elaborado especialmente para la Conferencia sobre Desarrollo y Descentralización, celebrada en las instalaciones de la Universidad del Valle de Guatemala del 26 al 28 de marzo de 1998, auspiciada por la National Science Foundation de USA, UNICEF, PNUD Y SEGEPLAN.
- Amaro, Nelson. Experiencias de descentralización y participación popular en Guatemala, Avances y retrocesos. 1990. En: Amaro, Nelson. “*Descentralización y participación popular en Guatemala*”. 1990. Guatemala: INCEP-SERVIPRENSA. Panorama Centroamericano /Cuadernos de la Realidad Nacional. Páginas 71-117.
- Amaro, Nelson. 1994. *Descentralización, gobierno local y participación. América Latina y Honduras*. Honduras: primera edición.
- Arias, Jaime. “La Reforma del sector salud en las Americas. Mejorando la investigación para formulación de políticas.” 2001. Página consultada: PPP.
- Bobbio, Norberto. 1997. Diccionario de Política. Siglo XXI Editores. México.
- Bossert, Thomas J. “Orientaciones para promover la descentralización de los servicios de salud en Latinoamérica”. Página consultada: www.americas.health-sector-reform.org 2000.
- Bossert, Thomas J. “La descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica: un análisis comparativo de Chile, Colombia y Bolivia”. Página consultada: www.americas.health-sector-reform.org . Fecha de consulta: marzo de 2002
- Burki, Shahid Javed, Guillermo E; Rerky, William Sellinger. 1999. *Más allá del centro. La descentralización del Estado*. Estados Unidos: Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe.
- Chiavenato, Idalberto. 1998. *Administración de recursos humanos*. Colombia, Segunda edición. Editorial McGraw Hill.
- Descentralización de los Servicios de salud, como estrategia para el desarrollo de los sistemas locales de salud*. 1990 CELAD/OPS. Gobierno de Ecuador. Ponencias y Comunicaciones Seminario-Taller Regional. Ecuador.
- Desconcentración y descentralización. Marco conceptual básico aplicado en los Sistemas de Salud*. OPS/OMS-PNUD. Serie de documentos técnicos No.PSDCG-T.4 del Proyecto subregional de desarrollo de la capacidad gerencial de los servicios de salud de Centro América y Panamá s.f.e. y s.l.
- E. Restrepo, Helena. *Resumen de las Estrategia de municipios saludables por la paz*. Guatemala, s.p.i s.a

- Gálvez Borrell, Víctor. 1997. "¿Cómo avanzar del discurso a la acción? El dilema de la descentralización y el papel de las municipalidades en Guatemala." Revista Diálogo 10. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Guatemala
- Gálvez Borrell, Víctor. 1999 Descentralización y Asociacionismo Municipal. FLACSO, Nicaragua.
- Gobernabilidad y Gobernancia: Hacia el Desarrollo Humano y la Salud*. 1998. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, DC: División de Salud y Desarrollo Humano (HDP).
- González-Rossetti, Alejandra; Bossert, J. Thomas "Orientaciones para Mejorar la factibilidad Política de la Reforma en Salud En Latinoamérica." 2000. Página de consulta: www.americas.health-sector-reform.org. Fecha de consulta: marzo de 2002.
- Guatemala, Situación Económica y Social*, 2001. Instituto de Estudios Políticos, Económicos y Sociales. Guatemala.
- Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente –bases y lineamientos-*. 2002. Instancia Nacional de Salud. Medicus Mundi Navarra. Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud. Fundación Friedrich Ebert Guatemala.
- Jiménez, Alonso Carril y Puente, Alcaraz Jesús. 2000. *Marco jurídico y proceso de descentralización en Guatemala, visión para una agenda futura*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias Políticas Sociales, Área de estudios, dirección, gestión y administración municipal.
- La Cultura Democrática de los Guatemaltecos*. 1999. ASIES y Development Associates, Inc. University of Pittsburgh... Cuarto Estudio
- La descentralización, los sistemas de salud y los procesos de reforma del sector*. 1997. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Informe Final. Chile
- Los nuevos senderos de la descentralización. Para que conste*. 2001. Comisión Presidencial para la modernización y descentralización del Estado. Biblioteca sobre Descentralización y Democracia. Serie Textos Fundamentales. Guatemala. 255 págs.
- Manual de Funciones y descripción de puestos*. 1998. Municipalidad de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. Guatemala.
- Metas y desafíos de la Descentralización en Guatemala (200-2004)*. 2001. Comisión Presidencial para la Modernización y Descentralización del Estado. Biblioteca sobre Descentralización y Democracia. Segunda edición Guatemala. 41 págs.
- Metas y desafíos de la Descentralización en Guatemala (200-2004)*. 2001. Comisionado Presidencial para la Modernización y Descentralización del Estado. Biblioteca sobre Descentralización y Democracia. Segunda edición Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2001. Dirección General de SIAS. Protección Social en Salud: Guatemala. Informe final.
- Paganini, José María y Capote, Mir Roberto. 1992. *Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, métodos, experiencias*. Guatemala, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica Número. 519. Segunda reimpresión.
- Plan Estratégico y operativo del gobierno municipal de San Juan Ostuncalco*. 2001. Corporación Municipal 2000-2004. Fortalecimiento municipal y gestión de servicios públicos en el altiplano guatemalteco. Cooperación española, Muni-k'at. Guatemala.

- Plan operativo anual 2001*. 2001. Distrito de San Juan Ostuncalco. Dirección Área de Salud. Quetzaltenango. Guatemala.
- Rey del Castillo, Javier. 1998. *Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y análisis del caso español*. España, Edita, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Rofman, Alejandro. *Descentralización de los servicios de salud como estrategia para el desarrollo de los sistemas locales de salud s.p.i s.a.*
- Sandoval, Julio. 1995. *Revisión y desarrollo de los modelos de atención de salud*. Guatemala, OPS. (Serie Documentos Técnicos PCICG-T.6)
- Tucurú, Municipio saludable*. 1996. Municipalidad de Tucurú. Guatemala.
- Verdugo, Juan Carlos. 2000. *Análisis de la implementación del modelo de primer nivel de atención en salud (SIAS) en Guatemala*. INS/MEMISA: Documento mimeografiado.
- Verdugo, Juan Carlos. 1999. *La Política y Reforma del Sector Salud en Guatemala. – del Estado desperfecto al mercado imperfecto*. Guatemala.
- Decretos, Leyes:**
- Guatemala. 1985. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República de Guatemala. 79 págs.
- Guatemala. 1995. Presidencia de la República. Acuerdo Gubernativo 8-95. Patronatos Pro Salud.
- Guatemala. 1997. Congreso de la República. Decreto Número 90-97. Código de Salud. 48 págs.
- Guatemala. 1997. Congreso de la República. Decreto 114-97. Ley del Organismos Ejecutivo. 24 págs.
- Guatemala. 1999. Presidencia de la República. Acuerdo Gubernativo 33-99. Reglamento de Mecanismos de Delegación de los Servicios de Salud.
- Guatemala. 1999. Presidencia de la República. Acuerdo Gubernativo 115-99. Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Guatemala. 2000. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Acuerdo Ministerial SP-592-2000. Secretaría de Desconcentración, Descentralización y Modernización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social..
- Guatemala. 2000. Presidencia de la República, Acuerdo Gubernativo 93-2000. Gabinete de Descentralización.
- Guatemala. 2001. Congreso de la República. Decreto 42-2001, Ley de Desarrollo Social. Guatemala: Diario de Centroamérica, Tomo CCLXVII, No. 72. 2 Págs.
- Guatemala. 2001 Congreso de la República. Iniciativa de Ley 2460. Ley de municipios.
- Guatemala. 2002. Congreso de la República. Decreto 11-2002. Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. 14 págs.
- Guatemala. 2002. Congreso de la República. Decreto 12-2002. Código Municipal. 46 págs.
- Guatemala. 2002. Congreso de la República. Decreto 14-2002 Ley General de Descentralización.
- Guatemala. 2002. Presidencia de la República. Acuerdo Gubernativo 24-2002. Comisión Presidencial para la Reforma del Estado, la Descentralización y la Participación Ciudadana –COPRE- 2 págs.

