



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Gobernanza en modelos de entrega de servicios de salud del primer nivel de atención en salud del sistema de salud de Guatemala 1996 al 2016

Luis Manuel López Dávila

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

**GOBERNANZA EN MODELOS DE
ENTREGA DE SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA DE SALUD DE GUATEMALA
1996 AL 2016.**

Tesis doctoral

Presentado por:
Luis Manuel López Dávila

Director: Dr. Pedro Gallo



**UNIVERSITAT DE
BARCELONA**

Facultad de Economía y Empresa
Departamento de Sociología

Programa de Doctorado en Sociología
Línea de investigación: Sociología de las organizaciones y profesiones

Barcelona 2022

***Dedicada:
Andrea Lourdes y Luis Alberto.
A la memoria de mi madre y padre.***

Índice	
Prefacio.....	11
Agradecimientos.....	17
Introducción.	19
Justificación de la investigación.	24
PARTE I. MARCO TEÓRICO.....	27
Capítulo 1. Antecedentes y Planteamiento del Problema.....	31
1.1. El Contexto de Guatemala.....	34
1.2. La reforma del sistema de salud en Guatemala.....	40
1.3. Los modelos del primer nivel de atención durante la reforma del sistema de salud.	41
1.4. La gobernanza en salud pública.	45
1.5. Ejes transversales de interpretación.....	51
Capítulo 2. Conceptualización de la Gobernanza.....	57
2.1. La definición de gobernanza en el ámbito de los sistemas de salud.	60
2.2. Elementos centrales para el estudio de la gobernanza desde las categorías de análisis. .62	
2.2.1. Qué es la gobernanza en salud pública.....	64
2.2.1.1. Definición del concepto de gobernanza desde Marc Hufty.....	64
2.2.1.2. Los enfoques de la gobernanza desde Marc Hufty.	67
2.2.2. Qué no es la gobernanza en salud desde Marc Hufty.....	69
2.2.3. La gobernanza en modelo de atención en salud.....	71
2.2.4. La gobernanza como categoría analítica.....	75
2.3. Las categorías de interpretación (marco de interpretación).	78
2.3.1. El género.....	78
2.3.2. Participación social.....	80
2.3.2.1. Participación Social como categoría teórica.	86
Capítulo 3. Política sanitaria de Guatemala.....	91

3.1. Contexto demográfico y administrativo de localidades en estudio.	94
3.1.1. Demográfico.	94
3.1.2. Administrativo.	94
3.2. Política sanitaria en el primer nivel de atención en Guatemala.	95
3.2.1. Gobierno del partido político PAN.	96
3.2.2. Gobierno del partido político FRG (Frente Republicano Guatemalteco).	97
3.2.3. Gobierno del partido político de la GANA (Gran Alianza Nacional).	99
3.2.4. Gobierno del partido político de la UNE (Unidad Nacional de la Esperanza).	103
3.2.5. Gobierno del partido PATRIOTA.	108
PARTE II. DISEÑO EMPÍRICO.	111
Capítulo 4. Diseño de investigación.	117
4.1. Pregunta de investigación.	120
4.2. Objetivos.	120
4.2.1. Objetivo principal.	120
4.2.2. Objetivos secundarios.	121
4.3. Hipótesis de trabajo.	121
4.4. Metodología.	122
4.4.1. Tipo de diseño general del estudio.	122
4.5. Fase I: Estudio de información documental.	123
4.6. Fase II Estudio de casos.	124
4.7. Técnicas de obtención de información.	128
4.7.1. Trabajo de campo.	128
4.7.1.1. Logística de trabajo de campo.	130
4.7.1.2. Equipo de investigación.	134
4.7.2. Manejo y análisis de datos.	135
4.8. Consideraciones éticas.	139
Capítulo 5. Análisis de resultados.	143

5.1. Contexto de la reforma del sistema de salud y el modelo de extensión de cobertura...	147
5.2. Política social populista preámbulo de la decadencia del modelo de extensión de cobertura.....	151
5.3. Los modelos del primer nivel de atención.....	154
5.3.1. Modelo de atención tradicional.....	156
5.3.1.1. Entrega de servicios del modelo de atención tradicional.....	165
5.3.1.2. Resultados modelo de atención tradicional.....	175
5.3.2. Modelo de extensión de cobertura.....	182
5.3.2.1. Entrega de servicios modelo de extensión de cobertura.....	187
5.3.2.2. Resultados del modelo de extensión de cobertura.....	195
5.3.3. Modelo incluyente en salud.....	204
5.3.3.1. Entrega de servicios del modelo incluyente en salud.....	211
5.3.3.1.1 La interculturalidad en el MIS.....	212
5.3.3.1.2 El rol terapeuta tradicional en el MIS.....	215
5.3.3.1.3. El derecho a la salud en el MIS.....	223
5.3.3.1.4. El género y salud en el MIS.....	225
5.3.3.1.5. El censo como herramienta estratégica del MIS.....	229
5.3.3.1.6. La capacidad de transacción del MIS.....	232
5.3.3.1.7. La organización social del MIS.....	237
5.3.3.2. Resultados del MIS.....	242
Capítulo 6. Análisis de la Gobernanza.....	257
6.1. Deconstrucción y reconstrucción del problema desde el enfoque sociológico.....	259
6.2. Actores en la dotación de servicios del primer nivel de atención en Guatemala.....	269
6.3. Interrelaciones entre actores del primer nivel de atención.....	282
6.4. Tipos de recursos de los actores en la dotación de servicios del primer nivel de atención en salud.....	286
6.5. Las normas sociales en el primer nivel de atención en salud.....	291
6.5.1. Participación social en salud.....	292

6.5.2. Transparencia y rendición de cuentas.	297
6.5.3. Acceso y cobertura universal de salud.....	301
6.6. Procesos identificados.....	305
6.6.1. Proceso y contexto social.	305
6.6.2. Proceso en la toma de decisión.....	310
Capítulo 7. Análisis del Género, Interculturalidad y Participación Social en la gobernanza del sistema de salud.	315
7.1. Género y participación social en la gobernanza.	317
7.2. La interculturalidad un reto del sistema de salud.	323
7.3. Participación social retos del primer nivel de atención.....	328
Capítulo 8. Discusión y conclusiones.....	335
8.1. Discusión.....	337
8.1.1. Hipótesis # 1: Resultados diferentes en la entrega de servicios de los modelos.	340
8.1.2. Hipótesis # 2: Rol de actores sociales en la gobernanza de los modelos.	347
8.1.3. Hipótesis # 3: Adecuación de las políticas de salud del primer nivel de atención a las necesidades locales.	354
8.2. Conclusión.	358
8.2.1. Organización de servicios.....	358
8.2.2. Intervención sectorial.....	360
8.2.3. Transparencia y rendición de cuentas.	362
8.2.4. Retos de intervención.	363
Bibliografía.	375
Abreviaturas.....	399
Anexos.	405
Anexo A. Cartas para trabajo de campo A. 1 – A. 27.	407
Anexo B. Guía de presentación ante autoridades locales.	436
Anexo C. Documento de consentimiento informado.	437
Anexo D. Instrumentos para proveedores y funcionarios públicos.	438

Anexo E. Instrumento para usuarias (os), organizaciones civiles, líderes.....	441
Anexo F. Instrumento de Guía de observación.....	443
Anexo G. Instrumento de guía documental.....	444
Anexo H. Códigos y subcódigos de análisis.....	445
Anexo I. Informe de códigos.....	447
Anexo J. Redes de Análisis 1, 2 y 3.....	453
Anexo K. Citas seleccionadas.....	456
Índice de Figuras y Tablas.....	479

Prefacio.

La presente tesis doctoral aborda, desde las herramientas metodológicas del Marco Analítico de Gobernanza (en adelante MAG), un tema relevante para la sociedad guatemalteca que surge en el marco de la modernización del Estado con las medidas neoliberales que apoyan la tercerización¹ de los servicios de atención en salud en el primer nivel. Las condiciones sociales en las cuales se desarrollan los procesos de cambio involucran distintos niveles en los cuales se dictan las normas que inciden desde el nivel internacional, nacional, departamental y local. La trama de actores sociales involucrados requiere de técnicas que permitan conocer su posición, interés y capacidad de movilización de recursos para incidir en la dotación de servicios del primer nivel de atención. La gobernanza se emplea en esta tesis doctoral como una herramienta metodológica de análisis que permite, desde un marco interpretativo, la aplicación del enfoque sociológico.

En el primer capítulo hilamos, desde el contexto social, demográfico y epidemiológico, una revisión documental que presenta las condiciones en las cuales el proceso de reforma del sistema de salud implemento como parte de las políticas de modernización del Estado. Se hizo un ejercicio intelectual para aproximar desde los aportes teóricos de la gobernanza la aplicación de conceptos en los temas de salud. La parte final del capítulo desarrolla dos dimensiones: la interculturalidad y género, que desde la sociología deben estar presentes en la interpretación de los resultados del marco analítico de gobernanza. La pregunta que interesa responder en la tesis doctoral se centra en el ¿Por qué los modelos de provisión de servicios del primer nivel de atención en salud en Guatemala tienen diferentes resultados a nivel local, en la entrega de servicios, y en la satisfacción de la demanda de servicios de salud a nivel local?

¹ La tercerización o subcontratación en la entrega de servicios de salud se caracteriza en el sector salud por transferir a las ONG médicas la responsabilidad de cobertura de población en el área rural con base a un paquete básico de servicios de atención médica en el primer nivel de atención para lo cual el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social elaboró contratos con las distintas ONG médicas a fin de dar cumplimiento a la cobertura de la población en el área rural.

En el segundo capítulo se presenta la complejidad que tienen los distintos modelos para la entrega de servicios en el primer nivel de atención requiere de una metodología que permita identificar la complejidad que entra en juego. De aquí que el estudio de la gobernanza requirió la revisión en la literatura publicada en revistas internacionales, de los elementos centrales del concepto de la gobernanza, la gobernanza aplicada en los modelos de atención en salud y el marco analítico de gobernanza MAG como metodología que emplea 5 categorías: el problema, actores, normas, procesos y puntos nodales. El capítulo cierra con el desarrollo de dos temas esenciales de análisis sociológico como son el género y la participación social.

En el capítulo tercero presenta el contexto social, demográfico y político en el cual se suceden los tres modelos de atención primaria en salud. Se describe el período que dio inicio a la modernización del Estado, momento en el cual se modificó la política en salud, el marco social y político que se acompañó de los Acuerdos Paz suscritos entre la guerrilla guatemalteca y el gobierno de Guatemala. Se aborda la consolidación de la tercerización de los servicios de salud en el primer nivel de atención con las ONG médicas en concordancia con las recomendaciones del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. En tercer lugar, se caracteriza la política que amplió los servicios del primer nivel del modelo tradicional lo que generó la saturación de personal de salud con un bajo impacto en los indicadores de productividad. En cuarto lugar, se presenta la política sanitaria formulada por los cuatro gobiernos que tuvieron la responsabilidad de la conducción de la gestión para incidir en la disminución de la inequidad en el acceso de los servicios de salud en el primer nivel de atención en el periodo de 1996 a 2016.

En el capítulo cuarto formulamos los aspecto metodológicos estructurados desde el planteamiento de las preguntas de investigación, los objetivos que apuntalan a comprender porque sucedieron diferencias entre los procesos, actores y funciones que hizo que el resultado fuese uno u otro en las categorías de gobernanza de acuerdo con los modelos de provisión de servicios del primer nivel de atención en las comunidades bajo estudio. Otro objetivo propuso diferenciar con el análisis de los tres modelos: a) Modelo tradicional, b) Modelo

de extensión de cobertura y, c) Modelo Incluyente en Salud, de atención del primer nivel, los resultados (outputs y outcomes) de los servicios entregados acorde al contexto social y cultural. También se dan a conocer los mapas de políticas, los mapas de actores de influencia en la política de salud nacional diseñada para los servicios del primer nivel de atención, y elaborar recomendaciones con base a los puntos nodales.

La investigación tiene un diseño en dos fases. La primera es de tipo documental, y consiste en la exploración de literatura científica sobre la gobernanza en salud. La segunda aborda el estudio de casos que nos llevó a seleccionar 6 municipios donde operan los 3 modelos de servicios del primer nivel de atención en salud. Las técnicas utilizadas fueron, la entrevista semi-estructurada individual y la discusión de grupo. El tratamiento de los datos fue posible gracias al programa de informática Atlas Ti versión 8 para el tratamiento de los contenidos registrados en las grabaciones transcritas. También se utilizó el programa de informática PolicyMaker versión 4 para ilustrar el mapa de actores que se realiza en función del análisis de la política para la reducción de la inequidad en el acceso a los servicios de salud en el primer nivel de atención.

Este capítulo nos permitió desarrollar la estructura lógica entre el planteamiento teórico abstracto y el trabajo empírico para organizar la discusión de los hallazgos con base a la teoría fundamentada. Se elaboró una matriz con base a las preguntas de investigación, la formulación de objetivo, las categorías teóricas y las categorías emergentes que permitieron formular los códigos asignado en los textos de los contenidos de las entrevistas. La herramienta de Networks del programa informático Atlas Ti versión 8 permitieron hacer una relación de categorías y familias de códigos para el análisis de resultados. En este punto se desarrolló una matriz en Excel para gestionar las definiciones de códigos y sus relaciones con los objetivos iniciales.

En el capítulo quinto se analiza la información de los registros de datos recabados durante el trabajo de campo. Para tal objeto se empleó una matriz con base a los objetivos, las categorías teóricas, los códigos y subcódigos que dieron origen a las nuevas categorías. Se emplearon indicadores de gobernanza

y las categorías del MAG (Marco Analítico de Gobernanza) como hilo conductor de la organización del análisis de resultados. La presentación del análisis hace una descripción somera de la revisión documental de cada modelo en forma introductoria, para luego hilvanar el análisis desde los relatos de las entrevistas individuales y discusión de grupo. El análisis fue revisado de manera minuciosa confrontando los aspectos metodológicos que desde la gobernanza fueron expuesto por otros autores pioneros en la aplicación de la metodología.

En el capítulo sexto planteamos, desde el aporte de Hufty con respecto al MAG y sus 5 categorías: 1) Problema, 2) Actores Sociales, 3) Normas, 4) Procesos y 5) Puntos nodales, la presentación de los resultados, entretejiendo con la literatura la evidencia científica que puede confirmar o refutar esos resultados. Los resultados permiten construir los modelos de gobernanza encontrados. El problema nos requirió hacer la deconstrucción y reconstrucción desde la información que recabamos con respecto al problema y la percepción de los actores.

La inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención fue lo que dio origen a la propuesta de formular los modelos de dotación de servicios en el marco de la modernización del Estado y la reforma del sistema de salud. La identificación del mapa de actores con el uso del programa informático PolicyMaker nos permitió la ubicación de los actores estratégicos. Además se empleó una matriz para las características del estatus de actores formales e informales con cierto grado de visibilidad en la gobernanza.

Las normas permitieron el análisis de las meta normas que estuvieron en el origen de la elaboración, transmisión y reacción de iniciativas con origen de tipo global. Entre las meta normas globales consideramos: la participación social de las APS, el acceso universal a la salud, la transparencia y rendición de cuentas, y el acceso y cobertura universal en salud. Las meta normas antes citadas propiciaron efectos en el marco de normas regulativas a nivel nacional con la puesta en marcha de los modelos de atención en salud que originaron normas constitutivas acordes al contexto social del país.

Los procesos identificados se relacionan con el contexto social de la modernización del Estado en el marco de la reforma, las leyes y los actores estratégicos que facilitaron un primer momento para la puesta en marcha de los modelos. Otro momento que cabe resaltar fue la toma de decisión que llevo al cierre del modelo de extensión de cobertura. Los puntos nodales donde se elaboran normas fueron la confluencia de actores, procesos y problema que son abordados en las conclusiones.

En el capítulo siete desarrollamos la discusión con base las categorías del género, interculturalidad y participación social desde el enfoque sociológico. En primer lugar la categoría de género en la trama social de las mujeres organizadas y empoderadas en su derecho a la salud, reivindicando su rol de participación social.

En segundo lugar, la interculturalidad como eje transversal de análisis, que se hizo fundamental para interpretar el rumbo que tomaron los modelos en la trama cultural y social. En el contexto se identificó racismo y la falta de pertinencia cultural. En esas localidades los medios movilizados fueron casi inexistentes para hacer frente a las necesidades en salud. En tercer lugar, la participación social que desde la estrategia de APS se promueve en las acciones coordinadas en las comunidades para la entrega de servicios de salud en el área rural. Los hallazgos de investigación identifican la ausencia de mecanismos institucionales acordes al respeto de las formas de organización locales ancestrales que facilitan la satisfacción de necesidades.

En el último capítulo abordamos la discusión y conclusión de la tesis. En la primera parte retomamos las hipótesis de investigación y se discuten a la luz de los hallazgos de la investigación con aspectos en teóricos que fundamentan o refutan las hipótesis. En la segunda parte retomamos los puntos nodales que identificamos como parte del análisis de gobernanza para proponer intervenciones que se apoyan en la metodología de investigación. Cabe resaltar que desde la sociología nuestro trabajo de tesis doctoral es innovador al aplicar un marco metodológico propio de los modelos de atención sanitaria, con un marco interpretativo de categorías de tipo sociológico, lo que se espera que

ilustre investigaciones posteriores así como abrir nuevos campos de investigación centrados en las relaciones sociales que subyacen en la trama compleja que nos presenta la gobernanza de los modelos de atención primaria en salud.

Por último quiero destacar que aparecen recogidos en anexos (en la página 408 y posteriores) un conjunto de elementos que he utilizado a lo largo de esta investigación. Entre ellos se incluyen: Anexo A) las cartas para el trabajo de campo, Anexo B) la guía de presentación ante autoridades locales, Anexo C) el documento de consentimiento informado, Anexo D) el instrumento para proveedores y funcionarios públicos, Anexo E) el instrumento para usuarias (os), organizaciones civiles y líderes, Anexo F) el instrumento de guía de observación, Anexo G) el instrumento de guía documental, Anexo H) los códigos y subcódigos de análisis, Anexo I) el informe de códigos, Anexo J) las redes de análisis y, Anexo K) las citas seleccionadas.

Agradecimientos.

El trabajo de tesis doctoral requirió el apoyo constante de mi director de tesis el Dr. Pedro Gallo De Puelles a quien de manera especial reconozco su rol de maestro responsable en la elaboración del trabajo que ahora tienen en sus manos. Gracias Pedro por ser ejemplo para seguir en la vida académica, me he disfrutado todas las indicaciones de mejora en los diversos borradores que sucedieron para llegar a este momento en cual cierro un episodio fundamental de mi vida profesional y se abren nuevos retos.

La realización del trabajo de campo de esta tesis fue posible con recursos facilitados desde el Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en especial agradezco al Dr. Edgar de León quien apoyo las licencias de trabajo y acompañó las visitas de campo.

La recogida de datos fue acompañada por diversas persona a quienes guardo un especial agradecimiento por aceptar mi invitación a contribuir en la logística en cada comunidad del área rural de Guatemala.

Un profundo agradecimiento por el apoyo brindado y estímulo positivo para dedicar tiempo de mi familia al trabajo de la tesis. A mi esposa Patricia Véliz, amor gracias por estar presente en este proyecto y ser ejemplo de perseverancia. A mi hija Andrea Lourdes y mi hijo Luis Alberto, quienes apoyaron el trabajo de campo y el interés mostrado por saber de los avances de la tesis.

Un especial agradecimiento a los miembros de la comisión de evaluación quienes contribuyeron con sus comentarios críticos al proyecto de tesis, sin ello el trabajo no tendría la consistencia metodológica. Un agradecimiento memorable a la Universidad de Barcelona por que a través del programa de doctorado en sociología me abrió las puertas de esta experiencia vital y renovadora. Mi tesis doctoral.

Introducción.

Introducción.

La modernización del Estado desde las recomendaciones del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional con las políticas económicas neoliberales orientó en Guatemala que la Reforma del sistema de salud en los años 90 atendiera las recomendaciones de la tercerización de los servicios de salud pública en el primer nivel de atención. Desde la década de los años 80 se venían desarrollando las mesas de diálogo entre representantes del gobierno y la comandancia de la guerrilla de Guatemala. En ese marco surgieron los Acuerdos de Paz que fueron la base para legislar la agenda política, económica y social que daría paso a una disminución de las brechas de desigualdad presentes en la sociedad.

El Banco Interamericano de Desarrollo fue el primer actor estratégico que otorgó fondos para la financiación del Programa de Extensión de Cobertura que desarrolló el modelo de extensión cobertura en las comunidades campesinas y rurales de Guatemala en el año de 1997. Posteriormente, para el año 2000 y con fondos de Medicus Mundi Navarra, se inició el proyecto piloto del modelo incluyente en salud del primer nivel de atención. En el sistema de salud de Guatemala se contaba con un modelo de atención tradicional que operaba desde el Ministerio de Salud Pública de Guatemala quien por mandato constitucional es el máximo responsable de la salud en el país.

La confluencia de diversos actores sociales generó transacciones e interacciones complejas con base a intereses, posiciones de poder y capacidad de movilización de recursos que incidieron en aspectos de tipo económico, político y legislativo, en los niveles internacional, nacional, departamental y municipal. La compleja relación de actores involucrados en la dinámica social representó un reto de estudio por la importancia que tiene las condiciones de salud del país, un país que se encuentra entre los más afectados por problemas de enfermedades relacionadas con el subdesarrollo.

El interés de abordar el problema de la inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención fue un reto de tipo metodológico que encontró

en el Modelo Analítico de Gobernanza las herramientas y categorías de análisis que permiten formular intervenciones desde los puntos nodales. Para ello el Marco Analítico de Gobernanza considera el problema en estudio desde la deconstrucción y construcción que incluye al investigador como observador de segundo orden y los actores sociales que se encuentran en la trama social.

El marco normativo devino de meta normas globales que incidieron en la formulación de normas regulativas y su puesta en escena municipal que originó las normas constitutivas observable en las relación entre actores locales. Los procesos fueron momentos virtuales o físicos que permiten en el tiempo observar la creación de normas como resultado del rol que tiene (o no) la situación, dadas la visibilidad, invisibilidad, formalidad o informalidad del estatus de los actores con respecto a la situación observada. En esta tesis doctoral la inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención se considera a como variable dependiente, y el nivel de organización institucional del sistema de salud, su historia y modelos de dotación de servicios del contexto como variables independientes. Se empleó la definición de gobernanza propuesta por Hufty “La gobernanza se refiere a una clase de hechos sociales, los procesos colectivos formales e informales de toma de decisión y de elaboración de normas sociales con relación a asuntos públicos” (2010, pág. 48).

El marco interpretativo sociológico se fundamentó en categorías que permitieron construir el contexto social y las dinámicas observadas. Así, desde la categoría de género se enfoca el rol de la mujer como actor clave en la organización social que promueve su implicación en el marco legislativo de mejoras para la salud de mujeres y su empoderamiento de la auditoria social en salud. Al abordar el tema de derecho a la salud en Guatemala se debe considerar la multiculturalidad. Desde la política sanitaria se ha propuesto la interculturalidad como concepto que aplicado en la entrega de servicios médicos propone relaciones horizontales de los patrones culturales y representaciones de la vida, la enfermedad y la salud, en los programas de salud. La interculturalidad en salud se caracteriza por ser la confluencia de saberes ancestrales y populares entrelazados con los de tipo biomédico occidentales. En el nivel local donde suceden las interacciones de actores prestadores de servicios se forman las instituciones sociales que dan

cuenta de la efectividad con la cual se entregan los servicios de salud en los usuarios (as).

La vida en sociedad para las comunidades rurales hace que la convivencia y los procesos de adaptación al medio se sucedan con mayor adaptación en la medida que la movilización de recursos se potencia con el nivel de participación y la organización social local en salud. Eso es de alto de interés sociológico para la explicación de la gobernanza en la inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención.

La tesis plantea responder a la pregunta de ¿Por qué los modelos de provisión de servicios del primer nivel de atención en salud en Guatemala tienen diferentes resultados a nivel local, en la entrega de servicios, y en la satisfacción de la demanda de servicios de salud a nivel local? El abordaje de la pregunta de investigación tiene como objetivo general comprender por qué sucedieron diferencias entre los procesos, actores y funciones que hizo que el resultado fuese uno u otro en las categorías de gobernanza en las comunidades bajo estudio, y conocer en detalle la política nacional en salud del primer nivel de atención que se ofrece a la población. La tesis plantea dos fases de investigación. En primer lugar, una parte teórica compuesta por los primeros 3 capítulos: la investigación documental que conforman los capítulos I, II y III. En segundo lugar, la parte empírica de 5 capítulos conformada por la metodología (capítulo IV) y análisis, interpretación, discusión y conclusión de resultados (capítulos del V al VIII).

Justificación de la investigación.

Los elementos que justifican la importancia de un estudio de esta naturaleza son dos: en primer lugar, vertebrar una respuesta ante los retos que tiene la salud pública del país basada en el conocimiento de la realidad y los hechos locales. Y, en segundo lugar, identificar los instrumentos de participación social que permitan diseñar políticas de respuesta desde una perspectiva local de la equidad, y de los determinantes sociales de la salud.

Esta investigación persigue articular desde los actores sociales y el análisis de la gobernanza (Hufty, 2010) (Arredondo, Orozco, & Castañeda, 2005) la participación social (Celedón & Noé, 2000) y los ejes transversales de análisis de interculturalidad y de género (OPS, 2004) la exploración de la dinámica de las capacidades de la gestión pública y el contexto social en el cual las políticas públicas en salud deberían de tener su aplicación (Walt & Gilson, 1994). El sistema de salud en Guatemala requiere desarrollar investigación rigurosa que permita implementar, a nivel de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (OPS, 2007), acciones de gestión pública para articular adecuadamente los procesos entre proveedores de servicios y los beneficiarios de éstos, fortaleciendo con ello las políticas públicas en salud (Shiffman, 2007) (Walt & Gilson, 1994).

Algunos autores resaltan la innovación de tener un modelo radicado en la contratación de ONG's para la entrega de servicios, como un reflejo de una sociedad abierta (Word Bank, 2005). Sin embargo, no se observan cambios importantes en el comportamiento de los problemas de salud asociados a la pobreza, tampoco los determinantes de la salud son abordados desde un proyecto de Estado, con planificación en la salud pública (OPS, 2007).

La capacidad de gobernar (Saltman & Ferroussier-Davis, 2000) del Ministerio de Salud está limitada por la fragmentación del sistema de salud (Becerril-Montekio & López-Dávila, 2011) (Flores, 2008), y por la falta de cohesión de políticas públicas del Estado lo que resulta en un débil impacto en el avance de los programas prioritarios como la atención materna-infantil y, por ende, en la

disminución de la mortalidad de ambos grupos (Moscoso Arriaza & Flores Ramírez, 2008) (CESR/ICEFI, 2009). Se hace énfasis en la necesidad de apuntalar la auditoría social (Flores, 2010), dado que en el ejercicio de los programas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS, 2003) (MSPAS, 2004) (MSPAS, 2010), no se tienen procedimientos de rendición de cuentas sobre los resultados de los programas del primer nivel de atención en salud. Estudios de esta naturaleza constituyen así mismo una herramienta para el diálogo social y la generación de consensos (OPS, 2007).

Desde la ética se discute la pertinencia de la intersección de la bioética y la salud pública y cómo los actores sociales pueden mejorar la determinación de las prioridades locales y el fortalecimiento del sistema de salud (Lolas, Martín, & Quezada, 2007). Este proceso debe darse desde una perspectiva de justicia social y equidad (OPS, 2008), en tanto son los actores sociales, inmersos en determinantes sociales (OPS, 2007), que construyen formas particulares de resolver sus problemas de salud.

Las comunidades indígenas principalmente, están postergadas a las oportunidades de desarrollo y protección social (OPS, 2008). Desde este argumento, los estudios de gobernanza en salud muestran una mayor aproximación y comprensión de los hechos sociales, dando como resultado un conocimiento muy útil y aplicado para la toma de decisiones (Arredondo, Orozco, & Castañeda, 2005) (Arredondo A. , 2009) (Hufty, 2010) (Flores, 2010) (Flores & Gómez Sánchez, 2010) (López, Arredondo, & Orozco, 2014).

PARTE I. MARCO TEÓRICO.

La primera parte contiene el marco teórico de la tesis doctoral con una estructura de tres capítulos. En el primero se abordaron los aspectos del contexto en el cual se desarrolló el trabajo de investigación que retomó un periodo que va de 1996 al 2016. Se hizo hincapié de la reforma del sistema de salud en Guatemala los efectos que tuvo el modelo neoliberal en la modernización del Estado con la creación de un marco legislativo que fundó la bases para la tercerización de servicios por medio de la subcontratación de ONG médicas con el Programa de Extensión de Cobertura auspiciado por el Banco Interamericano de Desarrollo y diseñado por organismos como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

En este primer capítulo se hizo también una revisión sobre la evidencia científica del concepto de gobernanza aplicada en los temas de salud pública con el objeto de conocer el avance teórico y metodológico que establecieron las bases para la elaboración de la metodología propuesta. Asimismo, se revisaron aspectos teóricos sobre la interculturalidad y el género como dimensiones transversales que se aplicaron en los modelos de atención en salud. Fruto de este primer capítulo se planteó la pregunta de investigación que orientó el trabajo subsecuente.

En el segundo capítulo se discutió la gobernanza desde diversos autores que emplearon el concepto como recurso teórico y metodológico en distintos contextos sociales, políticos y culturales. Los contenidos de revisión documental fueron hilados para comprender los diversos niveles de aplicación que tuvo la gobernanza esencialmente en salud en América Latina y otros contextos como el europeo. La revisión de artículos científicos permitió comprender y utilizar, desde el punto de vista metodológico, los aportes que realizaron Hufy y otros autores en tanto se apoyaron en el Marco Analítico de la Gobernanza con la aplicación de sus categorías como variables intermedias que explicaron la situación del proceso de gobernanza. Además en este capítulo para generar el marco interpretativo de los hallazgos con base al Marco Analítico de la Gobernanza se revisaron tres categorías de tipo sociológico: 1) el género, 2) la interculturalidad como eje transversal de análisis y, 3) la participación social.

El tercer capítulo se conformó con la revisión documental de fuentes oficiales e información hemerográfica que dio cuenta de los avances de los distintos gobiernos en el periodo de estudio. La revisión documental se centró en la política en salud específicamente en lo atinente al primer nivel de atención en salud. Los contenidos abordados de los cuatro gobiernos del periodo de estudio responde al objetivo secundario # 2 sobre el mapa de la política. Este nivel de información permitió al lector formar el contexto en el cual los modelos de atención en salud fueron desarrollándose en la trama política.

En el estudio de la gobernanza se requirió construir el objeto de estudio desde su historicidad para comprender los procesos y normas que suceden en torno a la situación de observancia. Entre sus categorías se requirió la formulación del problema para deconstruir y reconstruir desde distintas perspectivas acorde a los actores en circunstancias que fueron variando con el tiempo. Al respecto Hufty indicó que este ejercicio fue una fortaleza de tipo sociológico en tanto el observador tuvo “la capacidad de superar lo que los actores presentan como problema y convertirlo en una cuestión sociológica depende mucho del contexto, de su metodología, técnica, y experiencia.” (Hufty, 2009, pág. 11).

Capítulo 1. Antecedentes y Planteamiento del Problema.

Los antecedentes se desarrollan en cinco apartados que permiten fundamentar la pregunta de investigación: a) el contexto de Guatemala, en el que se presenta información social, datos demográficos y de su perfil epidemiológico; b); la necesidad de reforma del sistema de salud en Guatemala cuyo proceso se construye con base a las entrevistas realizadas con expertos; c) los conceptos de gobernanza aplicados al estudio de las organizaciones en salud en la reforma del sistema de salud y; d) la interculturalidad y el género en modelos de atención en salud como dos dimensiones de observación fundamental en el modelo de servicios de atención primaria en salud (la condición de mujer durante la edad reproductiva y los aspecto de interculturalidad dadas la convivencia de culturas originarias en las localidades de estudio).

En conjunto, el objetivo de este primer capítulo es tanto situar al lector en el contexto guatemalteco como destacar la importancia de la gobernanza en la puesta en marcha de las políticas de salud en el país.

Figura No. 1
Mapa de la región de América Central.



Fuente: imagen tomada de internet <https://www.mapainteractivo.net/fotos/mapa-de-centroamerica.html>

1.1. El Contexto de Guatemala.

La República de Guatemala se encuentra en la región de Centro América como se observa en la figura 1. De acuerdo con el censo de población es el país más poblado de la región con 14 901 286 habitantes (INE, 2019). Su división geopolítica es por departamentos en número de 22 que contienen 340 municipios diferenciada en 24 grupos lingüísticos que en su mayoría son de origen maya (IWGIA, 2020). Con menor volumen de población los grupos lingüísticos Xinka y Garífuna, este último de origen afrodescendiente (INE, 2019) (IWGIA, 2020). Guatemala tiene una extensión territorial aproximada de 108,889 kilómetros cuadrados, distribuidos en 22 departamentos, agrupados en ocho regiones (NU. Guatemala, 2022).

Para el año 2017 en Guatemala la esperanza de vida al nacer es de 73.7 años ocupando la 16ª esperanza de vida en Latinoamérica por debajo de Honduras y El Salvador ambas con 73.9 años (NU, CEPAL, 2017) y por debajo de los Estados Unidos (78.69) (BM, 2016). La actualización de datos demográficos en Guatemala se realizó después de 16 años con respecto al censo de población del año 2002 (INE, 2019). Guatemala tiene una densidad poblacional de 162 personas por kilómetro cuadrado y un tasa de crecimiento intercensal de 1.8 % entre 2002 y 2018 datos tomados de los dos últimos censos de población realizados en el país (INE, 2019).

El 43.43 % de la población es indígena (INE, 2019) el 53.7% del total vive por debajo de la línea de pobreza y el 13.3 % vive en pobreza extrema (CIDH/OEA, 2015). Los indicadores de salud de Guatemala se encuentran entre los más preocupantes de la región de América Latina (OPS/OMS, 2017). En el año 2020 tenía la tercera tasa de mortalidad infantil más alta (Index Mundi, 2022). La mortalidad materna es la segunda más alta en el istmo centroamericano y la quinta más alta de América latina y el Caribe (Index Mundi, 2022). En el 2019 la tasa infantil reportada fue de 20.2 por 1000 nacidos vivos, dato que muestra un ligero descenso con respecto al año 2001 que tenía una tasa de 32.0 (MSPAS, 2019).

Desde la base de datos y publicaciones de CAPSTAT (NU. CEPAL, 2020) se obtiene para Guatemala entre el periodo de 2015 - 2020 la tasa global de fecundidad de 2.9, dato que al comparar con Honduras (2.5), El Salvador (2.1) y Costa Rica (1.8) le ubican como el más alto de la región de Centro América.

Como se observa en la tabla 1 la proporción de mujeres en edad fértil supera la mitad de la población total de mujeres. La población migrante representa un décimo de la población total. La tasa de natalidad es el número de nacimientos por cada mil habitantes, Guatemala en el año 2018 tuvo 24.56 al comparar con Costa Rica en 13.97 (Expansión /Datosmacro.com, 2022) se observa una diferencia importante. La tasa global de fecundidad de Guatemala se encuentra entre las más altas de América Latina por debajo de Bolivia (3.04), Haití (3.13) y Guyana Francesa (3.45) (Cabella & Nathan, 2018). La población rural tiene una

proporción por debajo de la mitad de la población total. La población indígena más la Garífuna y Afrodescendiente son el 43.75 % del total de la población. La población en edad productiva supera ligeramente a dos quintas partes de la población total. El analfabetismo es una limitación fuerte en el país con cerca de una quinta parte en la población mayores de 15 años.

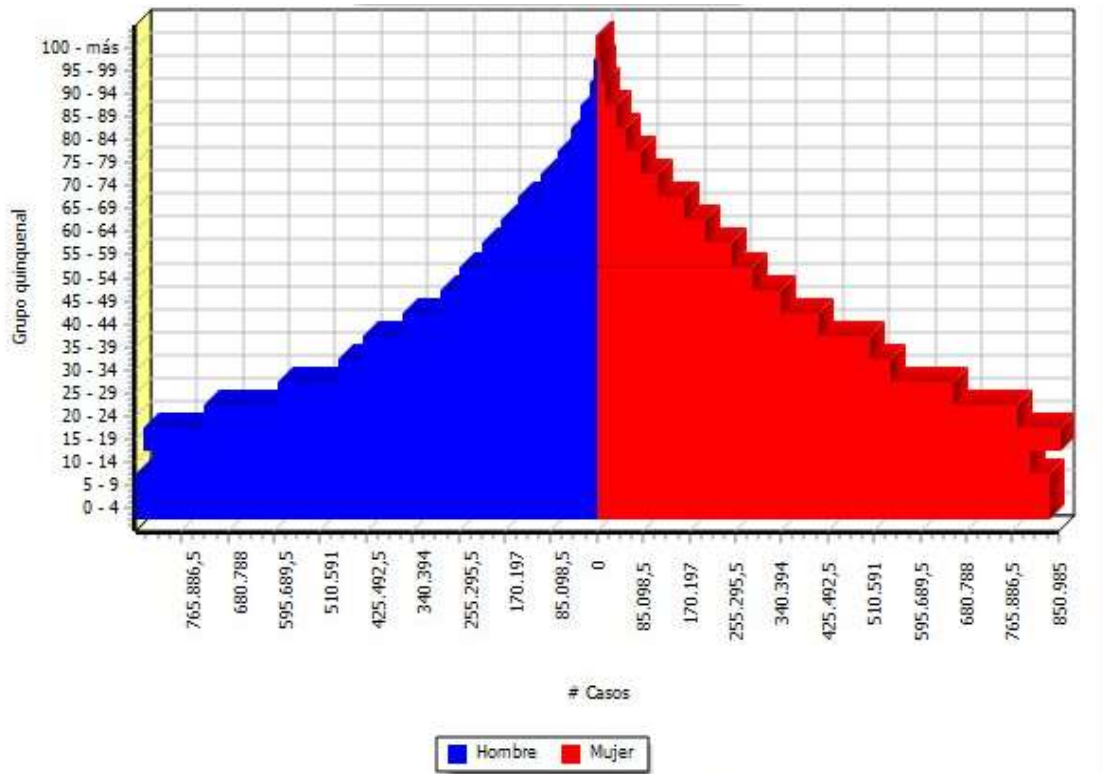
**Tabla No. 1.
Datos demográficos de Guatemala (2018).**

Población total	14,901,286
Mujeres en edad fértil (10 a 54 años)	52.8 %
Población migrante	10.2%
Tasa de Natalidad*	24.56 por mil
Crecimiento Vegetativo	1.8
Tasa de Global de Fecundidad	2.7 hijos por mujer
Población Rural	46.15 %
Porcentaje de población Indígena	43.43
Población de 15 a 64 años	61.01 %
Población mayor de 15 años analfabeta	19.2 %
Tasa de analfabetismo	18.5 %

Fuente: tomado de los resultados del XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda 2018. Guatemala. Ver en: <https://www.censopoblacion.gt/>

La figura 2 muestra la pirámide de la población de Guatemala, a partir del último censo de población del año 2018. Se ilustra el cambio en la estructura de la población por edad y sexo, que para propósitos de un perfil epidemiológico significa un cambio en el riesgo para diversas exposiciones y daños a la salud. Se observa una ligera reducción en la base y un leve ensanchamiento en la edad adulta. La pirámide tiene la forma que representa a una población de mayoría joven relacionada con los países en vías de desarrollo, con mayor impacto de enfermedades infecciosas que afectan a la población menor de 5 años.

Figura No. 2.
Pirámide poblacional de Guatemala.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del XII Censo de Población y VII de Vivienda 2018, Guatemala. Procesado con Redatam WebServer.

Guatemala es uno de los países más pobres (49.3%) de América Latina y del Caribe de acuerdo con datos del Banco Mundial (Escobedo, 2022). La distribución geográfica de la población indica que el 46.15 % habita en el área rural, y que el 41.66 % es indígena (INE, 2019). De acuerdo con datos del Banco Mundial Guatemala tiene la cuarta tasa más alta de desnutrición crónica en el mundo y la más alta en la región de América Latina, agregan que la pandemia de Covid-19 aumentó la tasa de pobreza de 47.9 % en el año 2019 al 52.4 % en el año 2020 (Banco Mundial, 2022). La Cepal señala que la guerra en Ucrania tendrá un efecto que se reflejará en el aumento de la pobreza en la región de América Latina (NU / Cepal, 2022). La FAO proyecta que en Guatemala se espera que 3.2 millones de personas (19% de la población) enfrente una crisis o niveles peores de inseguridad alimentaria aguda para febrero del 2023 lo que representa un fuerte aumento de 2.5 millones en el mismo periodo del año pasado (FAO / WFP, 2022).

El gasto per cápita en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) en Guatemala varió de 1.6 % en 1996 al 2.08 % en 2017 (Datosmacro.com, 2017). En Costa Rica, en esos mismos años, el porcentaje fue de 4.95 % y 5.28 %, respectivamente (Datosmacro.com, 2017). De acuerdo con el Banco de Guatemala el PIB corriente (% anual) se estima en 6.5% para el año 2017 (2018). De acuerdo con la información del PNUD, con respecto al IDH (Índice de Desarrollo Humano), para el año 2020, Guatemala descendió al puesto 127 con respecto al 2019 perdiendo 2 puestos (de un total de 189 países), y se encuentra en el grupo de los países con desarrollo medio. El IDH en la región de países de Centroamérica muestra una diferencia importante en favor de Guatemala que ocupa el quinto lugar (de 8 países de la región) por delante de Nicaragua, Honduras y Haití (NU. Guatemala, 2021). Por su parte, Guatemala tiene Gasto Total de Salud per cápita de 473 en 2014 que es inferior con respecto al observado en Costa Rica de 1,389 para el mismo año, al comparar el gasto que hace Guatemala con respecto a los países de Centroamérica se advierte un bajo financiamiento de los servicios de salud en general se observa que en 5 de los indicadores ocupa el último lugar (ver tabla 2)

Tabla No. 2

Gasto de salud en Centroamérica.

País	GTS per cápita*	GTS como % del PIB	GGGS per cápita*	GGGS como % del PIB	GGGS como % de GTS	GPS como % de GTS	GB como % de GTS
Guatemala (clasificación)	473 (5)	6.2 (6)	178 (7)	2.3 (7)	38 (7)	62 (7)	52 (7)
Belice	489	5.8	328	3.9	67	33	23
Costa Rica	1,389	9.3	1,010	6.8	73	27	25
El Salvador	565	6.8	373	4.5	66	34	29
Honduras	400	8.7	202	4.4	51	49	43
Nicaragua	445	9.0	251	5.1	56	44	38
Panamá	1,677	8.0	1,228	5.9	73	27	22

Fuente: tomado de Base de datos "Gasto global para la salud" OMS, 2014. (citado por (USAID/HEP, 2017, pág. 4).

*US\$ (PPP)

GTS= gasto total de salud, PIB= producto interno bruto, GGGS = gasto general del gobierno en salud, GPS = gasto privado en salud, GB= gasto de bolsillo

El Índice de Desigualdad de Género es un indicador para medir la desigualdad de género, en tres áreas del desarrollo humano: 1) la salud reproductiva medida

con la tasa de mortalidad materna y la tasa de fecundidad en las adolescentes; 2) el empoderamiento, medido con la proporción de escaños parlamentarios ocupados por las mujeres además de la proporción de mujeres y hombres adultos de 25 años o más quienes cursaron al menos la enseñanza secundaria; y 3) el área económica, medida de acuerdo a la tasa de participación en la fuerza de trabajo de mujeres y hombres de 15 años o más (PNUD, 2019). El índice antes descrito en 2013, para Guatemala fue de 0.523 que le coloca en el puesto 112. En el año 2018 presentó una ligera mejoría que le sitúa en el puesto 107 de los 149 países. (PNUD, 2018)

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos (2021), las mujeres sumaron el 43.3 % de la población económicamente activa, pero se reduce a 32.2 % entre las mujeres del área rural. De esta, la población ocupada en el grupo de mujeres es del 98.5 %, en comparación con el 99.1 % de los hombres. En Guatemala predomina el empleo informal (70.8 %), sector que mayoritariamente es ocupado por la población rural (79.7 %) (INE, 2021) . La condición de trabajo informal por sexo afecta más a las mujeres (74 %) con respecto a los hombres (70 %) (OIT, 2020). Esto significa que estas personas trabajan en empresas de baja productividad, laboran por cuenta propia y no cuentan con atención de la salud por parte del IGSS (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social). De acuerdo con la última ENCOVI el 18.2 % de la población total entre los 7-17 desarrollan alguna actividad económica y a 16.9 % de tasa de trabajo infantil en Guatemala (INE, 2014).

El sistema de salud del país está compuesto por un sector público y otro privado. El sector público está integrado en primer lugar por el MSPAS, el cual formalmente brinda atención a aproximadamente el 70 % de la población, en segundo lugar, por el IGSS, que ofrece cobertura a cerca del 18 % de la población (OPS/OMS, 2017), y en tercer lugar por la Sanidad Militar que cubre a los miembros del ejército y la policía, incluyendo a sus familias, que se acercan al 0.5 % de la población (USAID / HFG, 2015). De forma adicional aparecen las Organizaciones No Gubernamentales, que se estima cubren al 18 % de la población. Finalmente, aparece el sector privado que atiende a un 12 % de los guatemaltecos (Becerril-Montekio & López-Dávila, 2011).

1.2. La reforma del sistema de salud en Guatemala.

La reforma del sistema de salud del periodo en estudio logra integrar acontecimientos sociales fundamentales en el orden político, social y legislativo. El orden político se distingue por la firma de los Acuerdo de Paz entre el gobierno de Guatemala y la Guerrilla en 1996 (Presidencia de la República, Secretaria de la Paz, 2007). En el orden social, se generan movimientos que reivindican los derechos humanos y la participación social en distintos sectores del país. En el orden legislativo se basa en tres dispositivos: a) la Ley de los consejos urbano y rural, b) el Código municipal y, c) la Ley de descentralización (SCEP, 2005).

La Ley de los consejos urbano y rural, permite la conformación de nuevas estructuras de poder: los COCODES (Consejos Comunitarios de Desarrollo); los COMUDES (Consejos Municipales de Desarrollo) y los CODEDE (Consejos Departamentales de Desarrollo). Esta ley permite empoderar a los líderes representantes para la gestión de los recursos económicos de la inversión pública. El Código Municipal articula en su forma de gobierno el rol que tienen los COCODES y los COMUDES para la gestión de proyectos, dando paso a la descentralización del uso de los fondos públicos con una Ley de descentralización. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social desconcentra los recursos de una administración centralizada a los departamentos a través de las Direcciones de Área de Salud (López Dávila, 2007).

Como se observa en la figura 3 existe un orden estructurado de jerarquía para la aprobación de proyectos de desarrollo social que pueden ser financiados con fondos públicos. Los proyectos deben escalar desde el nivel de la comunidad por el COCODE a la instancia de nivel municipal el COMUDE, en este punto la interacción entre actores se sucede con mayor complejidad por los funcionarios municipales. La siguiente instancia es el CODEDE convocada por el gobernador departamental y luego los proyectos aprobados pasan a una comisión del gobierno central con participación de diputados del Congreso de la República y delegados del Ministerio de Finanzas.

Figura No. 3.
Organización de la estructura administrativa de los consejos de desarrollo en Guatemala



Fuente: Elaboración propia con base a la Ley de los consejos urbano y rural (Congreso de la República de Guatemala, 2002).

1.3. Los modelos del primer nivel de atención durante la reforma del sistema de salud.

Las políticas restrictivas del Estado, en su papel benefactor, observadas en Guatemala, son parte de la aplicación de las recomendaciones del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional para la negociación de la deuda externa (Banco Mundial, 1993). En materia de Salud el informe sobre “Invertir en Salud” de 1993 tuvo un efecto importante en la eclosión de las ONG’s en el sistema de servicios sociales y de la salud (Banco Mundial, 1993). En este sentido, cabe resaltar dos hechos, el primero que en 1996 la reforma del sistema de salud en Guatemala implementa el Programa de Extensión de Cobertura el cual es adoptado por los subsiguientes gobiernos (PNUD, 2010); el segundo, que en el año 2000 se lanza el Modelo Incluyente en Salud propuesto por la Instancia Nacional en Salud donde convergen diversas ONG’s médica prestadoras de servicios en el primer nivel de atención en salud en zonas rurales del país (Verdugo J. C., 2002).

Como parte de los acuerdos de paz entre la guerrilla y el gobierno para 1996 en las políticas públicas del gobierno, se prioriza la ampliación de la cobertura y

mejora de la calidad de los servicios básicos de salud (PNUD, 2010). El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) no tiene capacidad de respuesta dadas sus condiciones de limitación de recursos y capacidad para cumplir con los compromisos de forma eficiente (Barrillas, 2004). Las autoridades del MSPAS conocen la significativa participación de organismos no gubernamentales apoyados por agencias internacionales, que proporcionan servicios médicos en áreas rurales (Word Bank, 2005). La antipatía y desconfianza de las comunidades indígenas con respecto al desempeño del gobierno contribuyen a la decisión del MSPAS de contratar la provisión privada del servicio básico en el cuidado de la salud (Word Bank, 2005). La decisión de reformar el servicio básico de la salud a través de la contratación privada de ONG médicas se toma a finales de 1996 (Iniciativa Reforma Sector Salud, 1998).

Las prioridades y políticas antes señaladas se instalan en el sistema de salud de forma plena en Guatemala desde finales del 2001. El sistema de salud se conforma con el propósito de agilizar el proceso del alcance de los objetivos destinados a extender un paquete de servicios básicos de salud (PBS). Para ello, el Gobierno de Guatemala suscribe 161 convenios con 88 ONG's diferentes para cubrir a más de 3 millones de beneficiarios inicialmente (Word Bank, 2005).

Previo a este significativo esfuerzo, las autoridades del gobierno central, junto con el MSPAS proporcionaban servicios médicos solamente a través de ONG médicas (Word Bank, 2005). La nueva modalidad de contratación de las ONG's incluye tres acuerdos financieros y de organización para proveer el Paquete Básico en Salud (PBS) a los beneficiarios. Las dos primeras modalidades de provisión del servicio son la Provisión de Servicios de Salud (PSS) y las Administradoras del Servicio de la Salud (ADMSS). Corresponden, respectivamente, a las contrataciones directas y mixtas de las ONG's, que son introducidas a través del Sistema integrado de atención en salud (SIAS) (Word Bank, 2005). La tercera modalidad (MSPAS), consiste en la provisión del servicio de salud existente en Guatemala, el llamado modelo tradicional. Seguidamente, un 60% de los convenios definen la participación de las ONG médicas como ADMSS (Word Bank, 2005).

El modelo de PSS (Provisión de Servicios de Salud) también conocido como modelo de extensión de cobertura, es considerado por evaluadores como una innovación (La Forgia, 2005) que se da como parte de un experimento que se inicia en 3 departamentos de los 22 que tiene Guatemala. Sin una planificación ni evaluación de resultados se amplía de forma masiva la contratación de la Provisión de Servicios de Salud (PSS) y de las Administradoras de Servicios de Salud (ADSS) (La Forgia, 2005).

Respecto a la reforma del sistema de los servicios de salud en Guatemala, el Código de Salud (1997) indica que las municipalidades, conforme con las atribuciones en coordinación con las otras instituciones del sector, participaron en la administración parcial o total de la prestación de programas y de servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones (SCEP, 2005). Sin embargo, el proceso de reforma municipal se desarrolla en un nivel intermedio de los departamentos donde las Direcciones de Área de Salud (DAS) tienen capacidad rectora subsidiaria y ejecutan un gasto descentralizado para la compra de insumos.

En el año 2004, un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), apunta que: “Las DAS han sido el espacio administrativo privilegiado en el proceso de extensión de cobertura iniciado desde 1997”. Ese dato no se refrenda con evaluaciones del impacto en la interrelación de actores o del impacto medido a través del cumplimiento de las metas de los programas del Paquete Básico en Salud (Barrillas, 2004). La literatura indica que la provisión de servicios por parte del programa de extensión de cobertura tiene importancia (PNUD, 2010). Al respecto se debe señalar que la importancia radica en el manejo administrativo de los recursos para cubrir los gastos de funcionamiento de las ONG's. Se debe puntualizar el hecho que el gasto de inversión en el funcionamiento de las ONG's del PEC no representa mejoras en la forma de contratación del personal sanitario, quienes tampoco gozan de estabilidad laboral ni prestaciones de salud como trabajadores (PNUD, 2010) (Flores, 2011).

En el periodo de 2008 al 2012, el gobierno a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social propone el denominado: “Plan Nacional para la salud

de todas y todos los guatemaltecos” (Gobierno de Guatemala, 2008). El Plan cuenta entre sus objetivos: la mejora y ampliación de cobertura de atención y dotación de los servicios de salud integrales e integrados, la capacidad de respuesta a la demanda de los servicios de salud, por medio de los programas de solidaridad y equidad social (que son políticas populistas) y armonizar y alinear la cooperación internacional con base a los intereses nacionales y prioridades sectoriales (Gobierno de Guatemala, 2008).

El primer nivel de atención en salud de Guatemala, a través de sus modalidades de prestadores de servicios, se encuentra diferenciado básicamente por: a) la forma de contratación, b) la capacitación del recurso humano y, c) la entrega del servicio a nivel local. Coexisten dos modelos de atención a la salud, por un lado, el **modelo tradicional** administrado por el ministerio de salud pública y asistencia social y por el otro, el **modelo de extensión de cobertura** administrado por ONG médicas (Becerril-Montekio & López-Dávila, 2011) (Word Bank, 2005) (PNUD, 2010). Ambos modelos de provisión de servicios operan suministrando el paquete básico de servicios (PBS) con un costo per cápita aproximado de USD 7 por año, (PNUD, 2010).

El **modelo Incluyente en Salud** aborda los temas de salud como un proceso multidimensional, colectivo y con carácter histórico social. El modelo introduce una variante conceptual que tiene aceptación y rechazo al considerar que en la medida que se conocen los procesos productivos, de consumo y socioculturales de un conjunto sociocultural, se comprende el perfil y las prácticas de salud de ese conjunto, lo cual supone adentrarse en el conocimiento de las prácticas locales y ancestrales de sanación (Verdugo, y otros, 2008). Además, el modelo del MIS en el primer nivel de atención se orienta por la articulación de los conocimientos y prácticas en salud, tanto del ámbito institucional como del comunitario, este aspecto es innovador con muestras de aceptación y rechazo (Verdugo, y otros, 2008). El modelo propone la curación, la rehabilitación, la prevención y la promoción de la salud. Esta última se orienta a la transformación de las condicionantes y determinantes de salud. En este último punto queda limitado el modelo dado que reconvertir la realidad del subdesarrollo es un ideario no alcanzado en las comunidades bajo estudio (Verdugo, y otros, 2008).

El MIS, propone la articulación institucional-comunitaria, y considera que para la atención integral debe analizarse y generar acciones a nivel del individuo, de la familia y de la comunidad. El modelo, propone tres perspectivas fundamentales que orientan el diseño y la incorporación de acciones: a) el derecho a la salud, b) la interculturalidad y, c) la perspectiva de género (Verdugo, y otros, 2008).

El MIS selecciona al personal sanitario entre los pobladores, a quienes capacita en enfermería rural. El objetivo es alcanzar una mejor comunicación en la interacción entre los miembros de la comunidad y el personal sanitario local. El Modelo cuenta, desde la fase de validación, con la participación de personal de nivel central del MSPAS para coordinar la puesta en marcha. (Verdugo, y otros, 2008). De forma previa, el MIS lanza proyectos piloto cuyos resultados son compilados en una primera publicación llamada “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente” que contiene las bases de discusión teórica sobre las cuales se justifica la propuesta de incidir en ese primer nivel de atención en salud (Verdugo J. C., 2002). La evidencia científica muestra que el MIS supone mejoras en los indicadores de morbilidad materna e infantil en concordancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM- (Verdugo, y otros, 2008).

1.4. La gobernanza en salud pública.

Los estudios de gobernanza en salud pública muestran una mayor aproximación y mejor comprensión de los hechos sociales, dando como resultado un mayor conocimiento para la toma de decisiones. Esta investigación retoma el aporte teórico de Allyson Brody (2009) sobre el concepto de gobernanza como un componente fundamental para la toma de decisiones. Brody propone el estudio en distintos niveles interconectados: a) el hogar, b) la comunidad, c) el gobierno local, d) el gobierno nacional y, e) las instituciones globales. En tal sentido nuestro trabajo propone abordar distintos niveles en los cuales los modelos de atención del primer nivel interactuaron para su ejecución desde los niveles: a) central, b) departamental, c) municipal y, d) comunitario.

De acuerdo con Bareiro y Torres (2010) hay diferencias entre gobernabilidad y gobernanza. La gobernabilidad consiste en la capacidad de un sistema para moderar los conflictos sociales. La gobernanza presume la relación social que aparece de la interacción invariable entre agentes de todo tipo. La gobernanza relega el rol del gobierno y al sistema de instituciones públicas en su totalidad a un segundo plano. No se otorga al sistema político una posición preponderante en las relaciones de redes auto organizadas. Esta tesis se centra en el estudio de la gobernanza en los modelos de provisión de servicios del primer nivel de atención en salud: la atención primaria. El estudio requiere conocer como sucedió el funcionamiento de las ONG médicas como prestadoras de servicios y el rol que tomó el Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social en su papel de regulador de las organizaciones en salud.

Desde los estudios de gobernanza se consideran fundamentales para el análisis cuatro elementos distintivos: a) los actores sociales, b) las reglas del juego formales y no formales, c) las interacciones en niveles espaciales, y d) los procesos históricos (Arredondo, et.al., 2010) (Flores, 2011) (Hufty, M., Báscolo, E., y Bazzani, R., 2006) (Hufty, 2010). La participación social es una variable clave en la Reforma del sistema de salud y su adecuación a las necesidades ciudadanas en un sistema democrático (Celedón & Noé, 2000). Para el estudio de los elementos distintivos antes citados en esta tesis doctoral se requiere indagar en el contexto social, y cómo se suceden los hechos en el periodo de la Reforma del sistema de salud, en este caso para el periodo 1996 – 2016.

La tesis doctoral se basó en los aportes de Hufty (2010) sobre la definición del problema bajo estudio que se convierte en una categoría del marco analítico de gobernanza basado en la teoría del constructivismo puesto que el problema tiene un nivel de subjetividad que a pesar del consenso que pudiera existir con respecto al mismo, el problema depende de la perspectiva y de los valores de quienes están implicados en la identificación de una situación como problema. La existencia la pluralidad de visiones con respecto a un problema desde el MAG debe ser admitida sobre la base que cualquier interacción social es una confluencia de universos de significación diferentes. Desde esas consideraciones teóricas Hufty propone la deconstrucción y reconstrucción del

problema desde la perspectiva de los actores sociales. La dinámica consiste en adentrarse en la comprensión del objeto de estudio dado que su naturaleza tiene un origen en las interacciones de actores sociales que devienen de contextos históricos y sociales distintos.

Otra herramienta metodológica de la tesis se fundamentó en el análisis de la gobernanza porque permite identificar los efectos de cómo la norma incide en los actores y cómo las acciones colectivas pueden modificar la norma (Hufty, M., Báscolo, E., y Bazzani, R., 2006). De esta cuenta, las normas que rigen los modelos de entrega de servicios del primer nivel obedecen a iniciativas formales, generales (meta normas y normas regulativas) que se encuentran en los programas oficiales. Sin embargo, existen variantes de estas normas que muestran las diferencias que se establecen en las reglas del juego, variantes que se suceden en contextos sociales y dinámicas culturales que explican el comportamiento, no formal, final del modelo.

El periodo amplio de estudio (1996 – 2016) permitió entender los procesos de cambio de las normas con respecto a un hecho social concreto como son los modelos de atención primaria a distintos niveles (Arredondo, et. al., 2010): a) el nivel central del Ministerio de Salud, b) el nivel departamental, c) el nivel municipal, d) el nivel de dirección de salud del Ministerio de Salud y, e) el nivel local. Las reglas del juego se construyen en la interacción de los actores (Flores, 2011) con los aspectos normativos. El análisis de la gobernanza aplicado en nuestro objeto de estudio requirió la revisión de la construcción de las normas aplicadas en los modelos del primer nivel de atención en salud. Así como en los distintos contextos sociales (el internacional, el nacional y el local) donde la norma surge y tomó distintos rumbos para ello se observó en la reforma del sistema de salud los roles que tienen los actores sociales acorde a los contextos.

Desde el análisis de gobernanza otra herramienta metodológica se estudia con la categoría de **procesos** de cambio en el tiempo, y como los **nodos** surgen de la interacción de actores y normas (Hufty, M., Báscolo, E., y Bazzani, R., 2006). Estos elementos permiten evaluar la dirección que toman los modelos de atención sanitaria, haciendo cortes en el tiempo de acuerdo con la promulgación

de la norma. Es importante tomar como referencia un periodo de tiempo largo que permita observar los elementos siguientes: a) los conlaves que suceden en el sistema de salud, b) los cambios en gestión, c) la financiación y, d) la orientación filosófica, para integrar elementos innovadores en la atención en salud.

En una sociedad, de sistema político democrático y con un marco legal que facilita la participación ciudadana (SEGEPLAN, 2005), el estudio de la participación social es relevante. Comprender cómo se articula, la dinámica de respuesta social organizada a la demanda de servicios de salud (Londoño & Frenk, 1997) es fundamental. Desde la reivindicación de los derechos a la salud, cobra relevancia el empoderamiento que tienen los usuarios de cada modelo. La exploración de la participación social en contextos específicos permite avanzar en la articulación de las estrategias de los distintos modelos de atención. Los aspectos, interculturales y de género, cobran relevancia en la lectura de los modelos, son insumos que mejoran la provisión de servicios. La interculturalidad y el género son por lo tanto dos ejes de análisis que deben ser observados.

Los estudios de gobernanza y salud fueron considerados como innovadores y se utilizaron en la discusión de la política en salud y las prácticas del sistema de salud (Bazzani, 2010). Trabajos publicados (León & Muñoz, 2019) (Hufty, 2010) (Rodríguez C. L., 2010) presentaron a la gobernanza como una variable de tipo intermedia utilizada para explicar las características y los resultados de la política de salud. Otras publicaciones indicaron la posibilidad de hacer intervenciones sobre los procesos de gobernanza con el objeto de elevar los niveles de equidad y eficacia del sistema de salud (Flores & Gómez Sánchez, 2010) (Báscolo & Yavich, 2010) (Denis, et. al., 2010). Los estudios de gobernanza se concentraron mayormente en programas, y es en este punto donde esta tesis doctoral hace un aporte al emplear la gobernanza como metodología para el análisis de modelos de entrega de servicios en el primer nivel de atención empleando como marco interpretativo las categorías sociológicas.

Báscolo & Yavich (2010) aportan sobre la gobernanza que puede ser empleada como un marco analítico en la investigación de intervenciones consideradas

como innovaciones con el objeto de analizar la efectividad de los procesos de implementación de las políticas que originan un proceso de unificación de las organizaciones de salud con base en Atención Primaria en Salud. Este tipo de concepción teórica sobre la capacidad de la gobernanza permite una mejor comprensión de los procesos organizacionales, en los que interesa mostrarse de acuerdo con los mecanismos horizontales (de cooperación) y / o verticales (de jerarquía) de norma social que describen los arquetipos explicativos en contextos específicos. El estudio de caso se constituye en una herramienta metodológica para construir el arquetipo de gobernanza (Báscolo & Yavich, 2010). Esta investigación propone el análisis de la gobernanza por medio del estudio de comunidades rurales en las cuales se aplicaron los diferentes modelos de dotación de servicios del primer nivel de atención en salud.

En la tabla 3 se presenta un resumen de los principales conceptos de la revisión de literatura empleada en esta sección.

Tabla No. 3

Resumen de los conceptos de gobernanza aplicados en la investigación.

Autores	Principales conceptos
Allyson Brody (2009)	Gobernanza en la toma de decisiones se enfoca en los siguientes niveles: a) el hogar, b) la comunidad, c) el gobierno local, d) el gobierno nacional, e) las instituciones globales.
Bareiro y Torres (2010)	Resalta las diferencias entre gobernabilidad y gobernanza. La gobernanza relega el rol del gobierno y al sistema de instituciones en un segundo plano.
Arredondo, Orozco, Wallace, & Rodríguez (2010); Flores (2011); Hufty, M., Báscolo, E., y Bazzani, R. (2006); Hufty (2010)	El análisis de gobernanza requiere de cuatro elementos distintivos: a) los actores sociales, b) las reglas del juego formales y no formales, c) las interacciones en niveles espaciales, y d) los procesos históricos.
Celedón & Noé (2000)	La participación social es una variable clave en la Reforma del sistema de salud y su adecuación a las necesidades ciudadanas en un sistema democrático.
Hufty (2010)	Introduce la definición del problema como una categoría del marco analítico de gobernanza basado en la teoría del constructivismo. Hufty propone la deconstrucción y reconstrucción del problema desde la perspectiva de los actores sociales.
Hufty, M., Báscolo, E., y Bazzani, R. (2006)	El análisis de la gobernanza permite identificar los efectos de cómo la norma incide en los actores y cómo las acciones colectivas pueden modificar la norma. Desde el análisis de gobernanza se observa el proceso de cambio en el tiempo, y como los nodos surgen de la interacción de actores y normas.
Flores (2011)	Las reglas del juego se construyen en la interacción de los actores con los aspectos normativos.
Bazzani (2010)	Los estudios de gobernanza y salud fueron considerados como innovadores y se utilizaron en la discusión de la política en salud y las prácticas del sistema de salud.
León & Muñoz (2019); Hufty (2010); Rodríguez C. L. (2010)	Presentaron a la gobernanza como una variable de tipo intermedia utilizada para explicar las características y los resultados de la política de salud.
Flores & Gómez Sánchez (2010); Báscolo & Yavich (2010); Jean L., Lise, Ann, & Stéphane (2010)	Indicaron la posibilidad de hacer intervenciones sobre los procesos de gobernanza con el objeto de elevar los niveles de equidad y eficacia del sistema de salud.
Báscolo & Yavich (2010)	Aportan sobre la gobernanza que puede ser empleada como un marco analítico en la investigación de intervenciones consideradas como innovaciones con el objeto de analizar la efectividad de los procesos de implementación de las políticas que originan un proceso de unificación de las organizaciones de salud con base en Atención Primaria en Salud.
Báscolo & Yavich (2010).	El estudio de caso se constituye en una herramienta metodológica para construir el arquetipo de gobernanza.

Fuente: Elaboración propia tomada.

Como se puede observar en la tabla 4 la evidencia científica sobre los estudios de gobernanza en Guatemala tiene un desarrollo reciente.

Tabla No. 4
Publicaciones de investigaciones relacionadas con la gobernanza como herramienta de análisis.

Autores	Publicación
Flores, Ruano, & Phe (2009)	La participación social en un contexto de violencia política: Implicaciones para la promoción y ejercicio del derecho a la salud en Guatemala.
Flores & Gómez (2010)	La gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de actores y relaciones de poder.
Flores (2011)	Aproximación a la gobernanza del Sistema de Salud de Guatemala y las políticas públicas de salud
López, Arredondo, & Orozco (2014)	Gobernanza y participación social en el desarrollo de programas contra la mortalidad materna en Guatemala.
Secretaría de seguridad alimentaria y nutricional (2019)	Gobernanza en seguridad alimentaria y nutricional. Secretaría de seguridad alimentaria y nutricional

Fuente: Elaboración propia.

1.5. Ejes transversales de interpretación.

Las condiciones de desigualdad social imperantes en el contexto guatemalteco exponen dos aspectos fundamentales. Por un lado, aquellas relacionadas con los grupos étnicos con base a su origen ancestral y por el otro lado, con las diferencias que se originan entre hombres y mujeres por el machismo (SEGEPLAN, 2005). Estas diferencias se expresan en las oportunidades que los modelos del primer nivel de atención ofrecen en su cartelera de servicios de salud para la atención de la demanda, acentuadas en la atención a la mujer. Los elementos que se derivan de la interculturalidad y de las diferencias de género, limitan las oportunidades de los distintos colectivos y deben por tanto reflejarse en políticas y acciones relevantes. A estas diferencias se añaden las que están ligadas a la cultura como idioma local y la pertenencia cultural, ambas de interés para la provisión de servicios de salud, el machismo como un elemento que limita el acceso de mujeres a la atención oportuna, y la violencia de género que se documenta en los daños al núcleo familiar que afectan a mujeres y niñas (os) (Sepúlveda García de la Torre, 2006) (Águila Gutiérrez, Hernández Reyes , & Hernández Castro, 2016).

Frenk indica que el concepto de condiciones de salud es neutral, mientras que el de necesidades implica contemplar los valores de la comunidad y diseñar políticas sociales acordes (Frenk, 1994). La primera respuesta social se orienta a seleccionar cuáles entre los diversos procesos de salud y enfermedad son considerados como necesidades (Frenk, 1994). Los programas verticales del primer nivel de atención prestados por las ONG's en comunidades indígenas no consiguen establecer la relación entre las necesidades de salud, las condiciones y las respuestas (González-Pier, 2007). Desde la sociología se abordan los contextos sociales y las interrelaciones que suceden en el tiempo para explicar por qué sucede uno u otro comportamiento en tanto que se está dotando a las comunidades con un mismo paquete básico de servicios o programas de salud. La participación social no logra articular las necesidades reales en los programas verticales. Es decir, el avance que supone la apertura a un sistema de provisión mixto es relativo (Mills, 2002). La idiosincrasia del contexto social requiere un especial tratamiento para identificar mecanismos que protejan la reivindicación de las necesidades en salud de estos colectivos. Por ejemplo, respecto al acceso a los servicios de salud, la variable cultural adquiere importancia al considerar la distancia entre los prestadores y los usuarios potenciales en aspectos fundamentales como el idioma o representaciones sociales sobre la salud (Frenk, 1994). Entre los modelos estudiados únicamente el MIS implicó entre sus conceptos básicos la interculturalidad como un medio para aproximar a las necesidades la entrega de servicios.

De forma similar, el analfabetismo entre los miembros de la etnia Maya representa un 36 % en las mujeres del área rural (INE, 2010). Este dato muestra una condición de inequidad más. Es una muestra más de cómo el acceso a la educación tiene un efecto importante sobre la atención de la salud (Flores & Gómez Sánchez, 2010). Entre los modelos estudiados únicamente el MIS contempla entre sus conceptos básicos la interculturalidad y el género, elementos que son clave para una más adecuada prestación de servicios de atención primaria.

Estudios en México, Guatemala, Ecuador, Perú y Bolivia, muestran que las comunidades indígenas construyen formas autóctonas de resolución de sus

necesidades de atención en salud ante la desprotección histórica del Estado en materia de políticas públicas que atiendan de forma efectiva sus necesidades (Meentzen, 2007). Es importante conocer las formas de participación social que las comunidades tienen para evitar que las políticas en salud se constituyan en un factor de choque cultural y en el fondo de fuente de inequidad (Shiffman, 2007). La gobernanza incorpora en sus categoría de análisis elementos que explican como surgen las respuesta de las políticas puesta en escena. No se limita al estudio de la política, y articula las herramientas metodológicas para comprender la intervención que resuelve la necesidad.

Algunos autores sugieren apoyar a los modelos autóctonos de atención de salud ante los efectos que tiene la fragmentación del sistema de salud en la deficiente provisión de servicios (Barrillas, 1997) (Eder & Garcia Pú, 2003). El planteamiento anterior se apoya en la propuesta de Meentzen (2001) quien sugiere la necesidad de considerar en el diseño de las políticas públicas las estrategias culturalmente más apropiadas para la atención de las mujeres. Con respecto a política en salud y los modelos autóctonos se indica que deben de reivindicar la pertinencia social, cultural y ética del reconocimiento de estos modelos, que son efectivos para la resolución de la atención en salud, con base a principios de la equidad, la interculturalidad y los derechos ciudadanos (Midré, 2002). El análisis de gobernanza integra a los actores sociales en su entorno socio cultural y son explicativos de las formas de cómo se expresa la gobernanza en el nivel local (Hufty, 2010).

En sociedades postconflicto armando es desconocido el efecto de la guerra. Existe evidencia del papel de la participación social en grupos sociales afectados por el embate de la guerra de guerrillas en Guatemala y sus efectos sobre las formas de organización social. Los marcos legislativos que regulan la participación ciudadana a menudo son arbitrarios y entran en conflicto con formas ancestrales de organización social, como es el caso de los consejos de ancianos que generan poderes paralelos (López Dávila, 2007). Este hecho está presente durante el conflicto y posconflicto en las zonas rurales de Guatemala.

El escenario social debe ser protagonista, y cobra vigencia y sentido con las leyes que apoyan la descentralización de los servicios de salud y la participación ciudadana de los consejos de desarrollo (López Dávila, 2007). En escenarios sociales constituidos por grupos multiétnicos, campesinos y pobres, operan el modelo tradicional y el modelo de extensión de cobertura de atención en salud, cuya característica fundamental es la aplicación de programas verticales con una fuerte carga del modelo biomédico hegemónico (Menéndez, 1984) y poca consideración hacia el contexto social y étnico.

En la agenda de la reforma del sistema de salud en Guatemala los organismos internacionales tienen un papel fundamental. En la asignación de fondos para la planeación y ejecución de los programas de salud (Shiffman, 2007) es necesario utilizar indicadores de gobernanza y participación social (Arredondo, Orozco, & Castañeda, 2005) (López, Arredondo, & Orozco, 2014) con características apropiadas al contexto social y cultural, para que sus resultados puedan ser integrados en los modelos de atención. Desde el análisis de política en salud (Walt & Gilson, 1994), el análisis de la gobernanza puede informar los programas de los modelos de atención primaria.

La variable de género en la gobernanza en Guatemala cobra especial relevancia por las características socio antropológicas que evidencia el bajo nivel de representación de la mujer en las instituciones locales del poder político y en los concejos municipales de desarrollo (Sacayón Manzo, Eduardo Enrique, 2001). Este fenómeno de baja representación se observa en investigaciones sobre la incidencia política en 3 estudios de caso (López Dávila, 2007), donde la participación de la mujer en los grupos voluntarios de salud comunitarios sucede en un número bajo con respecto a los hombres. Desde la gobernanza, se valora la interrelación de los actores sociales, en distintos niveles de acción para la toma de decisiones. En un escenario donde la mujer es subalterna al acceso de las estructuras de poder dadas las condiciones psicológica, antropológica, económica y social, es relevante construir la evidencia que permita generar acciones en pro de un sistema político en democracia (Brody, 2009).

Con los antecedentes planteados esta investigación trata también de responder a la pregunta siguiente:

¿Por qué los modelos de provisión de servicios del primer nivel de atención en salud en Guatemala tienen diferentes resultados a nivel local, en la entrega de servicios, y en la satisfacción de la demanda de servicios de salud a nivel local?

Conclusión de capítulo.

El capítulo 1 desarrolló los antecedentes con base a datos de fuentes secundarias de los temas de: contexto social, demográficos y epidemiológicos. También se caracterizó la reforma del sistema de salud en Guatemala con base en los dispositivos legales que permitieron la descentralización de los servicios de salud y la participación social de los consejos de desarrollo. Se describió cómo durante la reforma del sistema de salud emergieron los modelos de extensión de cobertura y el incluyente en salud que coexistieron con el modelo tradicional. Se describió la intervención de los organismos internacionales en la definición de las políticas y su rol como fuente de financiación para la implementación de los modelos del primer nivel de atención en salud. Fue relevante hacer un hilo conductor del tema de gobernanza en salud pública para identificar los conceptos, las definiciones y su aplicación como herramienta de análisis teórico y metodológico, en el ámbito internacional y nacional. Además se realizó una revisión teórica de temas como la interculturalidad, la participación social y el género.

El siguiente capítulo aborda los conceptos y definiciones de gobernanza en salud que son esenciales para comprender los distintos niveles de aplicación de la gobernanza como herramienta teórica. La propuesta de Hufty para formular el uso de la gobernanza como marco metodológico. Finalmente, se proponen las categorías interpretativas que desde la sociología aplicamos.

Capítulo 2. Conceptualización de la Gobernanza.

El planteo de gobernanza en la tesis que propongo desarrolla en primera instancia la definición de gobernanza en el ámbito de los sistemas de salud. En segunda instancia plantearé los elementos centrales para el estudio de la gobernanza desde las categorías de análisis (marco analítico). Finalmente, en tercera instancia me referiré a las categorías de interpretación (marco de interpretación) que desde la sociología proponemos para el estudio de la gobernanza de los modelos de provisión de servicios del primer nivel de atención en salud.

2.1. La definición de gobernanza en el ámbito de los sistemas de salud.

La OMS en el año 2000, delimita las características que conforman el concepto de sistema de salud como un conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya finalidad fundamental es promover, recobrar y/o optimizar la salud (WHO, 2000). Acorde a esta definición se deduce que para cada país existe un contexto específico con estructuras diferenciadas por aspectos históricos, políticos y socio económicos. Si bien la OPS delimita tres funciones principales para el sistema: “la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios de salud” (OPS/OMS, 2007), y esta tesis doctoral se enfoca en la prestación de servicios de salud por medio de los modelos de provisión de servicios en el primer nivel de atención en salud.

Los ministros de salud de las Américas en Panamá en el año 2007 al comentar las “Tendencias en la Respuesta de los Sistemas de Salud”, denotan dos conceptos en la caracterización de un sistema de salud. Por un lado la segmentación, que se refiere a la convivencia de subsistemas diferenciados por la forma de financiación, inscripción y suministro, cualificado acorde a características como el nivel de ingresos y el nivel económico. La segmentación, tanto en la provisión como para el aseguramiento, se encuentra en subsistemas como: a) lo público que cubre a la población más desprotegida, b) de seguridad social dirigido a los trabajadores del sector formal y sus dependientes y, c) el sector privado ofertado a la población con mayores ingresos económicos (OPS/OMS, 2007). Por el otro lado, la fragmentación del sistema de provisión de servicios de salud, y su funcionamiento de forma desagregada no permite la estandarización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención. Ello conduce a la formación de redes de provisión de servicios descoordinadas, incoherentes o sin sinergia, además de no tomarse en cuenta o competir entre sí, con incremento en los costos de transacción y suscita una asignación ineficaz de los recursos en el sistema (OPS/OMS, 2007).

Diversos autores discuten que la crisis histórica del sistema de salud en Guatemala se debe a ese binomio de la fragmentación y la segmentación (Becerril-Montekio & López-Dávila, 2011) (Flores, 2008) y que en el primer nivel

de atención se observa esa diversidad de prestadores de servicios, que utilizan diversas formas para la dotación de servicios, con financiación proveniente de diversas fuentes entre nacionales e internacionales. La cartera de servicios obedece a una agenda propia de las organizaciones quienes les dotan de presupuesto. En general las acciones de estos prestadores de servicios no están programadas en concordancia con la planificación ministerial. Además la entrega de servicios se orienta a poblaciones diana de sus programas que a nivel territorial genera diferencias de servicios para poblaciones de similares condiciones.

La gobernanza como herramienta teórica y metodológica nos permite el estudio de esa dinámica que se genera entre la fragmentación-segmentación del sistema sanitario de salud. Desde el análisis de gobernanza algunos autores postulan que la gobernanza implica las interacciones entre estructuras, procesos y tradiciones que determinan las formas de: a) aplicar el poder, b) la toma de las decisiones, y c) la participan de los actores involucrados (Bursztyn, et. al., 2010). En el proceso, los intereses contrarios interactúan y llevan a operaciones de cooperación o a no producirlas (Bursztyn, et. al., 2010).

Rodríguez (2010) indica que Bursztyn y colaboradores abordan la gobernanza desde el contenido de las políticas sanitarias de atención primaria que pretenden la integración de los servicios en un contexto sistémico. Caracterizado por dos elementos: a) la segmentación acorde a la multiplicidad de actores responsables en la financiación y la provisión de servicios de salud de base comunitaria para distintos grupos de la sociedad; y b) la fragmentación caracterizada por la falta de continuidad en la dotación de servicios, y débil coordinación originada por la segmentación del sistema. Los estudios de gobernanza al enfocarse en los modelos de atención en salud como un hecho social requieren fijarse en la construcción de las interacciones que suceden entre los actores sociales de distinto nivel.

2.2. Elementos centrales para el estudio de la gobernanza desde las categorías de análisis.

La gobernanza en los niveles: local, nacional, internacional y global debe abordarse empíricamente (Hufty, M., Báscolo, E., & Bazzani, R., 2006). La gobernanza es un hecho social delimitado, observable y refutable a través de procesos de organización comunitaria que estudia las interacciones de actores y normas sociales con las que una sociedad define su conducta (Hufty, M., Báscolo, E., & Bazzani, R., 2006). Este enfoque define que el marco analítico debe ser: objetivo, transdisciplinario, relativo, generalizable, multinivel y reflexivo (Hufty, M., Báscolo, E., & Bazzani, R., 2006). Hufty, Báscolo y Bazzani agregan que la gobernanza aplicada como metodología emplea las categorías analíticas de: a) el rol que tienen los actores sociales, b) la presencia o no de las normas sociales, c) la formación de los puntos nodales y, d) los procesos de toma de decisiones donde confluyen relaciones de poder observable en situaciones de consenso y conflicto entre los actores sociales (2006).

La gobernanza empleada como recurso de análisis, reduce la importancia al valor del aspecto normativo, que, en todo grupo social, imprime fuerza a las tendencias de participación social (Hufty, M., Báscolo, E., & Bazzani, R., 2006). En nuestro estudio la participación social juega un rol fundamental que es explicativo de los modelos de gobernanza identificados en los estudios de caso de los modelos de entrega de servicios del primer nivel de atención en salud.

Hufty (2009) basado en el constructivismo y la intersubjetividad con respecto a los hechos sociales agrega a su planteamiento metodológico la categoría analítica del **problema**. Para la definición del problema desde el Marco Analítico de Gobernanza se debe definir claramente el problema y lo que está en juego, es decir deconstruir y reconstruir el problema para ello señala que: “todo problema es una construcción social y si se acepta que un problema es siempre una discrepancia entre una situación existente y una deseada, el problema es entonces por definición, enteramente subjetivo.” (2010, pág. 50), lo que está en juego con respecto a cada protagonista tiene su propia percepción del problema Hufty agrega que: “Esto se explica por el lugar ocupado en la sociedad, las

historias, culturas, creencias, los apremios y objetivos, en resumen los “universos de significación”.” (2010, pág. 50).

Báscolo identifica en los sistemas integrados de atención basados en la estrategia de APS tres modos gobernanza:

- 1) El modelo de Clan de Organizaciones de APS. “Desde la declaración de Alma Ata hasta la actualidad (revisión de APS por OPS), se ha enfatizado la promoción de la participación social de la comunidad en las estrategias de APS en AL como un atributo normativo valorado en sí mismo. En forma complementaria, se ha ponderado la construcción de modelos de gestión que promueven la autonomía profesional, la conformación de equipos interdisciplinarios y la ampliación del campo de acción de los profesionales” (Báscolo, 2010, pág. 17).
- 2) Los modos Jerárquicos de gobernanza de APS. “se basan en normas organizacionales y formales, junto a normas y guías de atención, coordinación de servicios, nuevo diseño de estructuras organizacionales y sistemas de evaluación.” (Báscolo, 2010, pág. 18).
- 3) Los modos de gobernanza basados en incentivo en APS. “Este modo representa una estrategia basada en la necesidad de introducir nuevos incentivos explícitos como estrategia para promover cambios organizacionales.” (Báscolo, 2010, pág. 19).

Las nuevas normas sociales que se desarrollan en torno a los procesos de transformación de los modos de gobernanza a través de la implementación de nuevos modelos de servicios del primer nivel de atención demandan ser analizados. Estas normas actúan como reguladores del comportamiento de los actores y de sus relaciones sociales, toman en cuenta sus intereses y los valores en juego con respecto al problema en estudio. En la determinación del poder o la autoridad se observan los roles de los actores en la disputa de los recursos

(Báscolo, 2010). El análisis de gobernanza permite observar en las innovaciones en las organizaciones una perspectiva dinámica de la economía política la cual promueve y provoca normas sociales. (Báscolo, 2010).

De acuerdo con Bazzani (2010) la gobernanza como categoría tiene tres formas: a) en la construcción de un marco analítico de gobernanza como herramienta metodológica para la comprensión de las reglas del juego y las normas del sistema de salud, b) prescriptiva o normativa para definir características de los procesos de gobernanza con mejores resultados de las políticas de salud, y c) la forma mixta.

2.2.1. Qué es la gobernanza en salud pública.

2.2.1.1. Definición del concepto de gobernanza desde Marc Hufty.

La OMS realizó el primer esfuerzo sistemático de conceptualización de la gobernanza de los sistemas de salud que fue publicado en World Health Report 2000, no define como tal la gobernanza, utiliza el termino de *stewardship* refiriéndose a la gestión cuidadosa y responsable de bienestar de la población (WHO, 2000). La gobernanza expresada desde la OMS se interpreta con un contenido normativo. La gobernanza en este sentido se utiliza más como liderazgo o dirección.

Una de la definiciones de gobernanza empleada por la OMS fue la propuesta por el PNUD que define la gobernanza como el ejercicio que tiene la autoridad política, económica y administrativa para la gestión de un país en distintos niveles. Lo cual incluye los complejos mecanismos, procesos, relaciones e instituciones por medio de los cuales los ciudadanos, los grupos modulan sus intereses, y practican sus derechos, obligaciones, e intervienen en sus diferencias (WHO / Europe, 2006).

Una publicación de WHO del año 2008 concluye que el término de gobernanza es más apropiado para el análisis de la rendición de cuentas que el de *stewardship* empleado para capturar esas funciones como se publicó en el World Health Report 2000. Definen la gobernanza como “las tradiciones e instituciones mediante las cuales se ejerce la autoridad y abarca capacidades para formular políticas sólidas, generar inteligencia, administrar recursos, ejercer influencia a través de la regulación, brindar servicios de manera eficiente y garantizar la rendición de cuentas; incluso a través de procesos que permitan a los ciudadanos seleccionar y responsabilizar, monitorear y reemplazar al gobierno. La “rendición de cuentas” es un componente de la gobernanza que se refiere a la responsabilidad y la capacidad de un grupo para explicar sus acciones a otro” (WHO, 2008, pág. 3). En este caso la gobernanza tiene un sentido de sinónimo de políticas públicas además de usar conceptos normativos como: sólidas, inteligencia, eficiente. Es normativo puesto que depende de la perspectiva individual. La definición reconoce la influencia de actores externos, como transnacionales, y grupos de intereses nacionales. Sin embargo el documento no propone un enfoque definido para estudiar la gobernanza es decir un enfoque analítico lo cual muestra debilidad.

En 2014 Barbazza & Tello en una revisión de literatura sobre gobernanza (39 publicaciones 30 de ellas definieron la función de gobernanza en salud como responsabilidad, 9 estudios la definieron como gestión), no encuentran una definición aceptada universalmente sobre gobernanza, pero se apunta a procesos formales e informales que sirven para atribuir responsabilidad (rendición de cuentas) a actores en un sistema de salud. A menudo el concepto está asociado a nociones normativas de valores como (democrática, bueno, suficientemente bueno e inteligente) o sirve para establecer tipologías (gobernanza horizontal, en red, jerárquica, basada en el mercado). Barbazza & Tello concluyen que: “A pesar de una base de literatura cada vez mayor, se necesita un esfuerzo concertado para una comprensión más accesible de la gobernanza de la salud que sea práctica en la actualidad y procesable para los formuladores de políticas.” (2014, pág. 1).

La OMS-Europa publica el Interim report Supporting Health 2020 en cual define que la gobernanza para la salud: “se refiere a los procesos a través de los cuales los gobiernos y otras organizaciones sociales interactúan, se relacionan con los ciudadanos y toman decisiones en un mundo cada vez más complejo e interdependiente.” (WHO / Europe, 2012, pág. 1). La definición en opinión de Hufty es buena pero no propone una metodología de estudio sino se basa en la metodología de la política pública de la salud (Hufty, 2022). En la tabla 5 se presentan los comentarios que expone Marc Hufty sobre la definición de gobernanza.

Tabla No. 5
La definición de gobernanza comentada desde Marc Hufty.

Ámbito	Comentario
WHO (2000)	no define como tal la gobernanza, utiliza el termino de <i>stewardship</i> refiriéndose a la gestión cuidadosa y responsable de bienestar de la población. La gobernanza expresada desde la OMS se interpreta con un contenido normativo. La gobernanza en este sentido se utiliza más como liderazgo o dirección.
PNUD (2006)	define la gobernanza como el ejercicio que tiene la autoridad política, económica y administrativa para la gestión de un país en distintos niveles. Lo cual incluye los complejos mecanismos, procesos, relaciones e instituciones por medio de los cuales los ciudadanos, los grupos modulan sus intereses, y practican sus derechos, obligaciones, e intervienen en sus diferencias
WHO (2008)	la gobernanza tiene un sentido de sinónimo de políticas públicas además de usar conceptos normativos como: sólidas, inteligencia, eficiente. Es normativo puesto que depende de la perspectiva individual. La definición reconoce la influencia de actores externos, como transnacionales, y grupos de intereses nacionales. Sin embargo el documento no propone un enfoque definido para estudiar la gobernanza es decir un enfoque analítico lo cual muestra debilidad.
Barbazza & Tello (2014)	procesos formales e informales que sirven para atribuir responsabilidad (rendición de cuentas) a actores en un sistema de salud. A menudo el concepto está asociado a nociones normativas de valores como (democrática, bueno, suficientemente bueno e inteligente) o sirve para establecer tipologías (gobernanza horizontal, en red, jerárquica, basada en el mercado).
WHO / Europe (2012)	es buena pero no propone una metodología de estudio sino se basa en la metodología de la política pública de la salud

Fuente: Elaboración propia con base a datos de la sección 2.2.1.1.

El uso del términos de gobernanza en publicaciones recientes se muestra que hace múltiples usos del término, existen pocas definiciones y no hay una metodología clara para su estudio (Anthony, Roliza, & Lai, 2019) (Ansell, C., & Torfing, J. (Eds.), 2022).

2.2.1.2. Los enfoques de la gobernanza desde Marc Hufty.

Hufty identifica cuatro enfoques aplicados para el estudio de la gobernanza a partir de los estudios realizados en el ámbito de los Estados Unidos en los años 70 donde el análisis se centró en dos tipos de organizaciones: universidades y empresas. Entre los enfoques se identifican cuatro:

A) El enfoque de gobernanza de las organizaciones

La gobernanza de las organizaciones se observa en el pilotaje de empresas y universidades entre los años 1970 a 1980 que emplea como base conceptual la Economía Institucional propuesta por Ronald Coase, Oliver Williamson y Douglas North. El interés del enfoque era responder ¿Cómo desarrollar mecanismos efectivos de coordinación entre las unidades fragmentadas de una empresa u organización? Elton Mayo es quien desde la teoría de las organizaciones estudia los mecanismos de coordinación no jerárquicos. La coordinación de las unidades de una organización es vertical y horizontal, formal e informal – reintroduce lo político y sociológico en la gestión, lo que implica negociaciones, arbitraje, costos de transacción. En este enfoque se busca las soluciones normativas: eficiente (al menor costo) en organizaciones. (Hufty, 2010)

B) El enfoque de la gobernanza global

Se desarrolla desde el campo de las relaciones internacionales donde la gobernanza es un sistema de reglas destinado a resolver un problema de coordinación fuera de la autoridad central de un Estado (Hufty, 2010). La versión normativa se refiere a que es deseable una “mejor” gobernanza mundial y no

cuestiona la naturaleza de la regulación producida y su adecuación a los problemas como la desigualdad (Hufty, 2010). El concepto de gobernanza global se define como: el conjunto de distintos medios por los cuales los individuos y las instituciones, públicas y privadas, gestionan sus asuntos comunes. Es un proceso continuo de cooperación y adaptación entre intereses diversos y en conflicto. Incluye instituciones formales y regímenes con poderes ejecutorios, así como arreglos informales que las personas y las instituciones han acordado. (Commission on Global Governance, 1995) Este tipo de definición sobre la gobernanza en opinión de Hufty es un avance por no ser de tipo normativo (Hufty, 2010).

C) El enfoque de una “buena gobernanza” (governabilidad)

A finales de los años 80 el Banco Mundial busca un concepto metodológico destinado a identificar los lugares efectivos de poder tomando como definición que: “La gobernanza es la forma en que se ejerce el poder en la gestión de los recursos económicos y sociales de un país para el desarrollo. La buena gobernanza, para el Banco Mundial, es sinónimo de una gestión sólida del desarrollo.” (World Bank, 1992, pág. 1). Luego se convierte en “buena gobernanza / gobernabilidad” como un mecanismo de condicionalidad con criterios normativos la gobernanza es buena porque tiene: a) estado de derecho, b) buena administración, c) responsabilidad / rendición de cuentas y, d) transparencia, que son conceptos normativos que se pueden definir de varias maneras. Desde este enfoque de la gobernanza después de su uso como herramienta analítica pasó a ser una herramienta de transformación política de las sociedades. (Hufty, 2010).

D) El enfoque de la gobernanza moderna

El estado a finales de los años 70 en los países industrializados en general enfrenta crecientes problemas derivados de la globalización que se reflejó en la pérdida de eficiencia de las herramientas tradicionales (los cambios de la moneda, las aduanas con la integración, las políticas públicas al tener que

coordinar con muchos actores y estados). Ante lo cual hubo nuevos mecanismos de regulación de los bienes públicos como la descentralización, nueva gestión pública y la subcontratación (tercerización) de servicios públicos con empresas privadas. La racionalidad jerárquica del rol del estado fue reemplazada por el contenido de las *networks* o *partnerships*. Para describir este movimiento se utilizó el concepto de “gobernanza moderna” como un recurso analítico. Aparece su contrapartida normativa como fue la solución neoliberal a la crisis que el estado mínimo juega un papel facilitador. (Hufty, 2010) Desde este enfoque prevalece la idea que la descentralización es algo bueno porque quita poder al Estado central; y se supone que la nueva gestión pública impone el modo de gestión al Estado, la tercerización impide ampliar el Estado con gentes es decir que se vacía el Estado.

Zhang & Ran en un estudio teórico proponen un marco de “gobernanza activa en salud” para el análisis de determinantes sociales y determinantes del estilo de vida de la salud e indican que “el marco es una solución conceptual a los problemas de la literatura actual sobre políticas de salud y sirve prácticamente como una nueva guía para la formulación de políticas de salud” (2022, pág. 1). El marco propuesto por los autores se hizo con base a los resultados de una revisión narrativa de la literatura, presentar datos sólidos del empleo de la metodología es decir la aplicación del enfoque.

2.2.2. Qué no es la gobernanza en salud desde Marc Hufty.

El concepto de gobernanza se indica que carece de coherencia externa, puesto que no se diferencia claramente de términos cercanos tales como gobernabilidad, gobierno o gobernación. Tampoco tiene coherencia interna, puesto que no existe una definición consensual y estable de la gobernanza, se dice que la gobernanza es un término polisémico (Hufty, 2010).

La gobernanza no se debe basar en paradigmas mecanicistas que devienen del pensamiento científicista que limita la comprensión de los problemas de salud, no relativos a una relación causal del fenómeno salud-enfermedad (Hufty, 2010).

La gobernanza en salud no debe concebirse como un impreciso sinónimo de lo político o una excusa que induce soluciones antes del suceso de interés en salud (Hufty, 2010).

La gobernanza desde las ciencias sociales no tiene un rol instrumental para entender los obstáculos y la manera de superarlos (Hufty, 2010). La Gobernanza no se basa en un paradigma mecanicista, una ingeniería social que deja de lado los aportes más enriquecedores de las ciencias sociales (Hufty, 2010). Tiene afinidad con el paradigma positivista. La gobernanza no establece criterios para indicar lo que es la “buena gobernanza” sino más bien es una política considerada “neutral” (Hufty, 2010). La gobernanza no es un constructo valorativo de bueno o malo. La gobernanza se presenta y se expresa en contextos específicos cuyas relaciones de actores, reglas del juego y procesos dan cuenta de ella (Hufty, 2010). En la tabla 6 se presenta un resumen de lo que no es la gobernanza de acuerdo con las publicaciones de Hufty.

Tabla No. 6
La gobernanza no es desde Marc Hufty.

Ámbito	Explicación
El sistema político	Los procesos a través de los cuales la autoridad está representada en un grupo.
El Estado	El conjunto de las organizaciones con autoridad y monopolio de la fuerza legal en un territorio definido.
El gobierno	El grupo de personas con autoridad legal en un estado (ejecutivo).
Las políticas públicas	Las decisiones tomadas por el gobierno, desde la identificación de un problema hasta las acciones tomadas.
La gestión	El proceso de poner en adecuación recursos y finalidades.
La gobernabilidad	La capacidad de un sistema sociopolítico de controlarse.

Fuente: elaboración propia con base a (Hufty, 2022).

2.2.3. La gobernanza en modelo de atención en salud.

Los estudios de la gobernanza y la salud son innovadores y empleados en el análisis de la política en salud y de las prácticas del sistema de salud (Bazzani, 2010). La gobernanza se considera como una variable de tipo intermedia (Revista de Salud Pública, 2010) utilizada para la explicación de las características de contexto². Es una variable independiente para nuestro estudio formada por la organización del sistema de salud, su proceso histórico, los tipos de modelos de dotación de servicios en el primer nivel de atención en salud. La variable dependiente que se plantea es la inequidad en el acceso a los servicios del primer nivel de atención. Asimismo, el análisis de la gobernanza orienta las intervenciones posibles que inciden en los procesos que permiten incrementar los niveles de equidad y eficacia en el sistema de salud (Báscolo & Yavich, 2010) (Denis, et. al., 2010) (Álvaro, Emmanuel, & Luz M, 2010) (Flores & Gómez Sánchez, 2010).

La gobernanza se propone como marco de análisis tanto para el estudio de las nuevas políticas como para el análisis de la efectividad de los procesos de ejecución de las políticas que promueven un proceso de integración de las organizaciones de salud con base en atención primaria en salud (Báscolo, 2010). Esta forma de análisis permite la comprensión de la secuencia de pasos organizacionales y diferencia las relaciones sociales horizontales (de cooperación) y o las relaciones verticales (de jerarquía) (Báscolo, 2010) que describen los arquetipos explicativos en contextos delimitados, de tal forma que la investigación de cada modelo de caso se convierte en herramienta metodológica para elaborar el arquetipo de gobernanza desde el punto de vista analítico.

²: La Gobernanza como variable intermedia plantea el marco analítico basado en cinco categorías (1. Problema, 2. Actores, 3. Normas, 4. Puntos nodales, 5. Procesos) para el análisis de la implementación de los modelos de provisión de servicios del primer nivel de atención de salud. En este marco se identifica la gobernanza como variable intermedia, “condicionada por los rasgos del sistema y del contexto local (variables independientes) y condicionando determinados resultados en cuanto al desempeño de los servicios (variables dependientes).” (Hufty, M., Báscolo, E., y Bazzani, R., 2006, pág. S41)

Este estudio toma los modelos de servicios de salud del primer nivel de atención en salud y articula los elementos del análisis de la gobernanza. El análisis de cada uno de los modelos de entrega de servicios permite conocer “las normas burocráticas (integración vertical) o incentivos económicos (contratos)” (Báscolo, 2010) que han sucedido en el proceso de la reforma del sistema de salud en el periodo bajo estudio.

En el estudio de la reforma de sistemas de salud se utilizan 3 conceptos de gobernanza: a) las propiedades de las instituciones como condicionantes del desempeño de los servicios, b) las normas de los procesos de producción de los servicios de salud (*gobernanza democrática y participación de los usuarios*, gestores, políticos y proveedores de servicios de salud) y, c) los cambios del sistema de servicios de salud en cuanto a los procesos y los nuevos modos de gobernanza y la sustentación en procesos políticos (Báscolo, 2011).

La gobernanza en salud estudia a la política pública que se origina en torno a los modelos de servicios del primer nivel de atención así como los mecanismos que consolidan distintas dimensiones de poder en los actores sociales (Báscolo, 2010). La dinámica social de interacción entre las organizaciones prestadoras de servicios, en el escenario de Guatemala, requiere de estudios para comprender los marcos de regulación que serán necesarios para su funcionamiento.

Un estudio previo realizado en Guatemala sobre los programas de mortalidad materna, ponen a prueba el nivel de alcance que tiene el marco analítico de la gobernanza (López, Arredondo, & Orozco, 2014). El trabajo empírico requiere una revisión exhaustiva de entrevistas con los actores políticos y de la sociedad civil que interactúan en los procesos de prestación de servicios. Los distintos niveles de análisis para la tesis doctoral son complementarios para comprender los procesos que explican por qué la gobernanza se sucede de una u otra forma.

Flores señala que la gobernanza se concibe como un proceso en el cual los actores y organizaciones sociales median en marcos normativos adscritos a formas de poder (2010). Ese enfoque de la gobernanza relaciona los principios éticos y metodológicos, de tal forma que se triangula las relaciones de poder

entre los procesos y el sistema de salud en la toma de decisiones. Decisiones que podrían satisfacer las necesidades de la mayoría, o no necesariamente. En este punto la reivindicación de principios de equidad, solidaridad y eficiencia se inscriben en el sistema de salud (Flores, 2010).

Este aporte conceptual señala la importancia que tienen las relaciones de poder en los procesos de toma de decisión. Es explicativo del por qué algunos países de la región muestran diferencias en los procesos de reforma del sistema de salud (Flores, 2010). Esta propuesta trata de vincular un punto de equilibrio entre el enfoque normativo y el enfoque analítico. Mi propuesta de tesis doctoral se aproxima a la delimitación de la norma, con un estudio riguroso de los dispositivos que regulan el funcionamiento de los distintos modelos de servicios de salud del primer nivel de atención. El análisis se realiza a través del tiempo con el estudio de las políticas, las leyes y los reglamentos vinculados a los modelos.

Hufty (2022) define a la gobernanza como los procesos colectivos formales e informales de toma de decisión y de elaboración social con relación a asuntos públicos. Arredondo (2009) define la gobernanza como la investigación de los factores que regulan la interacción de actores, la mecánica de los procesos y las reglas del juego (informales y formales), a través de las cuales una sociedad decide e incorpora sus decisiones en el medio de la salud (relación entre la democracia y la salud). Las definiciones anteriores de gobernanza sirven para orientar la propuesta metodológica de mi tesis doctoral, dado que las relaciones de poder (Flores, 2011) en la sociedad actual tienen como marco político la vida en democracia, donde se genera tensión en la interacción de los actores, en sus marcos normativos (que atienden a formas culturales ancestrales) e instituciones legales distintas, frecuentemente mixtas entre lo ancestral y lo legal (López Dávila, 2007).

Utilizamos la gobernanza para el análisis de la capacidad de respuesta del sistema socio político en la conducción de los modelos de provisión de servicios en el primer nivel de atención (Arredondo, et. al., 2010). La gobernanza propone analizar la capacidad del desempeño de los actores, los programas de provisión

de servicios de salud, las estrategias diseñadas y la política del gobierno (Arredondo, et. al., 2010).

Estudios realizados sobre gobernanza en salud (Arredondo A. , 2009) (Arredondo, et. al., 2010) (Arredondo, Orozco & Castañeda, 2005) (Arredondo & Orozco, 2008) (López, Arredondo & Orozco, 2014) proponen los siguientes nueve indicadores de procesos que circunscriben la gobernanza como una herramienta de análisis que pueden apoyar de programas y políticas en salud con un estándar predeterminado con mayor peso de los indicadores de la administrativos pública:

- 1) Capacidad de planeación y de formulación de políticas.
- 2) Capacidad legislativa sectorial.
- 3) Capacidad operativa de gobierno.
- 4) Capacidad y habilidad directiva del funcionario líder y de los decisores.
- 5) Estabilidad política y conflictiva sectorial.
- 6) Relaciones de los proveedores con usuarios y la sociedad civil en general.
- 7) Participación social en salud.
- 8) Transparencia en la gestión.
- 9) Participación directa en salud.

Los indicadores, enumerados son herramientas técnicas que estudian la gobernanza desde la salud pública con una aproximación de técnicas cualitativas y cuantitativas. También, ofrecen datos para elaborar los procesos para hacer propuestas de políticas públicas sobre la base de principios de equidad, igualdad y justicia social. Nos referimos a lo que otros autores, definen como la gobernanza democrática (Flores, 2011). Nuestra propuesta de tesis doctoral se basará en el MAG (Marco Analítico de Gobernanza) y algunos de los indicadores antes enumerados que permitieron presentar los hallazgos en el capítulo de análisis.

2.2.4. La gobernanza como categoría analítica.

Hufty propone que la gobernanza tiene aportes de contenido teórico, y como una herramienta de análisis metodológico en temas de salud pública (Hufty, 2010). La gobernanza en salud pública presenta coherencia conceptual en la aplicación del concepto “gobernanza” con una acentuada afinidad con la normatividad al emplearse en plantear cómo deberían de ser los hechos no cómo son (Hufty, 2010). En el desarrollo de aplicación teórica requiere la descripción de como son los casos para ello se emplean técnicas que permiten la descripción de procesos históricos que están en la base de los hechos sociales en salud (Hufty, 2010).

La gobernanza es una herramienta heurística de diagnóstico para lo cual requiere identificar los factores políticos que limitan la eficiencia de la organización de los servicios sanitarios para proponer soluciones (Hufty, 2010). La gobernanza en salud se apoya en las ciencias sociales de las cuales toma herramientas que le permiten la comprensión de los obstáculos y cómo resolverlos (Hufty, 2010). Desde las ciencias sociales la gobernanza se apoya en un paradigma que va más allá de las técnicas, en tanto que aborda los problemas de salud desde un pensamiento complejo (Hufty, 2010). En efecto, las ciencias sociales y la sociología ofrecen instrumentos y marcos de análisis de los determinantes de la salud muy valiosos y útiles para la Gobernanza.

