

**UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**El ejercicio del poder, un caso:  
El Comité de Coordinación de la Cooperación Externa en  
Salud, en Alta Verapaz**

**José Francisco Zambroni Monterroso  
Carné 03418**

**Guatemala  
2005**

**El ejercicio del poder, un caso:  
El Comité de Coordinación de la Cooperación Externa en  
Salud, en Alta Verapaz**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**El ejercicio del poder, un caso:  
El Comité de Coordinación de la Cooperación Externa en  
Salud, en Alta Verapaz**

**Trabajo de investigación presentado por  
José Francisco Zambroni Monterroso  
para optar el grado académico de  
Maestría en Desarrollo**

**Guatemala  
2005**

**Vo. Bo.**



Lic. MA Isabel Rodas  
ASESORA

**TRIBUNAL EXAMINADOR**



X Licda. MA Katja Winkler



Lic. MA Isabel Rodas



Dr. Carlos Cazali Díaz

Guatemala, 9 de mayo del 2005.

## PREFACIO

La cooperación externa o internacional se ha considerado como un elemento importante para el desarrollo del país; con la firma de la paz surgió un ambiente favorable para la cooperación internacional y se diversificaron las fuentes de los recursos. La cooperación internacional se concibió como un respaldo al proceso de paz, a la consolidación de la democracia y apoyo al modelo de desarrollo humano.

Con el proceso de reforma iniciado en 1996 en el sector salud, muchas instituciones de cooperación internacional orientaron sus recursos para apoyar este proceso, especialmente a nivel departamental, siendo Alta Verapaz uno de los departamentos beneficiados.

Para coordinar esta cooperación el Ministerio de Salud Pública, acordó crear el comité de coordinación de la cooperación externa, bajo la conducción del director del área de salud. Este comité es el tema de esta investigación.

Agradezco a Dios por haberme permitido llegar a esta etapa de la vida y tener el deseo de seguir aprendiendo e investigando

Agradezco a mi esposa Ana María, a mis hijos Juan Carlos y Mariajosé, la ayuda que en todo momento recibí de ellos para salir adelante en esta maestría.

Agradezco el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, representación Guatemala. Así mismo hago extensivo mi agradecimiento a los Directores Área, equipo técnico de la Dirección del Área de Salud de Alta Verapaz, y Representantes de las Instituciones de Cooperación Externa que integran el comité, por la valiosa información proporcionada para el desarrollo de la presente tesis.

Agradezco a mis compañeros de la maestría, por sus enseñanzas y aportes valiosos de su experiencia, los cuales fueron compartidos siempre en aras de la superación del grupo.

Agradezco a la Universidad del Valle de Guatemala, al Director del programa de maestría en desarrollo, al equipo docente, en especial a la Dra. María Isabel Rodas por su asesoría en esta tesis.

# ÍNDICE

	Página
Prefacio.....	iv
Índice.....	v
Lista de cuadros.....	vii
Lista de gráficos.....	ix
Lista de mapas.....	x
Resumen.....	xi
Capítulos	
I. Introducción.....	1
II. Marcos metodológicos de la investigación.....	9
A. Marco teórico.....	9
1. El desarrollo.....	9
a. Teorías clásicas.....	10
b. Teoría de la modernización.....	11
c. Teoría del cambio estructural.....	12
d. Teoría de la dependencia.....	13
e. Teoría de los sistemas mundiales.....	14
f. El desarrollo humano sostenible.....	15
2. El poder.....	20
a. Naturaleza del poder.....	20
b. Cómo se ejerce el poder.....	23
1) Relaciones de poder o juegos estratégicos.....	24
2) Estados de dominación.....	25
3. Descentralización.....	27
a. Aspectos conceptuales de la descentralización.....	27
b. Desconcentración.....	30
B. Marco contextual.....	31

1. Ubicación geográfica de Alta Verapaz.....	32
2. Demografía.....	32
3. Socioeconomía.....	32
4. Daños a la salud.....	33
5. Respuesta social.....	34
6. Reforma del sector salud.....	35
a. Descentralización en el Ministerio de Salud Pública	37
b. Comité de coordinación de la cooperación externa...	41
III. El poder en el comité de coordinación de la cooperación externa en salud.....	44
A. Resultados.....	44
1. Creación y conformación del comité de cooperación externa.....	44
2. Ubicación geográfica de la cooperación externa.....	45
3. Programación de reuniones del comité de cooperación externa.....	47
4. Características de la cooperación externa.....	49
5. Recurso humano de las instituciones de cooperación externa.....	55
6. Ubicación de sedes de las instituciones de cooperación externa.....	56
7. Desarrollo de reuniones del comité de cooperación externa.....	57
8. Recursos financieros.....	64
B. Discusión.....	66
1. Lo que debe ser y es el comité de cooperación externa.....	66
2. La coordinación dentro del comité de cooperación externa.....	68
3. La conducción del comité de cooperación externa.....	70
4. Las prioridades de salud y los proyectos de la cooperación externa.....	73
5. El modelo de desarrollo humano y la cooperación externa.....	76
6. Propuesta para Alta Verapaz.....	81
IV. Conclusiones .....	84
V. Bibliografía.....	86
VI. Apéndice.....	94
A. Instrumentos utilizados para la recolección de la información.....	94
1. Guía de entrevistas.....	94
a. Para los integrantes del comité de cooperación externa.....	94
b. Para los coordinadores del comité de cooperación externa...	95
2. Lista de chequeo para la observación en las reuniones del comité de cooperación externa de Alta Verapaz.....	97
B. Glosario.....	102

## LISTA DE CUADROS

	Página
Cuadro No. 1	Indicadores de daños a la salud 2001-2003..... 33
Cuadro No. 2	Número de representantes que asistieron a las reuniones del comité de coordinación de la cooperación externa..... 48
Cuadro No. 3	Tipología de la cooperación externa..... 50
Cuadro No. 4	Formación y capacitación del recurso humano..... 51
Cuadro No. 5	Programas de atención a las personas apoyados por las instituciones de cooperación externa..... 52
Cuadro No.6	Programas de atención al ambiente apoyados por las instituciones de cooperación externa..... 53
Cuadro No. 7	Actividades de gestión apoyadas por las instituciones de cooperación externa..... 54
Cuadro No. 8	Otras actividades apoyadas por las instituciones de cooperación externa..... 54
Cuadro No. 9	Presupuesto de los proyectos de cooperación externa..... 65
Cuadro No. 10	Presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud Pública en Alta Verapaz..... 66
Cuadro No. 11	Distribución geográfica de la cooperación externa en salud en Alta Verapaz..... 101

## LISTA DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico No. 1 Ubicación de los representantes de las instituciones en las sesiones.....	58
Gráfico No. 2 Proyectos coordinados por el comité de cooperación externa .....	63
Gráfico No. 3 Lo que debe ser y es el comité de cooperación externa.....	68
Gráfico No. 4 Tipos de poder identificados en el comité de cooperación externa.....	72
Gráfico No. 5 Modelo de desarrollo humano y El Comité de Cooperación Externa.....	80
Gráfico No. 6 Propuesta para Alta Verapaz .....	83

## LISTA DE MAPAS

	Página
Mapa No. 1 Ubicación de la cooperación externa en Alta Verapaz, 2000-2004.....	45

## RESUMEN

Con la modernización del Estado, impulsada por el BID como una estrategia para lograr el Desarrollo Humano Sostenible, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social entró en un proceso de Reforma del Sector Salud, estableciendo las estrategias de descentralización y desconcentración para poder llevar a cabo la reforma. La desconcentración es la estrategia más implementada y como parte de esta desconcentración, en el año 2000 emitió un Acuerdo Ministerial que establecía la formación del Comité de Coordinación de la Cooperación Externa, (CCE) comité que debería formarse en cada Dirección de área de salud.

En Alta Verapaz se formó el CCE en el mes de julio del año 2000, lo integran quince instituciones que desarrollan proyectos de salud financiados con fondos externos. El CCE es un espacio complejo, que hay que conocerlo a profundidad para administrarlo ya que dentro del mismo se desarrollan y ejercen acciones de poder por parte de sus integrantes que buscan satisfacer el cumplimiento de sus proyectos, más que buscar estrategias para coordinarse entre ellos y aprovechar sus recursos en búsqueda de una meta común.

Producto de la no administración del ejercicio del poder entre los integrantes del CCE, es la coordinación de únicamente tres proyectos durante el período estudiado (julio 2000 a julio 2004), por lo que esta investigación se focaliza en el análisis del poder dentro del CCE.

Todos los proyectos de la cooperación externa en salud que se desarrollan en Alta Verapaz se encuentran enmarcados dentro de las variables diseñadas en el modelo de Desarrollo Humano, propuesto por el PNUD.

Debido a la poca coordinación de proyectos y a la ejecución de los mismos en municipios no priorizados, la contribución del CCE a la consolidación del modelo de desarrollo humano ha sido muy poca.

Se propone que la coordinación de la cooperación externa se realice en los municipios y se aproveche la organización de las comisiones de salud de los COMUDES y se logre la participación de actores gubernamentales, no gubernamentales, municipalidad, sociedad civil y representantes de las comunidades, con el fin de analizar la situación de salud del municipio, identificar problemas, soluciones y orientar la cooperación externa hacia metas comunes que incidan no solo en la salud de la población sino en el proceso de desarrollo local.

Este espacio local de análisis, de definición de prioridades y consenso entre diferentes actores que a nivel del municipio son los responsables del desarrollo local, les permitirá exigir la descentralización del poder, para asegurar la sostenibilidad del desarrollo y el fortalecimiento del poder local.

Este espacio local de análisis, de definición de prioridades y consenso entre diferentes actores que a nivel del municipio son los responsables del desarrollo local, les permitirá exigir la descentralización del poder, para asegurar la sostenibilidad del desarrollo y el fortalecimiento del poder local

## I. INTRODUCCIÓN

Antes de los cambios geopolíticos suscitados en Europa, América Central era lugar para que la cooperación internacional se hiciera presente apoyando procesos de desarrollo y programas de salud, por consiguiente había abundancia de recursos. Después de los cambios mencionados los donantes están más interesados en apoyar a los nuevos países del este europeo, por lo que hubo una sensible disminución de los fondos externos por lo que es necesario orientar estos recursos hacia procesos que sean sustentables con los recursos del Estado y de la población.

Actualmente no se puede pensar en desarrollo si no hay una conjunción de esfuerzos, orientados a lograr que el modelo de desarrollo humano sostenible, propuesto por el PNUD se implemente y se desarrolle, con participación social.

Un aspecto importante para la implementación del modelo de desarrollo humano es el compromiso de modernizar el estado, en donde la descentralización y la desconcentración del mismo son elementos indispensables dentro de este proceso.

Como parte de esta modernización, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en el año 1995 inició la reforma del sector salud y dentro de la misma el proceso de descentralización y desconcentración de dicha institución. En el año 2000 el MSPAS, publicó el acuerdo ministerial que establece que en todas las áreas de salud<sup>1</sup>, se conforme el Comité de Coordinación de Cooperación Externa (CCE), el cual dentro de sus funciones tendrá coordinar a nivel departamental toda cooperación externa que en el campo de la salud se esté ejecutando dentro de su departamento y que esta cooperación se brinde en poblaciones de mayor riesgo, inequidad y pobreza, esperándose como resultado aprovechar al máximo los recursos técnicos y financieros.

---

<sup>1</sup> A cada departamento corresponde un área de salud, excepto El Quiché y Petén que tienen tres áreas cada uno.

En el departamento de Alta Verapaz las autoridades de salud, procedieron a conformar el CCE, el 24 de julio del año 2000, mismo que está conformado por quince instituciones que realizan actividades de salud a nivel local.

La cooperación externa tiene presencia en Alta Verapaz, ejecutan y administran altos presupuestos, cuentan con tecnología de punta, información actualizada y tienen recursos humanos altamente calificados en el campo de la salud. Desarrollan proyectos relacionados con la salud, en poblaciones que a criterio de la dirección del área no son prioritarias, identificándose duplicidad de los mismos en algunas oportunidades

No obstante tener un comité, que se reúne periódicamente, y que las instituciones que lo integran desarrollan proyectos y actividades de salud, las condiciones de salud dentro de la población han variado poco. Los proyectos se han ejecutado y los impactos aún no son perceptibles a la población.

Para medir los impactos en salud se utilizan indicadores y si estos son buenos, expresan el producto de la combinación de factores biológicos, genéticos, ambientales y socioeconómicos. Hay una relación fundamental entre la salud y el desarrollo económico, es por eso que el enfoque de la política de desarrollo que se centra en los ingresos, considera que la salud es uno de los cimientos esenciales del capital humano. Por consiguiente, la integración de la salud en los programas de desarrollo económico, beneficia tanto a la población como a la economía y ayuda a reducir en definitiva los gastos del gobierno.

Los aspectos anteriormente citados fueron los motivos para realizar la presente investigación, y así colaborar con la identificación de los factores que a nivel del comité de coordinación de la cooperación externa, están dificultando que los proyectos de salud logren el impacto esperado en la población, y contribuyan al desarrollo del departamento.

La investigación en este tipo de comité es la primera en su género, y lo novedoso de la misma es que aborda con claridad y sinceridad las relaciones de poder que se dan en el

interior del CCE y cómo estas relaciones, han favorecido a las instituciones de cooperación externa y muy poco a la población.

El período de análisis de información comprende de julio 2000 a julio 2004. La metodología empleada fue fundamentalmente de carácter cualitativo que consistió en observaciones directas durante el desarrollo de las sesiones del comité, y entrevistas a nueve de sus quince integrantes, miembros actuales y anteriores, para lo cual fueron elaboradas dos guías de entrevistas. Una para los responsables de la conducción y otra para los integrantes del comité. Las grabaciones de las entrevistas se transcribieron y en el cuaderno de trabajo de campo se registraron aspectos importantes de las entrevistas y de las sesiones del comité. Así mismo, se hizo una revisión documental de las actas del CCE y de los proyectos de las instituciones representadas en el mismo

El objeto de estudio fueron los integrantes del “Comité de Coordinación de la Cooperación Externa” (CCE) conformado en el área de salud de Alta Verapaz. El estudio se basa en la observación del CCE.

El problema que se planteó para realizar esta investigación fue: “El ejercicio del poder, que se da al interior del comité de coordinación de la cooperación externa, dificulta la coordinación de actividades y proyectos de salud”,

Los objetivos específicos de la investigación fueron: 1) Identificar el manejo del poder entre los participantes del comité de coordinación de la cooperación externa, como elemento importante en el proceso de desconcentración administrativa iniciado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; y 2) Conocer cuáles son los beneficios y dificultades de los mecanismos de coordinación desarrollados en el comité de coordinación de la cooperación externa de Alta Verapaz.

Adicionalmente, se establecieron dos hipótesis de trabajo para guiar la investigación e intentar obtener evidencia empírica, que permitió establecer alguna relación entre las variables identificadas. Siendo ellas: 1) El ejercicio del poder dentro de los integrantes

del comité dificulta la coordinación de proyectos y actividades, y 2) Los representantes de las instituciones que participan en el comité, utilizan esta instancia para favorecer intereses de sus programas y proyectos.

Debe tomarse nota que las opiniones de las personas entrevistadas se identifican en los pie de página con letras mayúsculas del alfabeto, esto con el objeto de proteger su identidad, y lo que está descrito en este documento no refleja la opinión de las instituciones mencionadas.

El contenido de la tesis está organizado en cinco capítulos, de los cuales el primero es la introducción, en el segundo se desarrollan los marcos metodológicos de la investigación, marco teórico y marco contextual, en el tercero se presentan los resultados y discusión de trabajo de campo, en el cuarto las conclusiones y en el quinto la bibliografía citada y consultada.

En el marco teórico – conceptual- se abordan temas que, por su contenido, están relacionados directamente con el motivo de la investigación.

El tema del “desarrollo”, se aborda desde la perspectiva de hacer un análisis y revisión de la evolución de los modelos de desarrollo, profundizando en los modelos del siglo XX impulsados después de la segunda guerra mundial, haciendo énfasis en el modelo de desarrollo humano propuesto por el PNUD desde 1990 y que continúa siendo el modelo guía para buscar el desarrollo. Este modelo es el que utilizó como referencia para relacionarlo con los resultados de la investigación.

El concepto de acumulación de capital ha sido una característica permanente del pensamiento económico de posguerra, a lo cual no escapó América Latina, en donde los modelos de desarrollo aplicados durante el siglo XX se centraron predominantemente en el crecimiento económico, reconociendo que en las postrimerías de este siglo el concepto y las estrategias de desarrollo comenzaron a incorporar aspectos sociales.

El siguiente tema analiza “El poder” desde tres perspectivas: la naturaleza del poder, los juegos estratégicos o relaciones de poder y los estados de dominación. Para tratar de entender las relaciones de poder, se analizan aspectos conceptuales propuestos por Michael Foucault, Bourdieu y Balandier.

Para esta investigación se tomó como concepto de poder, algunos elementos propuestos por M. Foucault, que se pueden resumir de la siguiente forma: “el poder es conducir conductas y sus relaciones son un modo de acción que actúa sobre las acciones de los otros, una acción sobre otra acción” todo esto con el fin de imponer el principio de dominación y hacer valer el poder como el capital dominante.

No existe otra forma de entender el poder más que el desarrollado en los procesos de interrelación social entre individuos o grupos ya que el poder constituye una categoría fundamental para entender las relaciones entre los individuos, nos revela fenómenos de autoridad sencillos y complejos que atraviesan los procesos sociales. Las relaciones de poder son producto de la actitud del que manda y del que obedece.

Para comprender la transferencia del poder hacia entidades subnacionales del gobierno, se aborda el tema de la “descentralización” como uno de los componentes de la modernización del Estado, y se toma como base el estudio del Banco Mundial –BM– “más allá del centro: la descentralización del Estado” así como, la opinión de otros autores que han escrito con respecto a los procesos de descentralización y desconcentración, abordando específicamente el desarrollo de estos procesos en el sector salud.

Al respecto de la descentralización, podemos decir que es un proceso de cambio muy complejo debido a que la estructura de responsabilidad del gobierno central se desplaza a los componentes locales. Pero a este nivel local se identifican problemas de gestión, negociación, administración y recursos humanos que deben resolverse antes de tomar la decisión de descentralizar.

La desconcentración es la forma que más se ha utilizado en el sector salud de América Latina, ya que permite la transferencia de un determinado grado de autoridad administrativa a delegaciones locales de nivel medio. Así como ha sido la medida precursora de la transformación de los gobiernos departamentales y direcciones de los ministerios, en entidades políticas independientes.

Dentro del proceso de desconcentración iniciado por el MSPAS, una de las decisiones fue delegar en el director de área de salud la coordinación de la cooperación externa a través del CCE. Coordinación entendida como la búsqueda de un objetivo en común para coordinar el desarrollo de los proyectos al cumplimiento del mismo.

La cooperación internacional es necesaria, siempre y cuando se otorgue en forma coordinada, responda a las prioridades identificadas, se entregue a poblaciones en riesgo y es un complemento para el desarrollo de los programas del gobierno. Se considera un elemento importante y dinamizante para el desarrollo del país y la salud de la población.

En el marco contextual o antecedentes de la investigación, se analiza información de Alta Verapaz con objeto de orientar al lector y ubicarlo en el espacio geográfico en donde se realizó la investigación, proporcionándole información básica para comprender la situación socioeconómica, cultural, los daños a la salud y la respuesta social que ofrecen los servicios de salud en el departamento. Todo enmarcado dentro de los procesos de reforma del sector salud y desconcentración iniciados por el Ministerio de Salud Pública.

El en Capítulo III se presentan los resultados y discusión del trabajo de campo que consistió en analizar la utilización del poder por parte de los integrantes del CCE de Alta Verapaz.

Como se explicó al inicio en Alta Verapaz se conformó el CCE, como respuesta al acuerdo ministerial que ordena su creación. Está constituido por las autoridades de salud del departamento y quince instituciones de la cooperación externa que desarrollan proyectos de salud en todos los municipios, concentrándose en la región del Polochic y

específicamente en el municipio de Panzos, municipio que para el período estudiado no era considerado como priorizado por el área de salud.

La capacitación del recurso humano y atención de pacientes, fueron los campos en los cuales se invirtieron más recursos técnicos y financieros de la cooperación externa. La cooperación no fue exclusiva para el sector salud, se identificaron actividades dirigidas a otros sectores (educación, municipalidades, comunitarios) del desarrollo.

En el CCE todas las instituciones presentes hicieron uso del poder desde sus capacidades, pero se identificaron cuatro instituciones que por su capital –poder-económico, de expertos y de acceso a información actualizada, formaron el grupo que ejerció mas influencia dentro del CCE siendo ellas APRESAL/UE; OPS, CARE y Mercy Corps.

Así mismo se identificó que las instituciones que integraban el comité buscaron lo que más le convenía para los intereses de sus proyectos, sus representantes ejercieron el poder de influir sobre los demás miembros para apoyar sus propuestas, lo que dificultó se coordinaran proyectos. Durante el período de la investigación únicamente se identificaron tres proyectos realizados en forma coordinada por la cooperación externa y el MSPAS.

Por otra parte los resultados de la investigación demostraron que la conducción del CCE y la coordinación de las instituciones que lo integran es un espacio complejo, y que hay que conocerlo a profundidad para administrarlo con mucho más entendimiento y buscar nuevas y mejores estrategias para aprovechar todas las oportunidades que se presenten.

Tomando en cuenta que la cooperación externa debe constituirse como un apoyo para el modelo de desarrollo humano, la cooperación debe responder a las necesidades identificadas por la población. El espacio geográfico donde se identifican estas necesidades es el municipio, razón por la cual se hace la propuesta para que a nivel del municipio (aprovechando la organización de la comisión de salud del COMUDE) se

analice la situación de salud de su población. Este análisis debe hacerse con participación social y tener como resultado la identificación de las prioridades de salud. Posteriormente orientar los recursos de la cooperación externa hacia estas prioridades, logrando estructurar procesos municipales de desarrollo de la salud, así como identificar cuales son los procesos que deben desconcentrarse para formar las bases de la descentralización.

Al final del documento se presentan algunas conclusiones de las ideas más importantes analizadas en esta tesis, así como líneas de investigación derivadas del trabajo de observación que son complementarias al trabajo realizado y que en términos generales rebasan a los objetivos de este trabajo.

## II. MARCOS METODOLÓGICOS

### A. Marco teórico

En este apartado hago un análisis de los conceptos que son necesarios para profundizar en la investigación, haciendo un recorrido primero por las teorías y modelos de desarrollo que se han implementado a través de la historia especialmente aquellas que se han propuesto en el siglo XX después de la segunda guerra mundial, haciendo énfasis en el modelo de desarrollo sostenible propuesto por el PNUD ya que es el modelo que utilizo para analizar los resultados de la investigación.

Posteriormente para comprender las relaciones que se dan al interior del comité de cooperación externa en salud, objeto de la investigación, se analizan los conceptos que los teóricos del poder expresan para entenderlo. Así mismo se hace necesario abordar aspectos relacionados con la descentralización, ya que la conformación del comité es producto del proceso de descentralización y desconcentración que está realizando el Ministerio de salud pública.

**1. El desarrollo.** En América Latina las teorías y modelos de desarrollo aplicados durante el siglo XX se centraron predominantemente en el crecimiento económico. A partir de los años ochenta se proponen los programas de ajuste estructural y en los años noventa la Organización de las Naciones Unidas establece el concepto de desarrollo humano, planteando así una nueva perspectiva del desarrollo. Desarrollo que no se basa únicamente en el crecimiento económico sino que (el desarrollo humano) es el resultado de la combinación de varias dimensiones. Siendo éstas las sociales, las demográficas, las políticas, las ambientales y las culturales.

Este modelo de desarrollo humano se centra en la realización de las necesidades del ser humano, lo cual lo constituye en el fin y no en el medio del desarrollo. En este sentido la salud es parte del desarrollo y dentro de ésta la cooperación externa o internacional

desempeña un importante papel. La buena salud permite a los individuos gozar de mejor calidad de vida.