Fuentes consultadas:

- Análisis de las organizaciones de Salud.* 1987 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. Número 4. Estados Unidos.
- Diagnóstico de las Municipalidades de la cuenca alta del río Salamá.* 1999. Centro Pluricultural para la Democracia “Kemb’al Tinimit’.: Movimiento Tzuk kim pop. Junta de comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Bienestar Social. Imprenta y Litografía Uch’ab’al Tinimit-La palabra del pueblo. Guatemala-
- Durán, Fabio. 2001. *La Seguridad Social en Guatemala. Un análisis de los programas de salud y pensiones del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.* SANIGEST Informe de Consultoría. Guatemala.
- Elementos para abordar el tema del Estado y la Descentralización.* 2000. Instituto de Estudios Políticos, Económicos y Sociales, IPES. Guatemala.
- Estrada Vásquez, Luis Everardo. 1997. *Modernización y fortalecimiento del Estado. Guatemala: Documento sustantivo.* Informe preparado para el proyecto WSP.
- Giddens, Anthony. 1998. *Sociología.* España, Primera edición renovada, Alianza Editorial.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar; 1991. *Metodología de la investigación.* México, Segunda edición. Editorial Mc Graw Hill.
- Iniciativa Regional de Cuentas Nacionales de Salud, impulsada por USAID, OPS/OMS y la Universidad de Harvard, “Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala.” 1998. Página de consulta: www.americas.health-sector-reform.org. Fecha de consulta: marzo de 2002.
- Martinic V, Sergio. “La construcción social de las reformas educativas y de salud en América Latina”. Chile: Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación CIDE. Página consultada: www.clad.org.ve/rev18/martinic.tml 1999.
- Mata, José Pedro. 2001. *Un Proyecto sobre Derechos de Salud y Educación. Sondeo sobre el traslado de costos de servicios básicos de salud y educación primaria a la población.* PRODESA. Guatemala
- Palma, Danilo. 1992. *Investigación Social I.* Guatemala, Universidad Rafael Landívar. Programa de Fortalecimiento Académico de las Sedes Regionales (PROFASR).
- Protección Social en Salud: Guatemala.* 2001. Informe final. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de SIAS. Guatemala
- Relatoría de la Oficina de Trabajo: Gestión Municipal en Salud.* 1997. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Publicación auspiciada por El Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo CIID de Canadá. Argentina
- Rojas, Soriano, Raúl. 1983. *Métodos para la investigación social. Una proposición dialéctica.* México, Editorial Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
- Sánchez Viesca, Ángel; Ángel Ancheita, Luis Octavio; Nuila Ericastilla, Héctor; Sánchez Lambour, Fernando José; Mazariegos, Juan Carlos. 2001. *Agenda Legislativa en Salud: Período 2001-2012.* Guatemala: Centro para el Desarrollo Estratégico en Salud, Solidaridad Internacional / Consejo Ínter hospitalario de Cooperación.

Apéndice 1

Elementos destacables de las Reformas a la Ley de Consejos de Desarrollo

Artículos	Contenido
1	El sistema se define como el medio principal de participación de la población maya, xinca, garífuna y no indígena para llevar a cabo la planificación democrática del desarrollo.
2	Indica los principios del Sistema: a) Respeto a la cultura de los pueblos. b) Armonía de las relaciones interculturales. c) Eficiencia y eficacia en todo los niveles de administración pública. d) Promoción de procesos de democracia participativa en condiciones de equidad e igualdad oportunidades. e) Conservación del equilibrio ambiental y desarrollo humano, con base en las cosmovisiones de los pueblos. f) Equidad de género.
3	Los objetivos del sistema son: organizar y coordinar la administración pública, mediante la formulación de políticas de desarrollo, planes y programas presupuestarios y el impulso a la interinstitucional pública y privada en todos sus niveles (comunitario, municipal, departamental, regional y nacional).
4	Se introduce al nivel comunitario de participación con sus respectivos Consejos Comunitarios de Desarrollo .
6,8,10,12	En los distintos niveles de Consejo se establece la función de "promover sistemáticamente tanto la descentralización de la administración pública como la coordinación interinstitucional".
10	Los Consejos Departamentales de Desarrollo tendrán la función de apoyar las municipalidades del departamento en el funcionamiento de los Consejos Municipales y Comunitarios de Desarrollo, igualmente velar por el cumplimiento de los contenidos.
6,8,10,12,14	Se contempla para los distintos niveles de función al llevar a cabo la formulación de políticas planes, programas y proyectos, propone la distribución de los recursos de preinversión e inversión pública, con base en las propuestas de priorización de los Consejos de Desarrollo del nivel inmediato siguiente. En esta misma lógica, informar a dichos niveles sobre la ejecución presupuestaria de preinversión e inversión pública del año fiscal anterior.
12	Indica las funciones de cada nivel al promover y facilitar la organización y participación efectiva de la población y de sus organizaciones en la priorización de necesidades, problemas y soluciones para el desarrollo integral del nivel respectivo.
15	En los municipios donde existan más de 20 comunidades se crearán Consejos Comunitarios de Segundo Nivel, cuya asamblea estará integrada por miembros de los Consejos Comunitarios de Desarrollo del municipio. Ellos nombrarán a sus representantes ante el Consejo Municipal de Desarrollo, de entre los coordinadores de los Consejos Comunitarios de Desarrollo.
20	Privilegia la figura del consenso como la medida para tomar decisiones e indica, en caso de falla, la toma de decisiones a partir de la mayoría simple.
25	Cada Consejo Regional y Departamental contará con una Unidad Técnica que les asesore en la elaboración y seguimiento de políticas, planes, programas y proyectos de desarrollo y preinversión e inversión pública.
24	La creación por parte de los Consejos de Desarrollo de las comisiones de trabajo que consideren necesarias, las cuales contarán con el apoyo de la Unidad Técnica.
26	Determina la consulta a los pueblos indígenas en todos los asuntos que les afecten, a través de sus representantes en el Consejo de Desarrollo, en tanto se emite la ley que regula dichas consultas.
29	Los recursos de los fondos sociales se asignarán con base en las políticas, planes y programas priorizados desde el sistema de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural.
32	Indica que 90 días después de la entrada de vigencia de la ley, se realizará la convocatoria para integrar los Consejos de Desarrollo. Para la integración de los Consejos Municipales y Comunitarios, la municipalidad hará la convocatoria dentro de los 45 días siguientes a la entrada en vigencia de la ley. En defecto de esta convocatoria, establece la autoconvocatoria de los vecinos para integrar estos consejos; en tal caso, se realiza la elección a través del voto de la mayoría absoluta (la mitad de votos más uno) de los participantes. De esta asamblea se dejará constancia en acta, donde los participantes acrediten su calidad de vecinos y se identifiquen (a través de su Cédula de Vecindad). Para confirmar la integración de los respectivos Consejos será suficiente la trascripción de dicha acta al Consejo Departamental de Desarrollo.

Fuente: elaboración propia a partir de la Ley de Consejo de Desarrollo Urbano y Rural. Decreto 11-2002.