Las dimensiones que presenta las ciencias sociales para comprender la gobernanza en salud no se presentan a primera vista, como son las relaciones de poder o el papel de las instituciones en la definición de problemas de salud (Hufty, 2010). La gobernanza aborda el estudio y comprensión de la política pública que incide en la salud como un medio de resolución de problemas (Hufty, 2010). Comprende la variedad de intereses de los actores políticos permite entender mejor las reglas del juego que en la gobernanza son explicativas de las posiciones de intereses contradictorios, no siempre económicas, sino ideológicas (Hufty, 2010). La gobernanza en salud retoma los procesos que se construyen entre modelos que procuran incidir en la resolución o abordaje de una problemática en salud, dado un mismo contexto social, cultural, económico y geográfico (Hufty, 2010).

La gobernanza en salud requiere fundamentarse en las herramientas que exploran el problema de salud desde las bases complejas que las ciencias sociales pueden estudiar e interpretar (Hufty, 2010). En consecuencia, la gobernanza se apoya en las ciencias comprensiva, constructivista, críticas no lineales y realistas (Hufty, 2010). La gobernanza se apoya en marcos normativos apuntando al cambio social y los sistemas de coordinación no jerárquicos para lo cual explora a los actores y lugares en la toma de decisiones que discurren entre lo formal y lo informal (Hufty, 2010).

La presente tesis hace uso del Marco Analítico de Gobernanza (MAG) como herramienta metodológica. Para ello utilizamos las 5 categorías propuestas por Marc Hufty (2022) (2010) (2009): a) El problema que se debe analizar, b) Actores, c) Normas, d) Procesos, e) Puntos nodales.

El **problema** que se requiere analizar tiene dos postulados: 1) cada actor tiene una percepción distinta del mismo problema, entre ellos el observador (investigador), 2) cada actor tiene sus propios intereses, su historia, y su cultura. La definición del problema que precisamente se quiere estudiar se debe deconstruir y reconstruir. Para ello se toman aspectos como: la historia, contexto, y percepción de valores de actores (Hufty, 2022) (Hufty, 2010) (Hufty, 2009).

Los **actores** se identifican de manera individual o colectiva, quienes a través de sus acciones inciden en la formulación de normas. Cada actor tiene interés en el problema identificado, juega un rol, gana o pierde algo, e influye en el proceso. Se pueden clasificar los actores en: secundarios, pertinentes y estratégicos, con base a criterios de recursos, movilización, impacto, influencia, etc. Se pueden emplear distintas herramientas para su estudio (Hufty, 2010). Nosotros empleamos PolicyMaker para esta categoría de análisis. Prats aborda las reglas del juego (2001) como una dimensión fundamental de la gobernanza, observada en el plano formal e informal donde se desarrollan las interacciones entre los actores ligadas a intereses de tipo económicos y políticos. Los actores, procesos y reglas pueden ser formales con reconocimiento legal o informales y con efectos combinados por medio del sistema de salud (Arredondo, et. al., 2010).

Las **normas** son estudiadas, por medio de las reglas del juego, en tres categorías: a) las *meta normas* que son reglas reconocidas y aceptadas por todos, lo que permite que se reproduzcan en las normas, son de carácter global en salud, b) las *normas constitutivas* que son sometidas a la averiguación social para el debate, reproducción o cambio, contenidas en las reglas del juego y, c) las *normas regulativas* que definen las reglas de conducta y precisan sanciones positivas o negativas leyes o dispositivos legales (Hufty, 2010). Las normas se analizan en tres niveles: 1) Internacional, 2) Nacional y, 3) Local. Para ello se construye una matriz que valora 3 etapas: 1) elaboración, 2) transmisión y, 3) reacción, el objetivo de la matriz es explicar cómo se formulan las normas, se transmiten y se reciben para luego ser reinterpretadas, internalizadas o rechazadas y se observan sus consecuencias (Hufty, 2010) (Hufty, 2022).

Los **procesos** se estudian a través de los momentos que contiene un hecho social. Los hechos sociales son dinámicos y se observan por medio de la revisión histórica de los arquetipos de gobernanza. El estudio de los **procesos** se puede identificar con la secuencia de sucesos que permite conocer la trayectoria por la cual se desarrollan los procesos y localizar los factores favorables o no favorables para el cambio (Hufty, 2010). La tesis se basa en un periodo de tiempo 1996 -2016 lo que permite observar el proceso la posición de actores en un punto inicial intermedio y final, valorar la llegada de meta normas, la construcción de normas regulativas y las normas constitutivas que surgen en lo local.

Los **nodos** son espacios concretos o implícitos donde concurren las categorías de los procesos (espacio y tiempo), el problema, los actores y las normas. En ellos es donde se toman decisiones y se concluyen convenios que permiten la elaboración de normas sociales (Hufty, 2010). Estos espacios permiten la interacción entre actores de distinto nivel, se suceden en procesos de gobernanza dónde se toman decisiones, se generan normas legales o sociales, o reglas, hay procesos de negociación, o confrontación. Son espacios de observación directa o indirecta. Para fines de esta tesis doctoral se tienen las dos modalidades: I) observación directa en ciertos conclave de mesas de discusión, foros abiertos de expertos y II) el trabajo de campo con entrevistas individuales o grupales.

La sucesión de los nodos es valorada por medio del análisis de los procesos, las interacciones entre actores y las reglas de juego (Hufty, 2010). A través de los puntos nodales sucede la comprensión y resolución del problema concreto bajo estudio. En esta tesis doctoral formulamos como problema **la inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención** de tal forma que los puntos nodales identificados dan las bases para formular intervenciones que tiene el potencial de incrementar la equidad como parte de la solución del problema.

2.3. Las categorías de interpretación (marco de interpretación).

2.3.1. El género.

El género como recurso teórico sociológico se emplea en el análisis de la desigualdad en las relaciones o ámbitos entre hombres (masculinos) y mujeres (femeninos) que afectan a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder (OPS/OMS, 2004). En grupos sociales campesino, donde se caracteriza a la familia como la unidad de consumo-producción, el rol de la mujer se observa en el cuidado de los hijos. Las desigualdades sociales en el acceso a medios de producción, servicios de salud, educación y oportunidades sociales de poder, indican en las estructuras sociales que permiten la interacción de actores sociales. Un estudio realizado en Guatemala comprueba la doble discriminación que en el terreno político afecta a las mujeres, con participación limitada, en los cargos que obtienen, de menor jerarquía dentro de los concejos municipales” (Manzo & Enrique, 2001).

Cuando se menciona la “gobernanza sensible al género” se refiere a identificar los procesos de gobernanza a distintos niveles, así como identificar la diversidad de los ciudadanos por medio de su sexo, sexualidad y etnia (Brody, 2009). Brody advierte de la necesidad de reconocer en las políticas los procesos y las tradiciones actuales, y la existencia de desigualdades ancestrales. Esas desigualdades deben ser confrontadas con el objeto de introducir el enfoque de género en la reforma (Brody, 2009). Uno de los argumentos que fundamenta la inclusión del enfoque de género es la falta de un trato equitativo a las mujeres

en las instituciones y en los procesos de gobernanza (Brody, 2009). Una premisa más frecuente señala a la división actual entre el ámbito público y privado, lo que provoca restricciones en la intervención de las mujeres en la gobernanza (Brody, 2009). La inclusión de la mujer en los niveles de la toma de decisión se fundamenta en el derecho ciudadano de participar en las tomas de decisiones relacionadas con su quehacer. En los temas de salud, se conoce que las instituciones de gobernanza delimitan cómo sitúan los recursos públicos y si los servicios consideran las necesidades en salud de las mujeres (Brody, 2009).

El tema de género en contexto social y político guatemalteco de representación de la mujer cobra importancia por la baja implicación que ha tenido la mujer. De esa cuenta se tiene como dato que solo una mujer ha sido Ministra en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el período 1 de agosto 2016 – 27 de agosto 2017, dando un giro importante a la política sanitaria en el primer nivel de atención. El tema de género también está presente en la lucha por la reivindicación de los derechos de la mujer. Un ejemplo es la mortalidad materna que ha logrado incidir en la generación de la Leyes, políticas y programas que han tenido en su génesis a las organizaciones de mujeres cada vez más presentes en el ámbito político desde hace 20 años (López, Arredondo, & Orozco, 2014).

La tesis quiere incidir también en el papel de las inequidades de género en el uso y financiación de la atención en salud. Se entiende que esas desigualdades son resultado de las asimetrías de género en dos niveles: el macroeconómico y el microeconómico en la redistribución de los recursos. Para dirigir políticas de respuesta a esas inequidades se debe incrementar el entendimiento de las necesidades y limitaciones de género relacionadas con la estructura social y el sistema de salud (Gómez, 2002).

Existe evidencia del efecto de las asimetrías jerárquicas entre géneros, así como de las interrelaciones que son fuentes de inequidad. Además, se reconocen grados de vulnerabilidad relativa en los roles sociales que mujeres y hombres “pueden y deben cumplir en el marco del patriarcado” (Tajer, 2004). La gobernanza en salud, desde una perspectiva de género, debe procurar una

democracia paritaria. Es un reto que exige abrir los espacios de discusión en la política de salud. En algunos, sistemas de salud la discusión forma parte ya de la agenda política (López P, et. al., (Comp.), 2003).

La participación política de la mujer en las instituciones de toma de decisión tiene relevancia sobre todo en sociedades donde los procesos democráticos son débiles. Diversas organizaciones de mujeres trabajan para modificar las condiciones sociales y la posición jurídica (Bareiro, & Torres, 2010). Los marcos legislativos de participación ciudadana en Guatemala permiten la incorporación de representantes en los diversos Concejos Comunales de Desarrollo. Sin embargo, la subrepresentación de las mujeres en esos concejos debe ser confrontada con la sobre representación masculina. En algunos países de la región la subrepresentación femenina está superada con el uso de las cuotas de participación (Bareiro, & Torres , 2010). Este elemento de género debe trabajarse de manera meticulosa dado que las desigualdades de acceso y oportunidad de participación social están enmarcadas en los patrones culturales de una sociedad diversa como la de Guatemala donde el devenir histórico y social se caracteriza por un fuerte arraigo del machismo lo que limita la participación social de la mujer.

El concepto de género es utilizado en esta tesis doctoral como la interrelación de desigualdad entre mujeres y hombres en la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder (OPS, 2004).

2.3.2. Participación social.

La reforma sectorial toma como objetivo la participación social (Barrillas, 2004). Los mecanismos para facilitar esta participación y el control social son aún débiles (Celedón & Noé, 2000). Hasta la fecha, la participación comunitaria se ha concebido como instrumental (Flores & Ruano, 2009). El SIAS (Sistema Integral de Atención en Salud) descansa en el apoyo de voluntarios de salud, pertenecientes a las mismas comunidades donde los modelos de servicios del primer nivel de atención en salud se desarrollan (Barrillas, 2004). Los voluntarios

son el primer contacto entre la comunidad y el modelo de atención del sistema de servicios de salud. Aunque, se establece la necesidad de que exista una contraparte organizativa de la comunidad, las que existen generalmente no son organizaciones comunitarias, formales y legalmente constituidas, ni específicamente vinculadas a la promoción y cuidado, de la salud (Barrillas, 2004).

La participación social tiene el respaldo legal en la promulgación del Decreto Número 11-2002 Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. Este Decreto tiene como objetivo la organización y coordinación de la administración pública por medio de la formulación de políticas para el desarrollo de planes y programas presupuestarios con base a la coordinación interinstitucional pública y privada (SCEP, 2005). Interesa en particular el COCODE (Consejo Comunitario de Desarrollo), el COMUDE (Consejo Municipal de Desarrollo) y el CODEDE (Consejo Departamental de Desarrollo). A la Reforma y la Participación Ciudadana, se une el Decreto Número 12-2002 del Código Municipal que contiene la participación social en el Título IV Información y Participación Ciudadana (SCEP, 2005).

La política en salud es formulada desde el órgano central de gobierno en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Los actores sociales vinculados en las políticas del primer nivel de atención son los prestadores de servicios y las comunidades receptoras, quienes no tienen posibilidad de participar en la planificación de las acciones. El gobierno promueve la participación ciudadana en el nivel local con la descentralización de recursos económicos del presupuesto del Estado transferido a las municipalidades para incorporar la estrategia conocida como la municipalización de los servicios de salud. Esta estrategia se incorpora a las poblaciones rurales en Guatemala, las cuales tienen procesos de desarrollo y niveles de organización social desiguales (CEAR, 1993) (López Dávila, 2007). En el ámbito nacional se tienen los principios de la democratización y la equidad en salud que rigen la participación comunitaria y están respaldados en la normativa nacional (SCEP, 2005).

El proceso salud-enfermedad compromete la política de Estado y su interrelación con todos los actores prestadores de servicio. También los proyectos de desarrollo rural que, directa o indirectamente, mejoran la calidad de vida o propician condiciones sociales y económicas para la adaptación de las comunidades a su entorno (Jarillo Soto & Guinsberg, 2007). La participación comunitaria juega un rol esencial en la incidencia política. Es decir, cómo desde las necesidades de la comunidad y a través del poder local, se logra incidir en la toma de decisiones de las distintas instancias de poder político (López Dávila, 2007).

En el marco de la reforma del sistema de salud se menciona el papel de la participación social (OPS/OMS, 2000). Sin embargo, no se tiene información del estado actual de esa participación con respecto a la gestión que tienen las agencias promotoras de salud. Un trabajo realizado en el contexto de Colombia sobre la participación social en salud que recoge información de las percepciones de los actores principales concluye que los usuarios y líderes son actores importantes “para configurarse en interlocutores clave con las instituciones y el estado” (Delgado-Gallego & Vázquez-Navarrete, 2006).

En relación con la reestructuración de un sistema de salud, algunos autores apuntan que deben confluír cuatro funciones: a) modulación; b) financiamiento; c) articulación y; d) prestación. Son las mismas que sientan las bases para identificar los principales modelos institucionales (Londoño & Frenk, 1997). Al discutir la temática de sistema de salud y participación social en un marco de integración es relevante el papel que tiene la población y las instituciones. Londoño & Frenk agregan que el elemento histórico ayuda a entender las relaciones en el sistema de salud (1997). Las poblaciones originarias de Guatemala obedecen a patrones históricos culturales que en las instituciones prestadoras de servicios de salud están débilmente tomados en cuenta. La garantía de derechos a la salud basados en aspectos ancestrales de las formas de resolver problemas de salud no está presente, y no genera interlocutores aceptados entre los prestadores de servicios de salud del primer nivel de atención que permita la integración de poblaciones.

El contexto social y cultural de Guatemala supone un entrelazado social complejo por la coexistencia de varias etnias en territorios que comparten los servicios de salud. Estas condiciones afectan a las interrelaciones que se suceden entre los modelos de provisión de servicios del primer nivel de atención y el impacto de los programas reflejado en sus indicadores de salud.

De ahí que la segmentación de los servicios, caracterizado por la segregación de los diversos grupos sociales en sus nichos institucionales respectivos, repercute en el SIAS (Sistema Integrado de Atención en Salud) en Guatemala (Barrillas, 1997). Por ello, la participación social, a pesar de tener un marco legal de operación (SCEP, 2005) en realidad no está integrada. Al contrario, genera una fuerte discusión de poderes paralelos en los que los vicios del proselitismo están presentes. (López Dávila, 2007).

El manejo de poderes paralelos en la prestación de servicios del primer nivel de atención en Guatemala se observa en la segmentación del sistema de salud, un sistema caracterizado por la integración vertical con segregación horizontal frente a las necesidades de salud de la población indígena (Londoño J. L., 1997). La estructura social del país caracterizada por la desigualdad social (SEGEPLAN, 2005) es un aspecto fundamental de los determinantes sociales en salud. En el contexto político y social de Guatemala no es posible generar cambios positivos que incidan en las mejoras de las condiciones de salud de la población y por tanto limitan los alcances que se pueden tener desde el sistema de salud. Por ello, el reto de la política pública con un enfoque sistémico requiere de mayor integración intersectorial.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia social debe establecer la orientación estratégica al sistema en su conjunto desde un modelo de pluralismo estructurado (Londoño & Frenk, 1997). Se realza, en el caso de Guatemala, la falta de integración entre la participación social en salud y la delimitación de necesidades en salud. La modulación (Londoño & Frenk, 1997) debe de integrar la movilización social de manera prioritaria en el desarrollo del sistema, incluyendo la participación comunitaria como eje central de esa integración.

Fruto de la división étnica del país, también se hace necesario considerar la planeación estratégica con una orientación territorial (PNUD, 2010). Centrar la regulación del sistema de una manera descentralizada para así posibilitar la autonomía local. Con ello, se garantizaría el respeto a los principios éticos de igualdad entre los pueblos. La actividad reguladora tiene un papel importante en este aspecto (Londoño J. L., 1997), al considerar de manera prioritaria la asimetría de información (Flores & Gómez Sánchez, 2010) entre pueblos indígenas y proveedores de atención.

Desde un punto de vista teórico, se puede reflexionar sobre el establecimiento de un sistema integrador para la modulación de la función descuidada (Londoño J. L., 1997). La participación social se convierte en el motor generador de la interacción entre los actores donde interactúan la mecánica de procesos y reglas de juego con la relación que se sucede entre la democracia y salud (Arredondo A. , 2009). La determinación de prioridades debe enmarcarse por tanto en una redefinición ética de la equidad vertical que sea compatible con el criterio de eficiencia.

En ese marco, se entiende por participación social en salud la presencia y extensión del voluntariado en salud, líderes de ONG's, la participación comunitaria y de los órganos sectoriales destinados a la promoción y seguimiento de esa participación social (Arredondo A. , 2009, pág. 49). La rectoría busca con ello, la cohesión de intereses entre los beneficiarios de los servicios y los modelos de atención en salud.

La definición de participación social muestra una alta complejidad en contextos específicos (Menéndez, E. & Spinelli, H. (coords.), 2006). El trabajo empírico de la tesis exige que en la aproximación a esa noción de "Participación social" se empleen técnicas que permitan su caracterización y análisis. Adquieren relevancia los patrones culturales que subyacen en formas de poder (Arredondo A. , 2009).

Para materializar la concepción de un modelo de pluralismo estructural (Londoño & Frenk, 1997) se requiere la consolidación de un sistema de salud coherente

con las dinámicas que se construyen en contextos donde la diversidad cultural e histórica generan estructuras sociales complejas, estructuras caracterizadas por la desigualdad, social y económica.

Esta investigación de tesis doctoral apunta a reconocer la participación social que opera de manera informal y/o formal. La participación social, puede ser la herramienta para promover programas que integren formas organizadas de carácter informal en la provisión de servicios. La participación social en las zonas rurales incluye las redes sociales como formas naturales de organización entre las familias, son redes basadas en el parentesco en gran medida (Mendizabal, 2006). Las redes sociales tienen importancia en la política en salud pública por ser estructuras funcionales que facilitan los procesos. En ese sentido Mendizabal observa en Cambodia que las redes sociales muestran un efecto mediador en el sector salud (2006).

Una revisión sistemática sobre el efecto que tienen el capital social en la salud se realizó en el año 2012 resalta en su conclusión que: “Si los hallazgos epidemiológicos sobre la asociación entre el capital social y la salud se van a poner en práctica, debemos recopilar evidencia adicional y explorar la viabilidad de las intervenciones que construyen el capital social como un medio para promover la salud.” (Murayama, Fujiwara, & Kawachi, 2012, pág. 1).

Un estudio realizado en China (He, et. al., 2021) muestra la utilidad intermediaria del capital social como este afecta indirectamente la salud física y mental, el capital social tiene efectos positivos en la salud física y mental. Al mismo tiempo, la desigualdad de ingresos y los efectos del capital social en la salud física y mental existen diferencias regionales, diferencias urbano-rurales y diferencias de género. Agregan que en el desarrollo de políticas especiales para apoyar y atender a los grupos vulnerables, se debe prestar especial atención a las áreas rurales pobres y los grupos de mujeres.

Una revisión sistemática más reciente sobre capital social y salud evidencia la dificultad para desentrañar los componentes que inciden en el capital social y como se relaciona una determinada dimensión con los mejores resultados de

salud que otros (Ehsan, et. al., 2019). Los autores concluyen que es imposible comprender completamente cómo el capital social influye en la salud sin comprender la interacción entre qué, quién, cuándo, dónde y por qué. Las interacciones entre la multidimensionalidad del capital social, la dinámica entre los actores, el tiempo, los contextos y los mecanismos psicológicos subyacentes son útiles para considerar en la relación entre el capital social y la salud.

Desde la gobernanza se analiza también el sistema de las redes sociales. Cómo estas se articulan con la cultura local, qué formas toman y cómo son expresión de diferentes fuentes de poder (Orozco et. al., 2009). Existe evidencia, que estudia el papel que tienen las redes sociales y cómo éstas se mueven entre las reglas informales y formales (Orozco et. al., 2009). (López, Arredondo, & Orozco, 2014). Para analizar el papel de las redes sociales en la gobernanza se tiene que delimitar cuándo una red social es formal. Al respecto. existen cuatro consideraciones: a) formación, b) organización, c) formalización y, d) la institucionalización, de las relaciones (Mendizabal, 2006).

2.3.2.1. Participación Social como categoría teórica.

Existen trabajos sobre la participación social que consideran los aspectos económicos, sociales, políticos, culturales e ideológicos (Flores, Ruano, & Phe, 2009) (Flores & Ruano, 2009) (Menéndez, E. & Spinelli, H. (coords.), 2006). Los indicadores propuestos se basan en los principales obstáculos para el desarrollo de la participación ciudadana en la sociedad democrática, en el derecho de la gente a delimitar las reglas del juego, los derechos y las obligaciones y tener mecanismos para asegurar que los derechos estén vigentes (Celedón & Noé, 2000). En general en América Latina la formulación de política en el sector salud se realiza desde un nivel central con una baja participación social y baja adecuación a la realidad local (Celedón & Noé, 2000). Desde los derechos humanos basados en principios democráticos, la ciudadanía ejerce el cuestionamiento, debate, toma de decisiones y otros aspectos de la vida política pública y privada (Flores & Ruano, 2009), en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional.

La reforma del sector salud, en tanto que es un proceso se convierte a su vez en una ocasión para impulsar la participación y el control ciudadanos sobre el sistema de salud, dado que se observa un bajo nivel de estos mecanismos en los diferentes sistemas (Celedón & Noé, 2000). En el inicio de reforma el planteamiento de las políticas no considera la participación ciudadana en tanto que hoy en día sucede presión para la incorporar a los ciudadanos (Celedón & Noé, 2000).

Celedón y Noé (2000) señalan que en una sociedad democrática la participación ciudadana en materia de salud tiene las siguiente formas:

- a) en el concepto de gratuidad de la salud, que concibe la participación social como los beneficios transferidos a las personas en los países donde el sector público sanitario asume la responsabilidad predominante;
- b) la participación social considerada como apoyo a la promoción de la salud. Lo que propicia entre los proveedores de servicios y la ciudadanía relaciones subalternas en las cuales la participación social es considerado como voluntariado que se convierte en un medio para obtener los fines del estado;
- c) la participación comunitaria es promovida desde las organizaciones no gubernamentales y proporciona una comprensión integral de la ciudadanía. Sin embargo, en una sociedad moderna, los intereses, visiones y modos de vida de las personas, no están totalmente representados a través de las formas que se utilizan para promover este tipo de participación de la “comunidad”, donde la “heterogeneidad” no permite tener a un único interlocutor que actué en representación de la diversidad.
- d) Un enfoque más moderna de participación reconoce a las personas como usuarios y al mismo tiempo como ciudadanos ante quienes el sistema de salud es responsable de la calidad y pertinencia del servicio, también como uso eficiente de los recursos. (Celedón & Noé, 2000).

La legislación guatemalteca (SCEP, 2005) genera las condiciones para la participación ciudadana en la toma de decisiones en salud en el nivel local. Varios estudios identifican el contexto social y cultural en el cual sucede la participación social en un entorno con efectos de la violencia, los gobiernos paralelos y la manipulación de las formas de representación local para fines partidistas (López Dávila, 2007) (Flores & Gómez, 2010) (Flores, Ruano, & Phe, 2009).

La Participación Social contiene el tema de género desde una perspectiva de los derechos ciudadanos que tienen los hombres y mujeres en su capacidad de afectar los factores y procesos que influyen su salud.

Conclusión de capítulo.

El capítulo se desarrolló con base a la revisión de literatura de publicaciones científicas de distinto nivel de evidencia en las cuales se puede identificar los diversos usos que ha tomado la gobernanza. Se revisó literatura sobre las categorías de análisis propuestas como recurso metodológico para el estudio de la gobernanza a partir de la década del 2000, sus aportes en la revisión de programas de salud. En este capítulo se muestra un especial interés en los aportes teóricos que hace Hufty sobre el desarrollo de la gobernanza. También en este capítulo se hizo la construcción de argumentos teóricos de diversos autores que permiten la identificación del objeto de estudio de esta tesis doctoral. Finalmente se presentan las categorías que conforman el marco interpretativo desde el enfoque sociológico.

En el próximo capítulo se hace una revisión documental de la política sanitaria que tuvo vigencia en cada periodo de gobierno durante los años de 1996 a 2016 con el objeto de conocer las variaciones e intereses que tuvo la agenda política en torno a la reforma del sistema de salud para el primer nivel de atención.

Capítulo 3. Política sanitaria de Guatemala.

El contenido del capítulo aporta el contexto demográfico y geopolítico de las localidades en las cuales se realizó el estudio de campo, lo que ha de permitir la comprensión en la cual se sucede el trabajo sociológico del análisis de gobernanza. En particular se desarrolla el contexto del momento en el cual se suceden los tres modelos de atención primaria en salud. En primer lugar, se describe el período que dio inicio a los cambios de la política en salud para la introducción del modelo de extensión de cobertura, el marco social y político que se acompañó de los Acuerdos Paz suscritos entre la guerrilla guatemalteca y el gobierno de Guatemala. En segundo lugar, se aborda lo que fue la consolidación del modelo de extensión de cobertura que a pesar de las dificultades operativas fue ganando auge en su expansión. En este mismo periodo de gobierno hizo su aparición en dos municipios el modelo incluyente en salud. En tercer lugar, se caracteriza la política que amplió los servicios del primer nivel del modelo tradicional caracterizado por la saturación de personal de salud en los espacios restringidos de los puestos y centros de salud con un bajo impacto en los indicadores de productividad. En cuarto lugar, se presenta la política sanitaria que cerró el modelo de extensión de cobertura.

3.1. Contexto demográfico y administrativo de localidades en estudio.

3.1.1. Demográfico.

El trabajo de tesis considero dos departamentos en los cuales se instaló los modelos bajo estudio, uno de la región del occidente del país en Sololá con 474.240 habitantes de los cuales 31.3% de población es 0-14 años, y otro en la región noroccidente Huehuetenango con 1 399 367 habitantes de los cuales el 38.1% de población es de 0 a 14 años (INE, 2021).

El departamento de Sololá se conforma por 19 municipios la población indígena representando el 95.2% del total, en su mayoría pertenece a los grupos étnicos k'iche', kaqchikel, mam, t'zutujil y sipakapense. El resto, 4.8%, son del grupo de ladinos. La población rural representa el 47.3% y el analfabetismo es del 24.5% (Ministerio de Economía, 2017)

El departamento de Huehuetenango se conforma por 32 municipios de los siguientes grupos étnicos: Mam, Q'anjob'al, Popt' (Jakalteco), Chuj, Akateko, K'iché, Awakateko, Tektiteko y Chalchiteko que reúnen al 65% del total de la población departamental (SEGEPLAN, 2011). El departamento cuenta con un 67.6% de población rural que vive en condición de pobreza (Banco Mundial, 2021).

3.1.2. Administrativo.

El poder político en Guatemala se elige cada 4 años y es el presidente de la república quien designa en las funciones del gobernador departamental quien representa el poder ejecutivo. El gobernador departamental apoya su toma de decisiones en el consejo municipal conformado por los alcaldes municipales. En el proceso eleccionario se elige también a la máxima autoridad de los municipios que es el alcalde y la corporación quien acompaña el gobierno departamental y el municipal. El poder legislativo reposa en los diputados al congreso de la

república, quienes forman un listado nacional y departamental. (Asamblea Nacional Constituyente, 1985).

De conformidad con la constitución de la república de Guatemala en el artículo 157 se establece lo siguiente:

“La potestad legislativa corresponde al Congreso de la República, compuesto por diputados electos directamente por el pueblo en sufragio universal y secreto, por el sistema de distritos electorales y lista nacional, para un período de cuatro años, pudiendo ser reelectos. Cada uno de los departamentos de la República, constituye un distrito electoral. El Municipio de Guatemala forma el distrito central y los otros municipios del departamento de Guatemala constituyen el distrito de Guatemala. Por cada distrito electoral deberá elegirse mínimo un diputado. La ley establece el número de diputados que corresponda a cada distrito de acuerdo con su población. Un número equivalente al veinticinco por ciento de diputados distritales será electo directamente como diputados por lista nacional.” (Asamblea Nacional Constituyente, 1985, pág. 36)

3.2. Política sanitaria en el primer nivel de atención en Guatemala.

El estudio de la política sanitaria se desarrolló durante la llamada reforma de los servicios de salud que ocupa cinco periodo de gobierno, caracterizados por la aparición de dos nuevos modelos de entrega de servicios en el primer nivel de atención: 1) El modelo de extensión de cobertura financiado por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la USAID y fondos del presupuesto del MSPAS, 2) El modelo incluyente en salud financiado por Médicos Mundi Navarra que también fue financiado por el MSPAS.

Este nivel de análisis presenta los lineamientos generales de los planes y programas de gobierno en temas de salud, particularmente las políticas, objetivos y estrategias, dirigidas en la atención primaria en salud de los distintos

gobiernos durante el periodo de estudio. Los datos empleados en la elaboración de los resultados de este capítulo corresponden a la fase I de análisis propuesto en la metodología para lo cual se trabajó la revisión documental y las entrevistas con actores clave, quienes fueron coordinadores de distrito o ejecutivos de gobierno.

3.2.1. Gobierno del partido político PAN.

El primer gobierno del periodo de estudio es el PAN, liderado por un político considerado de la vieja oligarquía del país. El gobierno del PAN encontró en el escenario político las negociaciones de los Acuerdos de Paz y la consecuente firma en 1996 (Presidencia de la República Secretaria de la Paz, 2007). El efecto inicial de los Acuerdos de Paz fue el escenario para el planteamiento de una política de Estado que se consideró como el principio de la descentralización de los servicios de salud. El contenido del “Programa de Gobierno 1996 -2000” rige en primer lugar la organización del Estado de Guatemala y en segundo lugar entre el gobierno y la sociedad para lo cual tuvo como objetivo la modernización, desconcentración y descentralización del Estado para elevar la calidad de las instituciones estatales (Presidencia de la República de Guatemala, 1996).

El Programa de Gobierno, propone la descentralización mediante la transferencia directa a las comunidades o gobierno local, cerca de los ciudadanos. El Gobierno central mantiene las funciones y obligaciones que le competen y conserva las responsabilidades de normar (Presidencia de la República de Guatemala, 1996). El presupuesto asignado a los Ministerios del gobierno se caracterizó por la desconcentración y facilidad de gestiones para operar el gasto a quienes viven en el interior de la República. Para ello se hace responsable a cada ente ejecutor de la identificación de cada actividad que debe desconcentrarse (Presidencia de la República de Guatemala, 1996).

El programa de gobierno tuvo como temas prioritarios de salud los siguientes puntos: a) el bajo nivel de cobertura de los servicios, b) la centralización y la ineficiencia de servicios, c) la distribución inadecuada de recursos entre servicios

preventivos y curativos y entre el área rural y el área urbana, d) la desnutrición, e) el insuficiente saneamiento básico y, f) el agudo desorden sobre responsabilidades institucionales en el sector (Presidencia de la República de Guatemala, 1996) . El gobierno planificó un nuevo modelo de salud basado en reubicar las actividades de nivel central hacia las estructuras de instituciones del nivel local (Presidencia de la República de Guatemala, 1996). Con el apoyo de los gobiernos locales de las municipalidades se concedió alta prioridad a las acciones de salud preventiva (Presidencia de la República de Guatemala, 1996). Al mismo tiempo, se acentuó la coordinación interinstitucional e intersectorial, la participación de las Organizaciones No Gubernamentales, la participación comunitaria, la coordinación de la cooperación y, la asistencia técnica internacional (Presidencia de la República de Guatemala, 1996).

El “Plan nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal” publicado en 1997, fue una preocupación en la agenda de las políticas del primer nivel de atención en salud. El plan contiene una estrategia que comprende a: “la participación de los consejos de desarrollo, universidades, iglesias, colegios profesionales, ONG’s, organizaciones comunitarias y agencias de cooperación internacional” (MSPAS, 1997) se percibió como un gobierno de cambios importantes en materia de políticas en salud con mayor énfasis en la atención primaria en salud.

3.2.2. Gobierno del partido político FRG (Frente Republicano Guatemalteco).

El FRG fue un partido controversial puesto que en sus líderes políticos estaba como presidente un exguerrillero y como vicepresidente un militar con el grado de general quien fue líder de un golpe de Estado y presidente de facto. El “Plan de Gobierno 2000-2004” del FRG en materia de política sanitaria guardó coherencia con los postulados de la reforma iniciados en el gobierno anterior y propiciaron: a) el acceso a los servicios de salud pública de forma gratuita, b) la ampliación de servicios básicos de salud, c) el incremento de las acciones de salud preventiva y salubridad, d) tecnificación del recurso humano, e) la

descentralización, f) la educación en temas de alcoholismo, tabaquismo, consumo de otras drogas y, g) el combate al VIH-SIDA (Frente Republicano Guatemalteco, 1999). Durante este periodo de gobierno se creó la SEPREM (Secretaría Presidencial de la Mujer) que impulsó la Ley de Desarrollo Social Decreto Número 42-2001, para apuntalar entre las obligaciones del Estado el “Programa de Salud Reproductiva y Maternidad Saludable” (MSPAS. SEPREM, 2003).

El primer informe de gobierno que se presentó en el marco de la Ley de Desarrollo Social fue el Decreto Número 42-2001 publicado en el año 2002 y tuvo en agenda de gobierno el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM-. Con las siguientes metas: a) 4.A., que se relacionó con la tasa de mortalidad de los menores de 5 años que incidió en la reducción de las dos terceras partes entre 1990 y 2015; b) 5.A., incidió en la disminución en tres cuartas partes de la razón de mortalidad materna para el mismo periodo y; c) la 5.B., dictó que en el año se debió lograr el acceso universal a la salud reproductiva (OMS, 2021) elementos centrales para el estudio de la gobernanza desde las categorías de análisis.

En el ámbito nacional en lo que respecta al primer nivel de atención en salud se elaboró la Estrategia Nacional para una Maternidad Saludable la cual incrementó la asignación de presupuesto en salud y aseguró el presupuesto asignado para el Programa Nacional de Salud Reproductiva (MSPAS. SEPREM, 2003). En el ámbito municipal se promovió la Ley de Consejos de Desarrollo y el Código Municipal para priorizar en la agenda política local a la mortalidad materna. El gobierno se apoyó con realizar un análisis estratégico de recursos disponibles para la maternidad saludable que dieron como fruto los planes departamentales y municipales. Los cuales fueron diseñados para facilitar el acceso a los servicios de salud de las madres y recién nacidos entre otras acciones se realizaron campañas de divulgación permanente sobre salud reproductiva en menores de edad para evitar las consecuencias del embarazo (MSPAS. SEPREM, 2003).

En el ámbito comunitario se planteó el desarrollo de planes de apoyo, al acceso a servicios de salud en caso de complicaciones, a la vida de la madre y el recién

nacido. Así como garantizar disponibilidad de transporte de emergencia para el acceso a los distintos niveles de atención del sistema y se introdujeron nuevas ideas de contra peso para el machismo con promover apoyo, a las mujeres, en la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva (MSPAS. SEPREM, 2003).

A finales del año 2003, entre los logros de este gobierno, se informó de la institucionalización de instrumentos para el registro de datos, así mismo, se validó una metodología para el Sistema de Información Gerencial de Salud – SIGSA (SEGEPLAN, 2003). Bajo el gobierno del FRG la política de salud se desarrolló el Programa Nacional de Salud Reproductiva que tuvo origen en cumplimiento de la Política de Desarrollo Social y Población de 2002, la cual en la política sectorial en materia de salud reproductiva en sus objetivos apuntala a: 1) Fortalecer el acceso a los servicios sanitarios, 2) Mejorar la información sobre la temática y, 3) Aumentar el personal calificado de atención. (Secretaria de planificación y programación de la presidencia, 2002). Hubo un mayor énfasis en el tema de la salud materna lo cual incluye acciones en el primer nivel de atención en salud.

3.2.3. Gobierno del partido político de la GANA (Gran Alianza Nacional).

La GANA gobernó en el periodo 2004-2008 y fue un partido emergente que se organizó para las elecciones del año 2003 (posteriormente la fuerza política desapareció). Entre sus militantes participaron prominentes empresarios de la cámara de comercio. La GANA en el año 2005 con la Política de Desarrollo Social y Población orientó la mejora del acceso de los servicios de salud de atención primaria. Además creó en la estructura de servicios los llamados CAIMI (Centros de Atención Integral Materno Infantil) en número de 3 para el país cantidad que fue insuficiente de acuerdo con los requerimientos de una nación de 13.74 millones de habitantes. Otra estructura creada bajo este gobierno fue CAP (Centros de Atención del Parto) en número de 10 centros con un servicio de 24 horas. Los CAIMI y CAP en cantidad fueron insuficientes para atender la demanda de servicios de salud en las comunidades postergadas donde los

problemas de salud materna e infantil eran prioritarios para el primer nivel de atención en salud (SEGEPLAN, 2005).

El efecto de la agenda de los ODM en cuanto a las metas 4 A, 5 A y B³ incidieron en el SIGOB (Sistema de Metas del Gobierno) con la inclusión de indicadores dirigidos a medir la muerte materna, la cobertura de los servicios de atención prenatal y la atención del parto institucional que directamente mostraron una lectura del primer nivel de atención en salud (SEGEPLAN, 2005).

El organismo ejecutivo en el primer semestre del año 2005 aprobó la política nacional de descentralización la cual fue considerada como una herramienta clave para incidir en la disminución de la pobreza, en el fortalecimiento de la democracia, en la equidad de género, así mismo el retomar la agenda de los Acuerdo de Paz sobre los aspectos socioeconómicos, la situación agraria, el tema de identidad y los derechos de los pueblos indígenas, el fortalecimiento del poder civil y la función del ejército en una sociedad democrática (SEGEPLAN, 2005).

La GANA entre sus lineamientos generales tuvo la incidencia política en la atención primaria en salud para ello promovió la idea del acceso universal de los servicios básicos de salud con calidad. Es importante observar que para la época el brazo estratégico en el nivel operativo fue el modelo de extensión de cobertura. El cual operaba en el SIAS (Sistema Integrado de Atención de la Salud) que fue la instancia del MSPAS para la entrega de servicios en el primer nivel de atención. La política de APS priorizó las intervenciones de presencia del modelo de extensión de cobertura en las áreas que cumplieron con dos aspectos: a) un mayor índice de población en condición de pobreza y b) un mayor volumen de población indígena (SEGEPLAN, 2004).

³ Ver en ODM la “Meta 4 A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños de 5 años.”, “5 A: Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en 3 cuartas partes.” y la “Meta 5 B: Lograr, para el año 2015 el acceso universal a la salud reproductiva.” Tomado de: PNUD, Guatemala (2022) <https://www.gt.undp.org/content/guatemala/es/home/post-2015/mdgoverview/overview/mdg5/>

El informe de gobierno del año 2005 presentó entre sus resultados la disminución de la mortalidad infantil con base a los resultados de estimaciones del INE en el cual advirtió que la tendencia para el año 2004 fue de una estimación de 29.3 por 1000 nacidos vivos dato que muestra una disminución, pero preocupante con respecto a los datos de la región de América Latina (SEGEPLAN, 2005). Otro tema de preocupación en la atención primaria en salud se relacionó con el PNSR (Programa Nacional de Salud Reproductiva), se menciona la capacitación del personal sanitario sobre la Ley de Desarrollo Social, así como la paternidad y maternidad responsable (SEGEPLAN, 2005).

En áreas de salud prioritarias para la muerte materna se incidió en: a) el empleo de la Guía Nacional de Manejo de Emergencia Obstétrica, b) a los proveedores institucionales y voluntarios en los temas de signos y señales de peligro en el nivel local, c) en la elaboración de los planes de emergencia comunitarios y, c) se equipó a 2,940 comadronas tradicionales (SEGEPLAN, 2005). El anteproyecto de marco legal y político en temas de maternidad y paternidad responsable paso a revisión en poder legislativo con coordinación de trabajo de la SEPREM (SEGEPLAN, 2005).

El proceso de descentralización y desconcentración de la administración pública fue impulsado con la política de desarrollo rural integral aprobada en el 2006, la cual apuntaló a la reducción de la discriminación por condición cultural, étnica y de género para el entorno rural del país (SEGEPLAN, 2006). Cabe resaltar de las líneas de acción aspectos fundamentales para el primer nivel de atención en salud como la prestación de servicios públicos con pertinencia cultural, la recuperación y fortalecimiento del tejido social en el rescate de formas de organización comunitaria (SEGEPLAN, 2006).

La propuesta para la regionalización del desarrollo y la descentralización de la administración pública se concretó en los PET (Planes Estratégicos Territoriales) y PDM (Planes de Desarrollo Municipal), ambos instrumentos políticos formaron una matriz que ubicó y regularizó al sistema de consejos de desarrollo (SEGEPLAN, 2006).

Los dispositivos de regulación emanados durante el gobierno abordaron la mortalidad materna como prioridades programáticas que incidieron en el primer nivel de atención en salud dado que el registro de muertes maternas se sucedió en gran medida en las comunidades sin acceso a los servicios del primer nivel de atención (MSPAS Unidad de planificación estratégica, 2004). El plan estratégico para reducir la mortalidad materna de este periodo de gobierno pretendió el cumplimiento de las metas de los ODS para lo cual impulsó la elaboración de los planes departamentales para la reducción de la mortalidad materna con base al alcance de indicadores en salud materna neonatal en: las comunidades, municipalidades, direcciones de Área de Salud, hospitales del sistema nacional y, en el nivel central del ministerio de salud (MSPAS, 2004). También se contó con el indicador de número de comités PROSALUD comunitarios, sin que en el nivel local de los servicios del primer nivel de atención se contará con los medios y una regulación para la integración, operatividad y responsabilidad de su funcionamiento.

Este gobierno entre sus logros en salud para el año 2006 enfatizó los alcances en el primer nivel de atención en salud con las acciones siguientes: a) la información, la educación, la comunicación y promoción de la salud, como un derecho, b) el fortalecimiento de la participación social, la organización comunitaria, y el trabajo de articulación de los servicios tradicionales con los institucionales, c) el desarrollo de modelos de capacitación y equipamiento para comadronas y, d) un proceso de capacitación y seguimiento a nivel institucional (SEGEPLAN, 2006).

En el año 2007 el gobierno consideró al modelo de extensión de cobertura como la estrategia que amplió la cobertura de atención prenatal con búsqueda activa de mujeres embarazadas. También tuvo lugar el II encuentro sobre redes de paternidad y maternidad responsable (SEGEPLAN, 2007). Por su parte la SEPREM impulsó el “Pacto por la Seguridad Integral de las Mujeres” con los temas de mejorar la salud materno-infantil, la maternidad segura y la prevención de la mortalidad materno-infantil también fueron difundidas las normativas en los idiomas locales (SEGEPLAN, 2007). Para este mismo año se contó con los Planes departamentales de reducción de la mortalidad materna producto de las

MIDD (Mesas Intersectoriales de Discusión Departamental) con el apoyo de las UTD (Unidades Técnicas Departamentales) encargadas de coordinar y asesorar al Consejo Departamental de Desarrollo (MSPAS-SEGEPLAN-PNUD, 2007).

Los ODM relacionados con la mortalidad materna e infantil estuvieron presentes en el planteamiento de la política sanitaria aun cuando al cierre del último año se tuvo una disminución importante en los indicadores. El gobierno reconoció en su último informe la brecha por alcanzar en la mortalidad infantil a 24 defunciones por mil nacidos vivos para el año 2015 y a 55 defunciones por cien mil nacidos vivos para el año 2015 las muertes maternas. El sistema de salud en Guatemala en las localidades bajo estudio subyacía tres modelos de entrega de servicios de atención primaria en salud que no fueron capaces de incidir de manera fuerte en los indicadores. Toda vez los determinantes de la salud relacionados a la mortalidad materna e infantil no conformaron parte de la política social del gobierno.

3.2.4. Gobierno del partido político de la UNE (Unidad Nacional de la Esperanza).

El gobierno de la UNE, liderado por un grupo de simpatizantes de los movimientos de izquierda, se autodenominó un partido de ideas social demócratas. En su plan de gobierno, al igual que los gobiernos anteriores, se mantuvo el modelo de extensión de cobertura, basado en la ONG's médica otorgando un mayor impulso en el cumplimiento del punto dos de su plan para mejorar y ampliar la cobertura de atención y prestación de los servicios de salud integrales e integrados. El plan consideró en las funciones del ONG's médica una variante nueva que permitió incorporar en la entrega de servicios un programa considerado como clientelar con la implementación de los programas de solidaridad y equidad social. El gobierno de la UNE puntualizó en poner en marcha las intervenciones con mayor efectividad para reducir la morbilidad y mortalidad general, priorizando el grupo materno-infantil y neonatal (MSPAS, 2008).

Como se observa en la tabla 7 la UNE estableció prioridades en problemas de enfermedades que afectan al grupo materno infantil abordables desde el primer nivel de atención en salud.

Tabla No. 7
Prioridades nacionales relacionadas con el primer nivel de atención en salud.

Tipo de prioridad

- **Mejorar los indicadores de salud prioritariamente para la salud materno – infantil.**
- **Reducir la prevalencia de la desnutrición crónica.**
- **Brindar atención integral de salud a las personas, bajo criterios de cobertura, oportunidad, acceso, equidad y solidaridad.**
- **Asegurar los niveles de seguridad y control epidemiológico y de inmunizaciones para la población.**

Fuente: elaboración propia con base al plan de gobierno 2008-2012 (MSPAS, 2008).

En la tabla 8 se presentan los lineamientos de la política de salud diseñada por el gobierno del partido de la GANA para el primer nivel de atención. Entre las políticas cabe resaltar las relacionadas con la organización de los procesos y servicios administrativos; así como los aspectos relacionados con la capacidad de abastecimiento de medicamentos e insumos. Así mismo las políticas de salud promueven la pertinencia cultural como parte integral de los servicios de salud.

Tabla No. 8

Políticas en salud con efectos en el primer nivel de atención.

Política en salud

- Atender las intervenciones necesarias y mayor efectividad para reducir la morbilidad y mortalidad general, priorizando el grupo materno-infantil y neonatal; y la disminución de la desnutrición crónica mediante una coordinación sectorial efectiva, equitativa y focalizada.
- Desarrollo e implementación de un modelo de atención y gestión de las instituciones de salud, dirigido hacia el fortalecimiento de los tres niveles de complejidad y prestación de servicios.
- Un modelo de atención integral, de atención continua, incluyente y equitativa. Se busca mejorar la pertinencia cultural y sanitaria de la respuesta del sistema a la problemática de salud a nivel local.
- Mejoramiento de las competencias gerenciales y de gestión.
- Mayor coordinación y complementariedad con la red preventiva y de promoción de la salud.
- Fortalecer el programa de abastecimiento oportuno de medicamentos básicos e insumos a los servicios de salud.

Fuente: elaboración propia con base al plan de gobierno 2008-2012 (MSPAS, 2008).

Durante el primer año de gobierno hubo dos hechos notorios, el primero fue la ampliación del horario de atención en los servicios de salud y el segundo fue el aumento en el número de CAIMI que paso de 3 a 10 y de CAP que paso de 10 a 30 (SEGEPLAN, 2008). En el año 2009 en el marco de la estrategia de fortalecimiento de la red de servicios para la resolución de urgencias obstétricas se logró fortalecer a 21 centros de salud, 106 CAP y 230 puestos de salud, con horarios de fin de semana, además en 5 CAIMI y 9 centros de salud con horario ampliado, en cuanto a la participación social se tuvo que 211 distritos de salud tuvieron un total de 4,246 comités de emergencia (SEGEPLAN, 2009). A pesar de que no tuvo recurso asignado y tampoco una normativa que delegase responsabilidades en algún personal de salud.

En el año 2010 el fortalecimiento de los distintos puestos y centros de salud mostraron incremento del personal con contratos temporales, también se capacitó al 100 por ciento del personal estadígrafo encargado en la recuperación de datos que apoyan en la toma de decisión (SEGEPLAN, 2010). En este periodo

de gobierno la reforma del artículo 25 de la ley del impuesto sobre la distribución de bebidas alcohólicas destiladas, cervezas y otras bebidas fermentadas, Decreto 21-2004 del Congreso de la República, impactó con la asignación de presupuesto a los programas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y alcoholismo (SEGEPLAN, 2010). La disponibilidad del recurso económico de este programa mejoró los resultado en la Dirección de Área de Salud dada la dotación de recurso humano en el nivel departamental quienes diligenciaron acciones en el nivel municipal y comunitario del programa de salud reproductiva.

Este gobierno aprobó la ley para la maternidad saludable contenida en el Decreto Número 32-2010 (MSPAS, 2010) la ley tuvo por objetivo ser el marco jurídico para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, así mismo de promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres (MSPAS, 2010). También se retomó el fortalecimiento de la unidad de atención de salud de los pueblos indígenas dedica al tema de interculturalidad, y se orientó a garantizar el acceso universal, oportuno y de calidad a los servicios de salud. También se promovió el involucramiento de los consejos de desarrollo urbano y rural (MSPAS, 2010).

La Ley para la Maternidad Saludable estableció los criterios de la forma como debe entregarse los servicios de salud de acuerdo con el apartado que se refiere al Acceso Universal a los Servicios de Salud Materna y Neonatal y sus entes responsables (MSPAS, 2010). Así mismo instruyó sobre la acreditación de la capacitación del recurso humano bajo la responsabilidad del ministerio de salud pública en todos los niveles de atención, también abordó el tema de los proveedores comunitarios y tradicionales que deben actuar en la entrega de servicios del primer nivel de atención con el uso de normas y protocolos establecidos.

En cuanto a la comadrona en el artículo 17 de la ley instruye el desarrollo de una política que incluye definición del rol de las comadronas, sus funciones, el relacionamiento con los servicios de salud, así como establecer un programa de transición para la formación de comadronas capacitadas y certificadas a nivel

técnico (MSPAS, 2010). Los artículos 28 y 29 de la ley están dirigidos a las sanciones por un lado de los funcionarios públicos en el incumplimiento de sus obligaciones y por el otro, al conviviente de la mujer que: no apoye, no promueva y no facilite, el acceso a los servicios de atención materna-neonatal (MSPAS, 2010). La ley se convierte en un instrumento de control para limitar el dominio que tienen el hombre sobre la decisión de la mujer para acceder de forma oportuna a los servicios de salud.

Reconvertir la realidad del entorno social y cultural de las comunidades de origen maya donde se acentuó la problemática de salud materna e infantil llevo a la consideración que los servicios del primer nivel garantizarían las prácticas de medicina basada en la evidencia con enfoque de género e interculturalidad. Este discurso político fue extremadamente limitado durante el periodo de trabajo de campo, sólo hubo dos profesionales contratadas en el nivel central del Ministerio de Salud para abordar el tema de interculturalidad frente a una realidad de nación (MSPAS, 2010). Con base a los informes de gobierno de los años 2010 y 2011, se observó mayor énfasis: en el fortalecimiento institucional, el sistema de monitoreo y evaluación y, crecimiento de la red de servicios del primero y segundo nivel de atención en salud del MSPAS (SEGEPLAN, 2011).

En el 2011 se registró que las muertes sucedidas en el hogar representaron el 41.4 por ciento, es un dato que se contrastó con las bajas coberturas de la atención del parto institucional, además de las prácticas culturales y/o las limitaciones en la educación con pertinencia cultural en la entrega de servicios de atención materna (SEGEPLAN, 2011). El gobierno reaccionó ampliando la cobertura por medio del aumento de los CAIMI y los CAP, así como la ampliación de horarios de servicios en las zonas rurales, especialmente con servicios para la atención materna que incidieron en la mejora de la calidad de entrega de servicios con el incremento de acciones de pertinencia cultural, en perspectiva de reducir la mortalidad materna (SEGEPLAN, 2011).

El plan nacional de salud en el nivel táctico operaba con las direcciones generales, la unidad de planificación, la dirección general del SIAS y con el departamento de desarrollo de servicios de salud, quien tuvo a su cargo las

unidades de provisión de servicios de nivel I, nivel II, nivel III y la unidad de desarrollo a las áreas de salud, esta última responsable de los mecanismos operativos entre los diferentes niveles ejecutores, las direcciones de áreas de salud y los distritos municipales. El nivel operativo estuvo integrado por las direcciones de área de salud, las coordinaciones municipales de salud y las redes de actores sociales (MSPAS, 2008) (MSPAS-Organismo Ejecutivo, 1999).

3.2.5. Gobierno del partido PATRIOTA.

Fue un partido conservador liberal de derecha, ligado a un poder económico militar y empresarios emergentes, fue liderado por un ex militar con el grado de general del ejército de Guatemala quien había tenido un papel de representación del ejército en el proceso de la firma de los Acuerdos de Paz del año 1996 (Lemus, 2015). El partido hizo gobierno del 14 de enero de 2012 al 3 de septiembre de 2015, durante ese periodo de gobierno se caracterizó por haber generado las condiciones de mayor corrupción organizada desde el Estado, condición social y política que unió a las diversas fuerzas sociales y económicas del país para solicitar la renuncia del presidente y la vicepresidente quienes ahora están en la cárcel por los casos conocidos como: a) “La Línea” (CICIG, 2017), b) “Cooptación del Estado en Guatemala” (CICIG, 2016) y, c) “Redes” (CICIG, 2015) (Rodríguez Pellecer, 2015) (CICIG, 2019).

En el primer informe de gobierno presentado a finales del año 2012 advierte que el modelo de atención en salud es curativo de alto costo e ineficaz que permite la fragmentación con subsistemas de diversos prestadores. Agrega sobre el sistema y la distribución de recursos que “[...]... Esta desigualdad conlleva a que la población del área rural, mayoritariamente pobre, marginada e indígena tenga menor acceso a la atención sanitaria básica y por ello queda expuesta a una mayor morbilidad y mortalidad por enfermedades que son fácilmente prevenibles y tratables... [...]” (MIDES / SEGEPLAN, 2012, pág. 26) lo cual afecta con mayor peso a la población en pobreza y extrema pobreza. Las conclusiones son coherentes en su contenido lógico formal, sin embargo fue el gobierno del Partido Patriota el que históricamente tuvo mayores señalamientos de corrupción.

El informe anual del año 2013 (MIDES, 2013) presentó una serie de datos epidemiológicos y de inversión económica en temas como la mortalidad materna y neonatal y en diversos aspectos relacionados con el VIH /Sida. El informe no retoma la discusión presentada en el informe del año anterior con respecto al tipo de modelo y su impacto en temas del primer nivel de atención en salud.

En el tercer informe de gobierno (SEGEPLAN, 2014) los aspectos presentados fueron similares al año anterior. Los informes no abordan dos hechos fundamentales: a) el desfinanciamiento del 50 % que sucedió durante este gobierno del modelo de extensión de cobertura y, b) el cierre del modelo con el mismo. El gobierno Patriota durante el año 2013 impulsó las reformas a la Ley Orgánica del Presupuesto con la publicación del Decreto 13-2013 de fecha 12 de noviembre de 2013 el cual prohíbe al MSPAS la ejecución del Programa de extensión de cobertura con la tercerización de los servicios a través de contratos con las ONG médicas fijado para el año fiscal 2017 (CIEN, 2015) este fue el preámbulo para que el MSPAS en año 2015 no realizará más contratos con ONG's.

Cabe resaltar que en la debacle de intereses económicos de los actores estratégicos involucrados desde el sector político, los prestadores de servicios de ONG's y organizaciones de la sociedad civil no existió un espacio de foro abierto para tratar la política de gobierno con respecto al primer nivel de atención en salud. Los efectos que sucedieron en el primer nivel de atención con el cierre del Programa de Extensión de Cobertura fueron abordados en el capítulo V de la tesis doctoral como parte de la trama del análisis de gobernanza en salud de los modelos del primer nivel de atención en salud.

Conclusión de capítulo.

El capítulo se elaboró con base a información documental de informes de gobierno y documentos públicos sobre los planes de gobierno y la política sanitaria especialmente diseñada para el primer nivel de atención en salud. Se identificó como un hito social la firma de los Acuerdos de Paz que dio la apertura a las transformaciones políticas y sociales en Guatemala, el contenido de los diversos Acuerdo de Paz fue la herramienta política para la negociación social a partir del primer gobierno de estudio en 1996 (el partido PAN).

La reforma del sistema de salud en Guatemala cobró auge con la llegada del modelo neoliberal que propuso la retracción del estado en su rol benefactor. Para ello fue necesario durante los primeros gobierno del PAN y el FRG crear un marco legislativo que fue facilitador para las transformaciones en la descentralización del estado y la participación ciudadana. Esta idea de tipo político se acompañó en el sector salud con la introducción de modelos en la dotación de servicios de salud administrados por las ONG's médica prestadoras de servicios de salud en el primer nivel atención.

Este capítulo muestra cómo en la agenda política de los distintos gobiernos el juego de interés económico y político con respecto a los organismos internacionales tuvieron injerencia en el diseño de políticas en salud que fueron la apertura para la llegada de los modelos subcontratados para la dotación de servicios de salud. Se observa la decadencia del modelo de extensión de cobertura durante el partido político PATRIOTA que fue el más emblemático para la historia política del país por tener a varios de sus líderes políticos en procesos penales de corrupción.

El siguiente capítulo presenta la metodología que se propuso para el trabajo de campo y posterior análisis e interpretación de los resultados.

PARTE II. DISEÑO EMPÍRICO.

La segunda parte de la tesis doctoral corresponde al trabajo empírico que requirió cinco capítulos. El capítulo cuarto contiene la metodología de una investigación con diseño cualitativo que permitió abordar con base a la formulación de la pregunta inicial de investigación los objetivos que guiaron el orden lógico de los pasos que fueron elaborados para coleccionar la información de primera mano.

En el capítulo quinto se presenta el análisis de información con base al empleo de una matriz que relaciona los objetivos de investigación con las categorías teóricas y las que emergen con base a la teoría fundamentada que requirió el uso de código, subcódigos y familia de códigos que fueron asignados en los contenidos de las entrevistas. La depuración de códigos se alineó con base a los objetivos y el marco teórico que dio el sustento para el tratamiento de la información, este capítulo se estructuró con base a los tres modelos investigados: a) modelo de atención tradicional, b) modelo de extensión de cobertura y, c) modelo incluyente en salud. La estructura de presentación de los resultados se guió con la herramienta de Networks del programa informático Atlas.ti versión 8. Además se utilizó el programa informático PolicyMaker versión 4 para construir el mapa de actores con respecto al análisis de la política en salud diseñada para combatir la inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención. Se exponen los aspectos éticos que comprometió la ejecución del trabajo de campo acordes a los requerimientos del comité de ética en investigación en salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El análisis de los registros se realizó con la técnica de la teoría fundamentada que permitió con base a las categorías previamente formuladas desde una matriz construida en Excel. Se identificó con la asignación de 141 códigos que previamente fueron depurados de una de 190 iniciales la relación entre las categorías teóricas, los códigos, los subcódigos y las familias de códigos. Estos se aglutinaron entorno a las categorías más importantes para el análisis. El trabajo de análisis requirió una constante revisión de la relación construida entre los códigos, subcódigos y las categorías lo cual se logró con la construcción de tres redes de análisis presentadas en el anexo J. La red permitió establecer relaciones entre categorías y vincular los códigos asignados en los textos

transcritos de las entrevistas. La estructura del análisis correspondió a las preguntas de investigación que fueron formuladas y reformuladas con base a los aportes de la comisión de evaluación de doctorado con el acompañamiento del director de tesis. La estructura de presentación de resultados requirió abordar primero los aspectos programáticos de cada modelo de atención que permitieron situar al lector del contexto social, político y cultural en el cual se desarrolló el modelo, segundo la entrega de servicios y, tercero los resultados.

El capítulo sexto empleó cuatro de las categorías propuestas por Hufty (2010) a) el **problema** abordado desde la deconstrucción y reconstrucción con base a la percepción de los entrevistados y con el contexto de la información teórica que permitió construir el problema en su dinámica social con la pluralidad de visiones se buscó construir el problema desde un enfoque de tipo sociológico, b) **actores** con base al mapa de actores, sus características por el tipo de capital, los niveles de influencia entre los actores, las interacciones y transacciones de actores así como las fuentes de poder su capacidad de movilización de recursos con respecto a la gobernanza del proceso en la inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención, c) las **normas** que desde el marco global incidieron en el ámbito de las normas regulativas que posibilitaron la puesta en marcha de los modelos cuyos resultados fueron regulados desde el nivel local con la identificación del estatus formal e informal de actores quienes son visible e invisible en la gobernanza, d) los **proceso** de gobernanza analizados en momentos que surge la situación observada y en momentos posteriores la dinámica que se construye toma giros inesperados con base a la toma de decisiones que emergen desde la trama de actores cuyos intereses subyacen en generan tensión o no de la situación observada, finalmente e) los **nodos** que conformaron el contenido de las conclusiones (presentadas en el capítulo VIII) de la tesis doctoral dado que son los puntos de intervención que el proceso de gobernanza permite identificar por la intersección de sus categorías y los efectos que estas generan.

El capítulo séptimo contiene el marco interpretativo que aplicamos después de haber analizado con las categorías del MAG, para tal objeto se emplearon las

categorías de importancia sociológica en el diseño de las políticas que guían la formulación de los modelos de atención en salud del primer nivel de atención.

La primera categoría pone en relieve el rol social que las mujeres organizadas alcanzaron en la sociedad guatemalteca para reivindicar desde el género el derecho a la salud, entendiendo que su posicionamiento emerge en una sociedad machista dominada por el hombre desde la regulación local a los esquemas de normas constitutivos que desde la gobernanza son materia de análisis. Los fundamentos de los modelos requieren la inclusión de temas sensibles al género como la violencia intrafamiliar, la violencia de género, la limitación de participación en la organización social y el rol que las mujeres tienen desde el hogar hasta la legislación de la sociedad y viceversa.

La segunda categoría se construye desde el rol de actores locales la trama de participación social en salud que desde las redes de organización comunitaria emerge para la resolución de situaciones de salud, donde se hace relevante desde las meta normas de la APS la inclusión de la participación social que a todas luces requiere de investigación de tipo sociológico y antropológico que incida desde los aspectos programáticos en el funcionamiento y mecanismo acordes a los intereses de grupos organizados por la salud.

La tercera categoría se relaciona con los aspectos de la interculturalidad que es un eje transversal de análisis que subyace en la composición social de grupos cuyas relaciones sociales geográficas les sitúan en contextos complejos de la cotidianidad donde los patrones culturales se entrelazan y deben tener la observancia que permita que la interculturalidad se conforme como una institución de tipo social garante del respeto a la multiculturalidad.

Finalmente en el octavo capítulo se desarrolló la discusión y conclusión, en la primera sección de este capítulo se emplearon las tres preguntas de investigación y las tres hipótesis que fueron formuladas desde el proyecto de tesis doctoral. La discusión se establece con base a los hallazgos del marco analítico y el marco interpretativo con base a argumentos que se refuerzan con la evidencia científica disponible en contextos próximos en el tema de estudio.

La segunda sección se conforma con base a los tres **puntos nodales** de intervención: a) la organización de servicios, b) la intervención sectorial y, c) la transparencia y rendición de cuentas, siendo estos puntos nodales la fuente de conclusiones en las cuales se considera que intervenciones planificadas pueden incidir en el proceso de gobernanza de los modelos de dotación de servicios en el primer nivel de atención en salud en Guatemala.

Capítulo 4. Diseño de investigación.

El capítulo presenta la organización del diseño con el cual se llevó a cabo el trabajo de campo. Se propusieron dos fases de abordaje en el diseño de la investigación: la primera, orientada a una investigación de tipo documental que se presentó en los primeros capítulos; y la segunda fase, de trabajo empírico que plantea las preguntas, los objetivos e hipótesis de la investigación. Por la naturaleza del objeto de estudio se diseñaron instrumentos para recabar información que fue procesada con el programa informático, Atlas.ti versión 8, especializado en sistematizar el tratamiento de registros textuales.

La investigación empleó un diseño cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas individuales y grupales. La información se registró en cintas magnéticas que fueron transcritas y procesadas con la asignación de códigos y subcódigos relacionados con categorías teóricas en correspondencia con los objetivos de la investigación. Las familias de códigos dieron origen a nuevas categorías que fueron utilizadas con la herramienta de *Networks* que permite establecer relaciones entre las categorías que forman el marco analítico y permiten construir, con base en las citas de textos asociados a los códigos, el contenido que se expresa desde la voz del entrevistado. Además, permite establecer el sentido que toman las categorías y desde donde, con la técnica de saturación, emergen nuevas categorías que se hilan para formar el tejido del contexto social desde el cual se interpreta el MAG.

Además se explica el procedimiento para la utilización del programa informático, PolicyMaker versión 4, para complementar el análisis de la categoría de actores. Este capítulo cierra con la exposición de los aspectos éticos de la investigación que son regulados desde el MSPAS en investigaciones que trabajan temas con los servicios de salud pública.

4.1. Pregunta de investigación.

La primera pregunta fue orientada a indagar, en los proveedores de servicios, sus percepciones con respecto a:

¿Por qué los modelos de provisión de servicios del primer nivel de atención en salud en Guatemala tienen diferentes resultados en la entrega de servicios y en la satisfacción de la demanda de servicios de salud en el nivel local?

La segunda pregunta se formuló para explorar las opiniones de los líderes comunitarios con respecto a:

¿Cómo la participación social se integra en las redes de apoyo para la entrega de servicios en el nivel local y para regular el funcionamiento de las redes locales de apoyo por parte de los servicios sanitarios de salud?

La tercera pregunta exploró los contenidos diseñados que dan origen a los distintos modelos en la política de salud:

¿Cuáles fueron las políticas de salud diseñadas por el Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social para el surgimiento de los modelos de servicios del primer nivel de atención en el periodo de 1996 a 2016?

4.2. Objetivos.

4.2.1. Objetivo principal.

El abordaje de las preguntas de la tesis doctoral partió de un objetivo general en cuanto a comprender por qué sucedieron diferencias entre los procesos, actores y funciones que hicieron que el resultado fuera uno u otro en las categorías de gobernanza de acuerdo con los modelos de provisión de servicios del primer nivel de atención en las comunidades bajo estudio; así como conocer la política nacional en salud del primer nivel de atención que se ofrece a la población.

4.2.2. Objetivos secundarios.

Objetivo 1: Con el análisis de los tres modelos de atención del primer nivel: a) MAIS (Modelo de Atención Integral de Salud); b) PEC (Programa de Extensión de Cobertura) y; c) MIS (Modelo Incluyente en Salud), diferenciar los resultados (outputs y outcomes) de los servicios entregados según el contexto social y cultural.

Objetivo 2: Analizar cómo se comportan los modelos de atención del primer nivel en la provisión de servicios de salud con base en las categorías de gobernanza: a.- El problema, b.- Actores, c.- Puntos nodales, d.- Procesos y, e.- Normas.

Objetivo 3: Dar a conocer los mapas de políticas y los mapas de actores de influencia en la política de salud nacional diseñados para los servicios del primer nivel de atención y elaborar recomendaciones.

4.3. Hipótesis de trabajo.

Las hipótesis planteadas fueron las siguientes:

Hipótesis 1: existen diferencias en los procesos de gobernanza de los modelos de provisión de los servicios de atención en salud del primer nivel incorporados en la política sanitaria en la reforma del sistema de salud de 1996 a 2016.

Hipótesis 2: el Modelo tradicional del Ministerio de Salud Pública y Atención Social y el Modelo de Extensión de Cobertura propuesto por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, tuvieron un rol de actores estratégicos y secundarios diferente al Modelo Incluyente en Salud que explica el proceso de gobernanza en los programas prioritarios en salud en las comunidades rurales.

Hipótesis 3: la política en salud pública diseñada para el primer nivel de atención en salud no está de acuerdo con las necesidades de atención en salud de las poblaciones rurales en Guatemala; no incluye en sus modelos los aspectos

interculturales, la participación social y el género en el contenido de sus fundamentos éticos y de alcance social.

4.4. Metodología.

4.4.1. Tipo de diseño general del estudio.

Como se observa en la tabla 9 se desarrolló un estudio con un diseño cualitativo en dos fases. La primera de tipo documental presenta información del contexto social, político, demográfico, epidemiológico y de la política de salud de Guatemala. Sitúa al lector para comprender el entorno en el cual los modelos de atención primaria en salud, en el periodo de estudio de 1996-2016 fueron incorporados para dar respuesta a la demanda de atención en salud en el área rural. En la segunda, se construyó con base al estudio de los 3 modelos de dotación de servicios del primer nivel de atención empleando dos herramientas de análisis: 1) el Marco Analítico de Gobernanza y 2) el Análisis de la políticas en salud del Primer Nivel de Atención. El abordaje de trabajo de campo se hizo con la selección de dos municipios con influencia de cada modelo haciendo un total de seis.

Tabla No. 9
Diseño general de la tesis doctoral.

Fase	Actividad	Ámbito de estudio
I	Estudio de información documental	Contexto social, políticos, demográfico y epidemiológico. Política de salud.
II	Estudio de 3 modelos de salud Marco Analítico de Gobernanza (Hufty, 2010). Análisis de políticas en salud (Walt & Gilson, 1994) (Reich & Campos, 2021).	En 6 municipios seleccionados diferenciados por el modelo de atención primaria en salud. Problema, Normas, Procesos, Nodos y Actores.

Fuente: Elaboración propia.

4.5. Fase I: Estudio de información documental.

El análisis se realizó en dos pasos.

Paso 1.

Consistió en la revisión de fuentes documentales de los distintos gobiernos que se sucedieron durante el periodo de estudio de 1996 a 2016, sistematizando la información de los informes anuales de gobierno en lo que respecta al sector salud, así como los dispositivos legislativos, normativas y reglamentación publicadas con respecto a la Atención Primaria en Salud.

Paso 2.

Como se observa en la Tabla 10 se empleó la herramienta de informática de PolicyMaker Versión 4 desarrollada por Michael R. Reich y David Cooper (2021) quienes proponen la secuencia de seis pasos con base en la guía elaborada por Michael R. Reich y Paola Abril Campos (2021). La secuencia de los seis pasos permitió definir a los actores involucrados con respecto a la política sanitaria diseñada para el primer nivel de atención en salud, acorde a los distintos niveles geopolíticos, sectores de interés, capacidad de movilización de recursos y la fuente de poder. La secuencia de pasos permite ubicar a los actores de acuerdo con los niveles de acción geopolíticos (municipal, departamental o nacional) el uso del programa informático requiere que el investigador tenga un conocimiento profundo sobre la política que se analiza. Debe acentuarse que PolicyMaker fue desarrollado para el análisis de la política aplicada, es una guía asistida por computadora diseñada para el pensamiento político estratégico sobre la reforma de políticas (Reich & Cooper, 2021).

Tabla No. 10
Pasos para el análisis de la categoría de actores

Pasos 1	Definir los actores involucrados en el problema.
Pasos 2	Identificar la política que vincula a los actores.
Pasos 3	Describir, en el contexto, los niveles de análisis (Municipal, Departamental o Nacional).
Pasos 4	Realizar un análisis de las partes interesadas por sectores (social, político, ONG local, Internacional, Sistema de Naciones Unidas, Gubernamental o No Gubernamental).
Pasos 5	Evaluar la posición del actor con respecto a la capacidad de movilización de recursos en favor de resolver el problema.
Pasos 6	Evaluar la fuente de poder para incidir en el problema.

Fuente: Elaboración propia con base en la propuesta de Reich & Campos (2021).

4.6. Fase II Estudio de casos.

Paso No. 1 Selección de municipios

La selección del municipio se hizo con base en los siguientes criterios:

1. Los municipios tuvieron, al menos, una comunidad con entrega de servicios por uno de los tres modelos con permanencia de más de 10 años.
2. Dos municipios con comunidades bajo la cobertura del modelo tradicional del Ministerio de Salud.
3. Dos municipio con comunidades bajo la cobertura del modelo de provisión de servicios.
4. Dos municipio con comunidades bajo la cobertura del modelo de salud incluyente.
5. Apertura de las autoridades municipales y del personal sanitario a participar en los grupos de discusión y entrevistas.
6. Autorización del Comité de ética en la investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala para realizar el estudio de campo.

Paso No. 2 Selección de actores sociales.

La selección de las personas entrevistadas se hizo con los siguientes criterios:

- **Gobierno**
 - Viceministro de Salud de Atención Primaria en Salud
 - Director del Sistema de Atención en Salud / modelo tradicional
 - Encargado del Programa de Extensión de Cobertura / modelo de provisión de servicios
 - Director del Instituto de Salud Incluyente / modelo de salud incluyente
- **Departamental**
 - Gobernador departamental o delegado en temas de salud
- **Dirección de Área de Salud**
 - Director
 - Equipo técnico de apoyo administrativo del primer nivel de atención
 - Facilitador Departamental del Programa de Extensión de Cobertura
 - Encargado del Modelo Incluyente a nivel departamental
- **Municipal**
 - Alcalde
 - Consejo Municipal (concejal encargado en temas de salud)
 - COMUDE (Un delegado del Consejo Municipal Departamental)
 - Coordinador de Distrito Municipal en Salud
- **Local**
 - Centros de Salud del Modelo del Ministerio de Salud.
 - Puestos de Salud del Modelo del Ministerio de Salud.
 - Centros de convergencia de las ONG médicas (Extensión de cobertura)
 - Centros locales de atención del modelo de extensión de cobertura

La selección de las personas a entrevistar de la sociedad civil de nivel central y nivel local se hizo con los siguiente criterios:

- **Nivel Central**
 - Funcionarios de ONG nacionales e internacionales dedicados a temas de atención primaria en salud fuera de los modelos de estudio.
- **Nivel local**
 - ONG (fuera de los modelos de estudio)
 - Comités locales de salud
 - Usuarías (os)
 - Líderes de opinión locales

Como se observa en la Tabla 11 se emplearon diversas técnicas para la selección de los actores entrevistados, empleamos la selección por conveniencia que “Permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.” (Otzen & Manterola, 2017, pág. 230) y la técnica de Bola de nieve “es una técnica para localizar a informantes pidiendo a otras personas que identifiquen a individuos o grupos con un conocimiento especial del fenómeno.” (Ulin, Robinson, & Tolley, 2006, pág. 54). El trabajo de campo se apoyó con los informantes clave quienes “son integrantes del grupo con conocimientos, posición social o habilidades de comunicación especiales, que están dispuestos a compartir lo que saben con el investigador” (Ulin, Robinson, & Tolley, 2006, pág. 73). Las técnicas de selección fueron empleadas de acuerdo con el contexto social y cultural en el cual se desarrolló el trabajo de campo.

Tabla No. 11

Técnicas empleadas en el trabajo de campo para la selección de actores sociales a entrevistar en el municipio seleccionado.

Actor social locales	Técnica de selección de la muestra (1)
Facilitador en salud, vigilante, terapeuta tradicional u otro prestador de servicio local.	Por conveniencia y técnica de bola de nieve (Inicialmente se buscó el contacto con los servicios del MSPAS y luego un prestador de servicios de salud local nos referirá con otro)
Usuarios de los programas prioritarios (materno-infantil).	Por conveniencia y técnica de bola de nieve.
Voluntarios organizados. Comités organizados a nivel local que trabajaban temas relacionados con la salud en el primer nivel de atención.	Informante clave. Grupo de discusión.
Grupos de hombres y mujeres organizados.	Informante clave. Grupo de discusión (Ibañez, 1979). (De acuerdo con las condiciones del lugar se podrá conformar un grupo por municipio).
Líderes de opinión (organizaciones civiles, organizaciones religiosas, representantes locales del sector político, los directores o personal de instituciones locales).	Informante clave. Grupo de discusión.
Personal sanitario de las Prestadores de Servicios de salud a nivel local.	Informante clave. Grupo de discusión.

Fuente: Elaboración propia (1) Otro método utilizado fue la teoría fundamentada, en donde el número de entrevistados al principio de la investigación no fue especificado, esto porque no se sabía el rumbo que la investigación tomaría, por lo que se continuó con la recolección de datos hasta que fue alcanzado el punto de saturación que nos permite editar nuevos conceptos que no se tuvieron previamente (Walker D, 2006). Nota: La selección de los municipios corresponde a: los municipios que presentaron con mayor número el cumplimiento del criterio, para garantizar la factibilidad de obtención de datos y participación local en el estudio.

4.7. Técnicas de obtención de información.

4.7.1. Trabajo de campo.

La Fase I

Revisión documental:

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica y documental en el centro de documentación del MSPAS, en los recursos electrónicos a disposición del público, para recolectar los documentos a ser analizados. Otro recurso para captura de datos documentales fue a través del servicio de información al público habilitado por el MSPAS en cumplimiento a la Ley de Acceso a la Información Pública Decreto Número 57-2008, los mismos correspondieron al periodo de estudio y fueron vaciados en una tabla que permitió la comparación de información en el periodo de tiempo de observación (Ver en Anexo G. Instrumento de guía documental).

Fase I y II

Fuentes primarias:

Paso 1.

Se capacitó a un auxiliar de investigación en las técnicas para aplicar los instrumentos, la logística y los procedimientos de aproximación con las autoridades del lugar. Se instruyeron en la aplicación del instrumento que contiene las autorizaciones locales y el instrumento de consentimiento informado (Ver en Anexo C. Documento de consentimiento informado).

Paso 2.

Los instrumentos se probaron y ajustaron en una prueba piloto (Ulin, Robinson, & Tolley, 2006) (Scrimshaw & Hurtado, 1988), en una localidad con

características similares a las seleccionadas para el estudio. Los instrumentos fueron aprobados por el director y el tutor de la tesis doctoral.

Paso 3.

Los datos fueron recabados de fuentes primarias de información de la manera siguiente: entrevista individual y grupo de discusión, previo a la obtención del visto bueno de las autoridades comunitarias (Ver en Anexo B. Guía de presentación ante autoridades locales) y los consentimientos informados de los declarantes clave (Ver en Anexo C. Documento de consentimiento informado). Además, se utilizaron guías de entrevista que utilizaron preguntas semiestructuradas formuladas para orientar la recuperación de información (Ver en Anexo D. Instrumentos para proveedores y funcionarios públicos) (Ver en Anexo E. Instrumento para usuarias (os), organizaciones civiles, líderes). Se utilizaron grabadoras digitales cuando el entrevistado lo permitió. En aquellos casos en los cuales las condiciones del medio no permitieron el uso de una grabadora digital, se empleó el uso de un cuaderno de notas para el registro de la información.

Como se observa en la tabla 12 las técnicas empleadas para la obtención de información de datos de fuente primaria fueron con instrumentos que guiaron la entrevista individual o grupal semiestructurada. Además se empleó la consulta con expertos en trabajo de forma paralela: a) un antropólogo experto en temas de políticas en salud y programas de salud, b) investigadores del Centro de Investigaciones en Ciencias de la Salud con formación en epidemiología y salud pública y, c) un consultor internacional con experiencia en estudios de gobernanza en salud en Guatemala. La consulta permitió definir las variables, categorías, subcategorías, códigos y subcódigos que conformaron la matriz de análisis ⁴.

⁴ La matriz se puede ver en el siguiente enlace de Onedrive: https://fundacionoxlajujnoj-my.sharepoint.com/:x:/g/personal/luislopez_fundacionoxlajujnoj_onmicrosoft_com/EVyd1NTEIYxHjlio uhvoYDEBnPa0VEpgeuHVP0koY-c-Q?e=Gjr38Y

Tabla No. 12

Técnicas de obtención de información de acuerdo con el tipo de dato de fuente primaria.

Técnica	Tipo de dato
a) Entrevistas individuales semiestructurada.	Información de primera mano con base en: -Datos generales del entrevistado. - Identificación de actores.
b) Entrevistas grupales semiestructurada (Discusión de grupo).	-Procesos. -Formulación de políticas. -Marcos normativos.
c) Consulta a un grupo de expertos en trabajo en forma paralela, con quienes se estimaron y discutieron algunas variables cualitativas.	-Matrices ordenadas. -Matrices relacionales. -Resumen de los datos cuantitativos. -Bases de datos generadas en el programa ATLAS.ti

Fuente: Elaboración propia.

Paso 4.

Se llevó, además, una bitácora del registro del trabajo de campo, que sirvió como complemento a la información de las entrevistas en donde se registraron todos los niveles de información que incidieron en el análisis e interpretación de los resultados. También se empleó la técnica de observación en terreno para contextualizar los datos de campo (Copans, 1999) (Ver en Anexo F. Instrumento de Guía de observación). Estos registros permitieron cruzar información complementaria que no se registró con los instrumentos y permitió al investigador completar el análisis de datos.

4.7.1.1. Logística de trabajo de campo.

Como se observa en la tabla 13 el trabajo de campo requirió un periodo de tiempo para gestionar las autorizaciones correspondientes. Es importante señalar que

los tiempos de autorización no son expeditos y el MSPAS para interactuar con el personal sanitario y los usuarios de los servicios sanitarios exige la autorización del comité de bioética en investigación. Las visitas de campo requirieron un periodo de tiempo prolongado entre los años 2015-2019 dado que los recursos fueron tramitados ante el Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud con base a un proyecto paralelo a la propuesta de tesis doctoral. El trabajo de campo en las distintas comunidades requirió el apoyo de recursos de distintas fuentes. Cabe mencionar que el trabajo de campo en la mayoría de las localidades requirió la participación de traductores para la entrevista y posterior traducción de las grabaciones, en este sentido el trabajo fue arduo y requirió en diversos momentos de trabajo voluntario de líderes comunitarios.

En la tabla 13 se observa el tiempo dedicado casi simultaneo al de trabajo de campo por el volumen de grabaciones de entrevistas individuales y grupales. Para las transcripciones se requirió contratar personal de apoyo a lo largo del proceso de generación de materiales grabados en formato digital. El tratamiento de la información requirió la organización de un directorio de archivos y la nomenclatura que permitió sistematizar el análisis con el programa informático de AtlasTi. El uso del programa informático AtlasTi y PolicyMaker requirieron actualizar de forma constante para el uso de las herramientas por parte del investigador de forma autodidacta con los recursos virtuales disponibles.

Tabla No. 13

Calendario de actividades de trabajo de campo, transcripción de entrevistas, análisis, interpretación y redacción de tesis doctoral.

Actividad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Gestión de autorización de aval ético y. trabajo de campo	X	X	X					
Trabajo de campo municipios		X	X	X				
Trabajo de campo nivel central			X	X	X			
Transcripciones de entrevistas		X	X	X	X	X		
Análisis e interpretación de datos				X	X	X		
Redacción de capítulos y depósito de tesis					X	X	X	X

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 14 se presentan el listado de evidencias documentadas que se emplearon en la gestión de autorizaciones en los distintos niveles de autoridades para la realización del trabajo de campo. Algunas de las autoridades remitieron respuesta de autorización sin embargo hubo varias autoridades que emitieron ordenes verbales lo cual fue suficiente para desarrollar el trabajo de campo. Esto sucedió porque la autorización de nivel superior fue el documento vital para el acceso a la información y entrevistas con los trabajadores sanitarios. En el nivel local de los municipios y las organizaciones locales de las comunidades existió una mayor autonomía para consentir su participación en la investigación al no estar sujeta a una instancia de autoridad. La secuencia del trabajo de campo requirió varias visitas para convocar a los equipos de trabajo y las comunidades de organización local a converger en puntos estratégicos para realizar las entrevistas grupales. En algunas comunidades se tuvo que facilitar el recurso económico para cubrir los gastos de transporte y en ocasiones de alimentación dado que la distancia y acceso al transporte generan una dificultad en el tiempo de movilización.

Tabla No. 14**Documentos de solicitud y autorizaciones para el trabajo de campo de la tesis doctoral.**

No.	Asunto de requerimiento	Anexo
1	Carta de Aval Ético del proyecto de tesis doctoral	Anexo A.1
2	Carta emitida por el Gobernador Departamental de Sololá dirigida a los Alcaldes Municipales del Departamento de Sololá.	Anexo A.2
3	Carta dirigida al Alcalde Municipal de Sololá solicitando autorización para el trabajo de campo.	Anexo A.3
4	Carta dirigida al Gobernador Departamento de Sololá solicitando información pública.	Anexo A.4
5	Carta dirigida a la Directora Hospital Nacional Departamento de Sololá, solicitando información pública.	Anexo A. 5
6	Carta dirigida al Alcalde Auxiliar de Güineales del Departamento de Sololá solicitando autorización para realizar entrevistas con líderes de la comunidad.	Anexo A.6
7	Carta dirigida al Director de Distrito de Salud de Nahualá del Departamento de Sololá solicitando información pública relacionada con los programas de atención primaria.	Anexo A.7
8	Carta dirigida al Municipio de Santa Catarina Ixtlahuacán del Departamento de Sololá solicitando información pública relacionada con los programas de atención.	Anexo A.8
9	Carta dirigida al encargado de SEGEPLAN Departamento de Sololá solicitando una entrevista relacionada con la gestión de los Consejos Comunitarios de Desarrollo.	Anexo A.9
10	Carta emitida por el Alcalde de la Municipalidad de Sololá, donde autoriza que la investigación se realice con el apoyo de las personas contenidas en el cuadro anexo.	Anexo A.10 Anexo A.10.1
11	Carta dirigida al Director de la Dirección de Área de Salud solicitando la autorización para realizar el proyecto de investigación en las comunidades de Güineales, Xejuyup y otras en el Departamento de Sololá.	Anexo A.11
12	Carta emitida por el Director de Área de Salud de Sololá donde autoriza la realización de la investigación en los distritos de bajo su jurisdicción.	Anexo A.12
13	Carta dirigida al Alcalde del Municipio de Cuilco del Departamento de Huehuetenango solicitando información pública relacionada con los programas de atención primaria.	Anexo A. 13
14	Carta dirigida al Director de Distrito de Salud de Cuilco del Departamento de Huehuetenango solicitando información pública.	Anexo A. 14
15	Carta dirigida al Gobernador del Departamento de Huehuetenango solicitando información pública relacionada.	Anexo A. 15
16	Carta dirigida al Director de Área de Salud del Departamento de Huehuetenango solicitando información pública.	Anexo A. 16
17	Carta emitida por el Gobernador Departamental de Huehuetenango donde indica que el despacho dará el apoyo.	Anexo A. 17
18	Carta emitida por el Director Ejecutivo del Área de Salud del Departamental de Huehuetenango donde autoriza a tener acceso a la información pública.	Anexo A. 18
19	Carta emitida por el Director Institucional del Instituto de Salud Incluyente -ISIS- donde autoriza el desarrollo de trabajo de campo del proyecto de investigación.	Anexo A. 19

Fuente: Elaboración propia.

4.7.1.2. Equipo de investigación.

Como se observa en la tabla 15 aparece la lista del equipo de investigación que se integró en el año 2017 con 5 estudiantes de la carrera de médico y cirujano quienes elaboraron su tesis de grado titulada: “Determinantes y condicionantes de salud relacionados a los casos de mortalidad materna en el departamento de Sololá, durante el año 2015” ⁵ con mi participación como asesor de tesis. La participación del equipo de investigación consistió en las siguientes actividades:

- 1) Se les dio asesoría para la elaboración del proyecto de tesis de licenciatura
- 2) Recibieron un seminario de metodología cualitativa.
- 3) Participaron en un taller para la realización de entrevistas individuales y grupales.
- 4) Se les dio acompañamiento para el uso del programa de informática AtlasTi.
- 5) Asesoría para el trabajo de campo en dos municipios del Departamento de Sololá. Dado que el proyecto de tesis doctoral ya tenía permisos gestionados la llegada del equipo de investigación fue factible.
- 6) Recabaron datos de fuente primaria (grabación de entrevistas) y revisaron archivos de registros de datos.
- 7) Realizaron la transcripción de las entrevistas (material que fue integrado a la base de datos de la tesis doctoral)
- 8) Escribieron el informe de tesis.

Los cinco miembros del equipo de investigación presentaron una carta individual en la cual el asunto se resume en que ellos: solicitan enrolarse en el proyecto de investigación bajo mi responsabilidad para hacer su trabajo de tesis de grado de licenciatura como un proyecto secundario bajo mi asesoría.

⁵ Ver la publicación en línea en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10682.pdf

Tabla No. 15

Lista del equipo de investigación evidencia documentada de su participación.

No.	Nombre	Anexo
1	Andrea Lucía Ramírez	Anexo A.20
2	Mario Alberto Prado López	Anexo A.21
3	César Ariel López Aixup	Anexo A.22
4	Daniel Andrés López Chávez	Anexo A.23
5	José Carlos Chávez Grajeda	Anexo A.24

Fuente: Elaboración propia.

El producto de trabajo de la tesis de licenciatura fue aprobado para su defensa pública y publicación como consta en los siguientes documentos anexos A.25, A.26 y A.27.

Es importante señalar que hubo otros seis auxiliares de investigación que apoyaron en la logística local de cada municipio y comunidad, quienes organizaron la convocatoria de las personas que participaron en las entrevistas e identificaron los sitios para hacer el trabajo de campo así como los traductores locales. Por la dimensión del trabajo de campo se requirió un constante monitoreo de comunicación con los auxiliares de investigación en las localidades para organizar las visitas con las autoridades locales.

4.7.2. Manejo y análisis de datos.

Fase I. Análisis de datos

La información documental de los tres modelos de atención primaria en salud fue clasificada y posteriormente analizada de acuerdo con su contenido, contexto, procesos y actores sociales (Walt & Gilson, 1994). El análisis se reforzó con el uso del programa informático POLICYMAKER que permitió la elaboración del mapa de actores (Reich & Cooper, 2021) que conforma una de las categorías del Marco Analítico de Gobernanza (Hufty, 2009). Este permite ubicar la posición y la influencia de los actores involucrados con el problema planteado.

Fase I y II. Estudio de casos

Paso 1.

La información obtenida en los municipios de estudio fue transcrita al formato Word, para crear el documento primario. La codificación de los datos obtenidos se realizó con el programa informático, Atlas.ti versión 8.0, para facilitar el análisis cualitativo de grandes volúmenes de datos textuales. El programa Atlas.ti tuvo como foco de atención el análisis cualitativo. No pretende automatizar el proceso de análisis, sino simplemente ayuda a la clasificación en el proceso de análisis cualitativo y posterior interpretación.

La información textual permitió crear las unidades hermenéuticas. Luego se crearon los códigos que permitieron la relación entre ellos y se agruparon en conceptos similares para hacerlos más realizables tomando los datos de cada unidad primaria (Skodol H W, 1991) (Kennedy T J T, 2006) (Mantzoukas, 2005). La información fue tabulada por categorías en un archivo de Excel y luego, se elaboró el listado con base en las categorías del análisis de gobernanza. Este ejercicio se compartió con el director de tesis y expertos en temas de sistemas de salud con el objeto de recuperar observaciones sobre el proceso de generación de códigos (Ver en Anexo H. Códigos y subcódigos de análisis) (Ver en Anexo K. Citas seleccionadas).

Paso 2.

Procesamiento de la información

Los datos que se ingresaron en las matrices correspondientes fueron analizados por el método de triangulación metodológica que consiste en el uso de más de una técnica de recolección de datos e implicó el uso de varios tipos de enfoques cualitativos, lo que contribuyó a verificar la validez de los resultados de la investigación y la observación para tener diferentes puntos de vista sobre un mismo concepto. La triangulación se refiere a un método sencillo para determinar la posición de un punto con observaciones de dos puntos adicionales, recientemente hay un incremento en el nivel de interés en la triangulación en el

ámbito de la salud pública donde se desarrollan los tres modelos de entrega de servicios de acuerdo con los contextos sociales diferenciados por aspectos culturales y determinantes sociales que conforman la trama de la discusión.

El objetivo general de la triangulación fue aumentar la validez de la investigación mediante el incremento de la posibilidad de que las conclusiones e interpretaciones se encuentren creíbles y confiables (Witz, 2007) (Farmer T, 2006). Dada la naturaleza del objeto de estudio se trianguló entre los grupos de entrevistados y para ello se establecieron grupos de las unidades hermenéuticas de acuerdo con la posición que cada actor social ocupó en el modelo de provisión de servicios del primer nivel de atención en salud.

El análisis de resultados fue controlado por medio del plan de análisis y el diseño de gráficos de los resultados, para eso se propuso la herramienta de Networks (ver en anexos las redes 1, 2 y 3) la cual permite establecer las relaciones por asociación entre las categorías con relación directa a los segmentos de las entrevistas que dan cuenta de los códigos consignas en el programa informático de ATLAS.ti versión 8 (Ver en Anexo I. Informe de códigos).

Los nodos, se trabajaron en matrices de referencia para ello se elaboraron diagramas explicativos de las relaciones entre códigos, familias de códigos y las redes de códigos correspondientes (Ver en Anexo J. Redes de Análisis 1, 2 y 3). Con base en la información recopilada se estableció las interrelaciones de actores y los nodos.

Las hipótesis de trabajo orientaron la búsqueda de hallazgos que dieron respuesta a las debilidades o fortalezas de los modelos bajo estudio y se centraron los aportes con base en los nodos que permitieron proponer intervenciones (Hufty, 2010) de acuerdo con el escenario social del municipio y el modelo en cuestión.

Las recomendaciones factibles fueron discutidas con base en los criterios del triángulo de la política de salud que emplea cuatro aspectos: actores, contexto, contenido y proceso (Walt & Gilson, 1994). Las recomendaciones permitieron

concentrar la información procesada en los nodos que se detallan en la sección de análisis de la información. Las recomendaciones atendieron a cinco pasos (Arredondo, et. al., 2010) para su construcción:

- 1) Formulación del problema en estudio con base en la pregunta inicial, la cual se desagregó en otras preguntas, la identificación de actores y las posiciones con relación al problema. Luego, se elaboró una lista de argumentos que permitieron mediar con los actores, la profundización del análisis y de las consecuencias del problema. Para esto se revisó la literatura para tener una evidencia científica que es primordial en este paso.
- 2) Análisis con interconsultas a distintos actores involucrados con base en las opiniones sobre literatura publicada en los medios.
- 3) Cierre del análisis en un proceso de síntesis con base en las categorías de lo general a lo particular. Se emplearon como guía las hipótesis y categorías del análisis.
- 4) Identificación de las opciones más representativas con las categorías del MAG para identificar los nodos de intervención.
- 5) Deducción de las consecuencias de las intervenciones representadas en nodos, articulando los distintos factores que se interrelacionan.

4.8. Consideraciones éticas.

El proyecto fue presentado ante el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el mes de junio del año 2015 y aprobado el 27 de octubre de 2015 (Ver Anexo A). Por las características de las comunidades fue indispensable la gestión de los permisos para la fase de trabajo de campo en las diversas instancias de autoridades locales, municipales e institucionales de la dirección de área de salud y nivel central, las ONG médicas, representantes de organizaciones civiles o religiosas. Los diversos actores sociales involucrados en el estudio fueron abordados, tanto desde las estructuras de autoridad colectiva como individual, para presentar los alcances que tuvo el estudio, con un documento de una página en el cual se expone el objetivo general, el tipo de metodología y niveles de confidencialidad de la información. Los investigadores de campo fueron presentados de forma oficial con documentos institucionales y estuvieron debidamente identificados para el trabajo de campo.

Esta investigación fue considerada sin riesgo. Sin embargo, conserva el anonimato del municipio en la presentación de resultados en publicación y el informe ejecutivo, así como en el informe final de tesis doctoral. Se resguarda de esta forma la identidad de las localidades y sus habitantes. Las bases de datos cualitativos tuvieron un código de seguridad en los medios electrónicos donde fue almacenada y el cual se utilizó en las citas a pie de página del informe final.

En un documento redactado con lenguaje apropiado para cada actor social que se entrevistó se desarrolló un documento de consentimiento informado el cual tuvo un encabezado con el nombre del responsable de la investigación, así como la dirección postal, correo electrónico y teléfono. Los documentos de Consentimiento Informado fueron únicamente instrumentos que fueron leídos por la persona responsable de aplicarlo, dado que muchos actores sociales, en algunos casos, eran analfabetas (Ver en Anexo C. Documento de consentimiento informado). También fue considerado un traductor para el manejo del idioma local maya (Mam, Aguacateco, Akateko, Chuj, Chalchiteco, Q'anjob'al y Quiche). La aceptación del consentimiento informado de la

entrevista tuvo la opción de ser únicamente verbal, por las circunstancias de reticencia a firmar o colocar la impresión digital en un documento. La entrevista fue grabada en medio digital o únicamente escrita de acuerdo con el consentimiento expreso del entrevistado.

Los principios éticos de vital observación en este estudio (UNESCO, 2006), fueron:

Al aplicar el principio de autonomía se buscó el respeto por las personas con el objeto de evitar que se limite a los entrevistados en su capacidad de decisión para participar.

- Se hizo un proceso de consentimiento informado individual para la entrevista.
- Se consideró el principio de beneficencia a través de beneficios indirectos para los participantes dado que la información tuvo valor para el sistema de salud, de tal forma que no se pudo ofrecer algún tipo de compensación por su participación en el estudio.
- No se observó ningún tipo de riesgo para los entrevistados el anonimato en la entrevista se garantizó.
- Se aplicó el principio de justicia para evitar que, por la vulnerabilidad social o económica, la persona perciba únicamente que fue utilizada. En tal sentido, al finalizar el informe final, se hizo el compromiso de hacer llegar la información por diversos medios en los departamentos y municipios de trabajo de campo e instituciones de los modelos bajo estudio.

Previo al trabajo de campo se recabó información sobre la situación de violencia en los municipios y comunidades en las cuales se realizó el estudio, con el objeto de tomar las medidas necesarias de resguardo de la integridad del equipo de investigación. Se tuvo un sistema de comunicación diario para constatar que el investigador y auxiliares de campo se encontraron bien.

Conclusión de capítulo.

Este capítulo se construyó con base a las preguntas de investigación, los objetivos, las hipótesis y la metodología. Con respecto a la metodología se basó en un diseño cualitativo en dos fases: la primera fase de tipo documental que aborda el contexto social, político demográfico, epidemiológico y de política de salud y, la segunda fase con el estudio de 3 modelo de salud que requirió trabajo de campo en 6 municipios de dos departamentos del país. Se presentaron los pasos y actividades que fueron necesarios para el desarrollo del trabajo de campo y las técnicas para la sistematización en el análisis de los registro de información de la base de datos de entrevistas individuales y grupales.

En el tratamiento de los datos cualitativos se empleó una matriz como guía para estructurar los hallazgos de información. La matriz se fundamenta en las preguntas de investigación y objetivos de la tesis doctoral, luego se plantearon categorías de tipo teórico que dan origen a un primer nivel de códigos y subcódigos que fueron guiando el análisis en las transcripciones de las entrevista individuales y grupales. Lo anterior se realizó con base al programa informático Atlas Ti versión 8 que permitió sistematizar el proceso, cabe mencionar que el volumen de transcripciones en páginas supera las 1000 hojas. El capítulo se acompaña de las evidencias documentadas que se encuentran en anexos y con acceso a un enlace Web en la nube donde están las transcripciones empleadas con el programa informático Atlas Ti versión 8. Otra herramienta informática que se utilizó para crear el mapa de actores fue la herramienta informática PolicyMaker versión 4.

En el capítulo siguiente se presenta el análisis de los datos con base al uso de la herramienta de Atlas Ti y la teoría fundamentada.

Capítulo 5. Análisis de resultados.

El capítulo quinto contiene el análisis de la información que se construyó con base en los registros de datos recabados durante el trabajo de campo. Para tal objeto se emplearon los códigos y subcódigos que dieron origen a las categorías de análisis con la técnica de saturación. Se empleó el marco analítico sobre gobernanza como hilo conductor del análisis de resultados (Labonté, 2010). La metodología se aplicó en los datos recabados del primer nivel de atención para los tres modelos de entrega de servicios. También se emplearon indicadores de gobernanza que en el análisis permitieron articular los contenidos con mayor relación y que expresan, desde la narrativa de los entrevistados, la construcción social sobre las preguntas de investigación.

Los modelos implementados en el sistema de salud de Guatemala fueron la guía que permitió la articulación de información: en primer término, el Modelo de atención tradicional que antes de 1996 existió en el primer nivel de atención y se encontró ampliamente difundido en el país con un bajo impacto de sus acciones programáticas diseñadas con base en los programas oficiales de salud de tipo vertical. A partir de la aprobación del código de salud en 1996 se lanzó el modelo de extensión de cobertura con una vigencia hasta el año 2015 cuando súbitamente fue desfinanciado y retirado del sistema de salud.

A principios del año 2000 apareció en el escenario del sistema de salud el Modelo Incluyente en Salud con el apoyo de Medicus Mundi Navarra. El modelo paulatinamente se instaló en distintas localidades del país hasta alcanzar algunos municipios con población de origen maya. Se observó la coexistencia de 3 modelos responsables en la dotación de servicios del primer nivel de atención en salud en comunidades con característica étnica similar y geográficamente próximas. Cada modelo generó las condiciones de transacciones entre actores sociales para la entrega de servicios en las comunidades. Los roles que tomó cada actor social en el nivel comunitario no estaban normados por el MSPAS de esa cuenta las normas informales se definieron en las prácticas de los actores sociales en el nivel local.

Las entrevistas realizadas, de tipo individual y grupal, fueron en total 58, de las cuales se hicieron a nivel individual 31 que incluyeron de nivel central con altos

directivos de los tres modelos (3); las Direcciones de Área de Salud (DAS) (2); los funcionarios de nivel medio (3), quienes operaron los tres modelos; delegados del gobiernos central (3) en el nivel departamental vinculados a programas de desarrollo social; coordinadores municipales de salud (6), donde operaron los tres modelos políticos de nivel municipal (4); y técnicos en salud rural (3) asignados en municipios donde operaron cada modelo, directivos de ONG's en salud (3), directivos de organizaciones de la sociedad civil (4). En general los entrevistados dieron información que se logró verificar al cruzar los contenidos entre las diversas entrevistas. Cabe mencionar que los funcionarios responsable del modelo de extensión de cobertura del Ministerio de Salud fueron reticentes en abrir información sobre el impacto de la atención y los problemas de falta de cumplimiento en la entrega de servicios.

Las entrevistas a nivel grupal fueron 27, que incluyeron en el nivel local a: terapeutas tradicionales (6), organización local en salud (6), usuarias (os) de servicios (6) y equipos de salud de los tres modelos (9). Los participantes por grupo fueron entre 8 a 12 por grupo, hubo tres municipios donde las entrevista grupales se realizaron con 2 grupos de los equipos de salud por el volumen de personal contratado que correspondieron al modelo incluyente en salud. La mayor participación de personas por grupo fue en la organización social local en salud donde existe voluntariado y quienes participan mostraron mayor compromiso de la representación social que ellos tiene. En los grupos de usuarias (os) hubo mayor participación de mujeres en edad reproductiva, los hombres mostraron interés de participación en las comunidades postergadas que estaban bajo el modelo de extensión de cobertura.

Desarrollar la logística para la convocatoria de los grupos requirió de mucho tiempo y recurso económico para facilitar la convergencia de los participantes a los sitios de entrevista. Las entrevistas grupales con mayor facilidad fueron con los equipos técnicos de salud quienes regularmente son convocados en las sedes municipales de los centros de salud por el coordinador municipal. Los terapeutas tradicionales fueron convocados por medio de funcionarios de los servicios de salud local.

Con la herramienta de *Networks* del programa informático Atlas.ti versión 8 se construyeron tres redes, una para cada modelo, que contienen los códigos y categorías sobre los cuales se construye el análisis con base en su “Enraizamiento” y “Densidad”. El contenido sobre el cual se fundamentó el análisis se basa en las citas recuperadas de las transcripciones de entrevistas (Ver Redes 1, 2 y 3 en anexos). Los relatos de las entrevistas individual o grupal que se emplean en este capítulo fueron seleccionados entre varios de un contenido similar pero que expresan de mejor forma la categoría que se articula en la red de análisis. El programa Atlas Ti permite asignar los códigos y subcódigos correspondientes a una categoría en los textos de las transcripciones de las categorías llamadas “citas” de las diferentes citas asignadas se seleccionó las más representativas para articular la narrativa de los resultados.

Se elaboró un trabajo de triangulación de los hallazgos con base en la revisión teórica de los capítulos precedentes y los niveles de información que, desde los entrevistados de distinto nivel. Este trabajo de triangulación permitió constatar las categorías que emergen desde el discurso.

5.1. Contexto de la reforma del sistema de salud y el modelo de extensión de cobertura.

La sección describe las circunstancias nacionales e internacionales que propiciaron la llegada de un modelo “innovador” para la entrega de servicios en el primer nivel de atención en salud. La llegada del modelo de extensión de cobertura se acompañó de dos procesos sociales y políticos: por un lado, los Acuerdos de Paz que dieron el fin a la guerra interna entre el ejército contra la guerrilla dando paso a la transformación social, económica y política del país y; por otro lado, la modernización del Estado guatemalteco que requirió la creación de leyes para su funcionamiento.

La sección permite comprender cómo la firma de los Acuerdos de Paz y las leyes para la modernización del Estado guatemalteco formaron el marco político para instalar a las ONG médicas en el primer nivel de atención como parte del sistema

de salud. Este es uno de los episodios de la reforma del sistema de salud en el cual los organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional diseñaron un modelo “innovador” que fue experimental en el contexto social de Guatemala. Se expone a la vez a los actores sociales y los roles que tuvieron en el desarrollo de la reforma del sistema de salud.