**a. Teorías clásicas.** Los economistas clásicos que desarrollaron las teorías clásicas se dirigieron hacia el problema del crecimiento económico. El modelo elaborado por Adam Smith y desarrollado por Malthus tenía un substrato esencialmente agrarista. Todos los individuos tienen tierra para cultivarla y satisfacer sus necesidades y las de su familia. Pero cuando todas las tierras fértiles fueron ocupadas el proceso de crecimiento empezó a mostrar sus limitaciones.

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII es evidente el crecimiento industrial, por lo que se impulsó el modelo elaborado por Ricardo y Marx quienes incluyeron el capital como el principal factor del crecimiento económico.

Ambas teorías después de su desarrollo llegan a un estado estacionario. La propuesta por Adam Smith llega a este punto después de que hay una disminución de la productividad del trabajo, como consecuencia de la ley de los rendimientos decrecientes al constituirse la tierra en un factor limitativo. En el caso de la propuesta de Ricardo y Marx es el número de trabajadores el que actúa como factor limitante, ya que la escasez de trabajadores hace que aumente el salario real que perciben y que disminuya la productividad del capital. ([www.etc.upm.es](http://www.etc.upm.es))

En 1936 John Maynard Keynes con su “Teoría general del empleo, el interés y el dinero”, presenta un modelo macroeconómico en el que trata de explicar la determinación de la renta y el empleo en una economía moderna. Establece que la renta y el empleo deben determinarse conjuntamente a partir del volumen de demanda global existente. El principal aporte de Keynes fue el reconocimiento de que los gastos públicos no son una interferencia en la inversión privada, sino un complemento. Se consideró como un modelo de bienestar, intervencionista o social de derecho. ([www.monografías.com/trabajos10/creco/creco](http://www.monografías.com/trabajos10/creco/creco))

Al término de la segunda guerra mundial, los países desarrollados se enfrentaron a la realidad de que sus teorías no estaban orientadas a explicar y orientar los problemas de países que todavía dependían de la tierra; es decir, de países con estructuras económicas no modernas, por lo que esto dio lugar a cambios tanto en el ámbito de la experiencia como en el de la teoría del desarrollo. En el mundo de la posguerra se dieron experiencias de desarrollo muy notables –Plan Marshall- . Así la teoría del desarrollo evolucionaba ya sea obedeciendo a su propia dinámica interna o en respuesta directa a observaciones empíricas. Las definiciones de estos conceptos cambiaron cuando las sociedades experimentaron cambios sociales, económicos, políticos y tecnológicos.

**b. Teoría de la modernización.** Después de la segunda guerra mundial apareció una teoría del desarrollo; describió el progreso en términos políticos, sociales y económicos occidentales. Esta teoría hizo hincapié en «la primacía del crecimiento económico por medio de la industrialización y el desarrollo de la infraestructura para sostener ese crecimiento». (OPS.1996:5). Además establece que las sociedades modernas son más productivas, los niños están educados y los necesitados reciben más beneficios.

Los teóricos de la modernización parten de un enfoque claramente evolucionista y conciben el desarrollo como un fin al que todas las naciones deben aspirar. El más claro representante de esta teoría es Rostow quien en su libro *Las etapas del desarrollo económico* se distinguen cinco fases o etapas que son:

« (i) la sociedad tradicional; (ii) precondición para el despegue (iii) proceso de despegue; (iv) el camino hacia la madurez; y (v) una sociedad de alto consumo masivo». (Universidad de Almeida.2001:2).

Por consiguiente la modernización es un proceso que se caracteriza por los siguientes aspectos:

- a) Es un proceso homogeneizador, a través del cual las distintas sociedades tienden a converger.
- b) Es un proceso europeizador y/o americanizador, hay una actitud favorable

hacia Europa Occidental y hacia los Estados Unidos, los identifican como países modernos.

c) Es un proceso prolongado e irreversible, donde el cambio social se concibe de forma evolutiva y gradual. Una vez se tiene el contacto con el Occidente no se resiste al proceso de modernización.

d) Es un proceso progresivo que a largo plazo es no sólo irreversible sino deseable.

e) Es un proceso largo, es un cambio basado más en la evolución que en una revolución. (Reyes.2002.2)

**c. Teoría del cambio estructural.** Esta teoría centró su proceso en la manera en que los países subdesarrollados, (que poseen estructuras económicas de subsistencia) modifican y transforman las estructuras de las economías basadas en la agricultura de subsistencia a economías más modernas y complejas y urbanizadas que dan mayor importancia al rol de la industria y los servicios dentro de su economía.

W. Arthur Lewis hizo unos aportes importantes a esta teoría, desarrolló un modelo que es conocido como –dos sectores con exceso de mano de obra- y que fue considerado en la década de los años cincuenta y setentas como la teoría del desarrollo que debería aplicarse a todos los países subdesarrollados, que tuvieran exceso de mano de obra.

La teoría del cambio estructural de Lewis se distingue por contar con un sector tradicional o agrícola, en el que la productividad marginal del trabajo no existe, y por lo tanto, hay un excedente de trabajadores que si son retirados de la actividad agrícola no incide en la producción, y se les debe transferir al sector industrial que posee elevados niveles de productividad.

Los supuestos principales del modelo de Lewis son:

a) El aumento de la producción dentro del sector moderno provoca crecimiento del empleo y la transferencia de mano de obra.

b) La transferencia de trabajadores al sector moderno se realiza en forma

gradual.

c) El ritmo de crecimiento de la producción depende de la tasa de inversión y de la acumulación de capital en el sector moderno.

d) Los capitalistas obtienen ingresos mayores que los salarios que pagan y reinvierten todo su beneficio.

e) El salario del sector moderno es constante e igual al salario medio del sector tradicional más un pequeño margen.

Aunque el modelo de Lewis responde en alguna medida a la experiencia de desarrollo de algunos países en occidente, varios de los supuestos principales no se aplican a la realidad de los países subdesarrollados. Primeramente, los beneficios de los empresarios no siempre se reinvierten y no se puede asegurar la existencia de exceso de mano de obra en el sector rural y el pleno empleo en las zonas urbanas. Finalmente el mercado de trabajo del sector industrial de las economías subdesarrolladas no actúa bajo competencia perfecta. (Hernández. 2002:3-4)

**d. Teoría de la dependencia.** El origen de esta teoría surge en los años cincuenta como resultado de las investigaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el economista Raúl Prebisch. A mediados de la década de los sesentas se publicó este modelo teórico más elaborado. Entre los principales autores de la teoría están: Andre Gonder Frank, Raúl Prebisch, Theotonio Dos Santos, Enrique Cardoso, Edelberto Torres Rivas Samir Amin y. Mc May,

Esta teoría combina elementos neo-marxistas con la teoría económica Keynesiana y a partir de este enfoque la teoría de la dependencia está compuesta por cuatro puntos fundamentales:

a) Desarrollar una considerable demanda interna efectiva en términos de mercados nacionales;

b) Reconocer que el sector industrial es importante para alcanzar mejores niveles de desarrollo nacional, especialmente porque este sector genera mayor valor agregado a los productos en comparación con el sector agrícola;

c) Incrementar los ingresos de los trabajadores como medio para generar mayor demanda agregada dentro de las condiciones del mercado nacional, y

d) Promover un papel gubernamental más efectivo para reforzar las condiciones de desarrollo nacional y aumentar los estándares de vida del país. (Reyes.2002: 4)

La dependencia económica es una situación en la que la producción y riqueza de algunos países está condicionada por el desarrollo y condiciones coyunturales de otros países a los cuales quedan sometidas. El modelo “centro-periferia” describe la relación entre la economía central, autosuficiente y próspera, y las economías periféricas, aisladas entre sí, débiles y poco competitivas.

Este modelo impidió el desarrollo de mercados competitivos y abiertos y no fue capaz de eliminar las desigualdades existentes en la mayoría de los países. Las debilidades del modelo, unidas al incremento del precio del petróleo en 1973, indujeron a los países a recurrir en forma indiscriminada al endeudamiento externo. (OPS.2000:264)

El crecimiento no sostenible impulsado por la deuda durante los años setenta, que resultó en la crisis de la deuda en 1982, fue seguido por la recesión y el ajuste económico en los años ochenta. Si bien es cierto se produjo un crecimiento económico general y se redujo la pobreza en muchas partes del mundo, las diferencias sociales y económicas entre las naciones y dentro de ellas siguen siendo abrumadoras.

Los planificadores de esa época dieron por sentado que el crecimiento económico generaría recursos para invertir en esferas como la salud y la educación, y que mejorarían por lo tanto, las condiciones imperantes, pero tal derrame no se dio, y como consecuencia no se mejoraron las condiciones sociales.

**e. Teoría de los sistemas mundiales.** La nueva forma que el capitalismo estaba tomando en el mundo, especialmente en la década de 1960, fue un elemento central del cual surgió la teoría de los sistemas mundiales. Esta escuela tuvo su origen en el Centro

de estudios de economía. Sistemas Históricos, y Civilizaciones en la Universidad Estatal de Nueva York en Bringhamont.

Inmanuel Wallerstein es considerado uno de los pensadores más importantes de este campo teórico. Con relación al capitalismo este autor lo identifica como un sistema histórico, único que ha existido en el mundo y lo explica de la siguiente manera: «el sistema mundial moderno, surgió de la consolidación de una economía mundial. Por consiguiente tuvo tiempo, de alcanzar su pleno desarrollo como sistema capitalista. Por su lógica interna esta economía mundial capitalista se expandió hasta cubrir el mundo entero, absorbiendo en el proceso a todos los minisistemas e imperios mundiales existentes». (Guidens: 1987:409)

Wallerstein y seguidores reconocieron que hay condiciones mundiales como fuerzas dominantes especialmente para países pequeños y subdesarrollados, y que el nivel de análisis de estado-nación ya no es la categoría adecuada para estudiar las condiciones de desarrollo. Los factores que tuvieron mayor impacto en el desarrollo interno de los países pequeños fueron el nuevo sistema de comunicaciones mundiales, los nuevos mecanismos de comercio mundial, el sistema financiero internacional y la transferencia de conocimientos y vínculos militares. (Reyes 2002:6)

Esta teoría se caracteriza por la internacionalización de la producción, una nueva división del trabajo y un nuevo sistema mundial de financiamiento.

**f. El desarrollo humano sostenible.** La propuesta del nuevo desarrollo inicia antes de la aplicación de los modelos de ajuste, ya que las consecuencias del desequilibrio eran notorias. Como consecuencia se empieza a pensar en un desarrollo más humano e integral, que produjera cambios significativos en la base de las sociedades y el mundo.

La Comisión Mundial de Medio Ambiente publicó en 1987 un documento titulado “Nuestro Futuro Común” que se conoce como el “Informe Brundtland” en el cual se proclamaba la necesidad de trabajar en la dirección de un “desarrollo sostenible”.

El desarrollo sostenible, como su mismo nombre sugiere, es un intento por afrontar el doble desafío de nuestra humanidad: por un lado, la situación de la pobreza en que vive una gran mayoría de la población de nuestro planeta; por otro lado, los retos planteados por los problemas medioambientales. En ambos casos se plantea la necesidad de hallar nuevos modelos de producción y de consumo que sí sean viables para todos, ahora y en el futuro.

La propuesta del informe Brundtland, define el desarrollo sostenible como:

«desarrollo que satisface las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus necesidades». (Universidad de Almeira.2001:5)

En los documentos aprobados en las últimas Conferencias Mundiales convocadas por las Naciones Unidas, se ha pedido reiteradamente un progreso en el sentido de un desarrollo sostenible.

Los objetivos del desarrollo sostenible son los siguientes:

a) *Satisfacer las necesidades humanas básicas.* Esto se enfoca directamente hacia lo alimentario, para evitar el hambre y la desnutrición. De esta forma se garantiza la durabilidad de la especie humana, que de no ser así se estará poniendo como un límite no deseado al desarrollo.

b) *Lograr un crecimiento económico constante.* Lo cual se considera una condición necesaria, pero no suficiente. En esto se persigue que la economía brinde una cantidad de bienes y servicios para atender a una creciente población. Lo deseable siempre es que el crecimiento económico sea igual o superior al demográfico, con lo cual se puede mejorar su capacidad productiva, el potencial de recursos humanos y tecnológicos.

c) *Mejorar la calidad del crecimiento económico.* En especial a las posibilidades de tener un acceso equitativo a los recursos naturales y al beneficio del crecimiento, en términos de mejor distribución de la renta, beneficios sociales, protección del ambiente o su incremento.

d) *Atender a los aspectos demográficos.* En especial reducir las altas tasas de crecimiento poblacional hacia uno mesurado que permita aumentar la disponibilidad de recursos, aprovechamiento para todos y evitar la concentración poblacional.

e) *Seleccionar opciones tecnológicas adecuadas.* Esto se debe a los problemas que crea la transferencia tecnológica, básica para el desarrollo sustentable de los países en desarrollo, pero que tiene fuerte impacto sobre el ambiente. Esto deberá estimular la investigación y la capacidad técnica para lograr tecnologías sustitutivas, mejorar los procesos tradicionales y culturales y adaptar las importadas.

f) *Aprovechar, conservar y restaurar los recursos naturales.* Se debe evitar la degradación de los recursos, proteger la capacidad límite de la naturaleza, favorecer la restauración y evitar los efectos adversos sobre la calidad del aire, agua y tierra, con el fin de perpetuar la oferta ambiental de los ecosistemas. (Universidad de Almeida.2001:5-7)

El Informe de Desarrollo Humano de 1996, concluye que este desarrollo debe centrarse en el ser humano:

«Para que el avance en el desarrollo sea valioso y legítimo –a escala nacional como internacional- es preciso que se centre en el ser humano, que esté distribuido en forma equitativa y que sea sostenible social y ecológicamente». (PNUD,1996:63)

Los aspectos sociales del desarrollo empiezan a adquirir más importancia a medida que los gobiernos hacen esfuerzos por tener un mejor comportamiento de sus economías en escala internacional y corregir las diferencia internas.

Si bien es cierto se comenzaba a vislumbrar un cambio en el pensamiento de los planificadores del desarrollo no fue sino cuando comenzó con el programa de “ajuste con rostro humano” del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) fue el inicio de un cambio de orientación encaminado a beneficiar a los pobres, creando redes

de seguridad e instituyendo programas de salud y educación como parte de las condiciones de los créditos del Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) (OPS1996:8)

A partir de 1990 las Naciones Unidas siguiendo la corriente humanística, establecieron la serie de informes del Desarrollo Humano, los cuales han propiciado un debate relativo al desarrollo; pasando de preocuparse exclusivamente por el crecimiento económico, hacia una preocupación equilibrada por la equidad, la sostenibilidad y la productividad. Estos informes han desempeñado también un importante papel en el cambio de los debates normativos acerca del desarrollo global hacia un criterio más amplio y centrado en la plena realización de las necesidades del ser humano, lo cual lo constituye el fin y no en el medio del desarrollo.

El concepto de Desarrollo Humano es muy amplio y da cabida a todo lo que se refiere al bienestar humano, el informe de Desarrollo Humano de 1990, lo define como:

«proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos, las más importantes de las cuales son una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida decente» (PNUD.1990:33)

Además de éstas hay otras oportunidades como son la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto a sí mismo.

Para las Naciones Unidas, el Desarrollo Humano significa:

«Crecer en un entorno en el que las personas puedan hacer plenamente realidad sus posibilidades de vivir en forma productiva y creadora de acuerdo con sus necesidades e intereses». (PNUD.2001:11)

Es un proceso de mejoramiento de la calidad de vida que garantiza el bienestar de las generaciones presentes y futuras, es decir que el objetivo básico del desarrollo consiste en ampliar las oportunidades y opciones de todas las personas, especialmente de la población pobre.

Requisito indispensable de este modelo de desarrollo humano es la participación social, lo que implica ampliar los derechos, los servicios y las oportunidades de participación de todas las personas. Al respecto el informe de 1993 indica que el desarrollo humano es «...desarrollo del pueblo, para el pueblo y por el pueblo». Esto implica invertir en el desarrollo de capacidades como la educación, la salud; y que se brinde oportunidades de participación. (PNUD,1993:3) y el informe de 1996, nos dice que «...el fin es el Desarrollo Humano; el crecimiento económico es un medio y que no existe un vínculo automático entre crecimiento económico y desarrollo humano». (PNUD.1996:63)

Para concluir el tema del desarrollo podemos decir que el desarrollo, sus teorías y estrategias han estado presentes desde hace muchos años y seguirán por otros más, en este transcurrir del tiempo ha habido cambios en su concepción así como en su definición, pero lo que hasta ahora hemos podido observar es que el concepto de acumulación de capital ha sido una característica permanente del pensamiento económico de posguerra. En América Latina los modelos de desarrollo aplicados durante el siglo XX se centraron predominantemente en el crecimiento económico, y hay que reconocer que en las postrimerías del siglo XX el concepto y las estrategias de desarrollo han comenzado a incorporar aspectos sociales.

Una estrategia de desarrollo eficaz se traduce en una mejora del estado de salud. Si los indicadores del estado de salud son buenos, expresan el producto de la combinación de factores biológicos, genéticos, ambientales y socioeconómicos

Conforme nos vamos adentrando en el siglo XXI, en general se necesitará más (y no menos) crecimiento económico. Lo anterior nos obliga a prestar más atención a la estructura y la calidad de ese crecimiento, y velar por que esté orientado al apoyo del desarrollo humano, la reducción de la pobreza, la protección del medio ambiente y la garantía de la sostenibilidad.

Para fines de este trabajo el término desarrollo se entiende como una condición social dentro de un país, en la cual las necesidades de su población se satisfacen con el uso racional y sostenible de recursos y sistemas naturales. La utilización de los recursos estaría basada en una tecnología que respeta los aspectos culturales y los derechos humanos.

**2. El poder.** Cuando se estudian grupos, como es el caso de esta tesis, que analiza la utilización del poder por parte de los integrantes del comité de coordinación de la cooperación externa en salud en Alta Verapaz, comprender el concepto del poder es un aspecto importante, porque el mismo se puede orientar hacia un objetivo común, como sería en este caso mejorar la salud de la población.

Debemos recordar que el poder está presente en los individuos y en los grupos y, para entenderlo se hace necesario conocer su naturaleza y como éste se ejerce en la sociedad y en los individuos.

En este apartado analizo varios autores que han abordado el tema y la relación que existe entre sus conceptos,

**a. Naturaleza del poder.** Desde sus orígenes, las teorías sociológicas y la nueva ciencia política, surgidas como una emancipación del pensamiento político Aristotélico y escolástico, se han encontrado con la dificultad de definir lo que es el poder. El poder cualesquiera que sean las formas que condicionan su empleo, está reconocido en toda la sociedad humana, ya Balandier (1969:48) nos decía, «el poder es necesario, pero mantenido en el marco de algunos límites precisos», y esto es lo más importante, no nos podemos liberar del poder, pero sí podemos poner límites y vigilar porque los mismos no se traspasen.

El poder aparece entre los individuos y los grupos como una competición más o menos aparente, ésta competición debiera de ser positiva en función de la colectividad y no de los intereses particulares y mucho menos al servicio de una estructura social.

Balandier, (1969:49) citando M.G. Smith, nos dice que: «el poder es la capacidad de influir efectivamente sobre las personas y las cosas», teoría que es reforzada por J. Beattie, citado por el mismo autor, quien nos dice que: «el poder es una categoría específica de las relaciones sociales», lo que implica la posibilidad de obligar a los demás dentro de tal o cual sistema de relaciones, ya sea ésta entre los individuos y los grupos. Si bien es cierto Max Weber no es tan específico como los dos autores citados, va en la misma línea de pensamiento de ellos, al decirnos que: «las estructuras de poder sólo pueden entenderse, -que solo existen en las ideas sin intervención de los sentidos- como voluntades arbitrarias que se imponen sobre voluntades. Estas voluntades se traducen en estructuras de poder o dominaciones que no tienen otro fundamento que su capacidad de legitimarse». (citado por Barraycoa.2003:2)

Dicho en otras palabras es: la probabilidad de imponer la propia voluntad, dentro de una relación social, aun contra toda resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esa probabilidad. En consecuencia hay un carácter intencional y voluntario de estas acciones de poder.

La tesis de Weber en lo que sí difiere con Smith y Beattie es en afirmar que lo social sólo se puede pensar desde lo individual y, por lo tanto, la estructura de poder siempre será una arbitrariedad del más fuerte ya que rechaza el reconocimiento de una naturaleza social del poder.

Para Weber el poder es fundamentalmente una capacidad individual, pero, para Arendt la filósofa y política norteamericana el «...poder no es nunca una propiedad individual. El poder pertenece al grupo y sobrevive sólo en la medida en que el grupo permanece». (citado por Fernández.2003:3) Para el primero, el problema es quién lo ejerce, mientras que para la segunda, el problema es la legitimidad del poder.

En este sentido, Foucault nos da otra visión del poder y nos lleva no a quién ejerce el poder sino cómo se ejerce el poder, y para este autor «...el poder no es una institución, no

es una estructura ni una fuerza de la que dispondrían algunos: es el nombre que se le da a una situación estratégica compleja en una sociedad dada». (citado por Fernández.2003:6)

Para fortalecer la relación individual o del sujeto, Foucault nos dice, «que en tanto el sujeto se encuentra en relaciones de producción, se encontraría igualmente en relaciones de poder». (citado por García-Ruiz. 2004:95)

Pero lo que define una relación de poder es que este es un modo de acción que no opera directa o inmediatamente sobre los otros. El poder actúa sobre las acciones de los otros, «una acción sobre otra acción», en aquellas acciones existentes o en aquellas que puedan generarse en el presente o en el futuro. (García-Ruiz.2004:95)

Al final de todas las discusiones, la conclusión a la que llega Foucault es que el poder no es más que «conducir conductas». Es la posibilidad de ampliar o restringir el campo de acción de los otros.

Para Foucault, el poder no es por naturaleza la manifestación de un consenso. No obstante según Bourdieu se da una forma de consenso a través de un juego en donde se da una lucha constante para el funcionamiento de los diferentes campos del poder, en donde los «detentadores de los diferentes poderes luchan por imponer el principio de dominación» con el fin de «hacer valer su capital, -su poder- como el capital dominante en el conjunto de los campos sociales». Éste consenso del conjunto de los agentes, tanto dominados como dominantes se da alrededor de «un interés propio» el cual es reconocido y buscado por todos por su valor, de forma que «las decisiones se manifiestan sobre un fondo de consenso». (Bourdieu.2001:20-22)

Es de hacer notar que en este consenso producto de la lucha de los agentes implicados en el juego, se da lo que Bourdieu llama «la confabulación» que no es más que la dominación de los agentes dominantes, que participan en el «juego» para jugar de esta manera y lograr su interés a través del consenso.

**b. Cómo se ejerce el poder.** Cuando se define el ejercicio del poder como un modo de acción sobre las acciones de los otros, cuando se caracterizan esas acciones como el gobierno de los hombres por otros hombres, se incluye un elemento muy importante, la libertad. El poder sólo se ejerce sobre sujetos libres y sólo en tanto ellos sean libres. El poder no es una renuncia a la libertad, una transferencia de derecho, el poder de cada uno y de todos, delegado a unos pocos.

Es necesario distinguir aquel poder que se ejerce sobre las cosas y da a su vez la habilidad de modificar, usar, consumir y destruirlas. Un poder que procede de aptitudes directamente inherentes al cuerpo o apoyadas en instrumentos externos, es a lo que se le llama capacidad.

Por otro lado, lo que caracteriza al poder que estamos analizando es que éste pone en juego las relaciones entre los individuos entre el grupo.