Elementos destacables del Nuevo Código Municipal

Artículos	Contenido
2	Cambia la definición de municipio, en cuanto a su concepción como conjunto de personas organizadas, pues se le da ahora una categoría de unidad básica de la organización territorial del Estado.
5	Los principios de actuación de los municipios son la eficacia, eficiencia, descentralización, desconcentración y participación comunitaria.
6	Las competencias de los municipios se dividen en propias y atribuidas por delegación. Las segundas son aquellas que el Gobierno Central le delega mediante convenio.
8	Se reconoce, dentro de los elementos del municipio, a la autoridad, la cual será ejercida tanto por el Concejo Municipal, como por las autoridades propias de las comunidades de su jurisdicción, a la comunidad organizada y al ordenamiento jurídico municipal y el derecho consuetudinario del lugar.
10	Se permite la organización de municipalidades en Asociaciones de Municipalidades, para la defensa de sus intereses y el cumplimiento de sus fines, la cual tendrá personalidad jurídica propia y distinta de cada una de las municipalidades integrantes.
17	Se reconocen, dentro de los derechos y obligaciones de los vecinos relacionados con la participación y auditoría social: <ul style="list-style-type: none"> a) Participar en actividades políticas municipales. b) Participar activa y voluntariamente en la formulación, planificación, ejecución y evaluación de las políticas públicas municipales y comunitarias. c) Ser informado regularmente por el gobierno municipal de los resultados de las políticas y planes municipales y de la rendición de cuentas, en la forma prevista por la ley. d) Integrar la comisión ciudadana municipal de AUDITORÍA SOCIAL. e) Participar en las consultas a los vecinos de conformidad con la ley. f) Pedir la consulta popular municipal en los asuntos de gran trascendencia para el municipio.
18	Se reconoce a las formas propias de organización tradicionales dentro de las formas de organización de vecinos. ¹
35	Competencias generales del Concejo Municipal que podemos destacar: <ul style="list-style-type: none"> a) La convocatoria a los distintos sectores de la sociedad del municipio para la formulación e institucionalización de las políticas públicas municipales y de los planes de desarrollo urbano y rural del municipio, para identificar y priorizar las necesidades comunitarias y propuestas de solución a los problemas locales. b) La aceptación de la delegación o transferencia de competencias. c) Autorizar el proceso de descentralización y desconcentración del gobierno municipal, con el propósito de mejorar los servicios y crear los órganos institucionales necesarios, sin perjuicio de la unidad de gobierno y gestión del municipio. d) La organización de cuerpos técnicos, asesores y consultivos que sean necesarios al municipio, así como el apoyo que estime necesario a los consejos asesores indígenas de la alcaldía comunitaria o auxiliar, así como de los órganos de coordinación de los Consejos Comunitarios de Desarrollo y los Consejos Municipales de Desarrollo. e) La elaboración y mantenimiento del catastro municipal en concordancia con los compromisos adquiridos en los Acuerdos de Paz y la ley de la materia. f) La promoción y protección de los recursos renovables y no renovables del municipio
36	Las comisiones de carácter obligatorio para toda municipalidad serán: <ul style="list-style-type: none"> a) Educación, educación bilingüe intercultural, cultura y deportes; b) Salud y asistencia social. c) Servicios, infraestructura, ordenamiento territorial, urbanismo y vivienda. d) Fomento económico, turismo, ambiente y recursos naturales. e) Descentralización, fortalecimiento municipal y participación ciudadana. f) Finanzas. g) Probidad. h) Derechos Humanos y Paz. i) Familia, Mujer y Niñez.
38	Se mantiene la figura del cabildo abierto, que puede ser convocado por decisión de las dos terceras partes del Concejo Municipal. Cuando la importancia de los asuntos a tratar en las reuniones del Concejo

¹ Sin embargo, el problema es que para su constitución se requiere que haya una escritura pública, lo cual obstaculiza el trámite, principalmente para las organizaciones de comunidades que se encuentran alejadas y el problema político que representa el requisito para la organización de los pueblos indígenas. En ese sentido se había trabajado en la Comisión Paritaria de Reforma y Participación, una propuesta para que esa construcción pudiera hacerse mediante un acta simple.

Artículos	Contenido
	Municipal lo amerite, éste podrá consultar la opinión de los Consejos Comunitarios de Desarrollo, a través de sus representantes autorizados.
49-51	Se reconoce las mancomunidades de municipios como asociaciones con personalidad jurídica, constituidas mediante acuerdos celebrados entre los concejos de dos o más municipios, para la formulación común de políticas públicas municipales, planes, programas y proyectos, la ejecución de obras y la prestación eficiente de servicios de sus competencias.
55	Se reconocen, respetan y promueven las alcaldías indígenas.
56	Se reconoce a las alcaldías comunitarias o auxiliares como entidades representativas de las comunidades, las cuales serán nombradas por el alcalde municipal, con base en la designación o elección que hagan las comunidades de acuerdo a los principios, valores, procedimientos y tradiciones de las mismas.
58	<p>El alcalde comunitario tiene ahora algunas nuevas funciones relacionadas con la búsqueda del desarrollo y la incidencia de la comunidad en el gobierno municipal, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Promover la organización y participación sistemática y efectiva de la comunidad en la identificación y solución de los problemas locales. b) Colaborar en la identificación de las necesidades locales y en la formulación de propuestas de solución a las mismas. c) Proponer lineamientos e instrumentos de coordinación en la comunidad para la ejecución de programas o proyectos por parte de personas, instituciones o entidades interesadas en el desarrollo de las comunidades. d) Elaborar, gestionar y supervisar programas y proyectos que contribuyan al desarrollo integral de la comunidad. e) Colaborar en el levantamiento y actualización del catastro municipal. f) Promover y gestionar acciones que garanticen el uso racional y sostenible de la infraestructura pública. g) Mediar en los conflictos comunitarios. h) Velar por la conservación, protección y desarrollo de los recursos naturales.
60 al 66	<p>El título "Información y Participación Ciudadana", se regula los derechos de información y participación ciudadana y se disponen los mecanismos específicos.</p> <p>Cuando la trascendencia de un asunto aconseje la conveniencia de consultar la opinión de los vecinos, el Concejo Municipal podrá, con el voto de las 2/3 partes de sus miembros, acordar consultas con los vecinos bajo cualquiera de las siguientes modalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Consulta solicitada a la Corporación Municipal por el 10% de los vecinos empadronados en el municipio. Los resultados de éstas serán vinculantes si participa al menos el 20% de los vecinos empadronados y la mayoría vota favorablemente el asunto consultado. b) Consultas a solicitud de las comunidades o autoridades indígenas para aplicar criterios propios de sus costumbres y tradiciones, cuando se trate de asuntos que les afecten. <p>Las modalidades de estas consultas podrán ser las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Consulta en boleta diseñada para el caso, la cual fija en la convocatoria el asunto a tratar, la fecha y lugares donde se llevará a cabo. b) Aplicación de criterios del sistema jurídico propio de las comunidades del caso. <p>Los resultados serán vinculantes si participa en la consulta al menos el 50% de los vecinos empadronados y la mayoría vota favorablemente el asunto consultado.</p>
70 y 71	Se contemplan disposiciones respecto a las competencias delegadas al municipio y el establecimiento de los requisitos para la efectividad de la delegación como la aceptación por parte del municipio y la dotación o incremento de los recursos necesarios para desempeñarlas.