En la década de los años 90, en el ámbito internacional se conocieron las recomendaciones del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional dictadas en el informe sobre “Invertir en Salud” relacionadas con las políticas de desarrollo económico y social que orientaron la retracción del rol benefactor del Estado guatemalteco (Banco Mundial, 1993). Las recomendaciones dictadas por ambos organismos internacionales en materia de salud impulsaron la proliferación de las ONG dedicadas a las prestaciones de servicios de salud:

“Las instituciones privadas sin fines de lucro, tanto locales como extranjeras, brindan una proporción significativa de la asistencia sanitaria en los países en desarrollo y prestan servicios clínicos esenciales a las unidades familiares de bajos ingresos en los más pobres de ellos.” (Banco Mundial, 1993, pág. 131)

En el preámbulo de la firma de los Acuerdos de Paz en Guatemala en 1996, las organizaciones no gubernamentales en salud tuvieron un rol importante con presencia en comunidades donde los servicios del primer nivel de atención del MSPAS no estaban presentes (SEPAZ, 2007). Los Acuerdos de Paz incluyeron la transformación de los servicios de salud pública en el apartado relacionado con el Sistema Nacional Coordinado de Salud (SEPAZ, 2007). El documento incluyó, entre los proveedores de servicios de salud, a las organizaciones no gubernamentales de servicios médicos.

Como se observa en la tabla 16 el orden cronológico de las negociaciones de los acuerdo de paz requirió cinco años con una agenda que trato temas que requerían crear los marcos legislativos para encauzar cambios sociales trascendentales para construir la paz en Guatemala.

Tabla No. 16**Lista de Acuerdos de Paz firmados entre el Gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG).**

Tipo de acuerdo	Lugar y fecha
1. Acuerdo Marco sobre Democratización para la Búsqueda de la Paz por Medios Políticos	Querétaro, México, 25 de julio de 1991
2. Acuerdo Global sobre Derechos Humanos	México, D. F., 29 de marzo de 1994
3. Acuerdo para el Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado	Oslo, Noruega, 17 de junio de 1994
4. Acuerdo sobre el Establecimiento de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico de las violaciones a los derechos humanos y los hechos de violencia que han causado sufrimientos a la población guatemalteca	Oslo, Noruega, 23 de junio de 1994
5. Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas	México, D. F. 31 de marzo de 1995
6. Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria	México, D. F. 6 de mayo de 1996
7. Acuerdo sobre Fortalecimiento del Poder Civil y Función del Ejército en una Sociedad Democrática	México, D. F. 19 de septiembre de 1996
8. Acuerdo sobre el Definitivo Cese al Fuego	Oslo, Noruega 4 de diciembre de 1996
9. Acuerdo sobre Reformas Constitucionales y Régimen Electoral	Estocolmo, Suecia 7 de diciembre de 1996
10. Acuerdo sobre bases para la Incorporación de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca a la Legalidad	Madrid, España 12 de diciembre de 1996
11. Acuerdo sobre el Cronograma para la Implementación, Cumplimiento y Verificación de los Acuerdos de Paz	Guatemala 29 de diciembre de 1996
12. Acuerdo de Paz Firme y Duradera	Guatemala 29 de diciembre 1996

Fuente: Elaboración propia con base en datos de (SEPAZ, 1996)

La aprobación del Decreto número 90-97 referido al Código de Salud de Guatemala en el artículo 152 regula los aspectos legales que abordan los niveles de atención y la red de servicios del sistema de salud (Congreso de la República de Guatemala, 1997). La firma de los Acuerdos de Paz encontró en el código de salud el medio legal para proponer cambios en el sistema de salud que inició con

el Programa de extensión de cobertura dirigido al primer nivel de atención con énfasis en la población materno infantil (PNUD, 2010).

La antipatía y desconfianza de las comunidades indígenas con respecto al desempeño del gobierno contribuyeron a la decisión del MSPAS de contratar la provisión privada del servicio básico en el cuidado de la salud (Word Bank, 2005). La decisión de reformar el servicio básico de la salud a través de la contratación privada de las ONG médicas fue tomada en 1996. La reforma de este periodo tuvo como objetivo paliar la problemática de un sistema de salud cuyo modelo del primer nivel de atención se encontró agotado, con un enfoque en la capacidad curativa antes que prevenir las enfermedades (Iniciativa Reforma Sector Salud, 1998).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para finales del año 2001 entre las prioridades y políticas en salud consideradas como innovadoras firmó 161 convenios con 88 organizaciones no gubernamentales con una población blanco-beneficiaria de más de 3 millones. El propósito fue ampliar la oferta a poblaciones postergadas sin acceso a los servicios del primer nivel de atención con base en un paquete básico de servicios (PBS) (Word Bank, 2005). La estructura administrativa y financiera empleó un contable por cada dos convenios (MSPAS, SEGEPLAN, PNUD, 2007).

Los tipos de contrato firmados con las ONG para la entrega de servicios del primer nivel de atención se distinguieron por las administradas desde el Sistema Integrado de Administración en Salud (SIAS): 1) la contratación mixta de las ONG con las llamadas Administradoras de servicios de salud y, 2) la contratación directa de las ONG conocido como Provisión de Servicios de Salud (PSS) llegando a un 60 % de contratos desde su inicio (Word Bank, 2005). Además, siguió operando el modelo de atención tradicional que, en momentos previos, se impulsó en los años 70 con el crecimiento en número de puestos de salud en poblaciones con vías de acceso y transporte. Cabe mencionar que, muchos de ellos estuvieron abandonados por el azote de la guerra entre el ejército y la guerrilla (observación de campo).

El experimento impulsado por las recomendaciones del BM y FMI en la Provisión de servicios de salud fue considerado como un modelo de entrega de servicios innovador, en opinión de expertos evaluadores (Word Bank, 2005). Inicialmente el modelo se aplicó en tres de los 22 departamentos. A pesar de no tener estudio de línea basal y resultados del seguimiento del modelo de extensión de cobertura, la ampliación del modelo en las zonas postergadas se expandió con fuentes financieras de la cooperación internacional (Word Bank, 2005). En los primeros años de la creación del nuevo modelo se generó una buena expectativa basada en el fracaso del modelo preexistente y el efecto de probar un modelo nuevo que se acompañó de recursos económicos externos. Desde el MAG la meta norma como las dictadas desde los organismos internacionales fueron identificadas para su posterior discusión en el contexto del sistema de salud en Guatemala (Hufty, 2010).

5.2. Política social populista preámbulo de la decadencia del modelo de extensión de cobertura.

En esta sección se abordan las condiciones de tipo político e intereses de actores estratégicos que propiciaron la desfinanciación y desmantelamiento del modelo de extensión de cobertura. Se describe la manipulación del modelo de extensión de cobertura por parte del partido UNE y PATRIOTA para operar acciones de tipo populistas con la entrega de bolsas de víveres en las comunidades bajo su cobertura. Acción que aumento la sobrecarga de trabajo de los equipos locales de salud de las ONG médicas e incidió de forma negativa en el cumplimiento de la entrega de servicios en salud.

Las observaciones de campo e información recabada permiten identificar la trama de actores sociales e intereses políticos que explican la desaparición del modelo de extensión de cobertura.

La consolidación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) sucedió en el año 2011 por las acciones de tipo político que desde el MSPAS fueron producto

de las mesas de trabajo que tuvieron como objetivo generar incidencia política⁶ con el apoyo de los sectores de la sociedad civil. Sin embargo, en ese cónclave no se convocó en las mesas de discusión a la representación de las ONG médicas concentradas en la Coordinadora Nacional de Extensión de Cobertura⁷ (CONEC), para hacer un planteamiento alternativo que les incluyera.

Fue evidente que en el ámbito político y, por los intereses de tipo político del MSPAS, se invisibilizó el rol que la CONEC representó en el sistema de salud como organización nacional que concentró la representación de las ONG médicas prestadoras de servicios del primer nivel de atención. Desde el MAG se observan dos momentos clave que dan cuenta de la **categoría de procesos** (Hufty, 2010), por un lado, el momento inicial en 1996 donde confluyeron las condiciones políticas y sociales para la modernización del Estado guatemalteco; y, por otro en el año 2011, el momento en el cual la configuración de actores del sector político inició un cambio con respecto a las políticas neoliberales que fundamentaron la tercerización de los servicios médicos. El escenario social antes descrito fue diverso en la organización de los servicios en cada región del país, lo cual significó un reto para el funcionamiento del sistema de salud, que formó patrones complejos de gobernanza (Bursztyn, et. al., 2010).

Posteriormente, en el 2011, se publicó el acuerdo de una alianza titulado “Fortalecimiento del primer nivel de atención”, presentado en un evento nacional con la participación del ministro de Salud y la dirección del sistema integral de atención en salud, y que contó con el respaldo de la cúpula de poder del gobierno del partido Patriota⁸. Esto se consideró como una estrategia segura para la universalización de la salud y el cumplimiento del “Pacto hambre cero” (MSPAS, 2012). En retrospectiva, el partido Patriota estaba alineando intereses económicos y políticos para las acciones de tipo clientelares que operaron en torno a la contratación de las ONG médicas y la compra de suministros a través del fondo económico del “Pacto hambre cero”.

⁶ Observaciones de campo.

⁷ Entrevista con prestador de servicios ONG médica de nivel central (Central_PresSer_3).

⁸ Observaciones de campo.

La decadencia del modelo de extensión de cobertura se sucedió con las políticas populistas del partido político de la Unidad Nacional de la Esperanza -UNE- que utilizó al personal del equipo básico de salud para la entrega de la llamada “Bolsa solidaria”⁹ por la logística que estos tenían en el nivel local para aproximar la entrega de alimentos a las familias pobres a través de los equipos básicos de salud¹⁰. La estrategia generó un efecto de sobrecarga de trabajo en los equipos locales de salud dado que debieron, además de realizar las acciones de prestación de servicios de salud del paquete básico de salud (PBS), incorporar la distribución de productos a las familias beneficiarias de la bolsa solidaria.

Un atenuante más para el deterioro del modelo de extensión de cobertura sucedió con el siguiente gobierno del partido PATRIOTA con la política social orientada al “Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención al cumplimiento del “Pacto Hambre Cero” que incluyó la entrega de la “Bolsa segura”¹¹ por medio de la red de los equipos básicos de salud¹². Ambos gobiernos tuvieron políticas de tipo populista que fueron desgastando la limitada capacidad de tiempo y recurso humano para la entrega de los servicios de salud en las áreas más postergadas al acceso de los servicios de salud. Los intereses de actores estratégicos del sector político hicieron uso de los actores secundarios bajo mecanismos coercitivos que condicionaron su rol social por medio de la firma de los contratos que permitieron sus operaciones en las comunidades bajo el modelo de extensión.

El modelo de extensión de cobertura contó con un presupuesto anual de \$US 28, 335,451.00 para suscribir 67 convenios de las ONG médicas responsables

⁹ La “Bolsa solidaria” consistió en una política populista del gobierno de la Unidad de la Esperanza Nacional (UNE) que ayudaron a grupos sociales que tuvieron asistencia de la red de protección social. Ver en Informe anual 2009, Política de Desarrollo Social y Población 2009.

¹⁰ Entrevista grupal semi estructurada con equipo de salud de nivel departamental (Dep_PresSer_7)

¹¹ Política social de tipo populista del partido Patriota implementó el Programa de “Mi bolsa segura” que fue continuidad del programa de la “bolsa solidaria”. La bolsa segura articuló la asistencia alimentaria periódicamente a las familias en condición de pobreza, extrema pobreza y vulnerabilidad para el año 2013 el programa reportó a 43 692 usuarios. Ver en Informe de Avances 2013, Política de Desarrollo Social y Población. Segeplan, 2013

¹² Notas de campo. Discurso del presidente de la República de Guatemala en la presentación de la estrategia “Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Una estrategia segura para la universalización de la salud y el cumplimiento del Pacto Hambre Cero”. Reunión convocada por el MSPAS el día 4 de octubre de 2012 en el Hotel Barceló, ciudad de Guatemala.

de la provisión del paquete básico en salud (MSPAS, 2012). El modelo de extensión de cobertura, después de 5 periodos de gobierno, fue cuestionado por ser un programa no transitorio y que se argumenta que incidió de forma negativa frente al fortalecimiento institucional de los servicios de salud¹³. El modelo de extensión de cobertura en el año 1996 alcanzó a un 46% de población no cubierta por los servicios de salud pública del primer nivel de atención. Para el año 2012 la cobertura subió al 54%, lo que representó a 4.3 millones de habitantes ubicados en 206 municipios correspondientes a 306 jurisdicciones de salud y que a nivel local movilizó a 23.000 voluntarios y 7.000 profesionales (MSPAS, 2012).

5.3. Los modelos del primer nivel de atención.

La sección se desarrolla con base a caracterizar cada modelo empleado en la entrega de servicios. Para lo cual se valoran los recursos disponibles locales de las comunidades receptoras de la atención. También se describen las interacciones con el recurso humano de nivel operativo de cada modelo, así como las actividades de trabajo que desde los modelos fueron planteadas. Los resultados mostraron los puntos de vista de la población con respecto a los servicios entregados en el nivel local. Así también se tuvieron los datos sobre la valoración del impacto percibido por los prestadores de servicios (en sus distintos niveles) con respecto a los servicios sanitarios del primer nivel de atención del sector público.

Otro análisis se basó en el modelo de atención tradicional del primer nivel de atención de los servicios públicos administrados desde el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de las direcciones de área de salud que operaron en el departamento. El trabajo se centró en dos departamentos del país donde operaron los tres modelos de forma simultánea bajo jurisdicciones de condiciones similares y en ocasiones de forma conjunta a manera de coexistencia.

¹³ Entrevista con representante de la sociedad civil nivel central (Central_Soc_Civil_2)

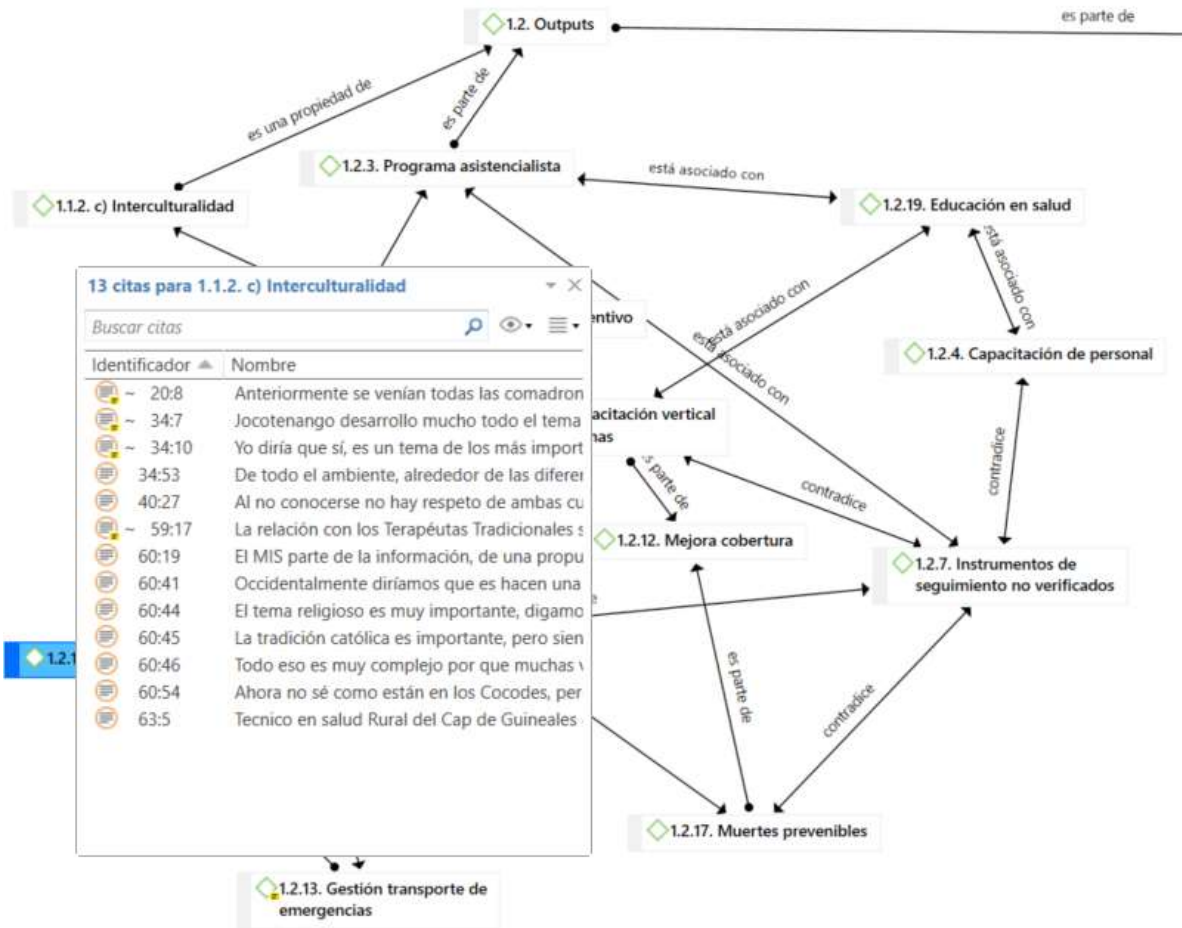
La sección usa en las siguientes subsecciones una estructura de tres apartados:

- A) el modelo de atención: presenta las características generales del modelo sus bases de tipo teórica y programática para poner en contexto el análisis de los siguientes apartados.
- B) la entrega de servicios del modelo: se base en los *outcomes* del modelo para ello se usa como referencia la Red de análisis que se construye con base a las categorías empleadas para cada modelo. De allí que la amplitud y complejidad tiene una variación entre los modelos.
- C) los resultados del modelo: se construyen con los *outputs* en correspondencia a las categorías identificadas para el modelo.

Es importante recalcar que cada categoría tiene un respaldo de citas cuya asignación se hizo con base a los códigos y subcódigos correspondiente en los contenidos de las transcripciones de cada entrevista que conforman los documentos de análisis. El programa Atlas Ti tiene la herramienta de *Networks* que permite identificar desde la Red de análisis las citas de cada categoría. Como se observa en la figura 4 la categoría de interculturalidad se asignó en trece (13) citas. Luego al redactar el análisis se hizo la selección entre las trece citas de acuerdo con el contenido el relato que expresa de mejor forma el hallazgo que se presenta.

Figura No. 4

Lista de citas de la categoría de interculturalidad del modelo de atención tradicional.



Fuente: Elaboración propia Red de análisis 2 del modelo de atención tradicional.

5.3.1. Modelo de atención tradicional.

En la presente sección se caracteriza el modelo de atención tradicional con base a las políticas del primer nivel de atención, su base programática y estructura de servicios de salud en el primer nivel de atención. Se describen los tipos de servicios de acuerdo con: la infraestructura en su complejidad de resolución, el volumen de población bajo cobertura, criterios de ubicación geográfica, el personal sanitario y la cartera de servicios de salud.

El modelo tradicional en salud de acuerdo con la normativa vigente se conforma por cuatro servicios que se diferencian por el nivel de complejidad de atención que tienen incidencia en la referencia y contra referencia en el seguimiento de los pacientes (MSPAS, 2011) que desde el área rural escalan a servicios con mayor capacidad de resolución. Además se presenta la información de los principios en los cuales se basa la entrega de servicios en el primer nivel de atención. Estos datos ponen en contexto las condiciones de los servicios públicos existentes para la población en el área rural.

La gobernanza estudia la historicidad del hecho social bajo estudio, de tal forma que en esta sección se revisan antecedentes del proceso que explica las condiciones sociales y políticas en las cuales sucedió la reforma del sistema de salud en Guatemala.

La reforma del sistema de salud para el periodo de observación de esta investigación se centró en el primer nivel de atención en salud, previo a la firma de los Acuerdos de Paz de 1996, fue integrado en tres niveles de atención. El primer nivel de atención radicado en la red de los puestos de salud se impulsó desde los años 70 de forma intensa con la construcción de instalaciones en diversas ubicaciones de la región rural del país sin que la construcción correspondiera a una planificación con criterios de población y accesibilidad (observación de campo). Durante este periodo, en las zonas rurales se vivieron los episodios más intensos de violencia de la guerra de guerrillas contra las fuerzas militares que afectó a un sector importante de la población campesina. En este contexto, la reforma del sector salud incrementó el número de puestos de salud del primer nivel de atención, pero la falta de permanencia del personal sanitario en los sitios de conflicto armado fue una constante que limitó la entrega de servicios (observación de campo).

Desde la gobernanza se estudia el marco regulatorio en distintos niveles los Acuerdos de Paz dieron origen a las normas regulativas que modernizaron el país con efectos en los servicios de salud pública. En el marco de los Acuerdos de Paz antes citados, el gobierno del partido del PAN creó el Código de Salud, decreto número 90-97 publicado el 3 de noviembre de 1997 contiene dos

artículos fundamentales que fueron la base legislativa sobre la cual evolucionó la estructura de los niveles de atención que guiaron los cambios normativos para la reforma del sector salud en el primer nivel de atención:

“ARTICULO 18. Modelo de atención integral en salud. El Ministerio de Salud debe definir un modelo de atención en salud, que promueva la participación de las demás instituciones sectoriales y de la comunidad organizada, que priorice las acciones de promoción y prevención de la salud, garantizando la atención integral en salud, en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad del sistema, tomando en cuenta el contexto nacional, multiétnico, pluricultural y multilingüe.

ARTICULO 19. Niveles de organización. La organización del Ministerio de Salud comprenderá los niveles y funciones organizativos siguientes: a) Nivel Central responsable de la: i) Dirección y conducción de las acciones de salud. DECRETO NUMERO 90-97 CODIGO DE SALUD BIBLIOTECA DIGITAL PARA LA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA 6; ii) Formulación y evaluación de políticas estrategias, planes y programas de salud; iii) Normalización, vigilancia y control de la salud, y la supervisión de la prestación de los servicios de salud. b) Nivel Ejecutor será responsable de la prestación de servicios de salud, sobre la base de niveles de atención de acuerdo con el grado de complejidad de los servicios y capacidad de resolución de estos.” (Congreso de la República de Guatemala, 1997, págs. 5-6)

Un cambio de tipo político importante de análisis para la gobernanza se registró en el año 2011 con la publicación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS, 2011) el cual se basó en dos ámbitos: a) el estructural y b) el institucional, con el propósito de viabilizar el acceso universal de la población a los servicios de salud con la implementación de cuatro elementos: 1) dirigir el ordenamiento territorial, 2) la reorganización y desarrollo de la red de servicios, 3) el fortalecimiento del recurso humano y, 4) gestión y financiamiento institucional. El Modelo de atención integral en salud se define como:

“la forma en que interactúan la población y el prestador de servicios, dentro de un marco de cumplimiento de los derechos a la salud, con base en el territorio y la población, articulando redes de atención integradas e integrales tanto institucionales como comunitarias. En este modelo se hace énfasis en la participación de la población en el proceso generación de la salud en el marco de una respuesta intercultural y se pueda

gestionar los recursos a fin de garantizar la satisfacción de las necesidades en la salud de forma equitativa, eficiente y de calidad.” (MSPAS, 2011, pág. 13)

La gobernanza en salud analiza los aspectos de contenido de la política con respecto a la capacidad de movilización de recursos que tienen los actores estratégicos. El Ministerio de Salud como máxima autoridad propuso el MAIS en el marco político se basa en: “1) políticas, planes y estrategias de salud, 2) proceso de modernización de los servicios de salud, 3) agenda nacional de salud y, 4) Acuerdos de Paz.” (MSPAS, 2011, pág. 14). El modelo considera los siguientes principios (MSPAS, 2011): a) Primacía de la persona; b) Pertinencia cultural; c) Participación social y ciudadanía; d) Equidad; e) Solidaridad; f) Dignidad; h) Universalidad; i) Integridad; k) Transparencia; L) Calidad; M) Igualdad de género. Es importante señalar que la asignación de presupuesto del MSPAS no tuvo un incremento acorde a los cambios que se proponen para el MAIS.

La gobernanza es una variable intermedia que permite analizar la organización institucional del sistema de salud como una variable independiente. De tal forma que presentamos a continuación la estructura del modelo tradicional del primer nivel de atención en salud para conocer la organización de los servicios públicos.

El MAIS tiene cuatro niveles de atención para la prestación de servicios diferenciados por su complejidad en la resolución, capacidades del personal y medios tecnológicos. El interés de esta tesis doctoral se basó en el primer nivel de atención de entrega de servicios de salud al cual le denominamos como el “modelo de atención tradicional” diseñado para promover la salud, prevenir y resolver las enfermedades con mayor frecuencia en la población. El modelo de atención tradicional, desde el planteamiento de las políticas, propuso métodos y tecnologías apropiadas para cada contexto cultural del país. Además de ofrecer la recuperación y rehabilitación de la salud, así como el control del ambiente con base en el marco normativo del Ministerio de Salud (MSPAS, 2011).

El modelo propone la articulación de los conocimientos y prácticas en salud del ámbito institucional y comunitario, definiendo una relación próxima con los

sistemas tradicionales de salud. El primer nivel de atención integra los servicios: 1) Centros comunitarios de salud (CC), 2) Puestos de salud (PS) y, 3) Centro de salud (CS) (MSPAS, 2011). Desde la gobernanza se estudian las normas constitutivas que explican cómo los actores sociales locales interactúan para resolver la demanda de necesidades en salud en este caso no se logró identificar cómo el MAIS articula lo comunitario en salud con el ámbito institucional.

Los servicios de salud del modelo de atención tradicional presentes en las comunidades bajo estudio fueron los siguiente: a) Centro Comunitario de Salud (CC), b) Puesto de salud (PS), c) Centro de salud (CS), d) Centro de atención permanente (CAP) y e) Centro de atención integral materno infantil (CAIMI).¹⁴ Los centros de menor complejidad (CC, PS, CS) se encuentran en mayor número en las comunidades rurales con acceso limitado por la falta de transporte o vías de comunicación en las comunidades postergadas. Los de mayor complejidad (CAP y CAIMI) están ubicado en sitios estratégicos en menor número que no satisface la demanda.

En la tabla 17 se presentan las características del Centro Comunitario de Salud que corresponde al menor grado de complejidad de servicios de salud de la red de servicios sanitarios públicos conformado por un consultorio con sus servicios sanitarios, archivo, farmacia y bodega de medicamentos. Destinado atender a una población de 1200 a 4000 habitantes su ubicación geográfica es de nivel municipal con el objeto de facilitar el acceso de acuerdo con criterios demográficos, culturales y lingüístico, entre otros. La cartera de servicios de salud considera actividades de tipo promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de los distintos grupos etarios con enfoque de género y pertinencia cultural. Para alcanzar sus objetivos de atención en salud destina de 2 a 4 trabajadores por centro.

¹⁴ Observaciones de campo.

Tabla No. 17
Descripción del Centro comunitario de salud (CC) servicio del primer nivel de atención.

Descripción	
Definición	El de menor complejidad en las comunidades que permite acceder a las personas a los servicios de la red de salud pública con acciones coordinadas con los terapeutas tradicionales y con una relación dinámica y participativa con los actores comunitarios.
Cobertura	1200 a 4000 habitantes
Ubicación y criterios especiales	Se ubica como un Sector . Espacio geográfico municipal conformado por comunidades bajo los siguientes criterios: a) Accesibilidad, b) Vías de comunicación, c) Aspectos topográficos, d) Demográficos, e) Culturales y lingüísticos, f) Geográficos, climáticos.
Cartera de servicios	a) Actividades para las personas, la familia y la comunidad en servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención; b) Urgencias de baja complejidad; c) Censo comunitario y ambiental; d) Capacitación, educación y promoción de ambientes saludables; e) Control de enfermedades transmitidas por vectores y, f) Control excretas, basura y agua. Atención de lunes a viernes de 8:00 a 16:00.
Recurso humano	Equipo comunitario de salud conformado entre 2 y 4 trabajadores dependiendo de la carga laboral seleccionados por ser originarios del lugar y/o vecinos de otra comunidad del sector y que dominen y brinden atención en el idioma local.
Infraestructura mínima	a) Servicios básicos; b) Portal, sanitarios, sala de espera; c) Consultorio, área de procedimientos (curación, hipodérmica, cirugía menor, Papanicolaou, IVAA, inmunizaciones), cuarto de aseo; d) Archivo clínico, farmacia, bodega de medicamentos, sanitario de personal.

Fuente: Elaboración propia tomado de (MSPAS, 2011)

Como se puede observar en la tabla 18 el Puesto de Salud en cuanto a las característica de construcción en ambientes tiene las mismas características con el Centro de Comunitario. La cobertura del Puesto de Salud es para atender a una población de 10000 habitantes para ello se organiza el territorio de 3 a 6 sectores dependiendo de la geografía y acceso de vías de comunicación. La cartera de servicios de salud es más completa al compararla con la del Centro Comunitario. El Puesto de Salud agrega básicamente el apoyo técnico para los equipos comunitarios que comprende a un médico y/o enfermera y cuatro técnicos más responsables de los programas de atención materna, atención comunitaria, saneamiento ambiental y un asistente en informática para digitar información en el sistema de información en salud.

Tabla No. 18
Descripción del Puesto de Salud (PS) servicio del primer nivel de atención

Descripción	
Definición	Comprende las características del CC, además es sede de los equipos de apoyo técnico a los equipos comunitarios en el territorio.
Cobertura	10 000 habitantes
Ubicación y criterios especiales	Se ubica en un territorio el cual reúne de 3 a 6 sectores.
Cartera de servicios	Todos los servicios del CC y agrega: el apoyo técnico para los equipos comunitarios en jurisdicción del territorio. Atención de lunes a viernes de 8:00 a 16:00.
Recurso humano	Un equipo comunitario descrito en los CC. Además de un equipo de apoyo a los equipos comunitarios conformado por: a) un responsable de la atención individual con grado de médico y/o enfermera, b) un responsable de la atención familiar con formación de enfermera técnico (a) en salud rural, c) responsable de la atención comunitaria con formación de técnico (a) en salud rural, inspector de saneamiento ambiental, trabajador (a) social, d) asistente de información con bachillerato en informática.
Infraestructura mínima	a) Servicios básicos, b) Portal, sanitarios, sala de espera, c) Consultorio, área de procedimientos (curación, hipodérmica, cirugía menor, Papanicolaou, IVAA, inmunizaciones), cuarto de aseo, d) Archivo clínico, farmacia, bodega de medicamentos, sanitario de personal.

Fuente: Elaboración propia tomado de (MSPAS, 2011)

Los Centros de Salud están ubicados en zonas estratégicas del casco urbano de los municipios, como se puede observar en la tabla 19 las características de infraestructura, volumen de población bajo cobertura se delimita por 20 000 habitantes por municipio. La cartera de servicios es mayor complejidad con una capacidad de resolución con programas del primero y segundo nivel de atención en salud. Los Centro de Salud tienen un equipo sanitario más robusto para la organización de actividades con personal cuyas competencias ofrecen un abordaje integral. Entre sus funciones debe articular la prestación de servicios con los Centros Comunitarios y los Puestos de Salud.

Tabla No. 19**Descripción del Centro de salud (CS) servicio del primer nivel de atención.**

	Descripción
Definición	Comprende las características del CC y PS además es sede de los equipos de apoyo técnico a los equipos comunitarios en el territorio.
Cobertura	20 000 habitantes
Ubicación y criterios especiales	Se asigna un CS a todos los municipios que tienen una población menor de 20,000 habitantes. El número de CS adicionales se establece por Microrregiones para cada municipio.
Cartera de servicios	Todos los servicios del CC y agrega: el apoyo técnico para los equipos comunitarios en jurisdicción del territorio. Adicionalmente, se realizan: a. Procedimientos menores. b. Estabilización, atención y referencia de emergencias. c. Consultas Médicas, Odontológicas y Psicológicas. d. Laboratorio básico. Atención de lunes a viernes de 8:00 a 16:00.
Recurso humano	a. Médico/a General, b. Odontólogo/a, c. Psicólogo/a, d. Enfermera/o, Graduada, e. Auxiliar de enfermería, f. Técnico/a de Salud Rural, g. Inspector/a de Saneamiento Ambiental, h. Técnico/a en laboratorio, i. Personal operativo: intendencia, guardianía, pilotos, secretaria, j. Digitador/a, k. Coordinador, l. Trabajador/a Social II, Otros técnicos o profesionales de salud según las normas.
Infraestructura mínima	a) Servicios básicos; b) Portal, sanitarios, sala de espera; c) cuatro consultorios, sala de espera, área de procedimientos, cuarto de aseo; d) Archivo clínico, farmacia, bodega de medicamentos, sanitario de personal; e) área administrativa: coordinación de 6 a 8 oficinas.

Fuente: Elaboración propia tomado de (MSPAS, 2011)

Los Centros de Atención Permanente (CAP) como se observa en la tabla 20 tienen una mayor complejidad en cuanto a su estructura organizativa y programas de salud. Se integran a la red de servicios de salud del primer nivel con instancias de referencia de pacientes que requieren un servicio con mayor capacidad de resolución para el abordaje terapéutico. Están ubicados en la cabecera departamental y su creación obedece a criterios de tipo epidemiológico que sin llegar a ser un hospital tienen capacidad resolutoria del tercer nivel de atención en salud.

Tabla No. 20

Descripción del Centro de Atención Permanente (CAP) servicio del primer nivel de atención.

Descripción	
Definición	Servicio de 24 horas del día con consulta externa, atención, estabilización y referencia de urgencias en sitios donde el traslado de paciente requiere más de una hora en vehículo. Hace los mismos servicios que el CC. El CAP atiende la resolución de parto eutócico con capacidad de encamamiento acorde a la población bajo cobertura.
Cobertura	En municipios con población mayor de 20 000 habitantes. (80,000 a 200 000)
Ubicación y criterios especiales	Regiones municipales con población mayor a 20 000 habitantes el número de CAP depende del volumen de población y las necesidades municipales.
Cartera de servicios	a) Actividades para las personas, la familia y la comunidad en servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención; b) Complementa y articula con la dotación de servicios de salud ofertada a los servicios de menor y mayor complejidad en las zonas de cobertura: i) Procedimientos menores; ii) Estabiliza y refiere los pacientes en condición de emergencia; iii) Consultas odontológica y psicológica; iv) Atención de parto eutócico; v) Atención al neonato; vi) Encamamiento; vii) Laboratorio básico; viii) Atención médica permanente. De lunes a viernes 24 horas.
Recurso humano	Médico (a) general, odontólogo (a), psicólogo (a), enfermera (o), auxiliar de enfermería, técnico (a) de salud rural, inspector (a) de saneamiento ambiental, técnico (a) en laboratorio, personal operativo (intendencia, guardianía, pilotos, secretaria), digitador (a), coordinador (a), otros técnicos o profesionales de salud que se requieren según normas.
Infraestructura mínima	a) Portal, sanitarios, sala de espera; b) archivo clínico, farmacia y bodega de alimentos, 4 consultorios generales, consultorio dental, área de procedimientos, laboratorio, sanitarios de personal, cuarto de aseo; c) Área hospitalaria: sala de espera, clínica de clasificación, sala de emergencias, sala de observación (2 camillas), sala de labor (2 camas más sanitario), 2 salas de parto (incluyen espacio de atención inmediata de RN), sala de recuperación, encamamiento de mujeres (6 a 10 camas más sanitario), sala de pediatrias (6 cunas), central de equipo más bodega de equipos; d) área de mantenimiento; e) coordinación, administración con 6 a 8 cubículos, secretaria y archivo.

Fuente: Elaboración propia tomado de (MSPAS, 2011)

Una de las prioridades en la morbilidad y mortalidad para el sistema de salud en Guatemala como se indicó en el primer capítulo de la tesis afecta a la población materno infantil. Con el objeto de incidir en esa población fueron creados los Centros de Atención Integral Materno Infantil. Como se observa en la tabla 21 la cartelera de servicios es altamente especializada, se articula con el primer nivel de atención en cuanto a la referencia y contra referencia en el seguimiento del periodo de puerperio y los cuidados del recién nacido. Su ubicación

estratégica es por criterios epidemiológicos acorde a las regiones con mayor número de mortalidad materna.

Tabla No. 21
Descripción del Centro de Atención Integral Materno Infantil servicio del primer nivel de atención.

Descripción	
Definición	Estos centros, están habilitados para la atención del parto eutócico y la resolución quirúrgica del parto, disponiendo del encamamiento necesario de acuerdo con la población, quirófano y salas de atención del parto.
Cobertura	Es variable y se relaciona con las zonas geográficas de acceso limitado y con mortalidad materna por encima del promedio nacional.
Ubicación y criterios especiales	Donde se requiera más de una hora en vehículo, para trasladar a una paciente a otro servicio público que cuente con la capacidad de resolver quirúrgicamente un parto.
Cartera de servicios	a) Acciones dirigidas a las personas, la familia y la comunidad y prestan servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención; b) Otros servicios: procedimientos menores, emergencias, consultas médicas, odontológicas y psicológicas, atención del parto eutócico, resolución quirúrgica del parto, atención al neonato, encamamiento, laboratorio básico, atención médica permanente. De lunes a domingo las 24 horas.
Recurso humano	Médico/a general, obstetra, enfermera (o) graduada (o), auxiliar de enfermería, técnico (a) en salud rural, inspector/a de saneamiento ambiental, pediatra, odontólogo/a, psicóloga (o), técnicos de laboratorio, coordinador, personal administrativo y operativo de apoyo.
Infra-estructura mínima	a) Portal sala de espera; b) Área de consulta externa: archivo clínico, farmacia y bodega de alimentos, 4 consultorios generales, consultorio dental, área de procedimientos, laboratorio, sanitarios de personal, cuarto de aseo; c) Área hospitalaria: sala de espera, clínica de clasificación, sala de emergencias, sala de observación (2 camillas), sala de labor (2 camas más sanitario), 2 salas de parto (incluyen espacio de atención inmediata de RN), sala de recuperación, encamamiento de mujeres (12 camas más sanitario), sala de pediátrías (8 cunas), central de equipo más bodega de equipos; d) Área blanca, quirófano 1, vestidor médico, central de equipos más bodega de equipo médico quirúrgico, estar para personal masculino más baño, estar para personal femenino más baño, estación de enfermería y servicios colaterales, cuarto de aseo; e) área de mantenimiento; f) coordinación, administración con 6 a 8 cubículos, secretaria y archivo.

Fuente: Elaboración propia tomado de (MSPAS, 2011)

5.3.1.1. Entrega de servicios del modelo de atención tradicional.

Esta sección se construyó con base a las categorías relacionadas con los outputs del modelo de atención tradicional se empleó una red semántica de análisis. El

modelo de atención tradicional operó con los programas oficiales de salud pública los cuales contienen la normativa para la entrega de servicios del primer nivel de atención salud.

La sección articula los hallazgos de contexto relacionados con las inequidades en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención es la variable dependiente de este estudio. La inequidad en el acceso a los servicios de salud tiene diversos factores que se exploran desde las categorías como: los programas asistenciales, la interculturalidad, la educación en salud, capacitación de personal, la capacitación vertical de la comadrona, la organización local en salud funcionando, la mejora de cobertura, el plan de emergencia, instrumentos de seguimiento no verificados, la gestión de transporte y las muertes prevenibles. Estas categorías guían el desarrollo de esta sección.

Las inequidades en el acceso a los servicios de salud estuvieron presentes en el modelo de atención tradicional que se evidenció en sus indicadores de morbilidad y mortalidad materno-infantil. El modelo de atención tradicional fue reconocido como la base sobre la cual se desarrollaron las distintas estrategias para la provisión de servicios del primer nivel de atención con la entrega de servicios de los programas verticales con la característica de ser “asistencialistas”, pero que tuvo un impacto negativo como así reflejan los indicadores de la región que mostraron como temas pendientes en la agenda nacional el abordaje de la mortalidad infantil y materna.¹⁵ Los siguientes relatos narran los hechos:

“También tengo lo que es el programa de bono seguro que viene a beneficiar a muchas madres de familia para que tengan un mejor sostenimiento hacia sus familias y que venga a reducir todo lo que es la mortalidad en niños.”¹⁶

“Los programas asistencialistas pasan, yo diría que tienen más carácter temporal pero a pesar de eso de alguna u otra manera pues quizá ha sido por su nombre de un beneficio más directo puntual pero tampoco ha tenido una estrategia de sostenibilidad y que

¹⁵ Red 1 de análisis.

¹⁶ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud de nivel municipal (Mun_C_PresSer_5).

también de alguna u otra manera han influenciado a que la gente tenga una dependencia y que la gente no tenga una conciencia social de que es un compromiso de todas y todos.”¹⁷

El relato anterior se contrasta con los resultados de los ODM tanto el objetivo 4, Reducir la mortalidad de los niños, como el 5, Mejorar la salud materna, tuvieron un débil alcance en Guatemala (OMC, 2021). Los programas asistencialistas no han logrado un impacto en las condiciones de vida de la población lo cual se refleja en que ambos temas de mortalidad de los niños y la salud materna siguen vigentes en la agenda internacional de los ODS en las metas del objetivo 3 sobre salud y bienestar (PNUD, 2021). La inequidad con el tipo de programas asistenciales no logró un impacto importante en la mortalidad de los niños ni la muerte materna reportado en los municipios con mayor cantidad de población indígena (MSPAS, 2022) (MSPAS, 2019).

Las inequidades de acceso a los servicios de salud tienen un componente de tipo cultural para las poblaciones originarias de Guatemala que son plurilingües y multiétnicas. Los programas asistencialistas estuvieron presentes en la política del partido Patriota. Ellos tuvieron avances en la formulación del llamado Modelo de atención integral en salud “MAIS” desde el nivel ejecutivo se formuló el programa de interculturalidad para dar inclusión a los terapeutas tradicionales y la provisión de servicios con pertinencia cultura. Desde una lectura programática el tema se enfocó en desarrollar actividades de capacitación para las comadronas y así mejorar la atención con el llamado “parto limpio”.¹⁸ Además de sensibilizar a las comadronas para realizar la referencia de pacientes con señales de peligro; sin embargo, la educación en salud no obedeció a programas estructurados en una malla curricular adaptada al contexto de la tradición oral, sino más bien, a la improvisación de quien fuera el responsable de la educación en salud (Observación de campo). Los siguientes relatos lo expresan:

“[...] Nuestra educación en salud en primer nivel estamos mal, aunque ahora tanta tecnología, digamos en educación en salud no hemos mejorado.”¹⁹

¹⁷ Entrevista con delegado de gobierno de nivel central (Dep_DelegadoGobiernoCentral_2).

¹⁸ Red 1 de análisis.

¹⁹ Entrevista con miembro del consejo comunitario de desarrollo nivel departamental (Dep_Cocode_1).

“Anteriormente se venían todas las comadronas como unas 140 o 150, como ya se descentralizó cada puesto capacita a sus comadronas y en un centro tiene como a 25 comadronas. Ahora las capacitaciones se hacen en las comunidades. Ellos utilizan un manual que por iniciativa del Paramédico I lo fotocopió y de allí saca los temas de formación, esta iniciativa se está replicando con los educadores y enfermeros auxiliares de los Puestos de Salud. Como no saben el manejo del reloj aplican el uso de la luz del sol para contabilizar las horas de dilatación con el objeto de no alarmar como un parto lento. Para la salida de la placenta se les instruye que soliciten a un familiar de la paciente que tiene el reloj para que se estime el tiempo de expulsión.”²⁰

La inequidad en el acceso a los servicios de salud se observó en las capacitaciones dirigidas a las comadronas. Como se puede deducir de los relatos, el modelo de atención tradicional se apoyó sobre la centralización de actividades en las sedes de nivel departamental o municipal con la ayuda del recurso humano existente en los servicios sanitarios públicos. Ambas condiciones limitaron los alcances: por un lado, centralizar en las sedes de puestos o centros de salud obligó la movilización de las comadronas a los centros de capacitación sin considerar el limitado acceso por las vías de transportes y la falta de vehículos, es decir que la continuidad de asistencia fue en extremo limitada. Por otro lado, el recurso humano sin capacidad real de resolución y experiencia en educación se encontró en la obligación de desarrollar contenidos en temas con limitación de conocimiento y acceso a recursos bibliográficos mediados para el contexto social y cultural de las comadronas. El contraste de esas acciones de capacitación improvisadas frente al saber ancestral demostró su efectividad en la atención del embarazo y resolución del parto.²¹ Las transacciones entre actores de distinto nivel se hacen evidentes, por un lado, los de nivel central que diseñan y planifican las estrategias y, por el otro, los que operan en el campo sin capacidades formadas para la acción.

La reconversión del pensamiento ancestral de las comadronas basado en la tradición oral fue un reto para el discurso de contenido político que pretendió mejorar la calidad de entrega de los servicios con contenidos de la medicina

²⁰ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud de nivel municipal (Mun_C_PresSer_3).

²¹ Red 1 de análisis.

occidental biologicista (Menéndez, 1984). Para tal objetivo el responsable de la capacitación se apoyó en documentos cuyo contenido biomédico tuvo incidentalmente a su alcance sin considerar la evaluación del aprendizaje en las comadronas.²² La confrontación de saberes entre el pensamiento ancestral y el occidental fue un primer muro insoslayable que no permitió alcanzar los objetivos del programa diseñado para abordar la interculturalidad en la entrega de servicios con un enfoque de pertinencia cultural (MSPAS, 2009). La inequidad en el acceso a los servicios de salud desde los aspectos de interculturalidad no fue alcanzada por el modelo.

Se supo que únicamente dos profesionales fueron contratados para la Unidad de asesoría en temas de interculturalidad en salud y pueblos indígenas. Al triangular información de distintos actores y niveles se dedujo que las muestras de rechazo del rol de las comadronas dentro de los servicios públicos obedecieron a consideraciones de tipo etnocéntricas (Veliz-Rojas, Bianchetti-Saavedra, & Silva-Fernández, 2019) y de actitudes consideradas racistas (Romero & Orantes, 2018) en el personal sanitario.²³ La inequidad en el uso de recursos económicos para la contratación de personal sanitario en el programa de interculturalidad fue otra constante que se observó en el sistema de salud puesto que únicamente dos personas fueron contratadas para operar el programa en el país.

La brecha de inequidad de acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención en las comunidades que lingüísticamente no hablan el idioma oficial fue otra barrera que se documentó ligado a la interculturalidad. Se observó en el conflicto étnico lingüístico que centró la dificultad en la falta de comunicación para la entrega de servicios y consecuentemente el alcance de los objetivos planificados. El conflicto étnico lingüístico requirió un tratamiento especial dado que desde el punto de vista sociológico de las relaciones sociales y parentales entre las autoridades y los trabajadores del sector sanitario se identificó una trama de relaciones que afectaron las formas de contratación de personal

²² Observaciones de campo.

²³ Red 1 de análisis.

sanitario²⁴. Este hecho social afectó la entrega de los servicios de salud con criterios de calidad en tanto que la comunicación en los idiomas locales no fue una prioridad entre los perfiles de los trabajadores.

Existe reconocimiento internacional sobre la importancia de integrar la participación social en la gobernanza en salud para las tomas de decisiones del sistema de salud (OMS, 2022). Otra forma inequidad en el acceso a los servicios de salud fue cuando se delegó en la organización social local la capacidad para movilizar sus recurso y resolver el transporte de las urgencias desde las comunidades rurales. En el nivel local, el desarrollo de los programas de salud coordinados desde el modelo de atención tradicional se requirió de la participación de la organización social activa, fundamentalmente las gestiones del plan de emergencia para facilitar el transporte desde el primer nivel de atención a la red de servicios de salud con mayor capacidad de resolución.²⁵ Otro aspecto vinculado a la organización social fue la incidencia directa en la mejora de cobertura en las campañas de vacunación y los vínculos locales con las comadronas para la movilización de recursos locales en apoyo de la atención médica para los casos de urgencia.²⁶

La gobernanza evalúa el empoderamiento de las personas en torno a la participación social y el rol que los actores estratégicos tuvieron en la movilización de recursos para favorecer programas de participación social en las comunidades. La participación social en la dinámica de apoyar la atención en salud en las comunidades rurales se activó para temas relacionados con la atención materna con la ayuda de la cooperación internacional.²⁷ El impacto de estas iniciativas fue de mucha debilidad dado que la cooperación internacional se acopló a la dinámica de trabajo del Ministerio de Salud la cual fue ejecutada con un ritmo lento que no respondió oportunamente a las necesidades.²⁸ La cooperación internacional sueca apoyó acciones relacionada con el tema de

²⁴ Entrevistas grupales semi estructurada con equipo técnico de salud de nivel municipal (Mun_A_PresSer_4).

²⁵ Red 1 de análisis.

²⁶ Ídem.

²⁷ Ídem.

²⁸ Ídem.

interculturalidad, y promovió la capacitación de comadronas con un rol más integrado en los servicios del modelo tradicional, pero debe entenderse que, en las comunidades de estudio, las comadronas lograron la cobertura de atención del parto en proporciones que van desde el 85 % al 94 % con respecto a los partos atendidos de forma institucional.

Además, la cooperación sueca hizo énfasis en los determinantes sociales de la salud como parte de un enfoque desde el cual se debió comprender el proceso de salud enfermedad.²⁹ Los profesionales de salud al ejecutar los programas de salud oficiales observaron el débil efecto de sus acciones puesto que los determinantes sociales de la enfermedad se relacionan con las condiciones de vida en pobreza y extrema pobreza (Rosales, et. al., 2018) de la población postergada. Los profesionales de la salud son conscientes que las transformaciones estructurales para una mejor calidad de vida requieren de: políticas sociales con mayor alcance en la educación escolarizada, fuentes de trabajo y condiciones de vivienda con servicios básicos de drenajes, agua potable, energía eléctrica, manejo de basura, etc.³⁰

Las inequidades en el acceso a servicios de salud con pertinencia cultural caracterizaron al modelo de atención tradicional. El modelo de atención tradicional incluyó la figura de la comadrona en las comisiones de salud, pero se consideró como un recurso subalterno al modelo médico hegemónico bajo el cual la comadrona debió ser capacitada. Es decir no se reconoció su saber ancestral, tampoco se consideró como un complemento de la red de servicios acorde al alto impacto que tuvo en la atención y resolución del embarazo.³¹ Desde el modelo tradicional se trató de manipular la participación de la comadrona lo cual generó cierto rechazo y resistencia evidenciado en su falta de participación en las capacitaciones que fueron impuestas desde el modelo tradicional sin considerar el consentimiento de las comadronas. Tampoco los criterios de interculturalidad (Meentzen, 2001) estuvieron presentes en los contenidos de capacitación; en tanto que las comadronas fueron quienes

²⁹ Ídem.

³⁰ Observaciones de campo.

³¹ Red 1 de análisis.

atendieron a una cantidad importante de partos con base en el conocimiento ancestral de sus técnicas y procesos que culturalmente fueron aceptados por las mujeres.³²

Al explorar las interacciones entre actores prestadores de servicios de salud del primer nivel de atención en salud, desde la narrativa de los profesionales que trabajaron en el modelo de atención tradicional se deduce que no se reconocieron otros terapeutas tradicionales que estuvieron presentes en las comunidades. Únicamente reconocieron a las comadronas por su rol de atención de partos y el alto impacto que tuvieron en las comunidades de pueblos originarios. La barrera que forma hace invisible a los terapeutas tradicionales de la comunidad como parte de los prestadores de servicios limita la posibilidad de reconocimiento de las representaciones de los procesos de enfermedad comprendidos desde la cultura local. La inequidad en el acceso a los servicios de salud adaptados con pertinencia cultural forma una brecha de aceptación y confianza del modelo de atención tradicional.

Otro tema de gobernanza que limita las transacciones entre actores secundarios se observó en la contraposición que existe entre el servicio de salud público gratuito y el cobro por servicios de la comadrona por concepto de la atención materna y resolución del parto. No se consideraron aspectos trascendentales de contenido cultural en términos de ser tratada la mujer en su mismo idioma, con sus costumbres y formas de comprender el proceso que vive esa mujer durante el embarazo (Red 1 de análisis). También se develó que, a la comadrona se le considera como un actor bajo la tutela de los servicios del modelo tradicional, sin considerarla como actor clave de la atención de salud reproductiva que responde a una necesidad allí donde los servicios institucionales estaban ausentes y que cuando estos llegaron generaron un choque de tipo cultural. El siguiente relato lo narró:

“Cuando la comadrona detecta casos en los cuales tiene duda se le indica que envíe a las pacientes para el CAP. Las comadronas cobran por 6 visitas en total 3 son previas al nacimiento y 3 después del nacimiento. Cuando la Comadrona lleva a su paciente al

³² Ídem.

CAP los familiares ya no le pagan a la Comadrona y eso genera ciertas reservas de la Comadrona pues no recibe pago por su trabajo de comadrona. Ahora se están encontrando niñas embarazadas de 10 a 16 años, y nosotros les decimos a las comadronas que les den sus consultas, sus masajes y que las envíen a su control al CAP, para que el médico las mire si las atienden en el CAP o en el hospital nacional departamental.”³³

En el nivel programático del nivel central se definieron las estrategias y movilización de recursos para la prevención de la mortalidad materna e infantil. Sin embargo, el bajo impacto en la prevención de las muertes materna e infantil fue una constante de resultados de la débil planificación y baja movilización de recursos desde el nivel central para las direcciones de área de salud y el nivel local.³⁴ De esa cuenta, incidir desde los equipos locales de salud del modelo de atención tradicional en la organización social, fue un reto por el que el funcionario sanitario del modelo de atención tradicional fue un actor intramuros que poco se relacionó con las estructuras de poder local que tenían la capacidad de movilización de la organización social y de recursos en las comunidades locales.³⁵ La ausencia de instrumentos para el seguimiento y verificación de las acciones que pudieron incidir en la disminución de la muerte materna e infantil de aplicación en el nivel local no fueron identificadas.³⁶ La información recabada apunta a la existencia de un divorcio entre la planificación del nivel central y la realidad de las localidades. Desde la gobernanza se estudia la transparencia y rendición de cuentas que los programas de salud deben de tener para evaluar los proceso e impactos programados.

Aun cuando el modelo de atención tradicional tuvo en las prioridades de salud materna e infantil que incidir en las muertes prevenibles. Los programas implementados para el control tuvieron una débil incidencia en las zonas rurales.³⁷ La información evidenció que existieron actividades programadas de educación en salud como parte de la capacitación del personal, pero no hubo

³³ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud de nivel municipal (Mun_C_PresSer_3).

³⁴ Red 1 de análisis.

³⁵ Ídem.

³⁶ Observaciones de campo.

³⁷ Red 1 de análisis.

instrumentos que evidenciaron el impacto en la mejora de capacidades del personal de salud del primer nivel de atención bajo este modelo.³⁸ La constante de alternancia de contrataciones en el personal sanitario fue un factor intrínseco que afectó al perfil del profesional de enfermería y su capacidad de resolución. La gobernanza analiza a los actores secundarios por las competencias profesionales, técnicas y directivas.

Las nociones de pertinencia cultural, en la atención materna tuvieron algunos avances en uno de los municipios bajo estudio donde el Coordinador de Distrito Municipal de Salud integró en la sala de atención de partos del CAP, un espacio para la atención del parto vertical con el acompañamiento de la paciente por parte de su comadrona. Esta práctica se consideró como un acto que aproximó de mejor forma los servicios de salud a la cosmovisión de la población local. El efecto en la comunidad de mujeres y comadronas tuvo un balance positivo de aceptación, con el consecuente incremento de confianza en los servicios del MSPAS^{39, 40}. Sin embargo, desde una lectura occidental, con base en opiniones del personal médico, estos actos se consideraron como una intromisión en los procedimientos basados en el conocimiento biomédico. El siguiente relato expone estos actos.

“Al no conocerse no hay respeto de ambas culturas por esas razones muchas mujeres no quieren asistir a los servicios de salud y por las entrevistas y actividades que hemos realizado porque no se le habla en su idioma no se les respecta sus prácticas culturales y se les dice acuéstese y va a tener a su bebe, usted lo sabrá que la mujer indígena les gusta tener a su bebe de forma vertical o sea hincada o su caldito caliente en la comunidad y en los servicios de salud eso no se le respeta.”⁴¹

Los insumos del modelo de atención tradicional como se presentó en este apartado no lograron subsanar las inequidades en el acceso a los servicios de salud. Se observó como diversos factores relacionados con los determinantes sociales de la enfermedad forman una brecha entre la política sanitaria y el

³⁸ Red 1 de análisis.

³⁹ Entrevista grupal semi estructurada con usuarias de nivel municipal (Mun_A_Usuarías).

⁴⁰ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud de nivel municipal (Mun_C_Usuarías).

⁴¹ Entrevista con líder de movimiento indígena de nivel central (Central_Movimiento_Indígena).

impacto de los programas del primer nivel de atención en salud, lo más preocupantes son la interculturalidad, la entrega de servicios con pertinencia cultural, la educación en salud y el reconocimiento del rol del terapeuta tradicional como prestador de servicios.

5.3.1.2. Resultados modelo de atención tradicional.

Esta sección analiza los *outcomes* con base a las opiniones de los entrevistados que permitieron la formulación de categorías para el análisis de los resultados. Los hallazgos exploran la percepción de satisfacción con respecto a los servicios entregados en las comunidades. Las categorías formuladas expresaron en general la deficiente calidad con la cual se dio la atención en la población.

El modelo de atención tradicional en la provisión de servicios del primer nivel de atención propició en la población una valoración negativa respecto al uso de servicios de salud, condición que se recoge de lo expresado en los códigos y categorías que dan cuenta de esa percepción negativa en distintos niveles que apuntaron a la “No calidad de la cartera de servicios”.

Como se ha documentado en la sección anterior la inequidad en el acceso a los servicios tuvo diversas formas que afectaron la entrega de servicios en la población. Desde la gobernanza se analizan las reglas del juego entre formales e informales las cuales orientan a los actores sociales a las tomas de decisiones y los comportamientos que ellos asumen frente a los servicios de salud que el modelo brinda.

La gobernanza analiza la coordinación entre actores relevantes involucrados en la trama institucional. Los actores relevantes tienen la capacidad de movilización de recursos necesarios para considerarlos como estratégicos, pero que se movilizan o se ven dominados en el proceso (Hufty, 2010). Este tipo de actores como fueron las autoridades municipales en las comunidades observadas se caracterizó por la falta de involucramiento en el trabajo local en salud. A pesar de tener los medios para incidir en acciones que favorecen las condiciones de

salud en la comunidades no se observó acciones conjuntas para incidir en la mejora de los servicios en salud.

La categoría de “No apoyo de las autoridades locales” que podrían haber tenido sinergia en la baja calidad de los servicios, o la “Falta de actitud o buena voluntad de proveedores para coordinar trabajo local en salud” incidieron en la “No calidad de los servicios”.⁴² Un efecto que contradice el “Valor de uso de servicios de salud” por parte de la población fue las opiniones que se externaron con respecto a la “deficiente calidad de los servicios sanitarios”. Hecho que se explica en las comunidades postergadas puesto que ellos únicamente tienen limitados servicios sanitarios públicos para satisfacer la demanda y, por lo tanto, algunas comunidades desprotegidas fueron de manera limitada resolviendo con ese tipo de entrega de servicios ciertas necesidades que, de ninguna forma, resolvió la totalidad de necesidades de atención de salud.⁴³

La inequidad en el acceso a los servicios de salud también se expresó en las deficiente calidad de entrega de servicios con la cual se atendió a la población más necesitada. Los pobladores, en general, aprendieron el uso de los servicios reconociendo que la no dotación de medicamentos, la falta de insumos y las malas condiciones de la infraestructura fueron características de los servicios a los cuales tuvieron acceso. En el escenario de las percepciones por parte de los trabajadores del primer nivel se identificó la “No aceptación del modelo terapéutico tradicional” que concentra a “los hueseros”, “sobadores”, “hierberos”, “espiritistas”, entre otros quienes juegan un rol terapéutico en la cosmovisión maya y que son rechazados por el personal sanitario del modelo de atención tradicional (Comelles, 2004) (Medicus Mundi Navarra, 2013).⁴⁴

El modelo de atención tradicional a pesar de la existencia de un programa de interculturalidad en el nivel central, lo logró incidir en las inequidades de acceso a los servicios por la barrera lingüística y de prácticas de sanación ancestral. En la relación médico-paciente sucedió de forma frecuente una deficiente

⁴² Red 1 de análisis.

⁴³ Ídem.

⁴⁴ Ídem.

comunicación del historial terapéutico del paciente debido a la apertura de información de la vida privada del paciente ante el traductor quien era un vecino local o un extraño. Otro factor que afectó la comunicación entre el paciente y el clínico fue la descalificación de sus acciones como paciente puesto que se tuvo el temor de no abrir esa intimidad de los medios terapéutico-tradicionales utilizados para su enfermedad. Bajo ese clima de desconfianza los pobladores asistieron a las consultas de los servicios del modelo de atención tradicional que limitó la efectividad de ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno (Sotomayor Saavedra & López Dávila, 2022).⁴⁵

Las características deficientes de las instalaciones donde se entregan los servicios de salud en el primer nivel fue otra característica de la inequidad en el acceso a los servicios. La percepción con respecto a los servicios con el código “No tienen calidad” fue una manifestación generalizada que se vinculó a distintos puntos de interés. En cuanto a la infraestructura para realizar una actividad de consulta clínica que hubiera considerado los aspectos de comodidad y privacidad (Red 1 de análisis) existe en los servicios públicos la falta de criterios de entrega de servicios con calidad. Al respecto cabe mencionar que las normas que rigen los programas aplicados en el primer nivel de atención en salud no tienen una política de mejora de la calidad estructurada en cuanto a los procesos en la entrega de servicios de salud y la estandarización de aspectos que vinculen la pertinencia cultural con los aspectos médicos occidentales que tienen preeminencia en el contenido normativo.

La no calidad de los servicios se vincula con el bajo apoyo de la movilización de recursos desde la gobernación departamental. Este elemento, en la gobernanza, es indicador de una débil capacidad directiva en los actores relevantes (Arredondo, et.al., 2010). Lo cual incrementa la inequidad en el acceso a los servicios de salud puesto que indefectiblemente se traslada a las familias y comunidades que movilicen recursos para satisfacer sus necesidades en salud.

⁴⁵ Ídem.

La inequidad en el acceso a los servicios de salud fue una constante en los servicios de atención para las comunidades bajo estudio. Se observó un traslado de responsabilidades a personas cuya condición económica y social les ubica en condición de pobreza y extrema pobreza. La dotación de servicios para la atención de pacientes que requieren encamamiento fue parcial. A manera de costumbre los familiares que fueron referidos desde el primer nivel de atención se quejaron de que ellos debían llevar la alimentación a sus pacientes. Esa condición se debió pensar mejor ya que las distancias de residencia en el área rural y la ubicación de las sedes de los servicios son una limitación para acompañar a sus pacientes. Además, estos familiares devienen de comunidades sin recursos para su propia manutención. El siguiente relato lo expone:

“El apoyo de la gobernación departamental no existe, en el nivel local. El consejo de desarrollo municipal integrado por líderes locales si apoyó a la casa materna donde contrató a dos enfermeros. Los temas de alimentación durante la estancia en la casa materna se suplen con recursos de la propia comunidad dado que el CAIMI no tiene recursos para la alimentación de los pacientes internados.”⁴⁶

La inequidad en el acceso a los servicios de salud se observó en la relación médico-paciente con la falta de calidez. La no calidad de los servicios del primer nivel de atención percibida desde la experiencia de los usuarios con el trato humano que recibieron del personal sanitario se calificó como deficiente en la interrelación humana que distingue el acto entre paciente y prestador de servicios de salud. La siguiente cita lo evidencia:

“Muchas veces el personal está hablando por celular vía telefónica y no les presta atención a los servicios de lo que la población está pidiendo.”⁴⁷

La falta de una buena voluntad de los proveedores en salud local fue otra percepción que se identificó con respecto a la entrega de servicios del modelo de atención tradicional.⁴⁸ Los proveedores de servicios de salud no tuvieron un actor estratégico que coordinara los recursos para la atención. Los proveedores

⁴⁶ Entrevista con coordinador municipal de salud de nivel municipal (Mun_F_PresSer_1).

⁴⁷ Entrevista grupal semi estructurada con usuarias de nivel municipal (Mun_A_Usuaris).

⁴⁸ Entrevista con técnico de salud rural de nivel municipal (Mun_A_PresSer_2).

de servicios de salud privados y las ONG's en salud no tuvieron espacios de comunicación para articular acciones de cooperación con el modelo frente a las necesidades de salud local.⁴⁹ La supervisión de la calidad de atención en salud no se encuentra registrada la ausencia de una entidad de evaluación de la calidad generó discrecionalidad en el personal sanitario del modelo. Se recuperó información sobre quejas en el atraso del tiempo para atender las urgencias y la ausencia de personal para resolver la atención.

La inequidad en el acceso a los servicios de salud se observó en las barreras que se construyeron por sucesos histórico-sociales en el devenir de la constitución de la nación guatemalteca. Un aspecto negativo en la interacción del paciente con los servicios de salud se conoce por la discriminación de tipo territorial. El contexto en el cual viven los grupos étnicos en Guatemala corresponde a diversos factores de desplazamiento interno. Como ejemplo lo sucedido durante el periodo de la colonia (Martínez Peláez, 1973) con ubicación de poblaciones para su explotación diferenciados por su vestimenta y la lingüística ancestral de idiomas locales; otro ejemplo, el desplazamiento originado por la guerra (Epe & Kepfer, 2014). La coexistencia de diversos grupos en áreas geográficas hace muy difícil la entrega de servicios dado que los aspectos culturales y lingüísticos son diversos. El rol del traductor en la interacción del personal de salud con la paciente afecta a la privacidad y confidencialidad de temas sensibles y en ocasiones a la limitación de acceso a los servicios (Sotomayor Saavedra & López Dávila, 2022).

“Si uno va a otro servicio que no es del municipio de uno lo discriminan no lo reciben a uno.”⁵⁰

El siguiente relato se refiere precisamente a una introspección sobre la forma como los usuarios de los servicios podrían ver al trabajador sanitario dadas las condiciones de carencia en insumos, medicamentos y equipos existentes en los servicios del primer nivel de atención en salud.

⁴⁹ Entrevista con concejal municipal (Mun_B_OrgComunitaria).

⁵⁰ Entrevista grupal semi estructura con organización comunitaria nivel municipal (Mun_B_OrgComunitaria).

“Hay cosas materiales: y debemos evaluar si como prestadores públicos yo he fallado en la atención y sensibilizarnos si ante la necesidad y las emergencias de nuestros paisanos y compatriotas y es algo que nosotros no tratamos y es que como nosotros tratamos a los otros. Como trabajadores, y como nos miraría la población, si no tenemos insumos y medicamentos y si nuestro carácter es una bomba el paciente sale más traumatado. No podemos ser perfectos, pero se debe tener más sensibilidad. Y encontramos el mejor espacio para dar una respuesta.”⁵¹

El modelo de atención tradicional en la entrega de servicios a la población en el primer nivel de atención se caracterizó por ser deficiente en su calidad, no se observó la implicación de los actores secundarios en la movilización de recursos para mejorar la entrega de servicios de salud en las comunidades. La inequidad en el acceso a los servicios se observó en la baja calidad de entrega de servicios en la relación médico-paciente, la débil pertinencia cultural en sus programas, la ausencia de entrega de servicios en los idiomas locales. Las poblaciones receptoras de los servicios del modelo de atención tradicional en conclusión expresaron opiniones de rechazo al modelo.

En la tablas 22 y 23 se presenta un resumen de las categorías aplicadas en el análisis de la entrega de servicios y los resultados del modelo de atención tradicional.

⁵¹ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud nivel municipal (Mun_A_PresSer_5).

Tabla No. 22

Resumen de las características de entrega de servicios del modelo de atención tradicional con base a la percepción de los entrevistados.

Característica del modelo

- los programas asistencialistas no han logrado un impacto en las condiciones de vida de la población lo cual se refleja las tasas de mortalidad infantil y materna.
- al centralizar las capacitaciones en las sedes de puestos o centros de salud se obligó la movilización de las comadronas a los centros de capacitación sin considerar el limitado acceso por las vías de transportes y la falta de vehículos.
- la confrontación de saberes entre el pensamiento ancestral y el occidental fue un primer muro insoslayable que no permitió alcanzar los objetivos del programa diseñado para abordar la interculturalidad en la entrega de servicios con un enfoque de pertinencia cultural.
- el conflicto étnico lingüístico centró la dificultad en la falta de comunicación en la relación médico-paciente.
- la organización social fue la incidencia directa en la mejora de cobertura en las campañas de vacunación y los vínculos locales con las comadronas para la movilización de recursos locales en apoyo de la atención médica para los casos de urgencia.
- incidir desde los equipos locales de salud del modelo en la organización social, fue un reto para el funcionario sanitario quien trabaja intramuros que poco se relacionó con las estructuras de poder local que tenían la capacidad de movilización de la organización social y de recursos en las comunidades locales.
- la inequidad en el acceso a los servicios de salud fue evidente cuando se delegó en la organización social local la capacidad para movilizar sus recurso y resolver el transporte de las urgencias desde las comunidades rurales.
- no hubo instrumentos que evidenciaron el impacto en la mejora de capacidades del personal de salud del primer nivel de atención bajo este modelo.
- se vinculó directamente con la capacidad de organización local en salud, sin embargo el modelo no tuvo los medios para promover la participación ciudadana y, el modelo se apoyó en la organización existente con un bajo impacto en la coordinación de actividades.

Fuente: Elaboración propia tomado de la sección 5.3.1.1.

Tabla No. 23

Resumen de las características de los resultados del modelo de atención tradicional con base a la percepción de los entrevistados.

Característica del modelo

- fue una manifestación generalizada que se vinculó a distintos puntos de interés.
- deficiente comunicación del historial terapéutico del paciente debido a la apertura de información de la vida privada del paciente ante el traductor quien era un vecino local o un extraño.
- los programas aplicados en el primer nivel de atención en salud no tienen una política de mejora de la calidad estructurada en cuanto a los procesos en la entrega de servicios de salud.
- percibida desde la experiencia de los usuarios con el trato humano que recibieron del personal sanitario se calificó como deficiente en la interrelación humana que distingue el acto entre paciente y prestador de servicios de salud.
- No hay una entidad que centralice los recursos de la cooperación internacional.
- los proveedores en salud privados no se logran coordinar para la atención en la necesidades locales.
- falta de comunicación entre las ONG's y los puestos de salud del modelo.
- bajo apoyo de la movilización de recursos desde la gobernación departamental.
- no se observó la implicación de los actores secundarios en la movilización de recursos para mejorar la entrega de servicios de salud en las comunidades.
- traslado de responsabilidades a personas cuya condición económica y social les ubica en condición de pobreza y extrema pobreza.
- el modelo no considero la inclusión de “los hueseros”, “sobadores”, “hierberos”, “espiritistas”, entre otros quienes juegan un rol terapéutico en la cosmovisión maya y son rechazados por el personal sanitario del modelo.
- la comunicación entre el paciente y el clínico fue la descalificación de sus acciones como paciente puesto que se tuvo el temor de no abrir esa intimidad de los medios terapéutico-tradicionales utilizados para su enfermedad.
- tienen limitados servicios sanitarios públicos para satisfacer la demanda y, por lo tanto, algunas comunidades desprotegidas fueron de manera limitada resolviendo con ese tipo de entrega de servicios ciertas necesidades que, de ninguna forma, resolvió la totalidad de necesidades de atención de salud.

Fuente: Elaboración propia tomado de la sección 5.3.1.2.

5.3.2. Modelo de extensión de cobertura.

A partir del año 1996, la reforma del sistema de salud articuló nuevos actores, escenarios y procesos no conocidos en Guatemala (Barrillas, 2004) (Verdugo, 2002). Esta reforma del sistema de salud se basó en el Código de Salud (1997), el cual orienta a las municipalidades en la coordinación con las otras instituciones del sector en la administración parcial o total de la provisión de servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones (SEGEPLAN, 2005). Al observar el proceso de reforma municipal con respecto a la norma contenida en el código municipal se encontró en un nivel intermedio con respecto a los alcances del desarrollo de las

municipalidades. Para ello tuvieron el apoyo de las Direcciones de área de salud como subsidiarias y ejecutoras del gasto descentralizado en la compra de insumos (MSPAS-Organismo Ejecutivo, 1999).

Las Direcciones de Área de Salud fueron las responsables de la administración del modelo de extensión de cobertura. Desde el inicio de este modelo no se tuvieron evaluaciones que reflejaran el comportamiento de la interrelación de actores y el impacto medido de las metas de los programas (Barrillas, 2004). La evidencia disponible de la época indicó que el manejo administrativo de los recursos en la ampliación de cobertura sucedió sin una valoración de las repercusiones que tuvo con el personal contratado. (PNUD, 2010) (Flores, 2011). En investigación previa se verificó que el personal sanitario contratado por las ONG médicas de este modelo se sucedió fuera de los esquemas de garantías laborales, y tampoco tuvieron prestaciones laborales de seguro médico y plan de retiro (López, Arredondo, & Orozco, 2014). La gobernanza estudia el contexto de la organización institucional del sistema de salud.

Las modalidades de prestadores de servicios del primer nivel de atención en Guatemala se diferenciaron básicamente por el tipo de contratación, la capacitación del recurso humano y la provisión del servicio a nivel local. Por un lado, el administrado por el MSPAS y por el otro, el administrado por las ONG médicas (Becerril-Montekio & López-Dávila, 2011) (PNUD, 2010) (Word Bank, 2005). Se estimó que la provisión de entrega de servicios del paquete básico tuvo un costo de USD 7 por año per cápita que incluyó: a) atención en salud reproductiva, b) atención a niños, c) atención de urgencia y enfermedades prevalente, d) atención al medio (PNUD, 2010). El modelo de extensión de cobertura tuvo como población objetivo atender al 46% de la población quienes no tenían acceso a los servicios de salud del MSPAS, en áreas con acceso restringido a los servicios de salud, al desarrollo económico, vías de comunicación y al sistema de educación público (MSPAS, 2012). Desde el análisis de gobernanza se construye la historicidad del problema de estudio.

En el inicio de la creación del modelo de extensión de cobertura, sus funciones fueron administradas desde el nivel central por el Ministerio de Salud. Lo cual

propició confusiones en las direcciones del área de salud en el nivel departamental y en las jurisdicciones que operan en el nivel municipal, funciones que fueron asignadas desde el nivel central. Es decir, que los servicios ya instalados del modelo de atención tradicional no tuvieron participación en la delimitación de la asignación de cobertura para las nuevas ONG médicas. Este hecho originó en algunas jurisdicciones la duplicación de registros en cuanto a los reportes que fueron trasladados al sistema de información y que se reflejó en los datos de cobertura. La situación más dramática de la falta de coordinación en la programación y la falta de regulación para la misma se presentó en comunidades de población vulnerable con total ausencia de servicios sanitarios⁵². La gobernanza requiere la identificación de la organización de los servicios sus transacciones en el contexto.

El modelo de extensión de cobertura durante el gobierno de la Unidad Nacional de la Esperanza dirigió acciones que afectaron a la programación. La primera fue la reducción del 10% del presupuesto para el año 2009, lo que incidió en la estabilidad del programa de incentivos de los Facilitadores comunitarios con un estipendio de \$US 65.00 al mes⁵³. El Facilitador comunitario fue seleccionado por su liderazgo en la comunidad y entre, sus obligaciones, era responsable de la logística programada para la visita mensual del equipo básico en salud en las localidades programadas. El Facilitador comunitario, en general, perteneció a la población indígena con dominio del idioma local para apoyar como traductor⁵⁴. Otra acción impulsada por el mismo gobierno fue que, durante el último año de ejercicio de poder, impulsó el Modelo de atención integral en salud, en periodo de campaña presidencial. Para el año 2009 el nuevo impulso del modelo tuvo el apoyo de la cooperación internacional integrada por: USAID, la OPS/OMS, Instituto de salud incluyente / Médicos del mundo Navarra, La brigada médico-cubana y, el Gobierno de Suecia (MSPAS, 2011). La gobernanza requiere evaluar los intereses de actores con base a la política y sus efectos en los servicios de salud.

⁵² Entrevista con líder coordinadora nacional de las ONG de nivel central (Central_PresSer_3).

⁵³ Entrevista con funcionario de Dirección de servicios de salud de nivel departamental (Dep_PresSer_7)

⁵⁴ Ídem.

El modelo se dirigió a las comunidades multiétnicas dedicadas a la actividad agrícola, caracterizadas por una economía de tipo familiar campesina. Por su ubicación geográfica, muchas de estas comunidades estaban postergadas al desarrollo y sin acceso a los servicios de salud (observaciones de campo). La entrega de servicios del modelo se caracterizó por una fuerte carga del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1984) que llevó a las zonas remotas del país el conocido paquete básico de atención caracterizado por programas preventivos que incluyó las siguientes acciones planificadas (Red 1 de análisis): a) incentivos a la Comadrona y al Facilitador comunitario, b) la ampliación de cobertura de vacunación, c) el control prenatal y, d) la planificación familiar, este último impulsado con la aprobación de la ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar en el año 2005 (CESR/ICEFI, 2009). Desde el análisis de gobernanza en salud se requiere conocer el problema las condiciones que explican la desigualdad en el acceso a los servicios de salud.

El personal operativo del modelo de extensión de cobertura recibió el nombre de Equipo Básico de Salud (EBS) integrado por: 1) un coordinador técnico; 2) un médico o un enfermero ambulatorio, 3) un auxiliar de enfermería o técnico en salud rural como facilitador institucional, 4) dos educadores en salud y, 5) un auxiliar de enfermería capacitado en atención materna neonatal. Los EBS entregaron el paquete básico de salud, una vez por mes, en el Centro de Convergencia o Comunitario. Cabe mencionar que los centros de convergencia no fueron planificados con algún estándar de construcción sino eran espacios improvisados que la comunidad facilitó para la evaluación clínica de los pacientes, que se hacía en sitios donde la gente se acostaba en tablas sobre piedras, sin que existieran paredes como división de los espacios que requiere un consultorio ⁵⁵. La inequidad en el acceso a los servicios de salud es una variable dependiente que desde la gobernanza interesa abordar en este estudio.

El rol que tomó el Facilitador comunitario, el vigilante y la comadrona en las comunidades bajo cobertura del modelo de extensión de cobertura fue esencial para la logística de entrega de servicios de salud. Como se observa en la tabla

⁵⁵ Observaciones de campo.

24 estos actores conforman el capital social quienes actuaron como intermediarios entre el modelo y la comunidad. La gobernanza analiza los roles de los actores secundarios quienes no tienen el poder suficiente para determinar el cambio de las reglas del juego sin embargo a través de ellos se puede comprender las tomas de decisión que suceden en las comunidades.

Tabla No. 24

Distribución del actor comunitario acorde a la unidad de población que requiere el modelo de extensión de cobertura del primer nivel de atención en Guatemala.

Actor comunitario	Unidad de población
1 facilitador comunitario	por cada 1,000 habitantes
10 facilitador comunitario	por una jurisdicción (10,000 habitantes)
1 vigilante de salud	por cada 30 familias
no más de 30 comadronas tradicionales capacitas	por una comunidad

Fuente: Elaboración propia tomado de *Modelo de extensión de cobertura en el primer nivel de atención* (MSPAS, 2007).

En el ámbito de la comunidad, en el inicio del programa de provisión de servicios, se instaló un esquema de voluntariado que, a lo largo del tiempo, se promovió con incentivos de dinero de cantidad variable los cuales, conforme sucedió su desfinanciamiento, el incentivo entró en decadencia y el supuesto valor creado de “voluntariado” desapareció. Este efecto se comprendió de mejor forma con la estructura que se planificó con el apoyo de la participación de líderes comunitarios. La gobernanza en salud y la participación social acorde al contexto social presenta patrones que explican las diferencias del efecto que tiene la participación social en el modelo de entrega de servicios.

Las visitas en las comunidades fueron planificadas una vez al mes, entre cada visita que realizaba el equipo básico de salud, tanto el facilitador comunitario como la comadrona, realizaron la identificación de las mujeres embarazadas quienes eran convocadas en los llamados centros de convergencia para la entrega de los servicios de salud. La inequidad en el acceso a los servicios de salud estuvo presente en la programación de la entrega de servicios en las

comunidades. La gobernanza analiza la organización de servicios y las condiciones existentes favorables o desfavorables para un proceso de cambio.

En esta sección se delimitaron las características esenciales del modelo de extensión de cobertura que permiten construir el contexto del modelo. Se consideran los aspectos históricos que dan contenido a los procesos que explican la creación del modelo a través de las condiciones política y sociales. Se sitúa al modelo dentro del proceso de la reforma del sistema de salud. Se describen las características de los actores sociales, la organización de los servicios de salud, la cartera de servicios, aspectos programáticos en la entrega de servicios y la participación social en salud.

5.3.2.1. Entrega de servicios modelo de extensión de cobertura.

En esta sección se presentan los hallazgos que caracterizan los *outputs* del modelo. A pesar de que el modelo de extensión de cobertura fue considerado innovador, con el tiempo el mismo se convirtió en un experimento de tipo social, impulsado por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Este tipo de modelo de entrega de servicios requirió la contratación de ONG's para suplir el rol de asistencia que el Estado guatemalteco por mandato constitucional tiene. El experimento de tipo social en las comunidades postergadas consistió en impulsar la financiación de la participación de ONG médicas en la entrega de un paquete básico de cartera de servicios de salud. Este tipo de medidas fueron consideradas como parte del modelo neoliberal donde el rol del Estado benefactor se retrae en su papel de dar asistencia social. Los hallazgos dan contenido a la forma como la entrega de servicios de salud se constituyó en una modalidad de inequidad en el acceso a los servicios de salud.

La literatura evidenció que, entre las políticas públicas, la ampliación de la cobertura con la mejora de la calidad de servicios básicos de salud fue una prioridad impulsada en 1996 (PNUD, 2010). El programa de extensión de cobertura que contenía al modelo tuvo deficiencias que le llevaron al colapso por las limitaciones del recurso económico y la baja capacidad directiva en el recurso

humano para diligenciar las acciones de gestión de forma oportuna. Barrillas (2004) advirtió la baja capacidad directiva del recurso humano al analizar la experiencia de la descentralización de los servicios de salud. Él cuestionó la falta de evidencia del modelo de extensión de cobertura para su ampliación en el país.

La ineficiente capacidad para desarrollar la programación es un problema de tipo estructural que se hizo evidente en las gestiones del personal sanitario del Ministerio de Salud. Es decir, que el modelo, en términos de su programación, generó una carga adicional en un sistema de salud cuyas operaciones administrativas estuvieron centralizadas en la Unidad de Planificación. El personal de la Unidad de Planificación no tuvo las competencias directivas para enfrentar los retos de un programa cuyo modelo de entrega de servicios representó incorporar modalidades nuevas en las contrataciones de servicios. Además el modelo requirió de logística en el nivel local para la entrega de los servicios en zonas rurales y dotar de los medios para acceder a las localidades.⁵⁶ Las condiciones de determinantes sociales de la enfermedad en las comunidades bajo cobertura del modelo de extensión de cobertura se caracterizaron por la desigualdad social, falta de infraestructura y medios de trabajo en la comunidades.

El modelo de extensión de cobertura se instaló sobre la base de las ONG que estuvieron presentes en la entrega de los servicios, quienes operaron con fondos de la cooperación internacional. Además de las ONG médicas que surgieron como parte de las necesidades de expansión de los servicios en las regiones donde no existían servicios sanitarios en el área rural.⁵⁷ Entre las estrategias locales para aproximar los servicios en el nivel local de atención se requirió, en la programación, la participación de líderes comunitarios quienes tomaron el rol de Facilitadores comunitarios y las Comadronas, quienes figuraban en la estructura ancestral de terapeutas tradicionales para la atención materna.⁵⁸ La primera característica que el modelo de extensión enfrentó en las comunidades fue la ausencia de instalaciones de servicios de salud que formó parte de las

⁵⁶ Red 2 de análisis.

⁵⁷ Observaciones de campo.

⁵⁸ Ídem.

inequidades en el acceso a los servicios de salud en la comunidad. Al respecto de las dificultades de transporte del personal del equipo de salud la paramédico comenta:

“Ahí sería en el nivel en el que ellos se transportan hacia las comunidades, ellos se transportan en motos a sus lugares de trabajo pero en tiempo de lluvia las carreteras se ponen muy mal y llegan al lugar de trabajo y laboran en lo que tienen que hacer, se dedican a los programas que tienen a su cargo.”⁵⁹

La desconcentración de los servicios de salud en el primer nivel de atención para el año 2007 se caracterizó por el traslado de tres funciones de orden administrativo del modelo de extensión de cobertura a la Dirección de Área Salud (DAS) que operaron en el ámbito departamental: a) supervisión, b) monitoreo y, c) evaluación. La habilidad directiva se designó en el Facilitador institucional quien fue un funcionario del Ministerio de Salud (MSPAS, 2007). Las medidas administrativas antes surgen once (11) años después de instaurado el modelo de extensión de cobertura. Es importante puntualizar que las DAS no tenían la capacidad directiva para asumir las funciones de supervisión, monitoreo y evaluación. La inequidad en el acceso a los servicios se observa en las medidas administrativas que no consideraron las capacidades directivas del personal en las DAS frente a la llegada del modelo de extensión de cobertura.

La unidad de población blanco-receptora del paquete básico de salud fue denominada una jurisdicción compuesta por 10,000 habitantes en el plano operativo. Una misma ONG médica tenía varias comunidades hasta alcanzar el criterio de 10,000 habitantes sin considerar la dispersión de la población. De allí que para algunas ONG médicas la característica de dispersión se constituyó en una condición que incidió como factor negativo en la entrega de los servicios de salud dadas las limitaciones de transporte y los tiempos de programación. La planificación del trabajo operativo en el nivel municipal se delegó al coordinador municipal de salud, quien fue el responsable de la asignación de la población y la vigilancia del seguimiento de las metas. El modelo requirió un asistente para la administración de información por cada dos jurisdicciones (MSPAS,

⁵⁹ Entrevista con paramédico de nivel municipal (Mun_B_PresSer_3)

SEGEPLAN, PNUD, 2007). El rol del Facilitador institucional se circunscribió al trabajo de escritorio centrado en la revisión de informes documentados.⁶⁰

La provisión de los servicios de salud del modelo de extensión de cobertura como se indicó en el apartado anterior se sucedió con la firma del llamado paquete básico de atención que, entre una de sus metas fundamentales, consideró la ampliación de cobertura de vacunación. Al parecer con cierto grado de eficiencia en la ampliación de cobertura, según se narró en la discusión grupal en el nivel municipal:

“Si ha habido cambios durante estos 8 años que llevo de estar aquí yo bien podría decir que ha habido cambios en la cobertura de vacunación infantil...[...].”⁶¹

La facilitadora departamental narra en que consiste el Paquete Básico de Atención de las mujeres embarazadas en las comunidades:

“[...]... para poder decir que se le dio su control prenatal pues esta señora tuvo que haber recibido su dosis de PDA y le corresponde su suplementario con ácido fólico y sulfato ferroso la consejería enfocada sobre todo a signos y señas de peligro en el embarazo en el parto y en el postparto, consejería sobre lactancia materna exclusiva, aun estando embarazada pues ya también se le habla sobre planificación familiar, también se trabaja con ella lo que es el plan de emergencia familiar y comunitario.”⁶²

El PBA entregado por los equipos básicos de salud del modelo de extensión de cobertura en el primer nivel de atención que llegaba a las comunidades postergadas fue en extremo limitado en cuanto a su capacidad de resolución. En los casos de detectar una situación en la cual el equipo básico no tenía la capacidad de resolución se le incaba a la paciente ir a un nivel de atención con mayor capacidad de resolución. Esto representaba que la paciente con el apoyo de la familia debía suplir la movilización lo cual en la población con extrema pobreza era una recomendación sin posibilidad de ser ejecutada. La inequidad en el acceso a los servicios de salud fue una constante observada en las

⁶⁰ Observaciones de campo.

⁶¹ Entrevista con técnico de salud rural de nivel municipal (Mun_A_PresSer_2)

⁶² Entrevista con la facilitadora del modelo de extensión de cobertura de nivel departamental (Dep_PresSer_7)

comunidades postergadas. El siguiente relato expone los alcances del modelo de extensión de cobertura:

“Eso tiene que ver con los niveles de atención entonces en un primer nivel de atención por ejemplo tiene mucho que ver con sus limitaciones el primer nivel de atención va enfocado en que es el primer contacto con la comunidad y un servicio de salud y su nivel de resolución prácticamente es lo único que hacen es identificar y clasifica por ejemplo clasifica entonces no se habla ni siquiera de diagnóstico sino de clasificación verdad, entonces vienen ellos y dicen no está en nuestras manos resolver esta situación y lo referimos al siguiente nivel entonces por tanto el primer nivel de atención que significa es solo promoción y prevención de la salud.”⁶³

Al canzar los indicadores de las metas del PBA fue el mecanismo por el cual se estableció que el modelo de extensión de cobertura cumpliera con la cobertura de la población atendida. Sin embargo las necesidades de atención en salud superaban en mucho el PBA de allí que la población no manifestará la satisfacción de sus necesidades en salud. El modelo no logró disminuir la brecha de inequidad en el acceso a los servicios de salud, puesto que el PBA fue limitado en su capacidad de resolución frente a las necesidades de salud locales. El director de área de salud lo expone de la siguiente forma:

“Naturalmente esto fue la estrategia de la extensión de cobertura por tanto se lograron mejorar en salud los indicadores... [...] fue una estrategia de extender cobertura, con un paquete básico que al final, parte de lo que el ministerio hacía más que bien pero eso era lo que hacía, por acceso y por lo tanto se lograron mejorar los indicadores, no necesariamente que esos sea lo que necesita la población.”⁶⁴

Entre las críticas de los resultados presentados como fue la ampliación de cobertura de vacunación se identificó la categoría de “Instrumentos de seguimiento no verificados” al referirse diversos funcionarios del Ministerio de Salud que el modelo no permitió la verificación de resultados y que las denuncias de la población receptora de los servicios de salud por la falta de asistencia en las comunidades por parte de los equipos básicos de salud fue un problema

⁶³ Ídem

⁶⁴ Entrevista con director de área de salud departamental (Dep_PresSer_1)

latente del modelo.⁶⁵ Al indagar sobre quién era responsable del seguimiento de las ONG médicas, se supo que el coordinador municipal de salud era el encargado quien, a su vez, era responsable del personal de los servicios del Ministerio de Salud en la localidad.⁶⁶ La habilidad directiva del coordinador municipal de salud fue variable puesto que no conformó criterios estándar de un perfil del profesional.

y, en cierta, forma explica la reticencia de la verificación de datos registrados en los formularios que sirvieron como instrumentos de evaluación.⁶⁷ Además, en las comunidades donde se realizó el trabajo de campo se documentó la falta de recurso humano para atender la demanda de salud. En ese contexto el coordinador debió atender funciones de atención clínica además de las propiamente administrativas.⁶⁸

La llegada de las ONG médicas representó una sobrecarga de trabajo para los coordinadores municipales, el modelo se organizó internamente y capacitó a sus cuadros directivos de los mecanismos internos; sin embargo, no enfrentó la realidad que el modelo debió interactuar con los cuadros directivos que subyacían en la estructura de administración del ministerio en distintos niveles. En este sentido la gobernanza se hizo compleja por el nivel de subsistemas generados sin un marco congruente entre las transacciones de actores que, en determinadas circunstancias, debían operar en coordinación. Además, el modelo subsistió por distintos gobiernos con un nivel de rotación de personal de mandos medios que cada 4 años debió aprender, en primera instancia, los procesos directivos del ministerio y, en segunda instancia, la articulación del modelo de extensión de cobertura con los representantes del Ministerio de Salud.

Otro factor atenuante para no verificar los instrumentos de seguimiento por parte del coordinador municipal fue que las condiciones de recursos para la movilización del personal sanitario a las comunidades postergadas no estuvieron

⁶⁵ Red 2 de análisis.

⁶⁶ Ídem.

⁶⁷ Observaciones de campo.

⁶⁸ Red 2 de análisis.

planificadas y los recursos como vehículo y combustible no estuvieron disponibles.⁶⁹ Otro factor interno negativo fueron las deficientes competencias de habilidad directiva delegadas en el llamado Facilitador institucional en su rol de funcionario del Ministerio de Salud. Al indagar sobre las funciones operativas del Facilitador institucional se indicó que las actividades de trabajo se circunscribieron a la revisión de los informes escritos, es decir, que no existió la verificación de los instrumentos por ninguno de los dos responsables de esa función.⁷⁰ En el escenario antes descrito se denotó un vacío normativo de la vinculación entre el modelo y el MSPAS, lo cual forma parte de un sentimiento de división entre la estructura de organización del MSPAS y el modelo de extensión de cobertura. Desde la gobernanza se analizan las normas constitutivas que rigen las relaciones entre actores locales a través de las reglas del juego (Hufty, 2010).

Los programas preventivos fueron centrados en la atención materno infantil. Para la consecución de sus actividades en el plano local el modelo incorporó un sistema de pago de incentivos económicos para el Facilitador comunitario y la Comadrona, como parte de un reconocimiento económico. El pago compensó la identificación de mujeres embarazadas en la comunidad con el objeto de que ellas fueran las beneficiarias de los servicios de atención materna. Cabe mencionar que el grupo infantil ingresó al programa de control de crecimiento con la identificación de la desnutrición infantil y los esquemas de vacunación.⁷¹ Las acciones de seguridad alimentaria no se documentaron en las comunidades por la ausencia del personal responsable de operar el programa de la SESAN (Secretaría de seguridad alimentaria y nutricional)^{72.73} El siguiente relato es de un prestador de servicio en el nivel departamental:

“Principal efecto positivo es que a través del mismo programa de extensión de cobertura, se le dio participación a lo que eran los facilitadores comunitarios y esto permitió tener

⁶⁹ Ídem.

⁷⁰ Ídem.

⁷¹ Red 2 de análisis.

⁷² La SESAN tiene los siguientes recursos legales para su funcionamiento: a) la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, b) Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y, c) Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

⁷³ Observaciones de campo.

un compromiso más de esa gente de la comunidad, pero se cayó en el error de haberle pagado un tiempo, media vez se terminó el financiamiento hasta aquí ya no hay más facilitadores comunitarios y entonces cómo se está buscando... si a mí me daban Q 50.00 antes por venir, por qué voy a venir ahora sin nada, si es mi día de trabajo, entonces se les creó la expectativa de estarles dando quizá Q 50.00 para unos sea mucho, para otros no sea nada, pero se tenía ese recurso, y de la noche a la mañana: señores ya no hay más presupuesto nos dicen, entonces ahí ya vino a ser prácticamente un rechazo de la gente, ya no hay búsqueda activa de casos de niños con problemas, de madres con problemas, no que, se terminó, se terminó. Entonces en un solo acto se miran dos efectos: el positivo y el negativo.”⁷⁴

La identificación de líderes locales y el apoyo de la organización social local en salud funcionando fue la herramienta vital para llevar los servicios del primer nivel de atención del modelo; sin embargo, al procurar un mecanismo desde el modelo para activar y articular en el plano operativo la organización social fue por medio de esta que la programación de acciones locales se hizo posible.⁷⁵ La decadencia de haber utilizado un fondo como incentivo para garantizar la participación comunitaria fue de manera sincrónica debilitándose conforme la financiación se debilitó con el atraso de las transferencias y, posteriormente con la reducción del presupuesto asignado para el modelo (Prensa Libre, 2019). La programación de las actividades en el nivel local se afectó totalmente en tanto que al sufrir una reducción del 25% del presupuesto, el modelo tuvo que rescindir del programa de incentivos para los líderes locales afectando directamente a los facilitadores comunitarios y las comadronas, quienes fueron vitales para articular la programación de las acciones del modelo de extensión de cobertura en el nivel local. La gobernanza analiza el nivel de interés, la ideología, la capacidad de movilización de recursos y la fuente de poder que tienen los actores.

En tal sentido los actores estratégicos jugaron un rol preponderante para la puesta en marcha del modelo de extensión de cobertura. En el escenario local, la decadencia financiera del modelo fue ganando importancia conforme se trasladó la responsabilidad de financiación desde los fondos internacionales al gasto público en salud.

⁷⁴ Entrevista grupal semi estructurada con equipo de salud de nivel departamental (Dep_PresSer_6).

⁷⁵ Red 2 de análisis.

En conclusión las inequidades en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención no fueron abordados con efectividad desde el modelo de extensión de cobertura. Las desigualdades de acceso por el Paquete Básico de Atención fue un primer punto de discusión, la falta de insumos, vehículos y medicamentos afectó la entrega de servicios. Los estándares de calidad no fueron supervisados por la falta de verificación de los datos reportados y la alta rotación del personal responsable de supervisión. Hubo ausencia normativa para regular la coordinación las transacciones entre los funcionarios de las DAS y las ONG médicas.

5.3.2.2. Resultados del modelo de extensión de cobertura.

Esta sección se construye con las categorías de los *outcomes* que exploran la percepción de satisfacción con respecto a los servicios entregados en las comunidades. Las opiniones formuladas expresaron la mala calidad en la entrega de los servicios en la población.

El modelo de extensión de cobertura del primer nivel de atención propició en la población receptora una percepción de no satisfacción de las necesidades en salud. Un factor identificado de forma negativa fue el Paquete Básico de Salud (PBS) en las comunidades postergadas al acceso de los servicios de salud el cual no cubrió las necesidades en salud de la comunidad. La falta de cumplimiento en el uso de los recursos asignados a las ONG médicas generó desconfianza y la consecuente no aceptación del modelo. Las comunidades se empoderaron de sus derechos a la salud al grado de demandar la movilización de las ONG médicas que incumplían con las actividades programadas.

Las comunidades, dentro del modelo de extensión de cobertura, en los primeros años percibieron los beneficios de tener servicios que el Ministerio de Salud nunca les dotó, aun cuando la modalidad de visita de los equipos básicos de salud en las localidades fue de una vez al mes o cada dos meses bajo circunstancias de falta de recurso. La percepción de recibir un beneficio fue tornándose con los años en una “No aceptación del modelo en la comunidad”.

Dos puntos fueron relevantes para comprender el malestar: por un lado, el periodo prolongado entre las visitas médicas en la comunidad y, por el otro lado, la falta de medicamentos e insumos oportunos colocados en la comunidad.⁷⁶ La inequidad en la entrega de servicios del modelo fue una crítica constante que estuvo en la programación de las visitas y la ineficiencia con la cual desde el nivel central se dotó de medicamentos e insumos.

“El trabajo de las ONG o extensión de cobertura aquí yo diría que ha sido un tema muy difícil tal vez dentro de su filosofía que es llevar salud hacia los lugares más retirados por decirlo así no lo ha cumplido, por otro lado, dentro de los lineamientos de las evaluaciones que se les ha hecho a extensión de cobertura aquí a nivel local ha demostrado algunas deficiencias que la atención no llega a donde corresponde y eso ha sido una constante hablando a nivel del ministerio de salud de la representación a nivel local del puesto de salud.”⁷⁷

Después que los diversos gobiernos, desde el año 1996, sostuvieron el modelo dentro del presupuesto del Ministerio de Salud, se generó el agotamiento por la ausencia de servicios sanitarios estables que tuvieran un impacto real en la transformación de los problemas de salud en la comunidad. Por citar dos prioritarios: la disminución de la muerte materna e infantil. Las comunidades en paralelo fueron mejorando el “Empoderamiento en la demanda de servicios de salud” con la implicación de la participación comunitaria a través de sus líderes locales, quienes lograron, por medio de mecanismos de auditoría social, poner en evidencia el abandono que el modelo de extensión de cobertura había fomentado a través del tiempo. Las circunstancias imperantes de ausencia del Estado en materia de servicios sanitarios en el primer nivel de atención fue un código que caracterizó al modelo de extensión de cobertura.⁷⁸

“Ha sido una constante lucha porque la población demanda en donde supuestamente el Ministerio de Salud crea ese programa para poder llevar los servicios a donde corresponda, pero lastimosamente la gente no ha salido satisfecha con ese servicio entonces ha sido una constante lucha y por lo tanto al querer unificar criterio para mejorar

⁷⁶ Ídem.

⁷⁷ Entrevista con técnico de salud rural de nivel municipal (Mun_A_PresSer_2).

⁷⁸ Red 2 de análisis.

las situaciones entonces nos encontramos con los problemas que presentan las ONG siempre... [...]”⁷⁹

El modelo de extensión de cobertura, bajo las condiciones en que se entregaban los servicios sanitarios, generó en las comunidades un “valor de uso de los servicios sanitarios” en condiciones particulares dado que comunidades vecinas, donde no operó el modelo de extensión de cobertura gozaban de servicios de salud con infraestructura formal, personal asignado en horarios de 8 horas y, en otras localidades, de 24 horas.⁸⁰ El concepto de valor de uso de los servicios hizo sinergia con el empoderamiento de las comunidades con respecto al ideario de lo que ellos consideraron se debió de tener como ciudadanos.⁸¹ La desigualdad de condiciones en el acceso a los servicios de salud generó una carga de sentimientos de rechazo contra los servicios prestados por el modelo de extensión de cobertura.

“Tenemos datos a través del Observatorio que a pesar de que hay un compromiso en los contratos, de las ONG’s con el Ministerio a través del programa de extensión de cobertura aquellos crean una estructura básica, a veces atienden a la gente en el suelo, ni siquiera una camilla, todo ese tipo de cosas que rayan contra la ética y contra la calidad, contra la calidez de la provisión de servicios, entonces el tema es complejo y mucho mediado por lo que estaba diciendo, no hay un verdadero sistema de monitoreo, supervisión y evaluación en todos los componentes que se debieran de evaluar en el tema de provisión de servicios, en un programa como éste que no puede dar la respuesta a todo, pero por lo menos da la garantía de ciertos aspectos críticos y alto valor de la atención hacia los pacientes.”⁸²

La tensión de tipo social frente a las ONG médicas fue en incremento dado que los líderes y la población, en general, fueron conociendo de la asignación del presupuesto del Estado para la entrega de servicios de salud en sus comunidades bajo la responsabilidad de las ONG médicas.⁸³ En este escenario social, frente a la no entrega de servicios de salud programados una vez al mes.

⁷⁹ Entrevista con técnico de salud rural de nivel municipal (Mun_A_PresSer_2).

⁸⁰ Red 2 de análisis.

⁸¹ Ídem.

⁸² Entrevista con profesor universitario integrante del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (Central_Soc_Civil_1)

⁸³ Red 2 de análisis.

En ocasiones se justificó por el atraso en las transferencias de los fondos correspondiente al prepuesto a las ONG médicas y por la falta de compras de medicamentos desde el nivel central. Esto llevó a las comunidades afectadas a generar un sentimiento de “desconfianza en la asignación de presupuesto por servicios contratados” dado que, en el escenario social de las localidades, los servicios estuvieron irregulares.⁸⁴ Los pobladores manifestaron que la entrega de servicios en el nivel local no logró cerrar la brecha de desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Un médico con 27 años de experiencia en los servicios públicos nos indicó:

“Se observaba que las visitas en las comunidades las hacían una vez al mes para la entrega del paquete básico de servicios o cada dos meses.”⁸⁵

En opinión de pobladores existieron condiciones que los equipos técnicos en salud aprovechaban para no hacer las visitas como se tenía programado. El siguiente relato lo expresa:

“A las ONG como que les ha beneficiado que no den el dinero a tiempo, verdad, porque se prolonga ese dinero, porque hacen unas poquitas cosas y lo demás.”⁸⁶

El clima de desconfianza social de las comunidades que se manifestó por medio de conflictos por parte de los pobladores ante los equipos de salud, como por ejemplo, no dejar que las ONG, en algunas localidades, siguieran operando los contratos suscritos con el Ministerio de Salud. Estas situaciones hicieron que el ejecutivo enviara a mediadores para la identificación de posibles soluciones que, en general, terminaron con el mecanismo de contratación de nuevas ONG para la entrega de servicios generó un círculo de conflictos caracterizado por la deficiente capacidad de habilidades directivas del nivel central y departamental para la administración de las contrataciones de las ONG médicas. La inequidad en el acceso a los servicios de salud fue una característica que acompañó desde el inicio del modelo de extensión de

⁸⁴ Ídem.

⁸⁵ Entrevista con médico encargado de distrito de salud municipal (Mun-H_PresSer_1)

⁸⁶ Entrevista con coordinador de salud de nivel municipal (Mun_B_PresSer_1)

cobertura el rol que tomaron las ONG médicas dada la ineficiente forma con la cual se atendió a las poblaciones postergadas.

La disposición de recursos financieros para operar los contratos y ejecutar las compras de medicamentos e insumos médicos, estuvieron en la base de los conflictos como una constante que nunca se corrigió.⁸⁷ Dos puntos se resaltaron: 1) La habilidad directiva deficiente del personal sanitario para diligenciar las gestiones de tipo administrativo para la asignación de presupuesto desde el Ministerio de Finanzas de forma oportuna y, 2) el rol deficiente en la gestión de las direcciones de área de salud departamental donde los procesos de compra de medicamentos fueron poco eficientes con una constante de desabastecimiento del listado básico de medicamentos. Las normas regulativas que imperan entre los actores explican, desde la gobernanza, el efecto de auditoría social y rendición de cuentas como mecanismo que permiten aceptar o rechazar los servicios locales del modelo. La descentralización que en un inicio se planteó con la instalación del modelo de extensión de cobertura como parte de la reforma del sistema de salud quedó tuvo un contenido meramente ideológico. El siguiente relato lo devela:

“El PEC no era descentralización sino era más un programa vertical en paquetes básicos que agrupa todo hasta la organización del programa agrupa a todos, por ejemplo, en el Petén en un área grande concentrada se comportaba igual pasaba sólo una vez al mes.”⁸⁸

Otro factor coadyuvante a la deficiencia en la entrega de servicios radicó en la corrupción instalada en los intereses de tipo político dado que la adjudicación de las plazas de trabajo en los distintos niveles de puestos ejecutivos cada cuatro años tuvieron alternancia, lo cual no fomentó la profesionalización del personal en un marco de condiciones justas para los trabajadores. El siguiente relato lo confirma.

⁸⁷ Red 2 de análisis.