No existe otra forma de entender el poder más que el desarrollado en los procesos de interrelación social entre individuos o grupos y es lo que se llama poder como un «proceso de influencia», en donde el agente que ejerce la influencia puede ser individual o colectivo. En lo relacionado con el individuo está claro que «la cantidad de poder que desea ejercer depende de su necesidad de poder y de su interés por ejercerlo», mientras que para lo colectivo, especialmente en las organizaciones el ejercicio del poder de influencia «está dado por los roles y las conductas de quienes los desempeñan». (Baron.2002:2-3)

El poder constituye una categoría fundamental para entender las relaciones entre los individuos, nos revela fenómenos de autoridad sencillos y complejos que atraviesan los procesos sociales.

Las relaciones de poder son producto de la actitud del que manda como del que obedece. El poder es un concepto que adquiere sentido únicamente al indicar las condiciones en que se desarrollan las relaciones.

Lo que define una relación de poder es que éste es un modo de acción que no opera directa o inmediatamente sobre los otros.

Foucault nos define que es lo que para él es una relación de poder y la describe de la siguiente manera:

«Una relación de poder solo puede ser articulada en base a dos elementos cada uno de ellos indispensable si es realmente una relación de poder: El otro (aquel sobre el cual es ejercido el poder) ampliamente reconocido y mantenido hasta el final como la persona que actúa; y un campo entero de respuestas, reacciones, resultados y posibles invenciones.» (citado por García-Ruiz.2004:102)

Ejercer poder genera resistencia, no hay relaciones de poder sin resistencia y allí donde hay poder, hay resistencia.

**1) Relaciones de poder o juegos estratégicos.** Las relaciones de poder son múltiples y heterogéneas, por lo que el poder es una integración, una coordinación y una dirección de las relaciones entre esa multitud de fuerzas.

Es necesario hablar de las relaciones de poder antes que del poder nos dice Foucault, ya que hay que hacer énfasis en la misma relación y no sobre sus términos.

En una de sus últimas entrevistas Foucault define los juegos estratégicos como:

«... juegos estratégicos entre libertades –juegos estratégicos que dan lugar a que algunas personas traten de determinar las conductas de otras -de los estados de dominación- que son lo que ordinariamente llamamos poder» (citado por García-Ruiz.2004:102)

El poder es de este modo definido como la capacidad de estructurar el campo de acción del otro, de intervenir en el dominio de sus acciones posibles. Foucault define una relación de poder como «un modo que actúa sobre las acciones de los otros. Una acción sobre otra acción». (citado por García-Ruiz.2004:102) Esto significa conducir los comportamientos de otros.

El poder se ejercita sobre quien, aún, tiene cierta posibilidad de elegir. El ejercicio del poder requiere un grado de libertad en los sujetos sometidos al mismo. De esta libertad se deducen dos posibilidades: Una, la de la resistencia de los subordinados. Otra, la de acometer el ejercicio del poder.

Las relaciones de poder están profundamente enraizadas en el nexo social. Foucault a este respecto nos dice:

«Vivir en sociedad es vivir de tal modo que la acción sobre las acciones de los otros sea posible. Una sociedad sin relaciones de poder solo puede ser una abstracción». (citado por García-Ruiz.2004:105)

**2) Estados de dominación.** El conocimiento de cómo opera el poder en contextos específicos y de cómo este está relacionado con la dominación de los intereses particulares, lo abordan tanto Bourdieu como Foucault, utilizando términos similares para definir sus puntos de vista, para Bourdieu existe un microcosmos de lucha simbólica entre las clases ya que «es sirviendo a sus propios intereses en la lucha interna en el campo de la producción, como los productores sirven a los intereses de grupos exteriores al campo de la producción». (Bourdieu.2001:95)

Foucault lo denominó «un sistema de micropoderes» instituciones –escuela, universidad, partidos políticos, iglesias, estado, familia, medios de comunicación, instituciones, organizaciones, hospitales, tribunales- que tienen la función de congelar las conciencias de los individuos a través de procesos sublimizantes de condicionamientos, que inhiben la actividad creadora del individuo y lo hacen renunciar a su deseo de

libertad, ejerciendo un control internalizado, el cual es, en muchos casos, la forma más represiva de control. (Guerrero.2002:8-9)

Las fracciones dominantes, según Bourdieu reposan su poder sobre el capital económico, y en base a este tratan de imponer la legitimidad de su dominación, ya sea por su propia producción simbólica o por mediación de los ideólogos. El poder simbólico no reside en los sistemas simbólicos, sino en una relación entre quienes ejercen el poder y quienes lo sufren. (Bourdieu.2001:98)

Desde el preciso momento en que las relaciones sociales rebasan las relaciones de parentesco, aparece entre los individuos y los grupos una competición más o menos aparente; Cada cual trata de orientar las decisiones de la colectividad en el sentido que más le conviene a sus intereses particulares, apareciendo el poder.

Hay un campo donde se enfrentan los detentadores de diferentes poderes o especies de capital –económico, cultural o social- que luchan por imponer el principio de dominación dominante o el principio legítimo de dominación, intentando hacer valer su capital –su poder- como el capital dominante en el conjunto de los campos sociales. La dominación es el efecto indirecto de un conjunto de acciones que se engendran en la red de acciones cruzadas que cada uno de los dominantes, igualmente dominado por la estructura de campo a través de la cual se ejerce la dominación, sufre de parte de todos los otros. (Bourdieu.2001:17-22)

Al concluir este aparatado relacionado con el poder, el autor que utilizaré para hacer el análisis del trabajo de campo es Foucault y con base en lo expuesto por este autor puedo identificar que el poder es conducir conductas y actuar sobre las acciones de los otros, una acción sobre otra acción, con el fin de imponer el principio de dominación para hacer valer su poder como el capital dominante en el conjunto de los campos sociales.

No existe otra forma de entender el poder más que el desarrollado en los procesos de interrelación social entre individuos o grupos ya que el poder constituye una categoría

fundamental para entender las relaciones entre los individuos, nos revela fenómenos de autoridad sencillos y complejos que atraviesan los procesos sociales. Las relaciones de poder son producto de la actitud del que manda y del que obedece.

**3. Descentralización.** En este apartado abordo el tema de la descentralización, ya que para comprender la formación del comité de coordinación de la cooperación externa de salud en Alta Verapaz es necesario analizar los conceptos que hay sobre descentralización. Tomo como base el estudio del Banco Mundial –BM- “más allá del centro: la descentralización del Estado” (Banco Mundial 1999) así como otros autores que han escrito con respecto a los procesos de descentralización que se han dado en América latina, abordo la diferencia entre los conceptos descentralización y desconcentración y finalizo con el tema la descentralización en salud.

**a. Aspectos conceptuales de la descentralización.** Antes de comenzar a describir los aspectos conceptuales, considero necesario hacer esta reflexión: Se reconoce que la descentralización es un proceso político complejo que no se puede diseñar ni imponer desde fuera y que antes de tomar la decisión de descentralizar es necesario identificar cuál de las muchas modalidades de descentralización se quiere implementar.

No hay un modelo único para realizar una descentralización. «El proceso dependerá de las condiciones iniciales del país y del interés político particular que apoye o se oponga a la iniciativa». (BM.1999:35) es por eso que es importante conocer las diferentes modalidades de descentralización y tener claridad en lo que se espera.

Hay que comenzar por reconocer que el proceso de descentralización «tiene diversas fases: legal, administrativa y de contenido político». Además de estas fases La descentralización presenta dos aspectos importantes, «primero, crea instancias de participación democrática, más extendidas y gobernables y segundo, es un poderosísimo impulso para descongestionar el Estado y permitir su eficiencia». (Mazariegos.2004:8-9)

Con este contexto, podemos ahora comenzar a definir los conceptos que sobre el tema de la descentralización han expuesto varios autores.

La descentralización según el sentido que el Banco Mundial le da, se refiere «al proceso de delegación de los poderes políticos, fiscales y administrativos a unidades subnacionales del gobierno», (B.M.1999:3) por lo que no se concibe que haya un proceso de descentralización si no hay un gobierno departamental elegido democráticamente.

Esta posición del Banco Mundial la refuerza Alejandro Rofman, cuando nos dice que «la descentralización político-administrativa o territorial sólo puede ser implementada en toda su dimensión real si existe un clima de respeto a las libertades democráticas y de libre juego de las instituciones consagradas por el voto popular». (CEPAL 1990:13-28). Si no se da esta condición no podemos decir que estamos ante un proceso de descentralización.

La descentralización a través de la participación comunitaria promueve la democracia y los bancos multilaterales, USAID, las Naciones Unidas y otras agencias de desarrollo la incluyen como una dimensión política por lo que la estimula a través de la descentralización.

En esta misma línea de pensamiento de respeto a las libertades democráticas, dos autores Puente y Alonso definen la descentralización como:

«...proceso ordenado, legal, democrático y participativo, orientado a transferir competencias y recursos del gobierno central a los gobiernos municipales, buscando que esa acción consolide el papel del Estado en su función de construir y fortalecer una sociedad de bienestar con prosperidad y equidad social». (citados por Mazariegos.2004:16)

Por su parte Chinchilla nos dice que la descentralización consiste en:

a) «el traspaso paulatino de competencias, potestades y atribuciones del Gobierno Central al nivel local de la administración pública, casi siempre a las municipalidades; b) la redistribución del poder político en una sociedad, de tal

forma que la población resuelva sus problemas y genere su desarrollo desde las localidades» (citado por Mazariegos.2004:7-8)

Para que la población genere o participe en el desarrollo, se necesita que el gobierno tenga un modelo de desarrollo el cual sirva de guía para toda la población. A este respecto, Caryl nos dice:

«La descentralización, como instrumento de una política de modernización del Estado ha de llevar en su interior medidas para la construcción de un nuevo modelo de desarrollo, capaz de dotar al gobierno de la capacidad para el cumplimiento de sus funciones, una visión bien fundada del rol estado en el nuevo modelo de desarrollo que nos permite disponer de criterios normativos acerca de lo que falta y de lo que sobra en el Estado». (citado por Mazariegos.2004:10)

La siguiente definición engloba muchos de los conceptos vertidos anteriormente y con mayor amplitud:

«La descentralización es el proceso mediante el cual se revierte la centralización, transfiriendo a la comunidad, o a la administración pública local más cercana a los ciudadanos, el poder de decisión, la elaboración de políticas, la ejecución y evaluación de acciones, proyectos y programas, que implican el manejo de recursos financieros y humanos, de bienes y servicios públicos».(CIEN.2003:22).

Es de hacer notar que lo que se está transfiriendo es el poder de decidir localmente lo que más convenga a los intereses locales.

La descentralización del Estado no debe constituir un fin en sí mismo, sino es un medio que crea un marco o un ambiente que posibilita el desarrollo económico balanceado e incentiva la participación ciudadana en la solución de los problemas locales, con el fin de mejorar el nivel de vida de toda la población, especialmente el de los habitantes más pobres.

Lo que debemos preguntarnos es para qué se quiere descentralizar, que es lo que realmente se busca con este proceso de descentralización. Al profundizar en estas preguntas, nos encontramos con dos principios fundamentales; el primero, es para lograr el acercamiento de la sociedad civil al Estado, aproximando la gestión y el control del

sector público a la estructura social y el segundo, se vincula con la presencia de la sociedad civil organizada en los diferentes niveles administrativos donde se toman decisiones, a través de la participación activa de los representantes de la población.

La descentralización, como proceso de redistribución del poder de decisión del Estado en sus dimensiones funcionales o territoriales, no tendría razón de ser si no estuviera acompañada de una activa presencia de la sociedad civil receptora de dicho proceso en la definición, control, y seguimiento de las acciones estatales descentralizadas.

Es importante fortalecer los elementos con que cuenta la gente para que pueda pedirle cuentas a las autoridades y a las mismas instituciones del Estado. (OPS 1995:19)

**b. Desconcentración.** La palabra descentralización se ha utilizado de forma indiscriminada para referirse a formas organizativas muy variadas. Por eso es conveniente establecer la diferencia entre los procesos de descentralización, y los procesos de desconcentración. Los aspectos de la descentralización han sido planteados en los párrafos anteriores y por desconcentración se entiende:

«...son los procesos por los cuales los estados con gobiernos centralizados delegan competencia y atribuciones a un organismo que carece de personalidad jurídica y patrimonio propio, conservando aquel la facultad de recuperar lo delegado en el momento que lo considere oportuno». (Mazariegos.2004:13)

Se habla de desconcentración como una forma de transferencia decisoria limitada de tipo administrativo a niveles inferiores.

Puente y Alonso al referirse al tema de la desconcentración, opinan:

«...es el conjunto de medidas que el Estado realiza, desplazando territorialmente la administración y recursos ministeriales, buscando dar servicio a toda la población, creando bases previas para el proceso de descentralización». (citados por Mazariegos. 2004:16)

De acuerdo al Banco Mundial la desconcentración, es el proceso en el que el gobierno central aumenta la autonomía de sus oficinas regionales, departamentales, municipales y locales. Esta forma se ha usado de manera generalizada en América Latina, con frecuencia como medida precursora de la transformación de los gobiernos regionales y direcciones de los ministerios en entidades políticas independientes. (BM.1999:3)

Además es la transferencia de un determinado grado de autoridad administrativa a delegaciones locales de nivel medio, siendo un proceso de transferencia administrativa y funcional más que política.

Los procesos de desconcentración, delegación y descentralización implican la redefinición del rol del Estado. Con la desconcentración se distribuye la autoridad en la toma de decisiones y se transfiere la responsabilidad en la administración de los recursos financieros y humanos, o de los bienes y servicios públicos, a otros lugares distintos de la ciudad capital, sin romper la estructura de mando jerárquica. Se trata de un proceso organizacional, limitado a la estructura interna de una unidad gubernamental. La delegación consiste en un proceso de desconcentración del poder de la autoridad central hacia determinados entes estables, los cuales, sin romper la estructura de mando jerárquica, gozan de un mayor grado de autonomía. En la descentralización se revierte la centralización, transfiriendo directamente, y en algunos casos de forma permanente, a la comunidad o a una institución del gobierno cercana a los ciudadanos, (las municipalidades) el poder de decisión, así como la ejecución y evaluación de acciones, proyectos, programas y obras del gobierno, que conllevan el manejo de recursos financieros y humanos, y de bienes y servicios públicos. (CIEN tomo 1:22)

## **B. Marco contextual**

El contenido de este apartado está destinado a ubicar al lector en el contexto en que se desarrolló la investigación, primero encontramos información sobre Alta Verapaz departamento en el cual se realizó el trabajo de campo, información geográfica, demográfica, socioeconómica y de salud. Luego hay información sobre el proceso de

reforma que inició el Ministerio de Salud Pública, y como producto de este proceso se crea el comité de coordinación de la cooperación externa en salud, objeto de esta investigación.

**1. Ubicación geográfica de Alta Verapaz.** El departamento de Alta Verapaz, está ubicado en la zona norte de la república de Guatemala, a una distancia de 214 kilómetros, de la ciudad capital. Limita al norte con El Petén; al sur con Zacapa, Baja Verapaz y el progreso; al oeste con El Quiché. Se encuentra a una altura de 1,316 metros sobre el nivel del mar. Está dividido geopolíticamente en 17 municipios. La cabecera departamental es la ciudad de Cobán.

**2. Demografía.** Cuenta con una población de 776,246 habitantes de acuerdo al censo 2002 del INE, lo que representa el 6.9% de la población total del país y es el cuarto departamento con mayor población a nivel nacional. con relación al género el 49.88% son sexo masculino y el 50.12% sexo femenino. El 79% de la población vive en el área rural y el 21% vive en el área urbana. El 92.85 % es población indígena que está integrada por las etnias Quekchi y Pocom. Ubicándose el 84.2% de población indígena en el Área rural. La densidad poblacional es de 89 habitantes por kilómetro cuadrado, el promedio de personas por hogar en el área urbana es de 5.3 y en la rural es de 6.

**3. Socioeconomía.** La población mayor de 7 años es de 586,012 habitantes, de ellos el 51.73% es alfabeta que hace una población de 340,766 habitantes, de ellos el 58.15% son hombres y el 41.85% son mujeres. La Población Económicamente Activa representa el 28.02% de los habitantes. El 89.12% de los hogares disponen de servicios de agua y excretas. (Área de salud 2004)

Los indicadores de mapa de pobreza de Guatemala por departamento que SEGEPLAN muestra en el documento estrategia de reducción de la pobreza, Alta Verapaz tiene el 76.40% de pobreza y el 36.60% de pobreza extrema, figurando entre el grupo de departamentos que presentan porcentajes más altos de pobreza. (SEGEPLAN.2001:57)

**4. Daños a la salud.** Los principales indicadores de salud muestran que la situación de salud del departamento de Alta Verapaz ha tenido alguna mejoría; sin embargo ésta continúa siendo precaria. Para conocer estos indicadores a continuación se presentan y se comparan con los del nivel nacional, para tener una idea si son altos o bajos con respecto al promedio nacional.

**CUADRO No. 1**  
**Indicadores de daños a la salud 2001-2003**  
**Alta Verapaz-Guatemala**

Daños a la salud	2001		2003	
	Alta Verapaz	Guatemala	Alta Verapaz	Guatemala
Mortalidad materna*	196.73	88.79	272.80	153.03
Mortalidad infantil**	31.08	39.77	26.40	30.77
Mortalidad por diarrea menores de 1 año	4.47	3	3.37	1.68
Mortalidad por neumonía menores de 1 año	11.04	10	8.33	7.86
Mortalidad de 1 a 4 años**	4.34	3.14	3.70	3.01
Mortalidad por diarreas***	5.17	2.64	4.54	3.79
Mortalidad por neumonías***	12.89	9.52	9.93	9.19
Mortalidad por desnutrición***	2.59	1.52	2.40	1.48

Fuente: Elaboración propia con base en: Indicadores básicos de salud Guatemala 2001 y 2003 Ministerio de Salud Publica SIAS/Epidemiología

\* tasa por 100,000 nacidos vivos registrados

\*\* tasa por 1,000 niños de 1 a 4 años

\*\*\* tasa por 10,000 habitantes

Del cuadro y gráficas anteriores, anterior llama la atención la mortalidad materna, que presenta un aumento en el indicador y está muy por arriba de la nacional. Alta Verapaz es el departamento con la tasa más alta de muertes maternas. Con respecto a la mortalidad

infantil si bien es cierto que está por debajo de la nacional ocupa el sexto lugar en todo el país, pero al analizar la causa de esta mortalidad como lo son la diarrea y las neumonías podemos observar que las dos han disminuido con respecto al año 2001, pero ambas continúan por arriba de la tasa nacional. El comportamiento con la mortalidad de 1 a 4 años es en descenso pero está por arriba de la nacional. La diarrea y las neumonías han disminuido, pero continúan por arriba de la nacional igual situación se observa en la mortalidad por desnutrición.

Un indicador que es el producto de los daños a la salud arriba descritos, es la Esperanza de vida al nacer la cual en el 2001 para ambos géneros fue 67.43 años y la nacional fue 67.19 años y para el 2003 fue 68.25 años y la nacional 67.19 años. En los dos períodos, la esperanza de vida al nacer en el género femenino fue mayor que en el masculino. Se observa un aumento de más de un punto en el 2003 con respecto al 2001, y está por encima del promedio nacional, lo cual es positivo.

En términos generales se puede decir que las tasas han mejorado con excepción de la mortalidad materna, pero que aún continúan siendo altas en comparación con el promedio nacional. Lo mismo podría decirse de la esperanza de vida al nacer que es uno de los indicadores del índice de desarrollo humano, el cual ha mejorado en el período estudiado.

**5. Respuesta social.** El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para atender los problemas de salud, cuenta con una red administrativa y de servicios de salud. La red administrativa la conforman la Dirección de Área de Salud (DAS) y las Direcciones Municipales de Salud (DMS) o Distritos de Salud. La DAS como ente rector y conductor del sector, contribuye al mejoramiento integral del estado de salud de población mediante una red articulada de servicios que está dividida en tres niveles de atención por su capacidad de resolución,

El primer nivel de atención es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud, a través de los establecimientos y acciones comunitarias contempladas en el conjunto de servicios básicos de salud. Estos servicios están ubicados en aldeas,

caseríos y comunidades, identificándose como la categoría de puestos de salud y centros de convergencia, en Alta Verapaz hay 38 puestos de salud y 476 centros de convergencia. El personal que atiende estos servicios es auxiliares de enfermería y voluntarios de la comunidad.

El segundo nivel de atención, son establecimientos que brindan servicios de promoción, prevención y rehabilitación, están ubicados en cabeceras municipales y ciudades de importancia. Se clasifican en: a) Hospitales de distrito porque atienden la demanda de varios municipios, y ofrecen los servicios de las cuatro especialidades básicas –medicina, pediatría, cirugía y maternidad- de atención. b) Centros de salud que los hay de tipo “A” los que cuentan con camas, para la atención especialmente del grupo materno infantil, y los tipo “B” que no tienen camas y que solamente brindan consulta externa. El personal que atiende estos servicios es personal profesional (médicos y enfermeras y de otras carreras técnicas de apoyo) para la atención médica. En Alta Verapaz, hay dos hospitales de distrito, cinco centros de salud tipo “A” y 10 centros de salud tipo “B”

El tercer nivel de atención, son establecimientos que corresponden a la categoría de hospital departamental, oferta además de las cuatro especialidades básicas, otras especialidades. En Alta Verapaz hay un hospital departamental “Hellen Lossi de Laugerud” ubicado en Cobán que es la cabecera departamental

**6. Reforma del sector salud.** La reforma del sector salud se inició en 1995 con recursos propios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en tres departamentos del país, siendo ellos Chiquimula, Escuintla y Alta Verapaz. A partir de 1996 se extiende el proceso a todos los departamentos de la república con el “programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud” financiado por el BID y ejecutado por MSPAS.

Sobre esto el PNUD en el informe del año 2003 nos dice:

«La agenda para la reforma del sector salud, sigue las orientaciones propuestas en los términos del convenio del empréstito suscrito, cuyos objetivos son: a) extender

la cobertura de los servicios de salud, focalizándolos en poblaciones que no tienen acceso, e incrementando la capacidad resolutoria de los servicios; b) aumentar el nivel de gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento; c) reorientar la asignación de los recursos públicos con criterios de equidad y eficiencia, y d) generar una respuesta social organizada para la movilización y fiscalización de los recursos públicos» (PNUD.2003:318)

En el año 2002 el BID aprueba la segunda fase del programa de mejoramiento de servicios de salud el cual contempla el fortalecimiento del segundo y tercer nivel de atención, préstamo que al finalizar la investigación aún no se hacía efectivo.

En Alta Verapaz el proceso de reforma del sector salud, se inicia en el año 1995 en la dirección de área y cinco distritos municipales de salud, siendo ellos, San Juan Chamelco, San Agustín Lanquín, San Miguel Tucurú, San Fernando Chahal, y Fray Bartolomé de Las Casas, a partir de 1996 con la implementación del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) se extiende a todos los distritos de salud del departamento.

El SIAS, autorizaba a la dirección de área a contratar instituciones locales para prestar y/o administrar servicios de salud, en jurisdicciones geográficas donde los servicios del gobierno, no habían podido llegar, proporcionando un paquete de servicios básicos de salud, -atención de la mujer, infantil y preescolar, atención de la demanda por emergencias y morbilidad y atención al ambiente- los cuales serían entregados a la población por un equipo básico de salud, el cual estaba constituido por personal institucional contratado por la institución que prestaría o administraría los servicios de salud –Técnico en Salud Rural o auxiliar de enfermería y médico ambulatorio- y por personal comunitario voluntario, -guardián de salud, comadrona tradicional y facilitador comunitario-, todos apoyados por el comité de salud local.

La implementación del SIAS atrajo a varias organizaciones no gubernamentales (ONG) y organismos de cooperación internacional, al departamento de Alta Verapaz, con el fin de apoyar el proceso.

Conforme el proceso se fue extendiendo a todo el departamento, en esa magnitud fueron apareciendo organizaciones e instituciones que de una u otra forma tenían relaciones con actividades de salud.

Los componentes de reforma financiera y extensión de cobertura han sido los que más han avanzado. Además entre los aspectos operativos del proceso de reforma del sector, se incluye la reorganización y descentralización administrativa y financiera del MSPAS, tema que se aborda a continuación.