Fuente: elaboración propia a partir del nuevo Código Municipal (12-2002) aprobado en abril de 2002

Elementos destacables de la Ley General de Descentralización

Artículo	Contenido
1	Fija su objetivo en cumplir el deber constitucional del Estado de promover en forma sistemática la descentralización económica administrativa para lograr un adecuado desarrollo del país, en forma progresiva y regulada, para trasladar competencias administrativas, económicas, políticas y sociales del Organismo Ejecutivo al municipio y demás instituciones del Estado.
2	Define legalmente el concepto de descentralización y lo describe como 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.
4	Se enumeran los principios orientadores del proceso de descentralización entre los cuales se encuentran: <ol style="list-style-type: none"> 1. La autonomía de los municipios. 2. La eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios públicos. 3. El respeto a la realidad multiétnica, pluricultural y multilingüe de Guatemala. 4. La equidad económica, social y el desarrollo humano integral. 5. El combate a y la erradicación de la exclusión social, la discriminación y la pobreza. 6. La participación ciudadana.
5	Se determinan entre los objetivos de la descentralización: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la eficiencia y eficacia de la Administración Pública. 2. Determinar las competencias y recursos que corresponden al Organismo Ejecutivo que se transferirán a las municipalidades y demás instituciones del Estado. 3. Universalizar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos que se prestan a la población. 4. Facilitar la participación y control social en la gestión pública. 5. Fortalecer integralmente la capacidad de gestión de la administración local. 6. Fortalecer la capacidad de los órganos locales para el manejo sustentable del medio ambiente. 7. Reforzar la identidad de las organizaciones comunales, municipales, departamentales, regionales y nacionales. 8. Promover el desarrollo económico local; para mejorar la calidad de vida y erradicar la pobreza. 9. Asegurar que las municipalidades y demás instituciones del Estado, cuenten con los recursos materiales, técnicos y financieros correspondientes, para el eficaz y eficiente desempeño de la competencia en ellos transferida.
7	Se fijan como prioridades del proceso la descentralización de competencias gubernamentales las áreas de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Educación, 2. Salud, y asistencia social, 3. Seguridad Ciudadana, 4. Ambiente y Recursos Naturales, 5. Agricultura, 6. Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda, 7. Economía, y 8. Cultura, recreación y deporte.
9	La autoridad responsable de la Programación, Dirección y Supervisión de ejecución de la Descentralización del Organismo Ejecutivo será nombrada por el Presidente de la República.
10	Las atribuciones que deberá desempeñar el órgano responsable son: <ol style="list-style-type: none"> a) Formular las propuestas de política nacional de descentralización del Organismo Ejecutivo, así como las estrategias y programas de dicha política cuya ejecución deberá ser aprobada por el Presidente de la República en Consejo de Ministros. <ol style="list-style-type: none"> a) Proponer al Organismo Ejecutivo las iniciativas de ley que estime pertinentes para el cumplimiento de sus objetivos, para que con su aprobación se presenten al Congreso de la República. b) Impulsar, supervisar y evaluar el proceso de descentralización. c) Coordinar con los diferentes Ministerios de Estado y otras entidades del Gobierno Central, los planes de descentralización administrativa y verificar que los mismos sean ejecutados de conformidad con lo planificado. d) Desarrollar acciones de capacitación, fortalecimiento institucional y modernización de los niveles intermedios de la administración pública, con énfasis en los gobiernos departamentales y municipales. e) Convocar a los sectores empresariales y a representantes de la sociedad civil a una activa participación en los procesos de descentralización

Fuente: elaboración propia a partir de la Ley General de Descentralización. Decreto 14-2002.

Apéndice 2

A) GUIA DE ENTREVISTA

GUIA DE ENTREVISTAS PARA PERSONAL DE AREA DE SALUD

VARIABLE	PREGUNTAS GUIA
Centralismo, gestión gubernamental, nivel central, área.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los principales obstáculos o dificultades que enfrenta el Área de Salud para poder cumplir con sus objetivos y metas? • ¿Cuáles de los anteriores dependen del gobierno central, del MSPAS en el nivel central y del Área de Salud respectivamente? • ¿Cuáles son los mecanismos para la planificación de las acciones de salud en el Distrito correspondiente al Municipio de San Juan Ostuncalco? • ¿En qué medida el área de Salud puede dar respuesta a los requerimientos planteados por el Distrito?
Formulación centralizada de políticas y programas para la descentralización del sector salud.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la situación en el Área de Salud en cuanto a los Programas y Estrategias de Descentralización que impulsa el MSPAS? • ¿A qué se deben los diversos niveles de implementación de dichos programas en diferentes departamentos? • ¿En qué municipios del departamento se está implementando el programa de extensión de cobertura del SIAS? • ¿Cuál es el nivel de implementación de los programas citados en el Municipio de San Juan Ostuncalco? • ¿Qué margen de decisión tiene la PSS del SIAS de acuerdo al cuadro de espacio de decisión? • ¿Qué margen de decisión sobre la distribución de presupuesto tiene establecido la PSS en el convenio?
Formulación centralizada de Políticas y Programas de Servicios de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué forma ha participado o participa el Área de Salud de Quetzaltenango en la definición de políticas y programas de salud, específicamente en el tema de descentralización? • ¿Cuentan con personal y/o unidades administrativas específicas para la implementación de los programas mencionados? • ¿Considera que las políticas establecidas desde el nivel central son aplicables en los diferentes niveles geográficos?
Espacio de decisión	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir al actor clave del área que identifique dentro de ésta, el espacio de decisión con respecto al nivel central del MSPAS.

**GUIA DE ENTREVISTA PARA PERSONAL DEL DISTRITO DE SALUD
DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN OSTUNCALCO**

VARIABLE	PREGUNTAS GUIA
Centralismo de la gestión del Área	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los principales obstáculos o dificultades que enfrenta el Distrito de Salud para poder cumplir con sus objetivos y metas? • ¿Cuáles de los anteriores dependen del gobierno central, del MSPAS en el nivel central y del Área de Salud respectivamente?
Formulación centralizada de políticas y programas para la descentralización del sector salud	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la situación en el municipio en cuanto a los 3 Programas y Estrategias de Descentralización que impulsa el MSPAS? • ¿Cuál es el nivel de implementación de los programas citados en el Municipio de San Juan Ostuncalco? • ¿Por qué la situación de dichos programas es diferente a la de otros municipios o departamentos?
Formulación centralizada de Políticas y Programas de Servicios de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué forma ha participado o participa el Distrito de Salud del municipio de San Juan Ostuncalco en la definición de políticas y programas de salud, específicamente en el tema de descentralización? • ¿Considera que las políticas establecidas desde el nivel central son aplicables a nivel del municipio?
Espacio de decisión	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir al actor clave identificar el espacio de decisión del área con respecto al nivel central del MSPAS.

GUÍA DE ENTREVISTAS DEL CICLO ADMINISTRATIVO

PROCESO	PREGUNTAS GUIA
Planificación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo y en dónde se elabora la planificación del Distrito? • ¿Qué tipo y fuentes de información se utilizan? • ¿Quiénes y cómo participan? • ¿Hay participación social en la planificación y en qué forma?
Dirección / Organización	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se dirige el trabajo del personal y en qué forma se distribuye en trabajo? • ¿Se cuenta con manuales de perfiles y funciones? • ¿Con qué mecanismos se elaboran los informes de trabajo? • ¿Hay participación social en la organización y en qué forma?
Control	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se lleva a cabo el proceso de evaluación de las acciones del distrito? • ¿En qué forma se evalúa al personal? • ¿Hay participación social en el control y en qué forma?