⁸⁸ Entrevista con viceministro de salud (Central_PresSer_4)

“Nosotros hemos creado la unidad anticorrupción, estamos por instalar una oficina de la CICIG⁸⁹. Se ha ido desde negociaciones con sindicatos, con políticos, con proveedores, se da tolerancia cero por parte del despacho.”⁹⁰

La improvisación y errores que se sucedieron entre una y otra administración de los gobiernos que sostuvieron el modelo de extensión de cobertura se trasladaron de un equipo de profesionales a otro. El recurso humano con una deficiente habilidad directiva en cuanto a la capacidad de resolución de la gestión pública sanitaria no logró alcanzar un estándar que permitiera el crecimiento de las habilidades directivas en el personal de nivel ejecutivo, quienes eran responsables de las gestiones de tipo administrativo y planificación.⁹¹ El funcionamiento del modelo de extensión de cobertura fue cada vez menos eficiente y generó, en las comunidades receptoras, un rechazo desde las (os) usuarias (os) que se hizo colectivo.⁹²

“Yo creo si tuvo implicaciones solo por darle un ejemplo de que una señora que se muera por complicaciones de parto (uno) nunca fue a control prenatal en los centros comunitarios donde le corresponde a la ONG, (dos) no tienen ficha clínica, no tienen su carnet, no tiene sus vacunas, entonces después nos preguntamos donde queda toda la red de la ONG porque tiene sus vigilantes tiene sus FC y sus comadronas como es que se le escapa de la mano a ese equipo básico comunitario a esa señora y se les muere, o sea nosotros no logramos entender porque no tenían registro de una señora si era de su comunidad.”⁹³

Hubo una situación de perversión compartida en los políticos de los distintos gobiernos en los cuales estuvo vigente el modelo de extensión de cobertura quienes abogaron por la permanencia del modelo y juntamente con los ejecutivos de las ONG médicas. Dado que, a todas luces, el modelo no pudo incorporar cambios en la percepción de la población acorde al valor de uso de los servicios salud, sino más bien, sembró el sentimiento de ser servicios de salud de una categoría extremadamente baja. De allí que la expulsión de las ONG médicas se

⁸⁹ La CICIG por sus siglas la Comisión Internacional Contra la Impunidad en Guatemala fue un programa de las Naciones Unidas para el combate de las estructuras del crimen organizado con sede en los distintos grupos de poder del Estado Guatemalteco. Puede ampliarse información en: <https://www.cicig.org/>

⁹⁰ Entrevista con viceministro de nivel central (Central_PresSer_4)

⁹¹ Red 2 de análisis.

⁹² Idem.

⁹³ Entrevista con técnico en salud rural de nivel municipal (Mun_A_PresSer_2)

registró en comunidades donde los líderes con conciencia social, basados en los derechos a la salud, reivindicaron, a través de manifestaciones y toma de instalaciones con la consecuente expulsión de las ONG médicas en distintas comunidades.⁹⁴ El efecto de la desigualdad en el acceso a servicios de salud con calidad fue un detonante de tipo social que reivindicó el derecho a tener acceso a servicios en mejores condiciones para el combate a la inequidad en el acceso a la salud.

El modelo de extensión de cobertura, al no tener instalaciones y personal en las comunidades bajo su responsabilidad, fue trasladando la responsabilidad de la resolución de las urgencias médicas en la organización social comunitaria. Dado que fueron ellos los que tenían que movilizar los medios para hacer frente a las urgencias que, desde los equipos básicos del modelo de extensión de cobertura, no se pudieron detectar y que, en un esquema organizado de servicios con medidas oportunas, hubieran podido prevenir las muertes registradas en mujeres y niños. La inequidad en el acceso a los servicios tuvo también su efecto con hacer corresponsables a las comunidades en pobreza y extrema pobreza a emplear sus limitados recursos en la atención de emergencias de salud. La siguiente opinión lo expone:

“Se han dado cuenta que han pasado los problemas, incluso este año hay tres menores que se murieron, hay tres mujeres que perdieron sus hijos, sus bebés, pero uno de los problemas que también afecta en nuestra comunidad, es de que también las familias no informan no se comunican con la comisión de salud, entonces conjuntamente con el presidente de la comisión de salud, nos hemos sentado y discutido preguntándonos porque no informan las personas, o porque no quieren participar pero hasta aquí nos hemos quedado pero no se ha discutido el tema.”⁹⁵

La sección contiene hallazgos que caracterizan los resultados en la percepción de los entrevistados con respecto a la entrega de servicios de modelo de extensión de cobertura. Las características expresadas denotan el rechazo a la mala calidad de los servicios de salud se puede remarcar que la entrega de

⁹⁴ Red 2 de análisis.

⁹⁵ Entrevista grupal semi estructurada con organización comunitaria de nivel municipal (Mun_A_OrgComunitaria).

servicios de programó en las comunidades una vez al mes. Además desde el nivel central la falta de gestión generó un déficit de insumos y medicamentos que conllevó a la insatisfacción de los comunitarios. La desfinanciación del modelo conllevó a debilitar los incentivos de nivel local en el facilitador y la comadrona, actores locales quienes fueron esenciales para la logística de la entrega de servicios de salud. La desconfianza de la población contra el modelo y el empoderamiento que generó la desigualdad en el acceso a los servicios de salud fueron parte de las inequidades en el acceso a los servicios de salud que motivaron el rechazo de las ONG médicas que en algunas comunidades fueron expulsadas.

A continuación se presentan en las tablas 25 y 26 un resumen de las características de la entrega de servicios y los resultados que tuvo el modelo de extensión de cobertura.

Tabla No. 25
Resumen de las características de entrega de servicios del modelo extensión de cobertura con base a la percepción de los entrevistados.

Característica del modelo

- contenía la cartera de servicios para el primer nivel de atención en las comunidades esencialmente para la población materno-infantil que incluyó la vacunación.
- los responsables de la entrega del PBA fueron las ONG' médicas.
- el personal no tuvo las competencias directivas para incorporar modalidades nuevas en las contrataciones de servicios.
- requirió de los medios de transporte para acceder a las localidades.
- enfrentó en las comunidades la ausencia de instalaciones de servicios de salud que formó parte de las inequidades en el acceso a los servicios de salud.
- en las referencias de paciente a un nivel de atención con mayor capacidad de resolución la familia en condición de extrema pobreza debía suplir la movilización.
- El PBA no disminuyó la brecha de inequidad en el acceso a los servicios de salud.
- la unidad de población receptora del PBA fue una jurisdicción de 10,000 habitantes.
- el modelo amplió la cobertura de vacunación en las comunidades postergadas.
- el programa de vacunación se dirigió a la mujer embarazada y los esquemas para los niños.
- para el éxito del programa de vacunación existió verificación de seguimiento con base al censo donde se registraba la asistencia y se reportaban las ausencias.
- los registros de los indicadores de los programas de salud carecieron de veracidad en el seguimiento de las metas.
- el personal responsable como el facilitador institucional fue un funcionario con baja capacidad directiva y alta rotación.
- el facilitador institucional basó su trabajo en la revisión documental, sin tener una verificación de campo de los resultados.
- las DAS no tenían la capacidad directiva para asumir las funciones de supervisión, monitoreo y evaluación del modelo.
- el modelo no permitió la verificación de resultados.
- en algunos casos los coordinadores municipales de salud fueron directivos de las ONG' médicas lo cual pone en evidencia el conflicto de interés.
- la movilización del personal sanitario a las comunidades postergadas no estuvo planificada y los recursos como vehículo y combustible no estuvieron disponibles.
- el modelo incorporó en el nivel local un sistema de pago de incentivos económicos para el facilitador comunitario y la comadrona apoyó en la identificación de mujeres embarazadas en la comunidad.
- la organización social en salud fue un mecanismo desde el modelo para activar y articular en el plano operativo la organización social fue por medio de esta que la programación de acciones locales se hizo posible.
- fue debilitándose con el tiempo el programa de incentivos a los facilitadores y comadronas se desfinanció.

Fuente: Elaboración propia tomado de la sección 5.3.2.1.

Tabla No. 26

Resumen de las características de los resultados del modelo de extensión de cobertura con base a la percepción de los entrevistados.

Característica del modelo

- existió en el personal una habilidad directiva deficiente para las gestiones de tipo administrativo para la asignación de presupuesto de forma oportuna.
- el rol deficiente en la gestión de las DAS donde los procesos de compra provocaron un constante desabastecimiento de medicamentos.
- corrupción de tipo político dado que la adjudicación de las plazas de trabajo en los distintos niveles de puestos ejecutivos fue por amiguismo.
- atraso en las transferencias de los fondos a las ONG médicas y la falta de compras de medicamentos desde el nivel central.
- en el escenario social de las localidades, los servicios estuvieron irregulares.
- existió condiciones que los equipos técnicos en salud aprovechaban para no hacer las visitas como se tenía programado.
- la entrega de servicios en el nivel local no logró cerrar la brecha de desigualdad en el acceso a los servicios de salud.
- se manifestó por medio de conflictos por parte de los pobladores ante los equipos de salud.
- las comunidades no dejaron que las ONG, en algunas localidades, siguieran operando los contratos suscritos con el Ministerio de Salud.
- el periodo prolongado entre las visitas médicas en la comunidad.
- la falta de medicamentos e insumos oportunos colocados en la comunidad.
- la implicación de la participación comunitaria a través de sus líderes locales, quienes lograron, por medio de mecanismos de auditoría social, poner en evidencia el abandono que el modelo había fomentado a través del tiempo.
- las comunidades confrontaron las condiciones del modelo frente a las comunidades que tuvieron infraestructura y personal sanitaria permanente.
- el deficiente servicio hizo sinergia con el empoderamiento de las comunidades con respecto al ideario de lo que ellos consideraron se debió de tener como ciudadanos
- sembró el sentimiento de ser atendidos con servicios de salud de una categoría extremadamente baja.

Fuente: Elaboración propia tomado de la sección 5.3.2.2.

5.3.3. Modelo incluyente en salud.

En esta sección se presentan las características del modelo incluyente en salud, las bases teóricas y programación con la cual entregaron los servicios de salud en el primer nivel de atención. Se presentan la historicidad del modelo, el desarrollo de la puesta en marcha en las comunidades que fueron piloto. La instalación del modelo que fue ampliando su capacidad de cobertura y el liderazgo que alcanzo con la decadencia del modelo de extensión de cobertura. Se conocen aspectos de financiación, los roles de actores, las bases

fundamentales para la inclusión social y los efectos del modelo incluyente bajo financiación de los recursos del Ministerio de Salud.

Se puntualizan los aspectos cuyo contenido se emplearon en el análisis de gobernanza, la forma como incide en el problema de inequidad en el acceso a los servicios de salud, los roles de actores sociales como el terapeuta tradicional, las normas que se generan para el empoderamiento del derecho a la salud. Los aspectos programáticos y las estrategias de entrega de servicios en la población.

En 1998 se formó la Instancia Nacional de Salud -INS- en Guatemala, como una coalición de organizaciones sociales, con el propósito de incidir en las políticas y el sistema de salud guatemalteco. Para el año 2002, esta dio a conocer los hallazgos de investigación sobre la propuesta del modelo incluyente en salud y se propuso el concepto de salud como proceso histórico-social, multidimensional y determinado por la reproducción social que permitió definir al primer nivel de salud “centrado en la equidad” como derecho ciudadano, la atención en salud basada en la promoción, prevención, curación, rehabilitación y una epidemiología socio-cultural (Verdugo et. al., 2002)

El modelo consideró la pertinencia intercultural en salud (Lolas, Martín, & Quezada, 2007) con base en el conocimiento y prácticas de sanación distintas al modelo biomédico. Esto se alcanzó con el reconocimiento de otros modelos y la interrelación horizontal con base en el respeto y la comunicación entre los actores locales. La entrega de servicios tuvo una estrategia en tres niveles: 1) comunitario, 2) familiar y, 3) individual, con un diseño programático de diferentes alcances en promoción de la salud, prevención y curación-rehabilitación (Verdugo et. al., 2002). Los tres tipos de intervención comprenden los siguientes subprogramas: infantil, escolar, jóvenes, mujeres, hombres, personas adultas mayores y medio ambiente (Verdugo et. al., 2002). Desde la gobernanza se estudia la organización de los servicios de salud.

El trabajo en equipo del modelo incluyente en salud se desarrolló con un enfoque de procesos y la planificación estratégica en dos ámbitos. El primero institucional en el primer nivel de atención públicos o privados, con o sin pago, servicios que

tuvieron una estructura estable, en este ámbito se planifican las acciones en la comunidad. El segundo **comunitario** que promovió el empoderamiento de la participación comunitaria de carácter multidimensional, que toma en consideración aspectos demográficos, epidemiológicos, tecnológicos, económicos, socioculturales con observancia del género y la política (Verdugo et. al., 2002). La gobernanza analiza las normas regulativas que establecen procedimientos en las instituciones sociales.

En el nivel operativo, la institucionalidad se caracterizó por la dotación de servicios permanentes con personal remunerado de tiempo completo. El modelo privilegió la contratación del personal de la comunidad. Se consideró innovador por el hecho de incluir en sus protocolos de tratamiento a los terapeutas tradicionales identificados en la comunidad quienes efectuaron diversas prácticas de sanación. La infraestructura para la entrega de servicios de salud se divide en: 1) casas de salud comunitaria en el nivel local y, 2) centros de referencia en un nivel intermedio (Verdugo et. al., 2002). Los roles de actores sociales forman una categoría de análisis en la gobernanza.

El modelo incluyente en salud, en cuanto a su propuesta teórica metodológica, se basó en las siguientes perspectivas: 1) la salud como derecho ciudadano, en tanto se propuso a la ciudadanía social como agente de cambio en la sociedad; 2) la interculturalidad se basó en aspectos de contexto social, económico, político e ideológico y el desarrollo humano. Además de la equidad y diversidad pluricultural y sobre esta perspectiva se fundamentó la inclusión del modelo; 3) la perspectiva de género procuró la equidad en la educación de las mujeres, sus derechos a la integralidad del cuerpo y de sus bienes materiales para el desarrollo humano (Verdugo et. al., 2002). Las meta-normas que fundamentan la propuesta del modelo son de interés para identificar la evolución, transmisión y reacción que tienen las normas en distintos niveles.

El carácter incluyente del modelo se comprendió a través de dos enfoques. Un primero base a la **epidemiología socio-cultural** de los perfiles de morbilidad y mortalidad de los distintos conjuntos sociales, donde las dimensiones económica, cultural y social explican los condicionantes y determinantes de la

morbilidad-mortalidad de la población. Es decir, el modelo incluyó los aspectos de la epidemiología basada en la cosmovisión cultural de la enfermedad. Un segundo con base en la **articulación de las diversas acciones y formas organizadas de atención en salud** para lo cual consideró tres aspectos: (i) el vínculo entre las concepciones y prácticas de salud en la población de arraigo autóctono, (ii) la comprensión de la diversidad conceptual y prácticas en salud, las cuales tuvieron sus curadores con eficacia y objetividad y, (iii) el reconocimiento de la práctica de una concepción en salud desde la perspectiva socio-cultural (Verdugo et. al., 2002).

Los aspectos de tipo cultural fueron considerados por medio de dos matrices: una la maya (cultura popular indígena/maya) y la otra la criolla (cultura popular/ladina), entre otras presentes en el escenario social y cultural del país como la cultura garífuna, xinca y elementos centroamericanos, europeos, asiáticos, africanos y norteamericanos. El peso de lo cultural como elemento innovador se sostuvo en que cada conjunto social se construyó en torno a la salud “teorías, técnicas, prácticas, ideologías, significados y simbolismos” que conformaron una matriz cultural (Verdugo et. al., 2002). El análisis de gobernanza en salud requiere conocer las reglas del juego formales e informales, el modelo apuntó a los aspectos culturales que explican de mejor forma el proceso de inclusión de formas ancestrales y populares en los perfiles de enfermar y registros de morbilidad.

En cuanto al modelo incluyente en salud como se observa en la tabla 27 se propuso un marco de interpretación donde confluyeron los aspectos de tipo cultural de las representaciones simbólicas clasificadas en: a) las causas naturales o, b) sobre naturales del proceso salud-enfermedad. La anterior clasificación corresponde al contexto guatemalteco con un importante arraigo cultural diverso de culturas originarias y otras que confluyeron de la migración, la apertura de conocer el contexto local para la entrega de servicios del primer nivel de atención hace que cada contexto geográfico, social y cultural requiera un tratamiento especial, en la base de la formulación del diseño de la estrategia para la entrega de servicios de salud.

Tabla No. 27
Marco explicativo del proceso salud enfermedad desde el modelo
incluyente en salud.

Tipo de causa	Explicación
Causas naturales	<ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrio: <ul style="list-style-type: none"> a) mecánico: mollera caída, estómago caído, matriz caída, etc. b) emocional: chipe, melancolía. c) condición débil-fuerte: sangre mala, débil, gorda. d) frío-caliente: reumatismo, gripe, paludismo. e) alimentario: empacho. • Accidentes: golpe, zafadura, quebradura. • Parasitosis intestinal: alboroto de lombrices.
Causas sobrenaturales	<ul style="list-style-type: none"> • Por desarmonía con la comunidad o con la divinidad. • Por seres naturales con fuerzas sobrenaturales o directamente por seres sobrenaturales. • Por hechizo o brujería: espíritus de los muertos, espíritus malos, duendes, sisimites, siguanabas, mal de ojo, malas influencias, malos vientos, aires, remolinos; enfermedades con evolución no esperable o no deseada. <div style="background-color: #e6f2ff; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del alma: Ejillo/hijillo, pérdida de espíritu, susto, espanto, tuberculosis, awas. </div> <ul style="list-style-type: none"> • Según día de nacimiento (papel del destino) se favorecen determinadas enfermedades. –Las enfermedades del “día del nacimiento” pueden ser tratadas por <i>elajq'ij</i> a solicitud de los padres que tras saber el calendario pueden modificar el destino.

Fuente: Modificado del original (Verdugo et. al., 2002).

En el modelo incluyente en salud la pertinencia intercultural se acentuó a través de la entrega de servicios con énfasis en los aspectos locales. El modelo personalizó al individuo, la familia o conjunto sociocultural. Además incluyó la aceptación-respeto-comprensión de los aspectos multiculturales en perspectiva de alcanzar la interculturalidad equitativa, situación que implicó el uso de los recursos locales para la satisfacción de las necesidades en salud. Este tipo de orientación en los servicios del primer nivel de atención en salud suscitó en las distintas jurisdicciones un clima de controversia dado que el modelo biomédico explicó, desde una perspectiva distinta, los procesos de salud-enfermedad y en el sistema de salud los servicios sanitarios tuvieron personal formado desde esa perspectiva, situación que el propio modelo incluyente en salud tuvo que superar con la formación del personal sanitario. La gobernanza en salud requiere

adentrarse en los aspectos que no son evidentes a simple vista pero que pueden explicar por qué un modelo con respecto a otro genera resultados diferentes.

El modelo incluyente en salud tuvo como objetivos programáticos los siguientes:

“a. Objetivo Programa Comunitario de Salud -PCOS-

Modificar los determinantes - condicionantes y riesgos de salud de la población, mediante acciones dirigidas al empoderamiento comunitario basado en la organización, participación y aumento de capacidades de los grupos, redes y familias, para realizar acciones de promoción-prevención con pertinencia intercultural y perspectiva de género de acuerdo con sus matrices culturales específicas.

b. Objetivo Programa Familiar de Salud -PFAS-

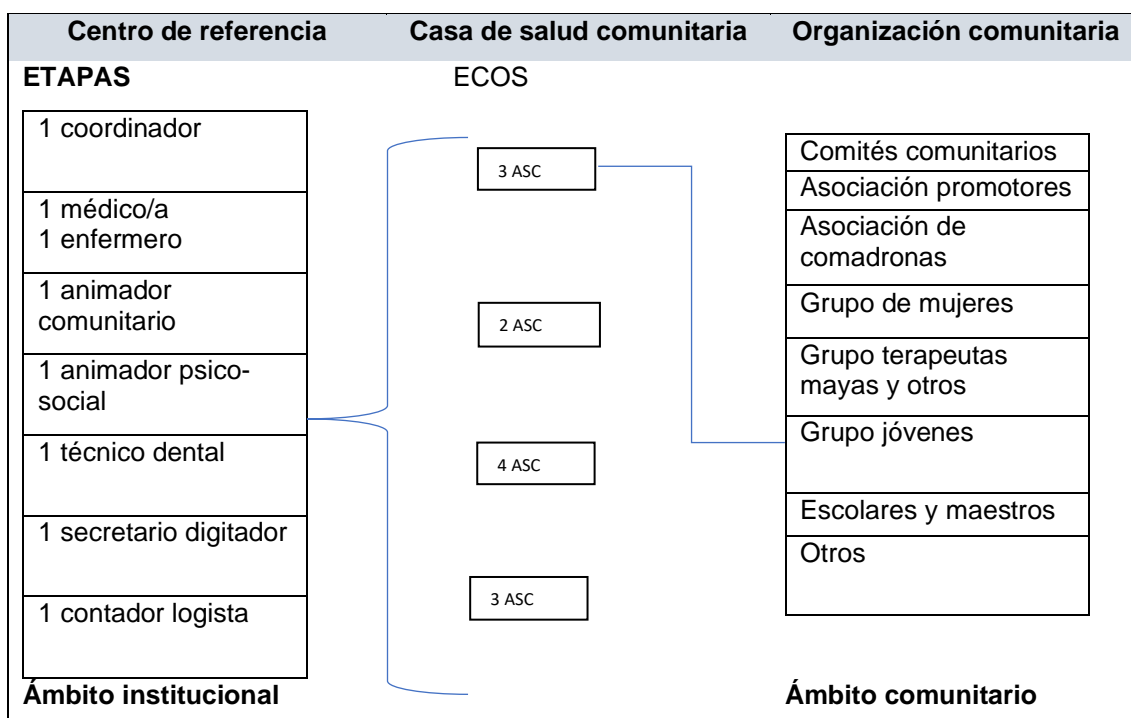
Reducir los problemas y riesgos de salud, mediante acciones sanitarias que fortalezcan la capacidad familiar de proteger a sus miembros, de participar en los espacios comunitarios y de desarrollar acciones preventivas-curativas-rehabilitación desde sus matrices culturales, con apoyo permanente, integral, adecuado psico-socioculturalmente y con perspectiva de género, desde los servicios institucionales de salud.

c. Objetivo Programa Individual de Salud -PIS-

Resolver la problemática y los riesgos de salud presentes en las personas, mediante acciones sanitarias de carácter preventivo-curativo-rehabilitación que integren a los recursos sanitarios institucional y comunitarios con pertinencia intercultural, perspectiva de género, calidad y asistencia clínica permanente.” (Verdugo et al., 2002, págs. 64-65).

En la figura 5 se presenta la estructura organizativa del modelo incluyente en salud que se divide en dos ámbitos: 1) El institucional conformado por el Centro de referencia y, 2) el comunitario integrado por la Casa de la Salud y la Organización comunitarias.

Figura No. 5
Estructura organizativa modelo incluyente en salud.



Fuente: Modificado del original (Verdugo, 2002).

En resumen el modelo incluyente en salud hizo su aparición dentro del periodo de la reforma del sistema de salud que promovió el ingreso de ONG médicas como parte de las medidas de tipo neoliberales que promovieron cambios legislativos para la modernización del Estado de Guatemala. Ahora bien, las fuentes de recursos que empleo este modelo fueron internacionales inicialmente de Medicus Mundi con una orientación de enfoque distinto a los dos modelos existentes (modelo tradicional y el modelo de extensión de cobertura. Los alcances del modelo incluyente en salud parte de una experiencia de trabajo de análisis de las condiciones sociales y culturales del país con fundamentos teóricos novedosos en el país: la interculturalidad, el género y derecho a salud, que para el año 2000 no se habían promovido en el discurso político sanitario.

El modelo incluyente propone el rol del terapeuta tradicional como actor clave en la entrega de servicios en salud, establece programas basados en las necesidades locales en salud. Propone el reconocimiento de los prestadores en servicio locales con el empleo de un censo que permite la identificación. La estrategia de inclusión lleva al intercambio de conocimientos para el personal

sanitario del modelo con el objeto de fomentar el respeto a la figura del terapeuta de tal forma que la referencia y contra referencia apoye a las personas en la búsqueda de satisfacer sus necesidades en salud.

5.3.3.1. Entrega de servicios del modelo incluyente en salud.

La sección se desarrolla con base a los hallazgos de las categorías de los *outputs* contenidos en una red semántica de análisis. Lo extenso de la sección se debe al nivel de información que fue posible capturar desde los entrevistados, tanto los directivos como los equipos técnicos de campo del modelo en las entrevista mostraron mayor profundidad de conocimiento con respecto a la programación y estrategias empleadas para la entrega de servicios.

Se hilará los aspectos que permiten el análisis de la inequidad en el acceso a los servicios de salud en el primer nivel de atención la información se ha estructurado en siete (7) subsecciones:

Las tres categorías que se distinguieron en la base de la formulación del modelo incluyente en salud fueron: a) interculturalidad, b) derecho a la salud y, c) género. En la indagación de terreno se obtuvieron datos relevantes de cómo los aspectos programáticos de la planificación se basaron en las tres categorías para la entrega de servicios en las localidades receptoras.⁹⁶ De acuerdo con las entrevistas realizadas con el personal de los equipos básicos de salud del modelo en las localidades bajo estudio se concluyó que ellos tuvieron comprensión de los fundamentos teóricos esenciales. Este aspecto de tipo normativo explica el empoderamiento de los funcionarios sanitarios como actores sociales que se implican en la expansión del modelo en las comunidades.

Desde el MIS se plantearon dos componentes, uno de ellos fue el programático normativo, que integró los programas oficiales del Ministerio de Salud propuestos

⁹⁶ Red 3 de análisis.

para los puestos centros y áreas de salud conocidos como programas verticales normados por el MSPAS 14 de los 20 programas (Ministerio de salud pública y asistencia social, 2012). El MIS incluyó en su programación los tres programas horizontales operativos mencionados anteriormente como: Programa individual de salud (PIAS), Programa familiar de salud (PFAS) y Programa comunitarios de salud (PCOS) (Medicus Mundi Navarra -Guatemala-, 2008). El nivel operativo instrumental comprendió: Protocolos, Guías de abordaje y otros instrumentos operativos para la atención individual, familiar y comunitaria. Un prestador de servicios del nivel municipal lo describió:

“El modelo tiene instalado por ejemplo todo el tema de supervisión de competencias relacional, tiene las citas programáticas está el ASIS [Análisis de la Situación de Salud] los tres son la base para hacer el ATOL [Agenda Técnico Operativa Local]”⁹⁷... “Cada mes hay un cronograma mensual está la vigilancia semanal, quincenal hay un conjunto de agendas de planificación y organización, supervisión y evaluación que se aplica.”⁹⁸

5.3.3.1.1 La interculturalidad en el MIS.

El modelo incluyente en salud tomó como un pilar esencial los aspectos de tipo cultural, los cuales también se impulsaron por la cooperación internacional. Se hizo hincapié en el hecho de que las ONG médicas recibieron de la cooperación internacional una importante cantidad de fondos. y que los aspectos en tensión relacionados con la cultura y las poblaciones originarias se relacionaron con la cosmovisión del mundo maya y los patrones culturales sobre los cuales se construye la representación de diversos problemas de enfermedad. Se identificó, desde el modelo incluyente en salud, el contenido de la representación de la enfermedad sobre los aspectos culturales de las comunidades receptoras de los servicios de salud. Esta acción facilitó la adaptación de los programas de salud, en tanto se integraron en los servicios de salud las prácticas de sanación que devinieron de manera milenaria y que correspondieron al sincretismo de culturas que hoy día conforma parte de las representaciones de la salud y la

⁹⁷ Entrevista con viceministro de salud nivel central (Central_PresSer_4)

⁹⁸ Ídem.

enfermedad.⁹⁹ La inequidad en cuanto a la barrera cultural fue un punto de interés fundamental para el modelo.

La programación de las actividades para adaptar el modelo incluyente en salud en el contexto social y cultural requirió una estrategia progresiva que permitió introducir los programas oficiales del MSPAS. Para ello se basó en una investigación con enfoque antropológico que identificó los saberes ancestrales y las terapéuticas que se practicaban en las comunidades.¹⁰⁰ El modelo incluyente en salud actuó como un modulador (Frenk, 1994) entre las prácticas de la medicina occidental y las prácticas de sanación locales (Comelles, 2004). El siguiente relato presenta esa información:

“El MIS parte de la información, de una propuesta ideológica, del control en el Análisis de Situación de Salud -ASIS- en ello basa sus competencias programáticas de cronograma, si todo eso se hace bien el MIS se va adaptando progresivamente a la realidad comunitaria. Además de todo eso está el diálogo intercultural que es muy importante para su adaptación local el MIS tiene todo eso.”¹⁰¹

La importancia de integrar la figura de los terapeutas mayas en los comités de discusión de la problemática de salud representó por un lado, el reconocimiento por parte del modelo incluyente en salud y, por el otro, generó un nivel de poder social que fue contrapuesto a las figuras locales que desde la Ley de Consejos Comunitarios de Desarrollo se promovió en el rol social de los Cocodes. Este fenómeno social de contraposición de poder lo reveló un actor intelectual del modelo incluyente en salud y quien en el momento de la entrevista figuró como viceministro de salud.¹⁰² La gobernanza, como metodología, requiere adentrarse en el tejido social de los actores y confrontar en distintos planos el problema. Para la tesis doctoral se requirió establecer las estrategias empleadas por el modelo para aproximar la entrega de servicios y explicar la aceptación del modelo desde los usuarios.

⁹⁹ Entrevista con médico directivo de nivel departamental (Dep_PresSer_1).

¹⁰⁰ Red 3 de análisis.

¹⁰¹ Entrevista con viceministro de salud de nivel central (Central_PresSer_4).

¹⁰² Ídem.

Las funciones de un técnico en salud rural, en tanto mediador cultural de las necesidades locales en salud, juega un rol esencial con respecto a la organización social comunitaria, puesto que interacciona con los líderes locales para la resolución de necesidades en salud.¹⁰³ La movilización de recursos requirió de habilidades directivas para la toma de decisión, pero este tipo de rol no atendió a manuales específicos de un perfil de recurso humano, sino más bien a la capacidad del actor secundario para mediar entre el escenario social y político local en perspectiva de resolver la falta de recursos que inciden en los determinantes y condicionantes de los problemas de salud, verbigracia los aspectos ambientales, el huerto medicinal y la conformación de comités. Las normas constitutivas de prescripción local se dibujaron en la trama de mecanismos que operan fuera del esquema formal de lo que se estableció en las normas de atención del MSPAS (MSPAS, 2018).

Los escenarios sociales en los cuales el modelo de salud debió incidir como estrategia del primer nivel de atención requirieron de cierta plasticidad para adaptarse a las condiciones locales. Por un lado, las de tipo cultural que se relacionaron con la cosmovisión ancestral; y, por el otro lado, las de tipo social en tanto en las comunidades rurales la organización social tuvo efectos de impacto en la movilización de recursos que favorecieron la ausencia del rol benefactor del Estado.¹⁰⁴ De allí que las circunstancias formales que se relacionaron con el rol de un funcionario de salud como el técnico en salud rural fueron desbordadas por la realidad del contexto, dado que el volumen de población y comunidades bajo su responsabilidad estuvieron condicionadas a la disponibilidad de recursos de movilización en zonas donde el acceso fue restringido por el tipo de carreteras y vehículos necesarios para el acceso.

El modelo incluyente en salud, aun cuando su plantemiento formuló consideraciones ideales y coherentes a la capacidad del trabajo en terreno del recurso humano, mostró que fue limitado para atender las demandas.¹⁰⁵ El modelo incluyente en salud comenzó a tener una tendencia híbrida de su

¹⁰³ Red 3 de análisis.

¹⁰⁴ Ídem.

¹⁰⁵ Ídem.

planteamiento original dada la coexistencia con el sistema de salud que tienen sus límites presupuestarios. Las anteriores inferencias se basaron en el contenido de la discusión grupal de nivel técnico municipal.

“Técnico en salud Rural del CAP del [municipio] cubre dos territorios el C y F aproximadamente con una población de 5,000 habitantes con dos funciones, responsable del programa comunitario en salud se hacen la siguiente: organización comunitaria, se mantiene la organización con los líderes con el comité de agua, de emergencia y otros comités, intercambio trimestrales con interculturalidad y se trabaja el intercambio con la comadronas y el intercambio del huerto medicinal para ver las acciones para implementar las tácticas, se ve el COPEC, para ver las necesidades básicas de la comunidad, se trabaja el saneamiento y el cuidado del agua para hacer el muestreo, la actividad de desinfección de los tanques del agua, cuando hay muchos casos de diarrea se hace saneamiento del agua.”¹⁰⁶

5.3.3.1.2 El rol terapeuta tradicional en el MIS.

El MIS incluyó, en sus tres programas, la figura de un mediador responsable de monitorear la asistencia a los (as) usuarios (as). Para tal objetivo también se incluyó la asistencia a los terapeutas mayas, en el contexto de las comunidades rurales de los pueblos originarios cuyos idiomas no fueron el español. Para esto se requirió la mediación de actores locales bilingües, además de medios para hacer efectiva la comunicación, dado que, en muchos casos, los terapeutas locales no hablaron el español y de los que hablaron el español algunos no lo leyeron.¹⁰⁷ Las dificultades de tipo estructurales por la falta de medios para la educación formal escolarizada fue una limitación de raíces históricas marcada por la desigualdad de oportunidades de acceso a la educación.¹⁰⁸

El significado de la palabra “incluyente” del modelo se observó entre los actores sociales en el nivel local, después de identificar, por el censo, la figura del actor social llamado terapeuta tradicional quien fue portador del saber de sanación y

¹⁰⁶ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico No. 1 de nivel municipal (Mun_E_PresSer_5).

¹⁰⁷ Red 3 de análisis.

¹⁰⁸ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud de nivel municipal (Mun_F_PresSer_2).

que utilizó diversas formas de contenido simbólico en la cultura de las poblaciones campesinas.¹⁰⁹ El modelo incluyente en salud se planteó la inclusión de los terapeutas tradicionales para establecer una relación social horizontal entre los prestadores de servicios de salud en la comunidad. Para ello dio reconocimiento del rol social de los terapeutas tradicionales acción que disminuyó la brecha de desigualdad, y favoreció la aceptación de los servicios de salud de los programas oficiales en la comunidad.¹¹⁰ Es evidente que este tipo de directiva tuvo un contenido de tipo ético frente al reconocimiento del rol de los actores sociales cuya función es la terapéutica tradicional. En siguiente relato se da cuenta de ello:

“Primero hay que considerar que se entiende por terapeuta: sobadores, comadrona, sacerdote maya. En el MIS se maneja el tema de la espiritualidad con los sacerdotes maya, si hablamos de terapeutas con los sobadores, quitador de ojo y sacerdotes.”¹¹¹

El modelo integró a los terapeutas tradicionales con el objeto que ellos pudieran suministrar información en el marco de un sistema de referencia y contrarreferencia local para tal fin:

“Se hace un recuento de especialidad de cada terapeuta maya y con ellos se les ha entregado una carpeta por que son analfabetas.”¹¹²

La propuesta innovadora del modelo incluyente en salud para el contexto nacional consistió en conformar, como parte del equipo del personal, con un rol de sanador a los terapeutas tradicionales quienes, por la cosmovisión en la representación e interpretación de las formas de enfermar y sanar desde tiempos inmemoriales, fueron el recurso humano local que atesoró el saber ancestral y popular en las poblaciones rurales.¹¹³ Desde la gobernanza cobró relevancia la integración del rol del terapeuta tradicional en las normativas (Hufty, 2010) del modelo que permitió la interrelación de la referencia y la contrarreferencia, como parte de las transacciones (Arredondo et. al., 2010) entre actores del personal

¹⁰⁹ Ídem.

¹¹⁰ Red 3 de análisis.

¹¹¹ Entrevista con coordinador de salud de nivel municipal (Mun_H_PresSer_1).

¹¹² Ídem.

¹¹³ Red 3 de análisis.

de salud de distintos niveles de la medicina tradicional y viceversa, momento en el cual la interacción de actores fue fundamental frente a la toma de decisiones para la conducta terapéutica. El médico coordinador municipal de salud lo expuso:

“Los Terapeutas mayas se enlazan con la normativa desde el modelo con las personas que dan atención a nivel de comunidad lo cual se detectó con un censo para ir integrándolos de tal forma que se tienen reuniones mensuales y las comadronas.”¹¹⁴

Las comunidades postergadas cuyos medios de resolución de las enfermedades se apoyaron en los recursos locales, tanto humanos como de hierbas y procedimientos medicinales, desde la instalación del modelo incluyente en salud, incluyeron los protocolos del abordaje terapéuticos en sus contenidos, incorporando por tanto los aspectos culturales de nivel local. La estrategia de investigación es una herramienta que acompaña el proceso de identificación de necesidades locales en salud con el objeto de dar contenido a las prácticas de sanación locales.¹¹⁵ El siguiente relato presenta cómo la inclusión del terapeuta tradicional influyó en la aceptación del modelo:

“Esta experiencia provoca aceptación, estas vivencias la gente se siente bien pues se toma en cuenta a la comunidad a través de la aceptación pues por primera vez se toma en cuenta en la salud el papel de los terapeutas locales, donde se hace saber que la salud es responsabilidad de la persona.”¹¹⁶

En cuanto al contexto de APS en Guatemala, no se tiene antecedente documentado de la integración del rol de un actor social legitimado desde su propia cultura y desde su función social como sanador. En términos de gobernanza se está frente a un actor secundario cuya capacidad de resolución local para abordar desde el nivel local la problemática de salud se hace esencial.¹¹⁷ El contexto en el cual se debe dimensionar el contenido de incluir a un actor social reconocido es romper con el etnocentrismo del conocimiento de la medicina occidental que fracturó las transacciones entre actores desde el

¹¹⁴ Entrevista con coordinador de salud de nivel municipal (Mun_F_PresSer_1).

¹¹⁵ Red 3 de análisis.

¹¹⁶ Red 3 de análisis.

¹¹⁷ Red 3 de análisis.

periodo colonial. La experiencia de hacer el reconocimiento e inclusión la narra uno de sus autores formado como médico:

“Si hablamos como terapeutas a los sacerdotes maya, lo que hemos aprendido es mucho la espiritualidad a través del sacerdote maya con todos los demás allí si estamos fuera de, ya cuando comenzamos a captar la idea y la conocimos y comenzamos a tener ese intercambio social con esas personas era la idea de hacer esto una ciencia pues evidentemente nosotros lanzamos la idea de hacer definiciones de caso para poder dar un diagnóstico.”¹¹⁸

El rol del terapeuta tradicional como actor integrado en la toma de decisiones se materializó en los programas comunitarios e individuales que el MIS desarrolló en las comunidades. Las transacciones entre prestadores de servicios se sucedió en el mecanismo de referencia y contrareferencia para el tratamiento de los problemas de salud.¹¹⁹ Se estuvo frente a un nivel local de la atención en donde se logró un nivel de reciprocidad en las transacciones de actores. El coordinador municipal lo relató:

“Los Terapeutas Tradicionales se maneja más en los programas comunitarios e individuales donde está más vinculado el Terapeutas Tradicionales con el puesto de salud se articula por medio de referencias que se hacen desde el puesto de salud con el Terapeutas Tradicionales y viceversa, para tener conocimiento por ambas partes para saber que pasa con el paciente.”¹²⁰

El intercambio de saberes entre lo tradicional y lo occidental en torno a la inclusión de los terapeutas tradicionales se sucedió en un ámbito de cordialidad. Las transacciones entre los actores locales responsables de la entrega de servicios de salud tuvieron en el MIS un espacio de comunicación y trato horizontal con respecto al nivel en el cual los prestadores de servicios se encontraron. La supremacía del conocimiento occidental radicado en los servicios de salud pública con la instalación del MIS trajeron un modelo innovador basado en la comunicación de actores sociales entrelazados en su

¹¹⁸ Ídem.

¹¹⁹ Red 3 de análisis.

¹²⁰ Entrevista con coordinador de salud de nivel municipal (Mun_H_PresSer_1)

responsabilidad de atender las necesidades en salud en las comunidades. Los siguientes relatos lo describieron:

“La relación con los Terapeutas Tradicionales si hubo una situación de cordialidad en las reuniones se organizaban por el supervisor del -PCOS- Programas comunitarios de salud, siempre hubo un ambiente agradable incluso el puesto de salud ponía galletas y atol.”¹²¹

“En otras oportunidades llamaban a los Terapeutas Tradicionales para que fueran al puesto de salud para dar planes educaciones.”¹²²

El MIS recopiló los saberes tradicionales locales de los diversos terapeutas tradicionales con el objeto de documentar y generar materiales educativos para la capacitación de su personal sanitario. Los temas que contenían la diversidad de saberes de los terapeutas tradicionales se concentraron en campos diversos de la salud, desde los dirigidos al área de la maternidad, el área ósea, el área espiritual y las lesiones músculo-esqueléticas, por citar las más conocidas, aunque se supo que el hierbero fue un conocedor del uso de las plantas medicinales. El médico del área municipal lo expresó:

“Comadronas, hueseros, consejero espiritual y los sobadores, no recuerdo a todos, pero incluso ellos tienen un libro de los que han hecho”.¹²³

La apertura de transacciones entre los actores locales prestadores de servicios de salud permitieron reconocer las capacidades de liderazgo del terapeuta maya quien tuvo los potenciales de trabajo comunitario que van más allá de su capacidad sanadora.¹²⁴ Se cita la capacidad en la resolución de conflictos en el ámbito social, en el ámbito individual como consejero y en los aspectos de salud mental. El viceministro de salud coautor del MIS lo manifestó:

“Idealmente los terapeutas mayas tendrían que estar vinculados a todos los sectores, lo que se ha trabajado con el modelo MIS por ejemplo si hay plan de emergencia comunitario hay presencia en el comité de terapeutas mayas.”¹²⁵

¹²¹ Ídem.

¹²² Ídem.

¹²³ Ídem.

¹²⁴ Red 3 de análisis.

¹²⁵ Entrevista con viceministro de salud de nivel central (Central_PresSer_4)

Agregó:

“Pero allí hay toda una gama de servicios que dan los terapeutas mayas que no solo es la atención curativa sino hay también la resolución de conflictos, problemas existenciales y psicológicos.”¹²⁶

De acuerdo con el contexto social de cada comunidad el rol que toma el terapeuta maya fue de un actor relevante, en la medida que su rol de liderazgo le lleva a posiciones de orden político con la capacidad de facilitar el funcionamiento de las normas que, desde la alcaldía, se ejercen en el nivel local. El viceministro de salud en su calidad de actor estratégico lo expuso:

“Ahora en otros ámbitos municipales depende del contexto político en el día a día hay otras variantes que se pueden ir dando el terapeuta maya puede ser el alcalde o el papá del alcalde, en el día a día hay muchas variantes que se pueden ir dando”.¹²⁷

En general, el terapeuta maya fue un actor secundario en la medida que se entrelazó con las actividades para prestar servicios en salud que de un patrón cultural reconocido pasó a ser un actor institucionalizado en la medida que se articula en los programas institucionales que se ofrecieron en el nivel local.¹²⁸ El médico viceministro lo indicó:

“No hay rechazo de la incorporación de la figura del terapeuta maya dentro de las comisiones de emergencia, no como trabajador del ministerio.”¹²⁹

El reconocimiento del rol del terapeuta maya en la atención en salud de la comunidad y su inclusión en el MIS representó la democratización del modelo. El viceministro explicó cómo desde el modelo se sucedió el cambio de paradigma:

¹²⁶ Ídem.

¹²⁷ Ídem.

¹²⁸ Red 3 de análisis.

¹²⁹ Entrevista con viceministro de salud de nivel central (Central_PresSer_4)

“Pero un efecto democratizado que tiene el modelo es el de terapeutas mayas porque no se hace para capacitar sino se hace un dialogo de reconocimiento al valor que tiene para el modelo de salud lo ancestral eso seguro afecta la democratización.”¹³⁰

La inclusión del terapeuta tradicional se hizo en un marco de recabación de información sobre las diferentes especialidades que subyacían en su saber ancestral el coautor del modelo lo expuso:

“Se hace un recuento de especialidad de cada terapeúta maya y con ellos se les ha entregado una carpeta por que son analfabetas.”¹³¹

La mediación pedagógica entre el modelo y los terapeutas tradicionales se adaptó a las condiciones locales de comprensión de los terapeutas tradicionales, el MIS consideró el siguiente procedimiento para la comunicación:

“Se hace con una granito de maíz si es hombre y un frijol si es mujer esta información se digita y en el encuentro trimestral comparte, y se identifica quien puede curar al ojeado, y el terapeuta maya hace la referencia de doble via para registrar en la ficha clínica si hay una enfermedad maya popular.”¹³²

El modelo incorporó un sistema de comunicación para el intercambio de los datos registrados, de tal forma que el MIS pudo registrar los casos de problemas de enfermedad tratados en la comunidad, los datos fueron registrados en la dicotomía de hombres-mujeres y fueron validados con el apoyo de los terapeutas. El médico coordinador municipal lo explicó:

“Los Terapeutas Tradicionales se trabaja de la siguiente forma ellos determinaron que por dibujos están las enfermedades por un maiz es un hombre y por un frijol es una mujer y con eso se puede determinar cuantas enfermedades están descritas, los instrumentos se validaron con los terapeutas, cada tres meses se ve las enfermedades que se vieron.”¹³³

¹³⁰ Ídem.

¹³¹ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud de nivel municipal (Mun_E_PresSer_5).

¹³² Ídem.

¹³³ Entrevista con coordinador de salud nivel municipal (Mun_E_PresSer_4).

El MIS centró sus esfuerzos innovadores con la inclusión de los terapeutas tradicionales en los programas y en las transacciones de actores en el nivel local. La identificación del rol que tuvieron los actores fue fundamental para la gobernanza que se caracterizó por una fortaleza de las relaciones construidas entre las normas fundadas en el reconocimiento de las relaciones preexistentes en la comunidad previo a la llegada del modelo como una alternativa de respuesta a las necesidades de salud local.

La toma de decisión desde los actores estratégicos para promover la organización local en salud no tuvo normativas que permitieran estandarizar procesos y uso de recursos. La cooperación internacional fue un actor estratégico con recursos que implicó acciones limitadas en las comunidades. De acuerdo con la opinión de un prestador de servicios del nivel departamental:

“Entonces básicamente ha habido lineamientos en el ministerio en términos de fortalecer la organización comunitaria para facilitar procesos de mejoras locales, entonces sería que todos han sido muy ambiguos y muy sectorizado verdad, muy para hacer uso de ese tipo de instrumentos, entonces nada de eso ha funcionado, todo ha pasado, ahorita por ejemplo el ministerio para contarte, el ministerio no habla de Municipio Saludable y todo eso, habla de participación social.”¹³⁴

El modelo incluyente en salud, al innovar con el uso del huerto medicinal, como uno de los recursos locales para el abordaje terapéutico, se apoyó en la organización local en salud para operar las prácticas de los programas familiares y educativos. Se articuló a los actores secundarios para incidir en la inclusión de los aspectos culturales identificados en el nivel local que fueron abordados con recursos naturales locales. Un prestador de servicios lo narró:

“Prácticas con el programa familiar programa educativo. Con grupos organizados en escuelas y no escolares, comisiones de salud, Cocodes y práctica comunitaria y trabajo con terapeutas, se hace coordinadamente con los huertos medicinas.”¹³⁵

¹³⁴ Entrevista con coordinador de salud de nivel departamental (Dep_PreSer_1)

¹³⁵ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud de nivel municipal (Mun_F_PresSer_2).

5.3.3.1.3. El derecho a la salud en el MIS.

En el contexto local el derecho a la salud se difundió por medio de la participación social organizada en las localidades de cobertura del modelo incluyente. La noción del derecho a la salud se hizo operativa con la promoción de la auditoría social en la entrega de servicios de salud. Este tipo de práctica no fue promovida desde otros modelos de atención del primer nivel (Red 3 de análisis). Aun cuando en el imaginario de la salud pública se documentó el término de auditoría social, ello no fue una práctica bajo reglas establecidas desde los servicios del sector público. De esa cuenta el modelo incluyente en salud marcó una diferencia importante en materia de derecho a la salud. La gobernanza analiza la categoría de normas. La noción de derecho a la salud se promovió en el país por organismos como la OPS ligado al tema de la Salud Global. La elaboración, transmisión y reacción de la meta norma tiene sus distintos niveles para el local.

Desde la noción del derecho a la salud, el modelo incluyente en salud se apoyó en su personal para incidir en el empoderamiento de los pobladores para la demanda de servicios.¹³⁶ Este tipo de estrategia se sucedió con el apoyo del personal local de salud. El contexto de las comunidades donde se desarrolló el modelo estuvo limitado al acceso de educación y del uso de mecanismos que promovieran las demandas de servicios frente al sector público que, por mandato constitucional, tuvo la obligación de velar por la salud de todos los guatemaltecos. El modelo incluyente en salud irrumpió con este tipo de programas de derechos a la salud en una sociedad donde la ausencia del Estado marcó la realidad y que, en parte, explicó el abandono de funciones del Estado como institución de protección social. El siguiente relato dio cuenta del trabajo:

“Mi función principal como facilitadora técnica es que primero las redes conozcan que hay un marco legal y que hay derechos humanos y derecho a la salud y que seamos atendidos en nuestro idioma, que se respeten nuestras prácticas culturales. Mi papel es

¹³⁶ Ídem.

facilitar la información, dialogar y documentar. Se les empodera de sus funciones de evaluación de los servicios de salud.”¹³⁷

De acuerdo con los datos presentados de morbilidad y mortalidad en el capítulo I el sistema de salud guatemalteco presentó una debilidad en su capacidad de cobertura para la entrega de servicios de salud. Elementos como la baja asignación de presupuesto del estado en salud, la falta de una carrera de funcionario público y la corrupción generaron condiciones en las cuales los últimos gobiernos no formularon políticas para combatir los efectos negativos. La cooperación técnica internacional que invirtió en salud direccionó sus recursos para incidir en el derecho a la salud como una estrategia que permitió, desde las bases de la organización social locales, la demanda de un rol protector y responsable en el uso de recursos económicos. Por su parte el Estado guatemalteco no invirtió en programas de incidencia en la mejora de la calidad de los servicios dado que un programa de esa naturaleza sería contraproducente para develar sus propias deficiencias que permean desde el poder ejecutivo, legislativo y judicial.¹³⁸

Las condiciones estructurales relacionadas con la educación escolarizada y el acceso a la información en los idiomas locales fue deficiente y se constituyeron en factores que limitaron la posibilidad de acceso a los servicios. Mientras que se promovieron los derechos humanos en salud como un estandarte para la mejora de las demandas en salud. Desde el discurso político con las acciones del Estado guatemalteco que llevaron al retiro de las prestadoras de servicios del modelo de extensión de cobertura, se percibió como una acción arbitraria a los derechos en salud. Dado que no hubo un plan de contingencia para proveer la entrega de servicios en las comunidades bajo cobertura de las ONG médicas del modelo de extensión de cobertura.¹³⁹ Esta acción tuvo un efecto en el modelo incluyente en salud en cuanto a tener que ampliar su cobertura de servicios de salud en las localidades vecinas donde el modelo tuvo presencia. El grupo de discusión lo confirmó:

¹³⁷ Entrevista con líder de movimiento de mujeres indígena de nivel central (Central_Movimiento_Indigena).

¹³⁸ Ídem.

¹³⁹ Red 3 de análisis.

“El MADS [Modelo de Atención al Derecho a la Salud] en el 2011. El Isis [Instituto de Salud Incluyente que ha dirigido el MIS] vio la propuesta que les hicieron al modelo incluyente en salud desde el ministerio de salud, quienes ahora están como hace años estuvo [el municipio de] Cuilco, al quitar a las prestadoras [de servicios de salud del modelo de extensión de cobertura] dejaron a la gente viendo al cielo.”¹⁴⁰

El modelo incluyente, a través del censo de recursos terapéuticos en la localidad, exploró los medios que se utilizaron en la población. La detección temprana en el proceso de reconocimiento de la comunidad permitió incorporar en el sistema local de atención en salud a los diversos actores que subyacían en la comunidad a la llegada del modelo y sus equipos básicos de salud.¹⁴¹ La detección de estos medios se basó en la difusión y empoderamiento del derecho a la salud, distinguido por la no imposición de servicios de tipo occidentales.¹⁴² Mientras el modelo médico hegemónico occidental incorporó la práctica de la atención del parto en forma horizontal, el modelo incluyente al considerar entre sus servicios la tradición local ofreció a la mujer la atención del parto de forma vertical. El derecho a la salud con pertinencia cultural fue una acción positiva para disminuir la brecha de inequidad en el acceso a los servicios de salud.

5.3.3.1.4. El género y salud en el MIS.

Desde el modelo incluyente en salud se tuvo como fundamento el género y salud que estuvo menos presente en el discurso de los entrevistados con respecto a las otras dos categorías de interculturalidad y derecho a la salud.¹⁴³ Es importante señalar que la categoría de género y salud se enfatizó en los servicios de salud dirigidos a la mujer, en tanto se supo que los hombres en las áreas rurales fueron quienes menos hicieron uso de los servicios. Sin embargo, se tuvo documentado que los problemas de salud materna como fueron el control prenatal, la atención del parto y resolución de embarazo, mostraron tasas bajas de atención institucionalizada, además tuvieron una razón de mortalidad materna de 95 por cada 100 000 nacidos vivos, lo que sitúa en el puesto número 25 a

¹⁴⁰ Ídem.

¹⁴¹ Red 3 de análisis.

¹⁴² Red 3 de análisis.

¹⁴³ Ídem.

Guatemala de 31 países en la región de Latino América y el Caribe (ONU / CEPAL, 2017).

Desde el modelo incluyente en salud los prestadores de servicios del nivel local operaron el contenido de los derechos humanos vinculados con los dispositivos legales que fueron apareciendo en el escenario del Ministerio Público derivado de los avances que, en materia legislativa, fueron creados para la defensa de la mujer. Dichos contenidos legales se integraron en actividades educativas tendientes a incidir en la atención integral a la mujer.¹⁴⁴ Las normas regulativas definen los mecanismos organizativos relacionados con el funcionamiento del escenario bajo análisis de gobernanza. Al respecto, un delegado de gobierno comentó que:

“[...]... no son tantas leyes en materia de derechos humanos pero ya hay y esas leyes se está tratando cada vez más no solo a través de una charla o un taller sino que también se ha visto que se crean los mecanismo que realmente puedan dar una atención integral a la mujer”¹⁴⁵.

Esto sucedió en el modelo incluyente en salud mientras que los otros modelos de entrega de servicios de salud bajo estudio no se enfocaron en el tema de género en sus agendas de capacitación. Esto afecta los temas de salud para la mujer en edad reproductiva que conforma una prioridad para los servicios del primer nivel de atención. La inequidad en el acceso a servicios de salud para la mujer fue un tema prioritario para el modelo incluyente en salud.

En el contexto social, las relaciones entre hombres y mujeres en las zonas rurales se distinguieron por un machismo caracterizado en el poder que tuvo el hombre en cuanto a la toma de decisión para asistir a los servicios de atención en salud.¹⁴⁶ Esta condición subalterna de la mujer con respecto al hombre limitó la posibilidad que debe tener la mujer en cuanto a decidir cuándo es oportuno buscar la asistencia sanitaria. La falta de abordaje de este tema con amplitud en los prestadores de servicios fue un reflejo de la confusión que existió entre la

¹⁴⁴ Red 3 de análisis.

¹⁴⁵ Entrevista con delegado departamental de gobierno (Dep_DelegadoGobiernoCentral_2).

¹⁴⁶ Ídem.

dimensión de género como una categoría que ubicó a mujeres y hombres en la discusión de temas de salud frente a los grupos organizados de mujeres que fueron más conocidos como feministas.¹⁴⁷

La asimetría de oportunidades de la mujer para su inserción en la economía le supeditó en relaciones de dependencia con el hombre. Este esquema se replicó en las comunidades de arraigo campesino donde el alcoholismo fue una práctica de hombres que maltrataron a la pareja.¹⁴⁸ La falta de participación social de la mujer en organizaciones de liderazgo político fue reflejo de la condición que indicó que el rol social de la mujer se encontró en el cuidado del hogar (Red 3 de análisis). El modelo incluyente en salud que inicialmente exploró las condiciones sociales y culturales que subyacían en el contexto social antes de iniciar sus operaciones en las localidades revisó el estado en el cual se encontró la condición de la mujer. Este aspecto por sí mismo fue un avance innovador del modelo, dado que este tipo de diagnóstico no se sucedió en los otros modelos de entrega de servicios.

El hecho social de la desigualdad entre hombres y mujeres no puede ser resuelto por un modelo de salud. Sin embargo, las estrategias de aproximación de servicios para hombres y mujeres representó un avance fundamental en la disminución de la brecha de desigualdad en cuanto al acceso a los servicios por una connotación de género. La opinión del delegado departamental lo narró:

“De repente escuchan el término feminista y no, no es así, sino que digamos es cierto hay diferentes tipos de feminismos pero es que nosotros acá es que tampoco hemos dicho si somos feministas y si lo fuéramos tendríamos que ser personas que promovemos la equidad y la igualdad, no como dicen otros de cambiar la cara o de postura o de posición o sea hay diferentes situaciones que se dan, en último caso si fuera así nosotras tendríamos que posicionarnos del derecho de la igualdad y la equidad”¹⁴⁹

Se resaltó el tema de género y salud en tanto se protegieron los derechos de las mujeres, en un contexto de orden social donde las instituciones de tipo jurídico

¹⁴⁷ Observaciones de campo.

¹⁴⁸ Ídem.

¹⁴⁹ Entrevista con delegado departamental de gobierno (Dep_DelegadoGobiernoCentral_2).

tuvieron preeminencia según el marco legal que en el país se promovió en las últimas décadas con la creación de la Defensoría de la mujer indígena (Presidencia de la República de Guatemala, 1999).¹⁵⁰ Las organizaciones de la sociedad civil se convirtieron en agentes difusores de conocimiento en contextos donde el arraigo cultural se caracterizó por el machismo y las formas de comprensión de la sociedad moderna donde se promovieron cambios para la mujer. Estas organizaciones persiguen la igualdad de condiciones con respecto al hombre, cambios que se acompañaron de oportunidades de educación escolarizada y fuentes de trabajo que protegieron la autonomía económica de la mujer.¹⁵¹ El contexto del país y, en particular de las comunidades bajo estudio, presentaron condiciones limitadas de oportunidades en la escolarización e inserción de las mujeres en el mercado laboral formal.¹⁵² La gobernanza analiza a los actores sus fuentes de poder, intereses, interacciones, transacciones y recursos que explican las posiciones con respecto al problema de la inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Desde el modelo incluyente en salud los prestadores de servicios del nivel local operaron el contenido de los derechos humanos vinculados con los dispositivos legales que fueron apareciendo en el escenario del Ministerio Público derivado de los avances que, en materia legislativa, fueron creados para la defensa de la mujer. Dichos contenidos legales se integraron en actividades educativas tendientes a incidir en la atención integral a la mujer.¹⁵³ Al respecto, un delegado de gobierno comentó que:

“[...]... no son tantas leyes en materia de derechos humanos pero ya hay y esas leyes se está tratando cada vez más no solo a través de una charla o un taller sino que también se ha visto que se crean los mecanismo que realmente puedan dar una atención integral a la mujer”¹⁵⁴.

Esto sucedió en el modelo incluyente en salud mientras que los otros modelos de entrega de servicios de salud bajo estudio no se enfocaron en el tema de

¹⁵⁰ Red 3 de análisis.

¹⁵¹ Ídem.

¹⁵² Observaciones de campo.

¹⁵³ Red 3 de análisis.

¹⁵⁴ Entrevista con delegado departamental de gobierno (Dep_DelegadoGobiernoCentral_2).

género en sus agendas de capacitación. Esto afecta los temas de salud para la mujer en edad reproductiva que conforma una prioridad para los servicios del primer nivel de atención siendo esta población conjuntamente con los niños los que son más afectados por las inequidades en el acceso a los servicios de salud.

5.3.3.1.5. El censo como herramienta estratégica del MIS.

La categoría de “censo” en los diversos relatos de los entrevistados representó para el modelo incluyente en salud una acción esencial que permitió la elaboración del inventario del capital humano en salud que encontraron en las comunidades donde ellos operaron y que potencialmente pudieron integrarse en la estructura de referencia y contrarreferencia que propone el modelo. El director de salud lo comentó:

“[...] en Santa Eulalia estamos generando condiciones, sabes que estamos haciendo, se sensibilizó se está trabajando con la comunidad para identificar los sectores del muestreo territorial y todo eso y estamos formando recurso humano.”¹⁵⁵

El modelo incluyente en salud exploró las características demográficas de la población con el objeto de crear mapas según grupos étnicos entre hombres y mujeres, con el objeto de diseñar una estrategia local que le permitió accionar sus programas dirigidos contra la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la prevención de la drogadicción.¹⁵⁶ Este tipo de acciones relacionadas con programas específicos en el plano local no se observaron en los otros dos modelos que se analizaron.^{157, 158} En este sentido el modelo incluyente en salud es innovador al proponer “la red de vigilancia”, concepto de tipo sociológico y antropológico, que se integró desde el conocimiento de las características familiares y comunitarias. Un médico coordinador en salud municipal lo expresó:

¹⁵⁵ Entrevista con director de área de salud departamental (Dep_PresSer_1).

¹⁵⁶ Red 3 de análisis.

¹⁵⁷ Red 1 de análisis.

¹⁵⁸ Red 2 de análisis.

“La red de vigilancia con el modelo se tienen censos y mapas con las mujeres que tienen riesgo o niños, con base a los colores en temas de violencia intrafamiliar, maltrato y drogas con las redes se conoce las realidades de la familia.”¹⁵⁹

El censo evaluó las características geográficas, orográficas, ambientales y de infraestructura vial en dos perspectivas, las que fueron comunitarias y las familiares, con el objeto de considerar niveles de riesgo y acciones de prevención que incidieron en el manejo de recursos locales y permitieron un equilibrio entre la disposición de animales y la convivencia humana. El siguiente texto de discusión grupal lo abordó:

“En el censo se ve si hay deslaves, incendios, basureros, y los riesgos de familia si cocinan en el suelo o la casa es de nylon, el consumo de agua y la letrina. La convivencia inadecuada con los animales también se han tenido reuniones con la comunidad para dar a conocer los riesgos de las heces fecales al aire libre.”¹⁶⁰

El modelo incluyente en salud con el censo generó datos que son vitales para el éxito de los programas desde la gobernanza se analiza el capital cultural, las formas de organización de redes locales y la capacidad con la cual movilizan recursos, en concreto permite evaluar el alcance de las políticas y los alcances que las organizaciones sociales locales tienen en salud.

En la elaboración del censo se consolidó la participación social en la comunidad para lo cual, desde los equipos básicos de salud se identificaron a líderes y lideresas locales, así como el reconocimiento de las organizaciones existentes, quienes contribuyeron en el proceso de construcción de detección de riesgos en la comunidad (Red 3 de análisis). La estrategia de detección de riesgos en la comunidad buscó resolver, con la movilización de recursos locales, las formas de mediar frente a una urgencia. Este tipo de estrategia también se organizó en las comunidades donde operaron otros modelos de atención del primer nivel. Sin embargo, fue una actividad que quedó relegada a la capacidad de movilización del técnico en salud rural quien, en la mayoría de los centros y puestos de salud,

¹⁵⁹ Entrevista con coordinador de salud de nivel municipal (Mun_F_PresSer_1).

¹⁶⁰ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud de nivel municipal (Mun_F_PresSer_2).

no tuvo los medios de transporte para viajar a las localidades lejanas y registrar la identificación de riesgos (Red 3 de análisis). En una entrevista grupal se concluye lo siguiente:

“la participación social en la comunidad es de apoyo en la detección de riesgos.”¹⁶¹

El censo tuvo por objeto la identificación de los distintos actores secundarios que fueron considerados sanadores, hierberos y terapeutas ancestrales a quienes se les implicó dentro del modelo de atención comunitario. El relato siguiente de una entrevista grupal lo describe:

“Los Terapeutas mayas se identifican con base en el conteo poblacional y se identifica si tienen la energía para tratar alguna enfermedad se hace el censo para ver si ellos pueden resolver un problema como una especialidad como es el empacho, la caída de mollera, la caída de matriz en hombres los sobadores para las fracturas.”¹⁶²

La elaboración / actualización del censo es una actividad que se realizó en los diversos modelos del primer nivel de atención en salud, básicamente orientado a la recopilación de datos demográficos que permitió conocer la amplitud de población en una dimensión geográfica para la organización de la entrega de servicios. A pesar que los modelos subsistieron en un marco de planificación llamado “presupuesto histórico”, en el cual las variaciones de volumen de población no afectaron a la asignación del presupuesto anual. A este tipo de planificación de presupuesto se le consideró como uno de los factores coadyuvante al desabastecimiento de medicamentos, insumos y contratación de personal.^{163, 164}

El censo formulado desde el MIS se convierte en una herramienta útil para establecer los potenciales recursos y riesgos locales. Permite la planeación de recursos en los programas del modelo. El modelo con este tipo de censo puede controlar de mejor forma el uso de los recursos para mejorar el acceso a los

¹⁶¹ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud nivel municipal (Mun_F_PresSer_3).

¹⁶² Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud nivel municipal (Mun_F_PresSer_7).

¹⁶³ Observaciones de campo.

¹⁶⁴ Entrevista con delegado departamental de gobierno (Dep_DelegadoGobiernoCentral_2).

servicios de salud de forma oportuna y disminuir la desigualdad social que impera en las comunidades postergadas.

5.3.3.1.6. La capacidad de transacción del MIS.

Al retirar los servicios prestados en el nivel local del modelo de extensión de cobertura se procedió, desde las Direcciones de Área de Salud departamental, a trasladar las responsabilidades de la entrega de servicios hacia algunas comunidades cercanas a las jurisdicciones del MIS.¹⁶⁵ El traslado de responsabilidades de atención de servicios de salud no sucedió en un proceso de transición planificado. Se contextualizó en un entorno de cambios que fue abrupto desde la decisión política con la cual se retiró la financiación de dicho modelo.¹⁶⁶ Las acciones de tipo político afectaron directamente los beneficios de atención en salud de las comunidades las cuales fueron de un día para otro desatendidas. No se identificó documentación sobre la existencia de un plan de contingencia diseñado desde el nivel central para proteger el nivel comunitario y suplir de la mejor forma posible el vacío que dejó el modelo de extensión de cobertura.

Los retos del MIS fueron: hacer frente al vacío de cobertura que dejó el modelo de extensión de cobertura, para lo cual se identificaron dos aspectos. Por un lado, las relacionadas a la infraestructura de contexto comunitario que se lograron con el tiempo en las localidades. Al respecto, cabe puntualizar que la infraestructura, como ya se indicó en el apartado del modelo de extensión de cobertura, no tuvo un estándar, sino más bien fueron lugares improvisados en las comunidades. Por otro lado, los servicios en salud radicados esencialmente en el programa de vacunación y los programas de salud del primer nivel de atención se tradujeron en el nivel de familia y lo individual. En la discusión grupal se comentó que:

¹⁶⁵ Red 3 de análisis.

¹⁶⁶ Observaciones de campo.

“Los riesgo comunitarios se estructuraron desde el inicio del modelo con el mapeo de líderes, el censo fue la base, a nivel de comunidad y se hizo a nivel macro en carreteras, deslaves. Luego a nivel de vacunas con el trazo de esquemas y luego el tema de violencia y desnutrición a nivel de familia e individual.”¹⁶⁷

Las comunidades, conforme se integraron desde el modelo de extensión de cobertura, requirieron, como primer paso fundamental, sentar las bases para la planificación del modelo incluyente en salud, para lo cual se planteó que:

“Las comunidades ya tengan el censo de la población lo que es un avance...[...].”¹⁶⁸

Con el cierre del modelo de extensión de cobertura el personal sanitario quedó desempleado y fueron reubicados por una parte en los servicios del primer nivel de atención del modelo tradicional del Ministerio de Salud. En otras localidades el personal fue trasladado al modelo incluyente en salud con la correspondiente responsabilidad de ampliar la cobertura y también de dar la sostenibilidad de atención a la población. Esto requirió que el personal desaprendiera las formas de relaciones humanas que se caracterizó por el racismo, el irrespeto y la falta de calidez en la entrega de servicios en la población.¹⁶⁹ Promover el derecho a la salud en y desde el modelo incluyente en salud requirió la capacitación del personal. Aquí, la fuente de información fue una lideresa de una organización de la sociedad civil cuyo rol por decreto gubernativo es de fiscalización de la atención en salud.

“En algunos casos nos han informado y en algunos hemos podido asistir donde al personal se les ha sensibilizado del trato con calidez y del respeto a la mujer y no a la discriminación de la mujer y como nosotros decimos esto es más de actitud y cambiar.”¹⁷⁰

En las comunidades en las cuales el modelo incluyente en salud es responsable de la entrega de servicios de salud se logró una mejor cobertura de la atención del parto institucional con respecto a otras comunidades bajo el modelo oficial

¹⁶⁷ Red 3 de análisis.

¹⁶⁸ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud nivel municipal (Mun_E_PresSer_5).

¹⁶⁹ Observaciones de campo.

¹⁷⁰ Ídem.

donde las coberturas son limitadas.¹⁷¹ Sin embargo, el modelo incluyente en salud procuró, desde la noción de la interculturalidad, dar el posicionamiento que tiene el terapeuta tradicional local como es el caso de la comadrona en la atención del parto.¹⁷² La mejora de los derechos a la salud deben tener una lectura apropiada fuera del modelo occidental que podría privilegiar los servicios de tipo institucionalizados. El modelo incluyente logró un equilibrio entre las necesidades de salud y las formas de resolución en tanto el sistema de referencia y contrareferencia funcionó en los distintos niveles de prestadores de servicios de salud.¹⁷³

Los contenidos de formación del programa individual de educación continua desde el MIS se reforzaron con la evaluación de competencias que el personal debió cumplir. Este tipo de estrategia frente a la alta rotación del personal y la falta de estabilidad laboral del personal sanitario, fue una estrategia educativa que reforzó la sostenibilidad de las capacidades del recurso humano.¹⁷⁴ En contexto, el éxito de cumplir la agenda programática del modelo se basó en las capacidades y competencias que el personal sanitario tuvo para la entrega de servicios con base en el marco conceptual del modelo.

Se articuló en los equipos de salud, la participación del terapeuta tradicional en las capacitaciones, puesto que fueron ellos quienes dieron los contenidos para desarrollar los planes de educación. Esta estrategia que propendió aproximar los saberes ancestrales con el personal de salud, quienes fueron formados bajo el esquema del modelo médico occidental, fue de gran ayuda.¹⁷⁵

El MIS tuvo retos de contexto al fusionar el personal que dejó el modelo de extensión de cobertura con su desaparición, también al integrar el MIS en las estructuras de Dirección de Área de Salud por el hecho que en sus mecanismos de contratación de personal existió la discrecionalidad y el tráfico de

¹⁷¹ Observaciones de campo.

¹⁷² Red 3 de análisis.

¹⁷³ Entrevista grupal semi estructura con equipo técnico de salud de nivel municipal (Mun_F_PresSer_1).

¹⁷⁴ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud No. 1 de nivel municipal (Mun_E_PresSer_5).

¹⁷⁵ Red 3 de análisis.

influencias.¹⁷⁶ El efecto subsecuente fue la llegada de personal sin formación o capacitación del enfoque del modelo incluyente en salud. En esas condiciones fue fundamental la apertura de ideas en personal sanitario recién contratado en el sentido de la comprensión del rol que tuvieron los terapeutas tradicionales en la organización social para el éxito de la agenda programática.

El modelo estableció la supervisión como una propiedad de seguimiento del modelo en los tres programas de entrega de servicios, para ello empleó instrumentos de seguimiento. Este tipo de acciones permitió evaluar constantemente el cumplimiento de la norma en el nivel de actores de interés, información que se trasladó en el nivel de actores estratégicos para la toma de decisión oportuna, las articulaciones de estos elementos reflejaron una gobernanza dinámica con fortaleza para la ejecución de los programas en el nivel local. Un prestador de servicios en el nivel municipal lo expresó:

“En la comunidad las personas que apoyan son los enfermeros y el personal que supervisa el trabajo de los enfermeros por parte del CAP hay tres personas que supervisan uno el programa comunitario, otra el familiar y otra el individual.”¹⁷⁷

El modelo integró en sus procesos de seguimiento de logros el uso de los datos recabados en las fichas para retroalimentar con el personal local de salud los aspectos programáticos del modelo y la consecución de las normas. El médico local lo expuso:

“Se revisaba cada ficha para ver los avances, ella ingresaba a su computadora la información luego se reunía con las tres enfermeras y el EPS luego iniciaba la retroalimentación, con base al modelo y las normas de salud”¹⁷⁸

Desde el MIS se plantearon dos componentes, uno de ellos fue el programático normativo, que integró los programas oficiales del Ministerio de Salud propuestos para los puestos centros y áreas de salud conocidos como programas verticales normados por el MSPAS 14 de los 20 programas (Ministerio de salud pública y

¹⁷⁶ Ídem.

¹⁷⁷ Entrevista con médico de puesto de salud de nivel municipal (Mun_I_PresSer_1).

¹⁷⁸ Ídem.

asistencia social, 2012). El MIS incluyó en su programación los tres programas horizontales operativos mencionados anteriormente como: Programa individual de salud (PIAS), Programa familiar de salud (PFAS) y Programa comunitarios de salud (PCOS) (Medicus Mundi Navarra -Guatemala-, 2008). El nivel operativo instrumental comprendió: Protocolos, Guías de abordaje y otros instrumentos operativos para la atención individual, familiar y comunitaria. Un prestador de servicios del nivel municipal lo describió:

“El modelo tiene instalado por ejemplo todo el tema de supervisión de competencias relacional, tiene las citas programáticas está el ASIS [Análisis de la Situación de Salud] los tres son la base para hacer el ATOL [Agenda Técnico Operativa Local]”¹⁷⁹... “Cada mes hay un cronograma mensual está la vigilancia semanal, quincenal hay un conjunto de agendas de planificación y organización, supervisión y evaluación que se aplica.”¹⁸⁰

El efecto negativo de la alta movilidad del personal también incidió en el nivel operativo de las estrategias de implementación del Modelo dado que el proceso que articuló la implementación consideró el rol del actor secundarios como fue el prestador de servicios de nivel local el siguiente relato lo evidenció:

“La experiencia de las tres promociones se ha tenido un sin sabor pues parte del personal se ha perdido, pues los han llevado a otras comunidades o bien no han logrado absorber al personal de salud. Algunas ONG se han llevado al personal y hay una gran falta de recurso y además, se requiere formar en base al modelo.”¹⁸¹

Las comunidades que pasaron bajo la cobertura del MIS se caracterizaron por la carencia de acceso a los servicios de salud, otra característica del personal de los distritos de su jurisdicción de salud del ministerio fue la falta de estabilidad laboral del personal sanitario. Desde el enfoque de la gobernanza se analizaron los efectos de la falta de competencias directivas de quienes jerárquicamente administraron los recursos de nivel departamental como actores estratégicos puesto que ellos fueron los responsables de sostener una estructura de

¹⁷⁹ Entrevista con viceministro de salud nivel central (Central_PresSer_4)

¹⁸⁰ Ídem.

¹⁸¹ Entrevista con coordinador municipal de salud (Mun_F_PresSer_1)

condiciones laborales no eficiente para el funcionamiento de los servicios locales del primer nivel de atención.¹⁸²

La conciliación de intereses entre actores dadas las transacciones que sucedieron con la movilización de recursos tuvo un componente político que fue más allá del modelo y su ingerencia estratégica en la autonomía del manejo de recursos económicos que pudieron proteger la sostenibilidad del recurso humano capacitado. Entre las dificultades técnicas operativas se identificó el uso de instrumentos propios de los programas verticales del ministerio, además de los propios del MIS, ambas actividades requirieron de tiempo y recurso humano competente para el relleno de los instrumentos y el traslado de la información del nivel local a la dirección de área de salud.¹⁸³

5.3.3.1.7. La organización social del MIS.

La aceptación del modelo en el nivel local se observó en la incidencia del MIS en sus cuadros locales de líderes involucrados en las actividades de salud comunitaria. Esto se explicó con el rol que tuvieron algunos de los líderes, quienes pasaron de ser actores relevantes en los programas comunitarios a actores estratégicos con incidencia en la movilización de recursos a través de las estructuras tomadoras de decisiones. Un médico local lo comentó:

“Existe una Junta Directiva de los comités de salud que aglutina a varios, de hecho, algunos alcaldes salieron de las juntas de esos comités.”¹⁸⁴

Al indagar sobre las normativas que regulan la organización local en salud un prestador de servicios de nivel central reconoció que, en la organización en salud, se operó en torno a la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, a pesar que se tuvieron otros marcos legislativos de organización social con potencial para operar en los temas de salud. Él lo expresó de la siguiente forma:

¹⁸² Red 3 de análisis.

¹⁸³ Observaciones de campo.

¹⁸⁴ Entrevista con médico de puesto de salud de nivel municipal (Mun_I_PresSer_1).

“La legislación guatemalteca, la constitución guatemalteca, aunque se habla de la participación social comunitaria para la planificación ya lo más concreto están la Sesan, las Comusan y Cocosan”¹⁸⁵

La organización local en salud se encontró limitada en algunas comunidades donde los liderazgos locales, que ostentaron puestos políticos, fueron los mismos que operaron en salud. Esta característica de contexto comunitario, en general, sucedió en todas las comunidades visitadas. El MIS lo reconoció y fue un factor interno que incidió para mediar en los conflictos que sucedieron cuando existió antagonismo derivado por pertenecer a partidos o movimientos de ideas políticas diferentes a la agrupación política local con mayor peso.¹⁸⁶

El rol que tuvo la organización local en salud fue fundamental para la rendición de cuentas. Pudo mediar en las acciones de nivel local que permitieron operar la agenda programática. El MIS lo integró dentro de su propuesta al impulsar el tema de derecho a la salud y el consecuente empoderamiento de las organizaciones para establecer mecanismos de rendición de cuentas. El siguiente relato de un servidor público de nivel central lo expresó:

“Es más, como un espacio de una tribuna pública para la fiscalización y acompañamiento de la provisión de servicios, queremos ver si ponemos un buzón de denuncias que se abran que se discutan o sea una forma que luego ojalá termine en empoderamiento una dirección desde la comunidad de los aspectos comunitarios de la salud, vamos a plantear eso una ley no creo, pero si formalizar esos espacios de participación local.”¹⁸⁷

Desde el nivel central se identificó la ausencia de dispositivos de regulación que apoyaran el empoderamiento de las organizaciones locales en salud para la fiscalización. Otro factor interno que no permitió el funcionamiento de la organización local en salud obedeció a patrones culturales de tipo económico. El siguiente relato lo expuso:

¹⁸⁵ Entrevista con viceministro de salud de nivel central (Central_PresSer_4).

¹⁸⁶ Ídem.

¹⁸⁷ Ídem.

“Y aunque nosotros hemos luchado con los Cocodes y la organización comunitaria las personas se han quedado en la comunidad.”¹⁸⁸

El MIS propuso el plan de emergencia comunitario y familiar, sin embargo no dispuso de recursos y medios para la movilización de los pacientes. Las condiciones de tipo estructural determinaron la realidad en la cual los lugareños resolvieron el embate de la enfermedad, sobre todo cuando los problemas de enfermedad requirieron acciones de urgencia con el apoyo de la Comisión de Plan de Emergencia Comunitaria (COPEC).¹⁸⁹ Un prestador de servicios municipal lo comentó:

“La Comisión de Salud están las COPEC con quienes se platican las emergencias, allí se pueden dar las platicas.”¹⁹⁰

Las estrategias locales para paliar la falta de recursos económicos asignados por el Estado se enfrentó desde la organización local en salud con colectas de dinero, el prestador de servicios lo narró:

“En la comunidad los Cocodes están unidos con los Copec ellos se unen con las familias para ayudar a las familias, ellos pasan de casa en casa de Q 5.00 y se lo entregan en la casa y si son dos familias en accidentes se piden Q10.00 para apoyar a las familias esto está funcionando, con las familias y los cocodes están haciendo esto para apoyar, un carro cobra Q 400.00 para que le paguen los familiares.”¹⁹¹

El contenido del relato anterior se pone en contexto con base a los siguientes datos. El equivalente de 1 Dólar americano en Quetzales (Q) es de 7.66¹⁹², mientras que el salario mínimo para la época del trabajo campo de esta tesis representó Q 2,394.40 mensuales. El transporte representó el 16.7 % del salario mínimo, en el área rural el trabajo se paga a destajo por jornal equivalente a Q 78.72. (Ministerio de trabajo, Gobierno de Guatemala, 2014), debió considerarse estos datos en el contexto laboral donde no se aplicaron las tarifas fijadas por el

¹⁸⁸ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico No. 3 de salud de nivel municipal (Mun_E_PresSer_7).

¹⁸⁹ Red 3 de análisis.

¹⁹⁰ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud No. 1 de nivel municipal (Mun_E_PresSer_5).

¹⁹¹ Ídem.

¹⁹² Cambio del día en el Banco de Guatemala 25 de mayo de 2022.

gobierno, además estuvieron caracterizadas por la expoliación y la explotación del campesino. Las poblaciones del área rural carecieron de fuentes de trabajo estables con lo cual el costo de transporte se convirtió en una limitación, tampoco existió garantía de la existencia de servicio de transporte público o privado. El MIS se encontró imposibilitado de proveer los medios para resolver este tipo de dificultad estructural. La organización local en salud se responsabilizó con la gestión del transporte de emergencia en el nivel local e incidió en la mejora de la cobertura de los servicios de salud.

La participación de actores locales en la organización en salud funcionó de acuerdo con los esquemas de regulación autóctonos.¹⁹³ En las comunidades bajo estudio los comités de salud no estuvieron presentes en todas las comunidades. De esa cuenta las instancias de participación de actores locales fueron los consejos comunitarios de desarrollo donde el nivel de organización de estas fue más fuerte. Un prestador de servicios lo expresó:

“Eso varía de acuerdo con los lugares por ejemplo en Cuilco están los comités de salud, en otros lugares no existen o los Cocodes son un poco más fuertes esa es la atención desde la comunidad y obviamente si hablamos de la comunidad como aldea como caserío.”¹⁹⁴

El modelo incluyente en salud planteó la identificación de actores sociales como parte de su censo integrando en su accionar comunitario a las organizaciones y líderes preexistentes.

La organización local en salud se dividió en dos niveles: los actores secundarios vinculados con la atención en salud de tipo curativa, y los de nivel intersectorial que fueron actores estratégicos quienes movilizaron los recursos para la promoción y la prevención de la salud.¹⁹⁵ Los contextos sociales comunitarios tuvieron diversas formas de accionar las estrategias locales de promoción de la salud. El MIS fue una guía que, dependiendo de las capacidades directivas del

¹⁹³ Red 3 de análisis.

¹⁹⁴ Entrevista con viceministro de salud de nivel central (Central_PresSer_4).

¹⁹⁵ Ídem.

profesional en salud responsable en el nivel local, evidenció logros de la agenda programática. Un prestador de servicios de nivel central lo expresó:

“Desde el modelo depende de los jefes de distrito depende de cómo se implican los actores por ejemplo en un municipio una doctora tiene escuelas saludables.”¹⁹⁶

Al indagar sobre los escenarios de transacciones entre actores de distintos niveles se identificó que el MIS logró en los programas comunitarios y familiares la confluencia intersectorial donde las municipalidades y las escuelas locales fueron un complemento en el desarrollo de la agenda programática. El siguiente relato lo expresa:

“Si se han construido espacios de participación social donde interactúen proveedores de los servicios de salud con líderes comunitarios, las ONG organizaciones civiles y usuarios de los servicios de salud. En el modelo del MIS sí hay una articulación entre el trabajo familiar y comunitario. Pero más a nivel comunitario y la dirección de los distritos en la conducción del distrito en el tema intersectorial las municipalidades, las escuelas”¹⁹⁷

Los programas individual, familiar y comunitario fueron los ejes de articulación para la entrega de servicios que fueron estructurados con normas orientadas a la satisfacción de las necesidades en salud. En los tres programas confluyó la participación de actores locales mientras que en los modelos tradicional y de extensión de cobertura la participación de actores locales fue en actividades puntuales sin un marco normativo.^{198, 199, 200} En términos de gobernanza, la toma de decisión e involucramiento de actores locales tuvo mayor relevancia con el modelo incluyente en salud. La capacitación del personal sanitario está directamente asociada con los tres programas en el sentido que la educación en salud que se desarrolló en el nivel local con la población tuvo relevancia para empoderar a la comunidad en las acciones de salud. El siguiente texto en voz de un prestador de servicios de nivel municipal lo explicó:

¹⁹⁶ Ídem.

¹⁹⁷ Ídem.

¹⁹⁸ Red 1 de análisis.

¹⁹⁹ Red 2 de análisis.

²⁰⁰ Red 3 de análisis.

“El modelo de los tres programas cada programa tiene sus tácticas operativas y sus guías de abordaje donde claramente nos describe el camino para hacer las organizaciones. Empezamos desde el censo donde está todo descrito y se tienen los pasos a seguir y cuando se realizan reuniones con los cocodes y se tiene una parte donde se da la capacitación a los Cocodes y para las Copec está plasmado cuando y como hacer los pasos de organización.”²⁰¹

En resumen la entrega del modelo incluyente en salud logró una mejor cobertura de la atención del parto institucional al incorporar la atención con pertinencia cultural. Empleo el censo como herramienta en la detección del capital social en salud en la comunidad. Desde la noción de la interculturalidad el modelo incorporó al terapeuta tradicional entre los prestadores de servicios. Se promovieron dos temas fundamental para la planificación de programas desde los derechos a la salud y, el género y salud. El modelo apoyo en la organización social en salud para la detección de las necesidades de salud y las formas de resolución. Otro aspecto innovador fue el sistema de referencia y contrareferencia entre los terapeutas tradicionales y lo prestadores del sistema sanitario público. Las bases teóricas, programáticas y estrategias de entrega de servicios incidieron en la mejor de entrega de servicios para disminuir la brecha de inequidad en el acceso a los servicios de salud.

5.3.3.2. Resultados del MIS.

La sección aborda los *outcomes* recuperados de los entrevistados con respecto al MIS. Los puntos esenciales son los insumos para el análisis de gobernanza se triangula la información recaba por los entrevistados con base a las categorías que mostraron una tendencia de aceptación del modelo desde el (a) usuario (a), la comunidad y la cooperación internacional. Los resultados se relacionan con los conceptos que desde la gobernanza permiten el análisis de la inequidades en el acceso a los servicios de salud.

²⁰¹ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud No. 2 de nivel municipal (Mun_E_PresSer_6).

El modelo incluyente en salud suscitó expectativas de sus resultados en un entorno político, económico y social en el cual la rectoría del Ministerio de Salud, en las relaciones jerárquicas mostró debilidad reflejada en los indicadores de salud que colocaron al país entre los más afectados por su sistema de salud fragmentado y segmentado (Flores, 2008) (Becerril-Montekio & López-Dávila, 2011). Entre los antecedentes documentados del modelo se conoció un trabajo publicado en el año 2003 que mostró los avances del modelo desde el planteamiento teórico con las bases de planificación que median los 18 programas del Ministerio de Salud en una propuesta innovadora (Hernández Mack, 2003). Los retos frente al modelo de extensión de cobertura y el modelo tradicional fueron mostrar evidencia en sus indicadores. Sin embargo, los aspectos de tipo comparativo que podrían explicar variaciones fueron el cambio de enfoque en la gestión y la formación de personal, los aspectos legales, y la factibilidad técnica, todos ellos fueron presentados como aspectos positivos (Verdugo et. al., 2002).

La aceptación de un modelo cuya fuente de financiación es de origen extranjero generó suspicacias sobre la capacidad que tendría el sistema de salud en Guatemala para absorber el modelo, dado que el gasto en salud en el país corresponde a uno de los más bajos en la región de América Latina, y representa para Guatemala el 2.08 % en porcentaje del PIB comparado con el 10.4 % de Cuba (OPS/OMS, 2017). La asignación de presupuesto en Guatemala se encontró por abajo del umbral deseado que planteó la OPS para la región de 6 % del PIB. La asignación histórica del presupuesto del gasto público per cápita en salud entre los años 2003 al 2005 en promedio fue de US\$ 19.11 al comparar con el modelo incluyente en salud que requirió de US\$ 27.24 (comunidades piloto) el modelo fue cuestionado por los actores estratégicos del Ministerio de Salud (MSPAS, 2007). Desde la gobernanza se analiza la capacidad de movilización de recursos que tienen los actores estratégicos con respecto a la dotación de servicios en el primer nivel de atención.

Históricamente, la cooperación internacional incidió en la inversión en salud en el país con propuestas de intervenciones de salud en: 1) fortalecer la rectoría, organización y financiación del sistema de salud orientado a la cobertura

universal, 2) consecución de los ODM - ODS, 3) disminución de la carga de enfermedades de transmisión infecciosa y no transmitibles, 4) afrontar los determinantes políticos, económicos y sociales de la salud en distintos niveles y, 5) expandir el sistema de análisis e información sanitaria (OPS/OMS, 2013). La cooperación internacional en el nivel local incidió en proyectos de APS como: participación social en la salud, dotación de insumos y vehículos para la movilización de pacientes y personal sanitario, cooperación económica para financiar el modelo de extensión de cobertura y la capacitación a comadronas.²⁰² La llegada del modelo incluyente en salud tuvo la aceptación de la cooperación internacional desde sus bases teórico-metodológicas y el paradigma que propuso fue difundido en otros países como Bolivia y Perú (Medicus Mundi Navarra, 2013). Desde el análisis de gobernanza se establece la relación de las meta normas y cómo estas evolucionan, se transmiten y las reacciones que suceden por niveles: internacional, nacional y local.

La aceptación del MIS en el ámbito internacional determinó su continuidad por el hecho que su financiación en las primeras comunidades dependió de incorporar, sobre los recursos existentes dotados por el Ministerio de Salud. Dos comunidades de la boca costa en el sur del país (Güineales y Xejuyup) y uno en occidente (San Juan Ostuncalco) fueron parte del plan piloto desarrollado entre los años 2003 – 2011. La ampliación de los servicios del primer nivel de atención se desarrolló con el enfoque teórico y de planeación del MIS.²⁰³ La historicidad del problema permite construir los procesos en que se observa en un primer momento y puede ser evaluado en sus distintos momentos, dado que los actores pueden variar de posiciones.

La cobertura del presupuesto administrado por el nivel gerencial del MIS permitió la incorporación de personal que coadyuvó en la formación de actores secundarios para la prestación de servicios. Los creadores del MIS con base en la información de sus indicadores y mecanismo de evaluación (Medicus Mundi Navarra -Guatemala-, 2008) proponen como parte de la continuidad del modelo e incidencia política en su publicación “Hacia un sistema público integral e

²⁰² Observaciones de campo.

²⁰³ Red 3 de análisis.

incluyente de salud” la expansión del modelo para regir el sistema de salud en el país (Instituto de salud incluyente, 2018). Después de casi 18 años de subsistencia del modelo, las bases teórico-prácticas del modelo proponen un momento distinto al inicial que permite evaluar el proceso.

Fue evidente que una preocupación de los directivos del modelo fue la entrega de resultados positivos a los donantes con el objeto de presentar la evidencia del impacto del modelo. Sin embargo en Xejuyup, una de las primeras localidades del proyecto piloto, el modelo fue retirado por el coordinador municipal de salud quien argumentó que, si bien el modelo tenía un planteamiento novedoso los recursos asignados del ministerio para su jurisdicción fueron insuficientes para cumplir con los aspectos normativos, programáticos y tácticos.²⁰⁴ Esta experiencia desde los albores del modelo fue un obstáculo presente y como se evidencio en el trabajo de campo en comunidades donde recientemente el modelo se estaba instalando, una de las debilidades fue la capacidad de infraestructura sanitaria y la contratación de personal con fondos del ministerio de salud.

Existió cierta reticencia sobre el uso de plantas medicinales por parte de los usuarios de los servicios de salud del MIS dado que existió un estereotipo relacionado con el uso de medicamentos del modelo médico occidental para el tratamiento de enfermedades que es la norma aplicada por el Ministerio de Salud y lo esperado por los pobladores.

La falta de insumos y medicamentos por la ineficiente gestión desde la Dirección de Área de Salud departamental socavó la imagen que el modelo debió crear pues se consideró en ciertas circunstancias como que el modelo era “más de lo mismo”. La falta de recursos de: personal sanitario, medicamentos e insumos, que caracterizó tanto al modelo tradicional como al modelo de extensión de cobertura también afectó en el imaginario social de la salud el valor de uso que el propio modelo trató de construir con la dotación de servicios²⁰⁵. El huerto medicinal fue una estrategia local del modelo incluyente en salud la cual generó

²⁰⁴ Entrevista con coordinador de salud de nivel municipal (Mun_F_PresSer_1).

²⁰⁵ Observaciones de campo.

reservas entre la población que percibió cómo frente al desabastecimiento, la medida del huerto era una acción improvisada.

En el nivel operativo, la aceptación del modelo tuvo retos por superar en comunidades en las que el arraigo de población de pueblos originarios supera el 95%. Donde la atención materna y resolución de parto fueron atendidos por la comadrona se registraron aptitudes negativas frente a la inclusión del terapeuta tradicional en el momento que el modelo trató de introducir las acciones del programa materno del nivel oficial. Aun cuando el modelo propendió hacer los programas verticales en una modalidad horizontal existieron procedimientos e instrumentos que, desde el nivel central, requirieron acciones precisas como el registro de las cuatro consultas durante el embarazo. El siguiente relato lo describe:

“Hay una mayor parte de gente también que todavía está con eso de que las comadronas y por más que nosotros tenemos relación con las comadronas también hay como celos allí sí que ellas y nosotros porque pueden decir ellas que les estamos quitando a sus pacientes.”²⁰⁶

La aceptación del modelo reflejada en el valor de uso de la prestación de servicios en la salud materna tuvo retos por resolver. La asistencia del control prenatal desde el trabajo de la comadrona con la articulación del personal técnico quien debió registrar el historial clínico materno de las mujeres en la comunidad tuvo alcances limitados. Frente al personal técnico de salud se manifestó en las entrevistas la reticencia de abrir información privada por los traductores quienes no garantizaban la confidencialidad del manejo de la información. Es decir, la mujer se identificó mejor de abrir información privada con la figura de una comadrona, quien en el nivel local fue conocida en su calidad de actor social con respecto a la figura de un actor foráneo. El siguiente relato lo expone:

“[...]... También, en la salud reproductiva verdad, el modelo nos ha abierto como que más las puertas en la comunidad por el proceso de cuando ya la señora ya está embarazada sino también hemos tenido casos en donde las mujeres no han querido,

²⁰⁶ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud de nivel municipal (Mun_D_PresSer_1).

porque ya tienen a veces dos abortos, tres abortos, entonces también el tener el poder de que nosotros les podamos dar el control prenatal mensualmente”²⁰⁷

El empoderamiento en la demanda de servicios de salud fue una condición que se vinculó con un valor de tipo universal como es el derecho a la salud. El derecho a la salud se consideró desde la gobernanza como una meta-norma que se interioriza en el modelo y desde este se constituye en una norma regulativa dando las bases para la formación de una institución donde el nivel internacional incidió en el nivel nacional y local. El siguiente relato lo describe:

“La cooperación técnica internacional da el soporte con el recurso económico en las reuniones o encuentros a nivel nacional para cubrir el transporte y alimentación, viáticos y hospedaje para poder movilizar, al recurso humano de la red con el fin de fortalecer los derechos en salud y la información. O reuniones de incidencia, no se recibe ningún apoyo nacional o estatal.”²⁰⁸

A pesar que desde el nivel nacional no se tuvieron los recursos de financiación para el impulso de acciones en pro del derecho a la salud, el MIS desde el plantemiento conceptual y táctico, colocó como eje integrador el derecho a la salud. En donde confluyen las siguientes claves: multiconcepción incluyente del proceso salud-enfermedad, intersectorialidad y participación social, pertinencia cultural, perspectiva de género relacional, enfoque exosistémico del medio ambiente, horizontalización programática en los niveles individual, familiar y comunitario, reordenamiento territorial y reorganización, equipos de trabajo y la polifuncionalidad, vigilancia sociocultural y sistema de información, financiación, gestión efectiva. Los anteriores elementos constituyeron las claves para transformar el sistema de salud en la región de América Latina desde la APS renovada (Medicus Mundi Navarra, 2013).

El empoderamiento de los pobladores con base en la difusión del derecho a la salud como una meta programada se conjugó para generar el marco normativo de la cobertura universal de la salud (OPS/OMS, 2014). En el nivel local se

²⁰⁷ Entrevista grupal semi estructurada con equipo de técnico de salud de nivel municipal (Mun_F_PresSer_2).

²⁰⁸ Entrevista con lideresa del movimiento indígena de nivel central (Central_Movimiento_Indígena)

observó la aceptación de acceder a los servicios de salud por parte de las usuarias reflejado en el número de procedimientos de atención de partos y cesáreas que en el nivel institucional se registraron. El siguiente relato lo narra:

“Con la promoción de los derechos a la salud ha crecido la demanda de partos, cesáreas la gente ha cambiado su forma de pensar, no toda la gente busca los servicios nacionales no se tiene la información.”²⁰⁹

El modelo logró empoderar a los trabajadores sanitarios en su calidad de actores secundarios para la capacitación en derecho a la salud que incidió en la creación de una institución social cifrada en la cobertura universal de salud en una visión que delega la responsabilidad en un sistema unificado con financiación pública (Heredia, et. al., 2015). El equipo técnico en salud lo comentó:

“El modelo promueve la perspectiva del derecho a la salud, lo cual está reglamentado, lo cuál se observa con el trato amable cumpliendo con que el paciente este satisfecho.”²¹⁰

Desde el nivel de los actores estratégicos se planteó empoderar a la población al promover una reforma del sector salud que se basó en la participación social como una institución del sistema de salud en el primer nivel de atención. Este planteamiento lo hizo un viceministro de salud, quien fue un alto directivo del MIS:

“Nosotros ahorita vamos a impulsar lo que es la reforma del sector salud y que consideramos a nivel de metodología, vamos hacer un llamado de convocatoria de participación social amplio”²¹¹

En contexto, la intención de tipo político no logró consolidarse dado que la ministra de Salud, quien impulsó el MIS desde sus orígenes en el año 2002, no logró incidir en las transformaciones que requirió el sistema de salud. La trama de intereses políticos se orientó en la sostenibilidad de un clima de impunidad en el país dirigido desde la presidencia de la República. El hecho más mediático con

²⁰⁹ Entrevista con coordinador de salud de nivel municipal (Mun_F_PresSer_1).

²¹⁰ Entrevista grupal semi estructurada con equipo técnico de salud nivel municipal (Mun_F_PresSer_2)

²¹¹ Entrevista con viceministro de salud de nivel central (Central_PresSer_4)

mayor peso fue la expulsión de la Comisión Internacional Contra la Impunidad en Guatemala (CICIG, 2019).

El empoderamiento en la demanda de servicios de salud se desarrolló en temas específicos de poblaciones organizadas como lo fueron los pacientes de VIH y en el tema de salud reproductiva que, históricamente permitió a las mujeres organizadas la incidencia política en temas que defendieron el derecho a la mujer, de allí que la mortalidad materna por su importancia y altas tasas en el país se constituyó en un tema prioritario en salud cuyas bases de abordaje estuvieron en el primer nivel de atención. El viceministro lo señaló:

“Creo la cooperación técnica internacional lo ha hecho en algunos temas muy específicos a lo mejor en salud reproductiva, en las comunidades VIH a lo mejor lo hace con determinados intereses, allí la redes puede ser más auténticas” ²¹²

El empoderamiento en la demanda de servicios de salud centrado en la participación social utilizó la base legislativa que regula el funcionamiento de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural (Congreso de la República de Guatemala, 2002) y el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional PROSAN que fue el ente normativo de la Ley del sistema nacional de seguridad alimentaria y nutricional (Congreso de la República de Guatemala, 2005). El viceministro reconoció como un reto abrir los espacios de participación social en un nivel ampliado de tal forma que la norma de tipo constitutiva fuera el marco de una institución social para el sistema de salud:

“A nivel de distritos de salud, puestos de salud como de áreas de salud a nivel nacional si tendríamos la apertura de espacios de formalizar la participación social en salud porque de nada sirve que los COCODES²¹³, COCOSAN²¹⁴ finalmente van hacer los mismos.”²¹⁵

²¹² Ídem.

²¹³ Consejos Comunitarios de Desarrollo Social.

²¹⁴ Comisión comunitaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

²¹⁵ Ídem.

Los retos para una participación social ampliada fueron desde el sector político reconocidos. El siguiente texto lo expone:

“es más que participe la gente que no está en ese tipo de consejos representados porque muchas veces esos consejos están ya mediados políticamente están comprometidos con algún político, entonces pensamos que esos espacios deben de ser algo que rebase los Cocodes si fuera a nivel local.”²¹⁶

El empoderamiento de la auditoría social como herramienta de presión social y medio para la rendición de cuentas en las zonas postergadas fue una idea que estuvo en el discurso político de actores estratégicos quienes coincidentemente fueron los impulsores del MIS. La visión que ellos plantearon fue la siguiente:

“Es más, como un espacio de una tribuna pública para la fiscalización y acompañamiento de la provisión de servicios, queremos ver si ponemos un buzón de denuncias que se abran que se discutan o sea una forma que luego ojalá termine en empoderamiento una dirección desde la comunidad de los aspectos comunitarios de la salud, vamos a plantear eso una ley no creo, pero si formalizar esos espacios de participación local.”²¹⁷

El modelo incluyente en salud logró incidir en el valor de uso en torno a los servicios de salud y requirió adaptar procedimientos que culturalmente fueron aceptados desde un nivel local operativo. Se incidió en la norma que el modelo requirió para adaptar culturalmente un procedimiento médico como es la colocación de la bata para el examen ginecológico que permitió la aceptación de las usuarias para la revisión médica, este efecto del modelo es innovador. Una lidereza del movimiento indígena, quien ejerce el rol de auditoría de la atención materna por mandato legislativo señaló lo siguiente:

“Consideremos que se han dado algunos pasos, por ejemplo en Sololá, a partir de los monitoreos se han hecho las propuesta para que las mujeres puedan usar batas pero no como las tradicionales y el hospital mando hacer de acuerdo a su cultura las batas, estos aspectos contribuyen de alguna manera y las autoridades y nosotros encontramos un grupo para hacer un dialogo de los cambios en salud.”²¹⁸

²¹⁶ Ídem.

²¹⁷ Ídem.

²¹⁸ Ídem.

La aceptación del modelo tuvo dos tipos de barreras. En primer plano las que se construyen en torno a los actores secundarios dentro de la estructura jerárquica de profesionales de los servicios de salud en el nivel departamental, dado que la innovación del MIS fue en los aspectos normativos y programáticos con apoyo de financiación internacional. El segundo plano fue el empoderamiento de la población como usuarios de un modelo que se inspiró en una meta-norma que se fundamentó en la cobertura universal con base en el derecho a la salud: el coordinador de salud de uno de los primeros distritos lo comentó:

“El modelo ha costado como remar contra la corriente y el celo profesional es muy fuerte con buenas experiencias con este tipo de modelo, porque no decir conjuntemos esfuerzos y vemos como capacitamos a la gente en extensión de cobertura, los trabajadores tienen bien la luz con base a los programas que tienen que hacer en los programas.”²¹⁹

Los retos del MIS para alcanzar los objetivos de la planificación en el nivel táctico operativo se fundamentaron en llevar los aspectos de tipo normativo a la institucionalización del modelo. El contexto en el cual se dio fue sobre la base de los servicios existentes con el personal que devino de los modelos tradicional o de extensión de cobertura, con lo cual se debió planificar la reorganización del personal, sus funciones en un nuevo marco de entrega de servicios a la población que representó retos desde el nivel de las interacciones entre actores del mismo nivel, dado que el modelo llevó personal de salud capacitado para operar en nuevos contextos sociales:

“El modelo tiene dos palabras la INSTITUCIONALIZACIÓN hacer lo que la norma dice y la REORGANIZACIÓN que requiere la redistribución del recurso humano para fortalecer con base a la movilización del recursos humanos que permita hacer su trabajo sin que afecte la parte legal.”²²⁰

El enfoque cultural que propuso el modelo representó la modificación de normas en las cuales históricamente se fundamentaron los servicios del primer nivel de atención como fue el modelo biologicista de tipo occidental donde el aspecto

²¹⁹ Entrevista con coordinador de salud de nivel municipal (Mun_F_PresSer_1)

²²⁰ Entrevista con coordinador de salud de nivel municipal (Mun_H_PresSer_1)

etnocéntrico del prestador de salud radicó en ser el poseedor del conocimiento de curación con base en los protocolos y guías contenidas en los manuales del primer nivel de atención. La llegada del modelo incluyente en salud fue un reto para cambiar de paradigma en el cual la horizontalización e inclusión de los saberes entre lo ancestral, cultural y popular fue relevante para operar las normas de procedimiento programático en el nivel táctico operativo. El siguiente relato lo develó:

“Si hablamos como terapeutas a los sacerdotes maya, lo que hemos aprendido es mucho la espiritualidad a través del sacerdote maya con todos los demás allí si estamos fuera de, ya cuando comenzamos a captar la idea y la conocimos y comenzamos a tener ese intercambio social con esas personas era la idea de hacer esto una ciencia pues evidentemente nosotros lanzamos la idea de hacer definiciones de caso para poder dar un diagnóstico.”²²¹

Al recabar información en la región de donde se indagó sobre el modelo incluyente al respecto del valor de uso del terapeuta tradicional como actor secundario que tuvo un rol definido por las normas del modelo, se requirió un análisis particular en cuanto a la aceptación y valor de uso que tuvo el terapeuta tradicional que subyació a la llegada del MIS. La estrategia táctica operativa se basó en una norma constitutiva que define a los actores dada una estructura social de relaciones apoyada en los patrones culturales independientemente de las prestaciones de servicios de salud públicos. La llegada del MIS representó establecer transacciones entre actores que fueron desarrolladas en un clima de cordialidad. Un médico del primer nivel de atención lo describió:

“La relación con los terapeutas tradicionales si hubo una situación de cordialidad en las reuniones se organizaban por el supervisor de PCOS de los programas comunitarios, siempre hubo un ambiente agradable incluso el puesto de salud ponía galletas y atol.”²²²

La aceptación del modelo desde el nivel internacional significó su expansión en otros países de la región y la sostenibilidad de financiación por distintas agencias de cooperación internacional al modelo instaurado en Guatemala. La aceptación

²²¹ Ídem.