**a. Descentralización en el Ministerio de Salud Pública y A. S.** Con la promulgación de la Constitución Política de 1995 se reconoció tácitamente la necesidad de descentralizar la administración pública. Aspecto que se volvió a retomar con la firma del Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria firmado en 1996 y en el año 2002 se emite del Decreto Número 14-2002 el cual decreta la Ley de Descentralización como vía para fortalecer la democratización y permitir al Estado, a través de las entidades del Organismo Ejecutivo, modernizar su acción social mediante una gestión descentralizada, territorial, de sus obligaciones constitucionales.

Con base en este mandato legal el Gobierno de la República ha formulado la Política Nacional de Descentralización del Organismo Ejecutivo, para dar una orientación de largo plazo al proceso de descentralización del Organismo Ejecutivo.

El Gobierno de la República visualiza la descentralización como una estrategia fundamental para:

- Mejorar la calidad y cobertura de los servicios públicos.
- Focalizar el gasto público en las necesidades sentidas de la población.
- Transparentar el gasto público
- Promover la participación activa y responsable de la sociedad civil en la construcción de un mejor país
- Proteger y recuperar el patrimonio natural

- Promover el desarrollo de la economía local
- Mantener la identidad cultural de los pueblos. (SCEP.2004.2)

Mediante esta política el Gobierno de la República proporciona:

«...los lineamientos para garantizar que el proceso de descentralización del Organismo Ejecutivo contribuya a que los y las guatemaltecas eleven sosteniblemente su nivel de vida, a través de la democratización del Estado y la sociedad, mediante la gestión territorial descentralizada, como un medio para contribuir a la reducción de la pobreza, por la vía del desarrollo económico local, en la búsqueda del bien común» (SCEP.2004:7)

El MSPAS inició un proceso de desconcentración y descentralización como parte del proceso de reforma del sector salud. En este apartado se abordan aspectos relacionados con este proceso.

El Código de Salud en el Artículo 11, establece que el MSPAS es el rector del sector salud. Su organización, estructura interna, funciones y desarrollo de los servicios de salud, deben enmarcarse en la estrategia de descentralización, desconcentración de sus procesos técnicos administrativos, propiciando la participación social pública y privada, formulando nuevos mecanismos de financiamiento y de fiscalización social descentralizada.

A pesar de los principios de administración descentralizada que recogen las leyes que rigen el sector salud, en un estudio hecho por el CIEN demuestra que:

«...la administración de los recursos, la planificación, ejecución y evaluación de los programas y proyectos relativos a la salud están más bien desconcentrados, pero no descentralizados». (CIEN,2003.T1:74)

En este sentido, los recursos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, parcialmente han sido desconcentrados a nivel de la dirección de área de salud, en donde se han centralizado, mientras se desarrollan los distritos municipales de salud y hay mayor participación de las municipalidades.

El Ministerio de Salud en el año 2000, creó la Secretaría de Desconcentración, Descentralización y Modernización, la cual tiene una relación directa con la Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la presidencia, que es el ente coordinador nacional. Durante el período 2000-2002 la función de la Secretaría del MSPAS fue la de fortalecer el poder local a nivel de municipalidades y comunidad organizada, propiciando el establecimiento de espacios para la descentralización, a partir del 2003 sus funciones han sido las de socializar dentro del personal de las direcciones de área, las leyes de descentralización, Consejos de Desarrollo y Código Municipal y los reglamentos de los Consejos de Desarrollo y del Código Municipal. El objetivo es que el personal tenga elementos legales para desempeñar mejor su trabajo y hacer más efectiva su participación en los Consejos de desarrollo, en las comisiones de salud y en las corporaciones municipales.

Como parte del proceso de desconcentración, algunas de las funciones técnico-administrativas financieras fueron delegadas a las áreas de salud, trasladándolas del nivel central al nivel departamental, tales como: Selección y propuesta del recurso humano; programación del fondo rotativo; proceso de selección de prestadoras y administradoras de servicios de salud. También se han delegado ciertas funciones a prestadoras y administradoras de salud, como lo es la contratación del equipo básico de salud.

Otra acción dentro del ámbito de la desconcentración es la aplicación del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), que ha permitido al Ministerio de Salud agilizar el manejo de los recursos financieros y su independencia administrativa con el Ministerio de Finanzas Públicas, como consecuencia el MSPAS tiene mayor control sobre su presupuesto y las decisiones de asignación de recursos se hacen internamente.

Durante el año 2003 se habilitaron dos unidades regionales de la administración financiera (UDAF) ubicadas una en Zacapa y la otra en Quetzaltenango, cuyas funciones son acercar lo más posible a las áreas de salud la recopilación de información financiera como una etapa más del proceso de descentralización de la administración financiera hacia las áreas de salud.

En los últimos años los esfuerzos del Ministerio de Salud se han centrado en el primer nivel de atención<sup>2</sup> y en aumentar la cobertura por medio de un paquete básico de servicios, según el compromiso de los acuerdos de paz y del Programa de mejoramiento de los servicios básicos de salud, financiado por el BID.

Aún no se lleva a cabo un proceso de traslado de funciones administrativo financieras a entidades de la comunidad, para que éstas se hagan cargo de la organización y administración de las unidades locales de salud. En el segundo nivel de atención<sup>3</sup> se han introducido reformas administrativas y financieras en los centros de salud y en los hospitales de distrito,

A partir del 2003 el Ministro de Salud designó al Director del área de salud departamental como su representante ante el Consejo de Desarrollo Departamental (CODEDE) y a los directores municipales de salud ante los Consejos Municipales de Desarrollo (COMUDE), con esta acción el Ministerio buscó fortalecer las relaciones con las municipalidades y que las mismas se apoyen en los servicios de salud para la formación y fortalecimiento de las comisiones de salud y así favorecer la descentralización.

Para finalizar este apartado podemos decir que Guatemala tiene una Política Nacional de Descentralización del Organismo Ejecutivo y que el Gobierno de la República visualiza la descentralización como una estrategia. El MSPAS como parte del Gobierno de la República, inició un proceso de reforma del sector salud con el apoyo financiero del BID como parte de este proceso se han comenzado a desconcentrar algunas funciones a las direcciones de área.

---

<sup>2</sup> Primer Nivel de Atención: constituye el primer contacto de la población con la red de servicios de salud a través de los establecimientos y acciones comunitarias contemplado en un conjunto de servicios básicos de salud. Los tipos de servicios son centros de convergencia y puestos de salud, ubicados en aldeas, cantones, caseríos y barrios de los municipios.(MSPAS.2001.19-21)

<sup>3</sup> Segundo Nivel de Atención: su espectro de acción es de mediana complejidad, atiende la referencia del primer nivel. Son centros de salud, maternidades cantonales, hospitales de distrito, ubicados generalmente en cabeceras municipales y ciudades de importancia. (MSPAS.2001:21-27)

Los componentes de reforma financiera y extensión de cobertura del primer nivel de atención son los que más han avanzado, pero aún no se puede decir que hay una descentralización de los mismos, más bien ha iniciado una desconcentración de actividades tanto técnicas como administrativas. Que se espera sienten las bases para la posterior descentralización

El avance en el desarrollo del SIAS, como una estrategia para disminuir la equidad y acercar los servicios de salud a la población más desprotegida, ha sido un escenario atractivo para la cooperación externa, la cual ha orientado sus objetivos a apoyar este esfuerzo del gobierno y del MSPAS. Es por esa razón que el MSPAS decidió desconcentrar en los directores de área la coordinación de la cooperación externa, tema que se aborda a continuación.

**b. Comité de Coordinación de la Cooperación Externa.** A partir del mes de junio del año 2000, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, emitió el Acuerdo Ministerial No. SP-M-1,286-2000, el cual en uno de sus considerando estipula la existencia del Comité de Cooperación Externa de la siguiente manera:

«que para facilitar el adecuado cumplimiento de la política de cooperación internacional establecida en el Plan Nacional de Salud 2000-2004<sup>4</sup>, y para optimizar la utilización y aprovechamiento de los recursos tanto técnicos como financieros provenientes de la cooperación internacional en apoyo a las prioridades de Gobierno y al cumplimiento de los compromisos derivados de los acuerdos de paz, consideró que era necesaria la creación de mecanismos de coordinación interna y extrasectorial por lo que acordó la “creación del Comité de Coordinación de Cooperación Externa» (CCE).

---

<sup>4</sup> En el Plan Nacional de Salud 2000-2004 no aparece una política escrita como lo describe el acuerdo ministerial, está descrita la política No. 11 “Mejoramiento y Optimización de la Cooperación Externa” la que tiene dos áreas de acción: 1) Coordinación, planificación y evaluación conjunta de programas y proyectos. 2) Desarrollo de liderazgo y gestión del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para orientar los esfuerzos de la cooperación externa. Política que está relacionada con el contenido del acuerdo.

El objetivo para el cual fue creado este comité, está explicitado en el Acuerdo Ministerial y dice:

«Optimizar la utilización y aprovechamiento de los programas y proyectos de cooperación externa, en el marco de las políticas nacionales de salud, orientando los recursos hacia la población más necesitada».

A nivel operativo, esto quiere decir que en las áreas de salud, esta responsabilidad recae en la dirección de área, a través del director de área de salud, quien es el responsable de organizar, coordinar y conducir el comité. El acuerdo antes citado indica quienes deben conformarlo y establece la periodicidad –cada mes- de las reuniones con el objetivo de coordinar las acciones de salud en el departamento y elaborar su reglamento interno.

La dirección de área de salud de Alta Verapaz, el 24 de julio del año 2000, mismo año en que se emite el acuerdo, procedió a organizar el comité de coordinación de la cooperación externa.

El CCE ha llegado a tener de acuerdo a los datos recolectados de las actas de sus reuniones un total de quince instituciones que realizan actividades de salud en el departamento. Lo conduce el director de área de salud y participa el equipo técnico de la dirección de área. Durante el primer año de funcionamiento participaron los directores de los distritos municipales de salud de Alta Verapaz. El CCE es una instancia donde se han coordinado actividades entre la cooperación externa y el MSPAS.

Del marco contextual, podemos decir que Alta Verapaz, es uno de los departamentos con los mayores porcentajes de pobreza, situación que se refleja en los indicadores sociales y especialmente los relacionados con la salud de la población, los cuales en términos generales presentan varias tendencias. Mientras la mortalidad infantil (menores de 1 año) desciende, la mortalidad de 1 a 4 años, la materna y las muertes por diarreas, neumonías y desnutrición tienen una tendencia ascendente. Con este panorama poco estimulante, se hace necesario desarrollar un proceso de reforma de todo el sistema de

salud. Este proceso se inició en 1996 con el apoyo del BID y los componentes de la reforma financiera y la extensión de cobertura a través del SIAS, son los que más han avanzado. La reforma contempla como un componente importante la descentralización, misma que se ha iniciado dentro del MSPAS con la desconcentración de procesos administrativos y técnicos. Una de estas decisiones ha sido la de delegar en el director del área de salud la conducción y coordinación del CCE el cual fue organizado en Alta Verapaz en el mes de julio del año 2000 como respuesta al Acuerdo Ministerial que acuerda su creación. El CCE y las relaciones de poder que se dan entre sus integrantes es el objetivo de esta tesis.

### III. EL PODER EN EL COMITÉ DE COORDINACIÓN DE LA COOPERACIÓN EXTERNA EN SALUD

En este capítulo se analiza el trabajo de campo realizado en el departamento de Alta Verapaz, específicamente alrededor del que hacer del Comité de coordinación de la cooperación externa y de sus integrantes. El propósito de este capítulo es tener información del comité y analizar como sus integrantes utilizan el poder ya sea de autoridad, económico o de experto para influir sobre los otros integrantes.

#### A. Resultados

**1. Creación y conformación del comité de cooperación externa.** El Comité de Coordinación de la Cooperación Externa (CCE) de salud en Alta Verapaz fue creado el 24 de julio del año 2000, como respuesta al acuerdo ministerial No. SP-M-1,286-2000. La convocatoria fue hecha por el Director de Área, representante del Ministro. Máxima autoridad en salud dentro del departamento.

A esta convocatoria asistieron todos los directores de los centros de salud, el director del hospital departamental, el equipo técnico de la dirección de área y dos representantes de instituciones de cooperación externa APRESAL/UE y OPS/OMS.

Durante el período de esta investigación estuvieron representadas en el CCE quince instituciones, (ver cuadro No. 11 en apéndice). La cooperación Japonesa (JICA) se retiró del comité al finalizar su proyecto (año 2002). En el año 2003 se registró la mayor cantidad de representantes de cooperación externa inscritos dentro del CCE, llegando a ser catorce. Dentro de las instituciones de cooperación externa se pudieron identificar, instituciones bilaterales<sup>5</sup> (OPS/OMS, APRESAL/UE, Calidad en Salud/AID, JICA/Japón, Cooperación Cubana) y no gubernamentales (Europeas, Estado Unidenses y nacionales). De las quince instituciones integrantes del comité cuatro, son las que durante

---

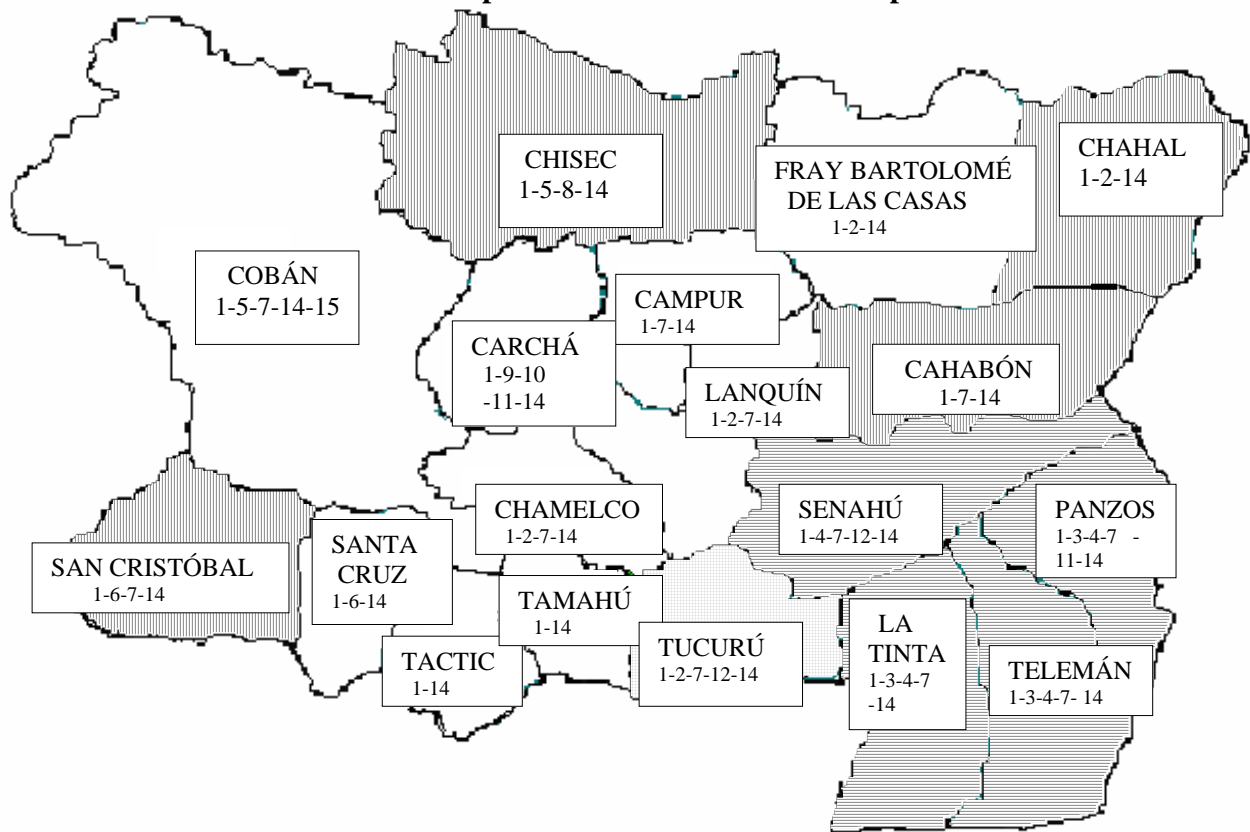
<sup>5</sup> Instituciones bilaterales son aquellas instituciones que administran fondos de donación entre gobiernos.



el período de observación ejercieron mayor presencia y poder dentro del comité. Se identifican como: APRESAL/UE, CARE, Mercy Corps y OPS/OMS. Estas instituciones, fueron las que destinaron mayor cantidad de recursos humanos, técnicos y/o financieros para proyectos de salud. Todos los proyectos de la cooperación externa tenían un período de ejecución que variaba de tres a cinco años. (ver cuadro No. 9)

**2. Ubicación geográfica de la cooperación externa.** La distribución geográfica de la cooperación externa durante los años 2000 al 2004 se observa en el siguiente mapa.

**MAPA No. 1.**

**Ubicación de la Cooperación Externa en Alta Verapaz. 2000 – 2004**



-  Concentración de la Cooperación Externa.
-  Municipios priorizados para la Cooperación Externa.

1	APRESAL/UE	9	INCAP/Carchá
2	OPS/OMS	10	CARITAS
3	MOVI MUNDO	11	PLAN INTERNACIONAL
4	MÉDICOS DEL MUNDO ESPAÑA	12	MERCY CORPS
5	CRUZ ROJA ESPAÑOLA/COBAN	13	PAZ TERCER MUNDO
6	PROYECTO ALA/UE	14	BRIGADA MÉDICA CUBANA
7	CARE	15	CALIDAD EN SALUD
8	JICA		

Fuente: Cuadro No. 11.

Como se observa las instituciones de cooperación externa estaban presentes en todo el departamento, pero en diferente concentración, no hubo municipio en el cual no se estuviera desarrollando un proyecto de salud. Fue la región de río Polochic integrada por los municipios de Tamahú, Tukurú, Senahú, Telemán, La Tinta y Panzos, la que más cooperación recibió. Dentro de la región el municipio de Panzos, es en el cual se ubicaban la mayor cantidad de instituciones, siete en total. En el resto de regiones: la Transversal del norte, (Chisec, Fray Bartolomé de las Casas y Chahal); la región del río Cahabón, (Lanquín y Cahabón); la región Pocomchí, (San Cristóbal, Santa Cruz y Tactic) y la región Central (Cobán, Chamelco y Carchá), se ubicaban de dos a cinco instituciones.

De las cuatro instituciones mencionadas, (APRESAL/UE, OPS/OMS, CARE y Mercy Corps) que tuvieron más presencia y poder dentro del comité, las cuatro estuvieron presentes en la región del río Polochic. Tres (APRESAL/UE, OPS/OMS y CARE) se ubicaron en cinco o más municipios del departamento, siendo APRESAL/UE, la que mayor presencia tuvo, ya que sus actividades las desarrolló en la totalidad de los municipios. CARE se ubicó en once municipios, OPS/OMS en cinco y Mercy Corps en un solo municipio; el resto (diez) de instituciones se ubicaron en tres o menos municipios. Es de hacer notar que la cooperación de la Brigada Médico Cubana, tuvo presencia en todos los municipios, pero su cooperación estaba dirigida únicamente a la atención directa de pacientes en los servicios oficiales de salud, y no proporcionaba financiamiento.

Los municipios priorizados por el área de salud para la cooperación externa, debido a sus altos indicadores de daño fueron cinco, siendo ellos: Chahal, Chisec, Cahabón, Tucurú y San Cristóbal<sup>6</sup>. Como se puede apreciar en el mapa No. 2, en estos municipios sí hubo presencia de instituciones de cooperación externa, pero no en la cantidad que debiera haberse esperado, tomando en cuenta que se habían seleccionado por ser los municipios que estaban aportando más enfermos y muertos en el departamento. Llama la atención que los municipios de más difícil acceso (Chahal y Cahabón) son los que tienen menor presencia de instituciones de cooperación externa.

**3. Programación de reuniones del comité de cooperación externa.** La periodicidad de las reuniones fue mensual en los primeros dieciocho meses, a partir de enero del año 2002, se realizaron cada dos meses y en el año 2004 cada tres meses.

Las reuniones del comité se hicieron en diferentes locales, algunas en instalaciones del Ministerio de Salud y en otros lugares no relacionados con la salud. A partir del mes de agosto del año 2002, al tener la dirección de área salón para reuniones, todas las sesiones del comité se realizaron en estas instalaciones.

Como se puede observar en el cuadro No. 2 la participación de los representantes de la cooperación externa además de no ser constante no fue variada, registrándose durante el período 2001 a inicios del año 2003 la mayor cantidad de asistentes. No hubo una reunión en la que participara la totalidad de los representantes inscritos dentro del comité. La reunión del mes de abril del año 2002, fue en la que hubo mayor representatividad, asistieron nueve de los once representantes inscritos para ese año. En esa reunión no se abordó ningún tema especial, los temas tratados fueron los mismos (información de los programas de salud del MSPAS, anuncio de las fechas de la campaña de vacunación, información epidemiológica y varios) tratados en reuniones anteriores.

---

<sup>6</sup> Información proporcionada por el Epidemiólogo del área de salud de Alta Verapaz.

Lo anterior demuestra el poco poder de convocatoria que tiene la dirección de área de salud y el poco interés que los representantes de las instituciones tienen por participar en las reuniones, asisten a las mismas cuando conviene a sus intereses y participan diferentes personas en representación de cada institución, y algunos sin delegación de autoridad para tomar decisiones.

### **CUADRO No. 2**

#### **Número de representantes que asistieron a las reuniones del comité de cooperación externa durante el período 2002-20004**

<b>Fecha de la reunión</b>	<b>Número de representantes</b>
24 de julio de 2000	2
21 de agosto 2000	4
18 de septiembre de 2000	5
16 de octubre de 2000	7
20 de noviembre de 2000	5
25 de mayo de 2001	7
20 de julio de 2001	7
20 de septiembre de 2001	8
22 de noviembre de 2001	8
07 de febrero de 2002	6
25 de abril de 2002	9
06 de junio de 2002	4
08 de agosto de 2002	6
10 de octubre de 2002	6
05 de diciembre de 2002	5
05 de febrero de 2003	8
09 de abril de 2003	5
11 de junio de 2003	5
15 de agosto de 2003	4
10 de octubre de 2003	6
12 de diciembre de 2003	4
13 de febrero de 2004	6

Fuente: Elaboración propia con base en las actas de las reuniones del comité.

Lo anterior demuestra el poco poder de convocatoria que tiene la dirección de área de salud y el poco interés que los representantes de las instituciones tienen por participar en las reuniones, asisten a las mismas cuando conviene a sus intereses y participan diferentes personas en representación de cada institución, y algunos sin delegación de autoridad para tomar decisiones.

Con el fin de hacer más productivo al CCE, de disminuir el número de participantes por institución y que a las reuniones asistieran los tomadores de decisión y de regularizar la presencia de un mismo representante de cada institución; el director de área de salud a partir de la primera reunión del año 2002, decidió que a las reuniones asistieran únicamente los gerentes de las instituciones, para poder tomar mejores decisiones y coordinar más proyectos. Con esta decisión también excluyó de participar en las reuniones a los directores municipales de salud, (DMS) eliminando así la posibilidad de tener información local (municipal).

Esta decisión como se podrá leer más adelante no cambió la productividad del CCE ni aumentaron los proyectos coordinados, por el contrario haber excluido a los DMS de participar en las reuniones permitió desconocer las actividades reales que desarrollan los proyectos de cooperación externa en los municipios y evitar la duplicidad de las mismas así como orientar la cooperación hacia las comunidades de mayor riesgo.

**4. Características de la cooperación externa.** En los siguientes cuadros del No. 3 al No. 8 se presenta información relacionada con el tipo de cooperación que brindaban las instituciones externas.

Como se puede observar en el cuadro No. 3, todas las instituciones de la cooperación externa estuvieron más concentradas en apoyar o realizar acciones relacionadas con la capacitación y formación del recurso humano, ya sea este institucional o comunitario, así como en actividades relacionados por el apoyo al desarrollo de programas de atención a las personas. Siguiéndole las actividades orientadas a mejorar la gestión de los servicios de salud.