GUIA DE ENTREVISTA PARA PERSONAL DE LA UTM DE LA CORPORACION MUNICIPAL DE SAN JUAN OSTUNCALCO

VARIABLE O ITEM	PREGUNTAS GUIA
Contexto municipal ad- verso en lo económico, político y social	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los principales obstáculos o dificultades que enfrenta la municipalidad para poder cumplir con sus objetivos y metas? • ¿Qué elementos de carácter económico, político, geográfico y social pueden ser obstáculos ?
Formulación centralizada de políticas y programas para la descentralización del sector salud	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Conoce la municipalidad las políticas y programas de descentralización del sector salud? • ¿Cuál es el nivel de implementación de los programas citados en el Municipio de San Juan Ostuncalco? • ¿Por qué la situación de dichos programas es diferente a la de otros municipios o departamentos?
Formulación centralizada de Políticas y Programas de Servicios de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué forma ha participado o participa la Corporación Municipal de San Juan Ostuncalco en la definición de políticas y programas de salud, específicamente en el tema de descentralización? • ¿Considera que las políticas establecidas desde el nivel central son aplicables a nivel del municipio?
Obstáculos a la descentralización	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué obstáculos para la descentralización enfrenta la Corporación Municipal relacionados con el Gobierno Central?
Agenda de salud	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la agenda de salud del Plan Municipal? • ¿Qué recursos se tienen destinado para el desarrollo de las acciones de coordinación? • ¿Qué mecanismos de coordinación con las autoridades de salud existen? • ¿Cuál es el plan de trabajo de la Comisión de Salud y qué avances y resultados se han observado en la materia?

GUIA DE ENTREVISTAS DEL CICLO ADMINISTRATIVO

PROCESO	PREGUNTAS GUIA
Planificación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo y en dónde se elabora el Plan Municipal? • ¿Qué tipo y fuentes de información se utilizan para la elaboración del plan? • ¿Quiénes y cómo participan? • ¿Hay participación social en la planificación y en qué forma?
Dirección / Organización	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el organigrama funcional y los niveles jerárquicos en la municipalidad? • ¿Cómo se dirige el trabajo del personal y en qué forma se distribuye en trabajo? • ¿Se cuenta con manuales de perfiles y funciones? • ¿Con qué mecanismos se elaboran informes de trabajo? • ¿Hay participación social en la organización y en qué forma?
Control	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se evalúan las actividades de la municipalidad? • ¿En qué forma se evalúa al personal? • ¿Hay participación social en el control y en qué forma?

GUIA DE ENTREVISTA PARA LA ASOCIACION MULTISECTORIAL

VARIABLE/ ITEM	PREGUNTAS GUIA
Percepciones	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existen espacios para la participación social por parte de la Corporación Municipal? • ¿Qué características tienen? • ¿Qué características deberían tener? • ¿Cuál es su opinión respecto a la situación de los servicios de salud? • ¿Cuál considera que es la autoridad responsable de velar por la eficiencia de los servicios de salud?
Recursos disponibles	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuántas personas conforman su organización? • ¿Cuál es su estructura actual? • ¿Cuáles son los mecanismos de toma de decisiones? • ¿Cuentan con recursos financieros y de qué fuentes?
Intereses	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los objetivos de su organización? • ¿En qué forma y bajo qué mecanismos desearían participar en la implementación de políticas públicas municipales? • ¿Y en lo que se refiere a programas de salud en el municipio?
Participación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Su organización ha sido convocada a actividades de planificación municipal? • ¿Cuál fue la metodología para participar? • ¿Se incluyeron sus recomendaciones? • ¿Cuál ha sido el seguimiento de las actividades?

B) ESCALA DE REGISTRO Y MEDICION DEL ESPACIO Y MARGEN DE DECISIÓN

1. ¿En qué nivel descentralizado o institución autónoma se decide?
2. ¿Es alto, moderado o bajo el margen de decisión?

Alto: la decisión depende del nivel descentralizado.

Moderado: la decisión del nivel descentralizado está condicionada o regulada por el nivel central.

Bajo: el nivel descentralizado participa en la decisión pero ésta depende del nivel central.

Procesos del ciclo Administrativo	Espacio De Decisión	MSPAS Central	Área	Distrito	SIAS	Municipio Saludable	APROSAM
Planificación, Programación de los servicios	Fuentes de Ingreso						
	Asignación y distribución del presupuesto						
	Planificación						
	Priorización local / nacional						
Organización de los servicios	Elección de Programas y servicios ofrecidos						
	Definición de normas de servicio y acceso						
Administración de los servicios	Compras y suministros						
	Contabilidad						
Recursos humanos	Contratación y remuneración del personal						

X= Alto
 *= Moderado
 ?= Bajo

C) TIPO IDEAL DE PARTICIPACION SOCIAL EN LAS PRINCIPALES FASES DEL CICLO ADMINISTRATIVO

Tipos de Planificación, Organización, Dirección, Control y Personal, por Ámbitos del Primer Nivel de Atención en Salud.

COMPONENTES PROCESALES	INSTITUCIONAL	COMUNITARIO
PLANIFICACION	<ul style="list-style-type: none"> Estratégica-táctica Operativa 	<ul style="list-style-type: none"> Participativa –corto y mediano plazos- Estratégica –mediano y largo plazos-
ORGANIZACION	<ul style="list-style-type: none"> Criterios de diseño organizacional adaptados equitativamente a los contextos locales 	<ul style="list-style-type: none"> Contingente, con base a la realidad comunitaria y a las acciones sanitarias a realizar.
DIRECCION	<ul style="list-style-type: none"> Estratégica, basada en el desarrollo de liderazgo y el trabajo en equipo 	<ul style="list-style-type: none"> Participativa, y con base en la organización comunitaria.
CONTROL	<ul style="list-style-type: none"> Basado en el trabajo en equipo, formativo y sistematizador 	<ul style="list-style-type: none"> Participativo, basado en la acción política y social de las comunidades.
PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> Preferentemente local o regional Adecuación entre competencia y perfil de desempeño Condiciones laborales apropiadas 	<ul style="list-style-type: none"> Intervención en su forma y contenido, decidida por la misma comunidad de acuerdo a sus intereses <ul style="list-style-type: none"> Individuos, familias, redes y grupos organizados pertenecientes a los conjuntos socio-culturales locales Terapeutas, especialmente del modelo de salud maya

Fuente: Instancia Nacional de Salud, 2001.

D. LISTADO DE REUNIONES Y ENTREVISTAS

INSTITUCION	CARGO	FECHA
Area de Salud	<ol style="list-style-type: none"> Director de Área Trabajadora social del área Responsable administrativo financiero de Extensión de Cobertura –SIAS- 	Marzo
Distrito de Salud	<ol style="list-style-type: none"> Directora de Área Enfermera 	Marzo
Corporación Municipal	<ol style="list-style-type: none"> Coordinador de UTM Responsable de proyectos de UTM Coordinador de Tesorería Coordinador de Departamento de Gestión ambiental 	Marzo y abril
Actores sociales	<ol style="list-style-type: none"> Integrante de equipo técnico de ONG de salud en el municipio Presidente de la Asociación Multisectorial del municipio Supervisor de APROSAM en el departamento de Chimaltenango Técnico de ONG que participa en Programa de Municipio Saludable 	Marzo y abril

Apéndice 3

a. Caracterización del municipio de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango

1. Datos Geográficos:

El municipio San Juan Ostuncalco, del departamento Quetzaltenango, está localizado a aproximadamente 214 km de la ciudad capital y a 14 km de la cabecera departamental, y se comunica con ellas por la carretera C1, transitable en toda época del año. La extensión territorial del municipio es de 44 km². Colinda con los siguientes municipios: al norte con Cajolá, Palestina de los Altos, San Miguel Sigüilá, San Carlos Sija, al este con San Mateo, al sur con Concepción Chiquirichapa y San Martín Sacatepéquez. Al oeste con Palestina de los Altos y San Pedro Sacatepéquez (San Marcos), El Quetzal (San Marcos) y San Cristóbal Cucho (San Marcos).