²²² Entrevista con médico de puesto de salud de nivel municipal (Mun_I_PresSer_1)

del modelo en las comunidades y familias se relacionó con la pertinencia cultura y el criterio de interculturalidad que incluyó a los Terapeutas Tradicionales en los prestadores de servicios de salud en el modelo. Existió reticencia contra el enfoque de interculturalidad por la contraposición que existe entre los distintos saberes el tradicional y el biomédico occidental. El derecho a la salud empoderó a los trabajadores en la mejora de la calidad de la atención y en la organización social en salud les empoderó de la auditoría social para la mejora de condición de servicios de salud.

Tabla No. 28
**Resumen de las características de entrega de servicios del modelo
incluyente en salud con base a la percepción de los entrevistados.**

Característica del modelo

- se basó en una investigación antropológica que identificó los saberes ancestrales sobre la representación de la enfermedad y las terapéuticas.
- actuó como un modulador entre las prácticas de la medicina occidental y las prácticas de sanación local.
- incidió como estrategia de atención que requirió de plasticidad para adaptarse a las condiciones locales.
- la capacidad del trabajo en terreno mostró que fue limitado para atender las demandas.
- tendencia híbrida de su planteamiento por la coexistencia con el déficit de presupuesto del sistema oficial.
- la inclusión del Terapeuta Tradicional TT para establecer una relación horizontal entre los prestadores.
- el TT disminuyó la brecha de desigualdad, y favoreció la aceptación de los programas oficiales de salud.
- integró a los TT en el marco de un sistema de referencia y contrarreferencia local.
- incluyeron los protocolos terapéuticos en sus contenidos con los aspectos culturales de nivel local.
- el rol del TT en la toma de decisiones se materializó en los programas comunitarios e individuales.
- recopiló los saberes tradicionales locales de los diversos TT con el objeto de documentar y capacitar.
- el derecho a la salud se difundió por medio de la participación social organizada en la localidades.
- la organización social promovió la auditoría social en la entrega de servicios salud.
- irrumpió con este tipo de programas de derechos a la salud en una sociedad con ausencia del Estado.
- la entrega de servicios con pertinencia cultural se basó en el derecho a la salud.
- el derecho a la salud con pertinencia cultural fue una acción para disminuir las inequidades en salud.
- los prestadores de servicios operaron el contenido de los derechos humanos para la defensa de la mujer.
- la inequidad en el acceso a servicios de salud para la mujer fue un tema prioritario.
- las relaciones entre hombres y mujeres se distinguieron por un machismo caracterizado en el poder que tuvo el hombre en cuanto a la toma de decisión para asistir a los servicios de salud.
- la disminución de la brecha de desigualdad en el acceso a los servicios por una connotación de género.
- el capital humano en salud se integró en la estructura de referencia y contrarreferencia.
- con las características demográficas se creó mapas según grupos étnicos entre hombres y mujeres
- diseño de estrategia contra la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la prevención de la drogadicción.
- Innovó con “la red de vigilancia” para el apoyo de las familias y comunidades.
- el censo evaluó las acciones de prevención en el manejo de recursos locales.
- hacer frente al vacío de cobertura que dejó el modelo de extensión de cobertura.
- se logró una mejor cobertura de la atención del parto institucional.
- el éxito se basó en las capacidades y competencias del personal para la entrega de servicios con base en el marco conceptual del modelo.
- supervisión en los tres programas de entrega de servicios, para ello empleó instrumentos de seguimiento.
- evaluar constantemente el cumplimiento de la norma en el nivel de actores de interés.
- la falta de estabilidad laboral del personal sanitario.
- fundamental para la rendición de cuentas.
- factor interno que no permitió el funcionamiento de la organización local en salud obedeció a patrones culturales de tipo económico y la falta de normativas de regulación desde el nivel central.
- las estrategias locales para paliar la falta de recursos económicos asignados por el Estado se enfrentó desde la organización local en salud con colectas de dinero.
- los comités de salud no estuvieron presentes en todas las comunidades.

Fuente: Elaboración propia tomado de la sección 5.3.3.1.

Tabla No. 29

Resumen de las características de los resultados del modelo incluyente en salud con base a la percepción de los entrevistados.

Característica del modelo

- tuvo retos por superar en comunidades en las que el arraigo de población de pueblos originarios supera el 95%
- la asistencia del control prenatal desde el trabajo de la comadrona con la articulación del personal técnico en la comunidad tuvo alcances limitados.
- el segundo plano fue el empoderamiento de la población como usuarios de un modelo que se inspiró en una meta-norma que se fundamentó en la cobertura universal con base en el derecho a la salud:
- la innovación del MIS fue en los aspectos normativos y programáticos con apoyo de financiación internacional.
- las claves para transformar el sistema de salud en la región de América Latina desde la APS renovada se ha promovido en 3 países de la región con este modelo.
- se registraron aptitudes negativas frente a la inclusión del terapeuta tradicional en el momento que el modelo trató de introducir las acciones del programa materno del nivel oficial.
- la trama de intereses políticos se orientó en la sostenibilidad de un clima de impunidad en el país dirigido desde la presidencia de la República.
- el modelo propendió hacer los programas verticales en una modalidad horizontal existieron procedimientos e instrumentos que, desde el nivel central, requirieron acciones precisas como el registro de las cuatro consultas durante el embarazo.
- la mujer se identificó mejor de abrir información privada con la figura de una comadrona
- uso en torno a los servicios de salud y requirió adaptar procedimientos que culturalmente fueron aceptados desde un nivel local operativo.
- el planteamiento conceptual y táctico, colocó como eje integrador el derecho a la salud.
- el derecho a la salud se consideró desde la gobernanza como una meta-norma que se interioriza en el modelo y desde este se constituye en una norma regulativa.
- el modelo logró empoderar a los trabajadores sanitarios en su calidad de actores secundarios para la capacitación en derecho a la salud.
- el empoderamiento de la auditoría social como herramienta de presión social y medio para la rendición de cuentas en las zonas postergadas.

Fuente: Elaboración propia tomado de la sección 5.3.3.2.

Conclusión de capítulo.

El capítulo se elaboró con base a información documentada de los tres modelos para ubicar el contexto sobre el cual se desarrolló el análisis de los datos de recabados en las entrevistas. La información se presentó con base a una estructura en la cual de acuerdo con los **insumos de los programas** de cada modelo se cotejo con los **resultados** que emergen en el análisis de las categorías teórica y emergen con base a las relaciones que se construyeron entre los códigos y subcódigos aplicados en el análisis. El programa informático Atlas Ti tiene una herramienta de análisis que permite construir redes (*Networks*) semánticas de tal forma que para cada modelo de entrega de servicios se construyó una red. La presentación de los resultados del análisis se reforzó con textos recuperados de las entrevistas cuyo contenido fue seleccionado como ejemplo de contenido. El análisis fue reforzado con base a literatura científica

que da cuenta de hallazgos similares esto con el objeto de dar una consistencia técnica de triangulación, entre lo observado por el investigador, el hallazgo de las entrevistas y la literatura revisada.

El modelo tradicional mostró una capacidad de resolución deficiente que no incidió en mejora de la ineficiencia en el acceso a los servicios de salud, no trata los aspectos de interculturalidad y pertinencia cultural acorde a los contenido que el Ministerio de Salud promueve para las comunidades de grupos étnicos mayas. El modelo de extensión de cobertura desde su creación que se consideró como “innovador” por expertos internacionales no se tuvo a la vista evidencia científica sobre el impacto de reducción en las inequidades de acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención; el modelo se instrumentalizo por los gobiernos que promovieron política populistas con un rechazo de la población por la deficientes entrega de servicios de salud. El modelo incluyente en salud fundamento la entrega de servicios en tres principios: la interculturalidad, género y salud y el derecho a la salud, innovo con la inclusión de los terapeutas tradicional en la cartera de servicios e integro en el sistema de referencia y contra referencia. La aceptación del modelo incluyente cobra importancia en las comunidades y la cooperación internacional.

En el siguiente capítulo se elaboró con la aplicación del Marco Analítico de Gobernanza que empleó cuatro de las cinco categorías propuestas por Hufty: 1) Problema, 2) Actores sociales, 3) Normas y, 4) Procesos.

Capítulo 6. Análisis de la Gobernanza.

En este capítulo se recuerda y aplica, desde los aportes de Hufty (2010), el Marco Analítico de Gobernanza (MAG) basado en cinco categorías: 1) Problema, 2) Actores sociales, 3) Normas, 4) Procesos y 5) Puntos nodales. La discusión se basó en la triangulación de información registrada en las entrevistas semiestructuradas individuales y de grupo, además de las observaciones de campo realizadas por el investigador. Otro nivel de técnica aplicada en la discusión fue la triangulación de los hallazgos confrontados con literatura científica que permite dar mayor solidez a los hallazgos del trabajo de campo. Desde el enfoque sociológico se planteó la discusión de los hallazgos con base en el marco interpretativo de las categorías de: 1) el género desde el rol de las mujeres implicadas en la organización social y la atención de los temas prioritarios de salud materna, 2) la interculturalidad en los modelos de entrega de servicios del primer nivel de atención en salud y, 3) la participación social en salud.

6.1. Deconstrucción y reconstrucción del problema desde el enfoque sociológico.

Hufty (2009) señala que el problema como categoría de análisis en la gobernanza establece que cada actor social construye una percepción distinta del mismo problema, entre ellos el propio investigador, como un observador que trata de comprender el problema. Agrega Hufty que, para cada actor social se deben identificar sus propios intereses, su historia y su cultura, además de observar la lucha de poder que se establece entre los actores. Para el problema que se planteó en esta tesis doctoral se hizo un hilo conductor con respecto a la dotación de los servicios del primer nivel de atención. Recabando información desde la perspectiva de los actores estratégicos, quienes tienen capacidad de movilizar recursos para el funcionamiento del modelo de atención bajo estudio y de los actores pertinentes con fuerte influencia en la toma de decisiones.

Como se expuso antes, en el capítulo 1.4 sobre los modelos del primer nivel de atención en la reforma del sistema de salud (Flores, 2008), las condiciones del contexto internacional que propiciaron el surgimiento de modelos “innovadores”

(La Forgia, 2005) apoyados en preceptos de tipo universal como fueron los emanados desde la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud, formulan que: “La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.” (OPS /OMS, 1978, pág. 1).

La Reforma del sistema de salud posterior a 1996 se caracterizó por el inicio de las políticas económicas neoliberales recomendadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional que orientaban a la tercerización de contratos para la dotación de servicios de salud (Banco Mundial, 1993). Esto dio origen al incremento de las ONG médicas responsables en la entrega de servicios en las comunidades más postergadas.

Como se señaló en el análisis del modelo de extensión de cobertura, la problemática de inequidad en el acceso a los servicios de salud se relacionaba a la desigualdad de tipo económica de las comunidades rurales donde las oportunidades de acceso a los servicios se encontraron limitadas por la inexistencia de infraestructura y personal sanitario. Al respecto, Barrilas (2004) presenta la experiencia de la descentralización en salud y las reformas del sistema de salud en Guatemala, las cuales centran sus conclusiones en abordar los aspectos de la política en salud. La gobernanza permite conocer los procesos inmersos en la trama de actores que explican los resultados que suceden de la política en salud, pero no se centra en el estudio de la política en salud, solo en los resultados.

La condición social y económica de las comunidades bajo estudio mostraron, en mayor proporción, población de pueblos originarios dedicados a la actividad económica campesina, en las cuales predomina la economía de subsistencia. Las oportunidades de educación escolarizada son limitadas y alcanzan a cubrir los primeros años de educación primaria en condiciones de infraestructura limitadas, con falta de profesores para cubrir cada año. Las comunidades visitadas del altiplano del país y la boca costa sur, incorporaron a su estilo de

vida familiar la migración en épocas de cosecha de caña de azúcar y algodón lo que provoca la deserción de los estudiantes.

Desde la lectura de los determinantes sociales de la salud se comprende la incidencia de los factores de tipo económico y social antes expuestos. La literatura apunala sobre la relación que tienen los determinantes sociales con el proceso de salud y enfermedad, que son materia de la sociología al discutir la desigualdad social como preámbulo en la limitación al acceso a los servicios de salud (USAID - Guatemala, 2006) (OMS, 2009) (Siegrist, 2011) (Palomino Moral, Grande Gascón, & Linares Abad, 2014).

El sistema de salud en Guatemala no tiene las condiciones de logística para establecer un control de quienes padecen problemas de salud crónicos como la tuberculosis pulmonar; además, los pacientes migran dejando la adhesión a los tratamientos que se dotan desde los servicios del primer nivel de atención en salud. Las condiciones imperantes de las necesidades económicas de la población campesina que migra hacen más restrictivo el acceso a los servicios por la mayor carga de vulnerabilidad económica que tuvieron las familias (Carpio Toia, et. al., 2018). El problema de abandono de tratamiento de la tuberculosis afecta a los pacientes con una mayor dificultad de acceso al tratamiento posterior acorde al riesgo de TB multidrogo-resistente (Reyes-Guillén, et. al., 2008) quienes se encuentra relacionados a determinantes sociales característico de población pobre y de extrema pobreza. La tesis doctoral discute los efectos de la exclusión al acceso a los servicios de salud, tema que se discute por organismos internacionales para la región de América Latina (OPS, 2003).

Durante el gobierno de la UNE, del 2008 al 2012, como parte de la llamada Reforma del sistema de salud, el plan de gobierno amplió los Puestos de Salud, Centros de Salud, Centros de Atención Permanente y los Centros de Atención Integral Materno Infantil, además de la infraestructura se fortaleció la contratación de personal sanitario (SEGEPLAN, 2008) (SEGEPLAN, 2009) (SEGEPLAN, 2010) (SEGEPLAN, 2011). La ausencia de dotación de servicios del primer nivel de atención desde el análisis de gobernanza sitúa el problema desde tres distintas perspectivas de los actores estratégicos identificados en el

mapa de actores (ver Tabla No. 25): a) Banco Mundial y Fondo Monetarios Internacional, b) Medicus Mundi Navarra y c) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Las comunidades postergadas del país, en las cuales se realizó el estudio, se caracterizan por tener limitado el acceso a los servicios de salud. En ese contexto, la llegada del modelo de extensión de cobertura y el modelo incluyente en salud fueron responsabilizados para la entrega de servicios del primer nivel de atención en salud, este hallazgo se discute por otros autores (Barrillas, 2004) (Flores, 2008). El sistema de salud en Guatemala, como se señaló en el capítulo 2.1, se caracterizó por la fragmentación de los servicios de salud en el primer nivel de atención.

La fragmentación y segmentación del sistema de salud en Guatemala para el modelo de extensión de cobertura mostró, en los primeros años, la oportunidad de alcanzar a más población. Con el tiempo esto se fue deteriorando y el imaginario de la salud se fue refrendado en los servicios auspiciados por el MSPAS de acuerdo con el retiro de fondos externos y la consecuente financiación del Estado guatemalteco, que fue debilitando los insumos, los medicamentos y el personal de campo. También el modelo incluyente en salud sufrió similares consecuencias; en un primer momento la fortaleza económica del modelo se debió a los fondos externos y, conforme el modelo trasladó la responsabilidad financiera a la Dirección de Área de Salud (DAS), el modelo entró en dificultades de tipo táctico, además de la falta de insumos y medicamentos.

El modelo tradicional mostró limitados alcances de trabajo comunitario, además de la constante movilización de recurso humano y la falta de insumos y medicamentos para la entrega de servicios. Ugalde y Homedes (2005) discuten el deterioro de las reformas neoliberales en el sector salud y cómo se fue deteriorando la aplicación de los principios económicos de rentabilidad y beneficio donde el Estado no tiene la función de producir bienes y servicios, sino

regular un mercado libre y competitivo, los autores analizaron datos de siete países²²³ de la región de América Latina en tres décadas.

El modelo tradicional representó para las poblaciones bajo cobertura un servicio para un segmento de la población con medios de movilización y proximidad a los establecimientos. Los determinantes estructurales, como vías de acceso, transporte público y distancia entre la comunidad y los servicios conforman los factores determinantes del acceso. Un artículo expone la discusión sobre la cobertura universal y el acceso efectivo en una definición que considere la oferta y la demanda de servicios lo que incluye la disponibilidad de recursos, una prestación de calidad y las barreras de la utilización (Fajardo-Dolci, Gutiérrez, & García-Saisó, 2015).

El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, como actores sociales estratégicos, promovieron para el caso de Guatemala en su informe sobre Desarrollo Mundial 1993, invertir en salud: “Por lo tanto, el financiamiento por el sector público de la asistencia clínica esencial se justifica en razón del alivio de la pobreza, y puede adoptar varias formas: subvenciones a los proveedores privados y las ONG que prestan servicios de salud a los pobres...[...]” (Banco Mundial, 1993, pág. 5). El experimento social del modelo de extensión de cobertura inició en Guatemala después de las recomendaciones económicas señaladas. La falta de acceso a los servicios de salud se convirtió en una justificación para expandir el llamado modelo neoliberal que en países como Chile y Colombia (Granados Toraño & Gómez Montoya, 2000) habían dado resultados a través de la tercerización de la entrega de servicios de salud.

En Chile, la desregulación y la privatización del sector salud impulsó a las ISAPRES (Institutos de Salud Previsionales) con una cobertura de un 35% de población, con el 50 % del gasto nacional de salud; mientras que, con el otro 50% del gasto nacional en salud se cubre al 65 % restante con el FONASA (Fondo Nacional de Salud). La inequidad es evidente. En Colombia se observa el aseguramiento y la provisión de servicios de un Programa Obligatorio de Salud

²²³ Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y República Dominicana.

(POS) afiliados en régimen contributivo o subsidiado dirigido a pobres, sin mediación cultural ni oportunidad de acceso al modelo de aseguramiento (Granados Toraño & Gómez Montoya, 2000).

Las características de los determinantes sociales del sistema de salud en Guatemala imperantes a finales de los años 90 (USAID - Guatemala, 2006) (Verdugo, 2002) están en concordancia con la política de la reforma del sistema de salud de los países de la región (Granados Toraño & Gómez Montoya, 2000). En Guatemala se dio la oportunidad de hacer un experimento donde se incorporó el accionar de las ONG médicas para la dotación de servicios del primer nivel de atención (La Forgia, 2005). Los efectos de la no aceptación de dicho modelo fueron evidenciados en la narrativa de los entrevistados dado que, para la población postergada del país por las condiciones de desigualdad en el acceso a los servicios de salud, se unieron los sentimientos de desprotección. Lo anterior se observó al comparar las comunidades bajo el modelo de extensión de cobertura con las poblaciones que tenían un acceso permanente del modelo de atención tradicional en sus localidades.

El actor estratégico (Hufty, 2010) Medicus Mundi Navarra corresponde a una ONG internacional quienes “creen firmemente que la salud es un derecho” con operaciones de proyecto en Bolivia, El Salvador, Guatemala, República Democrática del Congo, Mali, Ruanda y Senegal (Medicus Mundi, 2022). Para el caso de Guatemala tienen un aliado estratégico que en sus primeros años se llamó la Instancia Nacional en Salud (Verdugo, et. al., 2002) la cual concentró a diversas ONG del área de salud con un proyecto de atención en salud a nivel comunitario.

En el marco del desarrollo del llamado: “Proyecto implementación de un sistema de atención primaria en salud del primer nivel en tres distritos, con carácter piloto” se publicó en “Del dicho al hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente” en el año 2008 (Verdugo, et. al., 2008). La organización de las ONG llamada Instancia Nacional en Salud dio origen al Instituto de Salud Incluyente manteniendo los proyectos operativos de campo del modelo

incluyente en salud con los mismos patrocinadores de nivel internacional (Verdugo, et. al., 2002) (Instituto de salud incluyente, 2018).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como actor estratégico con capacidad de normar (MSPAS, 2018), se caracterizó por una débil gestión en la ejecución de su presupuesto sin tener un impacto importante en la disminución de las desigualdades de acceso a los servicios del primer nivel de atención en salud (Flores, 2008). Al observar el comportamiento de la entrega de servicios, el ministerio utilizó la modalidad de planificación de presupuesto histórico. El cual no atendió a la dinámica de crecimiento poblacional y a las prioridades en salud que surgieron en las comunidades rurales cuyas característica de infraestructura les hicieron presa de enfermedades controlables y prevenibles.

La comunidades rurales requerían de cambios en el acceso a servicios básicos como drenajes de aguas negras, acceso al agua potable, energía eléctrica y viviendas apropiadas. Las características anteriores deben contrastarse con el hecho de que Guatemala ocupa el puesto 127 de 189 en el Índice de Desarrollo Humano de 2019 (PNUD, 2022), la literatura sobre los determinantes sociales hace hincapié sobre la relación de las condiciones de vida, la calidad de vida y los procesos de salud-enfermedad (OMS, 2009).

Las necesidades en salud del primer nivel de atención radican en problemas prevenibles como son los infectocontagiosos, control de niño sano, control del recién nacido y el fundamental control del embarazo (MSPAS / OPS / OMS, 2016). El modelo tradicional fue funcional para atender con sus programas verticales las necesidades en salud, pero tuvieron la enorme limitación que las acciones operativas se circunscribieron a la infraestructura de puestos y centros de salud, que no atendieron a un volumen importante de población en el área rural.

La percepción del MSPAS como institución de máxima autoridad frente a la debilidad del sistema de salud en el país fue adoptar las recomendaciones de organismos como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Recomendaciones que darían una respuesta a las necesidades en salud, de allí

que las autoridades de los distintos gobiernos del periodo bajo estudio fueron firmando acuerdos que permitieron las operaciones de los modelos considerados como “innovadores” para la dotación de servicios del primer nivel de atención. El experimento social de operar los modelos fue bien recibido por la comunidad internacional, el capital semilla utilizado en las ONG médicas tuvo diversas fuentes de financiación y, en cierto momento, fue paulatinamente absorbido por el presupuesto del MSPAS.

En 1996 el gobierno de turno del Partido de Avanzada Nacional -PAN- había firmado los Acuerdo Paz (SEPAZ, 2007) con la guerrilla e iniciado la Reforma del Sistema de Salud caracterizada por la descentralización de los servicios de salud. El PAN intensificó la creación del marco regulatorio que permitiría el funcionamiento de las ONG como prestadoras de servicios de salud enlazadas con los servicios públicos destinados a la cobertura de las poblaciones postergadas al acceso de servicios de salud (Verdugo, 2002) (Barrillas, 2004).

En el escenario social de actores, el movimiento del Sindicato Nacional de Salud es un actor con un fuerte contenido simbólico (Hufty, 2010) en la demanda de la lucha de derechos de los trabajadores. La máxima dirigencia sindical consideró que la llegada del modelo de extensión de cobertura sería una posible respuesta a las necesidades de ampliar la cobertura de servicios del primer nivel de atención en el año 1996 (López, Arredondo, & Orozco, 2014). Sin embargo, con el paso del tiempo, esa posición de apoyo se convirtió en una voz crítica en oposición a los procedimientos que se emplearon para la contratación del personal de salud que operó bajo el modelo de extensión de cobertura. El modelo contrato al personal sanitario a destajo, sin prestaciones laborales, con serios atrasos en el pago de los salarios mensuales que, en ocasiones, fue de hasta 6 meses y sin cobertura de seguro social (seguro médico)²²⁴.

La Coordinadora Nacional de Extensión de Cobertura -CONEC- fue la máxima representación de las ONG médicas en el país. La CONEC tuvo la capacidad de incidencia política que les permitió actuar como un bloque de negociación con

²²⁴ Entrevista individual con líder sindical.

las autoridades de gobierno que desde 1996 a 2017 sucedieron con distintas ideas políticas, planes de gobierno y política pública en salud (USAID / OPS, 2007) (USAID / HFG, 2015). La trama de intereses entre actores fijó posiciones distintas con respecto a la dotación de servicios del primer nivel de atención en salud. Las ONG médicas tuvieron recursos de distintas fuentes, como la Unión Europea, USAID, el BM, el FMI y el BID. El flujo de fondos de distintas fuentes hizo, de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, un botín de oportunidades económicas que el modelo neoliberal impulsó con la tercerización de servicios del Estado (USAID, 2008).

La CONEC fue señalada por sus vínculos con diputados del poder legislativo dado que la aprobación del uso de fondos del Estado guatemalteco pasa por la comisión de finanzas donde el Congreso de la República juega un rol determinante en el cabildeo y aprobación de los recursos del Estado. Los fondos finalmente son operados por el Ministerio de Finanzas Públicas. Las redes de las ONG médicas generaron mercados regionales caracterizados por el poder que, en el nivel departamental, tuvieron algunos diputados quienes, se supo, eran parte de la elite de poder tras bambalinas.

Un profesional de planificación del Ministerio de Salud de nivel central develó que la expresión “doblete” se utilizó para connotar a las ONG médicas que hicieron uso de los recursos del Estado bajo contratos del modelo de extensión de cobertura y a la vez recibieron fondos de agencias internacionales a las cuales les entregaban los mismos datos de cumplimiento de metas. Este desorden fue señalado por evaluadores del programa de extensión de cobertura sin que fuera posible generar un sistema de rendición de cuentas.

Como se observa frente a la necesidad social de un mismo problema de tipo sociológico, como es la desigualdad de acceso a los servicios de salud (Houghton, Báscolo, & Del Riego, 2020) que imprimen afectos directos en la familia, el individuo y la comunidad, se sobre pusieron los intereses de grupos cuyos objetivos fueron distintos. Además la forma de afrontar la problemática no tuvo un ente regulador que canalizara la articulación de los actores sociales de forma coherente. Con el paso del tiempo los conflictos de tipo social como la

expulsión de las ONG médicas de las comunidades, la desactivación de acciones programáticas y el rechazo manifiesto a la forma limitada del abastecimiento de medicamentos, se unió la posibilidad de activar la participación social en salud.

La representación social de la entrega de servicios del primer nivel de atención en las comunidades creó procesos de tensión de distintos niveles por la percepción de los comunitarios. Los comunitarios frente a la ausencia de servicios tuvieron una relativa respuesta que se dio en condiciones limitadas de recursos debido a la falta de un presupuesto robusto lo cual fracturó, de manera intermitente, la falta de personal sanitario para operar los programas sanitarios en el primer nivel de atención. La falta de insumos y medicamentos para proveer a la población de tratamientos oportunos y las malas condiciones forman parte de un estado de normalidad en el cual se sucede la gestión. Otros autores presentan resultados similares sobre el desabastecimiento del sistema de salud (López, Arredondo, & Orozco, 2014) (Becerril-Montekio & López-Dávila, 2011) (Flores, 2008) (Estrada Galindo, 2008).

El sistema de salud fue confrontado por las organizaciones sociales quienes reivindican el derecho a la salud. Entre ellas se observaron los grupos de mujeres quienes auditaron los servicios a la niñez y la mujer (Observatorio en Salud Reproductiva, 2022). Esto se pudo considerar como uno de los hitos con mayor peso de escala política y social, que permitió la denuncia de tipo social frente a las debilidades del sistema de salud observables en el primer nivel de atención donde participa la Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva, la Nutrición y la Educación -ALIANMISAR- (Alianmisar, 2022). Esta tesis doctoral confrontó el planteamiento teórico del modelo de extensión de cobertura con lo sucedido en las comunidades. Al respecto los autores Báscolo, Houghton y Del Riego (2018) presentan resultados sobre la transformación de los sistemas de salud en América Latina en lo que respecta a Guatemala sus resultados sobre el bajo efecto del fortalecimiento del primer nivel de atención en salud se constató con nuestros hallazgos.

Conclusión.

Desde la categoría de **problema** se analizó los roles que tomaron los actores estratégicos quienes mostraron distintos intereses frente a la inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención. Los organismos internacionales promovieron las políticas neoliberales con financiación de la subcontratación de ONG médicas para la dotación de servicios sanitarios. La CONEC lideró los intereses de tipo político y económico para la negociación de los contratos de ONG médicas, fenómeno que se observó durante la existencia del modelo de extensión de cobertura. La sociedad civil representada en los grupos de mujeres organizadas fue un hito social y político que logró espacios de reconocimiento para la fiscalización de la política sanitaria en temas prioritarios de la atención materna y la niñez.

Los movimientos sindicalistas de salud no lograron reivindicar los derechos de trabajadores del modelo de extensión de cobertura por estar en el marco de contratación laboral fuera del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Los trabajadores del modelo de extensión de cobertura laboraron sin derecho a pensión de retiro y garantías de seguridad social que tienen los trabajadores en Guatemala. La decadencia del modelo de extensión de cobertura sufrió el rechazo de las comunidades bajo su cobertura y la falta de respaldo político del Congreso de la República que retiró los fondos del presupuesto del Estado. El imaginario social de mejorar la inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención con un modelo considerado “innovador” fue un experimento de tipo social que tuvo un impacto negativo.

6.2. Actores en la dotación de servicios del primer nivel de atención en Guatemala.

La categoría de actores en el MAG se centró en la descripción de las relaciones e influencias que sucedieron entre los actores sociales en torno a los modelos de dotación de servicios del primer nivel de atención en salud. El empleo de la herramienta de PolicyMaker se basó, en primer lugar, en los registros de fuentes

secundarias que documentaron el hecho atendiendo al análisis de las políticas de gobierno enfocados a la Atención Primaria en Salud en los servicios del primer nivel de atención presentado en el capítulo 3. En segundo lugar, se basó en la recuperación de contenido, en las entrevistas que dan cuenta de la influencia y relaciones de actores en el terreno de campo, elemento que permitió contrastar en el nivel empírico de este estudio de tipo sociológico los contenidos de la política.

Existen estudios que refuerzan el uso de este tipo de metodología aplicada en el análisis de actores en temas de gobernanza y salud (Arredondo, Orozco, & Castañeda, 2005) (López, Arredondo, & Orozco, 2014) (Díaz Castro, et al., 2016). El mapa de actores sociales presenta la caracterización de grupos, individuos e instituciones quienes mostraron un potencial de capacidad de incidencia social y política en las metas de la política o de alguna forma tuvieron el potencial de acciones que les vincularon con los modelos de dotación de servicios del primer nivel de atención.

Como se describe en la tabla 30 para esta tesis doctoral se plantearon cinco metas de tipo político para establecer las relaciones e influencias en el mapa de actores. La formulación de la política se hizo con base en los hallazgos de campo expuestos en el capítulo 5 que muestra las categorías emergentes para explicar los aciertos y las dificultades que los modelos tuvieron como resultados en la interacción con los usuarios de servicios.

Tabla No. 30

Formulación de metas para el análisis de actores en los modelos del primer nivel de atención en salud.

Política Política para combatir las inequidades en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención en Guatemala.
Meta

Meta 1	Ampliar la red de servicios del primer nivel de atención en salud.
Meta 2	Fortalecer el recurso humano en temas de derechos a la salud, pertinencia cultural y género.
Meta 3	Fortalecer las capacidades de gestión de los funcionarios de nivel medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
Meta 4	Planificar intervenciones intersectoriales en infraestructura en pro de las mejoras de condiciones de vida en las poblaciones postergadas.
Meta 5	Fortalecer la participación social en salud en las comunidades del área rural.



















































Fuente: Elaboración propia para construir el mapa de actores sociales.

El dato para la matriz de análisis utilizó información recabada en las fuentes documentales que construyeron el contenido político con base en una descripción de la evolución de los procesos políticos y las entrevistas de campo. La matriz organizó la información de acuerdo con el: nombre del actor, nivel geográfico, sector, posición y poder.

En cuanto a la valoración de la Posición y Poder, se empleó el programa PolicyMaker versión 4.0 con base en preguntas preestablecidas las cuales respondí con base a la información de fuentes documentales y las respuestas de las entrevistas realizadas individuales y grupales. Para clasificar la valoración se hizo con base los criterios: a) La posición baja significa que el compromiso del actor es mínimo o nulo y, b) la posición alta significa un compromiso total del actor. El poder se valoró en una escala de alto, medio o bajo con base a los siguientes criterios de poder en los recursos financieros y administrativos, acceso al proceso de toma de decisiones, y sus relaciones formales e informales con otras partes interesadas. (Reich & Campos, 2021)

Como se indica en la tabla 31 el mapa de actores identificó tres niveles que se organizan por su importancia en las decisiones de tipo político y la capacidad de movilización de recurso para incidir en la mejorar la inequidad en el acceso a los servicios del primer nivel de atención en salud: a) nacional, b) departamental y, c) municipal en los cuales se describieron las influencias de los actores sociales con respecto a la posición que tuvieron frente a la política y las fuentes de poder. Se observó que, 5 de los actores se encontraron en el sector gubernamental, de los cuales 3 correspondieron al nivel departamental; en el sector social se encontraron 5 actores en el nivel nacional y municipal; el sector gubernamental cuenta con 5 actores en los tres niveles; el sector ONG internacional cuenta con 2 actores en el nivel nacional; y el más frecuente fue el sector político con 7 actores en los tres niveles.

Tabla No. 31
Mapa de actores de la política para combatir las inequidades en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención en Guatemala.

Nombre del actor	Nivel	Sector	Posición	Poder
Autoridad MSPAS	Nacional	Gubernamental	 Medio apoyo	 Alto
Congreso de la República	Nacional	Político	 Medio oposición	 Alto
Coordinadora Nacional de Extensión de Cobertura	Nacional	Social	 Bajo apoyo	 Alto
Diputados Nacionales	Nacional	Político	 Bajo apoyo	 Alto
Industria farmacéutica	Nacional	Privado	 Alto oposición	 Alto
Medicus Mundi Navarra	Nacional	ONG Internacional	 Alto apoyo	 Alto
Medios de comunicación	Nacional	Media	 No movilizado	 Bajo
ONG médicas	Nacional	ONG Internacional	 Alto apoyo	 Alto
OPS sede Guatemala	Nacional	Sistema un	 Alto apoyo	 Alto
Organismo de la Cooperación Internacional	Nacional	Sistema un	 Media apoyo	 Alto
Partidos Políticos	Nacional	Político	 Alto apoyo	 Alto
Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud	Nacional	Social	 No movilizado	 Alto
Consejo Departamental de Desarrollo	Departamental	Político	 Bajo apoyo	 Medio
Diputados departamentales	Departamental	Político	 Alto oposición	 High
Dirección de Área de Salud	Departamental	Gubernamental	 Alto apoyo	 Medio
Gobernación Departamental	Departamental	Gubernamental	 Bajo apoyo	 Medio
Hospital Nacional	Departamental	Gubernamental	 No movilizado	 Bajo
Instituto de Salud Incluyente en Salud	Departamental	Local No-Gubernamental	 Alto apoyo	 Alto
Consejo Comunitario de Desarrollo	Municipal	Social	 Alto apoyo	 Bajo
Consejo Municipal de Desarrollo	Municipal	Político	 Bajo apoyo	 Bajo
Consejo Técnico de Distrito Municipal de Salud	Municipal	Social	 Alto apoyo	 Bajo
Coordinador de Distrito Municipal de Salud	Municipal	Gubernamental	 Medio apoyo	 Bajo
Gobiernos municipales	Municipal	Político	 Bajo apoyo	 Medio
ONG del Programa de Extensión de Cobertura	Municipal	Local No-Gubernamental	 Bajo apoyo	 Medio
Organización Social Local en Salud	Municipal	Social	 Alto apoyo	 Bajo

Fuente: Elaboración propia con base en el programa PolicyMaker versión 4.



























De acuerdo con el mapa de actores en la tabla 31 se observa que 10 de los 12 actores del nivel nacional tuvieron más alto poder con respecto a los actores de nivel departamental y municipal; sin embargo, solo cuatro de ellos apoyaron de manera significativa la movilización de recursos para generar impacto en la expansión de los modelos de extensión de cobertura e incluyente en salud con acciones de evaluación y cabildeo para la asignación de recursos.

En el caso del modelo de extensión de cobertura, a pesar de las fuertes críticas de las comunidades por el incumplimiento programático de los equipos básicos de salud en la entrega de servicios en las comunidades, se recabó información sobre el solapamiento de tipo político para continuar desde el año 1996 hasta el año 2016 con la financiación del modelo. Los actores implicados fueron la Coordinadora Nacional de Extensión de Cobertura y Diputados departamentales con intereses económicos en la dirección de las ONG médicas locales. Al respecto de nuestros hallazgos, Flores (2011) presenta un trabajo pionero en el contexto de Guatemala sobre los actores que influyen en el proceso de decisión en la política y el sistema de salud que es concordante con nuestro análisis.

Desde el análisis de gobernanza se privilegia a los actores de tipo estratégico (Prats, 2001) (Hufty, 2009) por la capacidad que tienen de incidencia en la regulación del proceso de gobernanza y la capacidad de movilización de recursos que se relaciona a la fuente de poder. En la tabla 32 se presentan los resultados para identificar a los actores estratégicos con los criterios sistematizados de la herramienta de PolicyMaker con base en los postulados de Prats sobre los actores estratégicos.

Tabla No. 32

Actores estratégicos en la política para combatir las inequidades en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención en Guatemala.

Nombre de actor	Nivel	Sector	Posición	Poder
Autoridad MSPAS	Nacional	Gubernamental	 Apoyo medio	 Alto
Congreso de la República	Nacional	Político	 Oposición media	 Alto
Coordinadora Nacional de Extensión de Cobertura	Nacional	Social	 Apoyo bajo	 Alto
Diputados Nacionales	Nacional	Político	 Apoyo bajo	 Alto
Industria farmacéutica	Nacional	Privado	 Oposición alta	 Alto
Medicus Mundi Navarra	Nacional	Internacional NGO	 Apoyo alto	 Alto
ONG' médicas	Nacional	Internacional NGO	 Apoyo alto	 Alto
OPS sede Guatemala	Nacional	Sistema un	 Apoyo alto	 Alto
Organismo de la Cooperación Internacional	Nacional	Sistema un	 Apoyo medio	 Alto
Partidos Políticos	Nacional	Político	 Apoyo alto	 Alto
Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud	Nacional	Social	 No movilizado	 Alto
Diputados departamentales	Departamental	Político	 Oposición alta	 Alto
Instituto de Salud Incluyente	Departamental	Local No Gubernamental	 Apoyo alto	 Alto

Fuente: Elaboración propia con base en el programa PolicyMaker versión 4.

Con base a los resultados presentados en la tabla 32 se muestra que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el responsable de asignar y ejecutar el presupuesto del Estado asignado en salud con un alto poder en el nivel nacional. La movilización de recurso fue media al observar que existe un volumen de población importante sin acceso a los servicios de salud. Se documentó que el sistema de salud en el primer nivel de atención fue aprobando su funcionamiento por el hecho que frente a la urgente necesidad de servicios en salud, los modelos fueron un paliativo en las comunidades con mayores necesidades. La publicación de USAID / HFG (2015) presenta las distintas fuentes externas de financiación del sistema de salud donde se observa que la inversión de los organismos internacionales se emplea en el área rural.

En la tabla 32 se observa que la máxima autoridad del sector salud le corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de acuerdo con el contenido del Código de Salud en el artículo 10. Coordinación del sector señala que entre sus funciones se encuentran la “b) Coordinación intra e intersectorial. El Ministerio de Salud, para cumplir con la función de coordinación dentro del sector y con los otros sectores, suscribirá acuerdos y convenios, tanto a nivel nacional como local, así como con organismos internacionales.” (Congreso de la República de Guatemala, 1997, pág. 4). Desde esa función de coordinación es el actor con mayor influencia en todos los niveles. Su nivel de poder le permite la planificación del presupuesto en salud, sin embargo, el Ministerio de Salud como ya se documentó tiene uno de los presupuestos en salud del PIB más bajos de la región.

Un dato relevante que se observa en la tabla 32 se relaciona con el bajo presupuesto de inversión en el crecimiento de la infraestructura en zonas donde la desigualdad, en cuanto al acceso a los servicios del primer nivel de atención, son una urgencia para los pobladores. En tal sentido, la capacidad para movilización de recurso se encuentra limitada desde el Congreso de la República donde se aprueba la asignación del presupuesto en salud anual. Otros autores enfocados en el análisis económico de salud evidencian el déficit de inversión asignado en el gasto público en salud (USAID - Guatemala, 2006) (CESR/ICEFI, 2009) (OPS, 2021).

Figura No. 6

Mapa de posiciones de los actores de gobernanza en torno a la política para combatir las inequidades en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención en Guatemala.

Alto apoyo	Medio apoyo	Bajo apoyo	No-movilizado	Baja oposición	Media oposición	Alta oposición
ONG' médicas	AUTMIS	Coordinadora N	SinNac		CONREP	IndFar
MMN	OrgCoo	DipNac	MedCom			DipDep
OPSGua	CDMS	GobDep	Hospital Nacional			
ISIS		GobMun				
Partidos Políticos		OngPec				
DAS		Codede				
OSLS		COMUDE				
CTDMS						
COCODE						

Fuente: Modificado de la figura original de PolicyMaker 4.0.

Como se observa en la tabla 32 y figura 6 el nivel de influencia de la Coordinadora Nacional de Extensión de Cobertura como actor estratégico logró una fuente de poder alta con limitado apoyo en su incidencia para llevar como organización social de las ONG médicas una propuesta normativa que regulara su funcionamiento con mayor solidez en el sistema de salud. Las alianzas construidas entre el Ministerio de Salud con los sectores de partidos políticos y los diputados fueron coyunturales diferenciadas por regiones departamentales que se basaron en: a) los intereses de tipo económico y b) la forma clientelar de administrar la cartelera de contrataciones de personal gerencial y administrativo con el uso de los fondos del Estado. Ambas alianzas afectaron a los tres modelos, en tanto que los mismos tuvieron dependencia con el mismo engranaje económico que reguló las contrataciones de personal sanitario.

De acuerdo con los datos presentados en la tabla 32 y figura 6 se observa que las acciones derivadas desde el nivel departamental por parte del CODEDE fueron las de mayor peso e incidencia social, en la conformación de las comisiones de salud en los municipios de Huehuetenango. El CODEDE fue un actor secundario que tuvo poder y capacidad de asignar recursos en proyectos de desarrollo y salud; sin embargo, la trama de intereses y confluencia de actores

de distintos niveles incidieron en priorizar los proyectos que fueron de obra gris, como por ejemplo, las canchas de deporte, calles adoquinadas, drenajes, etc. Se observó que los temas de salud fueron relegados a los actores estratégicos vinculados a la estructura jerárquica del Ministerio de Salud por ejemplo: a) la Dirección de área de salud en el nivel departamental, b) la Coordinación distrital municipal de salud en el nivel municipal y, c) el puesto o centro de salud en el nivel local.

De acuerdo el mapa de posiciones de actores presentado en la gráfica 6 se observa en el sector privado como único actor a la industria farmacéutica que, entre bambalinas, buscó la negociación de contratos directos con las direcciones de área de salud y, desde el nivel central, con la Autoridad del MSPAS. La oposición alta de este actor en favor de una política sólida para cerrar la brecha de la inequidad en el acceso a los servicios de salud se reflejó en las denuncias de tipo legal interpuestas en los concursos de adjudicación de contratos en la compra de medicamentos o insumos. Situación que provocó retraso en el abastecimiento en las direcciones de área departamental.

Como se presentó en el capítulo 5, el desabastecimiento de medicamentos desde el nivel central generó un efecto en cascada que se observó en los servicios de salud del primer nivel de atención. Este fenómeno que se originó desde el nivel central afectó directamente a los usuarios de servicios de los tres modelos de atención puesto que el suministro de los tres niveles provino de la misma fuente centralizada en el Ministerio de Salud (ver Tabla 31 y Figura 6).

En el mapa de actores de la tabla 32 se observa que los diputados departamentales con mayor influencia mostraron interés de tipo político y económico lo cual se observó en la alta rotación de los directivos de la Dirección de Área de Salud, por citar un ejemplo. En un periodo de 5 meses en el año 2012 hubo 3 directores de área en uno de los departamentos estudiados, esto sucedió por la falta de carrera laboral del funcionario público y la trama de influencias e intereses que sucedieron entre los actores ejecutivos y los políticos. El nivel de influencia del poder político posibilitó que los salarios fueran equiparables entre un profesional con maestría y un empleado de servicios de limpieza.

Otro caso fue el reemplazo de un profesional con grado de maestría por un empleado con un semestre de formación universitaria. Otra medida observada durante el gobierno de la UNE fue la influencia de los diputados departamentales, quienes apoyaron la saturación de personal en lugares próximos al casco urbano departamental, acción que fue en detrimento de la atención y calidad de servicios según se narró en los grupos de usuarios (ver Tabla No.31 y Figura No. 6).

En la tabla 32 se observa que la activación del modelo incluyente en salud se sucedió con el alto poder de Medicus Mundi Navarra que perteneció al sector de las ONG internacionales y aportó el capital semilla para desarrollar el modelo en los tres primeros municipios piloto y la sostenibilidad del modelo en su expansión en la boca costa y noroeste del país. El modelo de extensión de cobertura tuvo la movilización de recursos con el alto apoyo de las ONG médicas pertenecientes al sector local no gubernamental, esencialmente en las gestiones de fondos con cooperantes extranjeros. Cabe aclarar que el afromador incremento de las ONG médicas locales que tercerizaron la entrega de servicios del primer nivel de atención recibieron fondos directos del Estado.

Como se observa en la tabla 32 en el sector del Sistema de Naciones Unidas (Sistema UN) se identificaron dos actores estratégicos de alto poder en la movilización de recurso e influencia para la asistencia técnica internacional, que desde el inicio del modelo de extensión de cobertura suscitó expectativas, tanto al Banco Mundial, como al Fondo Monetario Internacional. Ambas agencias fijaron la tercerización de la dotación de servicios como un mecanismo del modelo neoliberal para agilizar las ineficiencias del Estado en la entrega de servicios.

Como se muestra en la tabla 32 el otro actor estratégico de este sector fue la OPS sede Guatemala como agencia que articuló en la agenda de cooperación internacional la asistencia técnica en políticas públicas y de planificación al Ministerio de Salud. Esta validación inicial del sistema debe comprenderse porque, de alguna forma, el modelo de extensión de cobertura tuvo una ampliación de cobertura del programa de vacunación con deficiencias de la gestión y calidad de los servicios. Al respecto Barrillas encontró hallazgos

similares sobre la falta de seguimiento del modelo que se observa en la gestión deficiente y entrega de servicios. Barrillas agrega, “[...]... y reconociendo que la evaluación de estos procesos no se realiza de forma sistemática... es pertinente insistir en la necesidad de establecer puntos de salida, metas y una escala para evaluar el grado de avance” (2004, pág. 24).

El Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud fue un actor estratégico que, en un primer momento del lanzamiento del modelo de extensión de cobertura, emitió una opinión positiva por los efectos en la disminución de la desigualdad en el acceso a los servicios en las áreas más necesitadas; fue un actor de alto poder, no movilizó recursos (Ver en la tabla 32). Debe puntualizarse que el sindicato no intervino en los aspectos gremiales a pesar de las demandas de trabajadores de las ONG médicas, puesto que su estatus no les permitió proteger a los trabajadores sanitarios por estar fuera de contratos firmados con el Ministerio de Salud.

El tipo de contratación temporal del personal sanitario también afectó a los otros dos modelos puesto que los trabajadores contratados por el sector público que, en gran medida, fueron la fuente de recurso humano para los dos modelos se contrataron de forma temporal. Este tipo de contratación no otorgó prestaciones laborales a los trabajadores, el efecto es una alta movilización de trabajadores quienes se ubican acorde a su conveniencia de residencia y relaciones clientelares para su reubicación. Este efecto fue más lesivo para el modelo incluyente en salud por el hecho de que el modelo invirtió recursos en la capacitación y formación del personal de campo el cual, un tiempo después de trabajar en las comunidades, rotó de un modelo a otro según la conveniencia de residencia del trabajador.

El Instituto Incluyente en Salud fue la organización que absorbió al personal gerencial de la Instancia Nacional en Salud. La capacidad de alto poder se denotó en la capacidad de gestión y fuentes de recursos que desde el año 2002 fueron en incremento con la cooperación internacional procurando la expansión del modelo en más municipios, mejorando el planteamiento en sus bases teóricas, metodológicas, operativas y de gestión. Esos avances se conocieron

en dos publicaciones que señalan una ruta para pensar en un modelo con capacidad programática en los tres niveles de atención (Medicus Mundi Navarra, 2013) (Instituto Nacional de Salud Incluyente, 2018).

Conclusión.

La categoría de **actores** requirió la elaboración de un mapa de actores sociales con el programa informático PolicyMaker que permitió la caracterización de grupos, individuos e instituciones quienes tuvieron capacidad de incidencia en la política de salud con los modelos de dotación de servicios del primer nivel de atención. El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional fueron dos actores estratégicos de alto poder en la movilización de recurso e influencia para la asistencia técnica internacional que impulsó la instalación de modelo de extensión de cobertura. Los actores estratégicos del Ministerio de Salud con vínculos con los modelos bajo estudio fueron: a) la Dirección de área de salud en el nivel departamental, b) la Coordinación distrital municipal de salud en el nivel municipal y, c) el puesto o centro de salud en el nivel local. Los actores antes citados dependían de la gestión de medicamentos del nivel central con lo cual el desabastecimiento en el nivel departamental y municipal conllevó a formar una imagen de ineficiencia en los actores del Ministerio de Salud.

El interés para mantener el modelo de extensión de cobertura en los años observados fue de la CONEC por los contratos de servicios médicos con el Estado y los Diputados departamentales tuvieron intereses de tipo económico y la forma clientelar de administrar las contrataciones de personal sanitario con los fondos del Estado que en algunos centros de atención generó la saturación de personal. El Ministerio de Salud en su rol de actor estratégico tuvo una limitada capacidad de movilización de recursos debido a la baja asignación del presupuesto del Estado que afectó la inversión para la ampliación de cobertura y mejora de la calidad de los servicios. La sociedad civil de mujeres organizadas como actor social fue un hito dentro del sistema de salud por el rol que alcanzó en la fiscalización y rendición de cuentas de los servicios de atención materna y niñez.

6.3. Interrelaciones entre actores del primer nivel de atención.

Desde el Marco Analítico de Gobernanza se propuso abordar a los actores estratégicos por su importancia en el manejo de recursos de poder que inciden en la formulación de marcos regulatorios o procedimientos para la toma de decisiones que afectan el sistema de salud en el primer nivel de atención. Desde el sistema de salud las interrelaciones de actores estratégicos se sucedieron en un marco de intereses económicos y políticos con el objeto de incidir en la inequidad del acceso a los servicios del primer nivel de atención en salud. Las transacciones entre las agencias de cooperación internacional orientaron la agenda de cooperación en temas como la participación social en salud en las comunidades con mayor inequidad con estrategias locales de intervención para estimular la organización de actores locales con liderazgo simbólico. Autores como Prats (2001) y Hufty (2010) indican la importancia de los actores con capacidad para la movilización de recursos y sugieren que para el análisis de gobernanza debe enfocarse en los actores estratégicos.

Desde el enfoque sociológico el estudio de redes sociales permite conocer las dinámicas que se conforman en el nivel comunitario donde los actores secundarios sin capacidad de movilización de recursos tienen mayor impacto en la resolución de necesidades en salud. Como por ejemplo la organización comunitaria para las campañas de vacunación, mejoras del medio ambiente, vacunación de caninos, construcción de letrinas, manejo de fuentes de agua potable, etc., acciones que inciden en las condiciones de vida. Los actores informales sin reconocimiento desde el sector gubernamental fueron la característica dominante en las localidades investigadas. Otros estudios corroboran la importancia de las redes sociales para la movilización de recursos locales en función de la atención de necesidades en la comunidad (Orozco, et. al., 2009) (López, Arredondo, & Orozco, 2014) (Fontes, 2018).

El personal sanitario de los equipos básicos de salud del modelo de extensión de cobertura se creó como una institución social de responsabilidad que fue siempre considerado como no pertenecientes al Ministerio de salud. Como se señala en el capítulo 5, la entrega de los servicios del primer nivel de atención

en las comunidades fue itinerante y se delimitó en función de cumplir con las metas de los 28 indicadores bajo contrato con el Ministerio de Salud. Como se indicó antes, el modelo de extensión de cobertura no logró satisfacer la demanda de atención con respecto a las necesidades en salud local. Se recabó información en las entrevistas acerca de los constantes conflictos en las comunidades inconformes y las ONG médicas locales que se tuvieron que retirar de las comunidades y rotar con otras. En tanto que la problemática obedeció, en muchas circunstancias, a la falta de insumos, medicamentos y recursos para movilizar a los equipos a las comunidades, siendo los tres aspectos problemas por la gestión ineficiente del nivel central, esto lo evidencian otros autores (Barrillas, 2004) (Flores, 2010).

En algunas comunidades se identificó a, las llamadas, comisiones de salud o comités de emergencia, fundamentadas en la organización social de base comunitaria enfocadas para la movilización de las mujeres con emergencia obstétrica y niños en estado de gravedad. El Técnico en Salud Rural es un actor de interés cuyas obligaciones de interacción con la organización social en salud le llevaron a la activación de las comisiones sin un marco normativo de apoyo y sin recursos para la sostenibilidad del seguimiento del funcionamiento. Un trabajo previo sobre los programas de mortalidad materna presenta hallazgos similares (López, Arredondo, & Orozco, 2014).

El Coordinador de Distrito Municipal de Salud se considera un actor relevante involucrado en la trama institucional con capacidad para la gestión de recursos de personal e insumos. Él se encontró limitado de su accionar por la dinámica externa que, desde la Dirección de Área de Salud, limitó en ocasiones la posibilidad de dar respuestas a las necesidades en salud local. La capacidad directiva radicada en los coordinadores de distrito municipal de salud no obedeció a un perfil profesional definido. Se identificó que ellos corresponden a la designación por filiación con el director de área para ejercer el rol de coordinador. Las deficiencias lingüísticas radicadas en la figura del coordinador en los municipios estudiados fue un aspecto de la interculturalidad que se encontró limitado para establecer la comunicación en las interrelaciones entre

actores del nivel municipal. Otro hecho observado fue que en las comunidades estudiadas el multilingüismo es una condición social.

La publicación de Bastos (2008) compila capítulos de diversos autores quienes abordan la multiculturalidad en Guatemala desde enfoques de la antropología y sociología. Cabe resaltar dentro de las conclusiones de Bastos que, las reformas políticas-legales multiculturales de los años noventa fueron limitadas frente a las demandas de los movimientos indígenas, frente a este hecho la interculturalidad es un proyecto social en construcción.

La fragmentación de los servicios del primer nivel de atención en salud se observó con la coexistencia de los tres modelos, la ausencia de regulación. Asimismo con las interrelaciones locales entre el modelo de extensión de cobertura y el modelo tradicional que fue discrecional. El rol del coordinador de distrito municipal radicó en la generación de los acuerdos con las ONG médicas para redistribuir las obligaciones que el paquete básico de servicios de salud indicaba.

Los mecanismos para ampliar la red de los servicios del primer nivel de atención en puestos de salud sucedieron de manera discrecional sin una planificación acorde a las prioridades. De esa cuenta se observó en el trabajo de campo cómo la capacidad directiva y de gestión de los coordinadores mostró diferencias importantes en comunidades con similares características de necesidades de atención. Diferencias que se observaron con un crecimiento desigual en cuanto a la construcción de puestos de salud y la correspondiente ampliación de recurso sanitario. La capacidad directiva de los coordinadores municipales como actores relevantes se observó en las medidas focalizadas como la contratación de personal con el dominio del idioma maya local y el involucramiento de la organización social para la movilización de recursos propios en la construcción de establecimientos. Estas acciones sucedieron en un marco informal, pero incidieron en el proceso para mejorar el acceso a los servicios de salud.

Las necesidades locales en salud identificadas en las comunidades requirieron de distintos niveles de atención de tal forma que en el nivel simbólico los actores

prestadores de servicios no lograban satisfacer la demanda en salud desde los 3 modelos de atención. Sin embargo, el sistema de referencia y contra referencia del modelo incluyente en salud logró sistematizar transacciones entre los distintos niveles de atención con inclusión del terapeuta tradicional.

Un rol fundamental como actor informal de nivel secundario fue la comadrona quien tuvo un rol en los tres modelos de atención con diferente significado: a) en el modelo tradicional se incorporó en la estructura del programa de atención materna de una forma vertical y subalterna con un mecanismo de control en los casos que la comadrona tuvo bajo su responsabilidad como terapeuta, b) en el modelo de extensión de cobertura la interacción fue de tipo horizontal en colaboración a la identificación de mujeres embarazadas para el control prenatal y el correspondiente registro y, c) en el modelo incluyente en salud con una interacción horizontal que le permitió que sus procedimientos fueran incluidos como parte de los protocolos programáticos.

La inclusión del rol de la comadrona en el modelo incluyente fue uno de los fundamentos del modelo que promovió la interculturalidad con la participación del terapeuta tradicional. Dicha participación le confirió la característica de un actor relevante en cuanto a la posibilidad de integrar su saber en los procedimientos normativos del modelo incluyente. Desde el punto de vista simbólico, el terapeuta tradicional, en general, cobra relevancia en la entrega de servicios.

Conclusión.

Las interrelaciones de actores estratégicos se sucedieron en un marco de intereses económicos y políticos con un limitado impacto para mejorar las inequidades del acceso a los servicios del primer nivel de atención en salud. Las interrelaciones entre las agencias de cooperación internacional promovieron la participación social en salud para estimular la organización de actores locales con liderazgo simbólico. Los equipos básicos de salud del modelo de extensión de cobertura fueron siempre considerados como no parte del Ministerio de Salud condición que limitó la interrelación para la toma de decisión en el nivel municipal.

El rol del Técnico en Salud Rural como actor de interés promovió la interacción de la organización social en salud para formar las comisiones de salud sin un marco normativo y sin recursos del Ministerio de Salud. Las interacciones horizontales de los actores secundarios como los terapeutas tradicionales sin capacidad de movilización de recursos mostraron mayor impacto en la resolución de necesidades en salud del nivel local.

Las interacciones entre actores del nivel municipal estuvieron determinadas por la capacidad del dominio del idioma local. En el modelo de extensión de cobertura la interacción con la comadrona fue horizontal para la identificación de mujeres de control prenatal y el correspondiente registro y, en el modelo incluyente en salud con una interacción horizontal que le permitió que sus procedimientos fueran incluidos como parte de los protocolos programáticos. Desde el punto de vista simbólico, el terapeuta tradicional, en general, cobra relevancia en la entrega de servicios. El sistema de referencia y contra referencia del modelo incluyente en salud logró sistematizar la toma de decisiones entre los distintos niveles de atención con inclusión del terapeuta tradicional.

6.4. Tipos de recursos de los actores en la dotación de servicios del primer nivel de atención en salud.

En la categoría de actores del MAG se requirió abordar el grado de visibilidad (Arredondo et al., 2010) aunque el mismo no supuso la determinación o nivel de influencia en la dotación de servicios del primer nivel de atención en salud en Guatemala. Fue importante la identificación de la confluencia de grupos con determinados grados de visibilidad quienes definieron la agenda más o menos visible de la gobernanza del sistema de salud en cuanto a la participación de los actores en la política que permitió el desarrollo de los tres modelos de atención. La tabla 33 se generó con base en los aportes de varios autores (Arredondo A. , 2009) (Flores, 2011) (López, Arredondo, & Orozco, 2014).

Como se observa en la tabla 33 el estatus formal y visible se concentró en tres grupos diferenciados: a) actores estratégicos relacionados con el poder ejecutivo

y legislativo, b) actores relevantes responsables en la dotación de servicios de salud en el nivel municipal de los tres modelos y c) actores secundarios de nivel internacional. Los actores de nivel nacional formales y visibles fueron los que tuvieron mayor capacidad de movilización de recursos para incidir en los procesos que conformaron la gobernanza de los modelos del primer nivel de servicios de atención en salud. En los actores de estatus formal con grado invisible se identificó a la organización social local en salud quienes fueron un actor fundamental que se encontró en un estatus de informalidad. Entre los informales e invisibles se ubicó a los medios de comunicación.

Tabla No. 33
Estatus de los actores en los servicios del primer nivel de atención en salud en Guatemala.

Grado de visibilidad	Estatus de los actores	
	Formales	Informales
Visible	Autoridad del Ministerio de Salud Congreso de la República Diputados nacional y departamental Gobernación departamental Instituto de salud incluyente Dirección de área de salud Coordinadora nacional de extensión de cobertura OPS sede Guatemala Medicus Mundi Navarra Organismos de Cooperación Internacional	Organización social local en salud
Invisible	Gobierno municipal ONG Programa de extensión de cobertura Consejo técnico de distrito municipal de salud Coordinador de distrito municipal en salud	Medios de Comunicación

Fuente: Elaboración propia

Hufty plantea una aproximación “a los recursos controlados o movilizados por actores” (2010) los cuales, para fines analíticos se compilan en una matriz que contiene los siguientes aspectos: a) el tipo de actor, b) el estatus, c) los espacios de intervención, d) su modo de expresión, e) sus intereses declarados, f) su ideología, g) el control que tuvieron sobre determinados recursos y h) su importancia percibida. En ese sentido Arredondo (Arredondo et al., 2010) propone una matriz que concentra el análisis situacional de los actores y que fue aplicada en un análisis previo sobre programas de mortalidad materna (López,

Arredondo, & Orozco, 2014), en las tablas 34 (a y b) en donde se compilaron los datos para el análisis de gobernanza de los modelos del primer nivel de atención en salud en Guatemala.

Tabla No. 34 a

Características de los actores estratégicos con el primer nivel de atención

Características de los actores	Tipo de actor						
	Actor I	Actor II	Actor III	Actor IV	Actor V	Actor VI	Actor VII
Tipo	Autoridad MSPAS	Congreso de la República	Diputados Nacionales	Diputados Departamentales	CONEC	Medicus Mundi Navarra	Industria Farmacéutica
Estatus	-Formal	-Formal	-Formal	-Formal	-Formal	-Formal	-Formal
Espacio de intervención	-Público y privado. -Protección de derechos sociales. - Representación social.	-Público -Representación social -Protección de derechos sociales	-Público nacional - Legislativo - Auditoría	-Público departamento -Legislativo -Auditoría	--Sistema de servicios de salud -Comunitario -Venta de servicios	-Protección de derechos en salud -Sistema de servicios de salud -Comunitario	-Privado y público
Modo de expresión (por tipo de respuesta)	-Normativo -Dinámico -Coyuntural -Proactivo -Prescriptivo	-Normativo -Dinámico -Coyuntural -Proactivo -Prescriptivo	-Dinámico - Coyuntural - Prescriptivo	-Dinámico -Coyuntural -Prescriptivo	-Proactivo -Coyuntural	-Dinámico -Proactivo	- Coyuntural
Intereses declarados	-Garantizar los derechos a la salud. -Provisión de servicios	-Legislar -Asignar presupuesto -Provisión de servicios	-Legislar -Asignar presupuesto - Mecanismo de rendición de cuentas -Derechos a la salud	-Legislar -Asignar presupuesto -Mecanismo de rendición de cuentas -Derechos a la salud	-Ofertar servicios de atención médica	-Donación de fondos - Humanitarios -Incluyente	-Venta de productos
Ideología, visión	-Colectiva -Incluyente	-Colectiva -Incluyente	-Clientelar -Partidista (izquierda, centro, derecha)	-Clientelar -Partidista (izquierda, centro, derecha)	-Colectiva	-Colectiva	-Capitalista de mercado
Recursos controlados	-Capital simbólico -Capital cultural -Capital político -Marcos normativos	-Capital simbólico -Capital económico -Marcos normativos	-Capital económico -Marcos normativos	-Capital económico -Marcos normativos	-Capital Simbólico -Capital cultural	-Capital económico -Capital cultural	-Capital económico
Importancia percibida	-Alta	-Alta	-Alta	-Alta	-Alta	Alta	-Alta

Fuente: Elaboración propia

Continuación de la Tabla No. 34 b

Características de los actores	Tipo de actor					
	Actor VIII	Actor IX	Actor X	Actor XI	Actor XII	Actor XIII
Tipo	Las ONG médicas	OPS sede Guatemala	Organismos cooperación internacional	Partidos políticos	Sindicato Nacional Trabajadores de Salud	Instituto de salud incluyente
Estatus	-Formal	-Formal	-Formal	-Formal	-Formal	-Formal
Espacio de intervención	-Público	-Público -Protección de derechos sociales.	-Público -Protección de derechos sociales.	-Público -Partidista	-Público -Gremial	-Público -Protección de derechos sociales.
Modo de expresión (por tipo de respuesta)	-Reactivo	-Proactivo -Coyuntural	-Proactivo -Coyuntural	- Coyuntural	-Coyuntural	-Normativo -Coyuntural -Proactivo
Intereses declarados	-Provisión de servicios	-Agenda en salud - Movilización de recursos -Provisión de servicios	-Asistencia de cooperación técnica - Movilización de recursos -Provisión de servicios	-Clientelar	-Demandas laborales	-Género y salud -Interculturalidad Provisión de servicios
Ideología, visión	-Individual -Colectiva	-Colectiva	-Colectiva	-Individual -Colectiva	-Colectiva -Laborista	-Individual -Colectiva -Incluyente
Recursos controlados	-Capital simbólico -Capital cultural	-Capital simbólico -Capital económico -Capital cultural	-Capital Simbólico -Capital económico		-Capital simbólico	-Capital simbólico -Capital social -Capital cultural
Importancia percibida	-Media	-Alta	-Alta	-Baja	-Baja	-Alta

Fuente: Elaboración propia

El MAG se centró en los actores estratégicos puesto que fueron ellos los que tuvieron mayor importancia por su capacidad de movilización de recursos y tuvieron un impacto fuerte en la dotación de servicios del primer nivel de atención en salud. De la matriz presentada en las tablas 34 (a y b) cabe resaltar a los actores I y II quienes tuvieron espacios de intervención en lo público y privado, la representación social y protección de derechos sociales. En el modo de expresión fueron estos dos actores estratégicos (I y II) los que tuvieron mayores recursos de respuestas como normativo, dinámico, coyuntural, proactivo y prescriptivo. Dos actores estratégicos (III y IV) tuvieron intereses declarados de mecanismos de rendición de cuentas y derechos a la salud, ambos actores del poder legislativo.

Medicus Mundi Navarra fue el único actor con intereses declarados de donación de fondos y humanitarios, se tuvo acceso a información que develó que esta organización no lucrativa fue la financista del modelo incluyente en salud desde el planteamiento de las comunidades piloto (Verdugo, et al., 2002).

Un aspecto negativo identificado en los actores III y IV del sector legislativo se relacionó a la ideología y visión clientelar frente al manejo de influencia en la contratación de personal sanitario. En cuanto a los recursos controlados fueron los actores I del poder ejecutivo y II, III, IV del poder legislativo quienes tuvieron mayores recursos e incidencia en acciones de corrupción denunciadas en las entrevistas de funcionarios del nivel departamental y la Dirección de área de salud.

En el caso de los actores VI y XIII fueron ellos quienes tuvieron capital cultural y simbólico, ellos fueron quienes realizaron la entrega de servicios del modelo incluyente en salud. Los intereses declarados por el actor XIII se dirigieron hacia la importancia de los temas de género y salud, la interculturalidad como parte de la agenda programática en la provisión de servicios (ver tablas 34 a y b).

Los actores IX y X del sector internacional en el espacio de intervención coincidieron en los siguientes aspectos: a) lo público y, b) la protección de derechos sociales. Las ONG médicas tuvieron el modo de expresión reactivo puesto que se conformaron en su mayoría frente a la política de salud pública diseñada para la dotación de servicios del primer nivel de atención con intereses declarados en la provisión de los servicios.

El Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud no tuvo incidencia en las demandas gremiales a pesar de que sus intereses declarados se concentraron en las demandas laborales con una ideología colectiva y laborista desde el capital simbólico en favor del trabajador sanitario. Sin embargo, la incidencia en el personal sanitario que operó en los modelos del primer nivel de atención en una buena proporción no fue personal con contratos fijos. La condición del trabajador de las ONG médicas fue el más vulnerable dado que los contratos de ellos sucedieron fuera del Ministerio de Salud (ver tablas 34 a y b).

Desde la reflexión ética, la condición de vulnerabilidad de los trabajadores que acompañaron la modernización del Estado guatemalteco con la reforma del sistema de salud en el marco del modelo económico neoliberal dejó un episodio de 20 años de contratación sin prestaciones laborales.

Conclusión.

Los actores de nivel nacional formales y visibles fueron los que tuvieron mayor capacidad de movilización de recursos para incidir en los procesos de la gobernanza de los modelos del primer nivel atención en salud. Los actores el Ministerio de Salud y el Congreso de la República intervinieron en lo público y privado en la representación social y protección de derechos sociales. Estos dos actores estratégicos tuvieron mayores recursos de respuestas como normativo, dinámico, coyuntural, proactivo y prescriptivo. Los Diputados Nacionales y Departamentales tuvieron intereses declarados de mecanismos de rendición de cuentas y derechos a la salud. Un aspecto negativo identificado en los actores del sector legislativo se relacionó a la ideología y visión clientelar en la contratación de personal sanitario.

Los intereses declarados del Instituto de Salud Incluyente se enfocaron en los temas de género y salud, la interculturalidad y derecho a la salud en la provisión de servicios. En los actores de estatus formal con grado invisible se identificó a la Organización Social Local en Salud que tuvo un rol de actor fundamental con estatus de informalidad. Las políticas económicas neoliberales que guiaron la modernización del Estado guatemalteco en la reforma del sistema de salud generaron la vulneración de derechos labores de los trabajadores contratados por las ONG médicas.

6.5. Las normas sociales en el primer nivel de atención en salud.

El MAG requiere abordar las normas sociales para lo cual Hufty (2010) define cómo el comportamiento esperado en una situación dada, que siempre tiene un valor, es una prescripción. Se identifican tres tipos de normas: a) meta normas que orientan el contrato social presenta los criterios y valores estructurales, b)

normas constitutivas le confieren a un individuo o grupo rasgos de identidad establece los mecanismos de regulación con respecto al funcionamiento local que son las reglas del juego y, c) normas regulativas o reglas de conducta que desde el punto de vista de la sociedad inciden en términos de comportamiento con sanciones positiva o negativas en marcos legislativo.

Con base en la matriz propuesta por Hufty (2010) se desarrolló el análisis que define tres niveles: internacional, nacional y local. Desde el nivel internacional se elaboró la meta norma que llevó a un sentido más de carácter universal y orientó la financiación de la cooperación internacional; en el nivel nacional se observó el efecto en los dispositivos de tipo legal en el país que pueden ser efectivos o no dependiendo de la aceptación de los actores; y el nivel local que fue el proceso de internalización de la normas en forma prescriptiva de derechos y deberes. En este punto se observó el alcance de los modelos de entrega de servicios del primer nivel de atención en salud bajo estudio.

Se exploró en las fuentes secundarias las bases que postularon las meta normas predominantes en el problema de inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención en las cuales se identificó que se relacionaron con el contenido de APS como una estrategia global de la reforma del sistema de salud (Bursztyn, y otros, 2010). Se retomó la participación social contenida en la declaración de Alma Ata (OPS /OMS, 1978) y premisas de tipo global propuestas por la Organización Mundial de la Salud (1986) como la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud y la Renovación de la APS (OPS /OMS, 2007) que apuntalan a los aspecto del control en la ejecución de financiación y la universalización de los servicios en salud (Labonté, 2010). Los instrumentos anteriores están fundamentados en los siguientes principios: participación social, transparencia, rendición de cuentas y el acceso y cobertura universal.

6.5.1. Participación social en salud.

En el año 2002 apareció la primera iniciativa que legisló la participación social con la figura de los consejos de desarrollo en distintos niveles (Congreso de la

República de Guatemala, 2002). Como se indicó en el capítulo I, en Guatemala las poblaciones rurales y campesinas fueron sometidos a un clima de violencia en la guerra que sostuvo la fuerza armada militar contra los movimientos insurgentes con efectos devastadores en el tejido social de la organización comunitaria. Mientras en el ámbito internacional de 1978 con la Declaración de Alma Ata se propuso la participación social.

En Guatemala se vivió un clima de violencia contra los líderes comunitarios quienes fueron perseguidos y, en muchos casos, obligados al exilio o desaparecidos o asesinados de forma extrajudicial (Carmack, 1991) (López Dávila, 2007) (Flores & Ruano, 2009). La condición de desconfianza en los comunitarios quienes vivieron persecución supuso un fuerte reto para la activación de la organización de base comunitaria.

Los organismos de cooperación internacional, como actores estratégicos, volcaron su agenda y recursos financieros en los proyectos que promovieron la participación social, con estrategias diversas y modelos de salud alternativos. Un efecto directo de la cooperación internacional fue incrementar la fragmentación y segmentación de los servicios del primer nivel de atención.

Como se observa en la tabla 35 de forma resumida cómo surgieron diversos modelos en la prestación de servicios de salud que se sucedió desde 1997 con el uso de fondos internacional o en colaboración con los fondos públicos. La participación social se encontró en las agendas programáticas de los diversos modelos de atención sin que se observara un marco normativo que la regulara. La participación social operó de forma visible como un actor informal que no se logró definir claramente el estatus, los consejos de salud o comisiones de emergencia fueron formas de organización las cuales se activaron por la coyuntura de las necesidades en salud local.

Tabla No. 35
Dotación de servicios del primer nivel de atención en salud en Guatemala
periodo de 1997 -2017.

Año	Programa /Proyecto /Iniciativa / Modelo	Característica
1997	Programa de extensión de cobertura	Contratación de las ONG médicas en el nivel nacional con énfasis en el área rural de difícil acceso.
2002	Proyecto Finlandia	Extensión de cobertura en el segundo nivel de atención en áreas seleccionadas. Fortalecimiento de centros de salud con recurso humano de 24 horas.
2003	Iniciativa SAPIA	Programa Nacional de Medicina Tradicional y Alternativa, con enfoque intercultural desde la construcción de redes sociales.
2002	Modelo incluyente en salud	Plan piloto del modelo en tres municipios, incluyó al terapeuta maya y populares y la participación de organización local.
2011	Modelo de Atención Integral en Salud	Organiza la red de servicios de salud en cuatro niveles. Aborda aspectos de multiculturalidad y multilingüe.
2015	Acuerdo Ministerial No. 105-2015	Estrategia de fortalecimiento y desarrollo institucional del 1er nivel de atención retoma el PEC.
2016	Acuerdo Ministerial No. 152-2017	Modelo incluyente en salud como modelo oficial del Ministerio de Salud.
2017	Acuerdo Ministerial No. 152-2017	Retoma los planteamientos del MIS y los introduce en la planificación del Ministerio salud.

Fuente: Modificado del original (Minsiterio de Salud Pública y Asitencia Social, 2018)

A pesar de que existieron los consejos de desarrollo en distintos niveles, la movilización de estos correspondió a un interés de tipo clientelar que generalmente se concentró en la figura del gobernador departamental y el alcalde municipal, ambos actores estratégicos con diferente capacidad en la movilización de recursos, pero con un alto poder (Ver la figura 6).

El modelo incluyente en salud presentó en su agenda programática el rol definido de la organización social; sin embargo, las condiciones del contexto social no lograron conformar en la participación social una institución social dadas las características de la trama política y de intereses que les movilizaron de acuerdo con la priorización de necesidades y urgencias con la cual las organizaciones se activaron. Desde la figura del sector público se creó una figura que no incidió en las necesidades de las poblaciones rurales, puesto que ellos fueron sometidos a violencia armada, persecución y desestructuración del tejido social. Al respeto

Flores, Ruano & Phe (2009) comentaron hallazgos sobre los efectos de la violencia en la participación social en el contexto rural de Guatemala.

En la trama de las normas y los actores no se visualizó la institucionalización de la participación social en salud por el hecho de promover proyectos que se pueden considerar artificiales con base en la movilización de población con mecanismo de seducción de tipo económico o alimentos²²⁵. La evidencia recabada del trabajo de campo constató, en entrevistas con diversos actores, el fracaso de estos proyectos que en periodos largos de tiempo fueron impulsados para estimular la activación de la participación social (MSPAS, 2011). Se constató que en el trabajo de campo no hay continuidad en los proyectos de apoyo a la participación social con la finalización de las fuentes financieras que sostuvieron los proyectos. En otros escenarios hubo mayor capacidad de organización social en comunidades donde la cohesión y el liderazgo social se pueden considerar auténticos dado que no se medió recursos económicos para su conformación.

Como se observa en la tabla 36 el poder local referenciado en la municipalidad tuvo una recomposición de actores y de recursos los cuales atendieron a una agenda intersectorial que no logró incidencia en el nivel normativo nacional (Gálvez Borrell, Hoffman Bailey, & Mack, 1998). Fueron las reglas regulativas basadas en relaciones de grupos las que generaron mecanismos de respuesta social fundamentadas en relaciones locales de poder en atención a necesidades en salud locales. En determinado momento, los grupos locales movilizaron recursos propios para resolver aspectos como la construcción o improvisación de establecimientos para entregar servicios de salud en el nivel comunitario del modelo de extensión de cobertura, la improvisación de construcciones se desarrolló en comunidades donde también operó el modelo tradicional.

²²⁵ Observaciones de campo.

Tabla No. 36

Matriz de análisis de la participación social en salud en el primer nivel de atención en salud en Guatemala.

		Etapas		
		Elaboración	Transmisión	Reacción
Niveles	Internacional	Participación social en salud.	Intersectorialidad en la salud. Organización social en programas de salud.	Recursos para activar la agenda internacional en proyectos que promueven la participación social.
	Nacional	Reglamentación de la participación social.	Organización social comunitaria. Consejos de desarrollo como poder local en los niveles nacional, departamental, municipal y local.	Indefinición de funcionario responsable de la activación y vinculación de la organización social con la institución de salud.
	Local	Políticas inclusivas de la participación social.	Requiere definir los mecanismos operativos de campo y los recursos para la activación.	Los modelos de dotación de servicios del primer nivel de atención en salud regulan de forma arbitraria.

Fuente: Elaboración propia

Conclusión

La política de contra insurgencia del ejército que se desplegó en las zonas rurales pobladas por campesinos afectó negativamente el tejido y la organización sociales. La cooperación internacional promovió la participación social en los programas de desarrollo social y salud con la instalación de modelos de salud radicados en las ONG médicas. La seducción económica o entrega de alimentos fueron mecanismos para promover la participación social en algunas comunidades que tuvieron fondos internacionales. La participación social es parte programática del modelo incluyente en salud, a diferencia de los otros dos modelos que se encuentran la participación social documentada pero no se tuvo los recursos para incorporarla de forma estandarizadas y sostenible en las comunidades. La diferencia observada en la participación social auténtica se tuvo en comunidades donde la cohesión y organización de los comunitarios

existió sin mecanismos de seducción externos, la participación social se encontró estructurada y con niveles complejos de organización para satisfacer las necesidades de desarrollo comunitario.

6.5.2. Transparencia y rendición de cuentas.

Los actores estratégicos vinculados en el nivel nacional operaron en los servicios de salud centralizados, estos actores tuvieron la característica de corresponder al poder legislativo y al poder ejecutivo, ambos sectores implicados en situaciones de corrupción (Calderón Pinzón, 2020). Algunas de ellas fueron, la firma de contratos sobrevalorados de medicamentos e insumos, contratos de trabajadores con plazas fantasma, redes de robo de medicamentos e insumos en los distintos servicios del sistema de salud, por mencionar los más frecuentes (Ministerio Público, 2021). Por parte de los diputados nacional o departamental con compromisos de contratación clientelar se caracterizó por hacer contratos con personal que no llenó las competencias del puesto y con salarios sobrestimados²²⁶.

La asignación del presupuesto en salud durante el periodo de observación fue con una asignación histórica que se tradujo en recursos insuficientes que no atendieron a la problemática prioritaria y al volumen de población afectada. De esa cuenta la inequidad en el acceso a los servicios de salud en el primer nivel de atención tuvo una constante representada por la brecha que existió entre los servicios existentes y la falta de cobertura a la población.

Los modelos propuestos bajo estudio llegaron a palear las necesidades y a incrementar la fragmentación de los servicios en el primer nivel de atención, sin conformar un plan intersectorial o multinivel que propusiera la integración de la planificación de uso de fondos de la cooperación internacional con el presupuesto de fondos públicos. El bajo nivel directivo de los funcionarios públicos durante el periodo de observación se caracterizó por la ineficiencia en

²²⁶ Observaciones de campo.

la formulación de políticas y planes para incidir en los problemas fundamentales de la inequidad en el acceso a los servicios de salud, la transparencia y rendición de cuentas.

Frente a la ineficiencia se formuló meta normas cuyas premisas lograron impactar en las normas regulativas del país, definidas en marcos con dispositivos legales diversos que promovieron la auditoría social como forma de expresión prescriptiva de control social. En la cual diversos actores estratégicos de la cooperación internacional apoyaron con recursos para la capacitación. Sin embargo, el sistema judicial del país tuvo graves denuncias del incumplimiento en cuanto a la persecución penal que afectó desde el punto de vista social debido a que la meta norma de transparencia y rendición de cuentas no llegó a ser una institución social.

Los alcances más significativos observados durante el periodo de observación en el proceso de gobernanza fueron las diversas manifestaciones de comunidades que denunciaron el incumplimiento de la entrega de servicios en las localidades por parte de los tres modelos.

Es importante señalar que el incumplimiento en la dotación de medicamentos fue la queja que se observó en los tres modelos dado que las compras centralizadas del ministerio afectaron a los modelos bajo la jurisdicción de una misma área de salud. En este sentido, si bien las comunidades fueron empoderándose en la vigilancia del cumplimiento de las agendas de entrega de servicios en el primer nivel de atención. El problema de falta de planificación para la gestión de compras de medicamentos e insumos sucedió por la deficiente capacidad directiva del funcionario sanitario responsable de la gestión para la asignación de recursos para satisfacer la demanda.

El Ministerio de Salud no logró institucionalizar un departamento para la evaluación de las políticas públicas en salud, de tal forma que el seguimiento de indicadores se hubiera utilizado como una guía en el cumplimiento de ejecutar de forma oportuna los procesos de adjudicación en las compras de medicamentos e insumos. Otro aspecto no controlado fue el cumplimiento de

transferencia en el programa de extensión de cobertura lo que implicó el atraso de hasta 6 meses en los pagos mensuales a los trabajadores. Este dato debe colocarse en contexto dado que estos trabajadores fueron todos movilizados a las zonas de difícil acceso lo que implicó gasto de transporte y, por la lejanía, el pago de vivienda en ciudades estratégicas que implicó un pago en concepto de alquiler de residencia.

Como se observa en la tabla 37 los efectos por la falta de seguimiento en el cumplimiento de la ejecución de presupuesto fueron con mayor peso afectando a los más desprotegidos en cuanto al acceso a los servicios de salud. Existió una desconexión del rol de actores estratégicos en la mediación para hacer de la tercerización de servicios del primer nivel un sistema bajo reglas claras de transparencia y rendición de cuentas. La discrecionalidad de la exención de impuestos de las ONG médicas hizo que la falta de transparencia fuera una constante en algunas ONG que justificaron, con los mismos datos de cumplimiento de metas, tanto a los cooperantes internacionales como a las direcciones de área que operaron fondos públicos. Este acto de falta de transparencia sucedió por la falta de autoridad y coordinación del Ministerio de Salud en las transacciones que sucedieron entre los cooperantes internacionales y las ONG médicas locales que se prestaron para la malversación de recursos económicos.

Tabla No. 37
Matriz de análisis de la transparencia y rendición de cuentas en el primer nivel de atención en salud en Guatemala.

		Etapas		
		Elaboración	Transmisión	Reacción
Niveles	Internacional	Transparencia y redición de cuentas.	Derechos y obligaciones en funcionarios e instituciones en la ejecución de presupuesto en salud.	Control en el ejercicio del poder: acceso a datos de desempeño de los gastos y uso de los recursos.
	Nacional	Formulación de normas regulativas. Ley de consejos de desarrollo.	Responsabilidad del funcionario en el empleo de los recursos públicos.	Seguimiento y evaluación de los resultados de las políticas que se rechazan por los sectores de funcionarios.
	Local	Auditoría social	Guías para la demanda del consumidor con base en la satisfacción o insatisfacción de usuarios (as) y grupos organizados.	Mecanismo de evaluación en las comunidades y grupos organizados en temas prioritarios. Rechazo del funcionario público y de las ONG médicas.

Fuente: Elaboración propia.

Conclusión

La ineficiencia en la formulación de políticas y planes para incidir en la inequidad en el acceso a los servicios de salud, la transparencia y rendición de cuentas, se puede explicar en parte por la contratación clientelar de funcionarios sin capacidad directiva. Funcionarios que tenían conflicto de interés con nexos en la industria farmacéutica e insumos médicos lo cual llevo a la celebración de contratos que desencadenaron demandas para el Ministerio de Salud por parte de la empresas excluidas de los concursos de licitación. Otro aspecto observado fue la falta de planificación para la gestión de compras de medicamentos e insumos situación que afecto la asignación de recursos para satisfacer la demanda. Frente a la ineficiencia desde el marco global se conoció la formuló de meta normas que promovieron la auditoría social como forma de expresión prescriptiva de control social. El rol de actores estratégicos en la mediación para

hacer de la subcontratación de ONG médicas para la entrega de servicios del primer nivel de atención adoleció de reglas claras de transparencia y rendición de cuentas. Las normas regulativas con respecto a la materia de rendición de cuentas y auditoría social se materializó con el rol de la Sociedad Civil y las Organizaciones de Mujeres en su rol fiscalizador de los programas de salud.

6.5.3. Acceso y cobertura universal de salud.

En el periodo de la reforma del sistema de salud en Guatemala en los años 70 se intensificó la construcción de establecimientos de puestos de salud y centros de salud en el área rural; sin embargo, las condiciones que imperaron en las áreas rurales que se encontraron en zonas de guerra fueron sitios abandonados sin ningún impacto en la cobertura de servicios de salud. Un estudio sobre el capital humano en salud realizado por la OPS y la Universidad Rafael Landívar evidenció la escasez de disponibilidad del recurso humano para atender la demanda con base en criterios del perfil epidemiológico y demográfico del país, no identificó la existencia de políticas de recursos humanos que orienten la formación y desarrollo en salud, no existió un marco de metas de acuerdo con los cambios estructurales y de largo plazo (Universidad Rafael Landívar /OPS, 2009).

En el ámbito internacional, el rol que tuvo el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (Banco Mundial, 1993) fue determinante para imprimir en el nivel nacional la tercerización de los servicios como una estrategia de incidencia en la desigualdad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención. La interacción entre los organismos internacionales y los actores estratégicos de nivel nacional generó las condiciones en las normas regulativas que facilitaron la diáspora de las ONG médicas que fueron en constante crecimiento dando cobertura a la población más desprotegida llegando a ser en número mayor a 4.3 millones de habitantes en el 2012 (Lao, 2013). La literatura que surgió como parte de la evaluación de la modernización del estado y la reforma del sistema de salud reforzó la idea que la tercerización de los servicios del primer nivel fue

una innovación en los sistemas de salud en Centro América (La Forgia, 2005) (Work Bank, 2008) .

De acuerdo con datos presentados por La Forgia (2005) en el preámbulo del lanzamiento del Programa de Extensión de Cobertura reveló que los indicadores de salud reflejaron que los problemas prioritarios fueron característicos de un país de economía periférica que afectó con mayor peso a la población materno infantil, además que un componente importante fue el bajo porcentaje de población indígena vacunada. La propuesta de un modelo innovador que planteó incidir en el acceso y cobertura universal fue bien recibido por diversos actores estratégicos quienes frente a la desigualdad en el acceso a los servicios del primer nivel de atención apoyaron la modalidad de tercerización de contratos con las ONG médica que tuvieron la responsabilidad de atender a la población más desprotegida del país.

Otro actor secundario fue el Modelo Incluyente en Salud con menor cobertura dado que únicamente inicialmente tuvo 4 municipios en los cuales se hizo responsable de algunas comunidades de la jurisdicción de salud. El efecto de transacciones entre los actores de nivel internacional logró la incidencia política para generar los espacios de normas regulativas para implementar la estrategia de contratación de las ONG médicas.

En las normas regulativas se observó un efecto variable de acuerdo con el tipo de modelo implementado en las comunidades bajo observación. En el modelo tradicional se conoció que alguna organización social demandó mejoras en la asistencia sanitaria, a pesar de que, como se señaló, hubo escasez de insumos y falta de personal para atender la demanda, las barreras lingüísticas estuvieron presentes en la interrelación de prestadores de servicios básicos de salud con la población bajo cobertura. El modelo de extensión de cobertura, aunque no promovió en su agenda los temas de auditoría social, fueron contra quienes, con mayor frecuencia, demandaron el derecho a la salud reclamando una atención oportuna y cumplida en el marco de los acuerdos que la norma regulativa logró alcanzar.

Observamos en la tabla 38 que la dinámica de acceso y cobertura universal en la reacción y elaboración local fue considerada como un derecho a la salud, acto que estuvo minado por la limitación de medicamentos e insumos que acompañó la dotación de servicios del primer nivel de atención. El modelo incluyente en salud, a diferencia de los otros dos, en los temas de capacitación y empoderamiento de las comunidades difundió el derecho a la salud como una herramienta de demanda de las comunidades frente al prestador de servicios. El empoderamiento del derecho a la salud en las comunidades permitió generar un mejor control de auditoría social en el cumplimiento de la agenda programática de sus tres programas diseñados para la entrega de servicios: a) individual, b) familiar y, c) comunitario.

Tabla No. 38

Matriz de análisis del acceso y cobertura universal de salud en el primer nivel de atención en salud en Guatemala.

		Etapas		
		Elaboración	Transmisión	Reacción
Niveles	Internacional	Acceso y cobertura universal en salud.	Acceso equitativo a los servicios integrales a todas las persona y comunidades.	Banco mundial y FMI sugieren la tercerización de servicios. Dirección del pago de deuda externa del país.
	Nacional	Reforma del sistema de salud. Código de salud 1997. Dispositivos de legales que favorecen el acceso a servicios de salud.	Fortalecimiento del primer nivel de atención con base en modelos innovadores con la contratación de las ONG médicas.	Racionalizar los servicios y recursos en salud, parcialmente aceptado por las direcciones de área de salud.
	Local	Derecho en salud	Coordinación de prestadores de servicios en el primer nivel de atención en salud. Promoción de derechos en salud.	Empoderamiento de usuarios en la demanda de necesidades en salud.

Fuente: Elaboración propia

Conclusión.

En perspectiva de alcanzar la meta norma de acceso y cobertura universal de salud el Estado guatemalteco no formuló políticas de salud orientadas a formar recursos humano para disminuir el déficit de profesionales sanitarios. La intervención del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional tuvieron la incidencia política en la formulación del normas regulativas diseñadas para la modernización del Estado con el objetivo de mejorar el acceso y cobertura universal en salud a través de la contratación de ONG médicas. El acceso y cobertura universal de salud como meta norma en la transmisión, reacción y elaboración local se convirtió en contenido del derecho a la salud. El modelo incluyente en salud entre sus fundamentos teóricos y programáticos difunde el tema del derecho a la salud con el objeto de empoderar a las comunidades en su capacidad de demanda de necesidades en salud.

Conclusión de sección.

Las tres meta normas identificadas en el ámbito global: a) Participación social en salud, b) Transparencia y rendición de cuenta y, c) Acceso y cobertura universal de salud. Fueron impulsadas por organismos internacionales cuya incidencia en la construcción de normas regulativas conlleva la asesoría técnica internacional y la financiación de programas que trataron de incidir en los temas que promueven las meta normas. La participación social en salud tiene dos lecturas: a) la impulsada con mecanismos de seducción en las comunidades que no fue sostenible y, b) la participación social autóctona que nace en las interrelaciones de actores y emplean la organización social para adaptarse al medio que generalmente se encuentra desprotegido con ausencia de los servicios sanitarios públicos. La Transparencia y rendición de cuentas tiene serias deficiencias por la ausencia de una institución para la evaluación de la política en salud. En reacción la Sociedad Civil y las organizaciones de mujeres lograron liderazgo e incidencia política en la auditoria social y evaluación del cumplimiento de indicadores de salud materna e infantil. El Acceso y cobertura universal es un discurso de tipo políticos que no logró incrementar el presupuesto en salud. Además la política no se diseñó para enfrentar el déficit de recurso humano

sanitario y la ineficientes capacidad de funcionarios quienes son contratados por mecanismos clientelares.

6.6. Procesos identificados.

Los procesos identificados en el problema bajo estudio marcaron una serie de sucesiones de puntos por los cuales transitó el sistema de salud, que se tradujeron en las variaciones observadas conforme los modelos de entrega de servicios en el primer nivel de atención que interactuaron con los actores de diversos sectores y niveles. Se observaron los momentos en el tiempo, la evolución de las posiciones de varios actores que interactuaron en el periodo observado construyendo la historicidad del modelo de gobernanza. Esta categoría de análisis permitió identificar el movimiento de procesos, sus cambios y los patrones que se forman en la observancia de los puntos nodales, el tejido de interacciones entre actores de distintos sectores y niveles con respecto a las variaciones de las reglas del juego (Hufty, M., Báscolo, E., y Bazzani, R., 2006) (Hufty, 2010).

6.6.1. Proceso y contexto social.

El gobierno de Guatemala, en el marco de la firma de los Acuerdo de Paz, suscitó hechos sin precedentes en el contexto político y social, por ejemplo, los efectos en el desarrollo de normativas que procuraron avanzar en el cumplimiento de diversos temas contenidos en los Acuerdos de Paz suscritos por el gobierno de Guatemala y la comandancia de la Guerrilla Guatemalteca (SEPAZ, 1996). Los siguientes articulados fueron el contenido de las reglas del juego que dirigieron las relaciones de actores del más alto nivel para delinear la agenda de tipo político y legislativa que permitió el cumplimiento de los Acuerdos de Paz, los cuales, para fines de esta tesis doctoral, se vinculan en cuanto al tema de la salud.

Como se señaló antes, en el capítulo 1.1, la asignación del presupuesto en Guatemala fue una de las más bajas de la región de Centroamérica (ver Tabla 2

sobre el gasto en salud en Centroamérica). Las condiciones de tipo social y político en torno a la firma de los Acuerdos de Paz generaron un clima de confianza para el entorno social del país que se acompañó con el apoyo de la comunidad internacional. En el país existió la voluntad de normar para el cumplimiento de la agenda en salud que propició la llegada de las ONG médicas como prestadoras de servicios. La Forgia (2005) señaló el préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo que incluyó proyectos sobre contratación de servicios de las ONG médicas, formato financiero que coincidió con las recomendaciones del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (Banco Mundial, 1993).

En la antesala de la firma de los Acuerdos de Paz, los registros de mortalidad infantil se encontraron en 56.9 por 1000 nacidos vivos, niños con crecimiento insuficiente 64.6, la tasa de fecundidad en 8.0, la cobertura de vacunación DPT3 54.3, los partos atendidos por personal capacitado en 9.3 y visita prenatal por personal capacitado en 34.6 (La Forgia, 2005). Frente a las necesidades en salud se observó que las medidas del primer nivel de atención fueron esenciales y que radicó en este tipo de servicios la modalidad de tercerización por medio de la participación de las ONG médicas.

Entre las condicionantes sociales que favorecieron la llegada de los servicios con ONG médicas fueron la desconfianza que existió en la población rural por el resabio de la guerra y la implicación de la figura de los gobiernos militares. El ambiente de un clima político en democracia que se inició en el año 1985 no tuvo efectos para la paz en el país dado que fue con la firma de los Acuerdos de Paz de 1996 que se propició el retorno de grandes contingentes de población quienes por décadas estuvieron viviendo refugiados en el sur de México (López Dávila, 2007).

Entre los servicios que las ONG médicas entregaron como parte del paquete básico en salud estuvo la vacunación y el control de niños sanos. Fue evidente el efecto en la ampliación de cobertura de vacunación; sin embargo, a pesar del control de niño sano se hizo presente la desnutrición crónica de los niños, situación que obedece a los determinantes sociales de la desnutrición. En el país

existe la condición que históricamente afecta más a los niños del área rural de familias campesina (Martorell, 2012).

La interrelación de actores entre los donantes de organismos internacionales con las autoridades del Ministerios de Salud tuvo una orientación cifrada en la negociación de contratos y la planificación de distribución de población cubierta por el Programa de extensión de cobertura. Los convenios celebrados entre el Sistema de atención en salud SIAS, el cual fue en incremento constante iniciando en 1997 con 14 convenios firmados con 7 ONG en una población de 460 000, dato que para el año 2002 fue de 161 convenios firmados con 88 ONG con una población de 3 200 000 (La Forgia, 2005).

Los procesos relacionados con las normas de tipo constitutivo fueron notorios de un sistema totalmente centralizado se inició con la modalidad de descentralización y desconcentración de los servicios de salud, la finalidad fue hacer un sistema más ágil y efectivo en la capacidad de dotación de recursos. Sin embargo, la dificultad mayor estuvo en los cuadros directivos de mandos medios quienes desde la posición jerárquica de autoridad en las Direcciones de área de salud no tuvieron las competencias profesionales directivas para la gestión y la negociación, direccionar los recursos humanos y financieros.

El sistema de salud inició un proceso constante de desabastecimiento en diversos rublos fundamentales para la entrega de servicios. Este fenómeno de ineficiencia e ineficacia se acopló a los modelos de dotación de servicios del primer nivel de atención, lo cual generó un desgaste constante a lo largo de los años. El periodo de estudio de la tesis doctoral tomó 20 años de seguimiento lo cual permitió evidenciar cómo, de un primer momento como fue en los años 90, el modelo de extensión de cobertura generó un clima de oportunidad e innovación en la tercerización de los servicios; sin embargo, el bajo nivel directivo del recurso humano fue incidiendo de manera negativa en el impacto de las acciones a nivel comunitarios al grado de generar un total malestar en comunidades que desde la auditoría social y el descontento generalizado frente a los servicios de salud de mala calidad expulsaron a las ONG médicas en diversas comunidades.

En la tabla 39 se presentan los dispositivos legales de acuerdo con los periodos de gobierno que durante el periodo de estudio tuvieron incidencia en la reforma del sistema de salud. Cabe resaltar que fue el FRG el partido político que tuvo mayores logros en materia de legislación y dispositivos legales en favor de participación ciudadana, rol de las municipalidades en el uso de los fondos públicos, la transparencia en el manejo de las finanzas públicas y la descentralización de los servicios del estado.

Tabla No. 39
Recursos legales aprobados de 1996 a 2012 la participación social, interculturalidad y género en Guatemala.

Tipos de dispositivos que emite el sector	Periodos de los gobiernos de la reforma del sistema de salud			
	(1996 -2000) PAN	(2000 – 2004) FRG	(2004 – 2008) GANA	(2008 -2012) UNE
Legislación sectorial	(a) Ley orgánica del presupuesto (1997) (b) Ley orgánica del ejecutivo (1997) (c) Ley de dignificación y promoción Integral de la mujer. (1999)	(a) Ley Desarrollo Social (2001) (b) Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural (2002) (c) Ley General de Descentralización (2002) Art. 19 sobre fiscalización social. (d) Ley Orgánica Contraloría General de Cuentas (2002) Art. 3, literal b) “Apoyar el diseño e implantación de mecanismo de participación ciudadana para el fortalecimiento de la transparencia... [...]” (e) Ley de Probidad y Responsabilidad de Funcionarios y Empleados Públicos (2002) Art. 1-14: crear normas y procedimientos para transparentar el ejercicio de la Administración pública.	(a) Ley marco de los acuerdos de paz (2005) (b) Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su Integración en el programa nacional de salud Reproductiva (2005)	(a) Ley de maternidad saludable (2010)
Códigos	(d) Código de salud (1997)	(f) Código municipal (2002) Art. 17 sobre derechos de vecinos. Art. 62 sobre derecho a ser informado. Art. 117 sobre rendición de cuentas. Art. 129 sobre estructura de presupuesto. Art. 135 sobre información de la ejecución del presupuesto. Art. 138 sobre fiscalización y rendición de cuentas. 139 sobre información para la auditoría social. (g) Reforma al código de salud. (2003) Art. 5 sobre la participación de la comunidad en los servicios de salud.		(b) Reforma al código municipal (2010)
Acuerdo ministerial			(c) “Salud solidaria el médico en tu casa” (2006)	(c) Unidad de atención de la salud de los pueblos indígenas e interculturalidad en Guatemala. (2009)
Reglamentación de leyes	(e) Reglamento de la Ley orgánica del presupuesto. (f) Reglamento orgánico interno del MSPAS (1999)	(h) Reglamento de la Ley general de descentralización (2002) (i) Reglamento de la Ley de los consejos de desarrollo urbano y rural (2002) (j) Reglamento interno de la SEPREM (2001)	(d) Reformas al reglamento interno de la SEPREM (2007)	(d) Reglamento de la Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva (2009) (e) Reglamento interno de la unidad de atención de la salud de los pueblos indígenas e interculturalidad en Guatemala (2010) (f) Reglamento de la Ley para la Maternidad Saludable (2012) periodo de gobierno del Partido Patriota mes de marzo.

Fuente: Elaboración propia

Conclusión.

La firma de los acuerdos de paz fueron los primeros instrumentos de tipo políticos que propiciaron la modernización del Estado. En la década de los años 90 las necesidades en salud de la población más desposeída requerían servicios del primer nivel de atención en salud. Ante esa demanda las recomendaciones de los organismos internacionales financieros fue la contratación de ONG médicas

para la dotación de servicios. La reforma del sistema de salud se caracterizó por la descentralización y desconcentración de los servicios de salud, que realmente no logró una descentralización en los procesos de compras de medicamento e insumos médicos. El déficit de presupuesto, el desabastecimiento y la ineficiente gestión para el cumplimiento de pagos de contratos con las ONG médicas del sistema de salud fue un problema latente en el periodo de 1996 a 2016 que afectó a los tres modelos estudiados

6.6.2. Proceso en la toma de decisión.

Durante el periodo de estudio en materia de política en salud se observó que cada gobierno cambió sus políticas y estrategias de salud sin modificar el “Programa de extensión de cobertura” a pesar de las fuertes críticas del incumplimiento de las metas de las ONG médicas del modelo. En el año 2015 el gobierno del partido Patriota no logró terminar su periodo de gobierno por los niveles de corrupción que fueron develados desde el interior de la estructura de poder por la evasión fiscal de impuestos. Frente a esos hechos de corrupción sucedieron manifestaciones masivas en el país hasta la destitución del presidente y vicepresidente del país quienes hoy están en prisión preventiva con el caso conocido como “La Línea” (CICG, 2017).

Las denuncias publicadas en distintos medios generaron la movilización de la sociedad con el acompañamiento de la fiscal general de la nación y se alcanzó un cambio social trascendental contra la impunidad y las estructuras de corrupción del poder ejecutivo (Flores, 2019). Durante este gobierno en el año 2014 fue cesado el Programa de extensión de cobertura desde el Congreso de la República con el retiro del presupuesto asignado de 220 convenios la decisión de tipo político dejó sin cobertura a 2.6 millones de guatemaltecos del área rural en la primera fase del cierre del programa (Prensa Libre, 2019).

La toma de decisión de un actor estratégico (Congreso de la República) con capacidad de legislar y de asignar fondos fue imperativo, la toma de decisión no fue consultada en mesas de trabajo con los actores involucrados de nivel

secundario y organismos de cooperación internacional. La crisis del sistema en el primer nivel de atención reestructuró el rol del modelo incluyente en salud al recibir comunidades y personal sanitarios que antes estuvo con el modelo de extensión de cobertura, el modelo tradicional también tuvo que absorber personal sanitario que se quedó sin empleo. El proceso de toma de decisión tuvo una constante radicada en la deficiente capacidad directiva de los funcionarios del Ministerio de Salud lo cual se observó durante el ejercicio del modelo de extensión de cobertura desde 1996 hasta el año 2015 durante el proceso de la transición del cierre del programa.

En observaciones de campo se recabaron datos sobre la ausencia de un plan de transición que protegiera a las comunidades rurales que quedaron sin cobertura, el periodo de tiempo para restablecer los servicios de salud fueron variables entre 6 a 12 meses.²²⁷ Otros estudios evidencian la aplicación de la categoría de procesos del MAG en temas relacionados con la salud donde identifican de forma predominante en los procesos de toma de decisión el efecto jerárquico de los actores estratégicos con respecto a los actores con posición de poder medio o bajo (Díaz-Castro, et. al., 2016) (Díaz-Castro, et. al., 2021).

En el MAG se puede analizar en un momento 0 (cero) inicial el comportamiento de actores con respecto a una situación que en un momento 2 (dos) la situación evoluciona y se pueden identificar factores por los cuales se sucede una variación de la posición de los actores con respecto a la situación (Hufty, 2010). Se observó en un momento inicial del “Programa de extensión de cobertura” que fue planteado como una intervención de tipo social para la entrega de servicios de salud en el primer nivel de atención. En ese momento el programa fue considerado una respuesta de la modernización de Estado para enfrentar las necesidades generadas por la desigualdad social en el acceso a los servicios de salud con la tercerización de los servicios de contratos con las ONG médicas.

En el proceso se observó la variación de posición del Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud quienes inicialmente tuvieron la opinión de aceptación de

²²⁷ Observaciones de campo.

la tercerización de los servicios como respuesta frente a las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en el país. Después de 16 años de funcionamiento del programa de extensión de cobertura inició la variación de opinión del Sindicato con respecto al programa por las condiciones de los trabajadores de las ONG médicas quienes no tuvieron prestaciones laborales ni tampoco seguro médico.