Los proyectos desarrollados dentro de estos tipos de cooperación, se encuentran enmarcados dentro de lo considerado por el modelo de desarrollo humano, pero precisamente por esta amplitud que da el modelo, cualquier actividad que tenga un componente social tiene cabida dentro del mismo.

**CUADRO No. 3**  
**Tipología de la cooperación externa**  
**Alta Verapaz 2000-2004**

<b>Tipo de cooperación</b>	<b>Institución</b>
Formación y actualización del recurso humano	Todas las instituciones reportaron actividades en este campo
Atención a las personas	Brigada Médico Cubana, CARE, PLAN, Médicos Mundo España, Proyecto ALA, Cruz Roja Española, Paz Tercer Mundo, CARITAS, Calidad en Salud, MOVIMUNDO
Atención al ambiente	Proyecto ALA , APRESAL/UE, Cruz Roja Española, CARITAS, JICA
Infraestructura física y equipamiento	APRESAL/UE, Proyecto ALA, Cruz Roja Española
Gestión	OPS/OMS, Médicos del Mundo España, Mercy Corps, Proyecto ALA, Cruz Roja Española, CARE, INCAP/Carchá
Otros	Proyecto ALA, APRESAL/UE, OPS/OMS, Mercy Corps, PLAN,

Fuente: Elaboración propia con base en las actas de las reuniones del comité.

Esta amplitud permite que cada proyecto se diluya mucho y no oriente sus recursos a las causas básicas de los problemas de salud que desean resolver y como consecuencia los impactos en los indicadores de salud no son observables.

Para conocer con más detalle sobre el tipo de cooperación brindado por las instituciones que formaron parte del CCE, a continuación en los cuadros del 4 al 8 se describen las actividades que se realizaron en cada tipo de cooperación y cuales instituciones las realizaron.

**CUADRO No. 4**  
**Formación y capacitación del recurso humano**  
**Alta Verapaz, 2000-2004**

<b>Personal capacitado o formado</b>	<b>Instituciones participantes</b>
Personal del Ministerio de Salud: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, inspectores de saneamiento ambiental, técnicos en salud rural, laboratorio, rayos X, y anestesia	En formación: APRESAL/UE y OPS/OMS. En Capacitación para actualizar conocimientos, todas las instituciones reportaron que realizaban esta actividad.
Personal comunitario: comadronas, parteros, guardianes de salud, encargados de farmacias comunitarias, voluntarios de malaria.	Todas las instituciones a excepción de Calidad en Salud y JICA reportaron realizar actividades con este recurso humano.
Personal de la sociedad civil: maestros, corporaciones municipales, consejos de desarrollo, asociaciones de mujeres.	APRESAL/UE, CARE, Proyecto ALA, OPS/OMS, Médicos del Mundo España, INCAP/Carchá.

Fuente: Elaboración propia con base en las actas de las reuniones del comité e informes de las instituciones

Como se observa en el cuadro No. 4, la totalidad de las instituciones orientaron sus recursos a fortalecer los conocimientos del recurso humano que labora en los servicios de salud del MSPAS y al personal comunitario que apoya actividades de salud en las comunidades. Únicamente dos instituciones APRESAL/UE y OPS/OMS desarrollaron procesos de formación de personal de salud, actividad que fue coordinada y conducida por las docentes de la Escuela Nacional de Enfermeras de Cobán. Pocas instituciones orientaron sus recursos para capacitar a personal de la sociedad civil que directa o

indirectamente desarrollan actividades que están relacionadas con la salud y que es un recurso importante para participar en el desarrollo de sus comunidades.

Como se puede observar en el cuadro No. 5 las actividades de la cooperación estuvieron centradas en cuatro programas, Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), disminución de la mortalidad materna, salud reproductiva y recuperación y seguridad alimentaria nutricional. Los cuatro programas están considerados dentro de las prioridades identificadas por el país para orientar la demanda de la cooperación externa expresada por la SEGEPLAN, así como dentro de las políticas nacionales de salud y responden a tres prioridades identificadas por el área de salud y a dos de los objetivos y metas del milenio.

#### **CUADRO No. 5**

#### **Programas de atención a las personas apoyados por instituciones de cooperación externa Alta Verapaz, 2000-2004**

<b>Programas de atención a las personas</b>	<b>Instituciones</b>
Reducción de la mortalidad materna	APRESAL/UE, OPS, CARE, Médicos del Mundo España, PLAN, Brigada Médico Cubana
Atención Integral de las Enfermedades Prevenibles de la Infancia (AIEPI)	APRESAL/UE, OPS/OMS, CARE, Cruz Roja Española, CARITAS, Mercy Corps, Médicos del Mundo España, PLAN, Brigada Cubana
Inmunizaciones	APRESAL/UE, OPS/OMS
Salud reproductiva	CARE, Médicos del Mundo España, Calidad en Salud, PLAN, CARITAS
Atención a adolescentes	INCAP/Carchá
VIH/Sida	APRESAL/UE, PLAN
Dengue, Chagas y Malaria	JICA
Recuperación nutricional y seguridad alimentaria nutricional	APRESAL/UE, CARE, Proyecto ALA, Paz Tercer Mundo, INCAP/Carchá
Discapacidad	MOVIMUNDO

Fuente: Elaboración propia con base en las actas de las reuniones del comité e informes de las instituciones

No obstante responder a las prioridades identificadas por el área de salud, los resultados en los indicadores de salud no reflejan este tipo de cooperación, especialmente en lo relacionado con la mortalidad materna, ya que Alta Verapaz como se puede observar en el cuadro No.1 aporta la mayor cantidad de madres fallecidas durante el embarazo, parto y puerperio al país. Lo que se hace necesario es focalizar aquellas intervenciones con las cuales se puede lograr el mayor impacto y desarrollarlas en las comunidades de mayor riesgo.

### **CUADRO No. 6**

#### **Programas de atención al ambiente apoyados por las instituciones de cooperación externa**

**Alta Verapaz, 2000-2004**

<b>Programas de atención al ambiente</b>	<b>Instituciones</b>
Agua y letrinas	APRESAL/UE, CARITAS, Proyecto ALA, Cruz Roja Española
Prevención de desastres	Cruz Roja Española, Médicos del Mundo España
Desechos sólidos hospitalarios	APRESAL/UE, OPS/OMS

Fuente: Elaboración propia con base en las actas de las reuniones del comité e informes de las instituciones

Como se puede observar en el cuadro No. 6 son pocas las instituciones involucradas en proyectos y actividades relacionadas con la atención al ambiente. En lo relacionado con el agua y letrinas, podría deberse a que estas actividades están más concentradas en las municipalidades y no en los servicios de salud. Los otros temas responden más a los intereses de las instituciones externas y los donantes que a solicitudes emanadas de las autoridades locales.

Se puede apreciar en el cuadro No.7 que las actividades relacionadas con desarrollar y mejorar las capacidades de gestión, no se realizaron exclusivamente a nivel de los

servicios del Ministerio de Salud Pública, sino también con las corporaciones municipales y líderes comunitarios. Lo anterior demuestra una apertura de los proyectos hacia otros actores necesitados de mejorar su capacidad de gestión.

**CUADRO No. 7**

**Actividades de gestión apoyadas por las instituciones de cooperación externa**

**Alta Verapaz, 2000-2004**

<b>Actividades de gestión</b>	<b>Instituciones</b>
Planeación estratégica	OPS/OMS, Médicos del Mundo España, Mercy Corps.
Planes municipales de desarrollo	OPS/OMS, CARE, Médicos del Mundo España, INCAP/Carchá
Desarrollo comunitario	Proyecto ALA, Cruz Roja Española INCAP/Carchá
Desarrollo de servicios	OPS/OMS, Mercy Corps

Fuente: Elaboración propia con base en las actas de las reuniones del comité e informes de las instituciones

**CUADRO No. 8**

**Otras actividades apoyadas por las instituciones de cooperación externa**

**Alta Verapaz, 2000-2004**

<b>Otras actividades</b>	<b>Instituciones</b>
Promoción de la salud	APRESAL/UE, OPS/OMS, Proyecto ALA
Ventas sociales de medicamentos	APRESAL/UE, Proyecto ALA
Medicina tradicional	OPS, Mercy Corps
Remodelación, construcción y equipamiento de hospitales, centros, puestos de salud, centros de convergencia y farmacias comunitarias	APRESAL/UE, Proyecto ALA, Cruz Roja Española, Mercy Corps
Dotación de vehículos y ambulancias	APRESAL/UE

Fuente: Elaboración propia con base en las actas de las reuniones del comité e informes de las instituciones

En el cuadro No. 8 se observa que la promoción de la salud actividad básica para el desarrollo de la salud, fue apoyada por pocas instituciones, al igual que la promoción de la medicina tradicional.

Como se pudo observar en los cuadros anteriores la cooperación externa desarrolla muchas actividades siendo las relacionadas con los procesos de capacitación (actualización) de conocimientos del recurso humano la que más recursos absorbe, siguiéndole aquellas relacionadas con la atención a las personas. Se identifica que la cooperación no está dirigida exclusivamente al sector salud ya que se observan actividades con otros sectores del desarrollo que tienen indirectamente relación con la salud. Todas las actividades están relacionadas con las políticas de salud del MSPAS y responden al modelo de desarrollo humano.

**5. Recurso humano de las instituciones de cooperación externa.** El recurso humano que trabajaba en las instituciones de cooperación externa en el puesto de gerentes o directores es variado, se encontró personal profesional con formación en el campo de la salud como: médicos, enfermeras, ingenieros sanitarios, nutricionistas y trabajadores sociales, así como de otras profesiones: Administrador de empresas, ingenieros civiles y agrónomos, comunicador social y arquitecto.

De las quince instituciones cinco contaban con un gerente de nacionalidad extranjera y diez con guatemaltecos; de estos, seis eran de Alta Verapaz. Con relación a la permanencia de estos directivos en sus puestos fue variada, durante el periodo de la investigación en once instituciones cambiaron los gerentes. Los gerentes extranjeros fueron los que en sus intervenciones fueron más directos con abordar temas que involucraban al personal de los servicios de salud y utilizaban su poder e influencias para lograr sus objetivos “algunos gerentes quisieron imponer sus políticas dentro del comité”<sup>7</sup>, esta actitud no se dio con los gerentes nacionales, en este grupo se dio otro tipo de influencia, aprovechándose de las relaciones personales que entre los gerentes y el equipo

---

<sup>7</sup> Entrevistado “B” 2004

de la dirección de área de salud existía. Ambos grupos lo que buscaron siempre fue lograr beneficios para sus proyectos. Tanto este tipo de relaciones como la alta rotación de los gerentes en las instituciones dificultaron la coordinación de la cooperación externa.

En los mandos medios u operativos en donde la función del personal es la de ejecutar las actividades de los proyectos, y coordinar con las autoridades municipales de salud se encontró un 70 por ciento (10 instituciones) del personal con nivel de educación medio, tales como: maestros, bachilleres, técnicos en salud rural y de otras profesiones. La relación del personal de los servicios de salud con este tipo de personal de las instituciones no importando si su profesión estaba relacionada con la salud, las relaciones fueron positivas, más abiertas al diálogo y a las sugerencias y se logró mayor coordinación de actividades.

En todas las instituciones se encontró personal bilingüe Quekchí-español y Pocomchí-español, con una proporción mayor en los puestos medios u operativos que en las gerencias o direcciones de las instituciones. Este hallazgo es positivo ya que la población con la que se va a trabajar es población rural y en Alta Verapaz representa el 79% y de esta el 92.85% es población indígena. Lo ideal es que todo el personal que labora en proyectos de salud y de desarrollo debe ser bilingüe, incluyendo los gerentes y no solo los mandos medios y operativos. “con hablar un idioma maya hemos podido entendernos más con la población y conocer sus necesidades y forma de pensar”<sup>8</sup>

**6. Ubicación de sedes de las instituciones de cooperación externa.** Todas las instituciones representadas en el CCE, tenían su sede central fuera del departamento –en la capital- o del país. Once de las quince instituciones, contaban con oficinas en el departamento de Alta Verapaz y tres en otros departamentos. Lo anterior fue un aspecto positivo, ya que el contar con los gerentes en el departamento, permitió, fortalecer la comunicación dentro de los mismos y tomar decisiones durante las reuniones del comité.

---

<sup>8</sup> Entrevistado “C” 2004

Aquellas instituciones que tienen su sede en el departamento se relacionaron más y coordinaron más propuestas de trabajo en conjunto y pudieron obtener mayores beneficios para sus proyectos que aquellas en las cuales su sede se encontraba fuera del departamento.

Las autoridades de salud, se identifican más con aquellas instituciones que tienen su sede en el departamento que con las que la tienen fuera, “en cualquier momento los vamos a buscar y nos atienden....se resuelven los problemas más rápido”<sup>9</sup>, “el estar cerca de ellos (Ministerio) nos ha permitido poner a su disposición todos nuestros recursos”<sup>10</sup>

**7. Desarrollo de reuniones del comité de cooperación externa.** Previo a las reuniones, la dirección del área de salud, enviaba a los representantes un recordatorio de la fecha, lugar y hora de inicio de la reunión, así como copia del acta de la sesión anterior.

La metodología utilizada durante las reuniones fue la siguiente: Conforme llegaban los participantes, se inscribían en la lista de asistencia y se les entregaba la agenda de trabajo. El director de área o su representante por ausencia de éste, conducían la reunión. La ubicación de los participantes en el principio, cuando asistían los médicos directores de los distritos de salud y personal técnico de las instituciones, debido al elevado número de asistentes, la distribución del mobiliario fue tipo auditorium, una fila de sillas detrás de otra. Posteriormente al reducirse el número de asistentes por decisión del director del área, no participaron los médicos directores de los distritos de salud y solo los gerentes de las instituciones de cooperación externa, la ubicación de las mesas fue en U, colocándose el personal de la dirección del área de salud en un extremo de la U, dejando el resto de espacios para los representantes de las instituciones, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

---

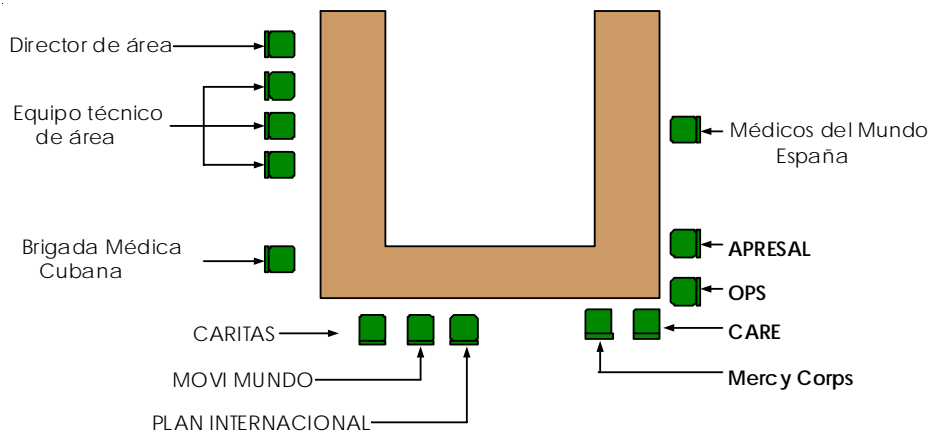
<sup>9</sup> Entrevistados “A y B” 2004

<sup>10</sup> Entrevistado “F”

Como se puede notar, los representantes de las cuatro instituciones más influyentes dentro del comité –APRESAL/UE, CARE, OPS/OMS y Mercy Corps- se encuentran ubicados cerca uno del otro, ubicación que se observó en la mayor parte de las reuniones, esta ubicación les permitió establecer una comunicación entre ellos durante el desarrollo de las reuniones y fuera de las mismas. El resto de representantes de las otras instituciones se ubicaron en diferentes lugares. No se pudo identificar relación alguna entre ellos, como la establecida entre los cuatro mencionados, pero en algunas ocasiones se unieron varias instituciones para apoyar o rechazar algunas propuestas que se hacían durante el desarrollo de las reuniones.

### GRÁFICO No. 1.

**Ubicación de los representantes de las instituciones, en las sesiones.**



Como consecuencia de esta relación se presentaron propuestas conjuntas, que en algunas ocasiones originaron que se coordinaran algunas actividades interinstitucionales, tal es el caso del proceso de capacitación del personal para la implementación de la estrategia de AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades de la Infancia) y la implementación de la metodología de planificación estratégica para los servicios de salud de la región del Polochic. La cooperación se la distribuyeron de acuerdo a su capital, para el caso del AIEPI, APRESAL y CARE dieron apoyo financiero, OPS/OMS y Mercy Corps apoyo técnico. En el caso de la planificación estratégica, Médicos de Mundo

España apoyo técnico y el resto de instituciones financiero. Ambas propuestas tuvieron el resultado esperado en los proyectos y permitió fortalecer la comunicación entre el personal de las diferentes instituciones, así como identificar fortalezas y debilidades de las instituciones.

Las agendas de las reuniones se caracterizaron por estar más relacionadas con el quehacer del Ministerio de Salud, específicamente al cumplimiento de actividades puntuales, como por ejemplo, análisis de la mortalidad materna e infantil, coberturas de vacunación, análisis epidemiológico, especialmente aquellas enfermedades que estaban relacionadas con mayor cantidad de muertes (diarreas y bronconeumonías) así como información relacionada con las semanas de la vacunación infantil, de la salud ambiental y de la mujer, así como transmitir información oficial emanada del despacho o de las direcciones del nivel central del Ministerio de Salud. Únicamente en la primera y/o segunda reunión de cada año se consideró como tema de agenda, información sobre las instituciones que participaban en el comité, presentando el plan de trabajo anual, área geográfica de influencia, población meta y si lo consideraban conveniente el presupuesto de ejecución. El objetivo era conocer el que hacer de las instituciones incluyendo el Ministerio de Salud.

Todas las reuniones fueron de carácter informativo, tanto por parte de las autoridades de salud como de las instituciones de cooperación representadas en el comité. Pocas veces durante las reuniones se establecieron discusiones técnicas que finalizaron con una posición consensuada de todos los asistentes sobre un tema específico, o sobre una actividad determinada. Esto sucedió cuando el tema en discusión respondía a los intereses de cada institución y de los proyectos que ejecutaban, de lo contrario no participaban en las discusiones o se hacían comentarios intrascendentes.

A partir del año 2003, en las actas del comité, aparece considerado como punto de agenda la adquisición de compromisos al finalizar la reunión, estos compromisos están más orientados a actividades del que hacer del Ministerio de Salud que con la coordinación de los proyectos.

No se identificó en las actas cómo se dio seguimiento a los compromisos y, revisando las agendas de las reuniones, no se encontró que se hubiera destinado un tiempo para que los asistentes a las sesiones del comité, discutieran el cumplimiento o incumplimiento de los compromisos adquiridos en la sesión anterior. En el caso de las alianzas establecidas entre las instituciones, el seguimiento de la actividad se hizo mientras se cumplía el objetivo de la alianza, posteriormente ninguna institución incluyendo el Ministerio de Salud desempeñó esta importante tarea. Por ejemplo: la alianza que se estableció para la capacitación del personal en la estrategia de AIEPI, mientras se desarrollaba la capacitación todas las instituciones involucradas en este proceso estuvieron pendientes de que se cumplieran los objetivos y metas de la misma, pero al finalizar la capacitación, no se dio seguimiento a los compromisos adquiridos durante las capacitaciones como fue, la implementación de la estrategia en los servicios de salud, cuya responsabilidad es de las autoridades de salud.

En este caso se nota la ausencia del papel del conductor del comité, al no velar porque en las agendas correspondientes se dejara tiempo para darle seguimiento a los compromisos adquiridos tales como: Presentación de los resultados de estudios de campo realizados por las diferentes instituciones. Resultados de las evaluaciones hechas a los proyectos por los donantes y discusión de nuevos proyectos.

El tiempo promedio de las sesiones de trabajo fue de 3 a 5 horas y el financiamiento para cubrir los gastos de útiles de oficina y audiovisuales, alimentación y viáticos de algunos participantes, fue programado para que cada institución asumiera esta responsabilidad.

Los proyectos que los entrevistados afirmaron que fueron consensuados durante el período del estudio, son tres: desarrollo de la estrategia de atención integral para las enfermedades propias de la infancia (AIEPI); plan estratégico de los distritos de salud del Polochic y medicina tradicional en la región del Polochic, todos estos proyectos fueron realizados durante el año 2003.

## Proyecto No. 1

El caso de la estrategia de AIEPI, el Ministerio de Salud a finales del año 2002 decide implementarla, dándose la coyuntura de que varias instituciones la tenían programada para desarrollarla en sus áreas de trabajo, ya que era una estrategia que se había implementado en otros países y se tenían buenos resultados, pues contribuía la disminución de la mortalidad infantil, razón por la que las instituciones inmediatamente pusieron a disposición del Ministerio recursos financieros y técnicos para desarrollarla. Se decidió iniciarla en los municipios en donde se encontraban trabajando las instituciones de cooperación externa, ya que ejecutar fondos en otros lugares no les era permitido. Estos municipios no eran los más priorizados.

La primera fase consistió en la identificación de las instituciones participantes siendo ellas: OPS/OMS, CARE, Mercy Corps, PLAN, Brigada médico cubana, Médicos del Mundo España, APRESAL/UE y Ministerio de Salud. La segunda fase fue la distribución de responsabilidades para cada institución, unos apoyaron con financiamiento, otros con docentes, material impreso, afiches, etcétera. La tercera fase fue la capacitación del personal, primero se formaron facilitadores y luego se capacitó al personal que dentro de sus funciones está la atención de pacientes. La cuarta fase era la implementación en los servicios de salud del Ministerio y en las prestadoras de servicios de salud (ONGs contratadas). Las tres primeras fases se realizaron y recibieron el apoyo de todas las instituciones comprometidas en la alianza, pero la cuarta fase ya no se realizó, quedándose solo el Ministerio de salud quién no pudo con la responsabilidad de supervisar al personal en los servicios y proporcionar los medicamentos e insumos necesarios para la implementación de la estrategia y no negoció con la cooperación externa el apoyo para esta fase.

## Proyecto No. 2

Este proyecto fue la elaboración del plan estratégico de los servicios de salud ubicados en la región del Polochic. Las instituciones de cooperación externa ubicadas en la región,

-Médicos del Mundo España, Mercy Corps, CARE, MOVIMUNDO, APRESAL/UE- hicieron una alianza entre ellas y el Ministerio de Salud y presentaron una metodología para desarrollar el plan estratégico. La alianza consistió en apoyar la capacitación del personal de los servicios de salud para conocer la metodología y en financiar los talleres para la elaboración del plan estratégico. El objetivo del plan es identificar los problemas que afectan la salud de la población y a la administración de los servicios de salud así como la solución a los mismos. Es de hacer notar que la alianza permaneció hasta la elaboración del plan, pero ya no en la solución de los problemas, debido a que los proyectos a realizar para dar respuesta a los problemas no se encontraban en la planificación de las instituciones de cooperación externa. Por lo que el plan ya no se abordó y el Ministerio no le dio continuidad.