Distancia de la cabecera municipal a los centros poblacionales rurales del municipio San Juan Ostuncalco	
Nombre del Centro Poblado	Distancia en Kms
Aldea Monrovia	6
Aldea Varsovia	4
Aldea La Victoria	6
Aldea La Esperanza	11
Aldea Nueva Concepción	14
Aldea Sigüilá	4
Caserío Agua Tibia	3
Caserío Buena Vista	2
Aldea Las Barrancas	34
Caserío Agua Blanca	26
Finca Bella Lucitania	36
Caserío Chanchil	23
Finca Egipto	38
Finca Chinabajul	33
Finca El Dulce Nombre	37
Parcela Los Agustines	32
Labor La Granadía	30
Caserío Pueblo Nuevo	3
Caserío Roble Grande	1
Finca Santa Rita	35
Finca San José Los Cerritos	43
Finca San Florencio	31
Caserío El Tizate	18
Caserío Los Méndez	22
Caserío Las Moras	1
Finca Alta Mira Sur	31
Caserío La Reforma	3
Caserío Buena Vista I	2
Caserío Buena Vista II	2.5
Caserío Edén El Chiquito	16
Caserío Los Alonzo	7
Caserío Las Lagunas Cuaches	15
Caserío Los González	16
Caserío Cansente	19

Fuente: Elaboración UTMP 1998

Distancia de San Juan Ostuncalco a otros municipios	
Nombre del municipio	Distancia en Kms
Cabecera Departamental	14
La Esperanza	7
San Mateo	3
San Martín Sacatepéquez	4
Concepción Chiquirichapa	1
Cabricán	57
Cantel	25
Cajolá	7
Coatepeque	55
Colomba	53
El Palmar	59
Flores Costa Cuca	58
Génova	57
Huitán	52
Ciudad Capital	216
Fuente: DGC, Zona Vial N°5 1998	

2) Vías de Acceso:

La principal vía de acceso es la Ruta Nacional N°1 que de la ciudad capital conduce a los departamentos de Quetzaltenango, San Marcos y a la frontera con México. Otras vías principales son la Ruta Departamental N°3 que de la cabecera departamental conduce al municipio de Colomba Costa Cuca y la Ruta Departamental N°15 que de San Juan Ostuncalco conduce al municipio de Cubricán. Todas estas carreteras están asfaltadas.

En el municipio hay caminos de herradura o veredas que siempre entroncan con el camino principal. La comunicación hacia las aldeas y caseríos es por medio de carreteras de terracería que tienen conexión con las rutas principales antes mencionadas.

Las aldeas con mayor facilidad de acceso son: La Esperanza (utiliza la ruta interamericana N°1), Varsovia, La Victoria. El acceso es difícil desde la cabecera municipal hacia las otras aldeas y centros poblados que las integran. Los caminos son angostos y con pendientes que dificultan el tránsito de vehículos, especialmente en época lluviosa.

3) Datos Demográficos

Población total por sexo, grupo étnico y grupo etario.

El 74.66% de la población del municipio está localizada en su mayoría en el área rural en tanto que el 25.34% corresponde a población del área urbana.

La población masculina representa al 49.3%, mientras la femenina asciende al 50.7%. Cabe destacar que la mujer juega un papel importante en las actividades productivas del municipio, pues se dedica a labores agrícolas y artesanales, entre otras. Es importante fortalecer la capacidad de organización y productividad de la mujer dentro de la sociedad.

La mayor parte de la población del municipio es indígena Mam y representa al 84.42% de la población total y está localizada en 34 comunidades del área rural, mientras el 15.58% es ladina y está ubicada en el área urbana del municipio.

El 45.72% de la población tiene edades comprendidas de 0-14 años, de ésta el 22.98% está en edad escolar, los niños se dedican desde temprana edad a trabajos de agricultura y corte de café para aumentar los ingresos familiares. Las niñas, por el contrario, empiezan a

realizar trabajos domésticos en el hogar, lo que dificulta e imposibilita asistir a la escuela, y representa un obstáculo para su desarrollo futuro.

El 54.28% corresponde a edades de 15 a 64 años que en su mayoría se dedica a la agricultura. El ingreso obtenido representa su autosostenimiento. Las personas mayores de 65 años dependen de los ingresos del núcleo familiar.

4) Número de Familias

Según Censo Urbano AECI – MUNIK'AT 1998 y Censo poblacional INE 1994, en el área urbana están establecidas un 28.8% de familias, en tanto un 71.2% se encuentran en el área rural, ubicadas en los centros poblados de la siguiente manera: 35.32% en caseríos, 29% en fincas, 35.5% en aldeas y 0.09% en labores. Existe un promedio de 6 miembros por familia tanto en el área urbana como en la rural.

5) Número de viviendas:

De acuerdo al Censo poblacional INE 1994, se registraron 5,801 viviendas de las cuales el 40.20% son urbanas, de la cabecera municipal, y el 59.80% rurales.

6) Actividades económicas:

La principal ocupación o fuente de ingreso es la agrícola. Los cultivos más importantes del altiplano del municipio son: maíz, papa, trigo, frijol, haba, hortalizas y frutales. En la zona templada se cultiva café, caña de azúcar, chile, cardamomo y banano.

Además de las actividades agrícolas que son las principales, también hay industria artesanal y manufacturera, centros turísticos, mercados y servicios profesionales (médicos, abogados) y burócratas.

7) Aspectos sociales:

a. Educación

Según el X Censo de población 1994, la población alfabeta es de 52.50% y la analfabeta es de 47.50%. Para este cálculo fue tomada en cuenta la población que está en capacidad de aprender a leer y escribir. Una de las principales causas del analfabetismo es la falta de recursos económicos.

El nivel de escolaridad es deficiente pues un 46.46% no ha tenido acceso a la educación formal, principalmente por falta de establecimientos educativos. Otro factor que es necesario señalar es la insuficiencia de programas de educación bilingüe para cubrir al alto porcentaje de población estudiantil con idioma mam.

No toda la infraestructura escolar se encuentra en buenas condiciones y la superpoblación en las aulas escolares provoca hacinamiento. En algunos casos hay ausencia de servicios básicos tales como letrinas y cocina, lo que provoca problemas serios de salud para el estudiantado.

b. Salud

1.1 Condiciones de vivienda

La mayoría de viviendas del área urbana están construidas con block y tienen piso de granito o cemento. Las viviendas del área rural están fabricadas, en su

mayoría, de adobe y teja de arcilla con piso de tierra y en algunos casos de torta de cemento.

1.2 Alimentación

Los patrones dietéticos están influenciados por la disponibilidad de alimentos, hábitos culturales y educacionales y nivel socioeconómico de las familias. Generalmente, estas dietas son inadecuadas cuantitativa y cualitativamente pues muestran deficiencias nutricionales.

Existe desconocimiento sobre el manejo adecuado de alimentos, y sumado al hacinamiento en las viviendas, se le da usos adicionales a la cocina, lo que da como resultado un índice elevado de contaminación de alimentos, sobre todo en el área rural.

1.3 Hábitos higiénicos

En el área urbana del municipio, los hábitos higiénicos se practican en forma aceptable. No así en el área rural, donde la deficiencia de servicios dificulta su práctica.

Según el Centro de Salud del municipio, las causas más importantes de enfermedad de la población son las malas condiciones ambientales, debido a la ausencia de letrinas en el área rural y planta de tratamiento de aguas servidas en el área urbana. Esto se refleja en que un 30% de las viviendas del área rural cuentan con letrinas y un 2% con drenajes. (Plan Estratégico Municipal 2000 – 2004: pág. 25)

“El agua para consumo no es potable, un total de ocho comunidades no cuenta con el servicio de agua, lo que provoca un alto índice de mortalidad por enfermedades respiratorias, gastrointestinales, neumonía, deshidratación, diarrea y desnutrición crónica”. (Plan Estratégico Municipal 2000 – 2004: pág. 25)

A continuación se presenta un cuadro con información sobre infraestructura existente en el municipio:

Infraestructura de salud existente			
Cantidad	Lugar	Tipo	Estado
1	Cabecera municipal	Centro de Salud	Activo
1	Aldea Monrovia	Puesto de Salud	Activo ocasionalmente
1	Aldea Varsovia	Puesto de Salud	Activo ocasionalmente
1	Aldea La Victoria	Puesto de Salud	Activo ocasionalmente
Fuente: Unidad Técnica Municipal de planificación			

Además funcionan tres clínicas generales y una odontológica de carácter privado, las cuales se encuentran en la cabecera municipal.