El sindicato fue un actor que recibió las quejas de trabajadores del modelo de extensión de cobertura sin que pudiera actuar el sindicato, por el hecho que los trabajadores de las ONG no pertenecieron al sector público de contratación del Estado. En un momento posterior el sindicato pasó al total rechazo del modelo por el maltrato constante registrado en los trabajadores sanitarios y los resultados de impacto que siempre fueron el bajo cumplimiento de la agenda programática en las comunidades receptoras de los servicios.

Conclusión.

El modelo de extensión de cobertura se convirtió en un programa de salud emblemático para el sistema de salud ante la deficiente calidad de servicios que se prestaba en la comunidades. El partido PATRIOTA en la historia reciente del país fue señalado por sus diversos actos de corrupción en la actualidad algunos de sus funcionarios tienen procesos penales. Durante el segundo año de gobierno del PATRIOTA cabildeo desde el poder legislativo la desfinanciación del modelo de extensión de cobertura y el consecuente cierre del modelo. El retiro de los servicios en las comunidades atendidas por las ONG médicas no tuvo una planificación, lo cual refleja la ineficiente gestión de los funcionarios públicos, se constató la falta de servicios en comunidades entre 6 y 1 año sin ningún tipo de asistencia. La variación de posiciones de actores estratégicos y secundarios fue variando con respecto a la opinión inicial que tuvieron del modelo de extensión de cobertura que daría respuesta al acceso de servicios de salud en el primer nivel de atención, frente a las denuncias en el ámbito público de las deficiencias en la entrega de servicios.

Conclusión de capítulo.

El capítulo se elaboró con base a cuatro de las categorías propuestas por Hufty para el Marco Analítico de Gobernanza. La categoría de **problema** requirió la revisión somera de contexto social en el cual los modelos de dotación de servicios sucedieron y la trama de actores que se involucraron para hacer posible que los modelos fueran una posible respuesta a la inequidad en el acceso a los servicios de salud. Los **actores** fueron analizados con la herramienta de PolicyMaker que permitió crear un mapa de actores frente a la política para combatir las inequidades en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención en Guatemala. Con el uso de PolicyMaker se identificaron a los actores estratégicos. Las interacciones, los tipos de recursos y las características de los actores en la dotación de servicios del primer nivel de atención en salud se evidenciaron con el uso de indicadores para su análisis de gobernanza. La categoría de **normas** con base a la propuesta de Hufty de: meta normas, norma constitutivas y las normas regulativas permitió identificar las siguiente meta normas: a) la Participación social en salud y, b) el Acceso y cobertura universal de salud. En la categoría de **procesos** se identificaron dos: a) el Proceso y contexto social y, b) el proceso en la toma de decisión.

El siguiente capítulo se desarrolló con base al análisis e interpretación del género, interculturalidad y participación social en la gobernanza del sistema de salud.

Capítulo 7. Análisis del Género, Interculturalidad y Participación Social en la gobernanza del sistema de salud.

La tesis doctoral planteó como categorías de interpretación el género, la interculturalidad y la participación social desde el enfoque sociológico. En primer lugar, la categoría de género que nos permitió dimensionar el rol que las mujeres organizadas tuvieron en una sociedad dominada por hombres en diversos niveles del ejercicio de la organización social y poder político. Debe considerarse que los problemas de salud en el área rural requieren de una dinámica social que implica con mayor contundencia el rol de la mujer para la resolución de necesidades en salud en la familia campesina. En segundo lugar, empleamos el eje transversal de análisis de interculturalidad que nos permitió interpretar la dinámica social desde su composición étnica y lingüística que define reglas del juego en procesos donde las normas constitutivas protegen el empoderamiento de las comunidades ante el racismo y etnocentrismo. En tercer lugar, planteamos la categoría de la participación social que fue impulsada por organismos internacionales como una meta normas de la estrategia de APS para promover el involucramiento de organización social en los temas de salud comunitaria.

7.1. Género y participación social en la gobernanza.

El género como categoría de interpretación permitió situar el rol de la mujer en el contexto social y político del país, donde se observó la lucha de mujeres en torno al movimiento feminista del nivel internacional que reivindicó los derechos de la mujer con base en un tema de interés social como fue la mortalidad materna. Se observó en la trama social, cómo los grupos organizados feministas emplearon el imaginario del rol de muerte materna para incidir en los derechos de la mujer. Las mujeres concertaron en el sector político las negociaciones que permitieron llevar desde el ámbito internacional de las meta normas a un nivel nacional de normas regulativas. El impacto social se observó por medio del rol de algunas organizaciones feministas quienes fueron garantes de la observancia de la auditoría social enmarcada en el empoderamiento del derecho a la salud (Organización de Mujeres Tierra Viva, 2002) (López, Arredondo, & Orozco, 2014) (OSAR, 2022).

Las convenciones y conferencias internacionales sobre el rol de la mujer permitieron incidir en cambios para legitimar y visibilizar las desigualdades que históricamente prevalecieron en Guatemala. Un documento fundamental que abrió las oportunidades para discutir los derechos de la mujer fue creado en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) aprobada en 1979 por la Asamblea General de Naciones Unidas (Organización de Naciones Unidas, 1981). Los contenidos en materia de Derechos Humanos fueron insumos para la elaboración de los Acuerdos de Paz en Guatemala firmados en 1996 (SEPAZ, 2007), que contienen temas con respecto a los derechos civiles.

En el ámbito internacional hubo eventos que forman parte del contenido global sobre la importancia que tuvo colocar en agenda las oportunidades para las mujeres dada la desigualdad en oportunidades de desarrollo igualitario entre hombres y mujeres cabe citar: a) Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993 (NU, 1993) b) Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo llevada a cabo en Cairo en 1994 (NU, 1994) y, el Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en la ciudad de Beijing en 1995 (NU, 1995). En ese marco global se confiere la responsabilidad a los Estados miembros con el objeto de propiciar las condiciones equitativas para desarrollo económico, social, político y cultural de la mujer. Además se enfatizó el acceso garantizado a los servicios de salud materna otorgados por parte del estado.

Los contenidos de los documentos antes señalados fueron el marco de la meta norma basada en el derecho de la mujer, el cual conformó parte de un discurso social y político que permitió a los grupos feministas en Guatemala la incidencia política. Las mujeres organizadas emplearon los contenidos como una herramienta de cambio social para mejorar las oportunidades en la consolidación de los derechos de la mujer con base a la creación de organizaciones de mujeres en el país (Grupo de Acción Cairo Guatemala, 1999).

El ámbito internacional impactó en el nivel nacional tanto en lo político como en lo social que se observó con los movimientos de mujeres quienes lideraron

proyectos sociales de participación e institucionalización en el abordaje de problemas pertinentes a la mujer (Organización de Mujeres Tierra Viva, 2002). La capacidad de los grupos feministas organizados incidió en el sector político del Congreso de la República. Ellas colocaron en la agenda de discusión legislativa el tema de salud integral de la mujer con énfasis en la mortalidad materna por sus efectos en la composición familiar que conlleva cambios en la institución de la familia (Grupo de Acción Cairo Guatemala, 1999).

En Guatemala el movimiento de mujeres fue reactivado en los años 80. El movimiento feminista se hizo presente en la agenda política del país reivindicando demandas históricas en temas de: a) salud de las mujeres, b) educación y, c) el tema de violencia (Organización de Mujeres Tierra Viva, 2002). El movimiento de organizaciones feministas creó un espacio social de discusión y reflexión para la participación y movilización de incidencia política en el nivel nacional sobre los derechos sexuales y reproductivos (Organización de Mujeres Tierra Viva, 2002).

En el escenario de actores sociales de las organizaciones de mujeres en Guatemala se generó la participación del movimiento con mujeres indígenas en el año 1995, quienes tomaron la agenda en temas de salud con sus propias reflexiones (Organización de Mujeres Tierra Viva, 2002). En términos sociales, la mujer de origen maya se constituyó como un movimiento de presión social con un poder medio para la incidencia política y movilización de recurso. Esos movimientos encontraron en la auditoria social una posibilidad de incidencia política y social en temas prioritarios de salud que afectaban a la mujer y la niñez (Miriam Asociación para la promoción intelectual de las mujeres, 2019).

En Guatemala el movimiento de mujeres de pueblos originarios se empoderó de temas de salud y mujer tomando como base la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia celebrada en Durban en el 2001 (Naciones Unidas, 2001) (Organización de Mujeres Tierra Viva, 2002). Por su parte las mujeres intelectuales iniciaron las actividades de formación con el objeto de fortalecer las

capacidades conceptuales. Para ello se incluyeron temas como: a) movimiento de mujer, b) religión y c) “cultura patriarcal” (López, Arredondo, & Orozco, 2014).

En el marco de la firma de los Acuerdos de Paz fue trascendental la agenda de discusión de los temas de mujer y salud que sucedió en el ámbito internacional (SEPAZ, 2007). A nivel nacional se observó cómo un tema de interés global movilizó a los actores estratégicos para la formulación de normas regulativas que permitieron la creación de la “Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar” (Congreso de la República de Guatemala, 1996) con un impacto social fuerte en la protección de la familia frente al hecho social del impacto de la violencia intrafamiliar que se ejerció con mayor intensidad en las mujeres, limitando en ocasiones el acceso a los servicios de atención materna (López, Arredondo, & Orozco, 2014).

En 1999 el Congreso de la República de Guatemala promulgó la Ley de la Dignificación y Promoción Integral de las Mujeres que promueve la participación de la mujer en la esfera política, su involucramiento en la formulación de políticas tendentes a la mejora de las condiciones de la mujer. La ley instruye a las instituciones del sector salud en el desarrollo de programas específicos en apoyo de la salud de la mujer.

“a. Salud integral, entendida la misma no solamente como ausencia de enfermedad, sino como el más completo bienestar físico y mental y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. b. Educación y salud psico-sexual y reproductiva, planificación familiar y salud mental, pudiendo tener acceso a los mismos en completa libertad y sin presiones de ninguna clase. c. Protección a la salud y seguridad en el trabajo, incluyendo la salvaguarda de la función de reproducción. d. Servicios de salud pre y post natal para incidir en la disminución de la mortalidad materna.” (Congreso de la República de Guatemala, 1999, pág. 5 Art. 15).

Las organizaciones de mujeres se constituyeron como un actor con fuente de poder con un tema específico en demanda de su participación social en el sector político. Un hito de su capacidad de organización social e incidencia política de

los grupos feministas se observó con la creación de la Secretaría de la Mujer (SEPREM) a través del Acuerdo Legislativo 14-2000 que propició su participación en el poder ejecutivo de la presidencia del país. La Secretaría de la mujer requiere del nombramiento de una lideresa del más alto nivel gubernamental. El mandato tuvo como objetivo: “promover su plena participación en el desarrollo del país y la igualdad real y efectiva entre hombre y mujer; velar por la observancia y aplicación de los preceptos constitucionales, leyes ordinarias, tratados y convenios internacionales que se refieran a la mujer... [...]” (Congreso de la República de Guatemala, 2000, pág. 2)

El Congreso de la República con el Acuerdo Gubernativo 200-2000 facultó a la SEPREM de sus funciones con relación directa en la Presidencia de la República del país (Presidente de la República, 2000). La SEPREM se convirtió en un actor cuya fuente de poder radicó en su relación directa con la figura del presidente con una capacidad de movilización de recursos limitada por la asignación del presupuesto de la nación. La SEPREM impulsó una alianza estratégica con los poderes ejecutivo y el legislativo que se consolidó en la aprobación de un normativo constitutivo que incidió en la salud materna (López, Arredondo, & Orozco, 2014).

Las organizaciones lideradas por mujeres con el apoyo de la cooperación técnica internacional lograron con éxito generar un grupo crítico de voz social que incidió en la lucha cívica del movimiento feminista en la conformación de un frente con respaldo legislativo que logró la creación del marco legal. Desde el nivel central se posesionó en la agenda del gobierno con temas de interés para transformar la situación de la mujer como sujeto de derechos lo cual confirió acciones por parte de las organizaciones de mujeres implicadas en el seguimiento de la auditoría social en temas de salud.

A pesar de conformar el movimiento de mujeres en un actor con presencia social, la baja capacidad de movilización de recursos les califica como un actor secundario que no tiene poder suficiente para determinar el cambio de las reglas del juego. Las organizaciones de mujeres como REDMISAR (ALIANMISAR, 2022), OSAR (OSAR, 2022), MIRIAM (IXOQIB' MIRIAM, 2022) generaron una

cadena de organizaciones con presencia en el nivel departamental con capacidad de auditoría social en los servicios de salud del primer nivel de atención. El cual es un hecho social sin precedente en la historia del movimiento social organizado enfocado en la observancia de los derechos de la mujer en materia de salud. Los alcances de la auditoría que ejercen en los servicios de salud también abarcan a la niñez. Las acciones de la organización social de las mujeres es un factor que incide en la mejora de la inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención.

El género y salud es un tema que se promovió desde los fundamentos teóricos del modelo incluyente en salud. Al comparar con los otros modelos el tradicional y de extensión de cobertura se observa una diferencia importante, en cuanto al empoderamiento que las mujeres logran en las comunidades bajo cobertura del modelo incluyente en salud de los derechos de salud y la denuncia de la violencia contra la mujer y la niñez. El modelo incluyente en salud logra en su agenda programática acciones concretas para la prevención de la violencia intrafamiliar que generalmente provoca el hombre.

El tema de género y salud en una sociedad como la guatemalteca, requiere un especial tratamiento por los efectos que tienen la violencia contra la mujer en sus diversas formas que llegan a limitarla en el acceso a los servicios de salud. Los contenidos teóricos y programáticos del modelo incluyente en salud sobre el tema de género tienen evidencia que puede ser la base para un programa de nivel nacional en apoyo a la política de salud del primer nivel de atención.

Conclusión.

Resaltan dos hitos fundamentales asociados al género y salud que inciden en la mejora de la inequidad en el acceso a los servicios del primer nivel de atención. El primero, se observó en el año 1995 con los movimientos de mujeres indígenas quienes tomaron la agenda en temas de salud. En el ámbito nacional se observó el empoderamiento de las mujeres organizadas quienes lucharon por sus derechos. La mujer de origen maya se organizó en un movimiento de presión social con un poder medio para la incidencia política y movilización de recurso

en temas de salud. Esos movimientos emplearon la auditoria social en temas prioritarios de salud que afectaban a la mujer y la niñez. Nuestro trabajo de campo constato que los servicios de salud del primer nivel de atención de los modelos estudiados estuvieron bajo el escrutinio y auditoria social de las organizaciones de mujeres.

El segundo hito de lucha social y política que deviene de un marco global impulsado por la lucha de mujeres se basó en la meta norma del derecho de la mujer. En el ámbito nacional en 1999 aprobó la Ley de la Dignificación y Promoción Integral de las Mujeres. La ley instruye al sector salud en la creación de programas para atender la salud de la mujer. El Acuerdo Legislativo 14-2000 creó la Secretaría de la Mujer (SEPREM) con relación directa en el poder ejecutivo de la presidencia del país. La SEPREM como actor estratégico consolidó la aprobación de la Ley para la Maternidad Saludable contenida en el Decreto 32-2010.

7.2. La interculturalidad un reto del sistema de salud.

Los modelos del primer nivel de atención fueron ubicados en zonas de alta concentración de pueblos originarios mayas divididos por la característica lingüística, la cual tiene un interés de tipo antropológico y sociológico para la representación de instituciones sociales de interés interpretativo. Las diferencias marcadas por el idioma del grupo étnico fueron un factor determinante en la entrega de servicios en el primer nivel de atención que incidió en la adherencia a los tratamientos y la comunicación que fue fundamental en los programas de tipo preventivo. Las circunstancias de contexto social, antropológicas e históricas en el devenir de la colonización de las tierras mesoamericanas, dieron el contexto sobre el cual la dinámica interpretativa desde el enfoque sociológico permitió llegar en un nivel explicativo de las variables independientes asociadas al contexto social.

El funcionamiento de los modelos de extensión de cobertura y el incluyente en salud en definitiva se sumaron a la característica de fragmentación del sistema

de salud en la dotación de servicios del primer nivel de atención. Como se indicó, las características de tipo estructural de las poblaciones postergadas limitaron la formación escolarizada de los lugareños. Asimismo parte de la población de las comunidades bajo estudio hablaron únicamente su idioma materno que no fue el español.

Acorde a los tres modelos de entrega de servicios se identificó que, para ser personal de enfermería, se requirió de la formación escolar de nivel básico. Este requerimiento no fue alcanzado por la población local, para llenar dicho requerimiento fue indispensable la movilización de personal cuyo idioma único de comunicación fue el español. Este hecho se observó en los tres modelos; sin embargo, el modelo incluyente en salud convocó, para la formación de personal local, a jóvenes con el interés de estudiar enfermería bajo los fundamentos de teoría y metodología empleada en su modelo.

La estrategia que cada modelo implementó para paliar la comunicación entre los prestadores de servicios médicos y las comunidades del área rural no correspondió a un esquema de regulación normativo de tipo constitutivo. Se identificó la figura del interprete o traductor en la mediación de la comunicación con los usuarios de servicios médicos en los tres modelos de atención. Desde la interculturalidad se observó una limitación en el acceso a la comunicación y la relación de sensibilidad humana con la cual un paciente requiere ser tratado con su propio idioma para expresar, desde su orden simbólico, la representación de su padecimiento.

El análisis sociológico permite la comprensión de las circunstancias locales que requieren un nivel de abordaje en perspectiva de aproximar la dotación de servicios en comunidades cuya característica socio cultural no es acorde al grupo étnico dominante en términos políticos y económicos.

El modelo tradicional, que fue la representación de la medicina occidental biologicista, empoderó al personal sanitario para operar los manuales de procedimientos basados en el conocimiento científico (MSPAS, 2018) el que finalmente se trasladó en español. La subalternidad de la condición marcada por

el idioma se constituyó en una barrera en la entrega de servicios la cual fue, en algunos casos, muestra de rechazo al indígena, también se consideró el racismo histórico como un tema asociado a formar una barrera en la comunicación asociada al idioma local de origen maya.

El modelo de extensión de cobertura organizó colaboradores locales bilingües quienes identificaban a los pacientes para organizar la llegada de la visita médica con los equipos básicos de salud esencialmente la consulta médica para los niños en el programa de control de crecimiento y desarrollo y la atención materna. Sin embargo, para el caso de la mujer debió comunicar información de su vida sexual y reproductiva al personal de los equipos básicos de salud por medio del traductor, este acto de develar información de vida íntima vulneró a la mujer y generó reticencia frente a los traductores y personal sanitario.

El modelo incluyente en salud innovó con la inclusión, dentro del esquema de referencia terapéutica, la figura del terapeuta tradicional como un recurso de apoyo local para el tratamiento de los problemas cuyo origen, explicación y resolución terapéutica se encontró dominada desde las representaciones simbólicas de las enfermedades que el terapeuta tradicional sabe resolver. En este punto del protocolo de abordaje de los problemas individuales el idioma no fue una barrera; sin embargo, en la referencia que los terapeutas tradicionales hicieron al escalar los casos a los prestadores de servicios médicos del modelo biologicista, el problema se hizo de nuevo evidente puesto que ellos no hablan el idioma local. Los aspectos fundamentales de la ética en la relación paciente-tratante donde la confidencialidad y privacidad se irrumpieron por un tercero fue una constante observada en los tres modelos de atención. Un trabajo reciente expone la irrupción de la vida privada de los pacientes que requieren la participación de un traductor (Sotomayor Saavedra & López Dávila, 2022).

Las iniciativas de formular la entrega de los servicios de salud con pertinencia cultural fue una estrategia con limitado alcance, dado que no se tuvo investigación de base para considerar, en las normas de tratamiento, el rol que tiene la idea de la pertinencia cultural. El contexto social se caracterizó por una sociedad multiétnica y plurilingüe, donde el idioma dominante es de los mestizos

quienes rechazan a la población más vulnerable radicada en su mayoría en la familia campesina e indígena. La interculturalidad es una categoría de tipo interpretativo que explica el fracaso en la entrega de servicios en el nivel local con los resultados de rechazo ampliamente documentados en el capítulo 5. Cabe resaltar que en uno de los municipios estudiados encontramos 5 grupos lingüísticos coexistiendo a consecuencia del devenir histórico y el desplazamiento de la guerra, bajo esas condiciones la interculturalidad tiene retos de tipo social para la entrega de servicios en salud.

Los puntos nodales antes expuestos forman una línea argumentativa desde el enfoque sociológico que explica las relaciones sociales en las cuales los programas de los modelos procuran incidir. La trama social presenta aspectos de tipo cultural en los cuales la conexión del conocimiento biomédico debe hacer una interpretación desde el interior de las instituciones de las comunidades receptoras de servicios con el objeto de formar mecanismos apropiados para la entrega de los servicios en salud. El constante rechazo y percepción de maltrato en los usuarios fue la evidencia empírica que demuestra los fallos del sector político, gubernamental y de ONG médicas que durante 20 años trataron de palear la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en el primer nivel de atención, sin un logro de efectividad que muestre un nivel de impacto en una menor inequidad del acceso.

El modelo incluyente en salud tiene una aproximación fundamentada en la teoría de la categoría de interculturalidad como un eje fundamental de su programación; sin embargo, el modelo coexiste dentro de un sistema de salud gobernado desde el MSPAS el cual limita las acciones de interculturalidad al grado que no permite la visibilidad del modelo. Entre los factores que explican este fenómeno se encontró la alta rotación de personal sanitario, el cierre del modelo de extensión de cobertura, el rechazo de la población indígena, los directivos formados con el modelo médico hegemónico biologicista y el consecuente rechazo a los terapeutas tradicionales. Romper las cadenas con el pasado histórico colonial que coloca al mestizo como usurpador de las tierras es una limitación que se construye entre la población dominada y dominante dadas

las relaciones de poder en una sociedad con altos índices de desigualdad (PNUD, 2019).

Conclusión.

El enfoque de la interculturalidad integrado en la entrega de servicios de salud en el modelo incluyente en salud evidenció una mejora en la inequidad en el acceso a servicios de salud en el primer nivel de atención. La innovación del modelo incluyente en salud se observó en la inclusión del rol del terapeuta tradicional como actor secundario definido por el contexto cultural y social en las comunidades. Desde la interculturalidad se analizó la importancia de las acciones que dan contenido a una agenda que mejore la inequidad en el acceso a los servicios de salud basada en aspectos de pertinencia cultural como: la formación de recurso humano sanitario que domina el idioma local, la inclusión de los terapeutas tradicionales en el capital humano en salud, la capacitación del personal con base a contenidos pedagógicos mediados culturalmente, interacciones horizontales entre prestadores de servicios de salud basados en conocimiento biomédico occidental y de la medicina tradicional, inclusión en los registros de la clasificación de enfermedades con los criterios de la medicina tradicional, un sistema de referencia y contra referencia entre la prestadores de servicios del sistema de salud oficial y los terapeutas tradicionales.

El modelo incluyente en salud mostró más evidencia de los aspectos antes señalados. El modelo de extensión de cobertura no tomó en consideración los aspectos de pertinencia cultural en la entrega de servicios de salud. El modelo tradicional a pesar de tener lineamientos de la pertinencia cultura en la entrega de servicios en el primer nivel de atención no reconoció el rol de los terapeutas tradicionales ni los saberes y formas ancestrales y populares cómo la población resuelve los padecimientos de enfermar. El etnocentrismo basado en el conocimiento de tipo biomédico occidental fue la base del modelo tradicional y de extensión de cobertura, ambos modelos generaron relaciones verticales con la comadrona con mayor énfasis el modelo tradicional. Se observó en los tres modelos de atención la figura del intérprete o traductor en la mediación de la comunicación con los usuarios de servicios médicos. Se documentó que el

intérprete o traductor afectan la intimidad y privacidad de las pacientes en la consulta médica.

7.3. Participación social retos del primer nivel de atención.

La participación social, como se presentó en el capítulo 2, permite interpretar los resultados analizados con el Marco Analítico de Gobernanza. En este apartado se hizo la aproximación al estudio de las inequidad en el acceso a los servicios del primer nivel de atención entregado con tres modelos con características desiguales en cuanto a la participación social en salud. A pesar de que los tres modelos, en sus elementos programáticos de atención a la población materna e infantil, tuvieron la observancia de la misma norma que rige los programas (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2012), la dinámica social de interacción entre el tipo de modelo y la implementación de la organización social la cual tuvo variantes de acuerdo con el contexto sociocultural de los municipios.

La activación de la organización social desde el modelo tradicional y el modelo de extensión de cobertura no tuvo lineamientos normativos definidos. A pesar de existir una norma constitutiva contenida en el Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que en el artículo No. 40 indica en el inciso: “g) Promover la participación social y comunitaria en los procesos de gerencia y fiscalización social de los servicios y acciones en salud” (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1999). Las formas de activación de la participación social en salud se basaron en las redes sociales informales, en donde no hubo un estándar observable en los procedimientos desde los modelos de APS. La improvisación y la idiosincrasia de cada comunidad fue la que, con base en las necesidades de contexto de forma proactiva, funcionó en torno a la salud.

Las iniciativas de la organización social en salud en términos de movilización de recursos en las comunidades fueron limitadas, a pesar de ello, en al menos dos municipios se observó la iniciativa de construir con fondos propios la infraestructura de puestos de salud. Las acciones comunitarias no fueron parte

de un plan o programa organizados desde las autoridades del Ministerio de Salud. Tampoco las construcciones de establecimientos se realizaron con el cumplimiento de un estándar. En la trama social de interacción de actores, las comunidades esperaron que el Ministerio de Salud les dotara de recurso humano para suplir la atención médica, la cual nunca fue contratada y los establecimientos quedaron en estado de abandono. Esto se observó en seis comunidades. La organización social local en salud mostró inconformidad con los procedimientos que el Ministerio de Salud instituyó para dotar de recurso humano en las comunidades.

Es importante indicar que la cobertura del puesto de salud fue estratégica para atender a seis comunidades en las cuales no existió transporte regular hacia el puesto de salud más cercano. Por lo que se observó cómo la capacidad de organización local puede movilizar recursos propios para resolver sus necesidades; sin embargo, la capacidad directiva de los funcionarios sanitarios generó una tensión frente a las acciones proactivas de las comunidades organizadas. Las organizaciones sociales locales en salud fueron caracterizadas como actores secundarios quienes no tienen suficiente poder para determinar el cambio de las reglas del juego. El caso descrito expuso las circunstancias sociales que promovieron la activación de la organización social local, sin poder cambiar su realidad.

En las comunidades existió la necesidad de disminuir la inequidad en el acceso a los servicios de salud. En un contexto en el cual los recursos en manos de los actores estratégicos, como las Autoridades del Ministerio de Salud, no existió la capacidad real de movilización de estos para incidir en la transformación de las condiciones existentes. Se observó la ausencia de normativas y de capacidad directiva para incidir en la organización social local en salud que fue proactiva y buscó resolver, desde los recursos de la propia comunidad, las necesidades de acceso a los servicios de salud. En los líderes comunitarios se percibió la insatisfacción por la ausencia de las acciones de las autoridades en salud de nivel departamental quienes desde la Dirección de área de salud tuvieron la responsabilidad de la gestión de recurso sanitarios.

La organización social comunitaria fue la base para impulsar el modelo de extensión de cobertura, puesto que en la estrategia para seleccionar y priorizar a las primeras comunidades que ingresaron al modelo fue sobre la base de la capacidad de organización social activa en la comunidad (La Forgia, 2005). Pareció un planteamiento contradictorio frente al hecho que las comunidades postergadas con limitaciones en el acceso a los servicios de salud fueron quedando relegadas en cuanto a su inclusión en el modelo.

El modelo tradicional, como se explicó no activó a la organización social como parte de una estrategia generalizada para dar cumplimiento a la inclusión de la participación social y comunitaria en los procesos de gerencia y fiscalización. La activación de los comités de salud o comités de emergencia fueron iniciativas locales acordes a las necesidades de las comunidades aun cuando los documentos internacionales sobre Atención Primaria en Salud replican la importancia de la participación social comunitaria en las estrategias del primer nivel de atención. La realidad de falta de organización y coordinación centrada en los recursos del modelo tradicional fue una tendencia fuerte observada en la dinámica social de los actores locales.

La cooperación internacional tuvo un rol formal que intentó, con la financiación de proyectos en salud, la activación de la participación social. Cabe citar el Programa ASDI que financió el Modelo Integral de Atención en Salud en municipios prioritarios con fondos de la cooperación sueca (MSPAS, 2011). El modelo ASDI se sumó a la fragmentación del sistema de salud en la dotación de servicios del primer nivel de atención debido a que los modelos que operaron en un mismo departamento, unos fueron administrados por las ONG médicas y otros, por los servicios públicos de salud con una administración independiente de asesores quienes operaron dentro del MSPAS.

La coordinación municipal distrital de salud frente a las diversas organizaciones prestadoras de servicios no tuvo la capacidad de organizar el trabajo local en el marco de un programa coordinado por el Ministerio de Salud (Moscoso Arriaza & Flores Ramírez, 2008). En observancia de los programas de servicios y la presencia de múltiples organizaciones prestadoras de servicios, también

significó la segmentación de los beneficiarios (Flores, 2008). Por un lado, se tuvo comunidades donde la organización social en torno a los servicios de salud comunitarios se promovió con incentivos económicos (transporte y alimentación) y, por otro lado, las comunidades visitadas geográficamente fueron vecinas, lo que generó un clima de diferencia en cuanto al trato que fue percibido por quienes no recibieron incentivos económicos, lo cual propició malestar ante los funcionarios del MSPAS.

Desde el poder formal, el marco normativo promovió la participación social de los consejos comunitarios de desarrollo quienes fueron electos, en algunos casos, por la asamblea general de la comunidad y, en otros, por designación del alcalde municipal. La discrecionalidad que se observó con la designación del alcalde municipal afectó la representación y legitimidad en el consejo comunitario, lo cual afectó la conformación de comisiones de salud (López Dávila, 2007) (López, Arredondo, & Orozco, 2014). Las comisiones de salud que fueron operativas se integraron como redes locales de apoyo para la atención de las emergencias en salud y campañas de vacunación. La debilidad de la permanencia de las comisiones se identificó en la falta de seguimiento desde un ente facultado para estimular las acciones coordinadas con los actores relevantes en el nivel departamental.

Conclusión.

La participación social en salud en las comunidades del área rural tiene un efecto directo en la mejora de la inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención. Los tres modelos, en sus elementos programáticos de atención a la población materna e infantil, tuvieron la observancia de la misma norma que rige los programas sin embargo el Ministerio de Salud no dotó de recursos para activar la organización social en las comunidades. El modelo incluyente en salud mostró mayor consistencia de inclusión de la participación social en las estrategias de prevención en el plan de emergencia comunitario. Las dificultades de dispersión de las comunidades del área rural y la falta de vías de acceso y transporte limitaron las funciones del técnico en salud rural quien entre sus funciones tuvo la responsabilidad de activar la participación social.

Coyunturalmente hubo circunstancias que hicieron de la organización social a comunidades con mayor capacidad en la movilización de recurso para apoyar las acciones de salud como campañas de vacunación y cuidado del medio ambiente.

Los incentivos económicos y de alimentos utilizados por algunos programas de cooperación internacional tuvieron efectos negativos en la sostenibilidad de la activación de la participación social en salud y reacciones de insatisfacción en las comunidades no receptoras de los incentivos. Las formas locales de tradición en la elección de los representantes en la comunidad fueron afectadas por los procedimientos que la Ley de Consejos de Desarrollo otorgó en la figura del alcalde municipal. La comunidades con mayor capacidad de organización social fueron un grupo de presión frente a la débil capacidad directiva de los funcionarios de salud pública. Quienes no lograron satisfacer la demanda en servicios de salud. La participación social en salud se activó por medio redes sociales informales, independientemente de los modelo de servicios de salud. Las comunidades activaron la organización social en reacción a la adaptación al entorno social y cultural que funcionó en torno a la salud. La participación social en salud es vital en la entrega de servicios en las comunidades donde las condiciones sociales y económicas requiere de la organización social activa. Las comunidades con mayor capacidad de organización social mejoro la inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Conclusión de capítulo.

El capítulo se elaboró con base a las categorías interpretativas de género, participación social y el eje transversal de análisis de interculturalidad. La categoría de género permitió la interpretación del rol que tienen la mujer como actor social en una sociedad que no ha dado oportunidades a la mujer para su implicación política en las organizaciones de representación ciudadana. A la vez se interpretó cómo desde la meta norma del Derecho a la Salud emerge el rol de la mujer organizada en grupos feministas para reivindicar una posición de empoderamiento con los medios de rendición de cuentas en la gobernanza de los programas de atención materno-infantil con un peso en las norma

constitutivas del sistema de salud en Guatemala. Este hito social corresponde a la lucha de mujeres en los distintos niveles de organización social: municipal, departamental y nacional.

La categoría de participación social se interpretó a través de la agenda programática de los modelos de atención en el primer nivel de salud, los roles que tuvo desde la organización social en salud para la movilización de recursos en las zonas postergadas del país. Se evidenció la falta de coherencia entre el rol que tuvo la participación social y la falta de medios para hacer efectiva las normas regulativas que deberían de apoyar la organización local. La diversidad de roles que tiene el capital social en la intermediación de los modelos para la logística en la entrega de servicios se relacionó con situaciones de contexto social e histórico donde la violencia de la guerra de guerrillas dejó un resabio que afectó el tejido social de la organización local en salud. La categoría de interculturalidad como eje transversal de análisis en una sociedad multiétnica y plurilingüe se hizo fundamental para comprender la dinámica cultural que sucedió entre los grupos étnicos receptores de servicios cuyo contenido programático fue con mayor peso de la medicina occidental. Con base a la interculturalidad se logró identificar elementos sustanciales que deberían estar presentes en la formulación de estrategias para la entrega de servicios en el primer nivel de atención en comunidades de pueblos originarios.

Las tres categorías sociológicas permiten el análisis e interpretación de los hallazgos que pueden ser una base de tipo teórica y empírica para el diseño y formulación de planes, programas, estrategias y política públicas de salud para mejorar la inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención.

Finalmente, en el último capítulo se elaboró la discusión de resultados con base a las hipótesis formuladas y las conclusiones que emergen de la categoría de los **puntos nodales** que direccionan las intervenciones que desde el Marco Analítico de Gobernanza se pueden formular.

Capítulo 8. Discusión y conclusiones.

La discusión se ordenó a manera de resolver cada hipótesis, para lo cual se estableció la argumentación lógica con base en los hallazgos del trabajo empírico. Luego se contrastaron los puntos esenciales según la evidencia científica recopilada en el marco teórico y las fuentes revisadas durante el proceso de construcción del capítulo. La sección de conclusiones se formuló de acuerdo con los puntos nodales que representan el espacio físico o virtual de intervención. La identificación de los puntos nodales permitió la observación de los procesos de gobernanza (Hufty, 2010) para disminuir la inequidad en el acceso de los servicios de salud en el primer nivel de atención. Se propone abordar la organización de servicios en un marco de regulación para dotar servicios de calidad en las poblaciones con mayor vulnerabilidad.

Se identificó que la tercerización de servicios con las ONG médicas tuvo deficiencias por la falta de supervisión y evaluación de la calidad de los servicios. Se vio la importancia de la intervención sectorial para mejorar la capacidad directiva de los funcionarios relevantes en el MSPAS que les permita, desde las normas regulativas, desarrollar una carrera laboral en el sector público con el objeto de minimizar la alta rotación de personal sanitario. La mejora de la inequidad en el acceso a los servicios de salud requiere de acciones intersectoriales dirigidas a los determinantes sociales de la enfermedad. Finalmente, en cuanto a la transparencia y la rendición de cuentas que controla, desde la sociedad civil, el mal uso de la inversión en salud. Se observó, que las mujeres organizadas cada vez más inciden desde su organización social en el seguimiento de aspectos relacionados con la interculturalidad, el derecho a la salud y la propia reivindicación de temas de género con énfasis en la salud de la mujer.

8.1. Discusión.

Los organismos internacionales, como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, desde los años noventa impulsaron las políticas neoliberales en las reformas de la atención en salud (Banco Mundial, 1990) (Tichenor & Sridhar, 2017) (Carvalho, 2022). Los países de la región adoptaron las recomendaciones,

como el caso de Guatemala, para implementar las políticas de la tercerización en la dotación de los servicios en el primer nivel de atención en salud por medio de las ONG médicas (Banco Mundial, 1993) (La Forgia, 2005) (López, Arredondo, & Orozco, 2014). La fragmentación y segmentación del sistema de salud en el país ha sido una característica que muestra la debilidad del rol del Ministerio de salud como máxima autoridad del sector salud (Flores, 2008) (OPS / OMS, 2007) (Barrillas, 1997).

El proceso de modernización del sector salud fue apoyado en la agenda de los Acuerdo de Paz (SEPAZ, 2007) en donde se dispuso la tercerización de los servicios de salud con el Programa de extensión de cobertura que promovió la entrega de un paquete básico de servicios en las poblaciones postergadas del país (La Forgia, 2005) (Walt & Gilson, 1994). La modernización del Estado requirió de normas regulativas que han permitido, desde los actores estratégicos, la generación de marcos legislativos para la participación social (Congreso de la República de Guatemala, 2002) en cuanto a la organización del sistema de salud (Congreso de la República de Guatemala, 1997), los derechos de la mujer y la familia (Congreso de la República de Guatemala, 1996) (Congreso de la República de Guatemala, 1999) (Congreso de la República de Guatemala, 2000). Entre ellos, no de menor importancia, fue creada la Unidad de Pueblos Indígenas e interculturalidad (MSPAS, 2009) con alcances limitados observados en los hallazgos de las entrevista.

El presente capítulo lo desarrollamos siguiendo las tres preguntas de investigación que guiaron la propuesta de tipo metodológica:

- ✓ La primera pregunta fue orientada a indagar, en los proveedores de servicios, sus percepciones con respecto a: ¿Por qué los modelos de provisión de servicios, del primer nivel de atención en salud en Guatemala tienen diferentes resultados en la entrega de servicios y en la satisfacción de la demanda de servicios de salud, a nivel local?
- ✓ La segunda pregunta fue formulada a explorar, en los líderes comunitarios sus opiniones con respecto a: ¿Cómo la participación social se integra en las redes de apoyo, para la entrega de servicios en el nivel local para

regular el funcionamiento de las redes locales de apoyo por parte de los servicios sanitarios de salud?

- ✓ La tercera pregunta exploró en la política de salud, los contenidos diseñados que dan origen a los distintos modelos: ¿Cuáles son las políticas de salud diseñadas, por el Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, para el surgimiento de los modelos de servicios del primer nivel de atención en el periodo de 1996 a 2016?

El abordaje metodológico ha consistido en la aplicación del Marco Analítico de Gobernanza que emplea cinco categorías para conocer el proceso de gobernanza: a) Problema, b) Actores, c) Normas, d) Puntos Nodales, e) Procesos (Arredondo, et. al., 2010) (Flores, 2010) (Hufty, 2010) (López, Arredondo, & Orozco, 2014). La variable dependiente (problema) aborda la inequidad por la falta de acceso a los servicios del primer nivel de atención en salud que se observó entre 1996 a 2016. Para tal efecto se estudiaron 6 municipios en los cuales operaron los modelos de entrega de servicios (variable independiente), así como la organización institucional del sistema de salud y su historia construida durante el periodo en observación.

El marco interpretativo empleó tres categorías sociológicas fundamentales para comprender la gobernanza: a) el género (Gómez, 2002) (Tajer, Débora, 2004) (Brody, 2009), b) la interculturalidad (Lolas, Martin, & Quezada, 2007) (Meentzen, 2007) (Morales, 2014) que es un eje transversal de análisis y, c). la participación social (Menéndez, E. y Spinelli, H. (coords.), 2006) (Celedón & Noé, 2000) (Arredondo, Orozco, & Castañeda, 2005) (Flores, Ruano, & Phe, 2009)

Se discutirán las tres hipótesis que se plantearon con base en los resultados de investigación para aceptar completamente, parcialmente o rechazar las hipótesis. Para ese fin, se exponen los fundamentos de la respuesta con base en los hallazgos de investigación. Por un lado se retomaron los objetivos de investigación que permiten identificar, en el desarrollo del análisis e interpretación, una primer aproximación para dar respuesta. Por otro lado,

utilizamos los aportes del marco teórico para triangular la información de los hallazgos expuestos con la opinión de expertos en sociología.

8.1.1. Hipótesis # 1: Resultados diferentes en la entrega de servicios de los modelos.

En la primera hipótesis planteamos que existen diferencias en los procesos de gobernanza de los modelos de provisión de los servicios de atención en salud del primer nivel incorporados en la política sanitaria en la reforma del sistema de salud de 1996 a 2016.

La primera hipótesis se aceptó por los siguientes hallazgos de investigación y evidencia científica. Desde el marco analítico de gobernanza se identifica a la organización institucional del sistema de salud como la variable independiente. La cual, con el devenir histórico desde 1996, con la firma de los Acuerdos de Paz firmados entre el gobierno y la comandancia de la guerrilla de Guatemala, fundaron las bases para la apertura social y política que sentó las bases del modelo neoliberal económico. La apertura social en la década de 1996 permitió que los sectores organizados de la sociedad, representados por diversos actores incidieron en las mesas de diálogo para determinar una agenda de nación con prioridades para legislar en la consecución de los diversos temas de los Acuerdos de Paz (SEPAZ, 2007).

En el marco de las negociaciones de los Acuerdos de Paz se consideraron tres ejes estratégicos. De ellos el que tuvo más peso para los asuntos atinentes al sistema de salud fue el “Eje de modernización del Estado democrático, incluyendo el fortalecimiento de las capacidades de participación y concertación de las distintas expresiones de la sociedad civil.” (SEPAZ, 1996) La inequidad en el acceso a los servicios en el primer nivel de atención en salud fue un tema prioritario en el cual la reforma del sistema de salud tenía una agenda pendiente. A pesar de que en los años 70 la reforma había intensificado la construcción de infraestructura del primer nivel en las zonas rurales el déficit para los años 90 de

infraestructura y personal sanitario en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social requería una solución.

El Estado de Guatemala en respuesta a inequidad en el acceso a los servicios del primer nivel de atención en salud elaboró las normas regulativas que fueron la base para explicar el surgimiento de los modelos de dotación de servicios de salud con la modalidad contractual de tercerizar los servicios por medio de las ONG médicas. Por un lado, se tuvo el imaginario social (Pintos, 1995) basado en una ruptura ideológica que devenía de la lucha de guerrillas exponiendo las desigualdades sociales y económicas presentes en diversos sectores de la sociedad guatemalteca. La firma de los Acuerdo de Paz fue planteada como un contrato social que respondió a las necesidades de desigualdad, entre ellas las generadas por el acceso a los servicios sanitarios.

La salud fue planteada como una institución social en respuesta a la demanda de servicios en los sectores de la población más desposeídos y vulnerada por un sistema de salud caracterizado por ser ineficiente frente a las necesidades de la salud local. El escenario social y político del país fue propicio para atender las recomendaciones de una meta norma dictada desde el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional con la retracción del papel del estado benefactor. Las recomendaciones trataron de incidir en mejorar la inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención en las comunidades postergadas del área rural.

El llamado modelo neoliberal con las políticas de reforma del sistema de salud dictadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional experimentaron en el sistema de salud en Guatemala con la financiación del modelo de extensión de cobertura donde se planteó incidir en la inequidad por la falta de acceso a los servicios del primer nivel de atención en salud (variable dependiente). El problema de estudio se observó con mayor peso en las comunidades postergadas del área social donde coexiste la población campesina mestiza e indígena de diversas etnias y viven en condición de pobreza y extrema pobreza

Se revisó cómo las normas, desde el nivel internacional (meta normas) y nacional (normas regulativas) incidieron para propiciar los modelos tercerizados por las ONG médicas; sin embargo, las normas constitutivas que se generan de manera prescriptiva entre la sociedad tuvieron diversas expresiones según el tipo de modelo que sucedió en los escenarios sociales donde los tres modelos fueron aplicados. El modelo incluyente en salud planteó la interculturalidad con la identificación de los terapeutas tradicional presentes en la comunidad. Posteriormente en la agenda programática se incluyó en los servicios de salud los procedimientos de entrega de servicios terapéuticos, los que ofrecen los terapeutas tradicionales en la comunidad. Con lo cual el modelo retomó, entre sus normas de referencia y contra referencia, el rol preexistente del terapeuta tradicional.

Otra estrategia innovadora del modelo incluyente en la interculturalidad fue que integró en las discusiones de casos clínicos en los equipos de salud a la figura del terapeuta tradicional con un rol de educador del personal sanitario. A la vez el terapeuta tradicional fue capacitado desde el modelo para reportar los casos que él atiende. Este mecanismo permitió generar registro para el sistema de información con un instrumento específico que el modelo propuso. Desde el enfoque antropológico de la salud el terapeuta tradicional tuvo el saber de las representaciones simbólicas de los padecimientos de salud locales que fueron atendidos con la medicina ancestral (Comelles, 2004). El modelo incluyente en salud tiene evidencia de como los aspectos de interculturalidad mejora la inequidad en el acceso a los servicios de salud.

El uso del huerto medicinal se integra en los puestos y centros de salud bajo la administración del modelo incluyente en salud para lo cual se requirió de un inventario de plantas usadas en las comunidades. El huerto permitió controlar la producción para el abastecimiento local. Esta propuesta fue totalmente innovadora desde el modelo incluyente en salud.

Las percepciones de los usuarios con respecto al uso de plantas medicinales fueron difusas en el sentido que ellos estaban acostumbrados a la medicalización de sus padecimientos por parte del personal sanitario (enfermeras, paramédicos

y médicos) por lo que resultó extraño que en este modelo se manejara este tipo de conocimiento. También existió la crítica por parte del personal del modelo tradicional, quienes mostraron algún nivel de no aceptación sobre este tipo de prácticas terapéuticas. El nivel más organizado de esta estrategia intercultural se materializó con el inventario de plantas medicinales y las capacitaciones al personal sanitario por parte del terapeuta tradicional. Al considerar la mejora de la inequidad en el acceso a los servicios de salud se deben considerar los patrones culturales que subyacen de forma ancestral en las comunidades cuya cultura es diferente a la occidental.

El modelo incluyente en salud integró las prácticas ancestrales en los servicios de salud en el nivel individual para tratar problemas como el mal de ojo, la caída de mollera, la atención del parto vertical, etc. En este nivel individual la práctica de mayor impacto por sus efectos sociales fue la atención del parto vertical con la asistencia de la comadrona. En la práctica asistencial se empleó el mecanismo de referencia y contra referencia desde el modelo médico occidental con el ancestral y viceversa. Este aspecto fundamental generó, entre los actores secundarios prestadores de servicios, una relación horizontal de saberes distintos, pero complementarios en la atención de los pacientes, el modelo incluyente en salud concretó en la entrega de servicios la interculturalidad. La entrega de servicios con pertinencia cultural fue verificada en el modelo de extensión de cobertura. La experiencia empírica ofrece insumos para la formulación de programas específicos como la inclusión de la comadrona en la atención del parto institucional que incide en mejorar la inequidad en el acceso a los servicios de salud.

La fragmentación del sistema de salud se observó en que los modelos, si bien coexistieron en el sistema de salud, cada uno tuvo sus particularidades que diferenciaron la entrega de servicios. Por ejemplo, el modelo incluyente en salud fue considerado como el más completo al integrar en sus fundamentos los temas de perspectiva de género, la interculturalidad, el derecho a la salud y la participación social. Aun cuando el modelo tradicional en el marco normativo tiene como referente la Unidad de Pueblos Indígenas e Interculturalidad tiene un

déficit de profesionales y no se observó en el trabajo de campo algún tipo de efecto en la mejora de la inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Los alcances del modelo tradicional fueron extremadamente limitados, por la falta de recursos profesional para atender la demanda del sistema de salud. Lo anterior en contraste con el racismo y el rechazo a los aspectos ancestrales de las pueblos originarios por parte del personal sanitario del modelo tradicional. La creación de la Unidad de Pueblos Indígenas e Interculturalidad en el año 2009 representó una contradicción para el personal de salud quienes se habían formado en el campo de la enfermería, paramédico y médico desde el enfoque de la medicina occidental. La controversia fue mayor por parte de las comadronas quienes llevaron a sus pacientes a los puestos de atención de parto y les limitaron el acceso a las instalaciones o bien fueron relegadas a limpiar el área de trabajo de parto.

En cuanto al modelo de extensión de cobertura, únicamente se instrumentó el apoyo de las personas bilingües para mediar en la traducción entre los equipos básicos de salud y las comunidades. No se documentó algún nivel de acción programática, capacitación o planteamiento teórico desde el modelo que muestra la sensibilidad a la realidad que indefectiblemente el contexto cultural y social presentó entre los retos de la entrega de servicios con pertinencia cultural. El modelo de extensión de cobertura tuvo una programación basada en un paquete básico sin considerar que las poblaciones postergadas corresponde en su mayoría a etnias milenarias de estas tierras de la civilización maya.

El etnocentrismo basado en el conocimiento del modelo médico hegemónico occidental estuvo en las bases del supuesto modelo “innovador” que propuso llevar un paquete básico restrictivo. Mientras el modelo incluyente en salud y el modelo tradicional tuvieron la responsabilidad de dotar a las poblaciones bajo cobertura de todos los programas oficiales. El modelo de extensión de cobertura al compararlo con los otros dos no tuvo durante los 20 años de existencia efectos de impacto que indicaran la mejora de la inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Los países con mejores resultados en sus indicadores de salud en los programas prioritarios mostraron una planificación de los servicios con mayor apoyo en la asignación de presupuesto. La figura del Ministerio de Salud, para el caso de Costa Rica que tuvo los indicadores más robustos en la atención primaria en salud, se basó en aspectos como: a) la rectoría del sistema, b) dirección política, c) la regulación sanitaria, d) dirección de investigación y, e) desarrollo tecnológico (Sáenz, et. al., 2011). Además basó su política en salud sobre las categorías de los determinantes sociales entre los cuales incluyó los aportes de la Comisión sobre los determinantes sociales de salud de la OMS (Ministerio de salud, República de Costa Rica, 2011).

En la región de América Latina, el sistema cubano invierte por arriba del 6 % del gasto público que recomienda la OPS. El comportamiento de los indicadores de programas prioritarios como la mortalidad infantil se encuentra entre las más bajas de la región de América Latina (Morales Ojeda, et. al, 2018) (Etienne, 2018) (Santana Espinosa, et. al., 2018). El sistema de salud en Cuba tiene normas regulativas sin fragmentación en la entrega de servicios en el primer nivel de atención basado en la entrega de servicios integrales y de calidad que se proyectan en el individuo, la familia y la comunidad (Morales & Fitzgerald, 2018).

Al comparar el sistema de salud de Guatemala con los sistemas de Costa Rica y Cuba se observa que la fragmentación que sucedió en Guatemala con la incorporación de los tres modelos de atención es una variable independiente que afecto de manera negativa la estandarización de la entrega de servicios. La organización institucional de los servicios de salud con base a tres modelos diferenciados en la modalidad de entrega de servicios es una característica negativa para promover la estandarización de protocolos y normas de salud en el primer nivel de atención. El sistema de salud con la fragmentación en la entrega de servicios aumento la brecha de desigualdad en el acceso a los servicios de salud.

Conclusión.

En la primera hipótesis planteamos que existen diferencias en los procesos de gobernanza de los modelos de provisión de los servicios de atención, la hipótesis fue aceptada por qué cada modelo tuvo efectos diferenciados en la mejora o no de la inequidad en el acceso a los servicios de salud. Las diferencias observadas en los procesos de acuerdo con los modelos correspondieron a circunstancias de tipo político y coyunturales que la modernización del Estado tuvo para integrar las recomendaciones de la economía neoliberal. La firma de los Acuerdo de Paz dio el marco social y político para generar un marco legislativo de apertura al cambio social en la forma de entrega de servicios con las ONG's médicas.

Cada modelo tuvo actores estratégicos diferentes que incidieron desde la cooperación técnica internacional a la financiación de los modelos de extensión de cobertura y el modelo incluyente en salud. El rol del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como actor estratégico en la toma de decisiones fue fluctuante acorde a los partidos políticos e intereses de los Diputados involucrados con ONG médicas. La mejora de la inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención alineo los intereses de diversos actores estratégicos para hacer de la provisión de servicios un espacio clientelar para la contratación de personal sanitario. Los procesos de gobernanza permitieron hacer un seguimiento en el tiempo en el cual se observó las variaciones de posiciones de actores sociales con respecto a los modelos en cuanto a sus alcances en la calidad de servicios y aceptación en la población. Otro proceso observado fue la toma de decisión para el cierre de operaciones del modelo de extensión que propició ampliación de cobertura del modelo incluyente en salud e incrementó a la población sin acceso a los servicios de salud.

8.1.2. Hipótesis # 2: Rol de actores sociales en la gobernanza de los modelos.

En la segunda hipótesis planteamos que el Modelo tradicional del Ministerio de Salud Pública y Atención Social y el Modelo de Extensión de Cobertura propuesto por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, tuvieron un rol de actores sociales diferente al Modelo Incluyente en Salud que explica el proceso de gobernanza en los programas prioritarios en salud en las comunidades rurales.

La segunda hipótesis se aceptó y se analizó, desde las categorías del MAG, el cual señala que el rol de los actores se divide en tres: a) los estratégicos, b) relevantes y, c) secundarios. Hufty (2010) indica que los actores estratégicos son quienes tienen capacidad de movilización de recursos y de interacción estratégica con los demás actores de interés en el análisis de gobernanza. Sobre este supuesto teórico se consideró, tanto al Ministerios de Salud como a los Organismos internacionales quienes tuvieron mayor ingerencia en la consolidación de la Reforma del Sistema de Salud, dadas las condiciones preexistentes sociales y económicas que imperaron en los años noventa. La alineación de intereses de tipo político entre los actores estratégicos volcaron en la normativa de país el establecimiento de normas regulativas coherentes con la modernización del Estado.

El rol que tuvo el poder legislativo a mediados de los años noventa y principios del dos mil fue determinante para generar las condiciones del contexto político y social. Bajo esas condiciones se sucedió la observancia internacional que permitió la apertura del diálogo social para la consolidación de propuestas innovadoras como la descentralización del Estado en manos de actores estratégicos como fue el Partido de Avanzada Nacional -PAN-. El PAN fue liderado por un representante de la oligarquía en el país, figura que permitió la consertación del diálogo entre los sectores de poder económico, la representación política del Estado guatemalteco y la comandancia de la guerrilla guatemalteca. Constituido el escenario de actores estratégicos fueron ellos

capaces de movilizar recursos para la operación del programa de extensión de cobertura.

En el escenario social local las condiciones comunitarias representaron retos que las normas regulativas no fueron capaces de superar. La lucha de clases sociales subyacente a los Acuerdos de Paz no fueron resueltas desde el planteamiento de las normas regulativas. El escenario social se autorreguló en condiciones propias que se explicaron desde las normas constitutivas.

En el contexto de las comunidades desarraigadas donde el paso de la guerra dejó huellas indelebles por la violencia armada, el secuestro, la violación y la desaparición a hombres y mujeres. Hubo una representación social del Estado que simbolizó la política de tierras arrasadas que el ejército operó como estrategia de control social en la lucha contrainsurgente (Falla, 1992) (Carmack, 1991). Este escenario social, que fue motivo de los Acuerdos de Paz con la firma de las máximas autoridades, inició un proceso de concertación al diálogo por la paz; sin embargo, lejos se estuvo de alcanzar las buenas intenciones de paz en el escenario social dado que la desatención y condiciones de servicios de salud para la población más vulnerable no fue posible.

La trama de actores con capital simbólico y social (ONG médicas) fueron quienes desde el terreno operaron el modelo de extensión de cobertura con la dotación de servicios sanitarios del primer nivel de atención. En la agenda de los Acuerdos de Paz se priorizó sobre los temas en los cuales hubo mayor preocupación por sus indicadores, las estrategias de abordaje desde los modelos tradicional y de extensión de cobertura fueron limitados desde sus propios esquemas programáticos. El éxito del modelo incluyente para aproximar la entrega de servicios de salud se debió a la inclusión de normas informales que permitieron nuevos esquemas de relaciones horizontales con los terapeutas tradicionales en las comunidades. El modelo incluyente facilitó las transacciones e interacciones entre los actores relevantes y secundarios, propusieron una modalidad inédita que únicamente correspondió al contexto social y cultural imperante en las comunidades para dar respuesta a las necesidades en salud local.

El modelo de extensión de cobertura generó contradicciones, confusión y fragmentación en la entrega de servicios que coadyuvó a una mayor inequidad en el acceso a servicios del primer nivel de atención en salud. En el planteamiento de los años 90 existió en el ámbito internacional el eslogan de “Salud para todos en el año 2000”, el punto en cuestión fue instalar un sistema fragmentado por la diversidad de modelos, pero además segmentado por el tipo de servicios que se otorgó.

Las poblaciones postergadas fueron relegadas a condiciones infrahumanas en la dotación de servicios de baja calidad, sin mecanismos eficientes en la supervisión. Además se privilegió el uso de normas informales en el plano local, donde los actores secundarios tuvieron mediaciones locales para habilitar los establecimientos improvisados infrahumanos. Otro aspecto negativo fue que generaron mecanismos locales para la movilización de los recursos existentes para resolver los casos que, desde una condición prevenible o abordable en el primer nivel de atención por la falta de una asistencia médica oportuna, escalaron al tercer nivel de atención.

Los actores con liderazgo comunitario fueron los interlocutores con los equipos básicos de salud de las ONG médicas de la extensión de cobertura para la conciliación de conflictos; sin embargo, se documentaron las intervenciones de los actores relevantes, funcionarios del Ministerio de Salud quienes tuvieron la habilidad de llegar a acuerdos con los comunitarios para paliar los conflictos por la mala calidad de la atención médica en las comunidades. La tendencia de resolución fue llevar nuevas ONG médicas a las comunidades en conflicto. Se documentó cómo fueron llevadas las ONG de una localidad a otra sin que hubiera criterios bajo estándares de calidad para mejorar el tipo de servicios en salud.

Los problemas de tipo estructural que subyacían en las comunidades fueron una condición latente para que los problemas de enfermedades infecciosas de tipo respiratorio y gastrointestinales afectaran con mayor peso a los niños y mujeres en edad fértil. La falta de asistencia permanente en las comunidades del modelo

de extensión de cobertura hizo de los actores locales promover la organización social como medio para afrontar la ausencia de los servicios de salud públicos.

Contrastar las relaciones de actores desde los distintos niveles de atención mostró que la mayor implicación de transacciones e interrelaciones por la organización de servicios en la programación tuvo un mayor alcance con el modelo incluyente en salud; sin embargo, debe connotarse que los determinantes sociales de la salud con efectos negativos es una constante presente en países pobres como Guatemala. Además los actores relevantes no fueron capaces de movilizar los recursos frente a las necesidades de salud de las comunidades bajo estudio. Situación que limita, en gran medida, la capacidad de resolución que tuvieron los modelos.

Las comunidades en donde la organización en salud funcionó se centró en los temas de la desnutrición infantil y la mortalidad materna. Se observó un nivel medio de coordinación con las autoridades con serias limitaciones entre los actores del sector público para implicarse con la organización comunitaria. Este tipo de realidad de contexto social no podría ser reconvertido por el modelo dado ya que la limitación de recursos sucedió en contextos donde la ausencia de los servicios públicos es parte de la realidad de los determinantes sociales de la enfermedad.

Otro análisis que refuerza la aceptación de la hipótesis se hace con base a las categorías teóricas de interculturalidad, género y participación social: los terapeutas tradicionales fueron actores sociales con un nivel de liderazgo subyacente a la llegada del modelo incluyente en salud. En las comunidades estudiadas los terapeutas tradicionales fueron el recurso humano local que, en primera instancia, resolvió las necesidades en salud. Si bien el modelo incluyente en salud conlleva operar los programas oficiales del Ministerio de Salud que fueron formulados bajo conceptos de la medicina occidental, la relación de horizontalidad permitió una mejor transacción entre actores con base en la referencia y contrarreferencia.

Desde la gobernanza en salud se analizaron las interrelaciones entre actores, y se notó que las de nivel local fueron las más relevantes para considerar en el diseño de programas para mejorar la inequidad en el acceso a los servicios de salud basados en criterios de interculturalidad. La innovación del modelo incluyente en salud no fue una tarea totalmente aceptada desde los funcionarios del sector público quienes fueron reticentes frente a los saberes ancestrales y populares, acciones que se interpretaron como etnocéntricas y de rechazo a la cultura ancestral y popular.

El contexto social en el cual la organización local en salud funcionó en las comunidades rurales representó retos fuertes para impulsar desde los recursos del modelo incluyente la participación social. La activación de la organización local en salud estuvo asignada únicamente al técnico en salud rural con recursos insuficientes para la movilización a las comunidades. La estrategia de creación de comisiones por micro regiones permitió hacer frente a la dispersión de las viviendas, la dificultad de acceso terrestre y la falta de transporte fueron las características principales por superar.

Los modelos tradicional y de extensión de cobertura tuvieron limitados recursos disponibles para la movilización del técnico en salud rural, situación que fue un factor determinante para la no promoción de la organización social local en salud. Además la responsabilidad de activar la organización local en salud se delegó en el técnico en salud rural identificado como un actor secundario, sin considerar un marco normativo para el cumplimiento de esa actividad. La dificultad enfrentada por el técnico en salud rural se caracterizó por el bajo nivel de efectividad con la cual se podría activar la organización en salud por el factor tiempo que no permitió estandarizar acciones conjuntas en las comunidades bajo la cobertura del modelo tradicional y de extensión de cobertura.

La sinergia de la organización local en salud sucedió entre los líderes locales del sistema político de los consejos comunitarios de desarrollo municipal (Comudes) y consejos comunitarios de desarrollo (Cocodes) con las comisiones de salud en el ámbito comunitario. Los líderes locales fueron reconocidos en asamblea de los pobladores e integrados en el sistema de comunicación para el traslado de

las necesidades en salud. El modelo incluyente en salud integró a los actores relevantes y secundarios quienes incidieron en la toma de decisiones en las acciones de los programas comunitarios, familiares e individual. Este hecho mostró una fortaleza en términos de gobernanza para la entrega de servicios de salud.

El modelo incluyente incorporó una estrategia local innovadora de autocuidado en el nivel comunitario con base a los grupos organizados con el objeto de tener apoyo en la identificación de necesidades en salud. La estrategia permitió el consecuente traslado oportuno de la información local que se requirió, de forma oportuna, en la detección de necesidades en salud para su consecuente abordaje.

La organización social en salud se activó en los distritos por medio del consejo técnico que se convirtió en un actor de interés con capacidad de convocatoria. La importancia del funcionamiento de este nivel de organización radicó en la dificultad que se tuvo por la distancia y el tiempo para llegar a las comunidades más lejanas de la cabecera municipal. La organización social que activó un técnico en salud rural después de 4 años de trabajo constante en uno de los municipios conformó parte de la evidencia de la necesidad fundamental para normar y facilitar medios en torno al rol que tuvo como actor relevante. Este dato se contrastó con las otras 5 comunidades donde operó de forma muy limitada la organización social local en salud.

La organización social local en salud, con respecto a la participación de género, incluyó a las mujeres cada vez más en entornos donde la totalidad o mayoría de participación fue de hombres. Este cambio en la organización social lo narró una lideresa quien fue electa en el sistema político como concejal de la municipalidad. La implicación de la mujer en las comisiones de salud es un hito social y cultural que se apoyó en el derecho de la mujer y el abordaje de género con la implicación de la mujer en la organización social local en salud.

La organización social local en salud se activó de forma coordinada para resolver los casos de urgencia, entre ellos los más frecuentes fueron la

mortalidad materna y neonatal. Desde el modelo incluyente en salud se implicó en el plan de emergencia familiar y comunitario. La movilización de recursos como un ejercicio programático organizado con los equipos de salud local para la movilización de recursos económicos y la obtención del transporte. De aquí que la articulación entre los actores secundarios como la comisión de salud y la comadrona se entrelazaron con los actores relevantes (alcaldes auxiliares y funcionarios de sector público) la sinergia de ambos actores se hizo presente en las comunidades más desprotegidas. La propuesta del modelo incluyente en salud se apoyó sobre la base de articular la organización social local con normas dirigidas a implicar en el plan de emergencia comunitario a los actores presentes.

Conclusión

La hipótesis se acepta con base a la evidencia observada del rol de actores estratégicos (Organismos Internacionales, Diputados, Partidos políticos en el gobierno y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) quienes promovieron el programa de extensión de cobertura para incidir en la ampliación de cobertura con la dotación de un paquete básico de servicios. Los actores estratégicos internacionales fueron la fuente de financiación de los modelos basados en ONG médicas. Los intereses económicos de actores estratégicos nacionales fomentaron mecanismos clientelares de contratación de personal. La fundamentación teórica, normativa y programática de los modelos de extensión de cobertura y tradicional no mejoró la inequidad en el acceso a los servicios de salud. El modelo tradicional en la entrega de servicios promovió los programas oficial sin una medicación de la pertinencia cultural situación que mostró una brecha entre la comprensión del proceso de salud-enfermedad con una visión occidental versus la cosmovisión ancestral. La insatisfacción manifiesta en las usuarias y usuarios en la atención prestada por el modelo tradicional fueron evidencia del efecto negativo.

El rol de los actores estratégicos fue explicativo del proceso de gobernanza observado en la toma de decisiones con un débil impacto en los programas prioritarios en salud. Los actores secundario con ingerencia en el modelo de extensión de cobertura se encontraron en las estructuras de poder político

(Gobernador Departamental, Alcalde Municipal, Dirección de Área de Salud, Comudes, Codedes y Coordinador de Salud Municipal) tuvieron un rol de espectadores a pesar de las denuncias que existieron sobre la entrega deficiente de servicios en las comunidades. Los actores secundarios (comisiones de salud, comités de emergencia, comadrona y terapeutas tradicionales) se implicaron en el modelo incluyente en salud en la agenda programática y estrategias que incluyen la participación social en salud. La inclusión de las reglas del juego informales existentes en las comunidades explica como el proceso de gobernanza del modelo incluyente en salud fue innovador en su propuesta de contenido teórico y programático. El proceso de gobernanza en el modelo incluyente en salud se explica desde el rol de los actores secundarios y las relaciones horizontales que estableció con los prestadores de servicios de salud.

8.1.3. Hipótesis # 3: Adecuación de las políticas de salud del primer nivel de atención a las necesidades locales.

En la tercera hipótesis planteamos que la política en salud pública diseñada para el primer nivel de atención en salud no está de acuerdo con las necesidades de atención en salud de las poblaciones rurales en Guatemala; no incluye en sus modelos los aspectos interculturales, la participación social y el género, en el contenido de sus fundamentos éticos y de alcance social.

La hipótesis se aceptó parcialmente. Entre los avances en materia de normativas constitutivas en los tres niveles (nacional, departamental y municipal) se encuentra el logro de la incidencia política de la sociedad organizada. Desde la firma de los Acuerdos de Paz en las normas regulativas se incluyó en la Agenda del Estado de Guatemala abordar los aspectos de interculturalidad, participación social y el género. Las dificultades que se observaron en el trabajo de campo fueron con respecto a los contenidos de fundamentos éticos, en el respeto a los derechos humanos que se relacionaron a la interculturalidad, la participación social y el género. El alcance social de esos tres aspectos vitales para el diseño de planes y programas en salud en el primer nivel de atención tuvieron grandes retos para la sociedad guatemalteca.

La interculturalidad requirió incorporar las realidades sociales que coexisten desde otras culturas, los conocimientos populares, conocimientos ancestrales, los conocimientos científicos y la medicina alternativa. El objetivo fue el de complementar y ofrecer una mejor oportunidad de salud adaptada a los contextos sociales y culturales que fueron diversos. El primer reto fue llevar a la comprensión de la sociedad científica que el nivel de evidencia que apoya las propuestas no científicas cobra vigencia por su existencia misma en los grupos sociales, aceptadas y difundidas entre ellos con un grado de satisfacción en su aplicación, en donde sucedieron intercambios desde el modelo de autoatención que se practicaron en las diversas comunidades. La confluencia de diversos actores que operaron con normas constitutivas en cada espacio social del país fueron una oportunidad de estudio para el diseño de políticas adaptadas a la realidad.

Los actores no formales desde el diseño de las políticas de salud se encontraron invisibilizados en un esquema de planificación público que no logró incidir en la mejora de los indicadores de salud prioritarios para el país como fueron la morbilidad y mortalidad materna e infantil.

Los modelos tradicionales y de extensión de cobertura no consideran la interculturalidad como un elemento dinámico en la entrega de servicios. En el modelo tradicional la interculturalidad fue un aspecto normativo de un bajo impacto. El bajo impacto se explicó por la limitación de recursos disponibles y por el hecho de que no incide en las acciones de los programas oficiales de salud que normaron sobre una estrategia vertical en la dotación de servicios fundamentados en el modelo médico hegemónico occidental.

El derecho de la mujer en una atención transcultural debió comprenderse en el sentido que, si la mujer quiso que el parto fuera en cuclillas, el sistema en salud promueva que se respete la tradición local. La política en salud con la creación de la Unidad de Pueblos Indígenas e Interculturalidad del Ministerio de Salud dio un primer paso para abordar una realidad social y cultural que fue vital para la

organización de servicios de salud, que toma en cuenta la composición étnica y lingüística del país.

Acorde al contexto cultural machista imperante en la sociedad desde el modelo incluyente en salud, se observó la importancia que tuvo el reconocimiento del derecho a la salud en las mujeres y los niños frente a las posiciones que asumió en el hombre, de “machismo extremo”, negándose, como jefe de hogar, a permitir el acceso a los servicios de salud a las mujeres y los niños. En las estrategias de organización local el modelo incluyente se apoyó en los consejos comunitarios de desarrollo, quienes ejercieron presión social desde sus propias bases de organización donde los líderes locales ejercieron un rol vital en apoyo a la reivindicación del derecho a la salud de las mujeres y la niñez.

El tema de los derechos a la salud es una agenda pendiente en el marco de la política sanitaria. En el nivel operativo de los servicios públicos se debió comprender que ante la ineficiente entrega de servicios y malestar generalizado de la población. Con la promoción del derecho a la salud y la consecuente empoderamiento de demandar servicios de salud de buena calidad, se convirtió en un efecto búmeran que en manos de la organización social fue el punto de partida para la demanda y denuncia de los malos servicios sanitarios.

Conclusión.

La hipótesis se aceptó parcialmente con base a la evidencia recabada. El diseño de la política incluyó los temas de interculturalidad, la participación social y el género, sin embargo no se identificaron fuentes de financiación para hacer operativa la política. La Unidad de Pueblos Indígenas e Interculturalidad del Ministerio de Salud y la Ley para la maternidad saludable fueron dos hitos en apoyo a la política en salud, más sin embargo cada modelo tuvo efectos diferenciados para introducir los temas en sus fundamentos y alcance social. El modelo de extensión de cobertura fue el que tuvo mayor debilidad en los tres temas debido a que en la entrega de servicios de salud no incluyó fundamentos, acciones o estrategias vinculadas a los tres temas.

El modelo tradicional con mayor contacto en las comunidades tuvo un alcance débil en la introducción de criterios de interculturalidad prácticamente fue antagónico puesto que el modelo se basó en normas basadas en el conocimiento médico biologicista. En cuanto a la participación social se delegó en las funciones del técnico en salud rural y en algunas ocasiones al trabajador social los alcances de la política son débiles por factores como la falta de recursos para la movilización, comunidades de difícil acceso y la barrera del idioma. En cuanto al tema de género el modelo tradicional promovió la Ley para la maternidad saludable enfocada en la mujer en edad reproductiva, no atendiendo temas vinculados a la violencia de género y el maltrato y abuso infantil en la niñez.

El modelo incluyente en salud tuvo mayor alcance en el cumplimiento de la política relacionada con los tres temas que se evidenció en sus fundamentos teóricos y la agenda programática para las acciones, capacitaciones y estrategias en la entrega de servicios de salud.

8.2. Conclusión.

Desde el Marco Analítico de Gobernanza la categoría de los **puntos nodales** representó la confluencia o intersección del problema de inequidad en el acceso a los servicios del primer nivel de atención en salud con respecto a los actores de distintos sectores, los aspectos normativos y los procesos (Hufty, 2010). Se identificaron tres **puntos nodales**: 1) la organización de servicios, 2) la intervención sectorial y 3) la transparencia y rendición de cuentas. En estos tres puntos nodales presentamos a manera de conclusión los aspectos a considerar para plantear intervenciones desde el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Las conclusiones tienen la finalidad de promover un cambio en las condiciones de inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención en Guatemala.

8.2.1. Organización de servicios.

Como se expuso en los procesos, un hito sociológico en la historia reciente del país fue, la firma de los Acuerdos de Paz. Momento en el cual se propició las condiciones normativas para el funcionamiento del modelo de entrega de servicios que se basó en la tercerización de contratos celebrados con las ONG. La descentralización y desconcentración de los servicios públicos de salud requirieron normas regulativas que lograron, en un periodo de tiempo, incidir en cierta forma durante casi 20 años del funcionamiento del Programa de extensión de cobertura. Dicho programa de extensión fue una política en salud pública que permitió influir de manera progresiva en cerrar la brecha de desigualdad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención.

El proceso de gobernanza fue dinámico en el sentido que los actores estratégicos fueron variando su posición con respecto al problema de la inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención.

Al analizar el comportamiento del BM y el FMI quienes fueron dictando normas globales del llamado modelo neoliberal de la economía, fueron ellos quienes

propusieron, como una forma para reducir el rol del Estado benefactor, la retracción del Estado, para lo cual se promovió la idea de la tercerización de los servicios públicos (participación de las ONG médicas). El interés de ese tipo de “experimento social” se observó en el seguimiento de expertos financiados por el BM quienes propusieron metodologías para presentar el impacto de resultados (Banco Mundial, 1993) (La Forgia, 2005) (Lao, 2013). Las relaciones de subalternidad que se construyeron desde el Estado guatemalteco mostraron una relación vertical que actuó en el cumplimiento de las recomendaciones de tipo económico que impactaron en las relaciones sociales de las comunidades campesinas y los pueblos originarios.

Los actores estratégicos del sector político (ver Tabla 31) incidieron en la formulación de dispositivos legales, como se mostró en la Tabla 38. Cabe resaltar que la tendencia de esos dispositivos legales se enfocó en tres temas de interés sociológico como fueron: a) la participación social, b) la interculturalidad y, c) el género. La agenda política fijada desde la firma de los Acuerdos de Paz estableció la importancia de esos tres temas a través de Acuerdos específicos: a) el Acuerdo de identidad y derechos de los pueblos indígenas aprobado en México D.F. el 31 de marzo de 1995 que se relacionó con la interculturalidad, b) el Acuerdo sobre el fortalecimiento del poder civil en una sociedad democrática firmado en México el 19 de septiembre de 1996 y, c) el acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria firmado en México el 6 de mayo de 1996. Ambos instrumentos abordan la participación social y los temas de género.

El entorno político y social generó las bases de un clima de concordia para implementar programas de intervención en una sociedad que fue sometida al embate de la guerra interna cuyo efecto en el tejido social había desmantelado la organización social operativa en diversos campos del desarrollo comunitario. Los actores estratégicos requirieron de actores secundarios implicados en la entrega de servicios como fueron las ONG médicas para estructurar una modalidad nueva en un ámbito social de desigualdades en cuanto al acceso a los servicios de salud en todos los niveles. Fue preponderante abordar a las

poblaciones postergadas al desarrollo social y económico en primera instancia como parte de un nuevo contrato social basado en los derechos humanos.

La conformación de un punto nodal fundamental para dar respuesta a las necesidades en salud del área rural requirió de una estructura organizativa nunca observada en el funcionario de las instituciones públicas.

8.2.2. Intervención sectorial.

Se identificó en la capacidad directiva del funcionario público, un nodo esencial para la intervención sectorial con incidencia en la formulación de normas laborales en favor del trabajador sanitario de las ONG médicas. La capacidad de resolución de conflicto fue un tema presente que se enlazó a la capacidad directiva del funcionario público en la toma de decisiones para el seguimiento de los indicadores del modelo de extensión de cobertura.

El Ministerio de Salud nombró un funcionario enlace quien representó en el nivel operativo la supervisión de las metas propuestas para el modelo de extensión de cobertura. El rol que tuvo el funcionario se circunscribió a la revisión documental de informes los cuales nunca fueron contrastados con la realidad en las comunidades. Las comunidades con mayor capacidad de auditoría social manifestaron la inconformidad de la mala atención, el incumplimiento de los servicios de salud por parte de las ONG médicas y, en muchos casos, se sucedió la expulsión de las ONG médicas.

El desmantelamiento del modelo de extensión de cobertura, después de 18 años de funcionamiento dentro del sistema de salud, fue sin un plan de transición hacia el modelo tradicional. El Ministerio de Salud evidenció la falta de capacidad directiva para gestionar de manera apropiada los recursos orientados a minimizar el daño en los usuarios (as) de los servicios de salud. Conforme se agotaron las acciones de negociación de la Coordinadora nacional de extensión de cobertura, las fricciones se acrecentaron entre los nuevos funcionarios de gobierno del sector salud, pues reaccionaron de forma precipitada con la

cancelación de los contratos con las ONG médicas. Por tanto, se estimó que, en total, la falta de atención de servicios del primer nivel afectó a más de 4 millones de habitantes, quienes se encontraron sin la posibilidad de tener acceso al paquete básico en salud del programa de extensión de cobertura. Específicamente dos poblaciones fueron las más afectadas: 1) las mujeres en control prenatal y 2) los niños con esquema de vacunación incompletos.

La ausencia de la carrera del funcionario público en los esquemas de relación laboral en el MSPAS, la falta de profesionales formados en salud pública y administración de servicios de salud fueron características identificadas en el análisis de las entrevistas. Los diputados departamentales y alcaldes municipales, de forma clientelar, distribuyeron plazas de trabajo lo que promovió la alta rotación de personal sanitario. Este fenómeno de rotación afectó la continuidad de procesos con el fenómeno en cascada que se observó desde los cargos medios del ejecutivo de nivel central, en el nivel departamental y los equipos de personal sanitario de nivel local municipal.

La condición antes descrita operó con total independencia del tipo de modelo del primer nivel de atención con lo cual, no importando el modelo en determinado momento, el efecto dominó llegó a impactar de manera negativa en la calidad de la prestación de servicios de salud.

La falta de estabilidad del cargo de ministro de salud fue otro factor negativo, pues se contabilizó en 4 gobiernos (cada gobierno con una duración de 4 años) a 11 ministros de salud. La alta rotación de ministros de salud significó la remoción de todo el personal de confianza en la administración central. El efecto dominó se extendió hasta las direcciones del área de salud departamental y en algunos casos a las coordinaciones distritales de salud municipal. La estabilidad laboral y formación continua del personal, unido a la fragmentación de los servicios de salud en el primer nivel de atención, generaron una estructura lábil que subsistió a través de negociaciones de tipo político clientelar, donde la calidad y calidez en la entrega del servicio no fueron criterios considerados.

8.2.3. Transparencia y rendición de cuentas.

Los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, como se observaron en la Tabla 26 tuvieron normativas constitutivas orientadoras para formar instituciones sociales al servicio de la población. Los actores de nivel local empoderados del derecho a la salud fueron quienes denunciaron la calidad deficiente con la cual se les dotó de la asistencia médica del primer nivel de atención.

Las dificultades en la capacidad de gestión oportuna desde los funcionarios del nivel medio, para evitar la limitación de recursos, fue una constante que caracterizó al sistema en salud desde el nivel central. Los mecanismos entregados desde las normas regulativas permitieron que grupos organizados de la sociedad civil fueran los responsables para la auditoría social que debió aprender el uso de instrumentos para la fiscalización. Se debió considerar que el nivel educativo escolarizado de los actores sociales de nivel local, en muchos casos, tuvo baja instrucción e incluso el analfabetismo fue una limitación de carácter estructural que afectó las capacidades técnicas de los grupos organizados.

La auditoría social de las comunidades postergadas fue de dominio público y sucedieron en reacción frente a la ausencia del cumplimiento en la agenda de entrega de servicios públicos en salud. Como se pudo observar, la falta de asistencia operativa en las comunidades se originó por la falta de recursos para movilizar a los equipos de salud desde las zonas urbanas próximas a los lugares postergados. Entre los factores explicativos de la limitación de movilización a las zonas de entrega de servicios se encontró: a) la falta de vehículo en buenas condiciones, b) la falta de combustible y, c) la falta de insumos para la entrega de servicios. Estos factores se encontraron relacionados con la falta de gestión operativa de los funcionarios y se explicó, en ocasiones, vinculada a la mala gestión desde el Ministerio de Finanzas o en la transferencia oportuna del sistema de recaudación de fondos.

Fue evidente que, para los pobladores, la falta de servicios simbolizó el incumplimiento de responsabilidades sin importar la explicación o justificación. Esta circunstancia acompañó a la entrega de servicios a lo largo de los 18 años del modelo de extensión de cobertura y fue parte del escenario normal del modelo tradicional. El modelo incluyente en salud conforme fue adquiriendo más responsabilidades en la ampliación de población bajo su cobertura se expuso a las condiciones de tipo administrativo del Ministerio de Salud. Condiciones que estaban caracterizadas por la deficiente formación directiva de los funcionarios de cuadros medios quienes operaban los recursos en la Dirección de área de salud departamental.

El cierre del Modelo de extensión de cobertura, más allá de la limitada capacidad de efectividad en la resolución de las necesidades básicas en salud de la comunidad se encontró atada a un paquete básico de servicios en salud. Sin embargo, tampoco el sistema de salud ofreció una mejor alternativa en la dotación de servicios en el primer nivel puesto que el modelo tradicional en su historia de asistencia médica en la población fue caracterizado como parte de un sistema de muy baja capacidad resolutoria.

La auditoría social fue, cada vez más, una herramienta en poder de la población y las medidas de resolución de conflicto en manos del Ministerio de Salud fue el cambio de las ONG médicas en las comunidades. De manera cíclica las denuncias de la mala atención fueron desde las mismas comunidades debido a que eran estas las que, empoderadas de conceptos como el derecho a la salud, demandaron de las ONG médicas el cumplimiento de sus obligaciones.

8.2.4. Retos de intervención.

El planteamiento programático del modelo incluyente en salud, desde la organización de servicios de salud en sus tres programas individual, familiar y comunitario permitió abordar las necesidades en salud locales con la movilización del plan de emergencia familiar y comunitario. Mientras que el modelo de extensión de cobertura centró la organización de servicios en salud

en un esquema de baja calidad con una entrega de servicios mensual de baja efectividad de sus acciones. Las comunidades bajo cobertura del modelo de extensión de cobertura mostraron malestar por la falta de insumos desde el nivel central, la falta de transporte, el bajo nivel de profesionalismo y la alta rotación, de su personal. En este punto cabe resaltar la falta de seguimiento e instrumentos de control por parte de un agente externo para evaluar el cumplimiento de las metas, el análisis de la calidad de servicios y la implementación de correcciones en la planificación de entrega de servicios.

La cooptación de las ONG médicas en manos de diputados departamentales fue otro factor asociado a la ineficiencia en la entrega de servicios. Otro aspecto negativo fue el presupuesto de salud destinado a la inversión en la tercerización de los servicios, lo cual fue una fuga constante de recursos que se repartió entre los grupos de las ONG por regiones. También hubo complicidad entre los funcionarios relevantes de la trama institucional del Ministerio de Salud quienes conocieron las deficiencias sin hacer denuncias de la falta de cumplimiento de los indicadores de cobertura.

Los medios de comunicación, como actores informales, difundieron en la opinión pública las expulsiones de las ONG médicas de las comunidades donde la tolerancia ante el mal servicio fue rechazada. En tal sentido debemos advertir que el control de intromisión del poder legislativo con la repartición de la cartelera de personal del Ministerio de Salud jugó un rol importante informal e invisible. Situación que afectó desde las contrataciones de personal sin perfil profesional la efectividad de los alcances del servicio ofertado, toda vez en el imaginario social se promovió la reducción del papel del Estado benefactor. Estado benefactor que fue suplantado por un servicio de salud de condiciones que atentan a la dignidad del trato humano donde el Estado es garante de la salud de los ciudadanos.

La trama de intereses del sector político con respecto al modelo de extensión de cobertura fue en decadencia. El periodo del año 2010 al 2015 se marcó por la disminución del presupuesto asignado a dicho modelo y la consecución de su desaparición súbita desde el poder legislativo que anuló el presupuesto. La falta

de planificación e improvisación fue un factor negativo en la llegada del modelo de extensión de cobertura vigente durante 20 años hasta su desaparición. La falta de directiva en los funcionarios públicos fue una constante que afecta a cualquier modelo que se intente instaurar en una estructura ministerial de salud. El personal directivo del Ministerio de Salud se caracterizó por adolecer de la formación profesional en la planificación tampoco se observó en los funcionarios directivos que tuvieran perfiles formados en la salud pública, siendo este un factor fundamental por abordar desde las normas regulativas la carrera laboral del personal sanitario.

El modelo tradicional al igual que el modelo de extensión de cobertura organizó los servicios en salud en función de los programas oficiales desde un esquema administrativo vertical. La falta de acercamiento a las comunidades rurales hizo de la entrega de servicios de salud un bajo impacto dado que no se apoyó en la organización social local la entrega de servicios. Existió una iniciativa puntual para activar la organización social la cual fue debilitada por el paso del tiempo frente a la falta de recursos económicos, de transporte y personal capacitado para activar o sostener la organización social local en salud. A pesar de la existencia de un normativo vigente que apoyó la participación social al contrastar en el nivel empírico la aplicación, los medios y recursos humanos disponibles para su operación, se observó la falta de coherencia entre la norma y los procedimientos locales que pueden hacer visible el rol de la participación social.

El enfoque sociológico que interpreta la dinámica social en una línea de tiempo ofrece una oportunidad de aproximación para generar los medios que permitan, desde el nivel ejecutivo, diseñar políticas y estrategias según los diversos escenarios. Investigar sobre el tejido social es fundamental para explicar por qué los modelos en la entrega de servicios de salud tienen o no alcances en sus propuestas programáticas. Existe un vacío de trabajos en la línea de sociología y salud que pueden aportar conocimiento para la mejor comprensión del fenómeno social de la inequidad en el acceso a los servicios de salud.

La organización de servicios de salud, desde el modelo tradicional careció de planificación para atender la demanda de servicios que pudieran incidir en la

disminución de la inequidad en el acceso a los servicios de salud; de hecho la coexistencia de la tercerización de las ONG médicas fue un paliativo temporal que medió superficialmente con una aparente atención. Este hecho se constató por el bajo impacto y las denuncias constantes de falta de servicios oportunos. Además el modelo de extensión de cobertura fue ampliando su capacidad de cobertura generando, en el imaginario social, que el modelo era una respuesta positiva a las necesidades de servicios en las áreas postergadas. El modelo de extensión de cobertura fue empleado durante cuatro gobiernos como la opción de política en salud para el primer nivel de atención.

El planteamiento en el nivel de meta norma fue minimizar el rol del Estado benefactor en concordancia con la propuesta del modelo neoliberal con el planteamiento de facilitar la entrega de servicios con la tercerización. En retrospectiva se observó el mecanismo con el cual el Estado perdió presencia y se limitó durante 20 años a crecer para dar respuesta a la población bajo responsabilidad del modelo de extensión de cobertura. El modelo fue un mecanismo de atraso para atender las necesidades en salud local, no quedó infraestructura ni organización de servicios, pues los mismo fueron inexistentes; tampoco dejó una organización social funcionando en torno a la entrega de servicios de salud.

El Estado, en términos de su rol protector, fue vaciado; la reconstrucción del daño en la población, lejos de minimizar la desigualdad de acceso a los servicios de salud, dejó una brecha de oportunidad para la planificación de servicios con mayor impacto en los problemas prioritarios. Este escenario social y político requiere una urgente intervención sectorial en el sentido de planificar con base en las necesidades de salud locales. También se debe considerar los procesos colectivos formales e informales, que se involucren en la toma de decisión con respecto a la inequidad en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención.

Los determinantes sociales de la salud, según el contexto social y económico de cada comunidad, fue una limitación en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención. Al considerar la inequidad en el acceso a los servicios

de salud se identificó que la gobernanza del modelo de atención tradicional es compleja y requiere acciones multinivel e intersectoriales para incidir en la dotación de servicios en el primer nivel de atención en salud.

La gobernanza analiza, desde los actores, los recursos, el capital simbólico, el capital económico, el capital social y el capital cultural. Desde esa perspectiva se puede comprender la dinámica del proceso de gobernanza, la complejidad con la cual suceden las situaciones y cómo la misma toma un rumbo. La gobernanza como marco analítico ofreció, desde el enfoque sociológico, una aproximación interpretativa que permitió plantear intervenciones y desarrollar nuevos campos de investigación.

Limitaciones del estudio:

Los registros de los datos que se recabaron con las entrevistas individuales y grupales no buscaron la confiabilidad ni la validez en términos estadísticos, tampoco los hallazgos del estudio fueron generalizables (Ulin, Robinson, & Tolley, 2006). Algunos de los actores involucrados en la gobernanza, durante el trabajo de campo no se encontraron disponibles en el MSPAS por la falta de carrera del funcionario público y los contratos temporales que operan a nivel de dirección (Flores, 2008). Además existió el sesgo de memoria como un factor que pudo alterar la calidad de datos (Ulin, Robinson, & Tolley, 2006). El Sistema de Información Gerencial en Salud –SIGSA- no representó una fuente fidedigna de información y tienen usos limitados (Flores, 2008) con un rezago en la publicación de datos oficiales de 2 a 4 años. Los estudios de gobernanza publicados emplean distintas definiciones de gobernanza, existe confusión en el empleo de conceptos como gobernabilidad y gobernanza, la buena gobernanza.

La alta rotación de directores de área de salud departamental fue una limitación de tipo operativo dado que durante el trabajo de campo se tuvo que presentar en un departamento 3 cartas para renovar la autorización de trabajo de campo. El ambiente de violencia en el país es otro factor que limitó el desarrollo del estudio, en cuanto a la seguridad que se debió considerar para el equipo de campo para evitar la exposición a daños relacionados al clima de violencia en Guatemala.

El número de entrevistas realizadas no corresponde a la muestra de un universo lo sin embargo satisfacen mis expectativas de trabajo sobre todo la realización de entrevista grupales en las comunidades. Cada comunidad y grupo representó un reto en cuanto a la logística que requirió, tuve limitaciones de recursos para desarrollar el trabajo de campo en menor tiempo. Establecer los contactos en las comunidades para organizar la logística con los equipos de salud, la organización social local y los pobladores tuvo limitaciones por la diversidad de idiomas locales. La gestión de transporte de doble tracción y de sitios apropiados para hacer las entrevistas grupales represento una dificultad en cada municipio visitado.

Tuve limitaciones para entrevistar a los terapeutas tradicionales porque ellos tienen agendas independientes a las estructuras oficiales. Otros actores ausentes fueron los que lideraron en 1996 el Programa de Extensión de Cobertura tampoco tuve acceso a entrevista a líderes políticos de la década de los 90 y actores clave en la firma de los Acuerdos de Paz. Hubiera sido de mucha utilidad acceder a entrevistar a los funcionarios de los organismos internacionales que propusieron la financiación de las ONG médicas. Así como a los políticos de partido del PAN que propiciaron la modernización del Estado. El modelo de extensión de cobertura fue cerrado por funcionarios del partido político PATRIOTA y diputados del Congreso de la República hubiera sido importante entrevistarlos para conocer la trama de intereses políticos.

Hubo acceso a los siguiente centro de documentación: a) el centro de documentación de la Secretaria de la Paz que contenía documentación sobre el proceso de la firma de los Acuerdos de Paz, b) el centro de documentación de la Secretaria Presidencial de la Mujer (SEPREM) con documentación especializada el tema de género en Guatemala y, c) el centro de documentación del Instituto Incluyente en Salud que permitió conocer los fundamentos del modelo. Existen vacíos en la documentación relacionada con indicadores duros para comparar resultados de los programas de salud operados en las comunidades. Tampoco se tuvo acceso a los contratos específicos que suscribieron con cada gobierno para la continuidad del modelo de extensión de cobertura.

Futuras líneas de investigación:

En línea de sistemas y políticas de salud.

- Proyecto. Análisis de los efectos de la fragmentación y segmentación en los tres niveles de atención en salud del sistema de salud en Guatemala.

En la línea de gobernanza y salud.

- Proyecto. Análisis de gobernanza de la política de salud contra el Covid-19 en las zonas rurales de población indígena en Guatemala.

En la línea de equidad en salud y pueblos indígenas.

- Proyecto. Estudio de las brechas de la desigualdad social en pueblos indígenas en el sistema de salud en Guatemala.

En la línea de derechos a la salud y género.

- Proyecto. Reflexión ética sobre los retos en derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas del área rural de Guatemala.

En la línea de interculturalidad y modelos del primer nivel atención en salud.

- Proyecto. Evaluación de proyectos de salud intercultural en Guatemala.

En la línea de participación social y APS.

- Proyecto. Análisis de las estrategias para promover la participación social en APS en comunidades rurales de Guatemala.

Nota final al capítulo:

La gobernanza desde el enfoque de las organizaciones como lo propone Ronald Coase, Oliver Williamson y Douglas North busca responder a ¿Cómo desarrollar mecanismos efectivos de coordinación entre las unidades fragmentada de un empresa u organización? Elton Mayo desde la teoría de las organizaciones estudia los mecanismos de coordinación no jerárquicos. En resumen este enfoque busca las soluciones normativas que se traduce en eficiente (al menor costo) en las organizaciones (Hufty, 2010). El enfoque anterior circunscribe el análisis de gobernanza a los aspectos de tipo normativo y de eficiencia. Mientras que la realidad social que define las normas supone variables externas que son explicativas de como una norma se construye en un marco jerárquico.

El enfoque de la gobernanza global en su versión normativa propone que es deseable una “mejor” gobernanza mundial sin considerar los factores que cuestionan la naturaleza de la regulación producida y su adecuación en los problemas de desigualdad. En 1995 la Comisión de Gobernanza Global define a la gobernanza como un proceso continuo de cooperación y adaptación entre intereses diversos y en conflicto. Coincido con Hufty quien indica que la propuesta de la definición es un avance por no ser de tipo normativo. (Hufty, 2010). Pero no hay una metodología clara para su aplicación.

El enfoque de una “buena gobernanza” (governabilidad) aplicado por el Banco Mundial en los años 80 propone un concepto metodológico de la gobernanza para identificar los lugares efectivos de poder, posteriormente en una publicación del Banco Mundial se propone los aspecto de tipo normativo que ofrece mecanismos de condicionalidad como el estado de derecho, buena administración, responsabilidad/redición de cuentas y transparencia, que son conceptos que pueden ser definidos de distintas formas (Word Bank, 1992). La gobernanza desde este enfoque en un primer momento se empleó como herramienta analítica que pasó a emplearse como una herramienta de cambio político en las sociedades. Este enfoque en la teoría no cuenta con definiciones claras de los conceptos empleados y por lo tanto su aplicación metodológica puede ser arbitraria. (Hufty, 2010).

El enfoque de la gobernanza moderna se propone frente a los nuevos mecanismos de regulación de los bienes públicos como la descentralización, nuevas gestión pública y la subcontratación (tercerización) de servicios públicos con empresas privadas. El rol del Estado fue reemplazado por el contenido de las *networks o partnerships*. La versión normativa de la gobernanza moderna propone la idea que la descentralización de las funciones es algo bueno porque quita poder al Estado central y supone una nueva gestión pública donde el Estado juega un papel facilitador para las empresas privadas. La tercerización de los servicios públicos limita ampliar al Estado con contratación de personal.

Se sabe que la gobernanza trata de situaciones complejas con diversos actores y que las jerarquías tradicionales han dejado espacio a procesos de tipo horizontales y verticales. La gobernanza incluye normas sociales y proceso en la toma de decisiones que pueden ser formales como informales. Los cuatro enfoques más importantes antes expuestos no alcanzan para satisfacer a los criterios de un enfoque metodológicamente riguroso es decir no normativo. La gobernanza requiere una metodología aplicable en situaciones concretas, generalizables y operativa sin proponer soluciones ex ante.

En esta tesis partimos de la definición de gobernanza propuesta por Hufty: “son los procesos colectivos formales e informales de toma de decisión y de

elaboración de normas sociales con relación a asuntos públicos”. Se acompaña de una caja de herramientas que son cinco categorías que conforman el Marco Analítico de Gobernanza: a) El **problema** que se quiere analizar, b) los **actores** (secundarios, relevantes o estratégicos), c) los **puntos o espacios nodales**, d) los **procesos** y, e) las **normas sociales** (meta normas con base a principios globales, normas constitutivas definidas por los actores en las reglas del juego y, las normas regulativas que son las reglas prescriptivas de leyes o instituciones sociales) (Hufty, 2010).

Una dificultad en la aplicación de la categoría de procesos se encuentra en la revisión de tipo histórica que se hace del problema de estudio puesto que requiere la recuperación de datos históricos. Esta categoría parte de supuesto teórico que cada actor en un primer momento del proceso tiene una posición con respecto al problema observado, en una lectura de un segundo momento la posición de cada actor puede variar de acuerdo con intereses modificados o nuevos. La metodología requiere hacer planteamientos subjetivos que en ocasiones pueden o no basarse en información documental. A pesar de ello, el investigador debe hacer un esfuerzo en recabar datos de contexto histórico, lo cual permite observar en el tiempo como un hecho social se comporta y cuáles son los posibles factores asociados al proceso.

Otros autores proponen la gobernanza con el empleo de indicadores al respecto coincido con Hufty que puede limitar la comprensión de un problema de investigación por estar previamente definidos. La aplicación de categorías de análisis permite desglosar el problema de estudio dar un marco para su interpretación. Este tipo de metodología permite aplicar diversos enfoques desde la ciencias sociales con base a categoría de interpretación. En este sentido, la tesis que presentamos se apoyó con tres categorías sociológicas que consideré apropiadas acorde al contexto en el cual se planteó la investigación.

La revisión de literatura científica sobre gobernanza no presenta el análisis de modelos, se emplea con mayor intensidad en el análisis de programas de salud y, el estudio de estrategias muy concretas. La tesis doctoral logró establecer desde la formulación del marco teórico y la metodología que el Marco Analítico

de Gobernanza es un recurso metodológico consistente para el estudio de problemas sociales complejos, permite ordenar la estructura y dividir en partes el proceso de análisis.

En el Marco Analítico de Gobernanza se emplea la categoría de actores sociales la cual como lo indica Hufty (2010) existen diversas metodologías para su estudio como el mapa de actores, en esta tesis se empleó el programa informático PolicyMaker que produce distintos niveles de información incluyendo el análisis de la política. Esta investigación tiene ese componente de la política en salud que permitió dar mayor comprensión al rol que tomó el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se remarca esta importancia dado que entre las categorías propuesta por Hufty no se incluye este tipo de análisis el cual considero que es fundamental para identificar como desde la política se articulan los actores sociales y fijan posiciones con respecto a sus intereses.

Bibliografia.

- ALIANMISAR. (21 de 6 de 2022). *Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva, la Nutrición y la Educación*. Obtenido de <https://www.alianmisar.org/node/24>
- Álvaro, C., Emmanuel, N., & Luz M, M. (2010). Un enfoque de gobernanza aplicado al análisis de una investigación sobre trabajadores cesantes en Medellín-Colombia. *12(Sup (1))*.
- Arredondo, A. (2009). *Temas Selectos en Sistemas de Salud: Costos, Financiamiento, Equidad y Gobernanza; Conceptos, Tendencias y Evidencias*. México: Compañía Editorial Impresora y Distribuidora, S.A.
- Arredondo, A., & Orozco, E. (2008). Equity, governance and financing after health care reform: lessons from Mexico. *Int J Health Plann Mgmt(23)*, 37-49.
- Arredondo, A., Orozco Núñez, E., & Castañeda, X. (2005). Gobernanza en sistemas de salud y participación social en México a partir de la Reforma del Sector. *Hitos de Ciencias Económico y Administrativas (29)*, 5-19.
- Arredondo, A., Orozco, E., Wallace, S., & Rodríguez, M. (2010). *Gobernanza en Sistemas de Salud: Conceptos, aportes y evidencias para el avance de estrategias de Protección Social en la Salud de los Migrantes*. México.
- Asamblea Nacional Constituyente. (1985). *Constitución Política de la República de Guatemala*. Guatemala.
- Barbasa E, & Tello J.(2014). A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy* 116:1-11. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.01.007>
- Bareiro L, Torres I. (2010). *Gobernabilidad Democrática, Género y Derechos de las Mujeres en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 09 de 12 de 2011, <http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/43866/1/130388.pdf> 09/12/2011
- Barrillas, E. (1997). La fragmentación de los sistemas nacionales de salud. *Pan Am J Public Health* 1(3), Recuperado el 15 de 7 de 2022, <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v1n3/0441.pdf>
- Barrillas, E. (2004). Experiencia de descentralización en salud en América Latina: Descentralización y reformas del sistema de salud en Guatemala. Guatemala, Guatemala.
- Báscolo, E. (2010). Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. *12(Sup (1))*, 8-27.
- Báscolo, E. (junio de 2011). Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 16(6), 2763-2772.
- Báscolo, E., & Yavich, N. (2010). Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *12(Sup (1))*.

- Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. (2018). Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Pública, 42*, e126. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>
- Bastos, S. (2008). *Multiculturalismo y futuro en Guatemala*. Guatemala: Junajpu. Recuperado el 11 de 7 de 2022, de <http://www.rachelsieder.com/wp-content/uploads/2014/01/Entre-la-Multiculturalizacio%CC%81n-y-las-Reivindicaciones-Identitarias.pdf>
- Bazzani, R. (2010). Gobernanza y salud: Aportes para la innovación en sistemas de salud. *Rev. salud pública, 12*(sup 1), 1-7.
- Becerril-Montekio, V., & López-Dávila, L. (2011). Sistema de Salud de Guatemala. *Salud Pública Mex, 53 supl 2:S197-S208*.
- BM. (1990). *Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Programas de reformas*. Washington, D.C., EE. UU. Recuperado el 22 de 06 de 2022, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/729221468177873276/pdf/65630SROSPANIS0for0reform000Spanish.pdf>
- BM. (1993). Informe sobre el desarrollo mundial 1993.
- BM. (31 de 03 de 2021). 44% de los municipios rurales, tres de cada cuatro personas viven en pobreza. Obtenido de Guatemala: en: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2013/04/30/mapa-de-pobreza#:~:text=En%20Huehuetenango%2C%20que%20presenta%20un,ciento%20en%20San%20delfonso%20Ixtahuac%C3%A1n.>
- Brody, A. (2009). *Bridge; development - gender*. Recuperado el 10 de 12 de 2012, http://www.bridge.ids.ac.uk/vfile/upload/4/document/1105/Governance_OR_Spanish.pdf
- Bursztyn, I., Kushnir, R., Giovanella, L., Stolkiner, A., Steman-Heimann, L., Riveros, M. I., & Sollazzo, A. (2010). Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud Segmentados. *Rev. salud pública, 12*(1), 77-88. Recuperado el 14 de 6 de 2022, <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12s1/v12s1a06.pdf>
- Calderón Pinzón, M. (ABR-JUN de 2020). Corrupción y salud 2: los retos para mejorar el sistema de salud pública en Guatemala. *11*(2), 3-17. Recuperado el 11 de 6 de 2022, <http://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1895/1394>
- Cardona, Á., Nieto, E., & Mejía, L. M. (Abril de 2010). Un enfoque de gobernanza aplicado al análisis de una investigación sobre trabajadores cesantes en Medellín, Colombia. *Rev. Salud Pública, 12*(Sup (1)), 123-137.
- Carmack, R. M. (1991). *Guatemala: cosecha de violencias*. San José: FLACSO- Costa Rica.
- Carpio Toia, A. M., Sánchez-Pérez, H. J., Verges de López, C., Sotomayor-Saavedra, M. A., & López-Dávila, L. M. (2018). Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones

- desde la bioética. *Persona y Bioética*, 22(2), 331-357.
doi:<http://dx.doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.10>
- Carvalho, G. (25 de 1 de 2022). The World Bank and Healthcare Reforms: A Cross-National Analysis of Policy Prescriptions in South America. *Social Inclusion*, 10(1), 5-18.
doi:<https://doi.org/10.17645/si.v10i1.4734>
- CEAR. (1993). Encuesta Sociodemográfica de población desplazada y repatriada; Triangulo Ixil. Guatemala, Guatemala.
- Celedón, C., & Noé, M. (2000). Reformas del sector de la salud y participación social. *Rev Panam Salud Publica*. Recuperado el 21 de 08 de 2011,
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892000000700013&script=sci_abstract&tIng=es
- CESR/ICEFI. (2009). *¿Derechos o privilegios? El compromiso fiscal con la salud, la educación y la alimentación en Guatemala*. Guatemala/España.
- CICIG. (27 de 10 de 2017). *Caso la línea*. Comisión Internacional Contra la Impunidad en Guatemala. Recuperado el 18 de 6 de 2022, <https://www.cicig.org/casos/caso-la-linea/>
- CICIG. (9 de 7 de 2015). *Capturan a ex viceministro de energía y minas y a ex secretario privado de presidencia*. Obtenido de Historial CICIG: <https://www.cicig.org/casos/capturan-a-ex-viceministro-de-energia-y-minas-y-a-ex-secretario-privado-de-presidencia/>
- CICIG. (27 de 7 de 2016). *Caso Cooptación: Ligan a proceso a exgobernantes y otros 51 sindicados*. Obtenido de Archivo histórico de la CICIG:
<https://www.cicig.org/casos/caso-cooptacion-ligan-a-proceso-a-exgobernantes-y-otros-51-sindicados/>
- CICIG. (27 de 10 de 2017). *Caso la Línea: a juicio expresidente Otto Pérez y exvicepresidenta Roxana Baldetti*. Obtenido de Historial CICIG: <https://www.cicig.org/casos/caso-la-linea-a-juicio-expresidente-y-exvicepresidenta/>
- CICIG. (2019). *Informe final de cierre: el legado de justicia en Guatemala*. Cierre de operaciones, Guatemala. Recuperado el 5 de 7 de 2022,
https://www.cicig.org/cicig/informes_cicig/informe-de-labores/informe-final-de-labores/#informe
- CICIG. (2019). *Informe temático. Guatemala: un Estado capturado*. Guatemala. Recuperado el 14 de 7 de 2022, https://www.cicig.org/wp-content/uploads/2019/08/Informe_Captura_Estado_2019.pdf
- CIEN. (2015). *Agenda de Desarrollo Salud. Proyecto de lineamientos de política económica, social y de seguridad 2011-2021*. Guatemala. Recuperado el 14 de 7 de 2022,
<http://cien.org.gt/wp-content/uploads/2018/08/salud.pdf>
- Comelles, J. M. (2004). *El regreso de las culturas. Diversidad y prácticas médicas en el s. XXI*. En G. Fernández Juárez, *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas*

antropológicas (pág. 176). Quito-Ecuador: Abyha-Yala. Recuperado el 23 de 6 de 2022, https://www.researchgate.net/profile/Josep-Comelles-2/publication/257943965_El_regreso_de_las_culturas_Diversidad_y_practica_medica_en_el_sXXI/links/0deec5266a39e3cad3000000/El-regreso-de-las-culturas-Diversidad-y-practica-medica-en-el-sXXI.pdf

Congreso de la República de Guatemala. (1996). *Decreto número 97-96. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar*. Guatemala: Organismo Judicial de Guatemala, Centro nacional de análisis y documentación judicial. Recuperado el 21 de 6 de 2022, <https://www.ciprodeni.org/wp-content/uploads/2018/08/LeyAntiViolenciaFamiliar.pdf>

Congreso de la República de Guatemala. (1997). *Código de Saud Decreto Número 90-97. Guatemala: Organismos Legislativo*. Recuperado el 11 de 7 de 2022, http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/pdf/gt/decreto_congresional_90-97.pdf

Congreso de la República de Guatemala. (1999). *Decreto Número 7-99. Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer*. Guatemala. Recuperado el 21 de 6 de 2022, <http://observatorio.mp.gob.gt/wordpress/wp-content/uploads/2019/10/Dignificaci%C3%B3n-de-la-Mujer.pdf>

Congreso de la República de Guatemala. (2000). *Acuerdo No. 14-2000*. Guatemala. Obtenido de <https://seprem.gob.gt/wp-content/uploads/Creacio%CC%81n-de-la-SEPREM-Acuerdo-Gubernativo-14-2000.pdf>

Congreso de la República de Guatemala. (2002). *Reglamento de la Ley de los consejos de desarrollo urbano y rural*. Guatemala: Congreso de la República. Recuperado el 2 de 6 de 2022, https://www.contraloria.gob.gt/imagenes/i_docs/i_leg_ley/Reglamento%20de%20la%20Ley%20de%20los%20Consejos%20de%20Desarrollo%20Urbano%20y%20Rural.pdf

Congreso de la República de Guatemala. (6 de 4 de 2005). *Decreto número 32-2005. Ley del sistema nacional de seguridad alimentaria y nutricional*. Recuperado el 2 de 6 de 2022, UNESCO / SITEAL: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_guatemala_0741.pdf

Copans, J. (1999). *L'enquete Ethnologique de Terrain*. Paris: Nathan.