### Proyecto No. 3

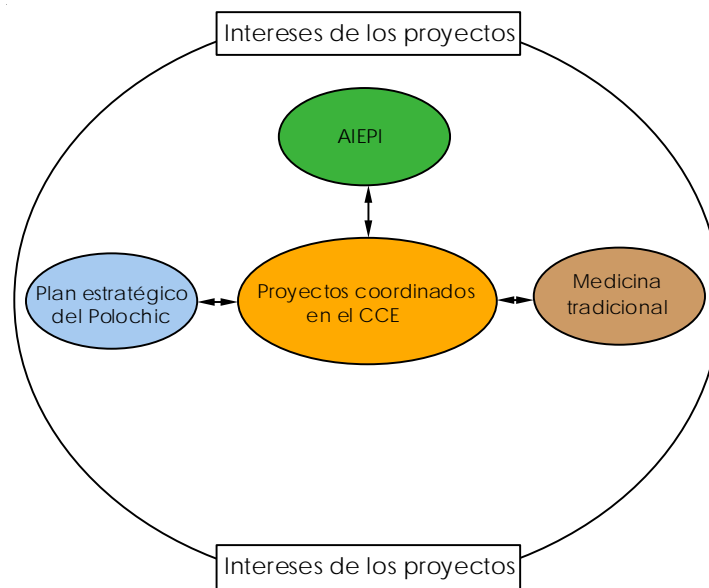
El tercer proyecto que permitió la coordinación fue el relacionado con la recuperación de la medicina tradicional. Este proyecto consistió, por un lado, en sensibilizar al personal de los servicios de salud de los municipios de Tukurú y Panzos para aceptar la práctica de la medicina tradicional y por el otro en capacitar al grupo de mujeres para hacer huertos de plantas medicinales y administrar laboratorios artesanales para procesar, envasar y comercializar los productos herbolarios. La alianza se realizó entre las instituciones CARE, Mercy Corps, Médicos del Mundo España y el servicio de salud. Luego de la capacitación ya no se continuó con la alianza y el proyecto de plantas medicinales no avanzó.

Estos tres proyectos, permitieron trabajar en forma coordinada, cooperación externa y servicios de salud. Fueron proyectos en los cuales todas las instituciones representadas en el comité, tenían algún interés porque se realizaran ya que constituían parte del proyecto que estaban desarrollando en el departamento. El beneficio de esta coordinación fue para la cooperación externa ya que lograron cumplir con los planes de trabajo acordados con los donantes.

Los proyectos fueron coordinados por un miembro del equipo técnico de la dirección de área de salud. La cooperación que las instituciones externas ofrecieron para la ejecución de los mismos, estuvo orientada a apoyar técnicamente el desarrollo de las actividades y a financiar específicamente procesos de capacitación del personal del ministerio de salud, reproducción e impresión de materiales a utilizarse durante la capacitación y la comunicación social de mensajes relacionados con el tema que se estaba abordando.

### GRÁFICO No. 2.

**Proyectos coordinados por el comité de cooperación externa, años 2000 – 2004.**



Estos proyectos no fueron objeto de seguimiento, monitoreo y evaluación, ni por el personal de salud, ni por las mismas instituciones que habían apoyado su desarrollo. Uno de los gerentes entrevistados expresó al respecto lo siguiente: “Se perdió la visión de lo que se quería lograr y no hubo seguimiento de los capacitados, se pierde todo, y esto produce frustración para cada ONG que participamos, porque dimos recursos materiales y financieros, pero no vemos nada a nivel local que esté cambiando”.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> entrevistado “C” 2004

Los tres proyectos coordinados no guardan relación entre sí, fueron proyectos aislados como se aprecia en el gráfico 2, la relación que existió entre los tres proyectos fue que los tres respondían a intereses de las instituciones, debido a que las actividades se encontraban programadas en el plan de trabajo anual.

**8. Recursos financieros.** Los recursos financieros con los que cuenta cada institución para ejecutar su proyecto, es un elemento importante en las relaciones de poder al interior del comité, si bien es cierto, este tema nunca fue abordado en las reuniones del comité, era evidente durante el desarrollo de las mismas, aquellas instituciones que administraban más recursos financieros, fueron las que más participaron e influyeron en las decisiones del comité.

Al profundizar sobre este tema, encontramos que en la gerencia de la dirección de área, no se lleva ningún registro de los recursos financieros que las instituciones de cooperación externa están invirtiendo dentro del departamento. Igual resultado se obtuvo en los distritos municipales de salud. Esta situación no sólo se da con los recursos externos, sino también con los recursos financieros municipales destinados a acciones de salud y los de otras instituciones del sector salud.

Las mismas instituciones de cooperación externa, manejan con discreción lo relacionado con las fuentes de financiamiento de sus proyectos y los montos destinados para su ejecución. Cuando se solicitó dicha información la respuesta fue parcial, e incompleta, nunca se llegó a conocer exactamente cuanto es el monto del proyecto. La información proporcionada estuvo relacionada con la programación de actividades, se desconocen los gastos de personal, operación y funcionamiento.

Durante el período estudiado no se encontró documentación ni en la dirección de área ni en las instituciones que indicara el desarrollo de un estudio o análisis de la relación entre el financiamiento de los proyectos de la cooperación externa y su relación con el

presupuesto de los servicios de salud del Ministerio y el impacto en la salud de la población.

La información presentada en el siguiente cuadro con relación al tema presupuestario, es incompleta, pero da una idea de la cantidad de fondos que se están invirtiendo en salud dentro del departamento de Alta Verapaz. Este es un tema para investigar en el futuro y orientar el gasto del mismo.

**CUADRO No. 9**  
**Presupuesto de los proyectos de cooperación externa**  
**Alta Verapaz**

<b>INSTITUCIÓN*</b>	<b>DÓLARES US</b>	<b>PERÍODO DE EJECUCIÓN</b>
OPS/OMS	500,000.00	3 años 2001-2003
APRESAL/UE	6,250,000.00	3 años 2001-2003
CARE	10,000,000.00	5 años 2000-2005
Mercy Corps	750,000.00	3 años 2002-2004
PLAN	175,000.00	2 años 2003-2004
Cruz Roja Española	1,038,000.00	2 años 2000-2001
Médicos del Mundo España	143,473.00	2 años 2003-2004
<b>TOTAL</b>	<b>18,856,473.00</b>	

Fuente: Elaboración propia con base en la información proporcionada por los gerentes de las instituciones de cooperación externa y/o informes.

\* No fue posible conseguir el presupuesto de las ocho instituciones restantes.

Como se observa en el cuadro No. 9 únicamente siete de quince instituciones de cooperación externa proporcionaron este tipo de información. No obstante ser sólo el 46% de ellas, el monto que administran representa el 47% del presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud Pública en Alta Verapaz. (Cuadro No. 10) Dándose aproximadamente una relación de dos a uno.

**CUADRO No. 10**

**Presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud Pública en  
Alta Verapaz, 2000-2004\***

AÑO	MONTO EN DÓLARES US**
2000	7,172,512.00
2001	7,218,687.00
2002	9,156,910.00
2003	8,428,867.00
2004	8,493,991.00
<b>TOTAL</b>	<b>40,470,967.00</b>

Fuente: Elaboración propia con base en la información proporcionada por el Ministerio de Finanzas.

Transparencia Fiscal

\* incluye presupuesto de la dirección del área, hospital regional y extensión de cobertura

\*\* Se calculó a un dólar por ocho quetzales.

## **B. Discusión**

El comité de coordinación de la cooperación externa constituye un escenario de luchas de poder, donde distintas instituciones se disputan el espacio con el objetivo de imponer los conocimientos que mejor responden a sus intereses. Además es una instancia en donde las autoridades del ministerio de salud, y las instituciones que realizan actividades de salud en el departamento, pudieran encontrarse y aunar esfuerzos técnicos y financieros para mejorar la salud y por consiguiente contribuir al desarrollo de la población del departamento, especialmente aquella población vulnerable.

- 1. Lo que debe ser y es el comité de cooperación externa.** El comité de coordinación de la cooperación externa debiera ser un espacio para que las autoridades locales de salud, puedan ejercer su liderazgo como rectores de la salud, en la conducción y orientación de la cooperación externa. Debiera ser un espacio de diálogo y análisis alrededor de las prioridades de salud, de la identificación de las poblaciones vulnerables, particularmente de las poblaciones

marginadas, con elevados niveles de pobreza y enormes disparidades en las condiciones de salud y un acceso inequitativo a servicios básicos. Debiera ser un espacio para llegar a consensos sobre proyectos y procesos, que desarrollados coordinadamente, pudieran contribuir a mejorar los indicadores de salud y por consiguiente el desarrollo del departamento. Debiera ser un espacio para conocer que actividades se están desarrollando, cómo las están desarrollando y qué estrategias están utilizando, con quienes las están desarrollando, en qué lugar geográfico, cuál es la población a quien van dirigidas las actividades y con qué recursos, humanos, tecnológicos y financieros se están realizando.

Todo esto ha sido un sueño, sueño que ha tenido dificultades para hacerse realidad, especialmente por las relaciones de poder que se generaron dentro de los integrantes del comité, específicamente entre los representantes de las instituciones de cooperación externa, ya que “cada agencia busca lo que más le conviene”<sup>12</sup>, dándose el caso que los representantes de las organizaciones más influyentes dentro del comité –APRESAL/UE, CARE, OPS/OMS y Mercy Corps- conformaron un grupo para hacer propuestas que estuvieran relacionadas con sus proyectos. Acerca de esto Arendet filósofa y política norteamericana dijo: «el poder no es nunca una propiedad individual. El poder pertenece al grupo y sobrevive sólo e la medida en que el grupo permanece» ( citada por Fernández.2003:3). El resto de instituciones en algunas ocasiones cuando convenía a sus intereses de trabajo se integraron a este grupo. Ejerciendo así el «poder de influir sobre las personas» (Boron 2002:2) y que la acción de este grupo fuese posible sobre la acción del resto del grupo. «Una acción sobre otra acción» (García.2004:102). Estas relaciones de poder dificultaron la labor del conductor del comité, (Director del área de salud) quién poco pudo hacer para administrarlas.

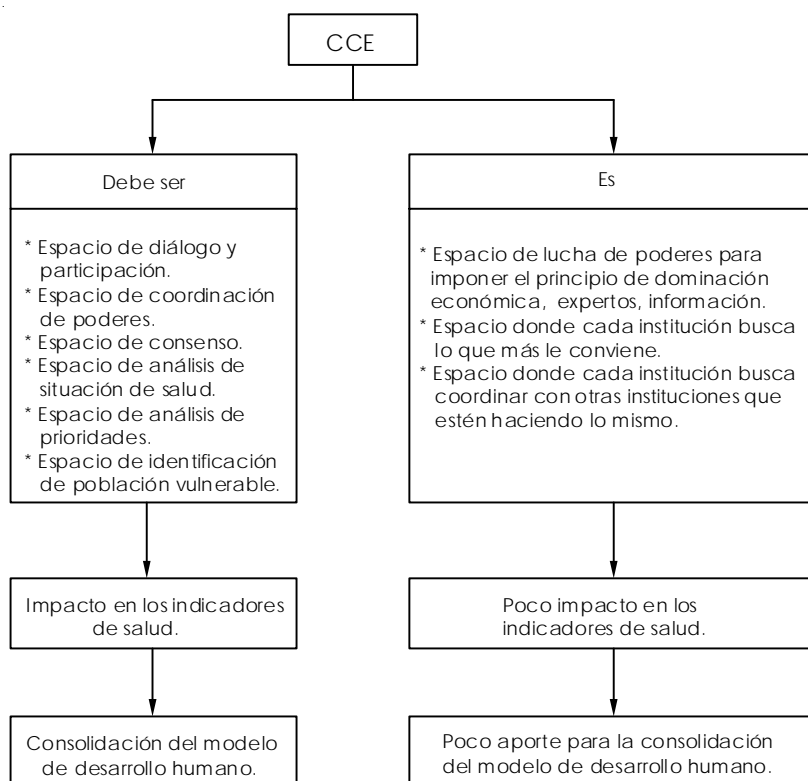
Como consecuencia de este funcionamiento, las actividades del CCE han impactado poco en los indicadores de salud de Alta Verapaz y como consecuencia su aporte a la consolidación del modelo de desarrollo humano ha sido escaso.

---

<sup>12</sup> entrevistado “B” 2004

### GRÁFICO No. 3.

#### Lo que debe ser y es el comité de cooperación externa.



**2. La coordinación dentro del comité de cooperación externa.** Por fundamentos legales, el comité debe ser conducido por el director del área, máxima autoridad del Ministerio de Salud y rector de la salud en el departamento, esto incluye la coordinación de todas las actividades relacionadas con programas de salud.

El comité siempre fue dirigido por el director de área y ocasionalmente por un representante del equipo técnico de la dirección del área de salud. Durante el período de estudio hubo tres directores de área, el primero finalizó su período en junio de 2001, en este tiempo se organizó el comité de coordinación de la cooperación externa. El segundo desempeñó el cargo de julio de 2001 a febrero de 2004, fue el período en el cual se coordinaron los tres proyectos ya identificados anteriormente (Implementación de la estrategia de AIEPI, elaboración del plan estratégico de la región del Polochic y

recuperación de la medicina tradicional). El tercer director asumió la dirección en marzo de 2004, durante este período, solamente se realizó una reunión.

La frecuente rotación de los directores dificultó que los mismos desempeñaran la función de coordinación. Además, debido a la inestabilidad en el puesto (por los cambios de gobierno), accedieron con frecuencia a las demandas de la cooperación externa, “nos reunimos los representantes de cada institución, definimos los temas y se los proponemos al área y los acepta”<sup>13</sup>; debilitándose así el poder de la autoridad.

Esta frecuente rotación se presentó también en la cooperación externa, durante el período estudiado once gerentes fueron cambiados, lo que también contribuyó a dificultar la coordinación.

Hay que reconocer que el director de área con el objetivo de que en el CCE se tomaran decisiones y se coordinaran más proyectos que actividades, acordó que a partir de la primera reunión del año 2002 sólo participaran los gerentes de las instituciones de cooperación externa, pero no se logró el objetivo, porque los gerentes lo que les interesaba era cumplir con su proyecto y luego apoyar otras actividades.

Las opiniones vertidas por los gerentes de algunas instituciones, entrevistados sobre este punto, nos orienta a identificar cuales fueron las razones por las cuales participaban en el comité, razones que estaban relacionadas con sus intereses de llevar adelante los proyectos negociados con los donantes. “Nos interesa estar en el comité para coordinar con otras instituciones que estén haciendo lo mismo que nosotros”; “coordinar esfuerzos solo con instituciones externas”<sup>14</sup> Otros entrevistados no fueron tan explícitos, pero al hacer la lectura de sus opiniones coinciden con las expresadas anteriormente.

Si el objetivo de la coordinación es buscar un objetivo común, «el trabajo armónico y eficaz de un grupo de personas y organizaciones en pos de una meta común»

---

<sup>13</sup> entrevistado “F” 2004

<sup>14</sup> entrevistados “C” y “D” 2004

(PNUD.2003:86), la misma no se realizó ya que no se tuvo una meta común. Esta meta común la debe establecer la dirección del área de salud, tomando en cuenta las prioridades por ellos identificadas.

En algunas etapas de los proyectos de la cooperación externa se buscó coordinar actividades entre instituciones y autoridades de salud, estas etapas estuvieron relacionadas con la finalización de los planes operativos en los cuales quedaban pendientes de realizar actividades. En esta etapa los representantes de las instituciones influyeron sobre los miembros del equipo técnico de la dirección del área, para que aceptaran y ejecutaran actividades, -casi siempre relacionadas con capacitaciones- logrando así, «imponer el principio de dominación al hacer valer su capital –su poder- como el capital dominante» (Bordieu.2002:20) el poder económico, imponiendo así la legitimidad de su dominación. Estableciéndose un poder simbólico entre quienes ejercen el poder –instituciones de cooperación externa- y quienes lo sufren, como lo son las instituciones estatales de salud.

**3. La conducción del comité de cooperación externa.** La conducción de la cooperación externa en salud a nivel del departamento y municipios, es responsabilidad de las autoridades de salud, como ente rector de la salud.

Para conducir al comité de cooperación externa se requiere que el responsable de la conducción tenga las siguientes competencias: conocimientos en estrategias y técnicas de trabajo de grupos, cualidades de líder para guiar al grupo al cumplimiento de los objetivos, claridad en lo que se espera de él como líder y lo que se espera del grupo, planificador, que tome decisiones, que sepa delegar funciones y supervisarlas, que tenga la habilidad para saber que desea cada miembro del grupo y conocer sus metas personales y roles de cada persona. Así mismo, saber que el líder requiere poder y el poder requiere cooperación.

De acuerdo a lo expuesto por las personas entrevistadas y que son o fueron miembros del comité de cooperación externa, los responsables de la conducción del comité “no

asumen el liderazgo que les corresponde” y que “la conducción del Ministerio es débil hay actitud y deseo pero no conducción”<sup>15</sup> por consiguiente “cada quién viene, abre su carpa y comienza un proyecto de salud, sea o no necesario, sin consultar a las autoridades de salud, si es el mejor lugar en donde se debiera comenzar ese proyecto, o si el área geográfica es la más adecuada”.<sup>16</sup> Estas expresiones ponen de manifiesto que hay que fortalecer los conocimientos y actitudes no solo de los conductores del comité sino de todo el equipo técnico de la dirección de área, ya que cualquiera de sus miembros tiene la posibilidad en ausencia del director de conducir el comité.

Así mismo reconocen los entrevistados que en la dirección de área y equipo técnico, hay actitud positiva y deseo de conducir, “tienen las ideas, saben que hacer, pero no tienen convocatoria”.<sup>17</sup>

Todas estas situaciones fueron aprovechadas por los representantes de las instituciones integrantes del comité para ejercer su poder de expertos y asumir en forma indirecta la conducción del comité, logrando así, obtener el apoyo de sus integrantes para las propuestas que hicieron, propuestas que estuvieron orientadas a satisfacer las demandas de sus proyectos.

En términos generales como se aprecia en el gráfico No. 4 se estableció una lucha constante para el funcionamiento de los distintos campos del poder, en donde los detentadores de los diferentes poderes lucharon por imponer el principio de dominación con el fin de «hacer valer su capital, -su poder- como el capital dominante» (Bourdieu.2001:20-23).

En el siguiente gráfico se han esquematizado los cuatro tipos de poder que se pudieron identificar dentro del CCE, poderes que fueron ejercidos por todos los integrantes del CCE en algún momento de su participación dentro del comité.

---

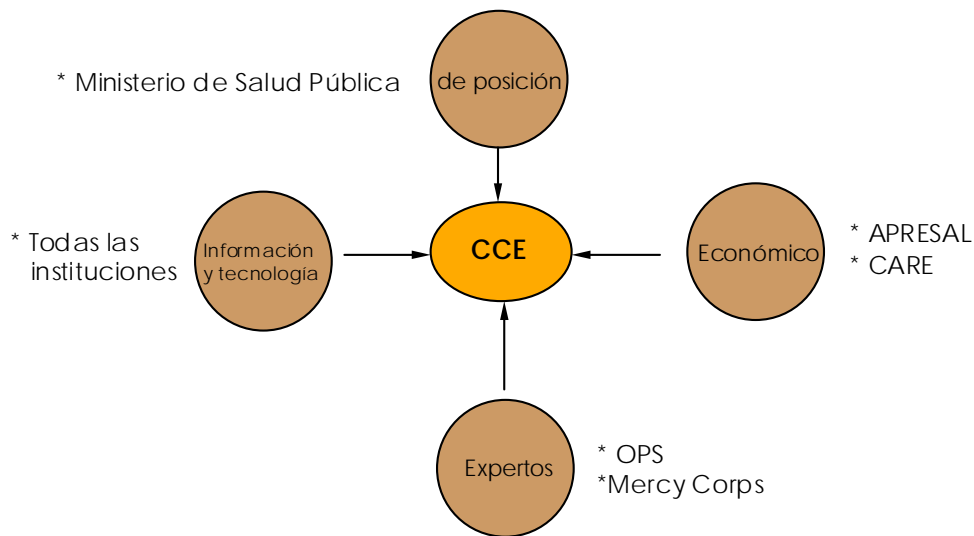
<sup>15</sup> entrevistados “C,,D,,F y G” 2004

<sup>16</sup> entrevistado “C” 2004

<sup>17</sup> Entrevistados “C, D y G” 2004

#### GRÁFICO No. 4.

**Tipos de poder identificados en el comité de cooperación externa, año 2002 – 2004.**



El poder de posición, fue ejercido por el director del área de salud, quien en su función como el responsable de la conducción del CCE lo ejerció durante las reuniones y fuera de ellas, no obstante ejercer este poder los directores de área quienes no tuvieron el liderazgo para convocar y coordinar la cooperación externa y por consiguiente el rol rector del Ministerio de Salud Pública se diluyó.

El poder económico, fue ejercido por todas las instituciones que se encontraron brindando cooperación externa en salud y participando en el CCE, pero dentro de ellas se destacaron dos instituciones que lo ejercieron con mayor frecuencia, siendo ellas APRESAL/UE y CARE. Este poder fue el que más se ejerció de los cuatro identificados.

Poder de expertos, este poder descansó en la pericia o competencia con el cual los integrantes del CCE llegaron a dominar un tema en especial, con relación a la información o habilidades especializadas para poder anteponer sus decisiones a las de los demás. Este poder se hizo evidente con el tema sobre la estrategia de AIEPI uno de los tres proyectos coordinados por el CCE.

Poder de información, este poder también fue ejercido por todas las instituciones integrantes del CCE, y está referido a la capacidad que desarrollaron por tener información para la toma de decisiones y para la elaboración de sus propuestas de proyectos. Esta información no fue puesta a disposición de los integrantes del comité, por lo que se consideró un aspecto que dificultó la coordinación de proyectos. Dentro de las instituciones que más utilizaron este poder se identificaron cuatro, siendo ellas APRESAL/UE; CARE, OPS/OMS y Mercy Corps.

**4. Las prioridades de salud y los proyectos de la cooperación externa.** Todos los proyectos de la cooperación externa estaban enmarcados dentro de las políticas de salud y respondían a algunos programas específicos del Plan Nacional de Salud 2000-20004.<sup>18</sup>

La dirección del área de acuerdo al perfil epidemiológico estableció tres prioridades siendo ellas 1) reducción de la mortalidad materna, 2) aumento de las coberturas de vacunación infantil y 3) disminución de la diarrea en menores de cinco años. Prioridades que se mantuvieron durante el período de la investigación y que se encuentran descritas en las actas de las reuniones del comité de cooperación externa.

Para analizar la información sobre la relación entre las prioridades de salud y las actividades desarrolladas por la cooperación, necesitamos ir al cuadro No. 3 que nos proporciona información sobre el tipo de cooperación que se estaba entregando por parte de las instituciones externas, la mayor cooperación estuvo orientada a dos tipos de

---

<sup>18</sup> los programas que los proyectos apoyaron fueron: Nacional de inmunizaciones, atención a niños y niñas y adolescentes, personas con discapacidad, enfermedades transmitidas por agua y alimentos, enfermedades transmitidas por vectores, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, seguridad alimentaria y nutricional, medicina popular tradicional y salud reproductiva.

programas: 1) Formación y capacitación del recurso humano. La capacitación fue apoyada por todas las instituciones de cooperación, mientras que la formación solo por dos (APRESAL/UE y OPS/OMS), en estas actividades se invirtió la mayor cantidad de recursos humanos, técnicos y financieros. 2) Atención de personas, actividad en la cual diez de las quince instituciones invirtieron recursos.

Al analizar la información de los cuadros No. 4 y 5 podemos afirmar que la mayor inversión en capacitación estuvo dirigida al personal de los servicios de salud del Ministerio y al personal comunitario que realiza actividades de salud especialmente en el programa de extensión de cobertura. También se invirtieron recursos en personal de otros sectores que en forma indirecta están relacionados con la salud, como lo fueron maestros, corporaciones municipales y grupos organizados de mujeres. En lo relacionado a la atención de personas, las tres prioridades identificadas por el área fueron apoyadas por la cooperación externa, haciendo énfasis en dos, a) disminución de la mortalidad materna y b) disminución de las diarreas, a través de la estrategia de AIEPI.

Al analizar las áreas geográficas donde se entregó la cooperación (mapa No. 1) se encontró que había duplicidad de actividades, ya que estas fueron realizadas por diferentes instituciones -cooperación externa y Ministerio de Salud-. También se encontró que la cooperación estaba ubicada en áreas geográficas no priorizadas por el Ministerio de Salud y, desarrollando actividades que no estaban dentro de las prioridades locales de salud.