Es común que la población del área urbana recurra a la medicina tradicional. En cambio, la población rural consulta a curanderos y comadronas quienes les recetan medicina natural. En casos de suma gravedad, es necesario trasladar a los enfermos al Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Quetzaltenango.

c. Aspectos políticos

La población de San Juan Ostuncalco es en su mayoría agricultora, con bajo nivel de escolaridad y tecnificación. Otra parte se dedica al trabajo artesanal ya sea en la confección de güipiles, telares, calzado, o bien de forma individual en otras actividades, sin ningún tipo de organización que las respalde y consolide. (Plan Estratégico Municipal 2000- 2004: pág 26)

La organización en el municipio es fuerte y existe en todas las comunidades. Aunque a juzgar por el Plan Estratégico Municipal 2000 – 2004, esta organización tiene un desarrollo muy débil, pues no puede considerarse autogestionaria.

Existen varios comités que trabajan en función del desarrollo de su comunidad. Se presenta a continuación una lista de dichos comités:

- Comité Promejoramiento Caserío Cruz de Pacaya, Aldea Nueva Concepción.
- Comité Promejoramiento Caserío Las Granadías, Aldea Las Barrancas
- Comité Prointroducción de Energía Eléctrica
- Comité Promejoramiento Caserío Las Lagunas Cuaches, Aldea La Victoria.
- Comité Prointroducción de Energía Eléctrica Caserío Los Gonzáles, Aldea Nueva Concepción
- Comité Promejoramiento Aldea La Esperanza
- Comité Promejoramiento Aldea Monrovia
- Comité Provisional de Introducción de agua potable en el centro del Caserío El Tizate.
- Comité Promejoramiento Caserío Espumpujá de la Aldea La Victoria
- Comité Promejoramiento Caserío Agua Tibia
- Comité Promejoramiento Aldea La Victoria.

Apéndice 4.

Principales características de los Procesos de Descentralización del Sector Salud en América Latina

País	Tipo de servicio y cobertura	Nivel de decisión	Recurso Financiero	Marco Normativo y administrativo	Datos relevantes
Chile	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención primaria en sus 308 municipios. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fondo Gubernamental, Fondo Nacional de Salud -FONASA. ▪ Fondos inicialmente determinados por un sistema nacional de pago por prestación, el FAPEM (Facturación por Atenciones Prestadas en Establecimientos Municipales). Esto llevó a una explosión en el gasto, y este mecanismo fue más tarde limitado a presupuestos históricos, los que se negociaron entre las municipalidades y el fondo central. ▪ El sistema de Atención Primaria Municipal recibe aproximadamente el 30% de los fondos de salud pública en más de 1500 consultorios y puestos de salud (Carciofi 1996). ▪ Los gobiernos locales tuvieron la obligación de contribuir con una porción de sus recursos propios para ayudar a financiar el sistema. ▪ Para ayudar a las municipalidades a asumir estas responsabilidades, Chile implementó un innovador fondo de equidad horizontal, llamado Fondo Común Municipal, el que redistribuía una porción de los recursos propios de las municipalidades más ricas hacia las más pobres. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo el control de las direcciones regionales del Ministerio de Salud. ▪ La responsabilidad de supervisar los servicios municipales y asegurar que las normas técnicas del Ministerio estén siendo implementadas es de las direcciones regionales. ▪ Transferencia del equipo de atención de salud hacia el sistema municipal, lo que debilitó su protección ante la ley bajo las reglas nacionales de manejo de funcionarios públicos. 	
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Devolución de las instalaciones de salud, personal y responsabilidades a los 32 “departamentos” y 1070 municipalidades. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A las municipalidades se les asignó la responsabilidad tanto en materia de prevención como de promoción, más las instalaciones de atención primaria y los hospitales de primer nivel. ▪ Los departamentos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las autoridades locales tuvieron que cumplir una serie de requisitos, los que incluyeron el establecimiento de las pensiones, un fondo independiente de salud, y una demostrada capacidad para hacer planificación, y de esa forma ser certificadas para asumir el control, de la más grande fuente de transferencias Intergubernamentales –el Situado Fiscal. ▪ Las municipalidades, sin embargo, recibieron una transferencia separada – la “participación municipal,” destinada a salud y educación – 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ La reforma de seguros sociales tuvo un impacto directo en el proceso de descentralización, la que generó competitivas instituciones de seguridad públicas y privadas (EPS y ESS), que recibirían una cotización, ajustada al riesgo, por entregar cobertura al segmento más po-

País	Tipo de servicio y cobertura	Nivel de decisión	Recurso Financiero	Marco Normativo y administrativo	Datos relevantes
		<p>ganaron control sobre las instalaciones para salud secundarias y terciarias. También sobre los hospitales de práctica y campañas de salud pública.</p>	<p>de modo que tuvieron algunos fondos para asignar a la salud. incluso antes de ser certificados por el Ministerio de Salud. La certificación, sin embargo, les proporcionó un significativo control sobre diversas funciones. La certificación se implementó lentamente en un principio. En 1994, sólo 19 municipalidades habían sido certificadas y sólo 8 más se incorporaron en 1995. Sin embargo, en 1996 y 1997, casi 300 municipalidades – prácticamente un tercio del total – fueron certificadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desde 1996 se invirtió aproximadamente un 10% del PIB en salud, incluido un 4% en el sector público y un 6% en el sector privado. De los gastos públicos en salud, un 39% fue a nivel nacional, un 45% a nivel departamental, un 9% por las municipalidades y el restante 7% por entidades especiales tales como las fuerzas armadas y ECOPE-TROL. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ de la población. ▪ Los fondos para estas instituciones aseguradoras debían reasignarse desde el transferido fondo del Situado Fiscal hacia las municipalidades en forma gradual. ▪ Las municipalidades se han resistido a esta pérdida de control, pero han ido cumpliendo.
Bolivia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sector público ofrece cobertura directa de servicios de salud a casi 30% de los ciudadanos. El sistema de seguridad social cubre 14%. El sector privado a un 30%. El restante 26% no tiene acceso a los servicios de salud o utiliza la medicina tradicional. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se devolvió el control sobre los presupuestos de “inversión y suministro” para el desarrollo municipal a las municipalidades, y al mismo tiempo que se conservó todo el control sobre el personal y las remuneraciones en las direcciones locales del Ministerio de Salud. ▪ En un principio, fueron las municipalidades las encar- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La inversión social como porcentaje del PIB se ha duplicado entre 1993 y 1995. El aumento dado va de 1,71% a un 3,61%. ▪ En 1993, los gobiernos municipales controlaban sólo el 15% de la inversión social. ▪ En 1996, esta proporción había aumentado a más de un 40%. Esto incluye un 60% de toda la inversión en infraestructura en salud, educación e higiene básica, ▪ El aporte gubernamental en inversión social disminuyó a un 11%. ▪ Las prioridades de inversión de los diferentes tipos de municipalidades variaron considerablemente. ▪ En salud, las ciudades capitales invirtieron US\$0.73 per cápita mientras que otras municipalidades invirtieron US\$1.70, casi dos veces y 1/3 más. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ley de Participación Popular (1994). ▪ Ley de seguro materno infantil (1996), después de hacerse evidente que muchas municipalidades no le asignaban ninguno de los recursos para salud, específicamente afectó a un 3% de los fondos de “coparticipación” para financiar las provisiones y el equipamiento para un paquete básico de beneficios para madres y niños. El paquete debía ser entregado gratis, lo que fue una importante restricción, dado que incluso antes de la descentralización, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La ley de Participación Popular otorgó el reconocimiento a las 311 municipalidades. Las primeras elecciones fueron celebradas en 1995. Creó también las Organizaciones Territoriales de Base (OTB), las que incluían a ONGs indígenas y campesinas, organizaciones vecinales, entre otras. ▪ Dichas organizaciones fueron diseñadas para permitir la participación de la gente común en el gobierno local a través