Datosmacro.com. (2017). *Costa Rica - Gasto público salud*. Recuperado el 21 de 6 de 2022, <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/costa-rica>

Datosmacro.com. (2017). *Guatemala - Gasto público Salud*. Recuperado el 23 de 6 de 2022, <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/guatemala>

Delgado-Gallego, M. E., & Vázquez-Navarrete, L. (2006). Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. *Rev*

salud pública. Recuperado el 09 de 08 de 2011,
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8n2/v8n2a01.pdf>

Denis, J. L., Lamothe, L., Langley, A., & Guérard, S. (2010). Reforma y gobernanza en salud: el atractivo del gerenciamiento en la acción pública. *Rev. Salud Pública*, 12(Sup. (1)), 105-122.

Díaz Castro, L., Arredondo, A., Perlcastre Villafuerte, B. E., & Hufty, M. (Julio-Agosto de 2016). Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 305-312.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.001>

Díaz-Castro, L., Ramírez-Rojas, M., Cabello-Rangel, H., Arredondo, A., & Báscolo, E. P. (Sept-Oct de 2021). Gobernanza en el sistema de salud ante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública de México*, 63(5), 672-6781. doi:<https://doi.org/10.21149/12956>

Eder, K., & García Pú, M. M. (2003). *Modelo de la Medicina Indígena Maya en Guatemala*. Guatemala.

Epe, M., & Kepfer, J. R. (2014). *El enemigo interno en Guatemala: contrainsurgencia y su herencia en la configuración de nuevos conflictos*. Guatemala: Magna Terra Editores.

Estrada Galindo, G. (2008). *Síntesis. El sistema de salud en Guatemala ¿hacia dónde vamos?* (Vol. 9). Guatemala: Grupo Amanuense. Recuperado el 1 de 7 de 2022

Etienne, C. (2018). Cuba hacia la Salud Universal. *Rev Panam Salud Pública*, 42(e64), 1-2.
doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.64>

Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186. Recuperado el 10 de 7 de 2022,
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es

Falla, R. (1992). *Masacres de la selva, Ixcán, Guatemala 1975-1982*. Guatemala: Editorial Universitaria.

Farmer T, R. H. (2006). Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qualitative health research*. Recuperado el 02 de 07 de 2010,
<http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/16/3/377>

Flores, W. (2008). *El sistema de salud en Guatemala, 4: ¿Así... funcionamos? ¿hacia dónde vamos?* PNUD. Guatemala: Grupo Amanuense.

Flores, W. (September de 201). Youth-Led Anti-Corruption Movement in Post-Conflict Guatemala: 'Weaving the Future'? *IDS Bulletin*, 50(3), 37-52. doi:10.19088/1968-2019.129

- Flores, W. (2010). Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sisemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas. *Salud Pública de México*, 12 Sup(1), 28-38.
- Flores, W. (2011). *Aproximación a la gobernanza del Sistema de Salud de Guatemala y las políticas públicas de salud*. Guatemala.
- Flores, W., & Gómez Sánchez, I. (2010). *La Gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de actores y relaciones de poder*. Cuaderno de Investigación del CEGSS No. 3. Guatemala.
- Flores, W., & Ruano, A. (2009). *Atención Primaria en Salud y Participación Social: Análisis del contexto histórico en América Latina, de los desafíos actuales y las oportunidades existentes*. Guatemala: Documentos de Discusión del CEGSS No.2.
- Flores, W., Ruano, A., & Phe, D. (2009). *La participación social en un contexto de violencia política: Implicaciones para la promoción y ejercicio del derecho a la salud en Guatemala*. Guatemala: Documentos de Discusión del CEGSS No. 1.
- Fontes, B. A. (2018). Social Networks and Health Governance. *Ciência & Saude Coletiva*, 23(10), 3123-3132. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.21112018>
- Frenk, J. (1994). *La Salud de la Población; Hacia una nueva Salud Pública*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frente Republicano Guatemalteco. (1999). *Plan de Gobierno 2000-2004*. Guatemala.
- Gálvez Borrell, V., Hoffman Bailey, C., & Mack, L. (1998). *Experiencias de participación democrática y poder local en Guatemala*. Guatemala: FLACSO. Recuperado el 14 de 6 de 2022, <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/45653.pdf>
- Gobierno de Guatemala. (2008). *“Plan Nacional para la Salud de todas y todos los guatemaltecos, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*. Guatemala.
- Gómez, E. (2002). Genero, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Pan Am J Public Health*, 11(5/6).
- González-Block, M. Á. (1997). *Experiencias de reforma a los sistemas de salud en el mundo*. México.
- González-Block, M. Á. (2006). *Herramientas de Priorización de Intervenciones Esenciales de Salud*. Cuernavaca.
- González-Pier, E. G.-D.-L.-C. (2007). Deficiencia de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública de México*, 49 (Supl 1), S37-S52.
- Granados Toraño, R., & Gómez Montoya, M. C. (May/Aug de 2000). La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance. *Rev. salud pública*, 2(2), 97-120. Recuperado el 11 de 6 de 2022, de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642000000200097&lng=en&nrm=iso

- Green, J., & Thorogood, N. (2004). *Qualitative Methods for Health Research*. London: Sage Publicacions Ltd.
- Grupo de Acción Cairo Guatemala. (1999). *Declaración Política de las Organizaciones de Mujeres de Guatemala, ante la revisión de los compromisos del Cairo*. Guatemala.
- Grupo de Acción Cairo Guatemala. (1999). *Instrumentos Nacionales que respaldan la Salud Integral de las Mujeres*. Guatemala.
- Heredia, N., Laurell, A. C., Feo, O., Noronha, J., González-Guzmán, R., & Torres-Tovar, M. (4 de 4 de 2015). The right to health: what model for Latin America? *The Lancet*, 385(9975), E34-E37. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61493-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61493-8)
- Hernández Mack, L. M. (2003). *Programas para la atención integral en el primer nivel de atención en salud: análisis y propuesta*. Guatemala: s/e.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2006). *Decentralizing Health Services in Mexico; a case study in state reform*. La Jolla, California: Center for U.S. Mexican Studies, UCSD.
- Houghton, N., Báscolo, E., & Del Riego, A. (2020). Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. *Rev Panam Salud Publica*, 44, e11. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.11>
- Hufty, M. (2009). *Una propuesta para concretizar el concepto de gobernanza: el Marco Analítico de la Gobernanza*. Instituto Universitario de Estudios de Desarrollo–IUED. Ginebra: Hebert Mzurek. Recuperado el 12 de 6 de 2022, https://www.academia.edu/49030522/Una_propuesta_par_concretizar_el_concepto_de_gobernanza_el_Marco_Anal%C3%ADtico_de_la_Gobernanza
- Hufty, M. (2010). Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. *Rev. salud pública*, 12(sup. (1)), 36-61. Recuperado el 10 de 10 de 2011, <http://www.sielo.org.co/pdf/rsap/v12s1a04.pdf>
- Hufty, M. (15 de 3 de 2022). La gobernanza en tiempos de pandemia. *VCY Videoconferencias Interactivas*. (E. I. México, Ed.) Cuernavaca, Morelos, México. Recuperado el 15 de 3 de 2022, https://www.youtube.com/watch?v=Ux7wD-WtpiY&ab_channel=EscueladeSaludP%C3%BAblicaM%C3%A9xico
- Hufty, M., Báscolo, E., y Bazzani, R. (2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad. Saúde Pública*, 22 Sup , 535-545.
- Ibañez, J. (1979). *Más allá de la Sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI.
- INE. (2006). *ENCOVI*. Recuperado el 16 de 09 de 2011, http://www.ine.gob.gt/np/encovi/ENCOVI2006/Resultados_Nacionales.pdf

- INE. (2010). *Perfil estadístico de género y pueblos: maya, garífuna, xinka y ladino*. Recuperado el 16 de 09 de 2011, <http://www.ine.gob.gt/np/generoypueblos/documentos/Perfil%20Estadistico%20final.pdf>
- INE. (2011). *Memoria de Labores 2011*. Recuperado el 1 de 7 de 2022, de <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?lang=es>
- INE. (2013). Informe nacional sobre trabajo infantil en Guatemala de la encuesta nacional de condiciones de vida. ENCOVI 2011., (pág. 74). Guatemala. Recuperado el 12 de 6 de 2022, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/genericdocument/wcms_217734.pdf
- INE. (2019). *XII Censo nacional de población y VII de vivienda. Principales resultados Censo 2018*. Guatemala: INE. Recuperado el 28 de 6 de 2022, https://www.censopoblacion.gt/archivos/Principales_resultados_Censo2018.pdf
- INE. (31 de 03 de 2021). *INE*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística Guatemala. <https://www.ine.gob.gt/ine/proyecciones/>
- Iniciativa Reforma Sector Salud. (1998). *Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala*. Maryland.
- Instituto de salud incluyente. (2018). *Hacia un sistema público integral e incluyente de salud. Reconceptualización y lineamientos técnicos de la red de atención en salud y la concepción de la espiral*. Guatemala: Serviprensa, S.A.
- IWGIA. (25 de 5 de 2020). *El Mundo Indígena 2020: Guatemala*. Recuperado el 28 de 6 de 2022, <https://www.iwgia.org/es/guatemala/3742-mi-2020-guatemala.html>
- IXOQIB' MIRIAM. (12 de 6 de 2022). *Asociación MIRIAM para la Promoción Intelectual de las Mujeres*. Recuperado el 12 de 6 de 2022, <https://miriam-guatemala.org/>
- Jarillo Soto, E. C., & Guinsberg, E. (2007). *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Jean L., D., Lise, L., Ann, L., & Stéphane, G. (2010). Reforma y gobernanza en salud: el atractivo del gerenciamiento en la acción pública. *12(Sup (1))*.
- Kennedy T J T, L. L. (2006). Making sense of grounded theory in medical education. Making sense of Qualitative Research. *Medical Education*. Recuperado el 03 de 07 de 2010, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2929.2005.02378.x/full>
- La Forgia, G. M. (2005). *Innovaciones en el Sistema de Salud de América Central. Lecciones e Impactos de Nuevos Enfoques*. Banco Mundial, Washington, DC. Recuperado el 16 de 6 de 2022, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/514801468012695462/pdf/330040Spanish0.pdf>

- Labonté, R. (2010). Health Systems Governance for Health Equity: Critical Reflections. *Rev. salud pública*, 12(1), 62-76. Recuperado el 12 de 7 de 2022, <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12s1/v12s1a05.pdf>
- Lao Pena, C. (2013). *Guatemala- Mejora del acceso a los servicios de salud mediante el Programa de Extensión de Cobertura (PEC)*. Washington, DC.: Banco Mundial. Recuperado el 17 de 6 de 2022, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/721421468254937847/pdf/750010NWP0SPAN00UNICO0Spanish0Final.pdf>
- Lemus, S. (10 de 7 de 2015). Partido Patriota o "Antipatriota"? *Prensa Libre*. Recuperado el 14 de 7 de 2022, <https://www.prensalibre.com/hemeroteca/partido-patriota-o-antipatriota/>
- Lolas, F., Martin, D. K., & Quezada, Á. (2007). *Prioridades en Salud y Salud Intercultural*. Chile: CIEB, Universidad de Chile, Centro Colaborador en Bioética OMS.
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. En FUNSALUD, *Observatorio de la Salud* (págs. 307-346). México: FUNSALUD.
- López Dávila, L. M. (2007). *"Incidencia política de la participación comunitaria en la política de salud a nivel local" (Estudio de casos 2007)*. Recuperado el 12 de 07 de 2022, de Dirección General de Investigación, Universidad de San Carlos de Guatemala: <https://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/puiep/INF-2007-009.pdf>
- López P, R. B. (2003). *Género y política en salud*. México, DF: Secretaría de Salud.
- López P, Rico B, Langer A, Espinoza G. (Comp.). (2003). *Género y política en salud*. México, DF: Secretaría de Salud.
- López, L. M., Arredondo, A., & Orozco, E. (2014). *Gobernanza y participación social en el desarrollo de programas contra la mortalidad materna en Guatemala*. Guatemala, Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Dirección General de Investigación, Unidad de publicaciones.
- Mantzoukas, S. (2005). The inclusion of bias in reflective and reflexive Research. A necessary prerequisite for securing validity. *Reflective and Reflexi Journal of researching nursing* Recuperado el 03 de 07 de 2010, <http://jrn.sagepub.com/content/10/3/279.abstract>
- Martínez Peláez, S. (1973). *La patricia del criollo. Ensayo de interpretación de la realidad colonial guatemalteca*. Guatemala: Universitaria.
- Martorell, R. (2012). *Inervenciones y opciones de políticas para combatir la desnutrición en Guatemala*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado el 12 de 7 de 2022, <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Intervenciones-y-opciones-de-pol%C3%ADticas-para-combatir-la-desnutrici%C3%B3n-en-Guatemala.pdf>

- Medicus Mundi. (11 de 6 de 2022). *Medicus Mundi Navarra-Aragón-Madrid*. Obtenido de <http://medicushmani.es/es/quienes-somos>
- Medicus Mundi Navarra. (2013). *Claves para la transformación de los sistemas de salud n América Latina. Bolivia, Guatemala y Perú: tres experiencias, una sola acción integral e incluyente en atención primaria en salud*. Navarra: Horixe.
- Medicus Mundi Navarra -Guatemala-. (2008). *Del dicho al hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud en salud incluyente*. Guatemala: Serviprensa, S.A.
- Meentzen, A. (2001). *Estrategías de desarrollo culturalmente adecuadas para mujeres indígenas [informe preliminar]*. Recuperado el 07 de 09 de 2011, <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd47/mujeres.pdf>
- Meentzen, A. (2007). *Políticas públicas para los pueblos indígenas de América Latina: Los casos de México, Guatemala, Ecuador, Perú y Bolivia*. Konrad Adenauer Stiftung. Recuperado el 08 de 09 de 2011, http://www.kas.de/wf/doc/kas_11358-544-4-30.pdf
- Mendizabal, E. (2006). *Bulding Effective Research Policy Networks: Linking Function and Form*. London. Overseas Development Institute. Recuperado el 23 de 08 de 2011, <http://www.odi.org.uk/resources/download/130.pdf>
- Mendizabal, E. (2006). *Understanding networks: The functions of research policy networks*. London. Overseas Development Institue. Recuperado el 23 de 08 de 2011, <http://www.odi.org.uk/resources/download/133.pdf>
- Menéndez, E. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu D'etnografia de Catalunya*(3), 84-109.
- Menéndez, E. y Spinelli, H. (coords.). (2006). *Participación social ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MIDES / SEGEPLAN. (2012). *Informe anual 2012 Política de Desarrollo Social y Población*. Dirección de comunicación social, Guatemala. Recuperado el 12 de 7 de 2022, <http://www.segeplan.gob.gt/downloads/PDSP/InfPD2012.pdf>
- MIDES. (2013). *Informe de Avances 2013, Política de Desarrrollo Social y Población*. Guatemala. Recuperado el 14 de 7 de 2022, <https://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/file/435-informe-anual-2013-pddsp>
- Midré, G. (Abril de 2002). El papel del Estado y los derechos de los ciudadanos. *Revista Estudios Interétnicos*(14), 49-56.
- Mills, A. B. (2002). *What can be done about the private health sector in low-income countries?* Israel.
- Ministerio de Economía. (2017). *Perfil Departamental Sololá*. Guatemala.

- Ministerio de Finanzas de Administración Financiera. (2011). *Sistema Integrado de Administración Financiera*. Recuperado el 24 de 10 de 2011, <https://sicoin.minfin.gob.gt/sicoinweb/login/frmlogin.htm>
- Ministerio de salud, República de Costa Rica. (2011). *Política Nacional de Salud 2011-2021*. Costa Rica. Recuperado el 27 de 6 de 2022, https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/filesstore/COR%20Pol%C3%ADtica%20Salud%202011-2021_0.pdf
- Ministerio de trabajo, Gobierno de Guatemala. (16 de 12 de 2014). *Acuerdo Gubernativo NO. 470-2014*. (D. G. Departamento Nacional de Salario, Ed.) Historia de salarios mínimos autorizados durante los años comprendidos de 1995 a 2015.: Ministerio de trabajo, Historia de salarios mínimos, Gobierno de Guatemala. Recuperado el 25 de 5 de 2022, https://www.mintrabajo.gob.gt/images/Servicios/DGT/Salario_m%C3%ADnimo/Historia_de_Salarios_M%C3%ADnimos_para_enviar_a_Usuarios.xls
- Ministerio Público. (23 de 4 de 2021). *Ministerio Público realiza operativo por caso de corrupción en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*. Recuperado el 12 de 7 de 2022, <https://www.mp.gob.gt/noticia/ministerio-publico-realiza-operativo-por-caso-de-corrupcion-en-el-ministerio-de-salud-publica-y-asistencia-social/>
- Ministerio Público de Guatemala. (2011). *Memoria de labores 2010*. Recuperado el 24 de 10 de 2011, <http://www.mp.gob.gt/acerca-del-mp/memoria-de-labores/>
- Miriam Asociación para la promoción intelectual de las mujeres. (2019). *Boletín 2: Ejercicio de auditoría social sobre reparación digna para mujeres y adolescentes sobreviviente de violencia*. Guatemala. Obtenido de <https://miriam-guatemala.org/wp-content/uploads/2020/07/BOLETIN-2-AUDITORIA-SOCIAL-MIRIAM-final.pdf>
- Morales Ojeda, R., Mas Bermejo, P., Castell-Florit Serrate, P., Arocha Mariño, C., Valdivia Onega, N. C., Druyet Castillo, D., & Menéndez Bravo, J. A. (2018). Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Rev Panam Salud Pública*(42), 1-8. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.25>
- Morales, C., & Fitzgerald, J. (2018). Experiences and lessons from Cuba on the road to Universal Health in the Americas. *Rev Panam Salud Pública*, 42(e63), 1-3. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.63>
- Morales, M. (2014). *Breve Historia intercultural de Guatemala*. Guatemala, Guatemala: Consucultura.
- Moscoso Arriaza, V., & Flores Ramírez, C. (2008). *El Sistema de Salud en Guatemala, 3: Retratos de muertes evitables*. Guatemala: PNUD.
- MSPAS. (1997). *Plan nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, Programa nacional materno infantil*. Guatemala.

- MSPAS. (2003). *Lineamientos estratégicos para reducir la mortalidad materna*. Guatemala. Programa Nacional de Salud Reproductiva.
- MSPAS. (2004). *Plan estratégico para reducir la mortalidad materna 2004-2008. Programa nacional de salud reproductiva*. Guatemala.
- MSPAS. (2007). *Cuatro informe situación de la salud y su financiamiento periodo 2004-2005*. Guatemala: MSPAS.
- MSPAS. (02 de 2007). *Modelo de extensión de cobertura en el primer nivel de atención*. Recuperado el 11 de 02 de 2013, <http://icosguate.org/files/Extension%20de%20cobertura.pdf>
- MSPAS. (2008). *Plan Nacional para la Salud de todas y todos los guatemaltecos*. Guatemala.
- MSPAS. (2009). *Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala. Acuerdo Ministerial No. 1632-2009*. Guatemala.
- MSPAS. (2010). *Ley para la maternidad saludable. Decreto Número 32-2010*. Guatemala. Recuperado el 31 de 3 de 2021, <https://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/LeyparalaMaternidadSaludable.pdf>
- MSPAS. (2010). *Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010 -2015*. Guatemala. Programa Nacional de Salud Reproductiva.
- MSPASI. (2010). *Informe Preliminar ENSMI 2008-2009*. Recuperado el 17 de 09 de 2011, http://www.ine.gob.gt/np/ensmi/Informe_ENSMI2008_2009.pdf
- MSPAS. (2011). *Sistema Integral de Atención en Salud*. Recuperado el 07 de 11 de 2011, <http://www.mspas-sias.gob.gt/>
- MSPAS. (2011). *Modelo de Atención Integral en Salud*. Guatemala.
- MSPAS. (2012). *Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Una estrategia segura para la universalización de la salud y el cumplimiento del Pacto Hambre Cero*. Guatemala.
- MSPAS. (2012). *Acuerdo ministerial No. 461-2012*. Guatemala.
- MSPAS. (2012). *Acuerdo Ministerial No. 877-2012*. Guatemala.
- MSPAS. (2018). *Normas de Atención, Salud Integral para el primero y segundo nivel*. (D. d. Personas, Ed.) Guatemala. Recuperado el 10 de 7 de 2022, <http://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Normas%20de%20atenci%C3%B3n%20Salud%20Integral%202018.pdf>
- MSPAS. (2018). *Modelo de atención y gestión para áreas de salud*. Guatemala. Recuperado el 15 de 6 de 2022,

https://www.seccatid.gob.gt/images/Docs_CTA/MODELO_DE_ATENCION_Y_GESTION_version_impresa_dic_2018_.pdf

- MSPAS. (2019). *Mortalidad en Guatemala 2001-2019*. Guatemala. Recuperado el 15 de 7 de 2022, [http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/2021/estadisticas-vitales/MORTALIDAD\(2001-2021\).pdf](http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/2021/estadisticas-vitales/MORTALIDAD(2001-2021).pdf)
- MSPAS / OPS / OMS. (2016). *Desigualdades en salud en Guatemala*. Guatemala: OPS / OMS, Representación en Guatemala. Recuperado el 12 de 6 de 2022, <https://www.paho.org/gut/dmdocuments/Desigualdades%20en%20Salud%20en%20Guatemala.pdf>
- MSPAS Unidad de planificación estratégica. (2004). *Lineamientos Básicos y Políticas de Salud Año 2004-2008*. Guatemala.
- MSPAS, SEGEPLAN, PNUD. (2007). *Planes Departamentales de Reducción de la Mortalidad Materna*. Guatemala.
- MSPAS. SEPREM. (2003). *Lineamientos estratégicos para reducir la mortalidad materna. Hacia la Implementación de las Recomendaciones del Informe Línea Basal de Mortalidad Materna/2000*. Guatemala.
- MSPAS-Organismo Ejecutivo. (1999). *Acuerdo Gubernativo No. 115-99, Reglamento orgánico interno*. Guatemala.
- MSPAS-SEGEPLAN-PNUD. (2007). *Planes Departamentales de Reducción de la Mortalidad Materna*. Guatemala.
- NU. (2001). *Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia*. Durban. Recuperado el 20 de 6 de 2022, https://www.un.org/es/events/pastevents/cmcr/durban_sp.pdf
- NU. (14 al 15 de 6 de 1993). *Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 1993*. Naciones Unidas Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado. Recuperado el 20 de 6 de 2022, <https://www.ohchr.org/es/about-us/history/vienna-declaration#:~:text=La%20Conferencia%20Mundial%20de%20Derechos,humanos%20en%20todo%20el%20mundo.>
- NU. (5 a 13 de 9 de 1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. unfpa.org. Recuperado el 20 de 6 de 2022, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- NU. (4 a 15 de 9 de 1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Recuperado el 21 de 6 de 2022, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N96/273/04/PDF/N9627304.pdf?OpenElement>
- NU, CEPAL. (2017). *Observatorio demográfico, América Latina y el Caribe 2017*. Santiago de Chile.

- NU. CEPAL. (2020). Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. *CEPASTAT*. Recuperado el 1 de 7 de 2022, <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?lang=es>
- NU. Guatemala. (2021). *Análisis común de país. Actualización 2021*. Cifras principales. Recuperado el 1 de 7 de 2022, de: <https://guatemala.un.org/es/download/73558/136331>
- NU. Guatemala. (7 de 7 de 2022). *Acerca de Guatemala*. Obtenido de <https://onu.org.gt/acerca-de-guatemala/>
- Observatorio en Salud Reproductiva. (12 de 6 de 2022). *Osarguatemala.org*. Obtenido de <https://osarguatemala.org/>
- OIT. (2020). *Diagnóstico sobre economía informal. Énfasis en el sector comercio de los países de norte de centroamérica: El Salvador, Honduras y Guatemala*. Recuperado el 7 de 6 de 2022, http://www.oit.org/wcmssp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_752182.pdf
- OMC. (2021). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Recuperado el 1 de 6 de 2021, https://www.wto.org/spanish/thewto_s/coher_s/mdg_s/mdgs_s.htm
- OMS. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud* (pág. 6). Ottawa. Recuperado el 13 de 6 de 2022, <https://www.uv.mx/cendhiu/files/2016/01/2-LECTURA-PROMOCION-DE-LA-SALUD.pdf>
- OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires: Ediciones Journal S. A. Recuperado el 1 de 7 de 2022, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44084/9789243563701_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS. (31 de 03 de 2021). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
- ONU / CEPAL. (2017). *Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe*. Recuperado el 1 de 6 de 2022, ONU: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>
- OPS / OMS. (2007). *Salud en las Américas, 2007*. (Publicación Científica y Técnica No. 622 ed., Vols. I-Regional). Washington, D.C. Recuperado el 21 de 6 de 2022, <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3009/salud-americas-2007-vol-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OPS / OMS. (6-12 de 9 de 1978). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado el 11 de 6 de 2022, <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- OPS / OMS. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS*. OPS/OMS. Recuperado el 14 de 6 de 2022,

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf

- OPS. (2003). *Exclusión en países de América Latina y el Caribe*. Washington, D. C. Recuperado el 14 de 6 de 2022, <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6251/9275325278.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- OPS. (2004). *Indicadores Básicos para el Análisis de la Equidad de género en Salud*. Washington D.C., EE.UU.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 14 de 6 de 2022, https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3092/9275325464_spa.pdf?sequence=11&isAllowed=y
- OPS. (2007). *Diálogo social como Herramienta para la Extensión de la Protección Social en Salud*. Washington, D.C. Recuperado el 14 de 6 de 2022, https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Extension-Experiencias_Dialogo_Social_Salud_America_Latina.pdf
- OPS. (2007). *Perfil del sistemas de salud de Guatemala*. Washington, D. C. Recuperado el 11 de 7 de 2022, https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Guatemala_2007.pdf
- OPS. (2008). *Esquema de protección social para la población materna, neonatal e infantil: Lecciones Aprendidas de la Región de América Latina*. Washington, D.C. Recuperado el 11 de 7 de 2022, <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/792/9789275328415.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OPS. (2010). *“Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”, (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4)*. Washington, D.C. Recuperado el 11 de 7 de 2022, <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- OPS. (2021). Evaluación del espacio fiscal para *la salud en Guatemala* (Serie de salud universal ed.). Washington, D.C. doi:<https://doi.org/10.37774/9789275323786>
- OPS/OMS. (2004). *Indicadores Básicos para el análisis de la Equidad de Género en salud*. Washingto, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 11 de 7 de 2022, https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3092/9275325464_spa.pdf?sequence=11&isAllowed=y
- OPS/OMS. (2007). *Salud en las Américas, 2007* (Vols. I-Regional). (OPS, Ed.) Washington, D.C., E:U:A. Recuperado el 11 de 7 de 2022, <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/dmdocuments/salud-americas-2007-vol-1.pdf>

- OPS/OMS. (4 de 12 de 2012). *OPS Guatemala*. Recuperado el 31 de 3 de 2021, de Fortalecimiento al programa de extensión de cobertura: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=609
- OPS/OMS. (2013). *Estrategia de cooperación en el país: Guatemala*. Guatemala: OPS/OMS. Recuperado el 31 de 5 de 2022, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Country-Cooperation-Strategy-GUT-2013-2017.pdf>
- OPS/OMS. (2014). *Foro de cobertura universal de salud. "Generando una agenda para abordar los desafíos de Guatemala para el logro de la Cobertura Universal de Salud"*. OPS/OMS Red de Cooperantes Internacionales de Salud (RCIS). Antigua Guatemala: OPS/OMS. Recuperado el 1 de 6 de 2022, <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52899/FORO%20DE%20COBERTURA%20UNIVERSAL%20DE%20SALUD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OPS/OMS. (2017). *Salud en las Américas+. edición 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington, D.C.: OPS/OMS. Recuperado el 1 de 6 de 2022, <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
- Organismo Ejecutivo. (1999). *Acuerdo Gubernativo No. 115-99, Reglamento orgánico interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*. Guatemala. Recuperado el 1 de 6 de 2022, http://bvs.gt/eblueinfo/ML/ML_004.pdf
- Organización de Mujeres Tierra Viva. (2002). *Consejatorio sobre avances, limitaciones y propuestas que, como mujeres encontramos para el ejercicio de nuestros derechos a la salud*. Programa de Divulgación y Documentación. Guatemala: Alma Odette Chacón.
- Organización de Naciones Unidas. (3 de 9 de 1981). *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*. Asamblea General de Naciones Unidas. Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado. Recuperado el 21 de 6 de 2022, <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
- Orozco Núñez, E. (marzo-abril de 2009). Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna, Arranque Parejo en la Vida. *Salud Pública de México*, 51(2), 104-113.
- OSAR. (21 de 6 de 2022). *Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado el 21 de 6 de 2022, <https://osarguatemala.org/>
- Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. (Junio de 2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(EXTRA_1), 71-91. doi:<https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>

- Pappa Santos, O. (Abril de 2002). Condiciones de vida y relaciones interétnicas en población desarraigada por guerra interna. Departamento de Suchitepequez. (14), 75-101.
- Pintos, J. L. (1995). *Los Imaginarios Sociales. La nueva construcción de la realidad social*. Madrid: Fe y Secularidad.
- PNUD. (2010). *Guatemala: hacia un Estado para el desarrollo humano; Informe nacional de desarrollo humano 2009/2010*. Guatemala. Recuperado el 15 de 7 de 2022, http://desarrollohumano.org.gt/wp-content/uploads/2016/04/INDH_2009-2010_1.pdf
- PNUD. (2019). Panorama general Informe sobre Desarrollo Humano 2019. Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI. Recuperado el 15 de 7 de 2022, http://www.celam.org/observatoriosociopastoral/img_noticias/doc15dfba5c53d496_19122019_431pm.pdf
- PNUD. (2021). *Objetivos de desarrollo sostenible*. Recuperado el 1 de 6 de 2021, <https://www1.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>
- PNUD. (12 de 6 de 2022). *Indicadores de Desarrollo Humano: Guatemala*. Obtenido de Human Development Reports: <https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/GTM>
- Prats i Català, J. (2001). Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano. Marco conceptual y analítico. (I. I. Governabilitat, Ed.) *Revista Instituciones y Desarrollo* (10), 103-148., de Institut Internacional de Governabilitat. Recuperado el 17 de 6 de 2022, http://omec.es/Documentos/mitjans_dem_gov/0099.pdf
- Prensa Libre. (13 de 9 de 2019). La cobertura del primer nivel de atención en Salud sigue siendo deficiente. *Prensa Libre*. Obtenido de <https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/la-cobertura-del-primer-nivel-de-atencion-en-salud-sigue-siendo-deficiente/#:~:text=En%20el%202014%20el%20programa,servicios%20de%20extensi%C3%B3n%20de%20cobertura>.
- Prensa Libre. (13 de 9 de 2019). *Prensa Libre*. La cobertura del primer nivel de atención en salud sigue siendo deficiente. Recuperado el 1 de 6 de 2021, <https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/la-cobertura-del-primer-nivel-de-atencion-en-salud-sigue-siendo-deficiente/>
- Presidencia de la República de Guatemala. (19 de 7 de 1999). *Acuerdo Gubernativo No. 525-99*. Recuperado el 10 de 7 de 2022, <https://www.demi.gob.gt/acuerdo-gubernativo.html>
- Presidente de la República. (2000). *Acuerdo Gubernativo 200-2000*. Guatemala. Obtenido de <http://seprem.gob.gt/wp-content/uploads/2017/09/ACUERDO-GUBERNATIVO-200-2000.pdf>

- Reich, M. R., & Campos, P. A. (8 de 2021). *A Guide to Applied Political Analysis for Health Reform*. Boston, MA, EE.UU., de Michael R. Reich. Recuperado el 5 de 1 de 2022, <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2216/2020/08/Guide-Applied-Political-Analysis-final-2020.08.29-FINAL.pdf>
- Reich, M. R., & Cooper, D. (2021). *PolicyMaker*. Boston, MA, EE.UU.
- Reyes-Guillén, I., Sánchez-Pérez, H. J., Cruz-Burguete, J., & Izaurieta-de Juan, M. (mayo-junio de 2008). Anti-tuberculosis treatment defaulting. Analysis of perceptions and attitudes in Chiapas, México. *Salud Pub Mex.*, 50(3), 251-7. Recuperado el 11 de 6 de 2022, <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v50n3/09.pdf>
- Rodríguez Pellecer, M. (17 de 4 de 2015). El final del proyecto político del Partido Patriota. *Nómada*. Recuperado el 14 de 7 de 2022, <https://nomada.gt/pais/el-final-del-proyecto-politico-del-partido-patriota/>
- Rodríguez, C. L. (2010). Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina. *Salud Pública de México*, 12(1), 151-159.
- Romero, W., & Orantes, A. P. (2018). *Estudio sobre racismo, discriminación y brechas de desigualdad en Guatemala*. México: Naciones Unidas- CEPAL. Recuperado el 1 de 7 de 2022, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44244/S1801101_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rosales, S., Lemus, I., García, E., Carbajal, F., & Pinilla, M. (2018). *Índice de Pobreza Multidimensional*. Guatemala. Recuperado el 1 de 7 de 2022, https://mppn.org/wp-content/uploads/2019/10/Guatemala-Report-IPM-gt_29jul19-v1.1.pdf
- Sacayón Manzo, Eduardo Enrique. (2001). *Entre el abandono y la esperanza: mujeres en los gobiernos locales*. Guatemala: Serviprensa.
- Sáenz, M. R., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública de México*, 53, S156-S167. Recuperado el 23 de 6 de 2022, <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s156-s167/es>
- Saltman, R. B., & Ferroussier-Davis, O. (June de 2000). The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 732-739.
- Santana Espinosa, M. C., Esquivel Lauzurique, M., Herrera Alcázar, V. R., Castro Pacheco, B. L., Machado Lubián, M. C., Cintra Cala, D., Marcheco Teruel, B. (2018). Atención a la salud materno-infantil en Cuba: logros y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*, 42, 1-9. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.27>
- SCEP. (2005). *Constitución Política de la República de Guatemala y Leyes de Desarrollo Social*. Guatemala.
- Secretraía de seguridad alimentaria y nutricional. (7 de 2019). *Gobernanza en seguridad alimentaria y nutricional*. Guatemala. Recuperado el 31 de 3 de 2021,

<http://www.sesan.gob.gt/wordpress/wp-content/uploads/2019/09/MANUAL-GOBERNANZA-FINAL.pdf>

Scrimshaw, S., & Hurtado, E. (1988). *Procedimientos de Asesoría Rápida -RAP- para programas de nutrición y atención primaria de salud*. Tokio, Japan: Universidad de las Naciones Unidas.

SEGEPLAN. (2013). *Informe anual 2013. Política de desarrollo social y población*. Guatemala. Recuperado el 31 de 3 de 2021, <https://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/file/435-informe-anual-2013-pddsp>

SEGEPLAN. (8 de 04 de 2002). *Política de desarrollo social y población*. Guatemala. Recuperado el 31 de 03 de 2021, http://www.segeplan.gob.gt/downloads/clearinghouse/politicas_publicas/Transversales/Pol%C3%ADtica%20Desarrollo%20Social%20y%20Poblaci%C3%B3n.pdf

SEGEPLAN. (1996). *Programa de Gobierno 1996 -2000*. Guatemala.

SEGEPLAN. (2003). *Informe anual 2003 Política de desarrollo social y población*. Guatemala.

SEGEPLAN. (2004). *Lineamientos general de gobierno período 2004 -2008*. Guatemala.

SEGEPLAN. (11 de 2005). *Informe anual 2005, Política de desarrollo social y población*. Guatemala. Recuperado el 31 de 03 de 2021, <https://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/file/427-informe-anual-2005-pddsp>

SEGEPLAN. (4 de 2005). *Mapas de pobreza y desigualdad de Guatemala*. Recuperado el 17 de 10 de 2011, de SEGEPLAN: http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_remository&Itemid=274&func=startdown&id=87

SEGEPLAN. (2005). *Organismo Ejecutivo, Gobierno de la República de Guatemala. Política Nacional de Descentralización del Organismo Ejecutivo*. Guatemala.

SEGEPLAN. (11 de 2006). *Informe anual 2006, política de desarrollo social y población*. Guatemala. Recuperado el 31 de 03 de 2021, <https://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/file/428-informe-anual-2006-pddsp>

SEGEPLAN. (2006). *Gobierno de Guatemala Gabinete de Desarrollo Rural. Política de Desarrollo Rural Integral*. Guatemala.

SEGEPLAN. (2006). *Sistema Nacional de Planificación Estratégica Territorial (SINPET). Estrategia de Desarrollo Territorial para la República de Guatemala*. Guatemala.

SEGEPLAN. (11 de 2007). *Informe anual 2007, política de desarrollo social y población*. Guatemala. Recuperado el 03 de 31 de 2021,

- <https://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/file/429-informe-anual-2007-pddsp>
- SEGEPLAN. (2008). *I Informe de Gobierno 2008*. Guatemala. (Serviprensa, Productor)
Recuperado el 31 de 03 de 2021,
<https://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/file/401-1-informe-de-gobierno-2008>
- SEGEPLAN. (2008). *Vulnerabilidad de los municipios y calidad de vida de sus habitantes*. Guatemala. Recuperado el 28 de 6 de 2022,
<http://www.segeplan.gob.gt/downloads/analisismultivariadocenso11.pdf>
- SEGEPLAN. (2009). *II Informe de Gobierno 2009*. Guatemala. Recuperado el 31 de 3 de 2021,
<https://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/file/402-2-informe-de-gobierno-2009>
- SEGEPLAN. (2010). *Informe anual 2010, política de desarrollo social y población*. Guatemala. Recuperado el 31 de 3 de 2021,
<https://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/file/432-informe-anual-2010-pddsp>
- SEGEPLAN. (2011). *Informe anual 2011, política de desarrollo social y población*. Guatemala. Recuperado el 31 de 3 de 2021,
<https://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/file/433-informe-anual-2011-pddsp>
- SEGEPLAN. (2011). *Plan de Desarrollo Departamental Huehuetenango 2011-2025*. Guatemala. Recuperado el 15 de 7 de 2022,
<https://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/file/1213-pdd-huehuetenango>
- SEGEPLAN. (2014). *Informe de avances 2014 política de desarrollo social y población*. Guatemala. Recuperado el 15 de 7 de 2022,
<https://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/file/436-informe-anual-2014-pddsp>
- SEGEPLAN. (2015). *Informe anual 2015, política de desarrollo social y población 2015*. Guatemala. Recuperado el 11 de 7 de 2022,
<https://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/file/595-informe-anual-2016-politica-de-desarrollo-social-y-poblacion>
- SEGEPLAN. (2016). *Informe anual 2016, política de desarrollo social y población*. Guatemala. Recuperado el 31 de 3 de 2022,
<https://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca-documental/file/437-informe-anual-2015-pddsp>
- SEPAZ. (1996). *Los Acuerdos de Paz en Guatemala*. Guatemala. Recuperado el 20 de 6 de 2022,
<http://recursos.datosydemocracia.gt/dataset/e8c2d6f9-df7b-4308-95c1->

e344fedf9871/resource/a6bffe38-c54a-46a5-adeb-cd9e35bba721/download/1996-acuerdos-de-paz.pdf

- Shiffman, J. (2007). Generating political priority for maternal mortality reduction in five developing countries. *American Journal of Public Health*, 97(5), 796-803.
- Siegrist, J. (2011). Determinantes sociales de la salud - Contribuciones de la sociología médica y de la salud europea. *Política y Sociedad*, 48(2), 249-258.
doi:https://doi.org/10.5209/rev_POSO.2011.v48.n2.2
- Skodol H W, S. S. (1991). Triangulation of qualitative methods: heideggerian hermeneutics and grounded theory. *Qualitative health research*. Recuperado el 04 de 07 de 2010, <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/1/2/263>
- Sotomayor Saavedra, M. A., & López Dávila, L. M. (2022). La privacidad: un derecho humano y un principio ciudadano vida privada, pandemia y derechos humanos. En A. Aguila Guzmán, E. Benites Estupiñan, L. Scotti, & P. Sorokin, *La privacidad como derecho humano. Contribución para la promoción de una nueva agenda bioética* (pág. 480). Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Tajer, D. (2004). *Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud*. Recuperado el 09 de 12 de 2011, http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/Construyendo_Tajer.pdf
- Tajer, Débora. (2004). *Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud*. Recuperado el 09 de 12 de 2011, http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/Construyendo_Tajer.pdf
- Tichenor, M., & Sridhar, D. (31 de 8 de 2017). Universal health coverage, health systems strengthening, and the World Bank. *BMJ*, 358:j3347. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j3347>
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2005). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alineación del recurso humano en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, 17(3), 202-209. Recuperado el 5 de 7 de 2022, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8109>
- Ulin, P., Robinson, E., Tolley, E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Washington, D.C.: OPS, Publicaciones Científica y Técnica No. 614. Recuperado el 15 de 7 de 2022, <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/729/9275316147.pdf>
- UNESCO. (2006). *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Recuperado el 21 de 08 de 2011, de Unesco.org: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180s.pdf>
- Universidad Rafael Landívar /OPS. (2009). *Estudio: información sobre recursos humanos de salud en Guatemala*. Guatemala. Recuperado el 16 de 6 de 2022,

- https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/RH_GUA_Informe_RRHH_enero_2010.pdf
- USAID - Guatemala. (2006). *Determinantes del estado de salud en Guatemala*. Guatemala. Recuperado el 9 de 7 de 2022, https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadh416.pdf
- USAID / HFG. (2015). *Guatemala análisis del sistema de salud 2015*. Bethesda, Maryland. Recuperado el 1 de 7 de 2022, <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1862/Guatemala-Analisis-del-Sector-Publico-Salud-Esp-INFORME-COMPLETO-FINAL-Abr2016.pdf>
- USAID / OPS. (2007). *Perfiles de los sistemas de salud Guatemala, Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington, D. C. Recuperado el 1 de 7 de 2022, https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Guatemala_2007.pdf
- USAID. (abril de 2008). *Calidad en Salud Guatemala, Series de noticias técnicas sobre extensión de cobertura- Artículo I., Salud al alcance de más guatemaltecos*. Recuperado el 10 de 7 de 2022, <http://bvssan.incap.int/local/URC/URC00210.pdf>
- USAID/HEP. (10 de 2017). Espacio Fiscal para la Salud en Guatemala: Perspectivas para Aumentar los Recursos Públicos para la Salud. *Healthpolicyplus.com*. Recuperado el 5 de 5 de 2021, http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/7169-7308_GuatemalaEspacioFiscal.pdf
- Vaillancourt Rosenau, P. (1994). *Health care reform in the nineties*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F., & Silva-Fernández, M. (10 de 1 de 2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cad. Saúde Pública*, 35(1), e00120818. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120818>
- Verdugo, J. C. (abril-junio de 2002). Neoliberalismo e inequidad en el primer nivel del SIAS. *Portadores de Sueños*(2).
- Verdugo, J. C., Hernández Mack, L., Morales, L. C., Olivares, H. V., Arriaga, C. A., & Sánchez, C. (2008). *Del Dicho al Hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente*. Guatemala, Guatemala: Medicus Mundi Navarra -Guatemala-, Cordaid.

Recuperado el 12 de 6 de 2022,

https://www.isis.org.gt/images/publicaciones/libros/Del_dicho_al_hecho.pdf

Verdugo, Juan Carlos; Miranda, José; Albizu, José Luis; Morales, Lidia; Hernández, Lucrecia.

(2002). *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente, bases y lineamientos*

(Instancia Nacional de Salud, Medicus Mundi Navarra, Friedrich Ebert Stiftung ed.).

Guatemala, Guatemala. Recuperado el 11 de 6 de 2022,

<https://saludjalapa225.files.wordpress.com/2016/10/hacia-un-primer-nv-de-salud-incluyente.pdf>

Walker D, M. F. (2006). Grounded theory: an exploration of process and procedure. *Qualitative*

health research. Recuperado el 03 de 07 de 2010, <http://qhr.sagepub.com>

Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central

role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9 (4), 353-370.

WB. (2005). *Health System Innovations in Central America Lessons and Impact of New*

Approaches, [Working paper No. 57]. Washington, D.C.: (ed) Gerard M. La Forgia.

WHO. (2000). *World Health Organization The world health report 2000: health systems:*

improving performance. Geneve.

Williamson, O. E. (2002). *The Theory of the Firm as Governance Structure: From Choice to*

Contract. Recuperado el 06 de 11 de 2011,

<http://pubs.aeaweb.org/doi/pdfplus/10.1257/089533002760278776>

Witz, K. (2007). "Awakening to" and aspect in the other: On developing insights. *Qualitative*

Inquiry 13 (2): 04/07/2010. Recuperado el 04 de 07 de 2010,

<http://qix.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/2/235>

Work Bank. (2008). *Key Issues in Central America Health Reforms. Diagnosis and Strategic*

Implications, Volume 2. Main Report. Washington, DC. Recuperado el 15 de 6 de 2022,

<http://hdl.handle.net/10986/7995>

Abreviaturas.

ADMSS	Administradoras del Servicio de Salud
ALIANMISAR	Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva, la Nutrición y la Educación
APS	Atención Primaria en Salud
ASIS	Análisis de Situación de Salud
ASDI	Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo
ATLAS.ti	Programa Informático para el Análisis de Datos Cualitativos
ATOL	Agenda Técnico-Operativa Local
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAP	Centro de Atención Permanente
CAIMI	Centro de Atención Integral Materno Infantil
CC	Centro Comunitario
CEAR	Comisión Nacional para Repatriados, Refugiados y Desplazados
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEGSS	Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud
CESR	Center for Economic and Social Rights
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CICIG	Comisión Internacional contra la Impunidad en Guatemala
CIEN	Centro de Investigaciones Económicas Nacionales
COCODE	Consejo Comunitario de Desarrollo
CODEDE	Consejo Departamental de Desarrollo
CONEC	Consejo Nacional de Extensión de Cobertura
COMUDE	Consejo Municipal de Desarrollo
COPEC	Comisión de Plan de Emergencia Comunitaria
CS	Centro de Salud
CDMS	Coordinador de Distrito Municipal de Salud
CTDMS	Consejo Técnico de Distrito Municipal de Salud
DAS	Direcciones de Área de Salud
EBS	Equipo Básico de Salud
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
FMI	Fondo Monetario Internacional
FRG	Frente Republicano Guatemalteco
GANAN	Gran Alianza Guatemalteca
GB	Gasto de Bolsillo
GGGS	Gasto General del Gobierno en Salud
GPS	Gasto Privado en Salud
GTS	Gasto Total de Salud

HEP+	Health and Education Policy Project Plus
HFG	Health Finance & Governance
ICEFI	Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
INS	Instancia Nacional en Salud
IWGIA	International Work Group for Indigenous Affairs
MADS	Modelo de Atención al Derecho a la Salud
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MAG	Marco Analítico de Gobernanza
MIDD	Mesas Intersectoriales de Discusión Departamental
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social de Guatemala
MIRIAM	Asociación para la Promoción Intelectual de las Mujeres
MIS	Modelo Incluyente en Salud
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NU	Naciones Unidas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONG's	Organizaciones No Gubernamentales
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSAR	Observatorio en Salud Reproductiva
PAN	Partido de Avanzada Nacional
PBS	Paquete Básico de Salud
PCOS	Programa Comunitario de Salud
PIAS	Programa individual de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PDM	Planes de Desarrollo Municipal
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PET	Planes estratégicos territoriales
PFAS	Programa Familiar de Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
POLICYMAKER	Análisis Político Asistido por Computadora
PROSAN	Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional
PS	Puesto de Salud
PSS	Provisión de Servicios de Salud

REDMISAR	Red de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva
SAPIA	Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas
SCEP	Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
SEPAZ	Secretaría de la Paz de la Presidencia de la República
SEPREM	Secretaría Presidencial de la Mujer
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SIAS	Sistema Integrado de Atención en Salud
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud
SIGOB	Sistema de Metas del Gobierno
TB	Tuberculosis
TSR	Técnico en Salud Rural
TR	Trabajador(a) Social
UNE	Unidad Nacional de la Esperanza
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UTD	Unidades Técnicas Departamentales
USAC	Universidad de San Carlos De Guatemala
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
WB	World Bank
WHO	World Health Organization

Anexos.

Anexo A. Cartas para trabajo de campo A. 1 – A. 27.

Anexo A.1



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA.



COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN
SALUD

Ref. COBISAUSAC 36 -2015
Guatemala, 27 de octubre de 2015

Dr. Luis Manuel López Dávila.
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad de San Carlos de Guatemala.

De manera atenta, transcribo el Punto Cuarto (5to) del ACTA DOCE guion dos mil quince (12-2015) de fecha veintisiete de octubre del año dos mil quince (27/10/2015) de la sesión celebrada por el Comité de Bioética de Investigación en Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que literalmente dice:

... **QUINTO.** Dictamen del Proyecto de Investigación titulado "Gobernanza y participación social en modelos de entrega de servicios del primer nivel de atención en salud del sistema de salud en Guatemala del 1996 al 2015", avalado por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, mismo que fuese trasladado al Comité de Bioética en Investigación en Salud para opinión bioética.

El comité Acordó:

Catalogar el proyecto en categoría I Riesgo Mínimo.

4.1.-Informar al Dr. López Dávila que del análisis y discusión del caso, el Comité considera que el estudio tiene valor social, con fundamentación científica y reconoce la competencia del investigador principal.


En base a lo anterior y a la revisión del proyecto anteriormente indicado se trasladan las siguientes observaciones:


- a) En relación a los objetivos se debe revisar la redacción de los mismos.
- b) En relación a los ejes transversales definirlos y explicar cómo se incorporan en el proyecto. (página 4)
- c) En el marco teórico incluir los productos de investigaciones anteriores y en los instrumentos incluir los ejes que se indican en el inciso "a".

En correspondencia con lo anterior, el dictamen del Comité de Bioética en Investigación en Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala, es el de **APROBAR** el proyecto de investigación que se titula: "Gobernanza y participación social en modelos de entrega de servicios del primer nivel de atención en salud del sistema de salud en Guatemala del 1996 al 2015"

En base a lo anterior este comité está en la mejor disposición de aclarar a requerimiento del responsable del proyecto de investigación, cualquier duda u observación que tenga al respecto de lo resuelto por este comité.

Sin más que agregar nos suscribimos de usted muy atentamente.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lic. Marco Antonio García Enriquez
Secretario
Comité de Bioética en Investigación en Salud.
Universidad de San Carlos de Guatemala.



Anexo A.2



Oficio Circular No. 36-2015 Ref. LFGCh/csc.
Sololá, 05 de agosto de 2015.

Señores:
Alcaldes Municipales Departamento de Sololá,
Presidentes de Consejos Municipales de Desarrollo.
Su Despacho.

Señores Presidentes de los COMUDES:

Respetuosamente me dirijo a Ustedes augurándoles éxitos en el desarrollo de sus actividades.

Por este medio me permito informarles que el Doctor: Luis Manuel López Dávila, Profesor Investigador Titular V del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, mediante oficio CICS 000163/2015 de fecha 3/8/2015 ha requerido información relacionada con los programas de atención primaria en salud y participación comunitaria del departamento, pues la misma será utilizada para la investigación titulada "Gobernanza y Participación Social del Modelo Incluyente en Salud-MIS- del Sistema de Salud en Guatemala de 2003 al 2015, por lo cual, respetando su autonomía y valorando el trabajo que cada uno ha desarrollado en su municipio a favor del fortalecimiento de la salud, me permito referir al Dr. López Dávila para que la Comisión de Salud de su COMUDE pueda atenderle y brindarle el apoyo necesario.

Agradeciendo su atención y respuesta favorable, me suscribo de Ustedes con mis más altas muestras de estima y respeto.

Deferentemente.

P.C. Luis Florencio García Chutá,
Gobernador Departamental.



Anexo A.3



CENTRO de INVESTIGACIONES de
las CIENCIAS de la SALUD -CICS-
FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS

CICS 000164/2015
03 de Agosto de 2015


Señor
Andres Lisandro Iboy Chiroy
Alcalde
Municipio de Sololá
DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ
GUATEMALA
Presente

Señor Iboy:

De manera atenta solicito a usted, autorización para tener acceso a información pública relacionada con los programas de atención primaria en salud y participación comunitaria, la cual será utilizada para la investigación titulada "GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MODELO INCLUYENTE EN SALUD - MIS- DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 2003 AL 2015" el proyecto de investigación tiene el apoyo del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS- de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Dirección General de Investigación -DIGI- y del Instituto de Salud Inuyente -ISIS-.

Agradeciéndole su atención, me suscribo, atentamente,

"Id y Enseñad a Todos"


Dr. Luis Manuel Lopez Davila MSc. MA. PhD.
Profesor Investigador Titular V
Centro de Investigaciones de las ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
USAC



7762

Teléfono celular No. 4220-6903

Correo electrónico: luislopez@usac.edu.gt, ensayos.clinicos@gmail.com

Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Boulevard de la Salud, "Dr. Carlos Martínez Durán" 99. Av. 9-45, Zona 11, Edificio D, Of. 302
Telefax 2418-7459

77623558

77624097

Anexo A.4



**CENTRO de INVESTIGACIONES de
las CIENCIAS de la SALUD -CICS-
FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS**

CICS 000163/2015
03 de Agosto de 2015


Señor
Luis Florencio García Chuta
Gobernador
DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ
GUATEMALA
Presente

Señor Gobernador:

De manera atenta solicito a usted, autorización para tener acceso a información pública relacionada con los programas de atención primaria en salud y participación comunitaria, la cual será utilizada para la investigación titulada "GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MODELO INCLUYENTE EN SALUD - MIS- DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 2003 AL 2015" el proyecto de investigación tiene el apoyo del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS- de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Dirección General de Investigación -DIGI- y del Instituto de Salud Inuyente -ISIS-.

Agradeciéndole su atención, me suscribo, atentamente,

"Id y Enseñad a Todos"


Dr. Luis Manuel López Dávila MSocSc, MA, PhD.
Profesor Investigador Titular V
Centro de Investigaciones de las ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
U S A C

Teléfono celular No. 4220-6903
Correo electrónico: luislopez@usac.edu.gt, ensayos.clinicos@gmail.com



Anexo A.5



CENTRO de INVESTIGACIONES de las CIENCIAS de la SALUD -CICS- FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS

CICS 000166/2015
03 de Agosto de 2015

Doctora
Shelly Judith Laparra Ordoñez
Directora
Hospital Nacional
DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ
GUATEMALA
Presente

Directora Dra. Laparra:

De manera atenta solicito a usted, autorización para tener acceso a información pública relacionada con los programas de atención primaria en salud y participación comunitaria y poder entrevistarla, la información será utilizada para la investigación titulada "GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MODELO INCLUYENTE EN SALUD -MIS- DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 2003 AL 2015" el proyecto de investigación tiene el apoyo del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS- de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Dirección General de Investigación -DIGI- y del Instituto de Salud Inuyente -ISIS-.

Agradeciéndole su atención, me suscribo, atentamente,

"Id y Enseñad a Todos"

Dr. Luis Manuel Lopez Dávila MSocSc. MA. PhD.
Profesor Investigador Titular V
Centro de Investigaciones de las ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas.
USAC

Teléfono celular No. 4220-6903
Correo electrónico: luislopez@usac.edu.gt, ensayos.clinicos@gmail.com

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y A. S.
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SOLOLÁ
SECRETARÍA EJECUTIVA DE DIRECCIÓN
RECEBIDO
04 AGO 2015
A LAS 11:05 HRS. MTS.
POR:

hospitaldeSolola@gmail.com

Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Boulevard de la Salud, "Dr. Carlos Martínez Durán" 9ª. Av. 9-45, zona 11, Edificio D, Of. 302
Teléfono 2418-7459

Anexo A.6



CENTRO DE INVESTIGACIONES DE
LAS CIENCIAS DE LA SALUD - CICS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CICS 000189/2015
19 de agosto de 2015

Señor
Manuel Tambriz Ixquiactap
Alcalde Auxiliar Guineales
DEPTO. DE SOLOLA
GUATEMALA
Presente.

Señor Tambriz:

De manera atenta solicito a usted, autorización para realizar una entrevista con usted y los líderes comunitarios en salud relacionada con los proyectos que se gestionan desde el Cocode y la municipalidad auxiliar bajo su responsabilidad, la información será utilizada para la investigación titulada "GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MODELO INCLUYENTE EN SALUD -MIS- DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 2003 AL 2015" el proyecto de investigación tiene el apoyo del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Dirección General de Investigación -DIGI- y del Instituto de Salud Inuyente -ISIS-

Agradeciéndole su atención, me suscribo, atentamente,

"Id y Enseña a Todos"



Dr. Luis Manuel López Dávila MSocSc. MA. PhD.
Profesor Investigador Titular V
Centro de Investigaciones de las ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
U S A C

Teléfono celular No. 4220-6903
Correo electrónico: luislopez@usac.edu.gt, ensayos.clinicos@gmail.com

Centro Universitario Metropolitano - CUM
Reservado de la Salud, "Dr. Carlos Martínez Durán" 91. Av. 9-45, Zona 11, Edificio D, Of. 102
Teléfono 2418-7159



12.50 horas
19/08/2015

Anexo A.7



CENTRO de INVESTIGACIONES de
las CIENCIAS de la SALUD -CICS-
FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS

CICS 000162/2015
03 de Agosto de 2015

Doctor
Miguel Agosto Rodas
Director de Distrito de Salud de Nahuala
DEPTO. DE SOLOLÁ
GUATEMALA
Presenta

Director Dr. Rodas:

De manera atenta solicito a usted, autorización para tener acceso a información pública relacionada con los programas de atención primaria en salud y participación comunitaria, así mismo entrevistarle a usted y personal bajo su responsabilidad sobre APS. La información será utilizada para la investigación titulada "GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MODELO INCLUYENTE EN SALUD -MIS- DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 2003 AL 2015" el proyecto de investigación tiene el apoyo del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS- de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Dirección General de Investigación -DIGI- y del Instituto de Salud Inuyente -ISIS-.

Agradeciéndole su atención, me suscribo, atentamente,

"Id y Enseñad a Todos"

Dr. Luis Manuel López Dávila MSocSc. MA. PhD.
Profesor Investigador Titular V
Centro de Investigaciones de las ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
U S A C

Ministerio de Salud Pública y A.S.
Área de Salud Sololá

RECIBIDO

Centro de Salud Nahuala
Fecha: 24/08/15 Hora: 02:45 P. M.

Teléfono celular No. 4220-6903
Correo electrónico: luislopez@usac.edu.gt, ensayos.clinicos@gmail.com

Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Boulevard de la Salud, "Dr. Carlos Martínez Durán" 34, Av. 9-45, zona 11, Edificio O, Of. 302
TEL: 4400 1428

Anexo A.8



CENTRO de INVESTIGACIONES de
las CIENCIAS de la SALUD -CICS-
FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS

CICS.000181/2015
03 de Agosto de 2015

Señor
Prof. Tomas Macario Tambriz Xocol
ALCALDE
Municipio de Santa Catarina Ixtahuacan
DEPTO. DE SOLOLÁ
GUATEMALA
Presente

Sr. Alcalde:

De manera atenta solicito a usted, autorización para tener acceso a información pública relacionada con los programas de atención primaria en salud y participación comunitaria, y también entrevista al miembro del consejo encargado en temas de salud, la información será utilizada para la investigación titulada "GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MODELO INCLUYENTE EN SALUD -MIS- DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 2003 AL 2015" el proyecto de investigación tiene el apoyo del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Dirección General de Investigación -DIGI- y del Instituto de Salud Inuyente -ISIS-

Agradeciéndole su atención, me suscribo, atentamente,

"Id y Enseñad a Todos"

Dr. Luis Manuel López Dávila MSocSc. MA. PhD.
Profesor Investigador Titular V
Centro de Investigaciones de las ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
U S A C

Teléfono celular No. 4220-6903
Correo electrónico: luislopez@usac.edu.gt, ensayos.clinicos@gmail.com

SECRETARÍA MUNICIPAL
SANTA CATARINA IXTAHUACÁN, SOLOLÁ

RECIBIDO
20/08/15
POR: HORA: 08:45
FIRMA:

Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Boulevard de la Salud, "Dr. Carlos Martínez Durán" 9ª. Av. 9-45, Zona 11, Edificio O, Of. 302
Telefax 2418-7459

Anexo A.9



CENTRO de INVESTIGACIONES de
las CIENCIAS de la SALUD -CICS-
FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS

CICS.000167/2015
05 de agosto de 2015

Ingeniero
Herbert Yax Vasquez
ENCARGADO SEGEPLAN
DEPTO. DE SOLOLÁ
GUATEMALA
Presente

Ingeniero Yax:

De manera atenta solicito a usted, autorización para realizar una entrevista con usted relacionada con los proyectos que se gestionan desde el Codec y la oficina bajo su responsabilidad, la información será utilizada para la investigación titulada "GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MODELO INCLUYENTE EN SALUD -MIS- DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 2003 AL 2015" el proyecto de investigación tiene el apoyo del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Dirección General de Investigación -DIGI- y del Instituto de Salud Inuyente -ISIS-

Agradeciéndole su atención, me suscribo, atentamente,

"Id y Enseña a Todos"

Dr. Luis Manuel López Dávila MSocSc. MA. PhD.
Profesor Investigador Titular V
Centro de Investigaciones de las ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
U S A C

Teléfono celular No. 4220-6903
Correo electrónico: luislopez@usac.edu.gt, ensayos.clinicos@gmail.com

SEGEPLAN SOLOLA
REVISADO
2-8-2015
HORA 11:30 AM
7762-4590
nyax@segplan.gub
gt.

Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Boulevard de la Salud, "Dr. Carlos Martínez Durán" 9A. Av. 9-45, zona 11, Edificio D, Of. 302
Telefax 2418-7459

Anexo A.10



Municipalidad de Sololá
Ciudad del Paisaje, Guatemala, C. A.
Teléfonos: 7762-4091 7762-3558 7762-3559
www.munisolola.org

Sololá, 12 de Agosto de 2015
Oficio No. 081-2015 /mtz

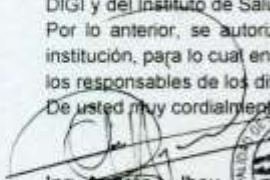
Doctor
Luis Manuel López D.
Profesor Investigador V
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Ciudad de Guatemala

De mi consideración:

Doy respuesta a oficio CICS 00164-2015 de fecha 03 de agosto de 2015, en el cual requieren información de los programas de atención primaria en salud y participación comunitaria, la cual será utilizada para investigación que realizará el Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud –CICS, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Dirección General de Investigación – DIGI y del Instituto de Salud Incluyente –ISIS.

Por lo anterior, se autoriza que puedan realizar la investigación con el apoyo de esta institución, para lo cual en anexo adjunto le proporciono el listado de las personas que son los responsables de los diferentes programas para facilitar su estudio.

De usted muy cordialmente,


Ing. Andrés b. Iboy
Alcalde Municipal



c.c. Director DMP
Director RRHH
Gerente Municipal
Archivo

Unidos para el desarrollo integral de Sololá

Anexo A.10.1



Municipalidad de Sololá
Ciudad del Paisaje, Guatemala, C. A.
Teléfonos: 7762-4091 7762-3558 7762-3559
www.munisolola.org

Sololá, 12 de Agosto de 2015
Oficio No. 081-2015 /mtz
Anexo

Listado de personal de apoyo para investigación:

No.	Nombre	Cargo	Teléfono
1	Sr. Julio Tzurec Cuy	Concejal Comisión Salud, Medio Ambiente y Recursos Naturales	7762 4091 Ext 110
2	Sra. Gikia Alvarez	Técnica OMM	
3	Sr. Sammy Barreno	Director Municipal de Planificación	7762 4091 Ext. 114
4	Sra. Bertha Tuy	Encargada Oficina Salud, Medio Ambiente y Recursos Naturales	3169 4773
5	Lic. Marco Tulio Zuñiga	Gerente Municipal	5879 8465

Unidos para el desarrollo integral de Sololá

Anexo A.11



CENTRO de INVESTIGACIONES de
las CIENCIAS de la SALUD -CICS-
FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS

CICS.000088.2016

Guatemala 13 de junio de 2016

Doctor
Francisco Zambroni
DIRECTOR
DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD
SOLOLÁ

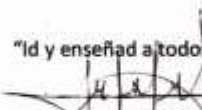
Estimado Dr. Zambroni

Después de un cordial saludo, le solicito pueda autorizar el desarrollo de trabajo de campo del proyecto de investigación evaluativa titulado: **"GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MODELO DE SALUD INCLUYENTE –MIS- DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 2002 AL 2015"** en las comunidades de Guineales con el MIS, Xejuyup y otro territorio con comunidades de indicadores no prioritarios estos últimos bajo el modelo tradicional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a su consideración. Así mismo la participación del epidemiólogo del área Dr. Jogli Juracan para el acompañamiento y la facilitación de datos e información del contexto.

El objeto de esta solicitud es para cumplir con un aspecto ético y que nos permita tener la factibilidad de hacer el estudio.

El compromiso que asumo como investigador principal es de entregar un informe ejecutivo sobre los hallazgos de la investigación que permitan la aplicación de las recomendaciones que se deriven de los resultados. Me despido deseándole éxitos en sus actividades laborales. Estoy en la mejor disposición de ampliar información sobre el proyecto de investigación si considera necesario hacer una presentación con las personas que usted consideré pueden participar en la logística del proyecto. Para comunicación dejo mi número de celular 4220-6903 y correos electrónicos: luislopez@usac.edu.gt, ensayos.clinicos@gmail.com

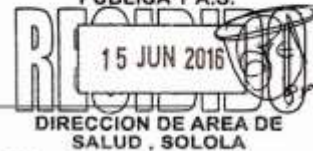
Atentamente,

"Id y enseñad a todos"

Dr. Luis Manuel López Dávila
Médico y Cirujano
Colegiado No. 7976

Dr. Luis Manuel López Dávila
Docente Investigador CICS-FCCM-USAC
luislopez@usac.edu.gt

cc. Archivo CICS.

MINISTERIO DE SALUD
PÚBLICA Y A.S.



Centro Universitario Metropolitano –CUM-

9ª av. 9-45 zona 11, edificio "D", 3ª gto, oficina 302/ • Tel: 24187459 / 24187458

Anexo A.12



DIRECCION DE ÁREA DE SALUD DE SOLOLÁ

Sololá, 16 de junio de 2016
Oficio No. 286-2016 Ref.DR. JFZM /bmar

Dr. Luis Manuel López Dávila
Docente Investigador CICS-FCCM-USAC

Cordialmente me dirijo a usted deseándole toda clase de éxitos en sus actividades laborales.

Así mismo doy respuesta a la Nota CICS.000088-2016 de fecha 13 de junio del año en curso, informando que esta Dirección de Área de Salud de Sololá, no tiene ningún inconveniente en autorizar la realización de la investigación evaluativa del proyecto "GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MODELO DE SALUD INCLUYENTE -MIS-DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 2002 AL 2015", en los distritos de Xejuyup y Guineales.

Sin otro particular me suscribo de usted,

Referentemente.

DR. JOSE FRANCISCO ZAMBRONI MONTERROSO
DIRECTOR DE AREA DE SALUD DE SOLOLA.



c.c. archivo

AREA ADMINISTRATIVA: 3050-3970
AREA TECNICA: 3050-5551
E-mail: areadesaludsolola@gmail.com

Final Calzada Venancio Barrios,
anexo al Hospital Nacional de Sololá, Sololá
Zona 2

Anexo A.13



finna
CENTRO de INVESTIGACIONES de
las CIENCIAS de la SALUD -CICS-
FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS

CICS.000150/2015
23 de julio de 2015

Señor
Rubelsy Ramírez
ALCALDE
MUNICIPIO DE CUILCO
DEPTO. DE HUEHUETENANGO
GUATEMALA
Presente

Sr. Alcalde:

De manera atenta solicito a usted, autorización para tener acceso a información pública relacionada con los **programas de atención primaria en salud y participación comunitaria**, la cual será utilizada para la investigación titulada **"GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MODELO INCLUYENTE EN SALUD – MIS- DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 2003 AL 2015"** el proyecto de investigación tiene el apoyo del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Dirección General de Investigación –DIGI- y del Instituto de Salud Incluyente –ISIS-.

Agradeciéndole su atención, me suscribo, atentamente,

"Id y Enseñad a Todos"

Dr. Luis Manuel López Dávila MSocSc. MA. PhD.
Profesor Investigador Titular V
Centro de Investigaciones de las ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
U S A C

Teléfono celular No. 4220-6903

Correo electrónico: luislopez@usac.edu.gt, ensayos.clinicos@gmail.com

Centro Universitario Metropolitano –CUM-
Boulevard de la Salud, "Dr. Carlos Martínez Durán" 59. Av. 9-45, zona 11, Edificio D, Of. 302
Telefax 2418-7459

*Recibido
23/07/2015*

Anexo A.14



firma
CENTRO de INVESTIGACIONES de
las CIENCIAS de la SALUD -CICS-
FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS

CICS 000153/2015
23 de julio de 2015

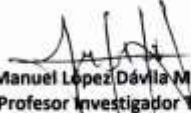
Doctor
Giovani Castillo Ventura
Director de Distrito de Salud de Cuilco
DEPTO. DE HUEHUETENANGO
GUATEMALA
Presente

Director Dr. Castillo:

De manera atenta solicito a usted, autorización para tener acceso a información pública relacionada con los programas de atención primaria en salud y participación comunitaria, la cual será utilizada para la investigación titulada "GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MODELO INCLUYENTE EN SALUD - MIS- DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 2003 AL 2015" el proyecto de investigación tiene el apoyo del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS- de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Dirección General de Investigación -DIGI- y del Instituto de Salud Incluyente -ISIS-.

Agradeciéndole su atención, me suscribo, atentamente,

"Id y Enseñad a Todos"


Dr. Luis Manuel López Dávila MSocSc. MA. PhD.
Profesor Investigador Titular V
Centro de Investigaciones de las ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
U S A C

Teléfono celular No. 4220-6903
Correo electrónico: luislopez@usac.edu.gt, ensayos.clinicos@gmail.com



Anexo A.15



firma
CENTRO de INVESTIGACIONES de
las CIENCIAS de la SALUD -CICS-
FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS

CICS 000152/2015
23 de julio de 2015

Señor
Keneth Ottoniel Merida Reyes
Gobernador
DEPARTAMENTO. DE HUEHUETENANGO
GUATEMALA
Presente

Señor Gobernador:

De manera atenta solicito a usted, autorización para tener acceso a información pública relacionada con los **programas de atención primaria en salud y participación comunitaria**, la cual será utilizada para la investigación titulada **"GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MODELO INCLUYENTE EN SALUD - MIS- DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 2003 AL 2015"** el proyecto de investigación tiene el apoyo del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS- de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Dirección General de Investigación -DIGI- y del Instituto de Salud Incluyente -ISIS-.

Agradeciéndole su atención, me suscribo, atentamente,

"Id y Enseñad a Todos"

Dr. Luis Manuel López Qávil MSocSc. MA. PhD.
Profesor Investigador Titular V
Centro de Investigaciones de las ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
U S A C

Teléfono celular No. 4220-6903
Correo electrónico: luislopez@usac.edu.gt, ensayos.clinicos@gmail.com

RECIBIDO
Secretaría
Gobernación Departamental
Huehuetenango
Fecha 24/07/15 Hora 11:00

Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Boulevard de la Salud, "Dr. Carlos Martínez Durán" 9ª. Av. 9-45, zona 11, Edificio D, Of. 302
Telefax 2418-7459

Anexo A.16



CENTRO de INVESTIGACIONES de
las CIENCIAS de la SALUD -CICS-
FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS

CICS.000151 2015
23 de julio de 2015

Doctor
Cristian Barahona
DIRECTOR
AREA DE SALUD
DEPTO. DE HUEHUETENANGO
GUATEMALA
Presente

Dr. Barahona:

De manera atenta solicito a usted, autorización para tener acceso a información pública relacionada con los programas de **atención primaria en salud y participación comunitaria**, la cual será utilizada para la investigación titulada **"GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MODELO INCLUYENTE EN SALUD – MIS- DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 2003 AL 2015"** el proyecto de investigación tiene el apoyo del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud –CICS- de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Dirección General de Investigación –DIGI- y del Instituto de Salud Incluyente –ISIS-.

Agradeciéndole su atención, me suscribo, atentamente,

Id y Enseñad a Todos

Dr. Luis Manuel López Dávila MSocSc. MA. PhD.
Profesor Investigador Titular V
Centro de Investigaciones de las ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
U S A C

Teléfono celular No. 4220-6903

Correo electrónico: luislopez@usac.edu.gt, ensayos.clinicos@gmail.com

RECEPCION DE DOCUMENTOS
RECIBIDO
DIRECCION DE LA
HUEHUETENANGO SALUD

23/07/15
12:31 pm

Centro Universitario Metropolitano –CUM-
Boulevard de la Salud, "Dr. Carlos Martínez Durán" 9ª. Av. 9-45, zona 11, Edificio D, Of. 302
Telefax 2418-7459



Gobernación departamental
Huehuetenango
Guatemala C. A.

Huehuetenango, 24 de Julio del 2,015.-
Of. No. 0779 Ref. KOMR/ardeb.-

Dr. Luis Manuel López Dávila,
MSocSc. Ma. Phd.
Profesor Investigador Titular V,
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud,
Facultad de Ciencias Médicas,
USAC,
GUATEMALA

Estimado señor López:

Por este medio me refiero a su Oficio CICS 000152/2015 recibida en esta Gobernación Departamental, el día de hoy, por medio de la cual solicita autorización para tener acceso a información pública relacionada con los programas de atención primaria en salud y participación comunitaria, la cual será utilizada en la investigación titulada "GOBERNANZA Y PARTICIPACION SOCIAL DEL MODELO INCLUYENTE EN SALUD MIS-DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 2003 AL 2015".

Al respecto este Despacho no tiene ningún inconveniente en que las diferentes dependencias relacionadas con salud y que laboran en este Departamento de Huehuetenango, colaboren brindando la información que Usted requiera, dentro del marco de la razón y la ley.

Atentamente,



Arg. Keneth Ottoriel Mérida Reyes,
Gobernador Departamental
Huehuetenango

C.c.: **Director Área de Salud, Huehuetenango.**

C.c.: **a. g.** 4ta. Avenida 2-25 zona 1. Telefonos 7764-1295/7764-1270

www.guatemala.gob.gt

Anexo A.18



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Área de salud de Huehuetenango
Complejo Institucional y Asistencial zona 10
PBX: 7774 8582 ext. 101, 102, 104
Fax: 7774 8582



Oficio No 179-2015
Ref. Duce. KABV/kyla.

Huehuetenango, 27 de julio del 2015

Dr. MSocSc. Ma. PhD.
Luis Manuel López Dávila
Profesor Investigador Titula V
Centro de Investigaciones de las ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
USAC.

De manera atenta me dirijo a usted para manifestarle que en relación al Oficio recibido CICS.000151 2015 esta Dirección Ejecutiva autoriza a que pueda tener acceso a la información pública relacionada con los programas de Atención Primaria en Salud y participación comunitaria para el proyecto de investigación que dará inicio.

Por lo que se solicita avocarse con los responsables del Área de Salud, quienes estarán brindándole su apoyo.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Dr. Kristhian Antonio Barahona Vasquez
Director Ejecutivo
MSPAS-Área de Salud de Huehuetenango

Ministerio de Salud Pública y A.
DIRECTOR AREA
Dirección Área de Salud,
Huehuetenango

c.c. Dr. Fernando Gómez Provisión de los Servicios- Dra. Armeny González Epidemióloga.

Anexo A.19



San Lucas Sacatepéquez,
03 de Julio de 2015

Dr. Luis Manuel López Dávila
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
USAC

Estimado Dr. López

Por este medio le informo la autorización para el desarrollo de trabajo de campo del proyecto de investigación titulado: **"GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN MODELOS DE ENTREGA DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 1996 AL 2015"** donde se ha desarrollado el Modelo Incluyente de Salud –MIS- con la asesoría del equipo técnico que conforma el Instituto de Salud Incluyente –ISIS-.

Atentamente,


Dr. Juan Carlos Verdugo Urrejola
Director Institucional



Anexo A.20

Guatemala 8 de febrero de 2017

Doctor
Luis Manuel López Dávila
Investigador Titular
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Dr. López

Por este medio solicito pueda incorporarme a desarrollar mi trabajo de tesis de Licenciatura de Médico y Cirujano en el tema de investigación sobre "mortalidad materna" con su asesoría en la elaboración del protocolo: "Determinantes y condicionantes de salud relacionados a los casos de mortalidad materna en el departamento de Sololá, durante el año 2015" que propone la Unidad de Trabajos de Graduación.

En el marco del proyecto: **"Gobernanza y Participación social en modelos de entrega de servicios del primer nivel de atención en salud del sistema de salud en Guatemala de 1996 a 2015"** del cual usted es investigador principal.

Me comprometo atender las actividades que usted programe de formación académica en el seminario de metodología y teoría para la construcción del protocolo.

Atentamente,


Andrea Lucía Ramírez Godoy
200817416



Anexo A.21

Guatemala 08 de febrero de 2017

Doctor
Luis Manuel López Dávila
Investigador Titular
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Dr. López

Por este medio solicito pueda incorporarme a desarrollar mi trabajo de tesis de Licenciatura de Médico y Cirujano en el tema de investigación sobre "mortalidad materna" con su asesoría en la elaboración del protocolo: "Determinantes y condicionantes de salud relacionados a los casos de mortalidad materna en el departamento de Sololá, durante el año 2015" que propone la Unidad de Trabajos de Graduación.

En el marco del proyecto: "Gobernanza y Participación social en modelos de entrega de servicios del primer nivel de atención en salud del sistema de salud en Guatemala de 1996 a 2015" del cual usted es investigador principal.

Me comprometo atender las actividades que usted programe de formación académica en el seminario de metodología y teoría para la construcción del protocolo.

Atentamente,


Mario Alberto Prado López
201010354



Anexo A.22

Guatemala 08 de febrero de 2017

Doctor
Luis Manuel López Dávila
Investigador Titular
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Dr. López

Por este medio solicito pueda incorporarme a desarrollar mi trabajo de tesis de Licenciatura de Médico y Cirujano en el tema de investigación sobre "mortalidad materna" con su asesoría en la elaboración del protocolo: "Determinantes y condicionantes de salud relacionados a los casos de mortalidad materna en el departamento de Sololá, durante el año 2015" que propone la Unidad de Trabajos de Graduación.

En el marco del proyecto: "**Gobernanza y Participación social en modelos de entrega de servicios del primer nivel de atención en salud del sistema de salud en Guatemala de 1996 a 2015**" del cual usted es investigador principal.

Me comprometo atender las actividades que usted programe de formación académica en el seminario de metodología y teoría para la construcción del protocolo.

Atentamente,



César Ariel López Ajup
200910244



Anexo A.23

Guatemala 08 de febrero de 2017

Doctor
Luis Manuel López Dávila
Investigador Titular
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Dr. López

Por este medio solicito pueda incorporarme a desarrollar mi trabajo de tesis de Licenciatura de Médico y Cirujano en el tema de investigación sobre "mortalidad materna" con su asesoría en la elaboración del protocolo: "Determinantes y condicionantes de salud relacionados a los casos de mortalidad materna en el departamento de Sololá, durante el año 2015" que propone la Unidad de Trabajos de Graduación.

En el marco del proyecto: "**Gobernanza y Participación social en modelos de entrega de servicios del primer nivel de atención en salud del sistema de salud en Guatemala de 1996 a 2015**" del cual usted es investigador principal.

Me comprometo atender las actividades que usted programe de formación académica en el seminario de metodología y teoría para la construcción del protocolo.

Atentamente,

Daniel Andrés López Chávez
201119353



Anexo A.24

Guatemala 08 de febrero de 2017

Doctor
Luis Manuel López Dávila
Investigador Titular
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Dr. López

Por este medio solicito pueda incorporarme a desarrollar mi trabajo de tesis de Licenciatura de Médico y Cirujano en el tema de investigación sobre "mortalidad materna" con su asesoría en la elaboración del protocolo: "Determinantes y condicionantes de salud relacionados a los casos de mortalidad materna en el departamento de Sololá, durante el año 2015" que propone la Unidad de Trabajos de Graduación.

En el marco del proyecto: **"Gobernanza y Participación social en modelos de entrega de servicios del primer nivel de atención en salud del sistema de salud en Guatemala de 1996 a 2015"** del cual usted es investigador principal.

Me comprometo atender las actividades que usted programe de formación académica en el seminario de metodología y teoría para la construcción del protocolo.

Atentamente,

José Carlos Chávez Grajeda
200910272



Anexo A.25

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que los estudiantes:

- | | | | |
|----|----------------------------|-----------|---------------|
| 1. | Andrea Lucía Ramírez Godoy | 200817416 | 1696141070101 |
| 2. | César Ariel López Ajxup | 200910244 | 2265873200110 |
| 3. | José Carlos Chávez Grajeda | 200910272 | 2504364690101 |
| 4. | Mario Alberto Prado López | 201010354 | 2063888291201 |
| 5. | Daniel Andrés López Chávez | 201119333 | 1632623060101 |

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:


"DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DE LA SALUD RELACIONADOS
CON LOS CASOS DE MORTALIDAD MATERNA"

Estudio cualitativo realizado en los distritos de Santiago Atitlán
y Guineales, departamento de Solalá, 2015

Trabajo asesorado por el Dr. Luis Manuel López Dávila y revisado por la Dra. Lucía Eleonora Terrón Gómez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el veintiocho de septiembre del dos mil diecisiete


DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO



Anexo A.26

El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

1. Andrea Lucía Ramírez Godoy 200817416 1696141070101
2. César Ariel López Ajxup 200910244 2265873200110
3. José Carlos Chávez Grajeda 200910272 2504364690101
4. Mario Alberto Prado López 201010354 2063888291201
5. Daniel Andrés López Chávez 201119333 1632623060101

Presentamos el trabajo de graduación titulado:

"DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DE LA SALUD RELACIONADOS
CON LOS CASOS DE MORTALIDAD MATERNA"

Estudio cualitativo realizado en los distritos de Santiago Atitlán
y Guineales, departamento de Solalá, 2015

El cual ha sido revisado por la Dra. Ada Beatriz Reyes Juárez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el veintiocho de septiembre del dos mil diecisiete.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

*César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colgado 1950*



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador

Anexo A.27

Guatemala, 28 de septiembre del 2017

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotros:

1. Andrea Lucía Ramírez Godoy
2. César Ariel López Ajxup
3. José Carlos Chávez Grajeda
4. Mario Alberto Prado López
5. Daniel Andrés López Chávez



Presentamos el trabajo de graduación titulado:

"DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DE LA SALUD RELACIONADOS
CON LOS CASOS DE MORTALIDAD MATERNA"

Estudio cualitativo realizado en los distritos de Santiago Atitlán
y Guineales, departamento de Solalá, 2015

Del cual el asesor y la revisora se responsabilizan de la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos
y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Firmas y sellos

Revisora: Dra. Lucía Eleonora Terrón Gómez
Reg. de personal 2002 0951

Asesor: Dr. Luis Manuel López Dávila



Anexo B. Guía de presentación ante autoridades locales.



CENTRO de INVESTIGACIONES de
las CIENCIAS de la SALUD -CICS-
FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS

PROGRAMA DE DOCTORADO EN SOCIOLOGÍA

*GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN MODELOS DE
ENTREGA DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN
SALUD DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 1996 AL
2016*

GUÍA- PRESENTACIÓN ANTE AUTORIDADES LOCALES. No.1

El portador de la presenta quien se identifica con el nombre de Luis Manuel López Dávila es alumno del programa de doctorado en Sociología de la Universidad de Barcelona en España, con filiación laboral como investigador titular de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, quien actualmente está desarrollando su tesis doctoral, con el objetivo general de: 1. Evaluar y entender para cada modelo del primer nivel de atención en salud porque suceden diferencias entre los procesos, actores y funciones que hacen que el resultado sea uno u otro.

El estudio consiste en recabar información a través de entrevistas con el personal sanitario de instituciones que apoyan los servicios de atención primaria en salud. Además de revisar registros oficiales de los programas relacionados a la atención en salud. La información será confidencial con fines académicos y sus resultados podrán mejorar la atención de los servicios del primer nivel de atención.

Para lo cual solicitamos su autorización y apoyo en el desarrollo del trabajo de campo en las instancias correspondientes bajo su jurisdicción. Para ampliar información sobre el trabajo que desarrolla el investigador puede comunicarse al Teléfono: 42206903, correo electrónico: luislopez@usac.edu.gt o bien dirigirse al Comité de Bioética en Investigación en Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala ubicado en la Ciudad universitaria Campus Central, zona 12, edificio S-11 en el 3er nivel en la Dirección General de Investigación.

Anexo C. Documento de consentimiento informado.



CENTRO de INVESTIGACIONES de
las CIENCIAS de la SALUD -CICS-
FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS

PROGRAMA DE DOCTORADO EN SOCIOLOGÍA

*GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN MODELOS DE
ENTREGA DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN
SALUD DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 1996 AL
2016*

GUÍA- CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENTREVISTA. No.2

Usted ha sido identificado como una persona clave para suministrar información relacionada con los servicios de salud (en su: comunidad, institución o servicio de salud) la información que usted pueda suministrar apoyará el trabajo de investigación de Luis Manuel López Dávila quien es alumno del programa de doctorado sociología de la Universidad de Barcelona, con filiación laboral como investigador de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

La información que usted suministre será confidencial con fines académicos y sus resultados podrán mejorar la atención en salud.

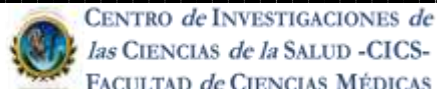
Para lo cual solicitamos su consentimiento (aceptación) para dar información la cual puede grabarse o escrita de acuerdo con su autorización. Si usted no desea contestar alguna de las preguntas o bien suspender la entrevista, se encuentra en total libertad de hacerlo, además al finalizar la entrevista usted puede solicitar que la información no sea utilizada.

Para ampliar información sobre el trabajo que desarrolla el investigador puede comunicarse al Teléfono: 42206903, o al correo electrónico: luislopez@usac.edu.gt o bien dirigirse al Comité de Bioética en Investigación en Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala ubicado en la Ciudad universitaria Campus Central, zona 12, edificio S-11 en el 3er nivel en la Dirección General de Investigación.

Consentimiento verbal Sí____ No____

Firma _____ Huella _____

Anexo D. Instrumentos para proveedores y funcionarios públicos.



PROGRAMA DE DOCTORADO EN SOCIOLOGÍA

GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN MODELOS DE ENTREGA DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 1996 AL 2016

GUÍA- ENTREVISTA A PROVEEDORES Y FUNCIONARIOS PUBLICOS.²²⁸ No.3

No. _____
FICHA DE IDENTIFICACIÓN
Lugar donde trabaja: _____
Autoridad local _____
MSPAS _____ Centro de Salud _____ o Puesto de salud _____
Nombre de ONG de extensión de cobertura _____
MIS _____
Sector _____
Político _____
Puesto _____. Cargo y tareas que Desempeña, _____
Antigüedad en el trabajo actual _____

1 ¿Quiénes son las personas que apoyan en la atención en salud en la comunidad?

²²⁸ Instrumento para entrevistas individuales o grupales. Cuando se refiera al tipo de modelo en la guía de entrevista se reemplazará con la expresión el prestador de servicios de salud local que hará referencia a uno u otro servicio diferenciado por su modelo en concordancia con la comunidad de cobertura.

- 2 ¿Están organizados en la comunidad para apoyar la atención en salud? Sí___ No___
 En cuál de las etapas cree usted que hay más atención:
 VISITA MÉDICA, VISITA DE ENFERMERO, COMADRONA.
 DOTACIÓN DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS
 USO DE LABORATORIO, OTROS MEDIOS DE DIAGNÓSTICO.
 ALCANCES, LIMITACIONES Y LOGROS.
- 3 ¿Cómo las autoridades locales apoyan en la atención en salud? DOTACIÓN DE RECURSOS
 Municipal: económico y/o recurso humano
 Departamental a nivel de Gobernación.
- 4 ¿Los proveedores de servicios se integran en las redes sociales de apoyo a la atención en salud? Sí_____ No_____ No sabe_____
 ALCANCES, LIMITACIONES Y LOGROS.
 MSPAS
 ONG's
 MIS
 Otros: (Bomberos)
- 5 ¿Cómo se articula los terapeutas tradicionales en las redes sociales?
- 6 ¿Existe un marco legal y lineamientos de que articule en la participación social la función de las redes sociales de apoyo a la atención en salud? Sí_____ Puede mencionar alguna:
 No_____ No sabe_____
- 7 ¿Se han creado órganos que integren en la atención en salud las redes sociales comunitarias?
 Sí_____ Cuáles:
 No_____ No sabe_____
- 8 ¿La cooperación técnica internacional en salud ha impulsado la inclusión de las redes sociales en salud?
- 9 ¿Cómo considera que la extensión de cobertura de las ONG's se ha dado en este municipio del departamento: se explica la idea de desconcentración de funciones, como una delegación de funciones o como la devolución de funciones en la atención en salud a nivel local?
- 10 ¿En relación con los cambios de la atención en salud, que responsabilidades permanecen centralizadas y cuáles descentralizadas?
- 11 ¿Existe un sistema de monitoreo y supervisión de los cambios implementados con la provisión de servicios de las ONG's en la atención salud? Sí_____ ¿En qué consiste?
 No_____
- 12 Los cambios en la atención en salud a partir de la descentralización incluyen cambios en:
 -En la capacitación del recurso humano ¿Cuáles cambios?

- En la prestación de servicios. ¿Cuáles?
 - En la atención otorgada por el Ministerio de salud. ¿Cuáles?
 - En la atención otorgada por la extensión de cobertura. ¿Cuáles?
 - En la atención otorgada por el modelo de salud incluyente. ¿Cuáles?
 - En el uso de los recursos que se asignan en cada año presupuestal para la atención materna. ¿Cuáles?
- 13 Desde que inició la descentralización (se explica la fecha de acuerdo con el tipo de modelo) se han implementado cambios en la participación de la extensión de cobertura (1996) o el modelo de salud incluyente (2002). ¿Cuáles son las dos principales ventajas y desventajas de dichos cambios? (UNA VENTAJA Y UNA DESVENTAJA PARA CADA MOMENTO)
 - 14 ¿Ha observado un cambio importante en materia de democratización de la salud a partir de los nuevos planteamientos de participación social, particularmente por parte de algunas ONG's, los usuarios, organizaciones civiles y/o líderes comunitarios? En la rendición de cuenta a nivel local.
 - 15 ¿Ha observado algún cambio a partir de la descentralización (será citada la fecha con respecto al tipo de modelo) de los servicios de salud?
 - 16 ¿Ha partir de la descentralización en la planificación del presupuesto y su ejecución se han realizado con base en las prioridades en salud locales? ¿CUÁLES Y DESDE CUÁNDO?
 - 17 Si se han construido espacios de participación social donde interactúen proveedores de los servicios de salud con líderes comunitarios, ONG's, organizaciones civiles y usuarios de los servicios de salud. ¿CUÁLES Y DESDE CUÁNDO?
 - 18 Considera que los cambios en los últimos años en el sistema de salud en Guatemala han tenido efectos en las relaciones entre los diferentes actores sociales del sistema de salud (entre proveedores, usuarios, organizaciones civiles y líderes comunitarios) MENCIONE EL PRINCIPAL EFECTO POSITIVO Y EL PRINCIPAL EFECTO NEGATIVO.
 - 19 ¿Cuál es el conocimiento y opinión que usted tiene sobre la extensión de cobertura, el MIS o el modelo tradicional? (Esta pregunta se modulará con respecto al área de influencia del modelo)
 - ¿SOBRE LA FACTIBILIDAD OPERATIVA Y FINANCIERA?
 - ¿SOBRE LA CAPACIDAD DE SU RECURSO HUMANO PARA RESOVER LOS PROBLEMAS DE SALUD MATERNA?

Anexo E. Instrumento para usuarias (os), organizaciones civiles, líderes.



CENTRO de INVESTIGACIONES de
las CIENCIAS de la SALUD -CICS-
FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS

PROGRAMA DE DOCTORADO EN SOCIOLOGÍA

GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN MODELOS DE ENTREGA DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 1996 AL 2015

GUÍA- ENTREVISTA A USUARIAS (OS), ORGANIZACIONES CIVILES, LÍDERES (COMUNITARIOS-ONG locales) ²²⁹ No. 4

No. _____

FICHA DE IDENTIFICACION

USUARIO _____ LIDER COMUNITARIO _____ LIDER DE ONG _____

ORGANIZACIÓN CIVIL _____

1. Desde el inicio de los servicios con la Extensión de Cobertura (se explicará que son los de las ONG médicas o bien quienes desde el año 1996 han dado el servicio de atención médica), modelo tradicional del Ministerio de salud o modelo incluyente en salud (se podrá ampliar la información al respecto, en caso necesario):

CAMBIOS EN LA ATENCION SALUD

DEMOCRATIZACION DE LA ATENCION

2. ¿La población o algunas ONG's han tenido alguna participación en la discusión de las acciones de salud en prevención, diagnóstico y / o tratamiento?
3. ¿Usted cree que en los últimos años los programas de atención salud resuelven mejor los problemas de morbilidad o mortalidad de la localidad?
4. ¿Cuál es su opinión sobre la extensión de cobertura y el servicio del Centro o puesto de salud (estos corresponden al modelo tradicional) o centros de convergencia (modelo incluyente en salud) para la atención en salud (dar información al respecto en caso necesario)?

CONDICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS

MEDICACIÓN

²²⁹ Instrumentos para entrevistas individuales o grupales.

TRANSPORTE

5. ¿Qué opinión tiene de la redes de apoyo que se utilizan para resolver las urgencias de atención en salud? (puede enfatizarse el tipo de problema en salud por ejemplo: materno, infantil, adulto o adulto mayor)

PARENTESCO

AUTORIDADES

PROVEEDORES

COMADRONAS

6. ¿Cuáles son los recursos que apoyan la atención en salud?

CAPACITACIÓN A LÍDERES COMUNITARIOS, MUJERES, TERAPÉUTAS TRADICIONALES, ETC.

TRANSPORTE (MEDIOS)

RECURSO HUMANO

7. ¿Ha observado un cambio importante en la atención en salud a partir de los nuevos planteamientos de participación social o derecho a la salud, particularmente por parte de algunas ONG's, los usuarios y/o líderes comunitarios?

8. Se han construido espacios de participación social donde interactúen proveedores de los servicios de salud con líderes comunitarios, ONG's, Organizaciones civiles y usuarios de los servicios de salud. ¿CUALES Y DESDE CUANDO?

9. Considera que los cambios en los últimos años en el sistema de salud en Guatemala han tenido efectos en las relaciones entre los diferentes actores sociales del sistema de salud para la atención en salud (entre proveedores, usuarios, organizaciones civiles y líderes comunitarios) MENCIONE EL PRINCIPAL EFECTO POSITIVO Y EL PRINCIPAL EFECTO NEGATIVO.

10. ¿Cuál es el conocimiento y opinión que usted tiene sobre la extensión de cobertura, los servicios del Ministerio del Puesto de Salud o Centro de Salud o servicios del modelo incluyente en salud, RESPECTO A LOS SIGUIENTES PUNTOS?

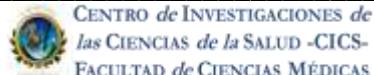
-QUE PORCENTAJE DE LOS USUARIOS CREE QUE LO ACEPTEN. (La expresión porcentaje se puede cambiar por cantidad) ¿POR QUÉ?

-TIENE ALGUN EFECTO EN EL NUMERO DE MUERTES EN LA COMUNIDAD. ¿POR QUÉ?

11. ¿Existe la auditoria social en cada una de las muertes ocurridas?

Si___ No___

Anexo F. Instrumento de Guía de observación.



PROGRAMA DE DOCTORADO EN SOCIOLOGÍA

GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN MODELOS DE ENTREGA DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 1996 AL 2015

GUÍA- OBSERVACIÓN No. 5

No. _____
FICHA DE IDENTIFICACIÓN
MUNICIPIO _____ COMUNIDAD _____

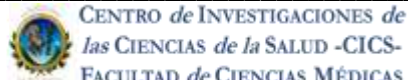
Sección A.

1. Participación social en salud en las autoridades locales municipal y departamental en los programas de atención en salud.
2. Participación social en las redes sociales de atención en salud.
3. Participación social en la comunidad de apoyo en la detección de riesgos.
4. La vinculación de la participación comunitaria y autoridades locales con los servicios de salud en torno al acceso a los servicios en salud.
5. Redes sociales formales y no formales que operan en torno a la atención en salud.

Sección B.

6. ¿Si existe alguna diferencia en la participación social por la desigualdad en la distribución de ingresos y otras formas de poder que expliquen el nivel de cohesión e integración para la atención en salud?
7. ¿Si la participación social tiene relación con el reconocimiento de los derechos frente a los servicios públicos o es subalterna a las formas verticales de los programas de atención en salud?
8. ¿Cuáles es el estado de la difusión de la información de derechos ciudadanos y los mecanismos de control en la atención en salud?
9. ¿Cómo se encuentran los mecanismos para ser incluyente en la toma de decisiones frente a la diversidad social y opinión de las minorías en la resolución de atención en salud?
10. ¿Cuál es el estado de las políticas asistencialista o clientelistas que pueden afectar el desarrollo de las organizaciones sociales para apoyar las acciones de prevención a nivel local?

Anexo G. Instrumento de guía documental.



PROGRAMA DE DOCTORADO EN SOCIOLOGÍA

GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN MODELOS DE ENTREGA DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA DE 1996 AL 2015

GUÍA- DOCUMENTAL No. 6

No. _____
FICHA DE IDENTIFICACIÓN
MUNICIPIO _____ COMUNIDAD _____
TIPO DE DOCUMENTO _____

Temas para explorar:

1. Coordinación intersectorial para la atención en salud y acciones específicas en apoyo a la Atención Primaria en Salud.
2. Rendición de cuentas, auditorías locales, medios sociales que permitan describir la transparencia de la ejecución del gasto en salud.
3. Producción de servicios de salud en las prioridades en salud local, memoria anual de la Dirección de Área del MSPAS e informes epidemiológicos.
4. Planes, programas, estrategias y acciones para los problemas prioritarios locales.
5. Registro de mortalidad en los diferentes niveles del sistema integrado de información. (base de datos de la dirección de área, INE, Plataforma Social y Sistema de Información Gerencial en Salud –SIGSA-)

Anexo H. Códigos y subcódigos de análisis.

Código Tesis doctoral UB

1.1. Primer nivel de atención

1.1.1. a) Incentivo

1.1.1. b) Paquete básico de atención

1.1.1. Modelo extensión de cobertura

1.1.2. Modelo incluyente en salud

1.1.2. a) Censo

1.1.2. b) Programa individual, familiar y comunitario

1.1.2. c) Interculturalidad

1.1.3. Modelo de atención tradicional

1.2. Outputs

1.2.1. Programas de salud innovador

1.2.2. Programas preventivos

1.2.3. Programa asistencialista

1.2.4. Capacitación de personal

1.2.5. Capacitación vertical comadronas

1.2.6. Instrumentos de seguimiento

1.2.7. Instrumentos de seguimiento no verificados

1.2.8. Participación actores locales

1.2.9. Integración terapeuta tradicional

1.2.10. Funciona huerto medicinal

1.2.11. Supervisión de modelo

1.2.12. Mejora cobertura

1.2.13. Gestión transporte de emergencias

1.2.14. Plan de emergencia

1.2.15. MIS plan de emergencia

1.2.16. Organización local en salud funcionando

1.2.17. Muertes prevenibles

1.2.18. Ampliación de cobertura vacunación

1.2.19. Educación en salud

1.3 Outcomes

1.3.1. Aceptación de modelo usuario (a)

1.3.3. No aceptación de modelo usuario (a)

1.3.4. No apoyo autoridades locales

1.3.5. No aceptación del modelo terapeuta tradicional

1.3.6. Falta de actitud o buena voluntad de proveedores para coordinar trabajo

1.3.7. Desconfianza en la asignación de presupuesto por servicios contratados

1.3.8. Valor de uso de servicios de salud

1.3.9. Empoderamiento en la demanda de SS

1.3.10. No calidad

2.1.1. Equipo básico PEC

2.1.2. Facilitador comunitario

2.1.3. Médico privado

2.1.4. Coordinador de salud

2.1.5. Técnico en salud rural

2.1.6. Consejo técnico de salud

2.1.7. Personal sanitario MSPAS

2.1.8. Personal sanitario PS

2.1.9. Comadrona

2.1.10. Terapeuta tradicional

2.1.11. CAIMI (Centro de Atención Integral Materno Infantil)

2.1.12. CAP (Centro de Atención Permanente)

2.1.13. Trabajador social

2.1.14. Alcalde municipal

2.1.15. Municipalidad apoyo primer nivel

2.1.16. Sindicato

2.1.17. Vigilante

2.1.18. Promotor de salud

2.1.19. Sociedad civil

2.1.20. Cooperación técnica internacional

2.2.1. Interés electoral político

2.2.2. Machismo toma de decisión en la salud de la mujer

2.2.3. Coordinación entre prestadores de servicios de salud

2.2.4. Derecho a la salud

2.2.5. Denuncias resolución de conflicto

2.3.1. Empoderamiento de la mujer

- 2.3.2. Normativas vigentes
- 2.3.3. Atención materna
- 2.3.4. Atención de parto
- 2.3.5. Contra referencia
- 2.3.6. Referencia
- 2.3.7. Coexistencia de modelos
- 2.3.8. Señales de peligro
- 2.3.9. Capacidad local
- 2.3.10. Mortalidad materna
- 2.3.11. Modelo de las demoras
- 2.3.12. Atención infantil
- 2.3.13. Atención familiar
- 2.3.14. No acceso a servicios de salud
- 2.3.15. Sistema subalterno tradicional
- 2.3.16. Conflicto Étnico -lingüístico
- 2.3.17. Sistema de información
- 2.3.18. Sin recurso
- 2.3.19. Seguimiento y evaluación
- 2.3.20. Sin seguimiento y evaluación
- 2.3.20. Vacunas
- 2.3.21. Derecho a la salud insatisfecho
- 2.3.22. Atención en salud en la comunidad
- 2.3.23. Servicios con pertinencia cultural
- 2.3.24. Acceso servicios de salud
- 2.3.25. Difícil acceso a servicios de salud
- 2.3.26. Habilidad directiva deficiente
- 2.3.27. No existe tipo de selección de personal
- 2.3.28. Sin cumplir metas
- 2.3.29. Atención de la desnutrición
- 2.3.30. Red de servicios ampliada
- 2.3.31. Planificación familiar
- 2.4.1. Participación comunitaria
- 2.4.2. Organización comunitaria
- 2.4.3. Líderes comunitarios
- 2.4.4. Red social de atención
- 2.4.5. Red de apoyo familiar
- 2.4.6. Incidencia política
- 2.4.7. Consejos comunitarios de desarrollo
- 2.4.8. Auditoria social
- 2.4.9. Sin auditoria social
- 2.4.10. Comisión de salud
- 2.4.11. Inactivación participación comunitaria
- 2.4.12. Redes reguladas
- 2.4.13. Comité de emergencia
- 2.4.14. Cultura
- 2.4.15. Fondo comunitario
- 2.4.16. No reguladas
- 3.1.1. Falta de rol rector del Ministerio de salud
- 3.1.2. Escases de insumos
- 3.1.3. Falta de planificación en presupuesto, infraestructura y recurso humano
- 3.1.4. Gestión Intersectorial
- 3.1.5. Estabilidad trabajador sanitario
- 3.1.6. Amiguismo
- 3.1.7. Desconcentración de servicios
- 3.1.8. Sistema de salud
- 3.1.9. Deficiente capacitación
- 3.1.10. Debilidad del sistema
- 3.1.11. Gasto de bolsillo
- 3.1.12. Insuficientes medicamentos
- 3.1.13. Insumos
- 3.1.14. Personal insuficiente para la atención en salud
- 3.1.15. Presupuesto insuficiente
- 3.1.16. Rotación de personal
- 3.1.17. Transporte
- 3.1.18. Recurso humano
- 3.1.19. Planificación de prioridades
- 3.1.20. Sin planificación de prioridades locales
- 4.1. Aceptación cooperación internacional
- 4.1.1. Aceptación de modelo comunidad
- 4.2. Derecho a la salud
- 4.3. Género y salud
- 4.4. Modelo biomédico

Anexo I. Informe de códigos.

Proyecto (Tesis Doctoral UB)

Informe creado por Luis López en 9/07/2022

Informe de códigos

Todos los (141) códigos

○ 1.1. Primer nivel de atención

3 Códigos:

- ◀ es parte de ○ 1.1.1. Modelo extensión de cobertura
 - ◀ es parte de ○ 1.1.3. Modelo de atención tradicional
 - ◀ es parte de ○ 1.1.2. Modelo incluyente en salud
-

○ 1.1.1. a) Incentivo

2 Códigos:

- ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.2. Programas preventivos
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.18. Ampliación de cobertura vacunación
-

○ 1.1.1. b) Paquete básico de atención

3 Códigos:

- ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2. Outputs
 - es una propiedad de ▶ ○ 1.2.2. Programas preventivos
 - es una propiedad de ▶ ○ 1.2.18. Ampliación de cobertura vacunación
-

○ 1.1.1. Modelo extensión de cobertura

3 Códigos:

- es parte de ▶ ○ 1.1. Primer nivel de atención
 - es una propiedad de ▶ ○ 1.2. Outputs
 - es una propiedad de ▶ ○ 1.3 Outcomes
-

○ 1.1.2. a) Censo

8 Códigos:

- ◀ está asociado con ▶ ○ Derecho a la salud
 - ◀ está asociado con ▶ ○ Género y salud
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 1.1.2. c) Interculturalidad
 - ◀ es causa de ○ 1.1.2. b) Programa individual, familiar y comunitario
 - Idéntica a ▶ ○ 2.1.10. Terapeuta tradicional
 - Idéntica a ▶ ○ 1.2.8. Participación actores locales
 - Idéntica a ▶ ○ 1.2.16. Organización local en salud funcionando
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 2.2.4. Derecho a la salud
-

○ 1.1.2. b) Programa individual, familiar y comunitario

9 Códigos:

- ◀ es parte de ○ 1.2.15. MIS plan de emergencia
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.19. Educación en salud
 - ◀ es parte de ○ 1.2.6. Instrumentos de seguimiento
 - ◀ es una propiedad de ○ 1.2.11. Supervisión de modelo
 - ◀ es una propiedad de ○ 1.2.8. Participación actores locales
 - ◀ es una propiedad de ○ 1.2.9. Integración terapeuta tradicional
 - es causa de ▶ ○ 1.1.2. a) Censo
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.10. Funciona huerto medicinal
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.4. Capacitación de personal
-

○ 1.1.2. c) Interculturalidad

4 Códigos:

◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.5. Capacitación vertical comadronas
es una propiedad de ▶ ○ 1.2. Outputs
◀ está asociado con ▶ ○ 1.1.2. a) Censo
es una propiedad de ▶ ○ 2.1.10. Terapeuta tradicional

○ 1.1.2. Modelo incluyente en salud

3 Códigos:

◀ es una propiedad de ○ 1.2. Outputs
◀ es una propiedad de ○ 1.3 Outcomes
es parte de ▶ ○ 1.1. Primer nivel de atención

○ 1.1.3. Modelo de atención tradicional

3 Códigos:

◀ es parte de ○ 1.3 Outcomes
◀ es parte de ○ 1.2. Outputs
es parte de ▶ ○ 1.1. Primer nivel de atención

○ 1.2. Outputs

9 Códigos:

◀ es una propiedad de ○ 1.1.1. Modelo extensión de cobertura
◀ es parte de ○ 1.2.3. Programa asistencialista
◀ es una propiedad de ○ Género y salud
◀ es una propiedad de ○ Derecho a la salud
◀ es una propiedad de ○ 1.1.2. c) Interculturalidad
◀ es una propiedad de ○ 2.2.4. Derecho a la salud
◀ está asociado con ▶ ○ 1.1.1. b) Paquete básico de atención
es parte de ▶ ○ 1.1.3. Modelo de atención tradicional
es una propiedad de ▶ ○ 1.1.2. Modelo incluyente en salud

○ 1.2.1. Programas de salud innovador

3 Códigos:

◀ es parte de ○ 1.2.9. Integración terapeuta tradicional
es una propiedad de ▶ ○ 2.3.2. Referencia
es una propiedad de ▶ ○ 2.3.3. Contra referencia

○ 1.2.10. Funciona huerto medicinal

1 Códigos:

◀ está asociado con ▶ ○ 1.1.2. b) Programa individual, familiar y comunitario

○ 1.2.11. Supervisión de modelo

1 Códigos:

es una propiedad de ▶ ○ 1.1.2. b) Programa individual, familiar y comunitario

○ 1.2.12. Mejora cobertura

3 Códigos:

◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.16. Organización local en salud funcionando
◀ es parte de ○ 1.2.5. Capacitación vertical comadronas
◀ es parte de ○ 1.2.17. Muertes prevenibles

○ 1.2.13. Gestión transporte de emergencias

2 Códigos:

◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.16. Organización local en salud funcionando
es parte de ▶ ● 1.2.14. Plan de emergencia

● 1.2.14. Plan de emergencia

3 Códigos:

- ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.16. Organización local en salud funcionando
 - ◀ es parte de ○ 1.2.13. Gestión transporte de emergencias
 - ◀ contradice ▶ ○ 1.2.7. Instrumentos de seguimiento no verificados
-

○ 1.2.15. MIS plan de emergencia

1 Códigos:

- es parte de ▶ ○ 1.1.2. b) Programa individual, familiar y comunitario
-

○ 1.2.16. Organización local en salud funcionando

8 Códigos:

- ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.2. Programas preventivos
 - ◀ Idéntica a ○ 1.1.2. a) Censo
 - ◀ contradice ▶ ○ 1.2.18. Ampliación de cobertura vacunación
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.3. Programa asistencialista
 - ◀ está asociado con ▶ ● 1.2.14. Plan de emergencia
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.13. Gestión transporte de emergencias
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.12. Mejora cobertura
 - es parte de ▶ ○ 1.2.17. Muertes prevenibles
-

○ 1.2.17. Muertes prevenibles

3 Códigos:

- ◀ es parte de ○ 1.2.16. Organización local en salud funcionando
 - ◀ contradice ▶ ○ 1.2.7. Instrumentos de seguimiento no verificados
 - es parte de ▶ ○ 1.2.12. Mejora cobertura
-

○ 1.2.18. Ampliación de cobertura vacunación

4 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ○ 1.1.1. b) Paquete básico de atención
 - ◀ contradice ▶ ○ 1.2.16. Organización local en salud funcionando
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 1.1.1. a) Incentivo
 - ◀ contradice ▶ ○ 1.2.7. Instrumentos de seguimiento no verificados
-

○ 1.2.19. Educación en salud

4 Códigos:

- ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.3. Programa asistencialista
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.5. Capacitación vertical comadronas
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 1.1.2. b) Programa individual, familiar y comunitario
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.4. Capacitación de personal
-

○ 1.2.2. Programas preventivos

3 Códigos:

- ◀ es una propiedad de ○ 1.1.1. b) Paquete básico de atención
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 1.1.1. a) Incentivo
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.16. Organización local en salud funcionando
-

○ 1.2.3. Programa asistencialista

4 Códigos:

- ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.19. Educación en salud
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.16. Organización local en salud funcionando
 - ◀ está asociado con ▶ ○ 1.2.7. Instrumentos de seguimiento no verificados
 - es parte de ▶ ○ 1.2. Outputs
-

○ 1.2.4. Capacitación de personal

3 Códigos:

- ◀ **contradice** ▶ ○ 1.2.7. Instrumentos de seguimiento no verificados
 - ◀ **está asociado con** ▶ ○ 1.1.2. b) Programa individual, familiar y comunitario
 - ◀ **está asociado con** ▶ ○ 1.2.19. Educación en salud
-

○ 1.2.5. Capacitación vertical comadronas

4 Códigos:

- ◀ **está asociado con** ▶ ○ 1.2.19. Educación en salud
 - ◀ **está asociado con** ▶ ○ 1.1.2. c) Interculturalidad
 - ◀ **contradice** ▶ ○ 1.2.7. Instrumentos de seguimiento no verificados
 - es parte de** ▶ ○ 1.2.12. Mejora cobertura
-

○ 1.2.6. Instrumentos de seguimiento

1 Códigos:

- es parte de** ▶ ○ 1.1.2. b) Programa individual, familiar y comunitario
-

○ 1.2.7. Instrumentos de seguimiento no verificados

6 Códigos:

- ◀ **contradice** ▶ ○ 1.2.18. Ampliación de cobertura vacunación
 - ◀ **está asociado con** ▶ ○ 1.2.3. Programa asistencialista
 - ◀ **contradice** ▶ ○ 1.2.5. Capacitación vertical comadronas
 - ◀ **contradice** ▶ ○ 1.2.4. Capacitación de personal
 - ◀ **contradice** ▶ ○ 1.2.17. Muertes prevenibles
 - ◀ **contradice** ▶ ● 1.2.14. Plan de emergencia
-

○ 1.2.8. Participación actores locales

2 Códigos:

- ◀ **Idéntica a** ○ 1.1.2. a) Censo
 - es una propiedad de** ▶ ○ 1.1.2. b) Programa individual, familiar y comunitario
-

○ 1.2.9. Integración terapeuta tradicional

2 Códigos:

- es una propiedad de** ▶ ○ 1.1.2. b) Programa individual, familiar y comunitario
 - es parte de** ▶ ○ 1.2.1. Programas de salud innovador
-

○ 1.3 Outcomes

11 Códigos:

- ◀ **es una propiedad de** ○ 1.1.1. Modelo extensión de cobertura
 - es causa de** ▶ ○ 1.3.2. No aceptación de modelo comunidad
 - es causa de** ▶ ○ 1.3.3. No aceptación de modelo usuario (a)
 - es causa de** ▶ ○ 1.3.7. Desconfianza en la asignación de presupuesto por servicios contratados
 - es una propiedad de** ▶ ○ 1.3.10. No calidad
 - es parte de** ▶ ○ 1.1.3. Modelo de atención tradicional
 - es una propiedad de** ▶ ○ 1.1.2. Modelo incluyente en salud
 - es una propiedad de** ▶ ○ Aceptación cooperación internacional
 - es una propiedad de** ▶ ○ Aceptación de modelo comunidad
 - es una propiedad de** ▶ ○ 1.3.1. Aceptación de modelo usuario (a)
 - ◀ **está asociado con** ▶ ○ 1.3.9. Empoderamiento en la demanda de SS
-

○ 1.3.1. Aceptación de modelo usuario (a)

1 Códigos:

- ◀ **es una propiedad de** ○ 1.3 Outcomes
-

○ 1.3.10. No calidad

7 Códigos:

◀ está asociado con ▶ ○ 1.3.7. Desconfianza en la asignación de presupuesto por servicios contratados
◀ es causa de ○ 1.3.2. No aceptación de modelo comunidad
◀ es causa de ○ 1.3.3. No aceptación de modelo usuario (a)
◀ contradice ▶ ○ 1.3.8. Valor de uso de servicios de salud
◀ es una propiedad de ○ 1.3 Outcomes
◀ es causa de ○ 1.3.4. No apoyo autoridades locales
es causa de ▶ ○ 1.3.6. Falta de actitud o buena voluntad de proveedores para coordinar trabajo

○ 1.3.2. No aceptación de modelo comunidad

3 Códigos:

◀ es causa de ○ 1.3 Outcomes
es causa de ▶ ○ 1.3.9. Empoderamiento en la demanda de SS
es causa de ▶ ○ 1.3.10. No calidad

○ 1.3.3. No aceptación de modelo usuario (a)

3 Códigos:

◀ es causa de ○ 1.3 Outcomes
es causa de ▶ ○ 1.3.10. No calidad
es causa de ▶ ○ 1.3.9. Empoderamiento en la demanda de SS

○ 1.3.4. No apoyo autoridades locales

2 Códigos:

es causa de ▶ ○ 1.3.10. No calidad
◀ está asociado con ▶ ○ 1.3.5. No aceptación del modelo terapeuta tradicional

○ 1.3.5. No aceptación del modelo terapeuta tradicional

2 Códigos:

◀ está asociado con ▶ ○ 1.3.4. No apoyo autoridades locales
◀ es parte de ○ 1.3.8. Valor de uso de servicios de salud

○ 1.3.6. Falta de actitud o buena voluntad de proveedores para coordinar trabajo

3 Códigos:

◀ es causa de ○ 1.3.10. No calidad
◀ está asociado con ▶ ○ 1.3.8. Valor de uso de servicios de salud
◀ contradice ▶ ○ Modelo biomédico

○ 1.3.7. Desconfianza en la asignación de presupuesto por servicios contratados

2 Códigos:

◀ es causa de ○ 1.3 Outcomes
◀ está asociado con ▶ ○ 1.3.10. No calidad

○ 1.3.8. Valor de uso de servicios de salud

4 Códigos:

◀ es parte de ○ 1.3.9. Empoderamiento en la demanda de SS
◀ contradice ▶ ○ 1.3.10. No calidad
◀ está asociado con ▶ ○ 1.3.6. Falta de actitud o buena voluntad de proveedores para coordinar trabajo
es parte de ▶ ○ 1.3.5. No aceptación del modelo terapeuta tradicional

○ 1.3.9. Empoderamiento en la demanda de SS

4 Códigos:

◀ es causa de ○ 1.3.2. No aceptación de modelo comunidad
◀ es causa de ○ 1.3.3. No aceptación de modelo usuario (a)

◀ está asociado con ▶ ◦ 1.3 Outcomes
es parte de ▶ ◦ 1.3.8. Valor de uso de servicios de salud

◦ 2.1.10. Terapeuta tradicional

2 Códigos:

◀ Idéntica a ◦ 1.1.2. a) Censo

◀ es una propiedad de ◦ 1.1.2. c) Interculturalidad

◦ 2.2.4. Derecho a la salud

2 Códigos:

◀ está asociado con ▶ ◦ 1.1.2. a) Censo

es una propiedad de ▶ ◦ 1.2. Outputs

◦ 2.3.2. Referencia

1 Códigos:

◀ es una propiedad de ◦ 1.2.1. Programas de salud innovador

◦ 2.3.3. Contra referencia

1 Códigos:

◀ es una propiedad de ◦ 1.2.1. Programas de salud innovador

◦ Aceptación cooperación internacional

1 Códigos:

◀ es una propiedad de ◦ 1.3 Outcomes

◦ Aceptación de modelo comunidad

1 Códigos:

◀ es una propiedad de ◦ 1.3 Outcomes

◦ Derecho a la salud

2 Códigos:

es una propiedad de ▶ ◦ 1.2. Outputs

◀ está asociado con ▶ ◦ 1.1.2. a) Censo

◦ Género y salud

2 Códigos:

es una propiedad de ▶ ◦ 1.2. Outputs

◀ está asociado con ▶ ◦ 1.1.2. a) Censo

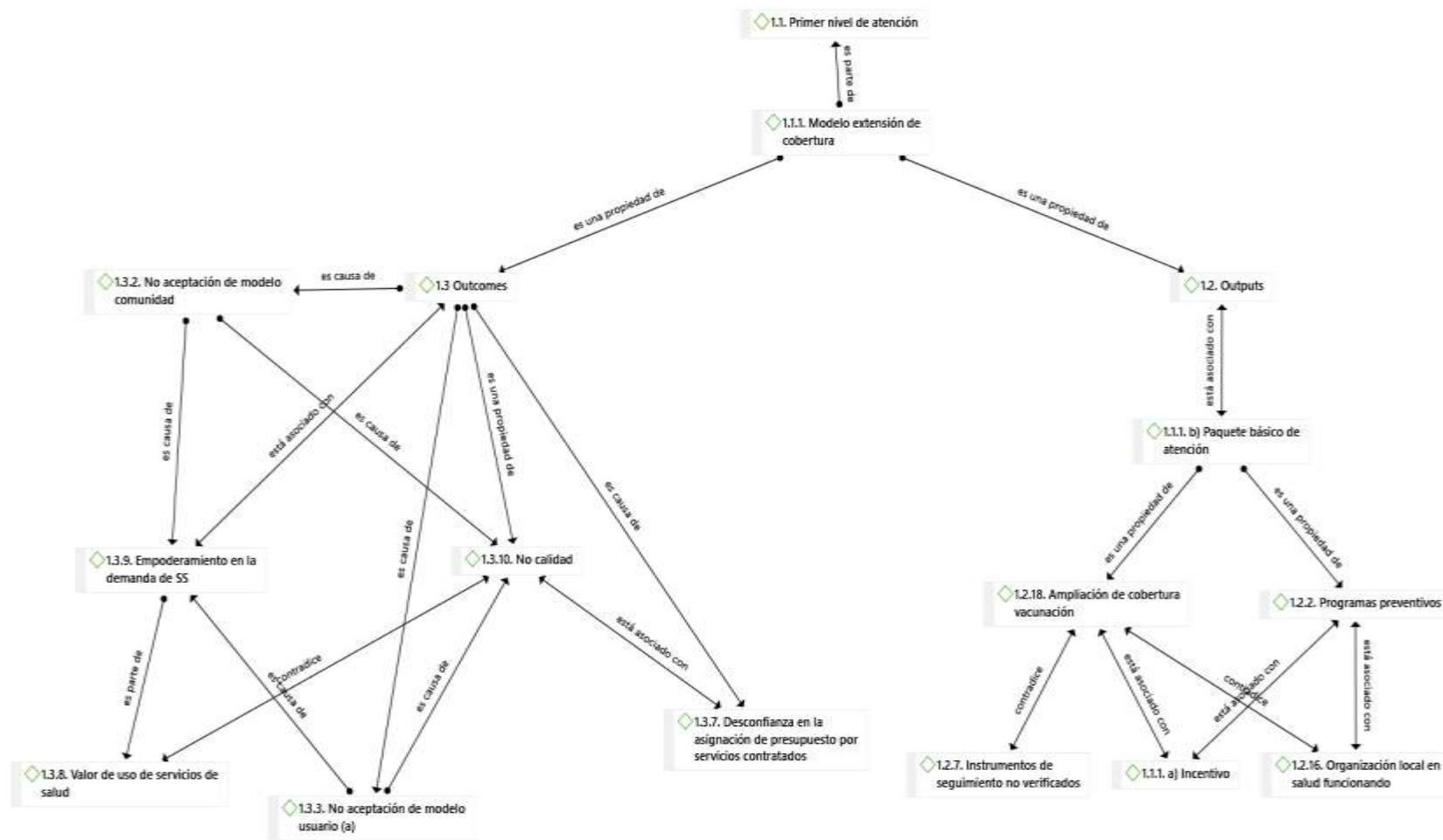
◦ Modelo biomédico

1 Códigos:

◀ contradice ▶ ◦ 1.3.6. Falta de actitud o buena voluntad de proveedores para coordinar trabajo

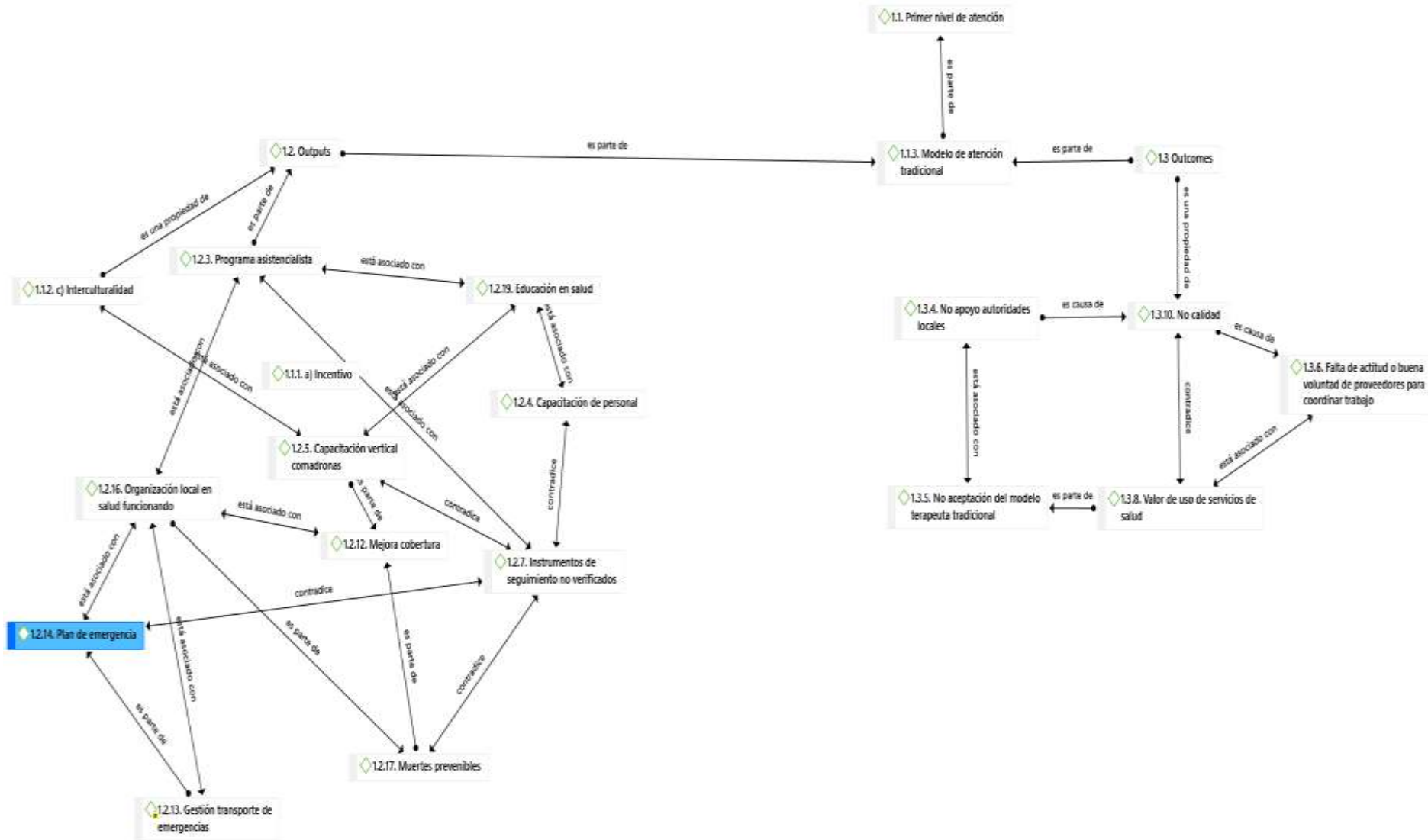
Anexo J. Redes de Análisis 1, 2 y 3.

Red de Análisis 1



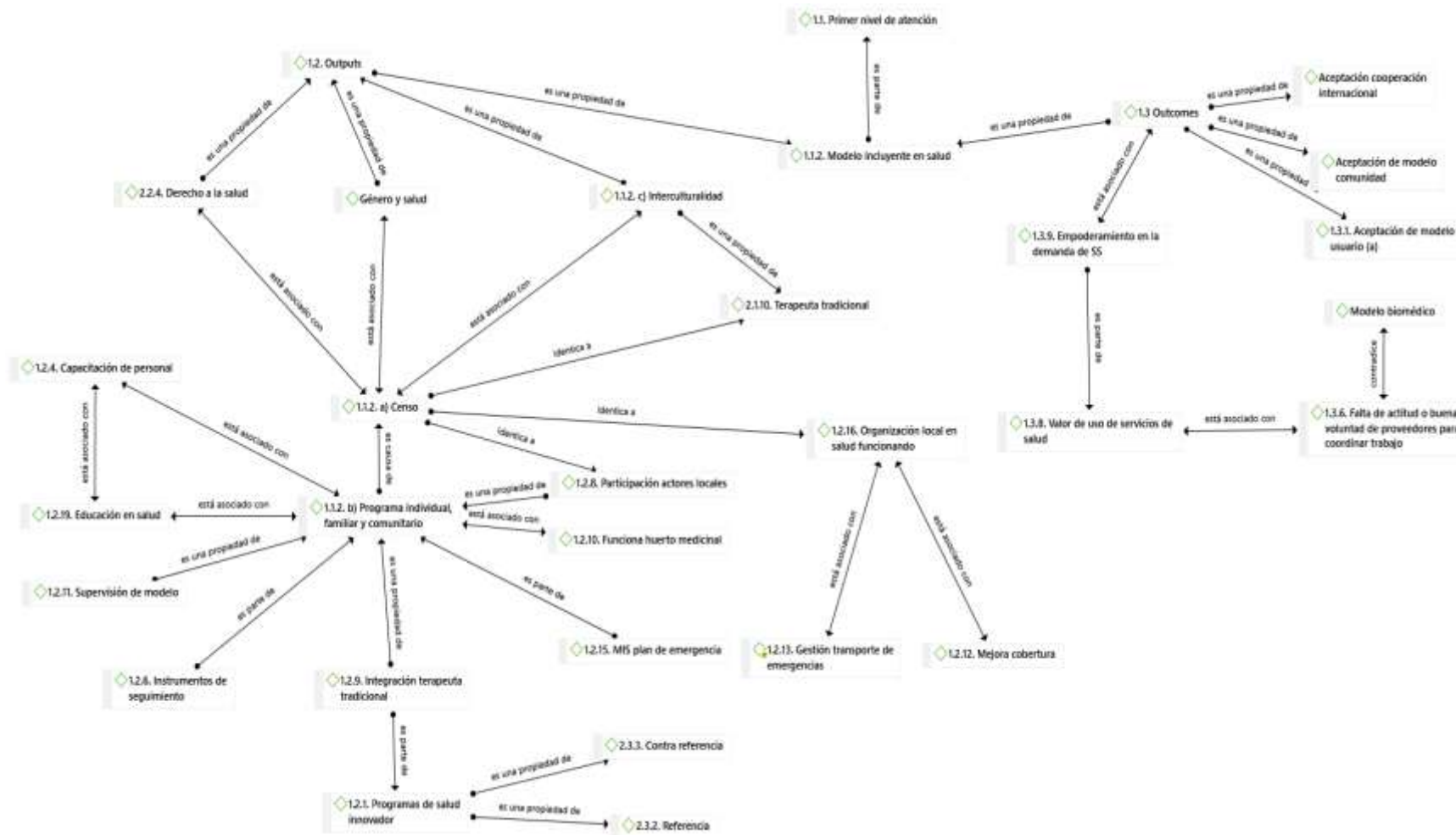
Fuente: Elaboración propia

Redes de Análisis 2



Fuente: Elaboración propia

Redes de Análisis 3



Fuente: Elaboración propia

Anexo K. Citas seleccionadas.

La tabla contiene los códigos y subcódigos relacionados a los tres modelos.

Código de incentivo
<p>8:69 Los de extensión de cobertura creo que les dan un incentivo a las coma..... (27077:27200) - D 8: Mun_A_PresSer_1</p> <p>Los de extensión de cobertura creo que les dan un incentivo a las comadronas para que puedan acercarse son Q50.00 mensuales.</p>
<p>14:32 Si ellos han sido los que tienen fondos pero ellos si han tenido claro..... (16414:16620) - D 14: Mun_B_PresSer_2</p> <p>Si ellos han sido los que tienen fondos pero ellos si han tenido claro que para convocar a la gente han que dar una comida es una cuestión que casi siempre está pero nunca se ha dado un incentivo económico.</p>
<p>20:1 OIDECO es una ONG que a nivel departamental dieron apoyo para capacita..... (517:757) - D 20: Mun_C_PresSer_3</p> <p>OIDECO es una ONG que a nivel departamental dieron apoyo para capacitar además dieron un maletín con instrumentos el cual no fue suficiente para todas las comadronas y se les doto únicamente a las comadronas que tienen mayor participación.</p>
<p>21:19 El recurso económico era para cubrirle la alimentación a ellos y cada..... (11505:11602) - D 21: Mun_C_PresSer_2</p> <p>El recurso económico era para cubrirle la alimentación a ellos y cada municipio con su estrategia.</p>
Código paquete básico de atención
<p>28:20 Principal efecto positivo es que a través del mismo programa de extensión..... (28440:29417) - D 28: Dep_PrestSer_6</p> <p>Principal efecto positivo es que a través del mismo programa de extensión de cobertura, se le dio participación a lo que eran los facilitadores comunitarios y esto permitió tener un compromiso más de esa gente de la comunidad, pero se cayó en el error de haberle pagado un tiempo, media vez se terminó el financiamiento hasta aquí ya no hay más facilitadores comunitarios y entonces cómo se está buscando... si a mí me daban Q 50.00 antes por venir, por qué voy a venir ahora sin nada, si es mi día de trabajo, entonces se les creó la expectativa de estarles dando quizá Q 50.00 para unos sea mucho, para otros no sea nada, pero se tenía ese recurso, y de la noche a la mañana: señores ya no hay más, su presupuesto no dice, entonces ahí ya vino a ser prácticamente un rechazo de la gente, ya no hay búsqueda activa de casos de niños con problemas, de madres con problemas, no que, se terminó, se terminó. Entonces en un solo acto se miran dos efectos: el positivo y el negativo.</p>
<p>29:2 para poder decir que se le dio su control prenatal pues esta señora tu..... (2069:2564) - D 29: Dep_PresSer_7</p> <p>para poder decir que se le dio su control prenatal pues esta señora tuvo que haber recibido su dosis de PDA y le corresponde su suplementario con ácido fólico y sulfato ferroso la consejería enfocada sobre todo a signos y señas de peligro en el embarazo en el parto y en el postparto, consejería sobre lactancia materna exclusiva, aun estando embarazada pues ya también se le habla sobre planificación familiar, también se trabaja con ella lo que es el plan de emergencia familiar y comunitario.</p>

**29:41 Eso tiene que ver con los niveles de atención entonces en un primer ni.....
(32065:32783) - D 29: Dep_PresSer_7**

Eso tiene que ver con los niveles de atención entonces en un primer nivel de atención por ejemplo tiene mucho que ver con sus limitaciones el primer nivel de atención va enfocado en que es el primer contacto con la comunidad y un servicio de salud y su nivel de resolución prácticamente es lo único que hacen es identificar el primer nivel de atención identifica y clasifica por ejemplo clasifica entonces al clasificar o al es que no se habla ni siquiera de diagnóstico sino de clasificación verdad, entonces vienen ellos y dicen no está en nuestras manos resolver esta situación y lo referimos al siguiente nivel entonces por tanto el primer nivel de atención que significa es solo promoción y prevención de la salud.

**38:10 Sólo a través de los indicadores, pero los indicadores son un tanto g.....
(18403:19679) - D 38: Central_Soc_Civil_1**

Sólo a través de los indicadores, pero los indicadores son un tanto generales, entonces es una complejidad porque... (¿?) Puede evaluar a través de indicadores generales aspectos específicos de la provisión de servicios; no se puede evaluar calidad, no se puede evaluar participación social en la provisión porque al final la gente es la que va a estar diciendo cómo se siente, qué recibe, si recibe lo que está esperando o no, el trato que se le da a la paciente. Tenemos datos a través del Observatorio que a pesar de que hay un compromiso en los contratos, de las ONG's con el Ministerio a través del programa de extensión de cobertura aquellos crean una estructura básica, a veces atienden a la gente en el suelo, ni siquiera una camilla, todo ese tipo de cosas que rayan contra la ética y contra la calidad, contra la calidez de la provisión de servicios, entonces el tema es complejo y mucho mediado por lo que estaba diciendo, no hay un verdadero sistema de monitoreo, supervisión y evaluación en todos los componentes que se debieran de evaluar en el tema de provisión de servicios, en un programa como éste que...(¿?) no puede dar la respuesta a todo, pero por lo menos da la garantía de ciertos aspectos críticos y alto valor de la atención hacia los pacientes.

**58:114 Se observaba que las visitas en las comunidades las hacían una vez al.....
(17258:17396) - D 58: Mun_H_PresSer_1**

Se observaba que las visitas en las comunidades las hacían una vez al mes para la entrega del paquete básico de servicios o cada dos meses.

Código. modelo extensión de cobertura

**1:16 Yo creo si tuvo implicaciones solo por darle un ejemplo de que una señal.....
(14785:15389) - D 1: Mun_A_PresSer_2**

Yo creo si tuvo implicaciones solo por darle un ejemplo de que una señora que se muera por complicaciones de parto (uno) nunca fue a control prenatal en los centros comunitarios donde le corresponde a la ONG; (dos) NO tienen ficha clínica, NO tienen su carnet, NO tiene sus vacunas, entonces después nos preguntamos donde queda toda la red de la ONG porque tiene sus vigilantes tiene sus FC y sus comadronas como es que se le escapa de la mano a ese equipo básico comunitario a esa señora y se les muere, o sea nosotros no logramos entender porque no tenían registro de una señora si era de su comunidad.

**1:17 La otra situación es de que cuando se les solicitaba apoyo en alguna f.....
(15390:16089) - D 1: Mun_A_PresSer_2**

La otra situación es de que cuando se les solicitaba apoyo en alguna forma de que había una complicación en la comunidad lo único que decían es que eso no era responsabilidad de ellos y no tenían lo único que ellos podían hacer es ir a prestar los servicios de vacunación consulta y nada más y que si hubiera emergencias y otras situaciones ellos no tenían ninguna responsabilidad en ese sentido, y el otro es de que los mismos líderes han dicho que no han recibido las capacitaciones porque ellos están obligados a capacitar a su equipo técnico comunitario a su equipo básico comunitario entonces no han recibido las capacitaciones a nivel comunitario toda esa red de líderes que tiene bajo su cargo

**1:23 Lo que ha sucedido en estos tiempo es que si ellos tienen un traductor.....
(23702:24543) - D 1: Mun_A_PresSer_2**

Lo que ha sucedido en estos tiempo es que si ellos tienen un traductor o tienen educadores o los enfermeros ambulatorios son los encargados de capacitar a las comadronas y allí están los educadores que traducen pero se da la situación que también nosotros mirábamos aquí con las comadronas es de que repetir dos veces la información a las comadronas y conociéndolas por su edad se nos duermen de estar bla bla de estar platicando con ellas entonces se pierde mucho la atención de ellas. Algo que hemos visto cuando la información va directa, va dirigida en el mismo idioma captan mejor pero si pasan a manos de una persona y después lo traduce el otro entonces ya no le dan mayor importancia al que traduce sino lo que dijo el primero pero no se capta igual entonces eso es una barrera muy grande que hemos visto a nivel de las capacitaciones.

**1:24 Lo que hacer regularmente llegan a la comunidad y apartan a un grupo d.....
(24592:25552) - D 1: Mun_A_PresSer_2**

Lo que hacer regularmente llegan a la comunidad y apartan a un grupo de mujeres o reúnen a la comunidad y le dan una plática de 10 o 15 minutos y luego comienzan la consulta es lo que he visto que hacen y al mismo tiempo no dan mucho tiempo para atender a las personas sino que llegan a las 8:30 o 9 a la comunidad y a las 12 o 1 ya están fuera o sea que solo van 2 o 3 horas y se regresan. Entonces no dan el servicio completo durante todo el día y al mismo tiempo lo que hacen ellos cuando una embarazada o un niño no se presenta en el puesto de vacunación lo que deberían de hacer es la visita domiciliaria o ir a buscar ese niño o ver que paso pero ellos no hacen eso, sino simplemente no llego y no llego, es un niño perdido sin servicio de vacunación, igual pasa con las púerperas ellos saben de repente hay una mujer que ya se alivió lleva sus 10 o 15 días pero no la visitan es una púerpera que debe tener seguimiento, entonces todo eso no se ha hecho.

**1:26 SI, los líderes ahorita están demandando mucho lo que es la información.....
(26560:27638) - D 1: Mun_A_PresSer_2**

SI, los líderes ahorita están demandando mucho lo que es la información lo que es la rendición de cuentas de lo que es la extensión de cobertura lo que es el presupuesto e incluso del servicio de salud, el puesto de salud, el centro de salud, la población o los líderes quieren saber cuánto es el presupuesto que se maneja en que se está invirtiendo más los que exigen esto son las comisiones de salud son las que exigen esta rendición de cuentas y donde las comisiones de salud exigen más también porque están enteradas que se firma un convenio con las ONG's y entre ese convenio hay un presupuesto, entonces quieren saber y no han tenido acceso y no se les da esa facilidad de informarse acerca del presupuesto porque lo que manifiestan las ONG es de que a nosotros no nos dan ese desembolso o no nos dan la cantidad total de lo que está en el convenio, entonces a nosotros nos compromete dar esta información a la comunidad porque la población no va a entender que si nos dan el desembolso o no nos dan y la población nos lo va a exigir, por esa misma razón dicen ellos que no

**1:36 El trabajo de las ONG's o extensión de cobertura aquí yo diría que ha.....
(12508:12717) - D 1: Mun_A_PresSer_2**

El trabajo de las ONG's o extensión de cobertura aquí yo diría que ha sido un tema muy difícil tal vez dentro de su filosofía que es llevar salud hacia los lugar más retirados por decirlo así no los ha cumplido

**3:5 Las ONG's FADES no llegan a la hora, únicamente reúnen a la gente para.....
(2249:2646) - D 3: Mun_A_PresSer_4**

Las ONG's FADES no llegan a la hora, únicamente reúnen a la gente para poner vacunas, la gente se convoca a las 8 y llegan incluso desde las 6 o 7 están turnando con otros, pero las ONG's no llegan a dar charlas para ver cómo se tienen que cuidar a los bebés, respecto de la salud o de la maternidad. Las embarazadas solo entran y se van no han platicas o discuten los sistemas que se están dando.

**3:20 En los últimos tres años pues no ha mejorado bastante porque resulta p.....
(12379:12816) - D 3: Mun_A_PresSer_4**

En los últimos tres años pues no ha mejorado bastante porque resulta pues de que nadie le pone interés existen los programas y allí están pero nadie se empeña en promoverlos a nivel comunitario, nadie se empeña a informar a la población, prácticamente han estado los programa allí, así como se ha estado.

No ha mejorado bastante, resulta que nadie le pone interés, allí están los programas y nadie se preocupa por promover en la comunidad.

**5:13 A pues cuando empezó la ONG aquí en Santa Eulalia fue en el año 2000,.....
(10686:11531) - D 5: Mun_A_SecPol_1**

A pues cuando empezó la ONG aquí en Santa Eulalia fue en el año 2000, justamente cuando en esos años yo vine acá, entonces si costo siempre acomodar el horario, hubieron muchas quejas, porque muchas veces porque así hablando de las comunidades muy retiradas, solo se citaba a la gente a las 9 de la mañana mientras que los compañeros [extensión de cobertura] llegaban hasta la una de la tarde, entonces siempre hubieron quejas, siempre hubieron quejas, o sea yo siento que esto fue lo que poco a poco, fuimos arreglando así haciendo una comunicación más con los compañeros de la prestadora de ese entonces, poco a poco empezaron a cumplir con el horario, porque ellos ponían un horario sin conocer como es realmente la distancia del camino y como la gente también ellos saben que se les dice una hora allí están, si eso fue hubo un poco de quejas.

**6:24 Pero en otras comunidades no se tienen un espacio cómodo, les recuesta.....
(6687:6780) - D 6: Mun_A_Usuarías**

Pero en otras comunidades no se tienen un espacio cómodo, les recuestan en tablas o en bancas.

**6:44 Las instituciones o las organizaciones que dan atención a nivel comuni.....
(607:822) - D 6: Mun_A_Usuarías**

Las instituciones o las organizaciones que dan atención a nivel comunitario sólo se presentan a brindar los servicios de vacunación y que en ningún momento se ha tenido una actividad de socialización de presentación.

**7:15 en la comunidad tenemos al FC y vigilante de salud, pero con ellos si.....
(9569:10207) - D 7: Mun_A_OrgComunitaria**

en la comunidad tenemos al FC y vigilante de salud, pero con ellos si no tenemos buena coordinación, el FC y vigilante de salud hacen sus trabajos, comisiones de salud hacen sus trabajos, entonces es allí donde no hay coordinación entre nosotros comisiones de salud y vigilantes de salud, pero nosotros ya damos cuenta de que cualquier emergencia algún parto complicado, alguna enfermedad o algún accidente, siempre la comunidad busca a las comisiones de salud, NO busca a los vigilantes de salud o ni FC, entonces es allí donde nosotros queremos apoyo por otra institución queremos más apoyo más orientaciones, para vigilar la comunidad.

**8:7 Solamente el registro de información y si hay necesidad de hacer la tr..... (3625:3800)
- D 8: Mun_A_PresSer_1**

Solamente el registro de información y si hay necesidad de hacer la traducción porque aquí es un municipio que muchos de los trabajadores que estamos aquí no hablamos el idioma

**8:44 Desde que esta la extensión de cobertura si ha habido cambios porque p.....
(27384:27849) - D 8: Mun_A_PresSer_1**

Desde que esta la extensión de cobertura si ha habido cambios porque póngale que si no existiera la extensión de cobertura todas esas personas también se quedarían sin un servicio aunque se una vez al mes pero tienen, la esperanza que al mes, al mes allí va llegar alguien, sino existiera extensión de cobertura tal

vez llegaría los del servicio de salud pero sería cada cierto tiempo más espaciado, pues sería para cubrir todas las comunidades, sería casi imposible.

**15:23 La extensión de cobertura a su personal lo contrata con la advertencia.....
(11834:12105) - D 15: Mun_B_PresSer_1**

La extensión de cobertura a su personal lo contrata con la advertencia que los desembolsos de dinero para pagarles se hace cada 3 o hasta 6 meses en cada desembolso entonces allí si que cuando reciben su dinero lo estiran lo guardan para que puedan subsistir otros 6 meses.

**15:34 La factibilidad operativa y financiera yo considero que están mal porq.....
(17952:18325) - D 15: Mun_B_PresSer_1**

La factibilidad operativa y financiera yo considero que están mal porque el recurso financiero no está disponible cuando surge la necesidad, sino cuando envían el dinero lo ideal sería adelantarse a la necesidad y que el presupuesto en lugar de mejor ha disminuido porque al presupuesto del año pasado en lugar de aumentar al último desembolso ha disminuido le quitaron el 10%

**16:49 Lo principal es que aquí vienen a dar charlas pero no hay medicina par.....
(11367:11777) - D 16: Mun_B_OrgComunitaria**

Lo principal es que aquí vienen a dar charlas pero no hay medicina para ayudarnos un poco porque lo que es más necesario pues de que si tan siquiera algo pero que cuando trae un paciente, pero con que ayudar si ya mañana se puede comprar su medicina, a veces solo viene y dan la receta y si no hay pinto la receta está de más, porque en los hospitales no hay medicina casi estamos iguales, cuantas veces vienen.

**21:49 Pues yo miro que se quedan cortos, pues son dos equipos de cuatro pers.....
(27349:27607) - D 21: Mun_C_PresSer_2**

Pues yo miro que se quedan cortos, pues son dos equipos de cuatro personas cada equipo, entonces parte de ese equipo sería ese personal comunitario que queda haya afuera vigilantes, pero creo que no porque por lo mismo están aquí hoy, aquí mañana pasado haya.

**29:4 mire fijese que es una de la deficiencias aun si hablamos de la extens.....
(4655:6609) - D 29: Dep_PresSer_7**

mire fijese que es una de la deficiencias aun si hablamos de la extensión de cobertura las comunidades que se atiende es aún una de las deficiencias lo que es la organización y participación comunitaria se ha tratado que las organizaciones promuevan esa organización quisiéramos que todas las comunidades cuenten con esa comisión de salud pues aparte ya está en ley pero es una situación bien difícil y a veces todavía se hace más difícil en cuestiones políticas porque muchas veces hemos encontrado incluso en donde los Cocode viven en conflicto

**37:58 Empezó con el PAN para arriba, después llevo portillo casi lo quiso ba.....
(17594:18540) - D 37: Central_PresSer_3**

Empezó con el PAN para arriba, después llevo portillo casi lo quiso bajar un poco para pasar a los municipios para la administración de la salud ese era Berger , luego Berger trae lo mismo del PAN para un par de años pero ya al final entrar los de la UNE entonces los últimos años ya fue un poco deprimente y ya había bastantes recortes del PEC y nosotros como organizaciones dijimos tenemos que defender el derecho adquirido de las poblaciones y se hicieron peticiones, firmas y se constituyó la CONEC como representantes de las prestadoras de servicios entonces más que todo se constituyó como entidad que vela que la población que atendemos tena una mejora progresiva en salud, entonces no tenemos problemas para que algún área por ejemplo en Escuintla había extensión de cobertura y el gobierno se comprometió en que el servicio iba ser el mismo o mejor, pero si tenemos un problema donde se retira la obligación y no se pone nada de delegar.

**38:10 Sólo a través de los indicadores, pero los indicadores son un tanto g.....
(18403:19679) - D 38: Central_Soc_Civil_1**

Sólo a través de los indicadores, pero los indicadores son un tanto generales, entonces es una complejidad porque... (¿?) Puede evaluar a través de indicadores generales aspectos específicos de la provisión de servicios; no se puede evaluar calidad, no se puede evaluar participación social en la provisión porque al final la gente es la que va a estar diciendo cómo se siente, qué recibe, si recibe lo que está esperando o no, el trato que se le da a la paciente.

**38:11 Es que el tema es paradójico porque si uno le pregunta a la gente a n.....
(21019:22816) - D 38: Central_Soc_Civil_1**

Es que el tema es paradójico porque si uno le pregunta a la gente a nivel local, ellos dicen, bueno por lo menos aunque sea una vez al mes que me miren, verdad, pero la garantía que tiene que darle el estado es la atención permanente de la salud, es un derecho, es un derecho constitucional, un derecho humano. Entonces como te decía, después de 15 años de estar operando el PEC en ningún momento había una iniciativa del gobierno para institucionalizarlo y veo difícil que en corto plazo eso vaya a pasar, porque aquí hay muchos intereses políticos, hay una limitación también de definición política del gobierno de haber ido de alguna manera, creando las condiciones para poder ir incorporando esos servicios a la red de servicios oficiales y lo que ha hecho es dejarla crecer y crecer y crecer y también vale la pena decir que ni siquiera está institucionalizado el presupuesto que tienen que dialogar para pagar.

**38:15 De hecho ahí surgen, después del PEC surgen un montón de propuestas: s.....
(34261:35304) - D 38: Central_Soc_Civil_1**

De hecho ahí surgen, después del PEC surgen un montón de propuestas: salud, MAIS, todas esas cosas que han estado proponiendo, que en algún momento sedujeron a algún funcionario y dijo que sí, pero después lo cambian, y el que viene ya no quiere saber nada de esto y el ministro de ahora está en una reciente presentación de ... (¿?) y compañía presentando una propuesta y dijo que sí, que estaba anuente a eso y que iba a ver si le interesaba, pero en ese plano se quedan las cosas, no hay una experiencia completa que uno pueda ver y decir: bueno, de hecho la misma reforma se redujo al PEC

**38:15 De hecho ahí surgen, después del PEC surgen un montón de propuestas: s.....
(34261:35304) - D 38: Central_Soc_Civil_1**

De hecho ahí surgen, después del PEC surgen un montón de propuestas: salud, MAIS, todas esas cosas que han estado proponiendo, que en algún momento sedujeron a algún funcionario y dijo que sí, pero después lo cambian, y el que viene ya no quiere saber nada de esto y el ministro de ahora está en una reciente presentación de ... (¿?) y compañía presentando una propuesta y dijo que sí, que estaba anuente a eso y que iba a ver si le interesaba, pero en ese plano se quedan las cosas, no hay una experiencia completa que uno pueda ver y decir: bueno, de hecho la misma reforma se redujo al PEC.

**40:15 El nuevo programa del PEC podría contribuir a mejorar pero el mismo pe.....
(10603:10835) - D 40: Central_Movimiento_Indigena**

El nuevo programa del PEC podría contribuir a mejorar pero el mismo personal daña a las personas y en esto tiene que ver mucho el tema de la vocación de servicio, pues quien está consciente de dar un servicio pues sí es ese su deseo.

**55:8 Al quitar a la prestadora del PEC se quiso sacar el MIS pues la comadr.....
(5614:6180) - D 55: Mun_F_PresSer_1**

Al quitar a la prestadora del PEC se quiso sacar el MIS pues la comadrona y los facilitadores no tendría estipendio, en tres meses se hizo el traspaso se les dio vehículos en malas condiciones y se les dio algunos insumos los centros de convergencia traspaso los bienes en malas condiciones.

La CONEC se opuso a que se le diera el dinero al distrito de los 3 millones. Lo que se logró a nivel de gestión con el SIAS se ha mantenido el personal con el personal que son más de 100 personas en el distrito, los distritos se quejan de lo que recibe Cuilco, El programa.

**55:17 La experiencia de las tres promociones se ha tenido un sin sabor pues.....
(13830:14159) - D 55: Mun_F_PresSer_1**

La experiencia de las tres promociones se ha tenido un sin sabor pues parte del personal se ha perdido pues los han llevado a otras comunidades o bien no han logrado absorber al personal de salud. Algunas ONG se han llevado al personal y la falta de recurso hoy día muestra que hace falta y se requiere formar en base a 1 modelo.

**58:1 Desde la década de los 80 se ha querido impulsar la Participación Comu.....
(869:1254) - D 58: Mun_H_PresSer_1**

Desde la década de los 80 se ha querido impulsar la Participación Comunitaria pura desde los poderes locales que en su momento esto era un voluntariado. La extensión de Cobertura vino a matar la Participación Comunitaria con el solo hecho de venir a pagar 50 quetzales a los vigilantes de salud y a las comadronas por una reunión mensual. Entonces el voluntariado comenzó a reducirse.

**58:15 Mantener la lectura del horizonte era tener previsto que en cualquier.....
(19761:20235) - D 58: Mun_H_PresSer_1**

Mantener la lectura del horizonte era tener previsto que en cualquier momento se retirarían las ONG y se tuvo que hacer algunas acciones para evitar que se afectara en este caso a estas comunidades nosotros sabíamos que era una amenaza latente y teníamos que hacer aspectos complementarios para ir haciendo una transición que no dejará efectos tan fuertes. A nosotros nos afectó más el desabastecimiento que se tuvo en el año 2014 y 2015 que el proceso de retiro de las ONG's.

**58:28 La idea que teníamos era tener tres experiencias de servicios en el pr.....
(6978:7315) - D 58: Mun_H_PresSer_1**

La idea que teníamos era tener tres experiencias de servicios en el primer nivel la institucional, la extensión de cobertura y el MIS, que podía asumir las dos previas para convertirse posteriormente en institucional, esa era la idea y se comenzaron a tocar cosas muy interesantes de cosas que a pesar que están en discurso no se retoman.

**58:51 No se tuvo idoneidad administrativa para lo cual debía funcionar, por.....
(15317:15571) - D 58: Mun_H_PresSer_1**

No se tuvo idoneidad administrativa para lo cual debía funcionar, porque recordemos que la PEC tuvo 3 ejes muy importante: 1) la prestación de servicios, 2) la Participación comunitaria y 3) el eje administrativo que es interno fue lo que mato a las ONG.

**60:15 El MIS parte que el personal de enfermería debe ser local de la misma.....
(13245:13980) - D 60: Central_PresSer_4**

El MIS parte que el personal de enfermería debe ser local de la misma comunidades de donde están los puestos de salud, eso se fue logrando en algunas comunidades en el caso de Güineales, en Rabinal, en el caso de Cuilco menos, en la Unión un poco más, pero algo que yo siento que afecto demasiado en los últimos cuatro años fue el gobierno del partido político el Patriota, porque nunca se me va olvidar la doctora de Güineales le mandaban a decir de la Dirección de Área que le iban a mandar a 4 enfermeras nuevas y las cuatro que ya estaban preparadas y que las cuatro que ya estaban formadas para el modelo ya no iban a estar contratadas, entonces ahora no sé cómo está el personal de la doctora pero si ha sido una lucha permanente.

60:20 El PEC no era descentralización sino era más un programa vertical en p..... (16991:17247) - D 60: Central_PresSer_4

El PEC no era descentralización sino era más un programa vertical en paquetes básicos que agrupa todo hasta la organización del programa agrupa a todos, por ejemplo, en el Petén en un área grande concentrada se comportaba igual pasaba sólo una vez al mes.

63:15 Y se e la diferencia, se manejan los indicadores básicos del PEC y a a..... (12593:12799) - D 63: Mun_E_PresSer_5

Y se e la diferencia, se manejan los indicadores básicos del PEC y a atención que recibía la comunidad que n o se llega a diario en la comunidad que no se cuenta con un personal de enfermería en la comunidad.

63:16 Se tiene el modelo para atender a las otras comunidades, se revisó el..... (13676:13859) - D 63: Mun_E_PresSer_5

Se tiene el modelo para atender a las otras comunidades, se revisó el monitoreo para ver qué cambios hay y el área de salud está dando un seguimiento a las comunidades que dejo la PEC.

64:6 MIS. Ellos hicieron un pilotaje y dejaron la sistematización y ahora s..... (6421:6707) - D 64: Mun_E_PresSer_4

MIS. Ellos hicieron un pilotaje y dejaron la sistematización y ahora se van hacer la organización con otra comunidad que estaban antes con el PEC ANESBAB, tiene la responsabilidad de dar apoyo para los insumos para hacer el registro de población se van hacer el modelo integral en salud.

Código censo

55:35 La red de vigilancia con el modelo se tienen censos y mapas con las mu..... (7844:8078) - D 55: Mun_F_PresSer_1

La red de vigilancia con el modelo se tienen censos y mapas con las mujeres que tienen riesgo o niños, con base a los colores. en temas de violencia intrafamiliar, maltrato, drogas. con las redes se conoce las realidades de la familia.

56:6 Censo se ve si hay deslaves, incendios, basureros, y los riesgos de fa..... (2880:3181) - D 56: Mun_F_PresSer_2

Censo se ve si hay deslaves, incendios, basureros, y los riesgos de familia si cocinan en el suelo o la casa es de nylon, el consumo de agua y la letrina, la convivencia inadecuada con los animales se hay tenido reuniones con la comunidad dar a conocer los riesgos de las heces fecales al aire libre.

62:6 Los Terapeutas mayas se identifican con base al conteo poblacional y se..... (14160:14480) - D 62: Mun_E_PresSer_7

Los Terapeutas mayas se identifican con base al conteo poblacional y se identifica si tienen la energía para tratar alguna enfermedad se hace el censo para ver si ellos pueden resolver un problema como una especialidad como es el empacho, la caída de mollera, la caída de matriz en hombres los sobadores para las fracturas.

Código de programa individual, familiar y comunitario

42:52 Entonces inclusive en el programa familiar que la doctora es la coordi..... (37604:37890) - D 42: Mun_D_PresSer_1

Entonces inclusive en el programa familiar que la doctora es la coordinadora a nivel de distrito de programa individual PIAS, la licenciada del programa familiar PFAS y el licenciado del programa comunitario PCOS entonces ellos trabajan en conjunto verdad para poder ir viendo esa parte.

**48:37 Y por eso se dice verdad, que es incluyente, porque toma, estudia el m.....
(37859:38667) - D 48: Mun_E_PresSer_2**

Y por eso se dice verdad, que es incluyente, porque toma, estudia el modelo, estudia las determinantes y las condiciones que, que abarcan en la salud tanto en el individuo como en la familia verdad, en la mujer para poder ver, coordinar con otros grupos, modelos de salud dentro de la comunidad, ya sería, la comadrona, la abuela comadrona, el, el sacerdote maya, como comúnmente le llamamos curandero verdad, entonces el modelo he, abarca todo eso verdad, toma en cuenta esas opiniones, para no, eh, encerrar verdad, el decir no eso no sirve, eso no está bien, entonces la gente, ah no, el Centro de Salud yo no voy porque, me dicen que eso no existe verdad, entonces uno los toma en cuenta para que ellos también nos tomen en cuenta en la salud verdad, coordinar con esos actores que están en la comunidad.

**56:9 Se ha evidenciado que, si hay conciencia del derecho a la salud, en el.....
(5487:5739) - D 56: Mun_F_PresSer_2**

Se ha evidenciado que, si hay conciencia del derecho a la salud, en el programa de extensión de cobertura no se hacía tan evidente que la demanda de consulta de hombres fuera una demanda, ahora hay una gran cantidad de hombres que asisten a la consulta.

**59:7 Los Terapeutas Tradicionales se maneja más en los programas comunitari.....
(3996:4312) - D 59: Mun_I_PresSer_1**

Los Terapeutas Tradicionales se maneja más en los programas comunitarios e individuales donde está más vinculado el TT con el puesto de salud se articula por medio de referencias que se hacen desde el puesto de salud con el TT y viceversa, para tener conocimiento por ambas partes para saber qué pasa con el paciente.

**59:47 Otra diferencia es en el diagnóstico familiar alcoholismo, maltrato in.....
(12490:12654) - D 59: Mun_I_PresSer_1**

Otra diferencia es en el diagnóstico familiar alcoholismo, maltrato intrafamiliar, desnutrición con los niños y si existía alguna paciente embarazadas en la familia.

**60:89 Además, la democratización hay que entenderla como el cumplimiento de.....
(18990:19262) - D 60: Central_PresSer_4**

Además, la democratización hay que entenderla como el cumplimiento de derechos y si el modelo cumple con el derecho a la salud, trabajo familiar, comunitario como tal en la percepción de la familia de que son ciudadanos y eso impacta en el tema de democratización también.

Código de interculturalidad

**40:27 Al no conocerse no hay respeto de ambas culturas por esas razones much.....
(12309:12781) - D 40: Central_Movimiento_Indigena**

Al no conocerse no hay respeto de ambas culturas por esas razones muchas mujeres no quieren asistir a los SS y por las entrevistas y actividades que hemos realizado porque no se le habla en su idioma no se les respecta sus prácticas culturales y se les dice acuéstese y va a tener a su bebe, usted lo sabrá que la mujer indígena les gusta tener a su bebe de forma vertical o sea hincada o su caldito caliente en la comunidad y en los servicios de salud eso no se le respeta

**59:17 La relación con los Terapeutas Tradicionales si hubo una situación de.....
(14954:15209) - D 59: Mun_I_PresSer_1**

<p>La relación con los Terapeutas Tradicionales si hubo una situación de cordialidad en las reuniones se organizaban por el supervisor de PECUS de los programas comunitarios, siempre hubo un ambiente agradable incluso el puesto de salud ponía galletas y atol.</p>
<p>60:41 Occidentalmente diríamos que es hacen una acción psicosocial entre com..... (1743:1865) - D 60: Central_PresSer_4</p> <p>Occidentalmente diríamos que es hacen una acción psicosocial entre comillas por el pueblo porque es energética y espiritual</p>
<p>Código de modelo incluyente en salud</p>
<p>34:18 fíjate vos que el tema, la propuesta nuestra de Cuilco, no te voy habl..... (32952:33632) - D 34: Dep_PresSer_1</p> <p>fíjate vos que el tema, la propuesta nuestra de Cuenco, no te voy hablar de eso. Te voy hablar del MIS vale el doble del actual, y el MAIS porque en realidad uno ve el MAIS uno dice ese el MIS, si todas las herramientas operativas son del MIS, pero si te das cuenta el MAIS el puesto de salud tiene médico, eso no lo tiene el MIS, en cambio el MIS tiene un puesto de salud, es todo un rollo, ese análisis lo hicieron en Huehuetenango, y las grandes brechas es la infraestructura, eso es tremendo, entonces fíjate que ahorita por ejemplo ASDI esta con una cosa sonrío con Suecia para cuatro áreas de salud, e iban avanzando con las diferentes etapas en relación de condiciones, etc.</p>
<p>34:27 yo no quiero entrarle con ISIS porque ISIS de una vez se va de boca qu..... (38784:39353) - D 34: Dep_PresSer_1</p> <p>yo no quiero entrarle con ISIS porque ISIS de una vez se va de boca quiere hacer lo de ellos es que se inteligente empieza con toda la fase que ellos tienen estructurada el tiempo cronología instrumentos y a la parte de planificación entonces ya súmele el tiempo mire podemos hacer esto generar, y esto ya tres años de estrategia, que conforme se va dando la sostenibilidad del proceso se van agregando procesos que ISIS tiene bien estructurados y que son perfectos para esas poblaciones pero que tienen que llevar instrumento, entonces ahora esa es la idea para allá.</p>
<p>34:27 yo no quiero entrarle con ISIS porque ISIS de una vez se va de boca qu..... (38784:39353) - D 34: Dep_PresSer_1</p> <p>yo no quiero entrarle con ISIS porque ISIS de una vez se va de boca quiere hacer lo de ellos es que se inteligente empieza con toda la fase que ellos tienen estructurada el tiempo cronología instrumentos y a la parte de planificación entonces ya súmele el tiempo mire podemos hacer esto generar, y esto ya tres años de estrategia, que conforme se va dando la sostenibilidad del proceso se van agregando procesos que ISIS tiene bien estructurados y que son perfectos para esas poblaciones pero que tienen que llevar instrumento, entonces ahora esa es la idea para allá.</p>
<p>55:8 Al quitar a la prestadora del PEC se quiso sacar el MIS pues la comadr..... (5614:6180) - D 55: Mun_F_PresSer_1</p> <p>Al quitar a la prestadora del PEC se quiso sacar el MIS pues la comadrona y los facilitadores no tendría estipendio, en tres meses se hizo el traspaso se les dio vehículos en malas condiciones y se les dio algunos insumos los centros de convergencia traspaso los bienes en malas condiciones.</p> <p>La CONEC se opuso a que se le diera el dinero al distrito de los 3 millones. Lo que se logró a nivel de gestión con el SIAS se ha mantenido el personal con el personal que son más de 100 personas en el distrito, los distritos se quejan de lo que recibe Cuilco, El programa.</p>
<p>55:16 Con la promoción de los derechos a la salud ha crecido la demanda de p..... (12100:12301) - D 55: Mun_F_PresSer_1</p>

<p>Con la promoción de los derechos a la salud ha crecido la demanda de partos, cesarías la gente ha cambiado su forma de pensar, no toda la gente busca los servicios nacionales no se tiene la información.</p>
<p>55:20 Los cambios del modelo mis y el MSPAS, supone grandes cambios, pero no..... (675:768) - D 55: Mun_F_PresSer_1</p> <p>Los cambios del modelo mis y el MSPAS, supone grandes cambios, pero no se tiene como hacerlo.</p>
<p>55:23 Ellos gestionaron con el viceministro y el ministro apoyo el trabajo p..... (1082:1205) - D 55: Mun_F_PresSer_1</p> <p>Ellos gestionaron con el viceministro y el ministro apoyo el trabajo para hacer el cambio al mis, quien dio la oportunidad.</p>
<p>55:32 El jefe de área se burló del trabajo que represento la articulación de..... (3632:3846) - D 55: Mun_F_PresSer_1</p> <p>El jefe de área se burló del trabajo que represento la articulación de servicios con el MIS, donde los 500 años las comadronas han sido quienes atienden los partos, y se tiene que saber que el trabajo está en el campo.</p>
<p>55:36 Con el modelo se conoce en el SIMIS se conoce información para tomar d..... (8080:8226) - D 55: Mun_F_PresSer_1</p> <p>Con el modelo se conoce en el SIMIS se conoce información para tomar decisiones y toma datos de riesgo para tomar decisiones a nivel de comunidad.</p>
<p>55:58 MADS el Modelo de Atención al Derecho a la Salud en el 2011. Isis vio..... (17213:17443) - D 55: Mun_F_PresSer_1</p> <p>MADS el Modelo de Atención al Derecho a la Salud en el 2011. Isis vio la propuesta que hicieron les propusieron el MIS el ministerio esta como hace años estuvo Cuilco, al quitar a las prestadoras dejaron a la gente viendo al cielo.</p>
<p>55:60 El modelo ha costado por remar contra la corriente y el celo profesión..... (17584:17920) - D 55: Mun_F_PresSer_1</p> <p>El modelo ha costado por remar contra la corriente y el celo profesional es muy fuerte con buenas experiencias con este tipo de modelo, porque no decir conjuntemos esfuerzos y vemos como capacitamos a la gente en extensión de cobertura, los trabajadores tienen bien la luz con base a los programas que tienen que hacer en los programas.</p>
<p>56:8 El modelo promueve la perspectiva del derecho a la salud, lo cual está..... (4745:4915) - D 56: Mun_F_PresSer_2</p> <p>El modelo promueve la perspectiva del derecho a la salud, lo cual está reglamentado, lo cual se observa con el trato amable cumpliendo con que el paciente este satisfecho.</p>
<p>57:8 Sobre el derecho a la salud el modelo trata al paciente en forma integ..... (4135:4608) - D 57: Mun_F_PresSer_3</p> <p>Sobre el derecho a la salud el modelo trata al paciente en forma integral respetando su cultura y no se hace discriminación se ha visto la afluencia de hombres y mujeres. Se ve que los hombres van a la consulta esto se ve en comparación entre la asistencia de hombre en la actualidad. Se da la atención, pero no es satisfactoria pues no se ve que reciban medicamentos.</p> <p>Se ha promocionado los DHS con carteles y en la consulta para que sepan la forma como se deben atender.</p>

<p>57:14 El modelo involucra a los lideres no formales. (2514:2560) - D 57: Mun_F_PresSer_3</p> <p>El modelo involucra a los lideres no formales.</p>
<p>58:8 Un problema era el presupuesto que se manejaba con ellos en cuanto al..... (7916:8014) - D 58: Mun_H_PresSer_1</p> <p>Un problema era el presupuesto que se manejaba con ellos en cuanto al tema de inversión per cápita.</p>
<p>58:9 Con el MIS se trabajó formalmente, programado y estructuralmente con l..... (9387:9566) - D 58: Mun_H_PresSer_1</p> <p>Con el MIS se trabajó formalmente, programado y estructuralmente con las actividades que se tenían que hacer, lo que hubo fue choques en la parte de implementación y consolidación.</p>
<p>58:17 El MIS ofrecía pagos de recursos humanos, informática, capacitaciones,..... (21743:21827) - D 58: Mun_H_PresSer_1</p> <p>El MIS ofrecía pagos de recursos humanos, informática, capacitaciones, medicamentos.</p>
<p>58:28 La idea que teníamos era tener tres experiencias de servicios en el pr..... (6978:7315) - D 58: Mun_H_PresSer_1</p> <p>La idea que teníamos era tener tres experiencias de servicios en el primer nivel la institucional, la extensión de cobertura y el MIS, que podía asumir las dos previas para convertirse posteriormente en institucional, esa era la idea y se comenzaron a tocar cosas muy interesantes de cosas que a pesar que están en discurso no se retoman.</p>
<p>58:31 Ni sumado lo institucional con la extensión de cobertura daba el costo..... (7809:7913) - D 58: Mun_H_PresSer_1</p> <p>Ni sumado lo institucional con la extensión de cobertura daba el costo per cápita que ese modelo requiere.</p>
<p>58:62 Fui el único que demostró la debilidad de este sistema en comparativa c..... (19060:19542) - D 58: Mun_H_PresSer_1</p> <p>Fui el único que demostró la debilidad de este sistema en comparativa con lo institucional pues no es que fuera lo mejor sino compararse para ver quien realmente tiene mejores resultados pues las estrategias que se utilizan son las que hay que socializar pues no es porque fuera el Ministerio de salud es lo mejor y no ponía en un eje protagónico en un eje rector en alguna forma pero teníamos que aprender también de la parte comunitaria pues es la óptica que muchas veces no se ve.</p>
<p>59:7 Los Terapeutas Tradicionales se maneja más en los programas comunitari..... (3996:4312) - D 59: Mun_I_PresSer_1</p> <p>Los Terapeutas Tradicionales se maneja más en los programas comunitarios e individuales donde está más vinculado el TT con el puesto de salud se articula por medio de referencias que se hacen desde el puesto de salud con el TT y viceversa, para tener conocimiento por ambas partes para saber qué pasa con el paciente.</p>
<p>59:12 El MIS tiene una herramienta inter programática que hace un reporte anu..... (8501:8781) - D 59: Mun_I_PresSer_1</p> <p>El MIS tiene una herramienta Inter programática que hace un reporte anual, que va dirigida a cada programa para evaluar si los indicadores de salud y si las herramientas operativas que tiene el modelo están consiguiendo mejorar las condiciones de salud y si los cumplen a cabalidad.</p>

**59:13 Si como personal se hacían comentarios subjetivo pues el MIS requiere.....
(10190:10419) - D 59: Mun_I_PresSer_1**

Si como personal se hacían comentarios subjetivo pues el MIS requiere que 3 enfermeros integren al personal mínimo para un puesto de salud uno para cada programa (individual, familia y comunitario) independientemente del médico.

**59:14 El llenado de la ficha es extenso, pero es útil en los aspectos clínic.....
(11041:11367) - D 59: Mun_I_PresSer_1**

El llenado de la ficha es extenso, pero es útil en los aspectos clínicos como médico hay bastante utilidad pues permite llevar un orden, aunque se le cambie el nombre como camino del enfermo a un como clínico le permite llevar un orden como apartados de su código familiar y con ese mismo código se identifica dentro del SIMIS.

**59:23 Solo un puesto de salud cumplía con esa condición en Rabinal y el rest.....
(10473:10646) - D 59: Mun_I_PresSer_1**

Solo un puesto de salud cumplía con esa condición en Rabinal y el resto no cumplía, sino que tenían dos enfermeros uno visita la comunidad uno intra muros y otro extra muros.

**59:44 Habían discusiones de los diagnósticos pues el personal del modelo es.....
(9280:9905) - D 59: Mun_I_PresSer_1**

Habían discusiones de los diagnósticos pues el personal del modelo es muy estricto en cuanto a las normas del personal de salud mientras que nuestra forma de comprender lo que es la entrega de servicios desde la formación de hospitales por la educación que tenemos en los libros que lleva el EPS para los diagnósticos es diferente, en cambio ellos lo manejan, por ejemplo si un paciente tiene dificultad respiratoria más taquipnea es una neumonía moderada, pero sino la tiene es leve más si tiene estertores era severa y luego los hacen a cambiar los diagnósticos pues esa ficha no la iban a poder ingresar en su sistema SIGSA.

**59:57 Los temas de salud ambiental se daban en una relación positiva con el.....
(15317:15531) - D 59: Mun_I_PresSer_1**

Los temas de salud ambiental se daban en una relación positiva con el PECUS y el COCODE para dar la solución en la regulación de la contaminación para abordar el caso de una familia que lo provocaba con sus desechos.

**60:3 Dentro de las comunidades hay una tecnología más acorde en la medicina.....
(3107:3262) - D 60: Central_PresSer_4**

Dentro de las comunidades hay una tecnología más acorde en la medicina de la cosmovisión maya: plantas medicinales, temascal tecnología relacionada con eso.

**60:7 Idealmente los terapeutas mayas tendrían que estar vinculados a todos.....
(5031:5255) - D 60: Central_PresSer_4**

Idealmente los terapeutas mayas tendrían que estar vinculados a todos los sectores, lo que se ha trabajado con el modelo MIS por ejemplo si hay plan de emergencia comunitario que hay presencia en el comité de terapeutas mayas.

**60:10 El MIS hace eso un poco supuestamente, el MIS trata de integrarse a es.....
(7720:7937) - D 60: Central_PresSer_4**

El MIS hace eso un poco supuestamente, el MIS trata de integrarse a esas redes comunitarias por qué por un lado uno puede imaginarse que los terapeutas mayas están aislados y no lo están, son consejeros son sacerdotes.

60:19 El MIS parte de la información, de una propuesta ideológica, del contr..... (16647:16988) - D 60: Central_PresSer_4

El MIS parte de la información, de una propuesta ideológica, del control sus competencias del ASIS de la programáticas de cronograma, si todo eso se hace bien el MIS se va adaptando progresivamente a la realidad comunitaria. Además de todo eso está el dialogo intercultural que es muy importante para su adaptación local el MIS tiene todo eso.

60:23 Si se han construido espacios de participación social donde interactúe..... (19587:19788) - D 60: Central_PresSer_4

Si se han construido espacios de participación social donde interactúen proveedores de los servicios de salud con líderes comunitarios, ONG's organizaciones civiles y usuarios de los servicios de salud.

60:112 Desde el modelo todo está posible, pero hay que reconocer las limitaci..... (4283:4487) - D 60: Central_PresSer_4

Desde el modelo todo está posible, pero hay que reconocer las limitaciones locales históricamente hay alcaldes que ayudan y otros que no ayudan, pero en general hay una idea de colaboración y coordinación.

61:4 Los Terapeutas Tradicionales -TT- se tiene la coordinación con ellos, se tiene sospechas que hay..... (2395:3563) - D 61: Mun_E_PresSer_6

Los TT se tiene la coordinación con ellos, se tiene sospechas que hay una enfermedad maya, se hace una referencia con el TT con una hoja para que el busque el tipo de problema para que se identifique el apoyo de la TT nosotros tenemos un directorio de los TT para que la persona pueda elegir con quien quiere ir. Una mamá si fuera el caso de llevar al bebe, y va con el TT a la inversa los TT les refieren con nosotros a los bebes deshidratados para darles tratamiento. En casos de enfermedades el personal que es de las comunidades hay una relación con los TT quienes preguntan por el seguimiento, para ver el seguimiento de pacientes. Pues la EA son de las localidades. Se rinde cuenta de la atención de la caída de mollera de empacho para dar el informe con una carpeta que tiene dibujos con los cuales ellos reportar con un frijol o maíz y cada 3 meses las auxiliares visitan a las terapeutas para saber lo que ellos han visto en sus casas esa información se ingresa en el sistema, cada 3 meses se hace un intercambio sobre las plantas medicinales y se dialoga como se salvó la vida de los niños que hicieron uno aprende también de ellos, así trabajamos con los TT.

61:7 En la rendición de cuenta a nivel local. En las visitas familiares cua..... (7020:7668) - D 61: Mun_E_PresSer_6

En la rendición de cuenta a nivel local.

En las visitas familiares cuando se empezó hablar del derecho a la salud la gente reclama el hecho que no hay medicina solo hacen recetas.

En ocasiones no abren la puerta y dicen que solo vienen a traer información otros les tiran la puerta en la cara pues no hay medicamentos y psicológicamente se sienten mal. Los pobladores les reclaman que ellos si tienen un sueldo y les incriminan y nosotros que... Pues los servicios de salud son para los pueblos y no recibimos nada. Uno se siente mal y uno no puede hacer nada para ayudar a las personas y como el servicio es del gobierno y uno no puede hacer nada.

61:8 O11, dos de las 7 asistentes tiene contrato fijo. De 107 trabajadores..... (8875:9182) - D 61: Mun_E_PresSer_6

O11, dos de las 7 asistentes tiene contrato fijo. De 107 trabajadores 8 tienen contrato fijo para el puerperio se les debe hacer 5 visitas, como se entiende una norma que no se aplica en los propios trabajadores a quienes no se les dignifica su trabajo, por vulneración de derechos del trabajador de salud.

**62:9 Se ha tenido desabastecimiento de materiales de oficina, insumos médic.....
(16895:17166) - D 62: Mun_E_PresSer_7**

Se ha tenido desabastecimiento de materiales de oficina, insumos médicos, materiales de limpieza, no medicamento. Hubo tiempo que teníamos vacunas, pero no había alcohol y tampoco algodón para hacer el trabajo, los compañeros tuvieron que comprar con sus recursos propios.

**62:56 La estructura que se tiene en el MIS se trabaja la gestión la estructu.....
(21323:21559) - D 62: Mun_E_PresSer_7**

La estructura que se tiene en el MIS se trabaja la gestión la estructura de referencia, si había una emergencia en la comunidad se tenía que atender las emergencias mientras que ahora se tiene que hacer la comunicación con la directora.

**62:60 En el MIS se tienen herramientas para saber cuántos niños sufrieron de.....
(22148:22446) - D 62: Mun_E_PresSer_7**

En el MIS se tienen herramientas para saber cuántos niños sufrieron de empacho de susto o empacho, el mal hecho es cuando una persona esta convulsionando y es un problema muy serio de salud que no es mágico religioso, sino que si requiere tratamiento como hipertensión o un problema serio de salud.

**63:10 Se tiene un protocolo para saber cuántos integrantes debe de tener una.....
(9678:9846) - D 63: Mun_E_PresSer_5**

Se tiene un protocolo para saber cuántos integrantes debe de tener una comisión de salud. Ahora que se ve el tema de la pertinencia cultural se ve que hay reglamentación.

**63:17 Se comenta el uso de las plantas medicinas, si ha sucedido en ocasione.....
(14516:14807) - D 63: Mun_E_PresSer_5**

Se comenta el uso de las plantas medicinas, si ha sucedido en ocasiones maltrato por parte de las personas con el personal de salud, pues se ha tratado el tema de poner medicamentos de recursos propios, la gente ya sabe que no se tiene nada y solo pide la receta para ir a comprar lo privado.

**63:54 Médicos, técnicos , educadores, los COCODES, la Comisión de Salud, el.....
(4900:5697) - D 63: Mun_E_PresSer_5**

Médicos, técnicos , educadores, los COCODES, la Comisión de Salud, el inspector (Es encargado del saneamiento ambiental del programa de Agua de Zoonosis hace el control y la vigilancia de desechos sólidos la inspección sanitaria de lugares fijos o callejeros, hace la entrega de licencias sanitarias y la vacunación canina y lleva el control del biológico, monitorea las ventas que no estén vencidos los productos en las escuelas y es responsable de dos puestos de salud, también hace la presentación de escasos especiales y la renuencia de vacunación y es responsable de evaluar la programación del personal que está a su cargo y hace la programación del sector donde esta y lleva Kardex de la vacunación que se hace en el distrito.) El riesgo identificado se comunica con el responsable del sector.

**64:1 En la comunidad se tienen a los puestos de salud que se conforman por.....
(945:1603) - D 64: Mun_E_PresSer_4**

En la comunidad se tienen a los puestos de salud que se conforman por personal de enfermería y están distribuidos por número de población y situación geográfica y el ministerio puso a los educadores además del personal de enfermería y se tiene a personal de equipo de apoyo que se llama equipo implementador quienes dan una atención especializada en algunos caos hay médicos y enfermeros pprofesional dan atención a las embarazadas de alto riesgo se atiende a las puérperas a la pacientes con diabetes con artritis. Con la atención especializada se detectan riesgo que se detectan y hacer referencia a unidades más especializada para hacer exámenes.

**64:4 La organización comunitaria depende de los comités de emergencia, comi.....
(4872:5181) - D 64: Mun_E_PresSer_4**

La organización comunitaria depende de los comités de emergencia, comisiones de salud, comités de agua.

Los consejos técnico de salud, hay comité técnico del municipio, El Comusan opera a nivel de la boca costa, una vez al mes se reúnen cada comisión de boca costa y zona fría. Y cada 3 meses se reúnen todos.

**64:7 Los TT se trabaja de la siguiente forma ellos determinaron que por dib.....
(7675:7996) - D 64: Mun_E_PresSer_4**

Los TT se trabaja de la siguiente forma ellos determinaron que por dibujos están las enfermedades por un maíz es un hombre y por un frijol es una mujer y con eso se puede determinar cuántas enfermedades están descritas, los instrumentos se validaron con los terapeutas, cada tres meses se ve las enfermedades que se vieron.

**64:11 El Modelo traía la coordinación de redes de las inclusión de redes soc.....
(10488:10664) - D 64: Mun_E_PresSer_4**

El Modelo traía la coordinación de redes de las inclusión de redes sociales en salud, en el 2008 se hizo un proyecto de consolidación, para desarrollar más el nivel comunitario.

Código de modelo de atención tradicional

**1:31 SI hay nuevos espacios, se están abriendo nuevos espacios especialment.....
(29930:30498) - D 1: Mun_A_PresSer_2**

SI hay nuevos espacios, se están abriendo nuevos espacios especialmente para la atención en salud y alguno de los espacios que yo más veo que se está dando mucha apertura es la atención con pertinencia cultural eso no se miraba antes, es algo que durante la experiencia que yo tengo de los 8 años cuando yo inicié, cuando no se trataba ese tema había un distanciamiento entre la comunidad y los servicios de salud porque ellos se sentían que no eran atendidos de acuerdo a sus creencias, sus culturas, sus idiomas y sus tradiciones, en cambio ahorita si se está dando.

**1:31 SI hay nuevos espacios, se están abriendo nuevos espacios especialment.....
(29930:30498) - D 1: Mun_A_PresSer_2**

SI hay nuevos espacios, se están abriendo nuevos espacios especialmente para la atención en salud y alguno de los espacios que yo más veo que se está dando mucha apertura es la atención con pertinencia cultural eso no se miraba antes, es algo que durante la experiencia que yo tengo de los 8 años cuando yo inicié, cuando no se trataba ese tema había un distanciamiento entre la comunidad y los servicios de salud porque ellos se sentían que no eran atendidos de acuerdo a sus creencias, sus culturas, sus idiomas y sus tradiciones, en cambio ahorita si se está dando.

**1:34 Las más comisiones de salud más cercanas se tienen cerca pero se da la.....
(33992:34598) - D 1: Mun_A_PresSer_2**

Las más comisiones de salud más cercanas se tienen cerca pero se da la situación que las comisiones de salud en el área urbana como que no tienen mucho el interés porque los servicios y otras cuestiones están más a la mano, entonces ellos saben que un niño que no es bien atendido en el puesto de salud se va a un privado y aunque quedan hablando un poquito mal ya se salvaron, pero no es como la comunidad que está más retirada que no tiene opción entonces como que ellos también se esfuerzan más en organizarse mejor esa es la diferencia del área urbano y de los cantones aquí cercanos que el área rural

**2:4 En ese caso podría decirle que son muy raras las veces que pueda una p.....
(4447:5689) - D 2: Mun_A_PresSer_3**

En ese caso podría decirle que son muy raras las veces que pueda una persona decir fíjense que identifique esto porque tenemos las comisiones de salud pero actualmente las comisiones de salud ya están muy débiles ya tienen muchas debilidades y se necesita fortalecer todas las comisiones de salud entonces prácticamente lo que haría mucha falta aquí es la educación la información hacia las personas para poder decir bueno hoy si tenemos participación social y las personas identifican los riesgos en las embarazadas y si ya vienen a servicio y también como estamos iniciando aquí en el edificio que es el CAP atención ya las 24 horas entonces todavía estamos promocionándolo completamente, pero nos topamos con muchas limitantes con mucha respuestas, como por ejemplo cuando nosotros vamos a promocionar en comunidades el CAP los servicios que se prestan lo primero que nos dicen es que: lo que pasa si está el edificio pero cuando llegamos nosotros muchas veces no hay medicamentos muchas veces ni un suero hay y en fin empiezan a en listar todo lo que falta en el servicio entonces uno dice bueno si lo promocionamos y todo pero muchas veces si es cierto que no hay medicamentos lo que necesita la gente los recursos que necesita la gente.

**2:8 Para elaborar una estrategia para acercarse a las comisiones de salud.....
(10315:11518) - D 2: Mun_A_PresSer_3**

Para elaborar una estrategia para acercarse a las comisiones de salud y para ver resultados positivos el trabajo que ellos puedan hacer de sus municipios es tener recurso económico para hacerlo parte de los conocimientos, aparte de las estrategias o la metodología que pueda uno utilizar porque primero las comisiones de salud son voluntarios, entonces cuando se organizan se les dice usted va hacer voluntario, va a trabajar para su comunidad, pero por ejemplo si yo voy a reunir a todas las comisiones de salud en lugar yo les tengo que dar almuerzo y refacción, yo les tengo que dar viáticos porque así los han acostumbrado y ahorita que no hay presupuesto para reunir a la gente si se van a parecer mínimo 2, 3 o 4 personas y hasta allí, cuales la situación cuando uno les pregunta, es que antes nos daban refacción, almuerzo, nos daban pasaje y es que no tenemos dinero y de alguna manera tienen razón porque tienen que gastar en pasaje y de ver cómo salir entonces y decirle al alcalde: Mire señor alcalde necesitamos que por favor el de almuerzo a las comisiones de salud porque tenemos capacitación con ellos, tenemos reunión con ellos, también esa parte en el caso de nosotros si está muy débil

**2:11 Se hace la asamblea está el Cocode y los alcaldes auxiliares entonces.....
(23659:24062) - D 2: Mun_A_PresSer_3**

Se hace la asamblea está el Cocode y los alcaldes auxiliares entonces vienen las personas que están más retiradas y las casas más retiradas ellos manifiestan, entonces están lo Cocode, los auxiliare y la Comisión de Salud ellos captan y ya ellos nos lo trasladan a nosotros a en este caso a la municipalidad, las necesidades. Al CAP por medio de salud, Cocode y alcaldes auxiliares para la municipalidad.

**2:18 En otras comunidades se ha avanzado un poquito en cuanto al papel del.....
(25141:26367) - D 2: Mun_A_PresSer_3**

En otras comunidades se ha avanzado un poquito en cuanto al papel del hombre se podría decir que están modernizados en cuanto al papel del hombre ya está jugando otro tipo de rol del apoyo a la mujer y todo, pero en este municipio hace falta mucho podría decirle educación un nivel de educación donde de verdad puedan involucrarse los hombres porque este es un municipio que prácticamente no ha logrado el desarrollo tal vez económico, no solo académico no solo en todos los aspectos que podríamos hablar entonces aquí la que se preocupa más de su salud ya se está quejando de alguna enfermedad, la mayoría de las veces ella tiene que buscar la forma de que como hallar un servicio de salud porque el hombre ese papel todavía no lo está jugando, que se preocupe de la salud de su mujer, bueno que a mi mujer hay que hacerle un Papanicolaou cada año, ya te hiciste el Papanicolaou o que dice que tienes que ir a tu control prenatal cada cierto tiempo o que tener que hacer entonces ya fuiste o vamos es rarísimo, aquí en el servicio si usted a podido observar también con ese simple hecho de observar aquí es rara la vez que viene un hombre la mayoría son mujeres, rara la vez que aparezcan 4 o 5 hombres entre 50 – 30 mujeres.

**3:19 Son los enfermeros o enfermeras. Les atienden en el idioma Español, y.....
(11405:12269) - D 3: Mun_A_PresSer_4**

Son los enfermeros o enfermeras. Les atienden en el idioma Español, y la mayoría de las comadronas y las pacientes que no hablan el Español allí esta la primera barrera. Hay algunas enfermeras o enfermeros que

son muy delicados que actúan con prepotentes y son delicados cuando llevan a sus pacientes que mejor sería que hubiera personal que hablará el idioma local y se les sensibilizará y se les orientara que tienen que atender bien a la gente y por el otro lado, también nuestra cultura que se respete nosotros tenemos nuestra forma de vida y nuestra costumbre y también se siente mal cuando nosotras como comadronas cuando entregamos a nuestra pacientes y después nos sacan haya fuera y que nosotras esperemos y nuestras pacientes a veces quieren que las acompañemos. Que se respete a la gente. Se siente mal que a nosotras como comadronas nos saquen afuera.

**4:22 Si nos centramos en los PS se tenían insumo, material, medicamentos, p.....
(15129:15993) - D 4: Mun_A_PresSer_5**

Si nos centramos en los PS se tenían insumo, material, medicamentos, por ejemplo si tenemos una emergencia en el Puesto de Salud de Choximil, aquí la pregunta cae tienen material, medicamentos necesarios. Y los conocimientos, se entiende cada servicio a su nivel por decirlo así que respuesta, le pudieron haber dado a esa persona.

En la comunidad se les pregunta cómo se les trato haya, a veces amamos mucho a nuestros pacientes. Así se les ha atendido.

Más que todo sabemos si una mujer con hipertensión sabes que es eclampsia y preeclampsia, sabemos que están las normas de atención, aunque uno no las tenga en la punta de la lengua uno sabe defenderse, pero lo que hace falta es medicamentos.

En los servicios de salud hay bastante limitaciones si no tenemos sulfato de magnesio podemos avanzar con el tratamiento. Pero no tenemos los recursos para tratar.

**4:23 Debemos de saber el nivel de clasificación y un PS está limitado por l.....
(15994:16589) - D 4: Mun_A_PresSer_5**

Debemos de saber el nivel de clasificación y un PS está limitado por los niveles de atención los medicamentos no los compran por el costo o porque piensan que en los PS no se van a utilizar con los medicamentos de emergencia hace años se daba un botiquín ahora se da un lista de medicamentos que en el CAP no se tenía. Ahora los del BRES no están en el CAP y hace falta el medicamento a nivel local.

En los puestos de salud solo hay una persona en el CAP los compañeros se dan cuenta que se hacen varias acciones y conocimiento sin contar con los recursos uno solo es difícil hacer las acciones.

**4:33 Las que no aceptan es por la vacuna, porque el esposo no permite que v.....
(24323:24422) - D 4: Mun_A_PresSer_5**

Las que no aceptan es por la vacuna, porque el esposo no permite que vayan a los servicios de salud.

**4:37 Hay muchas barreras en SE, la distancia, los recursos económicos de la.....
(27267:27583) - D 4: Mun_A_PresSer_5**

Hay muchas barreras en SE, la distancia, los recursos económicos de las familias, estamos a la orilla de la carretera pero si nos vamos a otras comunidades de Quichbaj, Cocobaj, en esos caso la distancia y la muerte de la cabecera municipal, las comunidades distantes. Si existe el medio de transporte cobra muy caro.

**4:38 No se cuenta con teléfono las enfermeras tienen que poner su saldo y n.....
(28193:28363) - D 4: Mun_A_PresSer_5**

No se cuenta con teléfono las enfermeras tienen que poner su saldo y no les contestan y solo se tienen un ambulancia. En el edificio del CAP hacen falta muchos ambientes.

**4:39 Hay cosas materiales: y debemos evaluar si como prestadores públicos y.....
(28620:28889) - D 4: Mun_A_PresSer_5**

Hay cosas materiales: y debemos evaluar si como prestadores públicos yo he fallado en la atención y sensibilizarnos si ante la necesidad y las emergencias de nuestros paisanos y compatriotas y es algo que nosotros no tratamos y es que como nosotros tratamos a los otros.

4:40 Como educadores hemos aportado, los avances son poco a poco. La inesta..... (29443:29581) - D 4: Mun_A_PresSer_5

Como educadores hemos aportado, los avances son poco a poco. La inestabilidad de los escasos de personas y el político afecta a nivel local.

6:2 En los últimos años los programas de atención en una forma si han info..... (1374:1731) - D 6: Mun_A_Usuaris

En los últimos años los programas de atención en una forma si han informado de repente a nivel comunitario algunos líderes han apoyado los problemas de salud materno infantil a nivel comunitario, más sin embargo cuando las personas asisten a los servicios de salud es allí cuando donde encuentran el obstáculo de que no hay insumos de que no hay medicamento.

6:5 En primer lugar las personas acuden a un servicio de salud pensando qu..... (3964:4564) - D 6: Mun_A_Usuaris

En primer lugar las personas acuden a un servicio de salud pensando que allí van a encontrar la resolución de sus problemas pero resulta que las experiencias vividas por las mujeres es que no hemos recibido una atención adecuada el primer obstáculo que se encuentra es el idioma, se nos atiende en el idioma español aunque nosotras quisiéramos manifestarnos y decir que es lo que sentimos y decir como quisiéramos ser atendidas porque no nos sentimos en confianza o no lo van a poder interpretar o decir para la persona que atiende porque solo habla el español y nosotras solo hablamos el Kanjobal.

13:34 Se va frustrado porque dicen: no tengo dinero para comprarla, eso es l..... (39563:39693) - D 13: Mun_B_PresSer_3

Se va frustrado porque dicen: no tengo dinero para comprarla, eso es lo que encuentro en lo negativo., ahora por lo demás no creo.

14:5 En primer lugar lo que nos ha hecho falta es el vehículo el transporte..... (2537:2976) - D 14: Mun_B_PresSer_2

En primer lugar lo que nos ha hecho falta es el vehículo el transporte pues llegar a las comunidades, es un poco difícil decirles a los comunitarios que se vengán de la aldea para el municipio verdad, pasaje tiempo entonces le es más fácil a uno trasladarse de una región la limitante ahora es el vehículo y también el apoyo económico pues se les acostumbro en darles un almuerzo para que también ellos se sientan bien verdad y participen.

14:7 En lo que se refiere a la participación la gente sigue siendo muy acti..... (3773:4082) - D 14: Mun_B_PresSer_2

En lo que se refiere a la participación la gente sigue siendo muy activa el problema come le cuento uno siempre necesita un tipo de apoyo tanto económico como de transporte para poder atenderlos bien a ellos para no quedarles mal a las personas y ellos cuando se les ha convocado han asistido a las reuniones.

4:10 Siempre tratamos la manera de integrar a Cocode, los líderes comunitar..... (4836:5009) - D 14: Mun_B_PresSer_2

Siempre tratamos la manera de integrar a Cocode, los líderes comunitarios. Por ejemplo vigilante de salud, facilitadores comunitarios, comadronas y otros líderes comunitarios.

**18:6 en el caso de la cumbre estamos apoyando mucho lo que es el traductor.....
(6039:6333) - D 18: Mun_C_PresSer_5**

en el caso de la cumbre estamos apoyando mucho lo que es el traductor pues aquí en el servicio de salud hay muchos que hablan Quiché, Aguacateco, Chalchiteco y español más que todo la gente hay que traducir en su propio dialecto la concientización se hace para cuando se traslada a un paciente.

**20:6 El coordinador Municipal de salud luchó por un Puesto de Salud en Paju.....
(4532:4915) - D 20: Mun_C_PresSer_3**

El coordinador Municipal de salud luchó por un Puesto de Salud en Pajuil País y otro en Cheicha Abajo hay 4 puestos de salud donde la gente asiste. En otro cerro Pajuil Chei bajan el cerca y Pajuil País es grande y ahorra hay el cantón primero el cantón segundo, cantón tercero. Ahorita ya hay un puesto cercano no tan lejano y hay un Cantón cuarto que no queda tan lejano del puesto.

**21:50 Son veinticuatro en la jurisdicción uno y veinte seis en la dos, son c.....
(27673:27863) - D 21: Mun_C_PresSer_2**

Son veinticuatro en la jurisdicción uno y veinte seis en la dos, son cincuenta comunidades. Y menos setenta y ocho decíamos, ahí está. Entonces nosotros tenemos veintiocho y ellos cincuenta.

**21:60 Entonces hay una diferencia entre extensión y nosotros ellos tienen do.....
(3336:3715) - D 21: Mun_C_PresSer_2**

Entonces hay una diferencia entre extensión y nosotros ellos tienen dos más, figuras que serían FC y los vigilantes más sus comisiones de salud, en cambio con nosotros solo sería su auxiliar en su mayoría en los dieciséis puestos, en quince el responsable directo es el auxiliar de enfermería ahí está también el educador, sería las comisiones de salud no existen y las comadronas.

**22:1 A nivel de este municipio yo tengo la responsabilidad del sistema prev..... (223:509)
- D 22: Mun_C_PresSer_1**

A nivel de este municipio yo tengo la responsabilidad del sistema preventivo de salud en área comunitaria y área urbana. Entonces se coordina todos los programas que lleva el ministerio de salud pública pero con énfasis lo que es mortalidad materna y mortalidad infantil, y desnutrición.

**22:5 Lo que pasa es que cuando yo vine todos los puestos estaban hechos en.....
(3533:3897) - D 22: Mun_C_PresSer_1**

Lo que pasa es que cuando yo vine todos los puestos estaban hechos en la periferia del asfalto y está abandonado todo ese cerro haya arriba, que ahí es la comunidad quiche ellos son descendientes de Totonicapán, lo que pasa es que aquí cuando el río San Juan estaba abandonado ese terreno ellos lo venían a prestar para cuidar sus ovejas y después se las llevaban.

**22:26 Los puestos de salud yo no pregunte en el área yo los abrí directament.....
(20691:21050) - D 22: Mun_C_PresSer_1**

Los puestos de salud yo no pregunte en el área yo los abrí directamente, pero el técnico en salud rural aquí se asesoró como introducir datos y abrir los puestos. Porque los puestos de ahí arriba no los abrió el área yo los abrí aquí internamente. Entonces se iba la información para guate y me la empezaron aceptar y entonces ya se registraron como puestos.

**22:27 No fue la dirección de área quien hizo la gestión yo lo hice directame.....
(21059:21514) - D 22: Mun_C_PresSer_1**

No fue la dirección de área quien hizo la gestión yo lo hice directamente. A nivel central porque antes para hacer un puesto primero tenían que construir el edificio sino no abrían el puesto pero aquí se invirtió por que los tuvimos que hacer de madera y metí la información al sistema. Yo no le pregunte al jefe de área.

Eso es un periodo de yo cuando bien aquí había siete puestos, fue hace nueve años. Estos los forme el año y el ante pasados.

**25:23 Tal vez para ampliar un poquito, esto de la reestructura inclusive de.....
(35272:36882) - D 25: Dep_PresSer_3**

Tal vez para ampliar un poquito, esto de la reestructura inclusive de la ayuda de la señora Sandra Torres, pues no estaba del todo fuera de lugar, si mal no recuerdo fue en el 2005 en el que nosotros como área de salud, estaba yo como coordinador municipal de un distrito, hicimos un análisis, en cuanto a una reestructuración, una modernización de la red de servicios de salud, que como le decía, únicamente eran 19 centros de salud con sus 74 puestos de salud, hicimos un análisis de hacia dónde queríamos ir, entonces establecimos la importancia de ubicar CAIMIS, más hospitales distritales, una figura que no existe en Huehuetenango, que se llamaba el CUM: Centro de Urgencias Médicas, entonces se estableció una red ideal, donde habían servicios como La Democracia por ej., que era un Centro de Salud tipo "B" en ese momento, queríamos que se convirtiera en un centro de urgencias médicas por el área donde está ubicada: mayor violencia, mayor accidentes automovilísticos, mayor delincuencia, entonces ahí se requería un perfil de resolución diferente, que le diré? cirujanos, traumatólogos atendiendo en una sala de operaciones, entonces... teníamos una planificación; lo que hizo ella fue venir a abrir indiscriminadamente servicios de salud, donde probablemente ni siquiera lo habíamos considerado hacerlo, entonces en algunos pues sí ya se había considerado, en otros no, pero el no haberse apegado a esa planificación previa, nos trajo una crisis económica y una crisis institucional bien, bien grande donde se saturó con personal, lo que hablábamos hace unos momentos, personal donde no debía de haber.

**34:34 entonces te voy a contar, el hecho de no poder conseguir médicos para.....
(74798:75344) - D 34: Dep_PresSer_1**

entonces te voy a contar, el hecho de no poder conseguir médicos para que se hicieran responsables algunos municipios porque no había en la parte norte de Huehuetenango entonces yo hice una gestión con el SEAS para que me autorizaran que licenciados en enfermería pudieran ser coordinadoras municipales de salud, y me lo autorizaron por escrito, pero con esta situación, de alguna manera se empezó a conocer en Huehuetenango, se inició cierta gestión que iba a causar mucho rollo a nivel de gremio médico serio, entonces yo lo agarre por otro lado.

**40:13 Consideremos que se han dado algunos pasos, por ejemplo en Sololá, a p.....
(6345:6737) - D 40: Central_Movimiento_Indigena**

Consideremos que se han dado algunos pasos, por ejemplo en Sololá, a partir de los monitoreos se han hecho las propuesta para que las mujeres puedan usar batas pero no como las tradicionales y el hospital mando hacer de acuerdo con su cultura las batas, estos aspectos contribuyen de alguna manera y las autoridades y nosotros encontramos un grupo para hacer un dialogo de los cambios en salud.

**41:1 En los CAPS una de las limitantes es que son médicos generales los que.....
(22153:22751) - D 41: Central_PresSer_1**

En los CAPS una de las limitantes es que son médicos generales los que están atendiendo los puntos la mayor parte de CAPS tienen médicos contratados, cuando no hay médicos contratados tienen enfermeras. El equipo de los CAPS de turno consiste en un médico, una enfermera y dos auxiliares de enfermería, es el equipo que debería estar haciendo turno. La mayor parte de CAPS tienen contratado un médico y dos auxiliares de enfermería. Una limitante es que son médicos que no tienen una formación para atención de emergencias obstétricas, es decir, que es lo que nosotros hemos tratado de fortalecer.

44:22 2015 si no. Porque no había medicamentos (15687:15727) - D 44: Mun_D_PresSer_2

2015 si no. Porque no había medicamentos.

El siguiente enlace Web da acceso al informe completo de citas asignadas a los 141 códigos y subcódigos. En totalidad se generaron 1396 folios que contienen los textos asignados a los 141 códigos y subcódigos en las 58 entrevistas.

Nombre del archivo: Informe citas y códigos de tesis doctoral UB Luis López

https://fundacionoxlajujnoj-my.sharepoint.com/:w:/g/personal/luislopez_fundacionoxlajujnoj_onmicrosoft_com/EdZBDEa8nIdPI3UBboae7RoBlxGw85HYFZ7Fjq6F45VbKg?e=dvXhMg

Índice de Figuras y Tablas.

Índice de Figuras

No. Figura	Título	No. Pág.
01	Mapa de la región de América Central	34
02	Pirámide poblacional de Guatemala	37
03	Organización de la estructura administrativa de los consejos de desarrollo en Guatemala	41
04	Lista de citas de la categoría de interculturalidad del modelo de atención tradicional.	156
05	Estructura organizativa modelo incluyente en salud	210
06	Mapa de posiciones de los actores de gobernanza en torno a la política para combatir las inequidades en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención en Guatemala	277

Índice de Tablas

No. Tabla	Título	No. Pág.
01	Datos demográficos de Guatemala (2018)	36
02	Gasto de salud en Centroamérica	38
03	Resumen de los conceptos de gobernanza aplicados en la investigación.	50
04	Publicaciones de investigaciones relacionadas con la gobernanza como herramienta de análisis.	51
05	La definición de gobernanza comentada desde Marc Hufty.	66
06	La gobernanza no es desde Marc Hufty.	70
07	Prioridades nacionales relacionadas con el primer nivel de atención en salud	104
08	Políticas en salud con efectos en el primer nivel de atención	105
09	Diseño general de la tesis doctoral	122
10	Pasos para el análisis de la categoría de actores	124
11	Técnicas empleadas en el trabajo de campo para la selección de actores sociales a entrevistar en el municipio seleccionado	127
12	Técnicas de obtención de información de acuerdo con el tipo de dato de fuente primaria	130
13	Calendario de actividades de trabajo de campo, transcripción de entrevistas, análisis, interpretación y redacción de tesis doctoral.	132
14	Documentos de solicitud y autorizaciones para el trabajo de campo de la tesis doctoral.	133
15	Lista del equipo de investigación evidencia documentada de su participación.	135
16	Lista de Acuerdos de Paz firmados entre el Gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG).	149
17	Descripción del Centro comunitario de salud (CC) servicio del primer nivel de atención	161
18	Descripción del Puesto de salud (PS) servicio del primer nivel de atención	162
19	Descripción del Centro de salud (CS) servicio del primer nivel de atención	163
20	Descripción del Centro de Atención Permanente (CAP) servicio del primer nivel de atención	164
21	Descripción del Centro de Atención Integral Materno Infantil servicio del primer nivel de atención	165
22	Resumen de las características de entrega de servicios del modelo de atención tradicional con base a la percepción de los entrevistados.	181
23	Resumen de las características de los resultados del modelo de atención tradicional con base a la percepción de los entrevistados.	182
24	Distribución del actor comunitario acorde a la unidad de población que requiere el modelo de extensión de cobertura del primer nivel de atención en Guatemala	186

25	Resumen de las características de entrega de servicios del modelo extensión de cobertura con base a la percepción de los entrevistados.	203
26	Resumen de las características de los resultados del modelo de extensión de cobertura con base a la percepción de los entrevistados.	204
27	Marco explicativo del proceso salud enfermedad desde el modelo incluyente en salud	208
28	Resumen de las características de entrega de servicios del modelo incluyente en salud con base a la percepción de los entrevistados.	254
29	Resumen de las características de los resultados del modelo incluyente en salud con base a la percepción de los entrevistados.	255
30	Formulación de metas para el análisis de actores en los modelos del primer nivel de atención en salud	271
31	Mapa de actores de la política para combatir las inequidades en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención en Guatemala	273
32	Actores estratégicos en la política para combatir las inequidades en el acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención en Guatemala	275
33	Estatus de los actores en los servicios del primer nivel de atención en salud en Guatemala	287
34a y b	Características de los actores estratégicos con el primer nivel de atención a y b.	288-89
35	Dotación de servicios del primer nivel de atención en salud en Guatemala periodo de 1997 -2017	294
36	Matriz de análisis de la participación social en salud en el primer nivel de atención en salud en Guatemala	296
37	Matriz de análisis de la transparencia y rendición de cuentas en el primer nivel de atención en salud en Guatemala	300
38	Matriz de análisis del acceso y cobertura universal de salud en el primer nivel de atención en salud en Guatemala	303
39	Recursos legales aprobados de 1996 a 2012 la participación social, interculturalidad y género en Guatemala	309