Hubo actividades que se realizaron entre varias instituciones, las mismas se ejecutaron en los lugares donde las instituciones tenían su área de influencia y no donde se hubiera esperado que por las condiciones de salud de la población hubiesen tenido más impacto, como lo son los municipios de alto riesgo.

En este sentido es motivo de reflexión lo expresado por uno de los gerentes entrevistados “dimos recursos, (técnicos y financieros) materiales, pero no vemos nada a

nivel local que esté cambiando”<sup>19</sup> Esta expresión es comprensible, pues las instituciones de cooperación están ubicadas no precisamente en aquellos lugares en los cuales se necesita.

Otro aspecto importante a tomar en cuenta fue, lo relacionado con la información sobre las condiciones de salud de la población y los factores condicionantes de esta. La información que presentó el área de salud, carecía de elementos básicos para orientar la cooperación y que sus proyectos se ejecutaran en aquellos lugares con poblaciones más desprotegidas con mayor riesgo de enfermar y morir. Uno de los entrevistados al respecto expresó: “El área presenta información que no orienta, nunca dice que quiere y cuáles son los planes de abordaje”.<sup>20</sup>

La carencia de información, oportuna, actualizada y veraz, por parte de las autoridades de salud, hizo que las instituciones, aumentaran su capital de poder al contar con información producto de sus propias investigaciones. Información que utilizaron para elaborar sus proyectos y negociarlos independiente. A este respecto hay que recordar que «la información y la forma de comunicar son básicas para eliminar aquellos aspectos que frenan la necesaria y deseada coordinación» (Rodríguez.1999:2)

Se han realizado esfuerzos por parte de las autoridades locales de salud para orientar y ubicar la cooperación externa en los lugares prioritarios, pero ha quedado en esfuerzos. Los gerentes de las instituciones de cooperación externa han expresado que para definir el lugar en donde van a desarrollar su proyecto “se presentan al área diciéndole, tenemos este proyecto y queremos hacer esto en tal lugar y luego arranca”.<sup>21</sup> Durante el período de la investigación la dirección de área únicamente negoció la reubicación de una institución (Paz Tercer Mundo), las demás se ubicaron donde querían. De acuerdo a la opinión de un ex director del área de salud, “cada agencia buscaba en donde más le conviene... los donantes ya tienen o deciden en que quieren gastar su dinero y en donde”.<sup>22</sup>

---

<sup>19</sup> entrevistado “C” 2004

<sup>20</sup> entrevistado “D” 2004

<sup>21</sup> entrevistado “D” 2004

<sup>22</sup> entrevistado “B” 2004

También se dio el caso que algunas instituciones, establecieron acuerdos y firmaron convenios directamente con las autoridades del Ministerio de Salud y como consecuencia de esta acción “muchos proyectos vinieron impuestos desde el Ministerio, como por ejemplo APRESAL”<sup>23</sup>. Este tipo de acciones tuvo como resultado que se pusiera en duda el proceso de desconcentración iniciado por el Ministerio de Salud, ya que no le dejaba al director de área ninguna oportunidad de tomar decisiones, pues la desconcentración es «una forma de transferencia decisoria limitada de tipo administrativo a niveles inferiores» (Ugalde.2004:13)

**5. El modelo de desarrollo humano y la cooperación externa.** Por un largo tiempo el concepto de desarrollo estuvo asociado a la noción de crecimiento económico, sin embargo actualmente, hay una preocupación equilibrada por la equidad, la sostenibilidad y la productividad, como ejes de un nuevo modelo, el del desarrollo humano.

Este modelo de desarrollo humano o como lo llaman algunos modelo de desarrollo con rostro humano no es sólo crecimiento económico, es el resultado de un proceso complejo en el cual influyen las variables sociales, económicas, demográficas, políticas, ambientales y culturales. El PNUD en su informe de 1990 nos indica que lo más importante es: «...una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida decente» (PNUD.1990:33)

Un requisito indispensable de este modelo de desarrollo humano es la participación social, lo que implica ampliar los derechos, los servicios y las oportunidades de participación de todas las personas. El informe de 1993 indica que el desarrollo humano es «desarrollo del pueblo, para el pueblo y por el pueblo». Esto implica invertir en el desarrollo de capacidades como la educación, la salud; y que se brinde oportunidades de participación. (PNUD,1993:3)

---

<sup>23</sup> entrevistado “B” 2004

Para que este modelo de desarrollo humano se haga realidad, es necesario que los fondos provenientes de la cooperación internacional, ya sean de donación o préstamo estén orientados a apoyar el desarrollo de todas las variables descritas anteriormente. A este respecto observamos que las dos mayores fuentes de financiamiento BM y BID definen entre sus objetivos principales de cooperación, ya no sólo aspectos económicos sino incorporan aspectos sociales como elementos básicos para lograr el desarrollo. Para el BM son: apoyo a la consolidación de la paz y la reducción de la pobreza mediante un crecimiento acelerado, no excluyente y sostenido. (BM.2003.6-16) Para el BID: fomentar la competitividad; modernizar el Estado; invertir en programas sociales y promover la integración regional. (BID.2003:18-20)

En el caso de Alta Verapaz desde la firma de la paz las fuentes de los recursos de la cooperación internacional se han diversificado, si bien es cierto que el BID ha sido la principal fuente de la cooperación internacional (reembolsable) en los últimos años, hay una creciente cooperación de origen europeo. Hay un predominio de los organismos multilaterales, así como un aumento rápido de la cooperación bilateral no reembolsable y hay un incremento en las relaciones entre gobiernos.

En Alta Verapaz no se identificó la existencia de un modelo de desarrollo para el departamento y mucho menos para los municipios, Así como no hay un modelo de desarrollo de la salud, se siguen las orientaciones que se establecen en las políticas de salud y los compromisos adquiridos por el gobierno como lo son los Acuerdo de Paz y las Metas de Desarrollo del Milenio<sup>24</sup>. Actualmente la cooperación internacional está orientando sus recursos a los ocho componentes de la misma, de los cuales cuatro están relacionados directamente con la salud.

En conclusión debido a esta ausencia de modelos y orientación hacia lo que se espera a nivel local en concepto de desarrollo y salud y debido a que el concepto de desarrollo

---

<sup>24</sup> los ocho objetivos son: 1) erradicar la pobreza extrema y el hambre; 2) lograr la enseñanza primaria universal; 3) promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; 4) reducir la mortalidad infantil; 5) mejorar la salud materna; 6) combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades graves; 7) garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y 8) fomentar una asociación mundial por el desarrollo.

humano, es muy amplio y da cabida a todo lo que se refiere al bienestar humano, la cooperación externa ha orientado sus recursos de acuerdo a sus prioridades y no específicamente a las de la población a la cual sirven, como consecuencia de esto no se ha logrado tener un impacto mayor (ver cuadro No. 1) en los indicadores de salud, debido a que los proyectos se ejecutan en los municipios no priorizados y las actividades que se realizan no están orientadas a abordar las causas específicas para disminuir las muertes y enfermedades de la población de Alta Verapaz.

Para finalizar este capítulo puedo decir que es necesario e indispensable coordinar la cooperación externa, por consiguiente se debe tener claridad en las prioridades locales de salud así como, que es lo que se espera realicen las instituciones de cooperación externa y en que lugar deben ubicarse para contribuir a abordar estas prioridades.

Es necesario reconocer que en toda sociedad siempre hay relaciones de poder y Foucault al respecto dijo que «una sociedad sin relaciones de poder solo puede ser una abstracción y mientras el sujeto se encuentra en relaciones de producción, se encontraría igualmente en relaciones de poder». (citado por García.2004:95-105) En el CCE todos los integrantes desarrollan relaciones de poder e influyen en las decisiones de la colectividad, pero estas decisiones se dan en el sentido que más les conviene a sus intereses particulares. Situaciones que deben ser comprendidas por quien conduce el CCE y por quienes lo integran, con el fin de coordinar hacia un objetivo común.

Se reconoce que la coordinación debe estar basada en un buen intercambio de información y esto implica que cada institución que participe en el comité, debe ser responsable de garantizar la buena comunicación entre sus miembros y transmitir la información importante. Esto es un reto para los integrantes del comité que hasta el momento han utilizado la información que producen únicamente para sus intereses y no para la colectividad.

La cooperación externa seguirá presente en el departamento de Alta Verapaz, administrando fondos internacionales, por lo que urge que el CCE cumpla con lo

establecido en el acuerdo de su creación y tener un escenario en donde se coordine la cooperación externa y los programas nacionales en la búsqueda de metas y objetivos comunes, que permitan asegurar en un corto plazo, impacto en los indicadores de bienestar y por consiguiente, contribuir al fortalecimiento del modelo de desarrollo humano y al cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio.

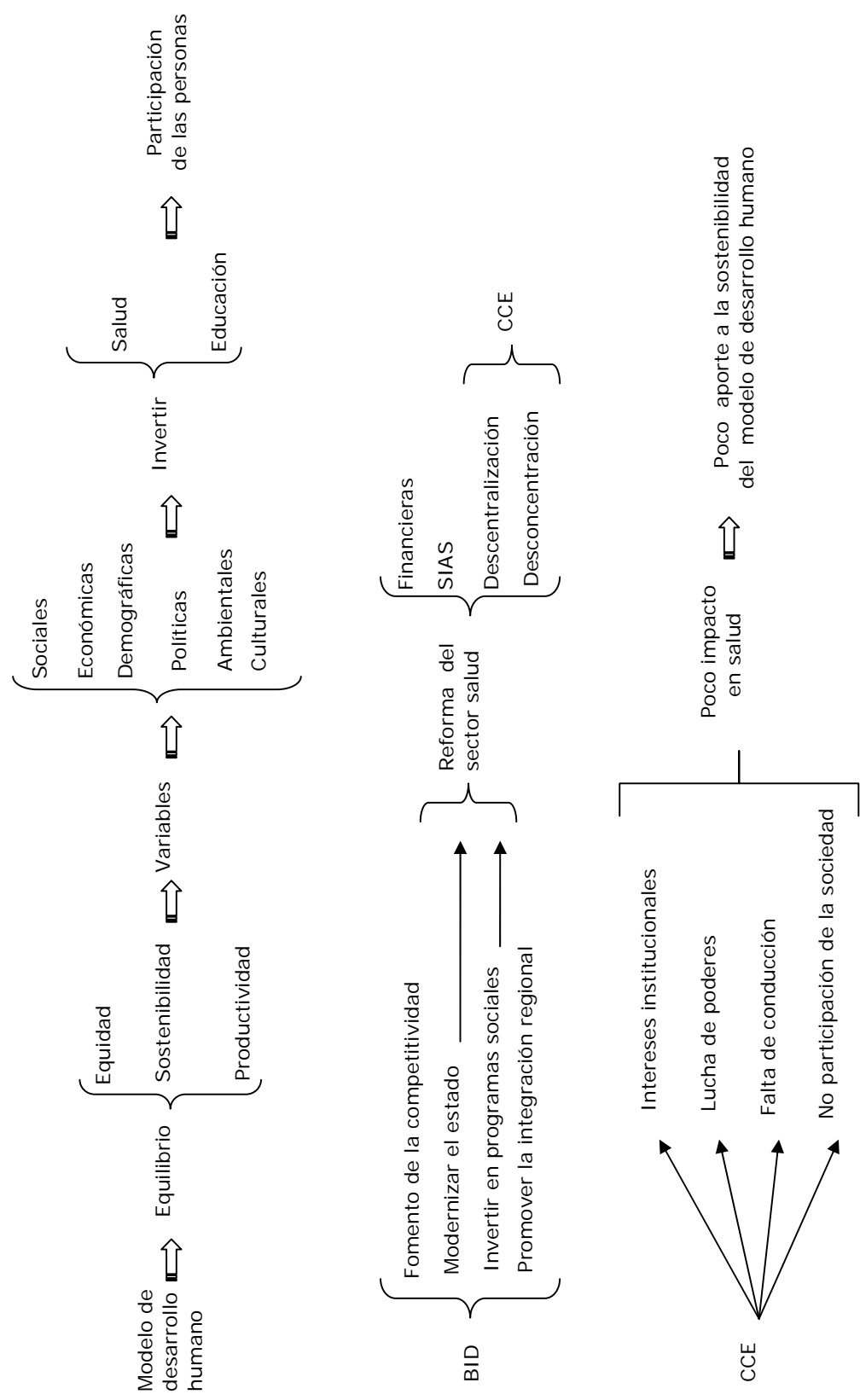
En el gráfico No. 5 se hace un resumen esquemático del modelo de desarrollo humano y la relación con el comité de coordinación de la cooperación externa, el modelo de desarrollo humano, define un equilibrio entre lo que es la equidad, la sostenibilidad y la productividad y para lograr este equilibrio define siete variables (sociales, económicas, demográficas, políticas, ambientales y culturales), el modelo propone invertir prioritariamente en dos campos como lo son la salud y la educación, campos en los cuales es fácil lograr estimular la participación de las personas.

El BID ha definido cuatro políticas básicas (fomento de la competitividad, modernizar el estado, invertir en programas sociales y promover la integración regional), de estas cuatro las relacionadas con la modernización del estado y la de invertir en programas sociales son los pilares para motivar la reforma del sector salud que se inició con cuatro componentes (financieros, SIAS, descentralización y desconcentración) estos últimos dos componentes son los que inducen la creación del comité de coordinación de la cooperación externa.

El comité ha tenido poco impacto en mejorar las condiciones de salud de la población de Alta Verapaz y como consecuencia ha tenido poco aporte a la sostenibilidad del modelo de desarrollo humano.

Si se abordan los aspectos identificados como obstáculos ( intereses institucionales, lucha de poderes, ausencia de conducción y falta de participación de la sociedad) para el desarrollo del CCE, y se buscan soluciones a los mismos, no se pone en duda que la coordinación de la cooperación externa en función de la solución de las prioridades de salud identificadas, será de mucha utilidad para alcanzar las metas de salud.

**GRÁFICO No. 5**  
**MODELO DE DESARROLLO HUMANO Y EL CCE**



**6. Propuesta para Alta Verapaz.** El modelo de desarrollo humano cuyo desarrollista para el sector salud es el Banco Interamericano de Desarrollo, tiene como estrategia la descentralización.

En el trabajo de campo se pudo identificar que no hay descentralización en el sector salud, lo que ha comenzado a iniciarse es un proceso de desconcentración, pero aún persiste la toma de decisiones a nivel central del Ministerio de Salud y la imposición de actividades al área de salud de Alta Verapaz, por ejemplo autorización de proyectos a realizar por la cooperación externa, como consecuencia no hay participación ni de las autoridades locales de salud y de la sociedad.

Si lo que se busca, es que la cooperación externa contribuya al desarrollo humano sostenible de la población de Alta Verapaz, se hace necesario promover en los municipios un espacio de diálogo, de coordinación, de identificación y análisis de prioridades, y como consecuencia de este análisis hecho por los diferentes actores que a nivel del municipio son los responsables de generar del desarrollo local, propiciar un nuevo modelo de salud a nivel local, y como consecuencia incidir en las esferas municipales para propiciar un modelo de desarrollo local que responda a las necesidades de la población.

Este espacio podría ser la comisión de salud del Consejo Municipal de Desarrollo por ser una instancia ya establecida. Esta comisión debe ser conducida por la autoridad local de salud –Director Municipal de Salud- en ella deben participar, actores gubernamentales que realizan actividades que están relacionadas directa o indirectamente con la salud; la municipalidad a través del concejal encargado de los asuntos de salud; instituciones de la cooperación externa, nacionales e internacionales que se encuentren desarrollando proyectos relacionados con la salud en el municipio; sociedad civil, representantes o líderes electos por la comunidad en los COCODES, guardianes o facilitadores comunitarios de salud, miembros del equipo básico de salud de la estrategia de extensión de cobertura del SIAS. Con estos actores se da la participación social, base fundamental para la descentralización y el desarrollo.

Los integrantes de esta comisión deben tener acceso a las fuentes de información oficiales y no oficiales, con el fin de poseer información verás y oportuna que les permita hacer análisis de la información de salud del municipio (AIS), para tomar decisiones.

Una de las funciones de esta comisión sería la de coordinar y orientar la cooperación externa (CCE municipal), para lo cual es necesario que los integrantes de la comisión hagan un esfuerzo por identificar cuáles son sus prioridades, específicamente cuáles son las prioridades de salud en las que deben invertir recursos humanos, técnicos y financieros, por consiguiente deberán concentrarse en aquellas áreas donde las acciones que se realicen puedan tener efectos de gran escala y su ausencia efectos desastrosos y así lograr un impacto en la salud de la población en el menor tiempo posible. Lo anterior permitirá diseñar y negociar proyectos que respondan a las necesidades e intereses identificados por la población a nivel local. En otras palabras orientados a una causa común, personas sanas que contribuyan al crecimiento económico y por consiguiente al desarrollo del municipio

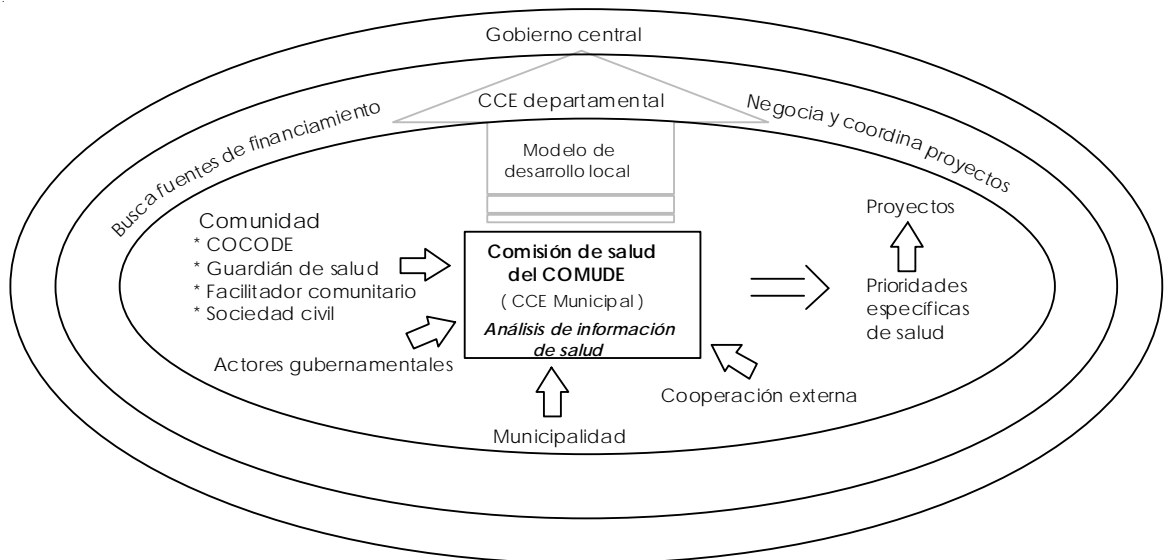
Esta comisión deberá generar la información adecuada y pertinente desde la visión del sector salud y desarrollar entre sus integrantes capacidades para construir y lograr el liderazgo, para catalizar, absorber y gerenciar el proceso de cambio y la sociedad cambiada.

En el nivel departamental el CCE debe constituirse en un ente que viabilice los proyectos presentados por los municipios o distritos de salud y coordine con otras instituciones de la cooperación externa que se encuentran en el departamento con el objetivo de intercambiar información y no duplicar esfuerzos, así como buscar nuevas fuentes de financiamiento para proyectos de salud. Por consiguiente en este comité departamental debe haber representación de los distritos (municipios) de salud. El CCE departamental, debe tener el poder de aceptar o rechazar aquella cooperación externa que no esté orientada a apoyar las prioridades de salud de los municipios, como consecuencia debe darse en primer lugar una desconcentración de funciones del nivel del nivel central

al área de salud y de esta a los distritos de salud, para luego en un futuro estar preparados para aceptar la descentralización del poder.

Es importante tomar en cuenta que este proceso de desconcentración inicial y posterior descentralización requiere de una estructura pero sobre todo de una preparación del personal que participa en la misma, para asumir los roles que les corresponden y a reconocer su responsabilidad en el proceso de desarrollo de su municipio y del departamento de Alta Verapaz.

**GRÁFICO No. 6.**  
**Propuesta para Alta Verapaz.**



#### IV. CONCLUSIONES

No hay modelo de desarrollo, ni modelo de salud para Alta Verapaz, las orientaciones con relación a la salud, están dadas por las políticas de salud, las cuales responden a los compromisos adquiridos por el gobierno en los Acuerdos de Paz y las Metas de Desarrollo del Milenio.

La descentralización en el Ministerio de Salud de Alta Verapaz aún está lejos de ser una realidad. Lo que hay es desconcentración de algunos procesos administrativos, pero los mismos no responden a las necesidades sentidas por el sector salud y mucho menos a las de la población, la cual no participa en la toma de decisiones sobre aspectos relacionados con su salud.

El Comité de Coordinación de la Cooperación Externa en salud de Alta Verapaz, es un excelente escenario, para negociar y coordinar entre las diferentes instituciones que realizan acciones de salud en el departamento, pero las instituciones que lo integran lo utilizan únicamente para cumplir con sus proyectos. Además es un espacio cerrado a la participación social así como de los representantes de las comisiones de salud de los municipios.

El Comité de Coordinación de la Cooperación Externa en salud de Alta Verapaz es un espacio complejo, y que hay que conocerlo a profundidad para administrarlo con mucho más entendimiento y buscar nuevas y mejores estrategias para aprovechar todas las oportunidades que se presenten, por consiguiente es necesario que quienes lo integran estén preparados para asumir los roles que les corresponden, especialmente los representantes del Ministerio de Salud y reconocer su responsabilidad en el proceso de desarrollo del departamento.

Para que la cooperación externa en salud contribuya a impulsar un modelo de desarrollo humano a nivel local, es necesario que se replantee la visión de cómo y dónde coordinar la cooperación externa, ya no desde la cabecera departamental con una visión

del departamento, sino, desde los municipios, ya que es a este nivel donde se puede dar la participación de los diferentes sectores de la sociedad, así como se identifican las necesidades de salud y por consiguiente del desarrollo humano local.

Desarrollar las siguientes líneas de investigación complementarias a este trabajo y que en términos generales rebasan a los objetivos planteados en el mismo.

- Investigar las causas que impiden la discusión y elaboración del modelo de desarrollo local que requiere Alta Verapaz y sus municipios.
- Diseñar un modelo de salud que responda a las necesidades locales y contribuya al desarrollo del municipio y del departamento
- Investigar sobre el impacto de la cooperación externa en los indicadores de desarrollo humano y en especial aquellos relacionados con la salud, en Alta Verapaz.
- Diseñar y levantar el catastro de las instituciones. que realizan actividades relacionadas con la salud en el departamento, identificando tipo de institución, (OG, ONG, Municipal, Internacional) tipo de proyecto, período de ejecución, localidad en donde se ejecuta, población meta por grupos de edad y género, recurso humano técnico y administrativo, presupuesto y fuente de financiamiento, nacional o internacional. Esta información deberá ser trasladada a un mapa con el fin de tener una visión general de dónde está ubicada la cooperación y cuáles son las zonas descubiertas.
- Diseñar el sistema de información que permita llevar registro de las actividades, técnicas y financieras de los proyectos que ejecutan las instituciones de cooperación externa.
- Diseñar el sistema de monitoreo y evaluación para darle seguimiento a los planes de acción de los proyectos de la cooperación externa.

## V. BIBLIOGRAFÍA

Balandier, Georghers. 1969. *Antropología Política*. Ediciones Península. Barcelona. 226 páginas.

Baron, Miguel. 2002. *El poder y el mobbing*. España. Página consultada: <http://www.boardsl.melodysoft.com> Fecha de consulta: octubre de 2004. 6 páginas.

Bourdieu, Pierre. 2001. *Poder, Derecho y Clases Sociales*. 2da. Edición. España. Desclée de Brouwer. 232 páginas.

Banco Mundial. 1999. Burdi, Shahid; Javed, G.; Perry E., Sellinger W. *Más allá del centro: La Descentralización del Estado*. Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe. Primera edición en español. Washington, D. C. 117 páginas.