País	Tipo de servicio y cobertura	Nivel de decisión	Recurso Financiero	Marco Normativo y administrativo	Datos relevantes
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sector público brinda cobertura de salud aproximadamente al 46% de la población y sus gastos representan aproximadamente el 23% del gasto nacional. 	<p>gadas de asignar la transferencia intergubernamental (llamada "co-participación") hacia una lista seleccionada de actividades en el sector social, sin restricciones en la cantidad asignable a cada una de ellas. Estas debían coordinar los diversos planes con las autoridades regionales de los ministerios centrales, pero éstas tenían un escaso control sobre las asignaciones finales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una particularidad de la experiencia descentralizadora boliviana es que los municipios y departamentos comprarten roles y responsabilidades. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las provincias tienen el poder de decidir cuánto asignarle al sector a partir de su propio presupuesto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 14% del gasto público en salud se realiza a nivel nacional, el 70% a nivel provincial y el 16% restante a nivel de municipio 	<p>las instalaciones médicas (hospitales, centros de atención primaria, etc.) tenían la facultad de determinar y mantener sus propias tarifas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las decisiones sobre cantidad de personal administrativo como sanitario destinado a los centros de salud pública, son determinadas a nivel central sin que los gobiernos municipales participen en el proceso. 	<p>de los llamados Comités de Inspección.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la coordinación entre municipalidades, las OTBs y los profesionales de salud local, se dio forma a una nueva organización, la Dirección Local de Salud (DILOS), la que incluyó al oficial de salud local, concejales y la OTB. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital público autónomo: su autonomía debía incluir su capacidad de facturar al sistema de seguridad social y a los aseguradores de salud privados por los servicios prestados a sus be-

País	Tipo de servicio y cobertura	Nivel de decisión	Recurso Financiero	Marco Normativo y administrativo	Datos relevantes
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de seguridad social, (obras sociales) proporciona la cobertura al 47% de la población y de él depende el 35% del gasto total en salud. ▪ El sector privado cubre el 7% de la población y sus gastos (seguro y gastos menores) representa el 42% del total nacional. 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ La administración del personal es a nivel provincial. 	<p>beneficiarios y retener parte de sus utilidades.</p> <p>Temores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Duplicación de establecimientos y equipos. ❖ Discriminación a población no asegurada. ❖ Aumentar el déficit público. ❖ Oposición de los sindicatos y ❖ Reducción del poder político en las provincias. <ul style="list-style-type: none"> • Con excepción de la provincia de Salta, ninguna ha concedido a sus hospitales autónomos el control sobre la administración del personal.
México	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Ministerio de salud presta servicios de salud para la población no asegurada (más de 42 millones de personas) a través de su extensa red de establecimientos de salud. ▪ El Instituto Mexicano de Seguridad Social -IMSS- proporciona un seguro de salud glo- 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ El 67% de los ingresos por concepto de seguro de salud del IMSS proviene de los impuestos sobre nóminas y 33 por ciento de la tributación general. ▪ La autonomía otorgada a los estados en materia de asignar recursos se restringió a los ingresos obtenidos localmente a la vez que la ejecución del presupuesto se mantuvo altamente centralizada. ▪ El presupuesto descentralizado de 4.8 millones de pesos en 1995 aumento a 16.4 millones en 1999. ▪ El gasto a nivel del ministerio federal disminuyó de 12.2 millones de pesos en 1995 a 9.5 millones en 1999. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Ministerio de Salud -SSA- ha sido el responsable de la definición de políticas del sector y de la reglamentación y supervisión del sistema de salud y su planificación estratégica. ▪ En 1999, se redefinieron las funciones del Ministerio de Salud federal y se reforzó su función normativa y de planificación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La descentralización representó un esfuerzo por compartir el poder político con los gobiernos estatales, reducir la carga fiscal a nivel central, racionalizar la estructura de oferta y mejorar la gerencia de los servicios. ▪ El proceso fue paulatino y con la participación de 14 de los 32 estados. Sin afectar las jurisdicciones

País	Tipo de servicio y cobertura	Nivel de decisión	Recurso Financiero	Marco Normativo y administrativo	Datos relevantes
	<p>bal a casi 41.5 millones de personas a través de su propia red de provisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Otro sistema de seguros financiado por el SSA y el IMSS, brinda cobertura a 11 millones de personas, la mayoría de comunidades rurales e indígenas. ▪ Sistemas de seguridad paralelos: de los empleados públicos y de la compañía nacional de petróleo. 				<p>ni los establecimientos de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1996. Participaron todos los estados y fue más explícita la distribución de funciones y responsabilidades entre cada uno de los diferentes niveles de gobierno, pero la descentralización no alcanzó a delegarse a jurisdicciones ni establecimientos.
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En 1988 se integró el Sistema Único de Salud - SUS- que brinda una cobertura casi universal, opera a modo de sistema de seguro subsidiario, en la que su administración federal reembolsa a los proveedores por los servicios prestados. La mayoría de dichos reembolsos va a los hospitales y clínicas privadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El gobierno federal elaboraba y aprobaba sus presupuestos para atención ambulatoria y hospitalaria a pesar de la cierta autonomía de las municipalidades. ▪ Los estados eran responsables de la revisión de la implementación de políticas, el seguimiento y evaluación de sistemas y de la entrega de asistencia técnica y 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En 1996, 137 municipalidades, administraron un 20% de los gastos hospitalarios del SUS. ▪ Los reembolsos del SUS no han dado abasto para el costo de los servicios de salud, por lo que las municipalidades a menudo se ven obligadas a subsidiar sus hospitales con ingresos municipales generales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los establecimientos de salud de propiedad estatal generalmente son administrados por las municipalidades. ▪ El proceso de habilitación para que las municipalidades administren sus propios sistemas de salud ha sido muy gradual y ha implicado un proceso de calificación formal. ▪ En 1996, 137 municipalidades (16% de la población brasileña) administraban sus propios sistemas de salud. ▪ Aproximadamente 2300 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A pesar de sus diversas deficiencias, el sistema de salud de Brasil tiene ventajas. Se integra la parte de adquisiciones, se agregan las funciones de compra y prestación de servicios, se privatiza la mayor parte de la entrega de bienes de salud privados (los proveedores privados representan más del 70% de las hospitalizaciones financiadas por el sector público). Además, se centraliza el financiamiento de bienes públi-

País	Tipo de servicio y cobertura	Nivel de decisión	Recurso Financiero	Marco Normativo y administrativo	Datos relevantes
		financiera a las municipalidades en sus jurisdicciones.		municipalidades (42 % del total) han obtenido una autonomía incipiente, que les permitió participar en actividades de planificación y otorgar licencias a proveedores privados dentro de su territorio.	cos, bienes con extremidades y "bienes de equidad" (medidas básicas de salud, nutrición, monitoreo epidemiológico y sanitario etc.) aunque la entrega de los mismos tiende a darse a través de organismos federales y no entidades municipales.

Fuente: Elaboración propia con base en (Burki 1999) y (Bossert 2,000)