\_\_\_\_\_. 2002. *Estrategias de asistencia en Guatemala*. Página consultada: <http://www.bancomundial.org.gt/gt/cas.htm> Fecha de consulta: noviembre de 2004.

Banco Interamericano de Desarrollo. 2003. *Hacia un Desarrollo Sostenible y Equitativo. Estrategias sectoriales para América Latina y el Caribe*. Washington D.C. EE. UU. 313 páginas.

Carrera, Maribel. 2002. *Características del Sector ONG en Guatemala*. Foro de coordinadores de ONG de Guatemala. Editorial Cromo Gráfica. Guatemala. 24 páginas.

CEPAL. 1991. *Descentralización de los Servicios de Salud como estrategia para el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud*. Primera edición. Venezuela. 156 páginas.

Colegio de Abogados y Notarios de Guatemala. 1996. *Acuerdos de Paz*. Guatemala. 264 páginas.

CIEN 2003. *Por una Política Efectiva de Descentralización*. Tomo 1. editorial Litografía Nawal Wuj. Guatemala. 163 páginas.

Fernandez, Oscar. 2003. *Poder*. Biblioteca Católica Digital. Página consultada: <http://www.mercaba.org/FICHAS/Capel/poder.htm> Fecha de consulta: octubre de 2004. 10 páginas.

García-Ruiz, Jesús. 2004. *Michel Foucault: El Sujeto y el Poder*. En políticas, Estado, Burocracia y Poder. Instituto Centroamericano de prospectivas e investigación –ICAPI– Estudios y documentos, III serie, No. 59. Guatemala. 93-106 páginas.

Giddens, Anthony. Tuner Jonathan. 1987 *La Teoría Social Hoy*. Traducción Jesús Aborés. Alianza Editorial. Madrid. 398-417 páginas.

Guatemala. 2002. Recopilación de leyes. *Ley General de Descentralización*. Decreto Número 14-2002. Congreso de la República de Guatemala. SEPAZ-SEGEPLAN 140 páginas.

\_\_\_\_\_ 2002. *Recopilación de leyes Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural*. Decreto Número 11-2002. Congreso de la República de Guatemala. SEPAZ-SEGEPLAN 140 páginas.

\_\_\_\_\_ 2004 *Política de Cooperación Internacional*. Guatemala. SEGEPLAN 27 páginas.

\_\_\_\_\_ 2004 *Política Nacional de Descentralización del Organismo Ejecutivo*. Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia. Guatemala 14 páginas.

\_\_\_\_\_ 2002. *Metas y desafíos de la Descentralización en Guatemala, (2002-2004)*. Comisión Presidencial para la Modernización y Descentralización del Estado. Biblioteca sobre Descentralización y Democracia. Segunda edición Guatemala. 41 páginas.

\_\_\_\_\_ 1999. Reglamento Orgánico. Acuerdo Gubernativo No. 115-99 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Presidencia de la República. Diario de Centro América (79) Guatemala 11 páginas.

\_\_\_\_\_ 2004. *Análisis de situación de salud, Alta Verapaz* Ministerio (ASIS). de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz. Departamento de epidemiología, Alta Verapaz, Guatemala. Documento interno.

\_\_\_\_\_ 2001. *Modernización de los Servicios de Salud. Modelo de Gestión*. Ministerio de Salud Pública y A. S.. Unidad de Prestación de Servicios del segundo nivel de atención. Dirección General del SIAS. Documento interno. Guatemala. 99 páginas.

\_\_\_\_\_ 2001. *Indicadores básicos de salud en Guatemala*. Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud Pública y A.S. 14 páginas.

\_\_\_\_\_ 2003 *Indicadores básicos de salud en Guatemala*. Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud Pública y A.S. 12 páginas

\_\_\_\_\_ 2001. *Estrategia de reducción de la pobreza, un camino para la paz*. SEGEPLAN. 80 páginas.

\_\_\_\_\_ 2000. *Acuerdo Ministerial Número SP-M-1,286-2000*. Ministerio de Salud Pública y A. S. 3 páginas.

Guerrero, Fernando. 2002. *Una breve historia del poder*. Página consultada: <http://www.monografias.com/trabajos14/hist-poder/hist-poder.html> Fecha de consulta: noviembre 2004. 11 páginas.

ICAPI. . *Política, Estado Burocracia y Poder*. Estudios y Documentos, No.59. Guatemala. 106 páginas.

Mazariegos, Victor. 2004. *Balance del proceso de descentralización de Guatemala 1986-2000 y 2000-2003 análisis crítico de un proceso*. Tesis Universidad Rafael Landivar. Guatemala. 61 páginas.

Olmo Carlos.2003. *Miguel Foucault. Poder, autonomía, rebelión. Poder y control social*. Cuaderno de materiales No. 13. Página consultada: <http://www.filosofia.net/materiales/numero13/num13.html> Fecha consultada octubre 2004. 14 páginas.

OMS. 1978. *Atención Primaria en Salud*. Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria en salud en Alma Ata URRS. Ginebra. 93 páginas.

OPS. 1989 *Sistemas Locales de Salud*. OPS 1989. Washington. 28 páginas.

\_\_\_\_\_ 1991 *Salud y paz para el desarrollo y la democracia*. Iniciativa de salud de Centroamérica. 1991-1995. Tercera conferencia de Madrid, 2 al 4 de mayo. Washington, DC 14 páginas.

\_\_\_\_\_ 1993 *Sistemas Locales de Salud. Temas de Discusión*. HSS/SILOS-17. Washington. 158 páginas.

\_\_\_\_\_ 1995. *La Participación Social en el Desarrollo de la Salud: Experiencias Latinoamericanas*. HSP/SILOS-35 Washington.

\_\_\_\_\_ 1996. *La conexión salud-desarrollo*. Washington, D. C. 207 páginas

\_\_\_\_\_ 2000. *Salud y Desarrollo Humano en la Nueva Economía: Contribuciones y perspectivas de la sociedad civil en las Américas*. Washington. D.C. 378 páginas

\_\_\_\_\_ 2003. *Bases para la revisión de las estrategias de cooperación técnica*. Guatemala. 14 páginas.

PNUD Informe de desarrollo Humano 1990

\_\_\_\_\_ Informe de desarrollo Humano 1992

\_\_\_\_\_ Informe de desarrollo Humano 1993

\_\_\_\_\_ Informe de desarrollo Humano 1996

\_\_\_\_\_ Informe de desarrollo Humano 1997

\_\_\_\_\_ Informe de desarrollo Humano 2001

\_\_\_\_\_ Informe de desarrollo Humano 2003

Reyes Giovanni. 2002 *Principales teorías sobre el desarrollo económico y social*. Página consultada <http://www.monografias.com/trabajos10/prin/prin.shtml> 10 páginas. Fecha de consulta: Marzo 2005

Rodríguez M. Paula. 2001. *La educación como factor de desarrollo humano sostenible*. Tesis de licenciatura. Universidad Del Valle de Guatemala. Guatemala. 100 páginas.

Sen, Amartya. 2001. *Teorías del desarrollo a principios del siglo XXI*. Washington, D.C. Página consultada: [http://www.iadb.org/etica/documentos/sen\\_tori.doc.htm](http://www.iadb.org/etica/documentos/sen_tori.doc.htm) Fecha de consulta: agosto de 2004. 27 páginas.

Sunkel Osvaldo. 1973. *El subdesarrollo Latinoamericano y la teoría del desarrollo*. Siglo veintiuno editores, s.a. Sexta edición. México. 245 páginas.

..... *Teorías del desarrollo*. Página consultada <http://www.etc.upm.es/lsf/clase3.pdf#search=teoriaA-as%20del%20desarrollo> Fecha de consulta: Marzo de 2005.

Universidad de Almeida. 2001 *El concepto de desarrollo teorías y modelos*. España. Página consultada: <http://www.iespana.es/tuguiavirtual/teoriasymodelos.htm> Fecha de consulta: marzo de 2005. 7 páginas.

## BLIOGRAFÍA CONSULTADA

Amaritrain Alfonso. 2002. *Sobre el Poder en la modernidad y postmodernidad*. Revista ARBIL No. 69. España. Página de consulta [www.iespana.es/revista-arbil/\(69\)barr.htm](http://www.iespana.es/revista-arbil/(69)barr.htm). 10 páginas. Fecha de consulta. Junio 2004

Banco Mundial. 2003. *Informe Anual*. Página consultada: <http://www.bancomundial.org/infoanual.htm> Capítulo 1 pagina 6-16. fecha de consulta: noviembre de 2004. 179 páginas.

Banco Interamericano de Desarrollo. 2005. *¿Qué hace el BID?* Página consultada: <http://www.iabd.org/aboutus/II/index.cfm?language=Spanish.htm> Fecha de consulta enero de 2005.

\_\_\_\_\_. 2001. *Coordinación entre donantes dentro del país*. Grupo consultivo de ayuda a la población más pobre. (No.19). Página consultada: <http://www.iadb.org/sds/doc/enfoques19.pdf> Fecha de consulta: febrero de 2005. 24 páginas

Brunet-Jally, Joseph. *¿Cuenta el Banco Mundial con una estrategia en materia de sanidad?* Página consultada: <http://www.UNESCO.org/issj/ries161/brunetjaillyspa.html>. 25 páginas. Fecha de consulta: diciembre de 2004.

Bueno, Gustavo. 2001. *Sobre el poder (en torno a un libro de Eugenio Trías)* en: el Basilisco, 1ª. época No. 1 1978. Páginas 120-125. Página de consulta: <http://www.filosofia.org/rev/basio116.htm> 8 páginas.

Cabrera, Lorena. 1995. *La Cooperación internacional para la atención a repatriados guatemaltecos, a través de la CEAR, durante el gobierno Demócrata Cristiano (período 1986-1990)*. Tesis Universidad Rafael Landívar. Guatemala. 67 páginas.

Carasasale, Santiago; A. Vitale. 2003. *Miguel Foucault. El Sujero y el Poder*. Página consultada: <http://www.galeon.com/textospsi/foucault4.htm> Fecha de consulta: octubre de 2004. 17 páginas.

Castillo Jorge M. 2004. *Derecho administrativo guatemalteco*. Tomo I, 15 ediciones. Editorial Impresiones Gráficas. Guatemala.. 659 páginas.

CIEN. 2003 *Por una Política Efectiva de Descentralización*. Tomo 2. editorial Litografía Nawal Wuj. Guatemala. 66 páginas.

Delicado, Martín. *De la carencia al pantipo. Consideraciones en torno al poder. Poder y Control Social*. Cuaderno de materiales No. 13. Página de consulta: <http://www.filosofia.net/materiales/num/num13/num13f.html> 10 páginas. Fecha de consulta: octubre 2004.

Diccionario filosófico. *Poder etiológico/poder filosófico/poder político*. Página consultada: <http://www.filosofia.org/filomat/df564.html> Fecha de consulta: octubre de 2004.

Guatemala. MSPAS. 1998. *Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS- lineamientos para el I nivel de atención*. 21 páginas.

\_\_\_\_\_. SEGEPLAN. 2002. *Política de Desarrollo Social y Población*. 60 páginas.

\_\_\_\_\_. Código de Salud. Decreto Número 90-97. Congreso de la República de Guatemala.

\_\_\_\_\_ *Recopilación de Leyes Código Municipal*. Decreto Número 12-2002. Congreso de la República de Guatemala. SEPAZ-SEGEPLAN 140 páginas

\_\_\_\_\_ Comisión Presidencial para la Reforma del Estado, la Descentralización y la Participación Ciudadana (COPRE). Cuaderno del Ciudadano. Primera edición. Guatemala. 35 páginas.

\_\_\_\_\_ Constitución Política de la República de Guatemala, 2004. Congreso de la República de Guatemala. Impreso en Librería Jurídica. 80 páginas.

GSD. 2000. Guatemala. *Institucionalización del sector ONG en Guatemala. Estrategia de gestión del desarrollo social*. Foro de ONG de Guatemala. Consejo de fundaciones privadas de Guatemala. 18 páginas.

Hilhorst J. 1976. “*Ensayos sobre planificación regional del desarrollo*” textos del instituto latinoamericano de planificación económica y social. Siglo veintiuno editores, s.a. México. 567 páginas.

IDEA. 2001. *Luces y sombras en la cooperación internacional*. (VII 218-238) página consultada: <http://www.idea.int/publications/Guatemala/spguat-12assit.html> Fecha de consulta: junio de 2004

La Descentralización del Estado. Página consultada:

<http://www.ufm.edu.gt/cien/asocial/desce.htm> fecha de consulta julio 2004

Lazzarato, Maurizio. 2003. *Del biopoder a la biopolítica*. Página consultada: <http://www.sindominio.net/arkitzean/otrascosas/lazzarato.htm> Fecha de consulta: octubre de 2004. 11 páginas.

Miralpeix, María. 1996. España. *La cooperación española con Centroamérica: ¿voluntad política o transferencia de recursos?*. Fundación CIDOB. Barcelona. Página consultada: <http://www.cidab.es/Ingles/Publicaciones/miralp.html> 19 páginas. Fecha de consulta: julio de 2004.

Muretin, Carmen. *Poder e Ilustración. Poder y Control Social*. Cuaderno de materiales No. 13. Página de consulta <http://www.filosofia.net/materiales/num/num13/num13a.html> 5 páginas. Fecha de consulta: octubre de 2004

OMS. 1990 *Documentos básicos, 38ª edición*. Ginebra. 5 páginas.

\_\_\_\_\_. 1977 *Provisional Guidelines for evaluating strategies for health all by the year 2000*. Ginebra: Documento PDWG/REP/3 10 páginas.

OPS. 1992. *La Administración Estratégica. HSD/SILOS-2*. Washington, D. C. 160 páginas.

\_\_\_\_\_. 1997. *La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud*. Washington, D. C. 29 páginas.

\_\_\_\_\_. Cuba. 2003. *Cooperación técnica Proyecto de desarrollo municipal*. 7 páginas.

\_\_\_\_\_. Nicaragua. 2004. *Armonizar la cooperación internacional es tema impostergable*. Comunicado de prensa. Diciembre 2004

PNUD. 2004. *La cooperación externa*. Capítulo VI. Página consultada: <http://www.pnudguatemala.org.htm> Fecha de consulta: diciembre de 2004.

\_\_\_\_\_. *Manual para situaciones de desastres (7)* Página consultada: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/84-96> páginas. Fecha de consulta: enero de 2005.

Paredes R. 2004. *El desarrollo Humano Local*. Pagina de consulta:

[http://www.pnud.org.ve/email/contenidos/boletin\\_04/artRP.pdf](http://www.pnud.org.ve/email/contenidos/boletin_04/artRP.pdf) fecha de consulta: febrero de 2005

Rebelión. 2002. Brasil. *Una cooperación alternativa para otro mundo posible*. Página consultada: <http://www.rebelion.org/sociales/cooperación250102.html> fecha de consulta: julio de 2004.

Rodríguez de R. José. 1999. *La Coordinación, dimensión esencial del organizar*. Departamento de Ciencias empresariales de Alcala. Página consultada: <http://www.2.uah.es/estudiosdeorganizacion/temas.htm> Fecha de consulta julio de 2004 55 páginas.

Sanahuja, José. *La contribución de la cooperación al desarrollo a la equidad y a la justicia internacional*. Página consultada: <http://www.aulasoliradidad.org.html> fecha de consulta junio 2004.

Serrano, Maite. 2004 España. *Cooperación para el desarrollo*. Universidad Complutense de Madrid. Página consultada: [http://www.ucm.es/info/eurothel/diccionario/C/cooperación\\_desarrollo.html](http://www.ucm.es/info/eurothel/diccionario/C/cooperación_desarrollo.html) fecha de consulta: marzo 2005

Stiglitz Joseph. 1998. *Hacia un Nuevo Paradigma Para el Desarrollo*. Estudios Internacionales. Año 9 – Número 18. Guatemala.. 33 páginas.

Ugalde A. y Homedes. 2002. *Descentralización del sector salud en América Latina*. En: Gaceta Sanitaria. España; 16(1): 18-29

## **VI. APÉNDICE**

### **A. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

#### **1. GUÍA DE ENTREVISTAS**

##### **a. Para los integrantes del Comité de Coordinación de la Cooperación Externa en Salud**

- 1) Desde el tiempo que ustedes forman parte del comité ¿qué programas han coordinados ustedes con otras instituciones del comité?
- 2) ¿Cuáles fueron las estrategias que se utilizaron para llegar a esta coordinación?
- 3) ¿El comité le dio seguimiento a estos proyectos?
- 4) ¿Participa el personal del Área de salud en la planificación de los proyectos?
- 5) ¿Estos proyectos se formulan afuera o adentro del comité?
- 6) ¿Cómo se llama el proyecto que su institución está apoyando y en que lugar (área geográfica) está?
- 7) ¿Cuáles son los objetivos de su (s) proyecto (s)?

- 8) ¿Las experiencias de su (s) proyecto (s) son presentadas en el comité y han sido trasladadas a otros lugares?
- 9) ¿Qué pasa al terminar el proyecto?
- 10) ¿Cómo debería ser el Comité de Coordinación de cooperación externa?
- 11) ¿Quiénes integran el CCE y cuál es su opinión sobre él?
- 12) ¿Cuál es el interés de su institución de participar en el CCE?
- 13) ¿Ha sido útil para su organización y proyecto participar en comité?
- 14) ¿Cuáles y cómo son sus relaciones con los otros miembros del comité?
- 15) ¿Cómo se toman decisiones en las reuniones?
- 16) ¿Cuáles son los recursos humanos, técnicos y financieros que su proyecto y organización han aportado para apoyar las prioridades de salud?

**b. Para los Coordinadores del Comité de Cooperación Externa en salud de Alta Verapaz.**

- 1) ¿Durante qué tiempo estuvo coordinando el comité?
- 2) Durante su gestión, ¿cuántos proyectos fueron objeto de coordinación entre las instituciones integrantes del comité?

- 3) ¿Qué tipo de proyectos fueron más fáciles de coordinar?
- 4) ¿Qué estrategias se utilizaron para que se coordinaran?
- 5) ¿Cuáles proyectos no se pudieron coordinar? ¿Por qué?
- 6) ¿Han habido proyectos que le han sido impuestos al Área de Salud?
- 7) ¿Cuáles proyectos conoció usted o el área de salud antes de que fueran aprobados por los donantes?
- 8) ¿Los proyectos están ubicados en las áreas geográficas que ustedes (salud) consideran las áreas prioritarias?
- 9) ¿Hubo proyectos que usted como director de área rechazó, porque no estaban dentro de las prioridades por ustedes identificadas?
- 10) Hay alta rotación de los representantes a las reuniones, ¿cómo afecta esto a la coordinación?
- 11) ¿Cuáles son las razones por las cuales el grupo de agencias no es constante en las reuniones del comité?
- 12) ¿Hay organizaciones que aún están trabajando en Alta Verapaz sin que estén formando parte del comité?
- 13) ¿Existe reglamento interno del Comité de cooperación externa de salud?

14) ¿Qué impacto en la salud de la población tienen la coordinación o no de los proyectos de diferentes agencias integrantes del comité?

15) ¿Cómo se toman las decisiones en las reuniones del comité?

## **2. Lista de chequeo para la observación en las reuniones del Comité de Cooperación Externa de Alta Verapaz**

1) Lugar de la reunión

2) Hora de inicio de la reunión

3) Hora de finalización de la reunión

4) Ubicación de mesas y sillas: tipo auditorium

En forma de U

En forma de L

En forma de círculo

En forma de cuadrado

En forma de rectángulo

Otra

5) Lugar de ubicación de las autoridades de salud. Al centro, en los extremos o dispersos entre los asistentes

6) Ubicación de los representantes de las instituciones de cooperación externa

7) ¿Se registra la asistencia?

- 8) ¿Quién lo hace? ¿Hay persona responsable o se pasa hoja para que sea llenada por los asistentes cuando ya comenzó la reunión?
- 9) ¿Quién abre la reunión? ¿El Director de área o un miembro del equipo técnico?
- 10) ¿Con cuántos asistentes (quórum) se inicia la reunión?
- 11) ¿Se suspende la reunión por falta de quórum?
- 12) ¿Todos los asistentes se quedaron al final de reunión o algunos se fueron? Si se fueron ¿Con cuántos finalizó la reunión? ¿De que institución son?
- 13) ¿Llega sólo el representante de la institución o se hace acompañar con personal técnico?. Anotarlo por institución
- 14) ¿Participa el gerente de la institución o es un representante?
- 15) ¿Hay agenda de la reunión?
- 16) ¿Todos los asistentes tienen agenda?
- 17) ¿Todos los asistentes traen copia del acta anterior o se lee o se entrega en ese momento?
- 18) ¿Se aprueba el acta anterior?
- 19) ¿Se da seguimiento a los compromisos de la reunión anterior como primer punto?

- 20) ¿Quiénes participan en las discusiones técnicas durante la reunión? Poner lista de asistentes y con palotes anotar cada intervención
- 21) ¿Se llegan a consensos en la reunión?, si respuesta es SÍ ¿Qué tipo de consenso?
- 22) ¿Está este tipo de consensos relacionados con el proyecto de la institución o no tienen nada que ver con el mismo?
- 23) ¿Se discuten a profundidad todos los temas hasta agotar las intervenciones?
- 24) ¿Se toman posturas colectivas durante la reunión? de ser afirmativo, ¿Cuáles son las instituciones que las conforman?
- 25) ¿Se ejerce algún tipo de poder durante la reunión? (de autoridad, de capital, de experto, de parentesco, de información, político, otro) identificarlo por institución
- 26) ¿Quién hace las presentaciones de los temas durante la reunión?, anotar por institución
- 27) ¿Se adquieren compromisos durante la reunión?
- 28) ¿Se recuerda la fecha de la próxima reunión?
- 29) ¿Se utiliza material audiovisual durante la reunión? ¿Qué tipo?
- 30) ¿Se levantó acta de la reunión? ¿Fue firmada por los asistentes?
- 31) ¿Se sirvieron alimentos durante la reunión, refacción y/o almuerzo?

32) Durante los intermedios de la reunión ¿Se mantienen los mismos grupos de personas o cambian?

**CUADRO No. 11**

**DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA COOPERACIÓN EXTERNA EN SALUD EN ALTA VERAPAZ  
2000-2003**

No.	Institución	Chisec	Fray	Chahal	Cahabón	Lanquín	Chamelco	Carchá	Campur	Cobán	Tactic	San.Cris.	Sta.Cruz	Tucurú
1	APRESAL/UE	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
2	OPS		x	x		x	x							
3	MOVIMUNDO													
4	Med.Mundo Es													
5	Cruz Roja Española/Cobán.	x												
6	ALA/UE											x	x	
7	CARE				x	x	x		x			x		x
8	JICA	x												
9	INCAP/Carchá							x						
10	CARITAS	x			x									
11	PLAN INTER:							x						
12	Mercy Corps													x
13	Paz Tercer Mundo				x									
14	Brigada Médico Cubana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
15	Calidad en salud									x				

Fuente: Actas del Comité de Coordinación de la Cooperación Externa

## B. GLOSARIO

<b>SIGLAS</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
AIEPI	Atención Integral de las Enfermedades Propias de la Infancia
AID	Agencia Internacional para el Desarrollo
APRESAL	Apoyo al Proyecto de Reforma del Sector Salud
BM	Banco Mundial
BID	Banco Internacional para el Desarrollo
CARE	Cooperación Americana de Remesas del Exterior
CCE	Comité de Coordinación de la Cooperación Externa
CODEDE	Consejo Departamental de Desarrollo
COMUDE	Consejo Municipal de Desarrollo
DAS	Dirección de Área de Salud
DMS	Dirección Municipal de Salud
JICA	Agencia de Cooperación Internacional de Japón
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OG	Organización Gubernamental
ONG	Organización No Gubernamental
PNUD	Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación
SCEP	Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia

UDAF	Unidad de Administración Financiera
UE	Unión Europea
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia