



Centro de Estudios Sociológicos
Doctorado en Ciencia Social con Especialidad en Sociología

Promoción XII

Espacios estructurados e interacciones sociales en salud. Las prácticas de salud en los Centros de Salud San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc, Guatemala, 1996-2009

Tesis para optar al grado de Doctor en Ciencia Social con Especialidad en Sociología que presenta:

José Estuardo Miranda Gómez

Directora: Dra. Carolina Tetelboin Henrion

México, D.F., Enero de 2012

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico a

A María Luisa Aumesquet, mi compañera de vida,

A mis hijos José y Gabriela,

A mi madre, Vilma, la mejor referencia en mi vida,

A mi padre, por su legado de virtudes,

A mi abuela Alicia, por su amor incondicional,

A la Familia Miranda, con quienes he compartido mi existencia.

AGRADECIMIENTOS

A lo largo del recorrido de estos años del proceso de doctorado, realizado en el Centro de Estudios Sociológicos, CES, de El Colegio de México, he tenido la oportunidad de descubrir un nuevo mundo de conocimientos, amplio, diverso y polémico, el cual ha sido generosamente ofrecido por un conjunto de Profesora y Profesores. Dentro de ellos, incluyo al Profesor José Luis Méndez Martínez, del Centro de Estudios Internacionales –CEI-, por su apoyo a lo largo de los primeros años de estudios de doctorado.

Seguidamente, agradezco a la Profesora y Amiga Carolina Tetelboin Henrion del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, por su apoyo incondicional, y quien generosamente me ha compartido su tiempo, conocimiento y amistad para culminar este trabajo.

A la Profesora Viviane Brachet, por el inconmensurable apoyo generosamente brindado para culminar mi proceso de doctorado, quien, con su acervo de conocimientos no sólo señaló la vertiente por la cual encaminé esta investigación, y por compartir sus conocimientos y experiencias de investigación sobre políticas y organizaciones, instituciones y agentes dentro y fuera de las salas de estudio.

Al apreciable Profesor Nelson Minello, por su incondicional apoyo a lo largo del doctorado y por compartir sus lecturas académicas.

A la Profesora María Luisa Tarrés, por sus sugerencias oportunas y asertivas que contribuyeron a la definición de este trabajo.

A todas las profesoras y profesores del Centro de Estudios Sociológicos con quienes tuve el privilegio de compartir en las salas de estudio sus conocimientos durante los distintos cursos tomados.

A mi amigo, Manolo Vela por sus comentarios y nuestras conversaciones tanto en Guatemala, como en la Ciudad de México.

A la Doctora Ileana Rabanales, colega y amiga, por su disposición y apoyo absoluto para realizar el trabajo de campo de esta investigación.

A Coralia Herrera, por su incondicional ayuda en el doctorado durante su estancia en El Colegio de México y en nuestro país, Guatemala.

A Erick Rodríguez, amigo salubrista, por su asesoría informática en este y mucho de mi trabajo en salud.

Y, por supuesto, a mis compañeras y compañeros, amigas y amigos, de la XII Promoción del Programa de Doctorado en Ciencia Social con Especialidad en Sociología del CES, con quienes tuve el privilegio de compartí esta experiencia.

A mis amigos y amigas del Centro de Cómputo, Asuntos Escolares, Biblioteca y Secretaría del Centro de Estudios Sociológicos por su amistad.

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción.....	xvi
Capítulo I Planteamientos teóricos y metodológicos de la investigación.	20
1.1. Planteamiento del problema	20
1.1.1. La situación de las prácticas de salud en el período 1996-2009.....	20
1.1.2. Los objetivos de la investigación.	24
1.1.3. La hipótesis de investigación.....	24
1.2. El estado del arte en el estudio de la entrega de servicios públicos	25
1.3. Estrategia teórico-metodológica alternativa para los estudios de implementación de políticas	29
1.3.1. Los abordajes teóricos desde el sistema político	30
1.3.2. Los abordajes teóricos desde las instituciones	33
1.3.3. Los abordajes desde los actores.....	36
1.3.4. Estrategia metodológica para seleccionar los casos	56
Capítulo II Las políticas de salud en Guatemala (1954 – 1995).....	71
2.1. Las políticas de salud de los gobiernos militares de 1954-1985	71
2.2. Las políticas de salud de los gobiernos civiles de 1986-1995.....	73
2.3. Las condiciones de organización del Ministerio de Salud en el período 1954-1995.	76
2.4. Presupuestos de salud del período 1955-1995	84
2.5. El contexto.....	85
2.5.1. La evolución de la reforma sectorial estatal en Guatemala	85
Conclusiones	89
Capítulo III La salud en Guatemala desde los acuerdos de paz (1996-2009)	91
3.1. La transición neoliberal y la situación de la salud	91
3.2. El entorno socio-económico de las prácticas de salud (1996-2009).	94
3.3. Las políticas de salud desde los acuerdos de paz	99

3.4. Los actores principales en la conformación de las políticas de salud en el período 1996-2009.	101
3.5. Los principales componentes de la política de salud en el período 1996-2009.	107
3.5.1. Las formas privatizadoras ligadas a la estrategia de descentralización.	107
3.5.2. La tercerización y las relaciones contractuales-laborales.	116
3.5.3. Las nuevas relaciones contractuales y la sindicalización.	125
3.5.4. La pobreza en las estrategias de la política de salud oficial.	127
3.6. De la atención universal a la atención focalizada desde el discurso oficial.	132
3.7. Los programas llamados prioritarios y los de facto priorizados.	134
3.8. Los presupuestos de la salud en el período 1996-2008.	135
Conclusiones	139
Capítulo IV El sector de la salud en Guatemala	141
4.1. Las principales instituciones públicas en Guatemala.	142
4.1.1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	143
4.1.2. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).	152
4.1.3. La red de servicios privados de atención médica.	158
4.2. Modalidades de la mezcla público-privada durante el período 1996-2009.	161
4.3 Las nuevas relaciones contractual-laborales.	168
Conclusiones	171
Capítulo V Los Centros de Salud de San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc: infraestructura, recursos humanos, espacios y clima organizacional	173
5.1. Las condiciones de infraestructura y la distribución espacial en San Julián y San Pedro	175
5.1.1. El Centro de Salud San Julián Chinautla.	177
5.1.2. El Centro de Salud de San Pedro Ayampuc	180
5.2. Comparando las condiciones de organización en los Centros de Salud Pública de San Julián y San Pedro.	183
5.3. El ambiente intersubjetivo laboral en los Centros de San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc.	189
Conclusiones	201
Capítulo VI Espacios, prácticas y relaciones sociales en los Centros de Salud San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc	203
6.1. La dinámica social en el Centro de Salud San Julián Chinautla	203

6.1.1. Las características de los espacios, las prácticas de atención y las relaciones sociales, según área de atención en el Centro de Salud San Julián	204
6.1.1.1. El ingreso-recepción: la identidad institucional del usuario.....	204
6.1.1.2. La pre-consulta médica: la continuidad de la redefinición del usuario.	210
6.1.1.3. La consulta médica: la atención en la clínica médica	216
6.1.1.4. La post-consulta: la atención en la farmacia	223
6.2. Dinámica social en el Centro de Salud San Pedro Ayampuc.....	228
6.2.1. Espacios, prácticas de atención y relaciones sociales en el Centro de Salud San Pedro	229
6.2.1.1. El ingreso-recepción: la identidad institucional del usuario.....	229
6.2.1.2. La pre-consulta médica: la continuidad en la redefinición del usuario.	234
6.2.1.3. La consulta médica en San Pedro.....	238
6.2.1.4. La post-consulta: la atención en la farmacia	248
Conclusiones	254
Capítulo VII Análisis comparativo sobre los espacios y prácticas de salud en los Centros de Salud San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc.....	255
7.1. La dinamización del espacio, los insumos y los instrumentos durante las prácticas de salud	258
Conclusiones	272
Conclusiones	273
Bibliografía	286
ANEXOS	303
Tabla de Cuadros	vii
Tabla de Gráficas	ix
Tabla de Fotografías	x
Índice de Acrónimos.....	xi
Índice de Informantes Clave	xiii

Tabla de Cuadros

Cuadro 2. 1. Evolución de la infraestructura institucional de salud, Guatemala, 1955-1995.....	80
Cuadro 2. 2. Cobertura institucional de salud de la población durante los gobiernos militares y civiles, años seleccionados, Guatemala, 1955-1995.....	81
Cuadro 2. 3. Número de empleados del Ministerio de Salud por categoría ocupacional en años seleccionados.....	82
Cuadro 2. 4. Presupuestos anuales del Ministerio de Salud y gasto per cápita en salud	85
Cuadro 3. 1. Indicadores socioeconómicos seleccionados de la región centroamericana, 2003.....	94
Cuadro 3. 2. Pobreza y pobreza extrema en Guatemala por región con base en niveles de consumo.....	96
Cuadro 3. 3. Población Económicamente Activa y tasas de participación económica, ocupación bruta y específica por variable socio-demográfica, Guatemala 2004.....	97
Cuadro 3. 4. Índices de informalidad laboral en la población ocupada guatemalteca.....	98
Cuadro 3. 5. Población sin acceso a seguridad social y/o sin contrato laboral 2000, 2006).....	98
Cuadro 3. 6. Mortalidad infantil y materna, Guatemala1960-2010.....	99
Cuadro 3. 7. Las dos fases del Ajuste Estructural.....	100
Cuadro 3. 8. Crecimiento del número de establecimientos afiliados al PROAM	105
Cuadro 3. 9. Evolución de la red de Prestadoras y Administradoras Privadas de Servicios de Salud, Guatemala, 1996-2009	110
Cuadro 3. 10. Evolución de la cobertura de atención de salud en Guatemala, 1996-2009.....	111
Cuadro 3. 11. Evolución de los componentes del Programa de Extensión de Cobertura ejecutado por entes privados contratados para la prestación de servicios básicos, Guatemala, 2010.....	112
Cuadro 3. 12. Crecimiento de la infraestructura de Administradoras y Prestadoras Privadas de Salud en el primer nivel de atención, Guatemala, 1996-2009.....	113
Cuadro 3. 13. Distribución del personal según calificación técnica y profesional.....	117
Cuadro 3. 14. Distribución de los empleados del Ministerio de Salud por categoría ocupacional en años seleccionados, Guatemala, 1988, 2007 y 2009.....	119
Cuadro 3. 15. Ubicación institucional del personal del Ministerio de Salud según nivel administrativo comparado con personal contratado por entidades privadas.....	120
Cuadro 3. 16. Distribución del personal según nivel central, hospitalario y área de salud,	121
Cuadro 3. 17. Evolución de los rubros de contratación de personal en el Ministerio de Salud por período de gobierno	122
Cuadro 3. 18. Distribución de personal del Ministerio de Salud por renglón presupuestario y sexo, Guatemala, 2006.....	123

Cuadro 3. 19. Características diferenciadoras entre servicio social y público.	130
Cuadro 3. 20. Gasto total de salud per cápita en Guatemala, 1999-2007.....	136
Cuadro 3. 21. Estructura del gasto total de salud por fuente de financiamiento, Guatemala 1995-2007 (%).	136
Cuadro 3. 22. Presupuesto ejecutado real del ministerio de salud con respecto del PIB.....	137
Cuadro 3. 23. Evolución del gasto de inversión en infraestructura con relación al de funcionamiento (nómina, insumos, equipo) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, 1996-2008	138
Cuadro 4. 1. Distribución de la red de servicios de salud del Ministerio de Salud	149
Cuadro 4. 2. Reorganización funcional de la red de servicios del segundo nivel de atención del Ministerio de Salud Guatemala, 2005.	150
Cuadro 4. 3. Infraestructura del Seguro Social para brindar atención a la población afiliada y beneficiarios, Guatemala, 2001-2007.	156
Cuadro 4. 4. Características de los servicios de salud del Seguro Social, Guatemala, 2010.	158
Cuadro 4. 5. Características de servicios lucrativos, Guatemala, 2010.	160
Cuadro 4. 6. Caracterización de los servicios no lucrativos, Guatemala, 2010.	161
Cuadro 4. 7. Evolución del número de ONG que participan en el PEC, Guatemala, 1999-2009.	164
Cuadro 4. 8. Presupuesto interanual gastado por concepto del Programa de Extensión de Cobertura, Guatemala, 2003, 2004, 2005 y 2009.	166
Cuadro 5. 1. Evolución de la ejecución presupuestaria por rubro del área de salud Guatemala Nororiente, 2008 (en quetzales)	176
Cuadro 5. 2. Relación entre número y tipo de personal por habitante en los Centros de Salud San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc, Guatemala, Octubre 2009.	185
Cuadro 5. 3. Distribución de personal institucional en los Centros de Salud San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc por rubro contractual (2007).....	185
Cuadro 5. 4. Personal ¹ por tipo de contrato y puesto de trabajo en los Centros de Salud San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc, Guatemala, octubre 2009.....	186
Cuadro 5. 5. Algunas características del perfil del personal bajo los rubros contractuales 182 y 011 en los Centros de Salud de San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2009.	187
Cuadro 5. 6. Escala salarial del personal permanente (rubro 011) de los Centros de Salud de San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2009.....	189
Cuadro 5. 7. Valores ^o promedio de los indicadores* del clima organizacional evaluado en distritos de salud del área Guatemala Nororiente, Guatemala, 2008.	190
Cuadro 5. 8. Valores promedio por cada indicador entre los centros de salud San Julián y San Pedro, con respecto de el promedio del área de salud Guatemala Nororiente, Guatemala, 2008.	192

Tabla de Gráficas

Gráfica 1. 1. Tres perspectivas de la implementación de políticas: estructurales, institucionales e individuales.	30
Gráfica 1. 2. Proceso de implementación como sistema.	34
Gráfica 1. 3. Proceso de implementación como proceso adaptativo mediado por el personal operativo.	37
Gráfica 1. 4. Determinantes estructurales y de agencia de las prácticas de salud.	42
Gráfica 1. 5. Prácticas de salud como intersección compartida	43
Gráfica 1. 6. Prácticas de salud como intersección de interacciones ubicadas espacio-temporalmente y compartidas en la producción y el consumo.	46
Gráfica 1. 7. Estudios de caso más similares.	59
Gráfica 1. 8. Esquema para el análisis de los factores que influyen sobre espacios y prácticas de salud.	63
Gráfica 1. 9. Estudios de caso más similares reajustados.	64
Gráfica 4. 1. Esquema organizativo de las Direcciones de Áreas de Salud	146
Gráfica 4. 2. Esquema de estructura organizacional de las nuevas Direcciones de Áreas de Salud, Guatemala, 2005.	148
Gráfica 5. 1. Esquema de la distribución espacial del Centro de salud San Julián Chinautla	178
Gráfica 5. 2. Distribución espacial del Centro de Salud San Pedro Ayampuc Guatemala, 2009.	181
Gráfica 5. 3. Organigrama de un Centro de Salud Guatemala, 2008.	184
Gráfica 5. 4. Percepciones del Liderazgo en los servicios de salud del Área de Salud	193
Gráfica 5. 5. Percepciones de la reciprocidad en los servicios de salud del Área de Salud Guatemala Nororiente, 2008.	195
Gráfica 5. 6. Percepciones de la motivación en los servicios de salud del Área de Salud Guatemala Nororiente, 2008.	197
Gráfica 5. 7. Percepciones de la Participación en los servicios de salud del Área de Salud Guatemala Nororiente, Guatemala 2008.	200
Gráfica 7. 1. Esquema sobre la interacción de los actores involucrados en el carnet de salud del Área de Salud Guatemala Nororiente, Guatemala, 2009.	265
Gráfica 7. 2. Esquema sobre las interdependencias alrededor del expediente médico.	267
Gráfica 7. 3. Esquema sobre las interdependencias alrededor de la receta de medicamentos.	271

Tabla de Fotografías

Fotografía 6. 1. Carnet de salud hechizo, Centro de Salud San Julián Chinautla, Guatemala, 2009.	205
Fotografía 6. 2. Distribución espacial de los usuarios en la sala de espera, Centro de Salud San Julián Chinautla, Guatemala, 2008.	206
Fotografía 6. 3. Área de pre-consulta, Centro de Salud San Julián Chinautla, Guatemala, 2009.	211
Fotografía 6. 4. Mobiliario y equipo de la pre-consulta, Centro de Salud San Julián Chinautla, Guatemala, 2009... ..	212
Fotografía 6. 5. Farmacia, Centro de Salud San Julián Chinautla, Guatemala, 2008.....	223
Fotografía 6. 6. Espacio de la secretaría-recepción de usuarios, Centro de Salud San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2008.	230
Fotografía 6. 7. Distribución espacial de los usuarios dentro de la sala de recepción, Centro de Salud San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2008.....	230
Fotografía 6. 8. Carnet de salud hechizo, Centro de Salud San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2009.....	231
Fotografía 6. 9. Espacio de la pre-consulta, Centro de Salud San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2008.....	235
Fotografía 6. 10. Anverso y reverso de un expediente médico utilizando papel de desecho, Centro de Salud San Pedro Ayampuc, 2008.....	241
Fotografía 6. 11. Anverso de dos recetas de medicamentos, Centro de Salud San Pedro Ayampuc, 2008.	242
Fotografía 6. 12. Reverso de dos recetas de medicamentos, Centro de Salud San Pedro Ayampuc, 2008.	242
Fotografía 6. 13. Muestras de medicamentos utilizadas en la práctica médica en el centro de salud San Pedro, Guatemala, 2008.....	243
Fotografía 6. 14. Atención en la ventanilla de la farmacia, Centro de Salud San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2008.	249
Fotografía 6. 15. Dotación de medicamentos en la farmacia del Centro de Salud San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2008.	249
Fotografía 6. 16. Dotación de medicamentos en la farmacia del Centro de Salud San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2008.	250

Índice de Acrónimos

AECID	AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO
APROSAM	ASOCIACIÓN PRO-MEJORAMIENTO DE SALUD MUNICIPAL
APS	ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
ASDI	AGENCIA SUECA PARA EL DEARROLLO INTERNACIONAL
ASS	ADMINISTRADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
BRES	BALANCE, REQUISICIÓN Y ENVÍO DE SUMINISTROS
BID	BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO
BM	BANCO MUNDIAL
CDC	CENTRO DE CONTROL DE ENFERMEDADES
CDR	CONGRESO DE LA REPÚBLICA
CEDOC	CENTRO DE DOCUMENTACION
CGAS	COORDINACIÓN GENERAL DE ÁREAS DE SALUD
CONEC	COORDINADORA DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DE EXTENSIÓN DE
COBERTURA	
CNE	CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
DASGNO	DIRECCION DE ÁREA DE SALUD GUATEMALA NORORIENTE
DCG	DEMOCRACIA CRISTIANA GUATEMALTECA
DGRH	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DGSIAS	DIRECCIÓN GENERAL DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN DE SALUD
DGSS	DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
DR CAFTA	TRATADO DE LIBRE COMERCION ENTRE CENTROAMÉRICA, LA REPÚBLICA
	DOMINICANA Y LOS ESTADOS UNIDOS
FES	FRIEDRICH EBER STIFTUNG
FG	FONDO GLOBAL
FIS	FONDO DE INVERSIÓN SOCIAL
FMI	FONDO MONETARIO INTERNACIONAL
FMM	FUNDACIÓN MIRNA MACK
FONAPAZ	FONDO NACIONAL PARA LA PAZ
FRDC	FONDO REGIONAL PARA EL DESARROLLO COMUNITARIO
GDR	GOBIERNO DE LA REPÚBLICA
GGAF	GERENCIA GENERAL ADMINISTRATIVO FINANCIERA
IDEI	INSTITUTO DE ESTUDIOS INTERÉTNICOS
IGSS	INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
INCAN	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
INDES	INSTITUTO DE DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL
INE	INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
INS	INSTANCIA NACIONAL DE SALUD
MFP	MINISTERIO DE FINANZAS PÚBLICAS
MISEREOR	OBRA EPISCOPAL DE LA IGLESIA CATÓLICA ALEMANA PARA LA COOPERACIÓN AL
	DESARROLLO
MSPAS	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
ODM	OBJETIVOS DEL MILENIO
ODRH	OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS
OMS	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

ONGs	ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES
OPS	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
PDR	PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA
PEA	POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA
PEC	PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA
PET	POBLACION EN EDAD DE TRABAJAR
PMSS-I	PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD - I
PMSS-II	PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD – II
PNUD	PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO
PO	POBLACIÓN OCUPADA
POA	PLAN OPERATIVO ANUAL
PROAM	PROGRAMA DE ACCESO A MEDICAMENTOS
PSS	PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
RDG	REPÚBLICA DE GUATEMALA
SEGEPLAN	SECRETARÍA GENERAL DE PLANIFICACIÓN ECONÓMICA
SGCNPE	SECRETARÍA GENERAL DEL CONSEJO NACIONAL DE PLANIFICACION ECONÓMICA
SIDA	SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA
SILOS	SISTEMAS LOCALES DE SALUD
SNTSG	SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE SALUD DE GUATEMALA
SOSEP	SECRETARÍA DE OBRAS SOCIALES DE LA ESPOSA DEL PRESIDENTE
UNAERC	UNIDAD DE ATENCIÓN AL ENFERMO RENAL CRÓNICO
UNFPA	FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
UNICAR	UNIDAD DE CARDIOLOGÍA
UPE	UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA
USAC	UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
USAID	AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL
VIH	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Índice de Informantes Clave

Informante Clave N° 1, 2008

Médica de consulta externa; 25 años de experiencia con el ministerio bajo contrato de personal permanente (renglón 011); los últimos ocho años compatibiliza clínica privada con burocracia; tres años con ONG; seis meses bajo contrato por servicios (renglón 182); experiencia en dirección de centros de salud y programa de extensión de cobertura;

Informante Clave N° 2, 2009

Médico de consulta externa de ocho horas; seis meses en centro de salud (primera experiencia); veinte años en lo privado; experiencia en salud mental; contrato anual por servicios; no prestaciones laborales; ha sido director del centro de salud y el principal candidato a suplir al actual jefe de distrito y del centro de salud; mejor considerado que el jefe actual;

Informante Clave N° 3, 2009

Médico de consulta externa de ocho horas; expresa que cualquier estudio si no es útil es basura (aludiendo a la investigación luego de haberle explicado en qué consiste la misma); actitud un tanto defensiva; su lema es que si los estudios o datos no sirven para cambiar cosas, es pura basura; algo auto-medico-céntrico; pienso me asocia a supervisión por cercanía a la jefa de área de salud y percibo que con cierta regularidad arguye justificaciones sobre falencias y necesidades disfrazándolas en su discurso; su participación mera cantinflasca, no terminaba muchas de las oraciones que inició; verbalmente agresivo al final hacia el estudio; egocentrismo; denota mucha agresividad contra el jefe;

Informante Clave N° 4, 2009

Médico de consulta externa de cuatro horas; vive en la cabecera municipal donde se ubica el centro de salud; tiene contrato 011; tiene clínica privada aunque no atiende de manera regular,

Informante Clave N° 7, 2008

Médica, autoridad técnica de una unidad del área de salud Guatemala Nororiente, responsable de la supervisión y monitoreo de los centros y puestos de salud.

Informante Clave N° 8, 2008

Autoridad técnica de supervisión de centros de salud del área de salud Guatemala Nororiente, con experiencia en la conducción y fortalecimiento técnico del medio ambiente.

Informante Clave N° 9, 2009

Grupo de tres mujeres familiares que pasaron consulta médica. Mujeres madre de alrededor de los 50 años de edad y dos hijas entre los 15 y 25 años de edad.

Informante Clave N° 10, 2009

Médica autoridad de distrito de salud, con casi 30 años de experiencia en el nivel ejecutor. Con contrato 011. Actitud muy abierta al diálogo. Permite tomar fotografías y explica los problemas del rellenado de expedientes y condiciones de trabajo con exhaustividad. Coopera ampliamente con el investigador a quien conoce. Participó en los equipos técnicos que impulsaron el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) entre 1996-2000.

Informante Clave N° 15, 2009

Mujer de alrededor de los 50 años de edad. Acude sola al centro de salud por problemas de control de hipertensión arterial. Usuaria de servicio de salud. Permisiva a la entrevista. Ella inició el diálogo con el entrevistador.

Informante Clave N° 16, 2009

Mujer de alrededor de los 60 años. Acude al centro de salud por problemas pulmonares. Vive en el área cercana al centro de salud.

Informante Clave N° 18, 2009

Entrevista colectiva (4 mujeres) en el área verde del centro de salud. Todas se muestran dispuestas a hablar. Son vecinas del centro de salud. Dos de ellas parecen de unos cuarenta años de edad y las otras dos de entre 50 y 60 años. Una de ellas, de las más jóvenes, lleva consigo a dos niños de entre 5 y 10 años de edad. Todas pasaron por la consulta médica.

Informante Clave N° 19, 2009

Mujer de alrededor de los 25 años. Madre joven con un niño menor de un año. Acude a consulta de control de niño sano (vacunas y evaluación de peso, talla) y por problemas de salud del niño.

Informante Clave N° 20, 2009

Enfermera auxiliar. Mujer de alrededor de los 30 años de edad. Responsable de la atención de pre-consulta. Forma parte de uno de los grupos en conflicto dentro del centro de salud, en particular con la autoridad del mismo.

Informante Clave N° 21, 2009

Responsable de atender la farmacia del centro de salud. Es enfermero auxiliar. Hombre de alrededor de los 25 años de edad. Fácil de trato.

Informante Clave N° 23, 2009

Mujer médica. Consultora de la cooperación internacional que da asistencia técnica a los servicios de salud del país. Responsable de impulsar las nuevas fichas médicas denominadas de registro integral. Ex trabajadora del Ministerio de Salud y con más de 25 años de experiencia.

Informante Clave N° 26, 2009

Médico que labora a medio tiempo (4 horas) en la consulta externa uno de los dos centros de salud estudiados. Vive en la cabecera municipal donde se ubica el centro de salud; tiene contrato 011; tiene clínica privada aunque no la atiende de manera regular.

Informante Clave N° 32, 2009

Usuaria mujer de alrededor de los 25 años de edad. Acude ella a consulta médica, aunque debe llevar a su hijo menor de edad (de unos 3 años de edad) consigo.

Informante Clave N° 33, 2009

Mujer usuaria de alrededor de los 60 años de edad. Con mucha disponibilidad para conversar.

Informante Clave N° 34, 2009

Secretaria de recepción. Mujer de alrededor de los 25 años de edad. Lleva trabajando alrededor de 5 años en el centro de salud. Vive en el municipio.

Informante Clave N° 35, 2009

Hombre médico con 15 años de experiencia dentro del Ministerio de Salud. Autoridad del nivel central. Parte de su trabajo es negociar con las agencias de cooperación financiera internacional.

Informante Clave N° 36, 2009

Mujer de entre 40 y 50 años de edad, ex funcionaria del Ministerio de Salud, con experiencia en la negociación con la cooperación internacional, con experiencia en toda la red de servicios operativos y de programas de salud.

Introducción

Constantemente, las prácticas de salud llevadas a cabo en los establecimientos públicos de cualquier nivel de atención en países de América Latina han sido señaladas por ser de baja calidad, inequitativas, discrecionales, excluyentes, carentes de integralidad, y socioculturalmente no pertinentes (INS, 2002: 2; OPS, 1995b: 21-22). Este tipo de caracterización común a diversos casos nacionales y descrito por diversos autores requiere de mayor información para una mejor apreciación sobre las razones que las explican, a fin de entender si es una condición ‘natural’ de lo público, o si obedece al desarrollo de lo público bajo determinadas circunstancias, contextos y dinámicas sociales en el ámbito de la salud.

La presente tesis tiene por objetivo acercarse a este tema general mediante la indagación específica de los procesos que se desarrollaron en un periodo particular de la historia reciente de Guatemala, y de las condiciones que se consideran determinantes para la producción de resultados como los que aquí se estudian. Con este estudio, se pretende iluminar el caso de Guatemala, así como permitirnos una reflexión más general de la relación entre estructuras y dinámicas políticas en las instituciones de salud.

Este trabajo parte de indagar la relación entre las políticas de salud, su regulación y financiamiento por una parte, y por otra, las dinámicas y los resultados de las prácticas de salud de agentes sociales situados en dos Centros de Salud públicos de segundo nivel (tipo B) en Guatemala. Para llegar a entender esta relación, fue necesario realizar un examen sistemático del trabajo realizado en dos Centros de Salud tipo ‘B’ de San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc, durante el período 1996-2009. Con ello, se quiso conocer y explicar la manera cómo operan los factores estructurantes del sistema político e institucional guatemalteco sobre los actores en sus prácticas y espacios de interacción social. También se quiso investigar cómo estas prácticas, a su vez, modulan a estos factores y los redefinen en el transcurso de las actividades rutinarias de los actores sociales que operan en estos centros, entendidos éstos como agentes sociales que llegan a institucionalizar éstas prácticas y convertirlas en una parte importante del desempeño institucional, esto es, a redefinir la propia política de salud. Para ello, analizo las distintas orientaciones de las políticas de salud seguidas por los diferentes gobiernos guatemaltecos, en tanto que las mismas definen el carácter y horizonte de las acciones de

implementación de las políticas de salud. Además, expongo cómo esos aspectos se concretan objetivamente en las tendencias históricas de su financiamiento, constatando el condicionamiento que éste ejerce sobre el funcionamiento institucional y las condiciones administrativas y de operación de las instituciones de salud apoyados en reglas y mecanismos de carácter jurídico que delimitan los alcances de las prácticas de salud, a la vez que delinear, también legalmente, la figura del usuario. Igualmente, el trabajo analiza la dimensión administrativa, las condiciones materiales del espacio y su distribución y, de manera indirecta, el propio ambiente intersubjetivo de trabajo, condiciones que también se constituyen en un factor importante, tratándose de explicar la dinámica institucional y las formas de entrega del servicio de salud, así como las respuestas que induce por parte del usuario.

Finalmente, y principalmente, se estudian los actores y sus prácticas de salud, en tanto que las mismas suelen estar vinculadas con cierto tipo de diferenciación y representaciones sociales que se manifiestan durante las interacciones sociales, constituyéndose, también, en un factor determinante en la (re)configuración de las políticas de salud, cuando los actores hacen uso de diversos recursos prácticos provenientes de matrices socio-culturales que modifican la forma regulada de implementación de dichas políticas, redefiniendo los alcances de las acciones emprendidas. Se explica de esa manera cómo se re-estructuran los espacios, las condiciones de trabajo, y las mismas políticas de salud.

Metodológicamente, recurrí a estudios de caso más similares, con la intención de ubicar y ordenar aquellas variables que participan, en un primer momento, en la estructuración de los espacios y prácticas de salud, para luego, en un segundo momento, conocer y comprender aquellas otras que operan más allá de la regulación normativa. Para ello, recurrí a diversos métodos y técnicas de investigación que me ayudaron a captar la dinámica de interacción entre trabajadores de la salud y usuarios. Las observaciones participantes y no participantes me permitieron conocer las condiciones físicas de los espacios de interacción, así como identificar y comprender cómo operan las dimensiones implícitas en las políticas de salud. Las entrevistas semi-estructuradas a profundidad y una encuesta proyectiva intersubjetiva me dieron acceso a las representaciones sociales de los actores en torno a las prácticas de salud, los fundamentos de las decisiones sobre la forma de dar y recibir el servicio de salud, y la opinión de los individuos involucrados en un determinado ambiente de trabajo.

Descubrí que las prácticas de salud conjugan en un mismo acto, lugar y momento la (re)producción de servicios y su consumo a partir de la combinación de un ‘trabajo previo’ consistente en los conocimientos, técnicas y tecnologías adquiridos, y otro ‘vivo y en acto’, manifiesto en prácticas concretas socio-históricas y ubicadas. Ello fue útil para comprender la micro economía política de tales prácticas mediante el análisis y la comprensión de los factores que las ordenan, y de aquellos que, a la manera de factores estructurantes, son operados y dinamizados de diferentes formas durante las interacciones entre trabajadores y usuarios.

Este proceso supone la operación y el desarrollo de tres condicionantes que influyen en la estructuración de las prácticas de salud. Por un lado, cobra relevancia la calidad de las relaciones sociales construidas en el tiempo entre usuarios y trabajadores, en tanto que por medio de ellas se define el trato diferenciado entre ellos, permitiendo la generación y el uso de oportunidades a lo largo del proceso de atención. Por otro lado, las dinámicas institucionales, configuradas en el tiempo a partir de las condiciones materiales y de operación y el tipo de relaciones establecidas y proyectadas por la institución son percibidas e interpretadas por la comunidad, asignándoles un significado y uso particular en el servicio público, el cual es reproducido en cada una de las prácticas de salud a lo largo del proceso de atención. El tercer condicionante lo constituyen las condiciones materiales que las políticas de salud definen para los servicios públicos y sus operadores mediante los dispositivos materiales y simbólicos que los caracterizan. El ordenamiento del espacio, la escasez material y el estado del mobiliario reflejan, a lo largo del proceso de atención de salud, las condiciones materiales de carestía, y refuerzan las representaciones sociales del servicio público que los usuarios construyen a partir de esa realidad material.

Aunque las prácticas de salud puedan estar estructuradas en cuanto a sus formas, no lo están del todo en su contenido. En ellas intervienen otros factores que permean las interacciones sociales según el tipo de relaciones sociales que, a lo largo del tiempo, se hayan establecido entre trabajadores y usuarios. En los Centros de Salud San Julián y San Pedro, se desarrollan prácticas de salud dentro de los límites de un condicionamiento material importante, pero que, sin embargo, permite la incursión de otras prácticas no contempladas formalmente, y que lejos de ser paralelas o ajenas, contribuyen no sólo a cumplir con la planificación operativa institucional, sino

agregan valor a las políticas de salud aún dentro de las dificultades que los sujetos encuentran en su bregar cotidiano.

Dentro de cada uno de los espacios de estos centros de salud, mostraré que se desarrolla una serie de **prácticas de salud** de diverso orden y contenido integradas en un todo coherente, aunque no del todo ajustado a la reglamentación institucional. De ahí que los trabajadores recurran a formas procedimentales alternativas que resultan ser de amplio dominio y uso, tales como el uso de papel de desecho, las muestras médicas para paliar la frecuente escasez de medicamentos en dichos centros, y los pequeños favores que obvian toda normativa institucional. De esta cuenta es que el tipo de mobiliario, instrumentos, medicamentos, camilla, etc., connotan no sólo el tipo de actor competente y capaz que se espera que deba utilizarlos en beneficio de los usuarios durante las prácticas de salud, sino denotan el tipo de recursos que las políticas definen y a los cuales estos actores pueden acceder.

Capítulo I

Planteamientos teóricos y metodológicos de la investigación.

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1. La situación de las prácticas de salud en el período 1996-2009.

En Guatemala, la atención de baja calidad de los servicios públicos de salud ha sido una constante, podría decirse, un rasgo histórico incluso después del cambio de modelo de atención de salud ocurrido en 1996. Estas prácticas tienen su razón de ser a partir de la confluencia de una variedad de factores que participan activamente en los espacios y prácticas de salud. Entre los más frecuentemente señalados están la falta de o menoscabo de infraestructura física pública, la feudalización institucional que ha albergado constantes luchas internas por la acumulación de poder, la centralidad de esfuerzos sobre los procesos administrativos internos y no sobre las condiciones para alcanzar los resultados previstos de las políticas, la insuficiente disponibilidad de los insumos, el maltrato a los pacientes, la corrupción, la impunidad, la escasez numérica de la fuerza de trabajo, el estancamiento del desarrollo de los recursos humanos, y la inadecuada utilización de la información de salud para orientar la (re)organización y ejecutoria sanitaria. (OPS, 1995b: 20-22).

También se ha señalado el nivel profesional bajo de los agentes institucionales, las decisiones y prácticas ‘discrecionales’ que éstos constantemente ejercen en la implementación de la política o la prestación de los servicios, modificando la forma y el resultado global de las políticas de salud (Rabanales, s/f). Las razones de tales “desvíos” usualmente se han asociado a las deficiencias y al autoritarismo de los trabajadores, profesionales o personal de base, así como a las restricciones materiales y financieras. En otras palabras, las *prácticas de salud* han operado bajo limitantes administrativas, de recursos, de organización, de decisión y autoridad, de concepción paradigmática y técnica de la salud, y del posicionamiento y la acción política de los trabajadores a todo nivel de atención, independientemente de la jerarquía institucional. Las acciones para corregir o

reducir tales prácticas al nivel de políticas se han orientado hacia nuevas definiciones, y en la práctica, se han centrado en intervenciones dirigidas a fortalecer el aspecto técnico-instrumental de los trabajadores al nivel gerencial y de planificación institucional, buscando con ello mejorar la eficiencia y eficacia de la implementación.

Sin embargo, los resultados de las políticas y de estas intervenciones parecieran no haber generado cambios sustantivos que impacten las prácticas en salud y su ejecución para mejorar los resultados previstos en las políticas de salud. Además, tampoco éstas han modificado las condiciones que dan sustento al tipo de prácticas que hasta ahora han caracterizado la atención de salud en los espacios públicos sanitarios con atenciones medicalizadas, falta de prevención e incapacidad para llegar a sectores de la población y a satisfacer sus necesidades.

La población guatemalteca para el año 2008 se estimó en 13,677,815 habitantes, de los cuales el 51.2% son mujeres y 48.8% hombres. Además, casi el 41.0% de la población era indígena, y 59.0% ladinos. En el país existen 22 etnias de origen Maya. Cinco de los veintidós departamentos que conforman el país poseen población indígena entre 75% y 100%, y otros cuatro entre 75% y 50%, regiones que coinciden con los mayores índices de pobreza y exclusión social. Algunos indicadores del período 1986-2008, revelan las condiciones extremas de la situación de salud de la población: la tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años solamente se redujo de 57.9% al 43.4%; la tasa de mortalidad infantil ha descendido de 79 a 34 por mil nacidos vivos; y la mortalidad materna de 219 a 148.8 por mil (PNUD, 2010; OPS/OMS, 2008; PNUD, 2005; INE, 2003).

Esta realidad es el contexto en que se desempeñan los centros de atención sanitaria del país, públicos o privados, particularmente en el caso que nos ocupa, los hospitales y centros de salud de distintos niveles de atención. Si bien se puede observar un cambio de políticas y un cambio de modelo de atención a partir de 1996, las prácticas de salud han seguido siendo objeto de críticas, y han enfrentado contantes dificultades para ofrecer una mejor calidad de la atención, y alcanzar los objetivos de las políticas y de los programas sanitarios diseñados (Verdugo, 2005b [2000]).

En el periodo reciente que parte de esta fecha, las prácticas de salud públicas llevadas a cabo por personal institucional generalmente conservan el estigma que han tenido anteriormente, tanto entre los usuarios como entre los mismos trabajadores de la salud, de ser abusivas, erradas, ineficientes, discrecionales, al margen de las normativas oficiales, inmunes a sanciones administrativas efectivas, generadoras de costos de transacción extraordinarios, corruptas, impunes y difíciles de erradicar, especialmente aquellas relacionadas con el personal médico.

No obstante que este conjunto de ideas sobre las prácticas en los centros públicos de salud siguen siendo objeto de polémica y disyuntiva, y a pesar de los esfuerzos y acciones (no siempre atinadas) que se han hecho por modificarlas, las mismas forman parte del empeño institucional, y resuelven gran parte del trabajo sanitario formal del país. En los centros de salud se sigue cumpliendo con la producción de servicios y la dispensación de medicamentos. Estos centros de atención siguen siendo entre los mayores contratistas de fuerza de trabajo, y sigue habiendo cierto grado de aceptación por parte de los usuarios. En otras palabras, podría decirse que hay un cumplimiento regular con el trabajo y el logro de metas que son aceptables por la población pobre de ciudadanos de segunda categoría que acuden a estos centros.

A partir de todas estas consideraciones, se decidió realizar un acercamiento sin pretensiones de evaluación que pueda mostrar la manera en que participan los diversos factores que confluyen en el proceso de atención, y que contribuyen a la estructuración y dinámica de los actores, usuarios y trabajadores en torno a las prácticas de salud en estos espacios públicos de atención sanitaria, en un momento particular de la historia de Guatemala. Para ello, nos propusimos estudiar este proceso durante el período 1996-2009 en dos centros de salud B, ambos ubicados al norte del país en los municipios de San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc del departamento de Guatemala. Ubicamos la situación de estos centros en el marco de determinados antecedentes del sistema de salud y de la historia del país, y en particular, en los determinantes de las políticas de salud, las leyes y las reglamentaciones adoptadas durante el periodo de análisis que estructuran los procesos de atención. Nos interesó conocer los procesos y las dinámicas particulares que se desarrollan en dichos centros de salud como procesos socialmente determinados, pero en los que los

actores tienen cierta independencia en la formulación de propuestas o cambios a la propia política en su ejecución.

De ahí que la pregunta de investigación planteada fue **¿Cuáles fueron los cambios acontecidos en las políticas de salud, la reglamentación, y las instituciones en el periodo 1996 - 2009, y en qué medida estructuraron y dinamizaron las prácticas de los actores que participan en micro-espacios tales como los Centros de Salud tipo B San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc seleccionados para ser estudiados?**

Las preguntas que guiaron esta investigación se derivan en tres vertientes interdependientes. La primera considera los dispositivos que estructuran y dinamizan los espacios de atención y prácticas de salud, y da cuenta de las políticas de salud oficiales, su financiamiento, y reglamentación durante este periodo. En el caso de las políticas de salud, el trabajo indaga sobre cuáles fueron los contenidos, orientaciones, valores y expectativas de las políticas, así como quiénes fueron los actores principales en la ejecución de las mismas. Seguidamente se describe cómo se financiaron las políticas a lo largo del período de estudio. Posteriormente se describe cómo se regularizaron las prácticas de salud mediante la red de disposiciones legales construidas desde el gobierno. Para tales efectos, se investigó cuáles fueron los aspectos de cambio más significativos dentro de la reglamentación oficial de la salud, y qué implicaciones tuvieron.

La segunda vertiente se relaciona con los espacios estructurados, las instituciones de salud y sus condiciones de administración, financiamiento y operación que se suponen derivan de los factores estructurantes anteriores. Se indaga, por un lado, sobre las condiciones materiales en que se producen las prácticas de salud que se derivan de las determinaciones generales de la política, y por otro, sobre las relaciones intersubjetivas en los espacios públicos donde se dan y reciben los servicios de salud ¿Cómo operan y se dinamizan estos espacios?, y ¿Cómo se generan prácticas dentro de estas instituciones? ¿Cuáles son los elementos que contribuyen a mejores o peores resultados en términos de la calidad de atención?

En cuanto a la tercera vertiente --los atributos propios de los trabajadores institucionales y usuarios-- nuestro objetivo fue dar voz a éstos para conocer, desde sus

propias expectativas, roles o funciones, cómo interactúan en estos espacios, qué los mueve a definir y decidir alternativas de acción en la forma cómo entregan los servicios de salud, y cuáles son sus márgenes de libertad o independencia. ¿Cuáles son las representaciones sociales en torno a las instituciones de salud que tienen los actores, y cuáles son las que tienen los otros participantes? ¿Qué significado tiene tanto para unos como los otros las condiciones objetivas y subjetivas que estructuran las prácticas de salud? Finalmente ¿Cuáles son, en la opinión de los trabajadores, las consecuencias de tales acciones en la resolución de los problemas de salud o de otro tipo?

1.1.2. Los objetivos de la investigación.

Objetivo General

El objetivo general de esta investigación es dar cuenta de la relación entre las políticas de salud, su reglamentación y el financiamiento por una parte y las dinámicas y resultados de las prácticas de salud en tanto procesos de implementación, por otra, en dos centros de salud públicos tipo B en Guatemala durante el período 1996-2009. Sus objetivos particulares son:

- a. Describir las características de las políticas de salud en Guatemala que enmarcan los espacios de atención y las prácticas de salud.
- b. Dar a conocer las disposiciones legales y normativas que organizan los espacios y las prácticas de salud.
- c. Describir las características físicas y materiales de los servicios y sus condiciones de operación.
- d. Conocer las percepciones y las actuaciones de trabajadores y usuarios que dinamizan estos espacios y las prácticas de salud con sus relaciones.

1.1.3. La hipótesis de investigación.

La **hipótesis que vertebra el estudio** es que, aún en el marco estructurante de dispositivos socio-históricos y sanitarios de orden ideológico, político, jurídico, económico e institucional que el Estado guatemalteco ha diseñado para su implementación en espacios

estructurados, los actores encuentran y desarrollan formas alternativas complementarias para resolver gran parte de las situaciones cotidianas de atención de salud que enfrentan, aun cuando las mismas parecieran incongruentes con las convenciones sociales e institucionales vigentes. Las mismas no sólo responden a una exigencia dictada por las limitaciones estructurales de las políticas y de las instituciones de salud, sino también por la manipulación de las situaciones de interacción a partir de la operación de otras convenciones sociales y de oportunidades que las condiciones y dinámicas institucionales ofrecen. La renovación constante de tales acciones informales paralelas supone un nivel de institucionalización y legitimidad y de acuerdos tácitos que operan fuera del marco institucional legal.

1.2. El estado del arte en el estudio de la entrega de servicios públicos

El estudio de los espacios y prácticas de entrega de servicios públicos ha gozado de análisis amplios y variados. Los análisis sobre la implementación de políticas y programas sanitarios gubernamentales han conducido al estudio de las prácticas de salud institucionalizadas y desarrolladas entre empleados públicos y usuarios.

Desde un enfoque socio-antropológico, las prácticas de salud que se orientan a transformar las condiciones de morbilidad o del medio ambiente han sido vinculadas tanto con los dispositivos creados por el Estado para legitimar su intervención sobre el usuario y sus padecimientos (Menéndez, 1981: 1) como a prácticas sociales más amplias dentro de las cuales se insertan, lo cual explica porqué tales prácticas de salud van más allá de su estricta dimensión instrumental (Donnangelo, 1994: 17).

La primacía de las prácticas de salud institucionales ha sido vinculada a un modo particular de entender y abordar la atención de salud mediante prácticas instrumentales hegemónicas basadas en la ciencia, y excluyentes, ideológica y jurídicamente de prácticas fundamentadas en modelos “alternativos” de atención. Estas prácticas hegemónicas han sido cuestionadas por sus implicaciones en términos de costos, incentivos al consumo exagerado de tecnologías médicas, ineficacia, baja calidad, y reproducción del modelo económico capitalista. (Menéndez, 1984: 2-3; Menéndez, 1981: 1)

Dentro de este marco general, algunos estudios han recalcado la diversidad de enfoques disponibles para abordar el estudio de las prácticas de salud, especialmente en aquellos programas sociales donde se ha señalado la falta de condiciones y recursos para la atención, y el estigma que sufren los usuarios, como quienes padecen el VIH/SIDA (Pla et al, 2007; Bronfman, Leyva y Negroni, 2004). Además, las dificultades para lograr que los trabajadores de salud ofrezcan servicios de atención de salud de calidad se han asociado a la dificultad enfrentada por el Estado y las instituciones públicas para asegurar las condiciones materiales de una atención de ese tipo, reflejada en la carencia de insumos y la falta de cultura organizacional orientada hacia la calidad, aun cuando sea adecuado el desempeño técnico de los trabajadores (Castro, 2008: 384-385).

Algunos estudios que analizan las discrepancias entre la práctica y lo reglamentado por la normativa institucional señalan la existencia e influencia política en la promoción del personal, las prácticas racistas y discriminadoras en la contratación de personal, la práctica de contratar personal con aval político, clientelar, amiguismo, de compadrazgo o de nepotismo, y la influencia de criterios subjetivos y discrecionales en la evaluación del desempeño del personal (MSPAS, 2005b: 3; Rabanales, s/f: 11-13, 15-16).

Otros autores se han enfocado en las prácticas de salud interpretadas desde la coexistencia de dos racionalidades: la simbólica y la biomédica. En sociedades multiculturales, éstas se utilizan conjuntamente para comprender el padecimiento o la enfermedad, y las formas de restablecer la salud. Lo importancia de este enfoque radica en reconocer que los conocimientos sobre técnicas y terapias que han pervivido en la memoria colectiva son saberes sincréticos que identifican y señalan la pertenencia a la cultura de los usuarios (Mosquera, 2006: 211-212; Asturias, 1958: xiv), y que son utilizados en las interacciones con curadores de la medicina ya sea biomédica o alternativa, funcionando como transacciones institucionalizadas, internalizadas y objetivadas mediante la asignación de significados y sentidos particulares (Osorio, 2001: 23).

Igualmente, se han señalado las limitaciones, en términos de impacto y efectividad, de las prácticas de salud biomédicas e individuales en la atención de la salud de la madre y el niño, y en la malnutrición cuyas determinantes están asociadas a factores ambientales en

un sentido amplio, tanto político, económico, social como administrativo (Mata, 1976: 45-46; Behar, 1972: 101-102).

La comunicación entre trabajadores de salud y pacientes durante la atención médica también ha sido objeto de análisis. Desde esta perspectiva, se habla de las “transferencias y transferencias contrarias”, entendidas como el condicionamiento que genera un primer encuentro atento o irrespetuoso, y las expectativas que eso genera para los siguientes encuentros, tanto para el trabajador de salud como para el usuario (Mosquera y Kolstrup, 2006: 127).

Otros estudios han mostrado la asociación de dependencia entre las prácticas de salud institucionales y la tecnología a la cual se recurre durante los encuentros entre usuarios y trabajadores de la salud pública, especialmente, cuando se trata de enfermedades poco frecuentes pero asociadas a paquetes tecnológicos complejos y, por consiguiente, más costosas y de dudosa eficacia. (Alburez, 2002: 2; Pinheiro, 2001: 76).

Diversos autores han cuestionado las asimetrías en términos de eficiencia, efectividad, calidad y adecuación cultural entre las prácticas institucionales y tradicionales realizadas entre practicantes –médicos y curanderos tradicionales respectivamente- y usuarios (Ramos y Figueroa, 2008; Mosquera, 2006; Pinheiro, 2001; Menéndez, 1990, 1981). Además, algunos estudios sobre las prácticas de salud en servicios públicos han reportado profundos cambios en la mística de trabajo, la falta de reciprocidad entre la institución y el trabajador, la falta de programas de motivación, la insuficiencia de insumos, recursos y personal, la falta de supervisión y de sanción al personal que presta el servicio con maltrato verbal, así como el exceso de trabajo administrativo. También han sido señaladas la falta de pertinencia cultural y la exclusión que se hace desde la institucionalidad pública, sobre todo en países multiculturales (PNUD, 2005: 178-182; PNUD, 2002: 300-302).

Ahora bien, los nuevos abordajes puramente administrativos, orientados a modificar las prácticas tradicionales desarrolladas en el ámbito público han recibido un enorme impulso en las últimas tres décadas. Desde ellos se ha resaltado la necesidad y prioridad de fortalecer los distintos roles (productor, innovador, integrador y gestor) que deben

desempeñar los trabajadores públicos en aras a la eficiencia de la gestión y eficacia de los programas gubernamentales, y como respuesta a la deteriorada imagen de los servicios públicos, caracterizada por la corrupción, una cuestionada eficiencia y la falta de confiabilidad y legitimidad (Molina, 2004: 11; Monroy, 2002; Madrid, 1996: 1-2).

Otros estudios han remarcado el (re)perfilamiento del trabajador público que connote su responsabilidad en el logro de la eficiencia operacional mediante resultados, que sea capaz de identificar necesidades institucionales de cambio y proponer nuevas respuestas, que genere alianzas y construya redes para la acción, y que pueda incrementar sus competencias interpersonales de liderazgo y de gestión de los entornos y equipos de trabajo más allá de las habilidades técnicas (Bermejo, 2002: 1; Vásquez, 2002: 2-3, 20; Richardson, 2001: 1-2; Madrid, 1996: 1-2). Diversos autores han insistido en la centralidad de este “nuevo” funcionario, un gerente social estratega y un prestador de servicios comprometido con el valor social mediante sus interacciones con los ciudadanos (Mokate y Saavedra, 2006; Cortázar, 2006; Cortázar, 2005: 1-3; Kelly y Muers, 2003: 1-9; Flores, 2002: 1-2; Richardson, 2001: 1-2).

De ahí que esta visión gerencial de la administración pública haya querido proyectar a las organizaciones ejecutoras de políticas como “socios amigable” para los usuarios, remplazando las reglas y mandatos que rigen sus interacciones por prácticas de carácter empresarial que mejoren las prácticas de entrega de servicios públicos. Para ello, proponen reformas orientadas al fortalecimiento de la capacidad institucional, la profesionalización de los trabajadores, el uso de información para una mejor definición de las necesidades del usuario y, por ende, a la calidad de las políticas públicas y efectividad de los mecanismos de motivación (Lecay, 2002: 1-2; Loscos: 2002: 1; Jarquín, Herrera y Gutiérrez, 2002: 3-7; Guillezeau: 2002: 1-6; Hintze, 2001: 1-3).

También se ha señalado la influencia del tamaño del sector público para enfrentar el reto de las exigencias de esta nueva administración pública, especialmente de aquellos centros de atención pequeños y mal dotados en los cuales las condiciones de operación ofrecen pocos incentivos para la adscripción y estabilidad de los trabajadores, especialmente en aquellos casos en los cuales, dada la flexibilidad laboral, éstos son

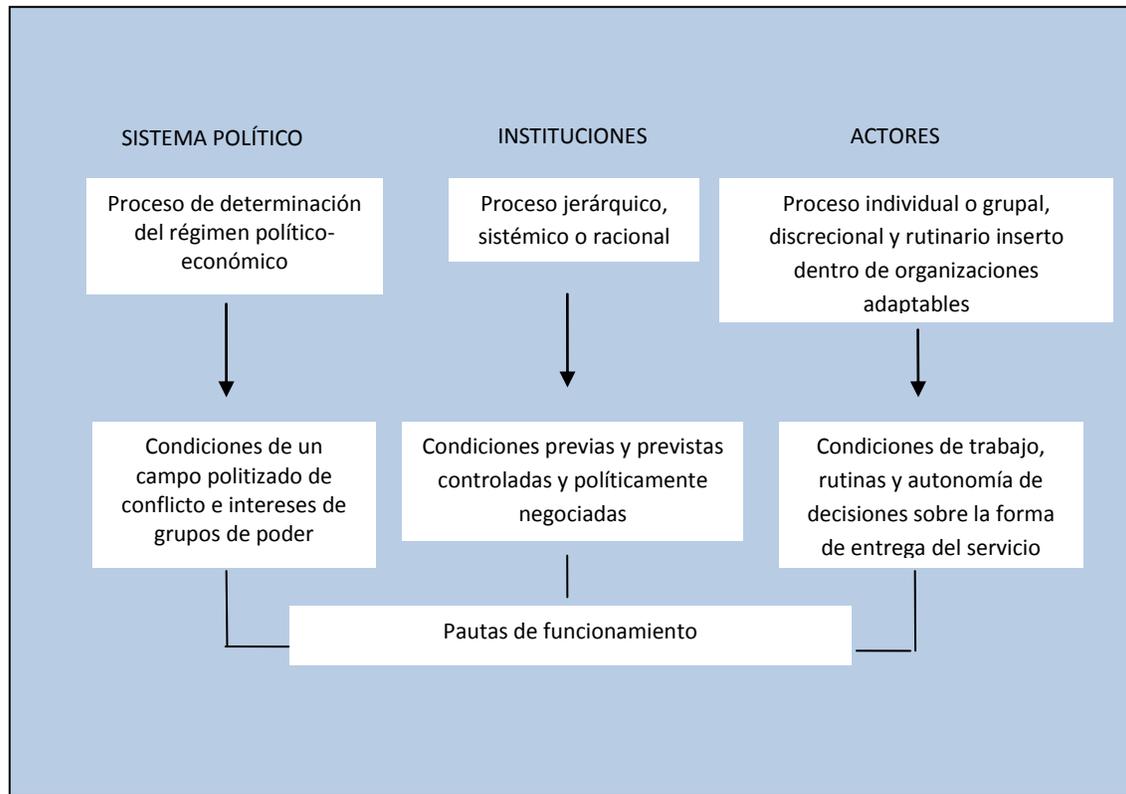
tratados, y se comportan como trabajadores informales en tanto no disfrutan de ningún derecho laboral (Ariza, 2002: 21-22).

Las posturas de la nueva administración pública, sin embargo, no son más que una aspiración utópica fundamentada en la visión de mercado con la cual se habrán de producir bienes y servicios, pero con un trasfondo a-histórico y descontextualizado de las condiciones sociales bajo las cuales opera dicho mercado.

1.3. Estrategia teórico-metodológica alternativa para los estudios de implementación de políticas

El exiguo éxito logrado en la implementación de las políticas públicas ha sido asociado con las limitaciones impuestas en su diseño y a la perennidad de prácticas administrativas que distorsionan su ejecución. Así, la disociación entre las acciones diseñadas y los resultados previstos en las prácticas de implementación está vinculada a problemas de diverso orden que han sido estudiados principalmente desde tres perspectivas: desde el sistema político, desde las instituciones y desde los actores. (Gráfica 1.1.).

Gráfica 1. 1.
Tres perspectivas de la implementación de políticas: estructurales,
institucionales e individuales.



Fuentes: Elmore, 2003a; O'Tool, 2003; Pressman y Wildavsky, 1988; Lipsky, 1980; Oszlak, 1980; Grindle, 1980; Oszlak y O'Donnell, 1976; Mechanic, 1962; Selznick, 1949.

1.3.1. Los abordajes teóricos desde el sistema político

El enfoque político es un abordaje macro-analítico según el cual el régimen político estructura y dinamiza las políticas públicas, constituyéndose éstas en intermediarias entre el Estado y la sociedad, con una importante mediación por el mercado. Para ello, la política adoptada –con o sin debate– parte de ciertas premisas o ideas fuerza que influyen en la estructuración de las organizaciones y las interacciones sociales que ellas albergan.

La implementación de las políticas públicas no puede entenderse sin la referencia a este contexto político-económico que les sirve de marco dotado de un alto poder explicativo de la dinámica estatal, social y de las políticas pasadas y actuales. Esto permite

comprender “los procesos de surgimiento, desarrollo y resolución de las cuestiones sociales, dentro de las cuales las políticas públicas cobran sentido” (Oszlak, 1980: 1). Este enfoque da una importancia cardinal al contexto político y social en la definición del proceso de implementación de políticas públicas, considerando a éstas como una arena política en la cual diversos actores luchan por obtener o mantener el control sobre ciertos recursos que les permitan definir la problemática, formular mecanismos para su resolución, e impulsar y orientar las acciones de intervención (Elmore, 2003a; Oszlak, 1980; Grindle, 1980; Oszlak y O’Donnell, 1976).

Los análisis pioneros ofrecidos con base en este enfoque han señalado el impacto de factores derivados de las condiciones históricas de los Estados sobre la implementación, resaltando el rol fundamental que juegan ciertos actores políticos, económicos y militares bajo el denominado “*mènage a trois*”¹ (Oszlak y O’Donnell, 1976), así como el impacto de los contextos sociopolíticos y actores locales sobre la organización pública y de ahí sobre los empleados públicos, la orientación y curso de una política pública (Grindle, 1980; Selznick, 1949).

Así, los procesos que dominan en la fase de implementación tienden a ser en esencia políticos aunque eso varíe dependiendo bajo cual régimen político se gobierna, y cual tipo de políticas lo caracteriza. La búsqueda de mecanismos para que los procesos de reforma modernicen al Estado ha explicado la orientación que las administraciones públicas han tenido hacia la eficiencia, la (re)organización social y, sobre todo, hacia la estabilización del contexto social. Ello requirió, en algunos países, de una mayor expansión, tecnificación y burocratización del aparato público cuya finalidad fue el control social y la intención, por parte de los grupos dominantes en el poder, de convertir al Estado en un ente empresarial (Oszlak, 1980; Oszlak y O’Donnell, 1976). Sin embargo, no obstante esta intención, muchas burocracias no consiguieron desarrollarse ni cumplir con los “requisitos mínimos de una burocracia” (Ariza, 2002).

¹ Con esta expresión estos autores señalaban la figura política que orientó los destinos económico y social en los países Latinoamericanos durante buena parte del siglo pasado, la cual estuvo constituida por elites militares, políticas y económicas nacionales, los capitales internacionales arraigados en dichos países y los grupos más dinámicos campesinos y urbanos burgueses (Oszlak y O’Donnell, 1976: 3-5).

Otros autores han señalado que el éxito del proceso de implementación de la política está determinado por fuerzas que influyen en las estructuras y dinámicas institucionales ordenadas racionalmente en términos de sus metas, por lo que la organización implementadora terminaría por “ajustarse” a las condiciones del contexto social más inmediato, “manipulando personal, fondos y símbolos” (Selznick, 1949) para alcanzar sus objetivos. Esto hace necesaria la comprensión del contexto político-administrativo que envuelve al proceso de implementación en los resultados de los programas públicos (Grindle, 1980). También se ha señalado el papel crucial de las capacidades del Estado en la determinación de la ejecución de las políticas públicas: capacidad política para responder a las demandas sociales; capacidad técnica, para el manejo de opciones y de lo macroeconómico; capacidad institucional, para implantar y mantener las reglas de interacción socio-económica; y capacidad administrativa que permita la entrega adecuada de bienes y servicios (Grindle, 1996). Más tarde, otros autores enfatizaron la primacía de las capacidades políticas y administrativas como componentes fundamentales de la capacidad estatal para gestionar el espectro del ciclo de las políticas públicas (Repetto, 2004; Martínez, 2002). Sin embargo, centrar la determinación del desempeño de las organizaciones que implementan políticas en el carácter de régimen político puede restringir la visualización de otras influencias en la implementación como son las alternativas de acción interna o externa. En el plano interno, esta orientación tiende a desconocer las presiones políticas que los diversos grupos de burócratas ejercen atendiendo a sus intereses, en ocasiones contrarios a los de las propias organizaciones, pudiendo tener un efecto directo y distorsionador sobre el proceso de implementación. En el plano externo, los grupos comunitarios no sólo pueden llegar a cuestionar la autoridad de la organización que implementa las políticas, sino exigir ser actores partícipes en la implementación de la política a partir de la posesión de ciertos recursos necesarios para el éxito de ésta. Estas respuestas son lo que las autoridades de organismos públicos buscarán cooptar para asegurar el proceso y resultados de la implementación (Grindle, 1980).

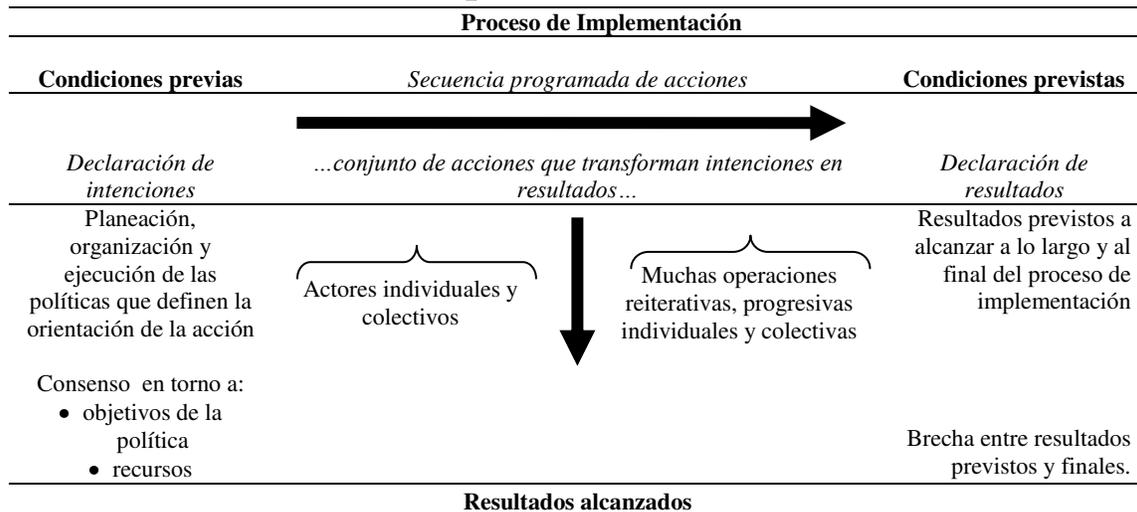
Dentro de este plano, la administración de los servicios públicos en América Latina ha transitado por diversas formas de dependencia con respecto al Estado. Sin embargo, la influencia de los gobiernos militares, democráticos o populistas cimentó patrones

burocráticos corporativistas que definieron y condicionaron la estabilidad laboral de los trabajadores del Estado, subordinándola al orden político. Además, las designaciones y ascensos dentro de las burocracias se llevan a cabo generalmente sin la mediación de concursos o criterios de méritos, por lo que muchas de las agrupaciones sindicales de empleados públicos terminaron por ser cooptadas políticamente por los gobiernos en turno (Orlansky, 1991: 3-4). Pese a que cada nuevo gobierno hereda burocracias pre-existentes que operan con sus varias capas generacionales de funcionarios modeladoras de su dinámica interna, e influenciada por los regímenes políticos y gobiernos anteriores, este enfoque sigue vigente, en tanto que se lo sigue considerando como una forma válida para estudiar y comprender el proceso de implementación de políticas públicas (Oszlak, 2009; BID, 2006; Reppeto, 2004; Martínez, 2002; Oszlak, 1980).

1.3.2. Los abordajes teóricos desde las instituciones

El segundo enfoque (Gráfica 1.2.) de carácter meso-analítico sobre el proceso de implementación, y denominado jerárquico, “Top-down” o sistémico, admite la capacidad de una institución para transformar una declaración de intenciones en resultados apreciables y medibles. Es la conexión causal entre eslabones técnicos, conductuales, de resolución de conflictos y de negociación, entre otros, orientados hacia resultados previstos, considerando las restricciones que las opciones de acción elegidas necesariamente imponen (Pressman Wildavsky, 1988: xv, 206-208; Aguilar, 2003a: 44-48).

Gráfica 1. 2. Proceso de implementación como sistema.



Fuentes: Pressman y Wildavsky, 1988: xv, 206-208; Aguilar, 2003a: 44-48.

Ésta ha sido la concepción mayormente difundida sobre el proceso de implementación, el cual se considera como una cadena de eventos vinculantes, concatenados y orientados hacia la consecución de ciertas metas y objetivos previamente acordados y definidos desde el nivel político-normativo, y restringidos por ciertas condiciones organizacionales y contextuales que influyen en el nivel operativo organizacional, afectando la forma en que se llevan a cabo las actividades programáticas.

Este abordaje se enfoca en las organizaciones públicas ejecutoras y las reglas de operación que las caracterizan. Es el más difundido, y fundamenta los proyectos más pujantes de fortalecimiento institucional, principalmente los basados en la nueva gerencia pública y el llamado Management Estratégico (BID, 2006; INDES 2003). Bajo este enfoque, la implementación se considera un evento procesual, dirigible y controlable desde la cúspide político-administrativa mediante un diseño de límites normativos, programáticos y organizativos que no sólo definen el horizonte de la política, sino también, orientan la intención de las acciones a ser ejecutadas por los trabajadores públicos, mediante la definición lógica y coordinada de los procesos administrativos que deben seguirse para la consecución de las metas previamente proyectadas (Majone y Wildavsky, 1998). Desde esta perspectiva, basta con tener un problema público teóricamente bien sustentado, unos

objetivos claramente definidos, un programa técnicamente bien diseñado y la correspondiente dotación de recursos e insumos para desencadenar una secuencia jerárquica de acciones programadas y obedientemente acatadas y ejecutadas por los empleados locales, quienes, finalmente, transforman las intenciones políticas en los resultados previsibles (BID, 2006: 3-6; Sabatier y Mazmanian, 2003: 323-372; Rein y Rabinovitz, 2003: 147-184).

Estos intentos actuales por impulsar mediante los procesos de “modernización administrativa”, esta vieja racionalidad administrativa, han encontrado asidero en las propuestas del Public Choice y en el Neo-institucionalismo (BID, 2006; Orlansky, 1991), así como en la Nueva Gerencia Pública, la Gerencia Estratégica y la generación de valor público (Cortázar, 2005; Mokate y Saavedra, 2004; Moore, 1995). Todas estas modalidades han sido impulsadas por las agencias multilaterales de financiamiento. De ahí el énfasis que recientemente han recibido los sistemas de ascensos y designaciones internos basados en criterios de mérito profesional o técnico (titulaciones, entrenamientos, logros, etc.), representando un intento más por superar los criterios mecánicos anteriores como la antigüedad del puesto. Su principal limitación ha sido su bajo alcance tanto predictivo como explicativo. Esa misma razón los ha llevado a operar sobre una realidad gerencial individualista, ahistórica y restringida, con la que se muestran, estudian y explican las políticas y prácticas en salud (Cortázar, 2005; Gutiérrez y Cortázar, 2004; Kelly y Muers, 2003). Sus principales fallas consisten en haber mantenido un carácter prescriptivo y una visión centralista y lineal del proceso de implementación. Éste, a su vez minusvalora el papel de la conflictividad, de los intereses, los valores, los problemas de orden moral y de capacidades técnicas y profesionales del personal ejecutor, la ambigüedad de los objetivos en relación con las operaciones administrativas, la contradicción entre la realidad construida técnicamente en las esferas políticas y la vivida cotidianamente por el personal al nivel local, y las limitaciones estructurales de las organizaciones locales (Rein y Rabinovitz, 2003).

El traslado de este enfoque empresarial hacia la administración pública tampoco ha estado libre de contradicciones. Su marcado basamento econométrico ha dado cuerpo a una constante búsqueda de la eficiencia, eficacia y sustentabilidad en función de los costos para

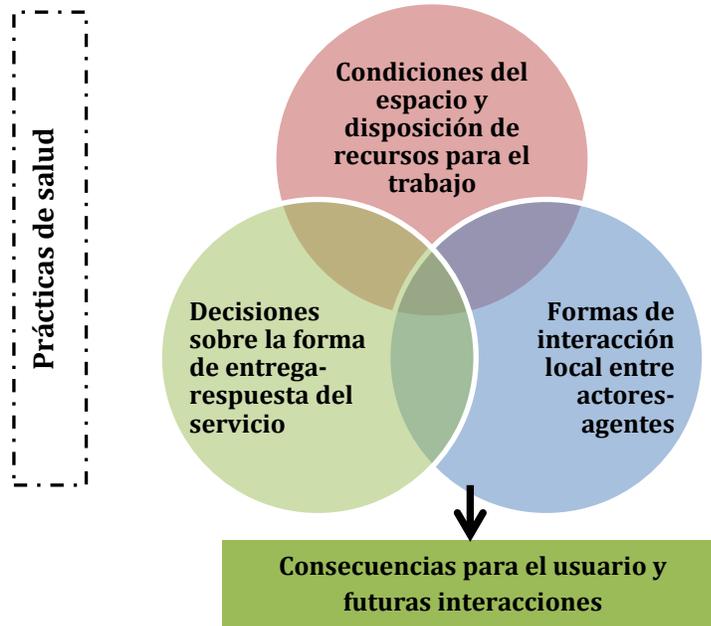
la toma de decisiones (Mokate y Saavedra, 2004; BID, 2003a; BID, 2003b; BM, 1993). De esa cuenta, los procesos de modernización del aparato público han sido parte de los intentos por impulsar cambios estructurales en la relación Estado, mercado y sociedad para garantizar la sustentabilidad del crecimiento económico competitivo.

Dentro de esta corriente, las organizaciones locales son importantes, en tanto que no son solamente los lugares donde opera un conjunto de trabajadores semi-autónomos que entregan de una manera determinada los bienes o servicios inherentes a un programa y una política pública, sino también, en tanto son el punto final donde todas las políticas se consuman irremediabilmente (Oszlak, 2009; Elmore, 2003b). Quienes abogan por este enfoque explican el proceso de implementación mediante una “adaptación mutua” entre la macro y micro implementación (Mokate, 2006; Alarcón, 2004; Berman, 2003).

1.3.3. Los abordajes desde los actores

La perspectiva centrada en los actores señala al individuo como sujeto semi-autónomo, integrado en grupos y dentro de organizaciones locales particulares, que tienen rasgos históricos propios que las hacen exclusivas. Esta corriente denominada “Bottom-up” busca explicar el proceso de implementación de políticas públicas desde los ejecutores directos de las actividades programáticas. Bajo esta perspectiva, son los empleados en las organizaciones públicas quienes, con sus acciones “adaptativas”, forjan las políticas. Aquí es relevante el poder discrecional para decidir sobre las prácticas sociales y definir la manera de interactuar a partir de las condiciones materiales dadas. (Gráfica 1.3.).

Gráfica 1. 3.
Proceso de implementación como proceso adaptativo mediado por el personal operativo.



Fuente: Lipsky, 1980.

Desde esta perspectiva, la política es tanto aquella acción o servicio que entregan los prestadores de servicios públicos como la misma que el usuario recibe e interpreta como “aquello” que recibe por parte del gobierno. Aquí la confluencia de tres elementos comunes a los trabajadores públicos sirve de fundamento para comprender sus acciones y decisiones discrecionales: a.) las condiciones de trabajo; b.) el tipo particular de interacciones con los usuarios; y c.) la posibilidad de decidir sobre la forma en que se entregan los servicios

Este abordaje micro-analítico del proceso de implementación de políticas públicas tiene dos grandes vertientes empíricas. Por un lado, los tradicionales estudios de implementación de programas e interacciones entre empleados y usuarios hechos desde enfoques socio-antropológicos que abordan las interacciones sociales dentro de estructuras ordenadas y, por el otro, aquellos estudios que, desde las ciencias administrativas, fueron definiendo nuevos modelos administrativos que cobraron auge en los ochenta y noventa.

En la primera vertiente, la comprensión que se tiene de las dinámicas de interacción entre trabajadores públicos y usuarios de servicios de salud se ha hecho mediante enfoques interpretativos culturales, en donde coexisten la subjetividad, el sincretismo, y modelos de atención de salud dominantes y subalternos (Mosquera, 2006; Mosquera y Kolstrup, 2006; Ramos y Figueroa, 2008; Mosquera, 2006; INS, 2002; Pinheiro, 2001; Menéndez, 1990, Menéndez, 1981). Otros autores, además, han enfatizado, desde una lectura marxista, la producción y el consumo (Mehry, 2006; Laurell, 1981; Menéndez, 1981; Prêteceille, 1977; Donnangelo, 1976). Aquí, los trabajadores y usuarios son quienes forjan las políticas mediante elementos significativos inherentes a sus interacciones, en buena medida debido al grado de poder de discrecionalidad con el cual cuentan y a la relativa autonomía con respecto a la autoridad organizacional de la que gozan. (Crozier y Friedberg, 1990; Lipsky, 1980).

Los defensores de esta perspectiva han visto a los empleados como agentes capaces de llegar a representar los intereses de la política al nivel local y, de cierta manera, de crear las condiciones de éxito de la misma (O'Tool, 2003: 417; Lipsky, 1980: 15; Mechanic, 1962: 5). De ahí que se considera que ellos no son simples ejecutores que se limitan a acatar y cumplir con los lineamientos y órdenes emanadas de quienes han diseñado las políticas. Por lo contrario, hacen uso de sus capacidades moldeadoras de la implementación de las políticas, llegando a 'distorsionar' o retrasar las acciones programáticas preestablecidas, generando resultados que suelen ser calificados, en muchas ocasiones erróneamente, como ineficientes, ineficaces, y hasta faltos de calidad. (Cortázar, 2006; Lipsky, 1980: 3-15)

En las últimas décadas, sin embargo, se volvieron hegemónicas las perspectivas fundamentadas y desarrolladas a partir de los abordajes puramente administrativos bajo los supuestos de la Nueva Gestión Pública, la segunda vertiente aquí brevemente presentada. Por tanto, las acciones programáticas suelen orientarse hacia la búsqueda de la eficiencia de la gestión con la supuesta eficacia y reducción de costos y hacia la concepción del gobierno como un socio amigable para usuarios y empresarios que reemplaza las reglas y mandatos con prácticas empresariales. La centralidad de un "nuevo" trabajador, visto como un gerente social estratega, ha sido un supuesto prioritario (Mokate y Saavedra, 2006;

Cortázar, 2006). Por lo tanto, las respuestas de los operadores que implementan las políticas en conformidad con las orientaciones, regulaciones e incentivos que supone la ejecución de los programas públicos se ha considerado primordial para asegurar la eficacia, el valor público, la calidad y la eficiencia de los programas públicos (Cortázar, 2005), y para responder a las preferencias de los ciudadanos (Kelly y Muers, 2003; Moore, 1995).

Como complemento a este nuevo trabajador visionario y con capacidades gerenciales estratégicas, se requiere la flexibilización de los programas y de los mecanismos administrativos que faciliten su acción estratégica gerencial. Olvidados en este enfoque son los valores sociales, la equidad, las reglamentaciones públicas, así como el conflicto y la resistencia como elementos inherentes a la administración pública (Mokate y Saavedra, 2006).

Ahora bien ¿Por qué es central el estudio de las prácticas de los actores concretos en relación con la implantación de las políticas de salud? Lo es porque es en ese nivel que las interacciones estructuran las acciones sociales y definen los contenidos y resultados finales de las políticas. Las prácticas ejercidas por los individuos, además, no se limitan al proceso de interacción en sí mismo; se ubican también dentro de un orden estructural más amplio en el que deben buscarse los nexos explicativos sobre estas prácticas y decisiones de los trabajadores (Alexander y Giesen, 2004: 44-52). La vinculación entre las prácticas y las determinantes sociales exige relacionar el nivel micro de los encuentros e interacciones entre individuos bajo ciertos patrones con el nivel macro de las estructuras de la sociedad que, dinamizadas por los agentes, estructuran oportunidades y constreñimientos para los actores sociales (Münch y Smelser, 2004: 430-431).

Para los fines del presente estudio y de su exposición, lo expresado antes encierra justamente lo que se quiere resaltar: que resultaría incompleto explicar los resultados de las políticas de salud abordando su estudio únicamente desde uno de los tres enfoques mencionados. Dada su coexistencia y sus influencias mutuas, es importante ver y comprender su vinculación para explicar por qué las prácticas de salud son tanto el resultado de determinantes más amplias que las condiciones inmediatas que parecen explicarlas, como el producto de estrategias de acción generadas por el propio

individuo.²Desde esta doble perspectiva, la realidad de la implementación de las políticas públicas dista de ser el calco de una racionalidad programática diseñada. Más bien, consiste en interacciones que van más allá de una racionalidad construida; se trata de una dinámica social donde confluyen de manera activa una pluralidad de actores individuales y/o colectivos con intereses y conflictos particulares, por medio de los cuales se puede comprender los sentidos y las implicaciones de las prácticas como expresiones de procesos políticos y organizacionales que connotan un todo estructurado histórico y dinámicamente.

Por consiguiente, la importancia de las acciones de los actores locales que intervienen en las políticas radica tanto en su apego a la normatividad que orienta su acción como en sus transgresiones de tales parámetros formales en función de procesos que debemos descubrir. Si bien la primera, efectivamente, estructura su acción, no parece limitar por ello la capacidad inventiva-resolutiva estratégica de estos individuos quienes no sólo generan innovaciones sino también las hacen rutina y ejecutorias de las políticas.

Esta propuesta teórica sobre la determinación de las prácticas de salud ofrece una lectura diferente de las interpretaciones tradicionales sobre el proceso de implementación de políticas públicas, especialmente las que se hicieron a partir de los procesos de modernización de la administración pública que más arriba se expusieron. La postura adoptada en este estudio enfatiza una lectura que parte del nivel micro-social para explicar que buena parte de las prácticas de atención de la salud, usualmente estigmatizadas como desviadas, responde a las estrategias adoptadas por los trabajadores (Lipsky, 1980: 14-15) que realizan sus tareas en situaciones a menudo muy difíciles, mismas que frecuentemente requieren de respuestas a situaciones humanas diferentes y variadas, basadas en una observación sensible y juiciosa que va más allá de la normativa oficial. En otros términos, las discrepancias entre la declaración formal de la política y la política tal y como es implementada localmente debería ser esperada y predecible, y las explicaciones de tales discrepancias buscadas en las situaciones de trabajo que generan prácticas de atención de

²Tales suposiciones encuentran eco en el hecho de que ninguna de las dos posiciones analíticas se soslayan dentro de sus supuestos: “las teorías micro invariablemente incluyen suposiciones claras acerca del contexto macro dentro del cual ciertos procesos de interacción se ubican (componente macro) y que las teorías macro invariablemente incluyen suposiciones acerca de la motivación e interacción de los individuos (componente micro)”, (Münch y Smelser, 2004: 431).

saluden las cuales los trabajadores recurren a soluciones que buscan compatibilizar las normas con sus intereses propios (Lipsky, 1980: 14-15, 17).

Desde esta perspectiva, las dinámicas micro-sociales de las prácticas de salud son consideradas como parte integral del proceso de implementación de las políticas de salud. Esta propuesta, en otras palabras, privilegia la capacidad de agencia³ de los actores en su accionar social, la cual es desarrollada dentro de condiciones restrictivas impuestas por un espacio político históricamente estructurado, como lo es el campo de la salud, en el cual el recurso-poder empleado por los agentes se constituye en un factor dinamizador y transformador tanto del espacio de interacción social como de las mismas prácticas de salud.

En resumen, definimos como prácticas de atención de salud curativas⁴ a las actividades llevadas a cabo por trabajadores de salud institucionales⁵ conjuntamente con los usuarios⁶, quienes interactúan en un espacio común, donde ejecutan o realizan, dan y/o reciben tales acciones, las interpretan y responden a ellas, estableciéndose una dinámica de interacción que da forma a las mismas. Ellas están sujetas a la influencia y determinación de, al menos, tres factores: *a.*) las limitaciones que le son impuestas por los dispositivos de las políticas públicas en función del tipo de gobierno y de régimen político; *b.*) las condiciones históricamente estructuradas del espacio social donde se da la interacción social; y *c.*) las características socioeconómicas de los actores. (Gráfica 1.4.).

³ Por capacidad de agencia entendemos que los actores son capaces de proceder de una u otra manera para intervenir o abstenerse e influir en el contexto de la vida social con la finalidad de producir una diferencia o cambio sobre el estado de las cosas preexistentes. (Giddens, 1984).

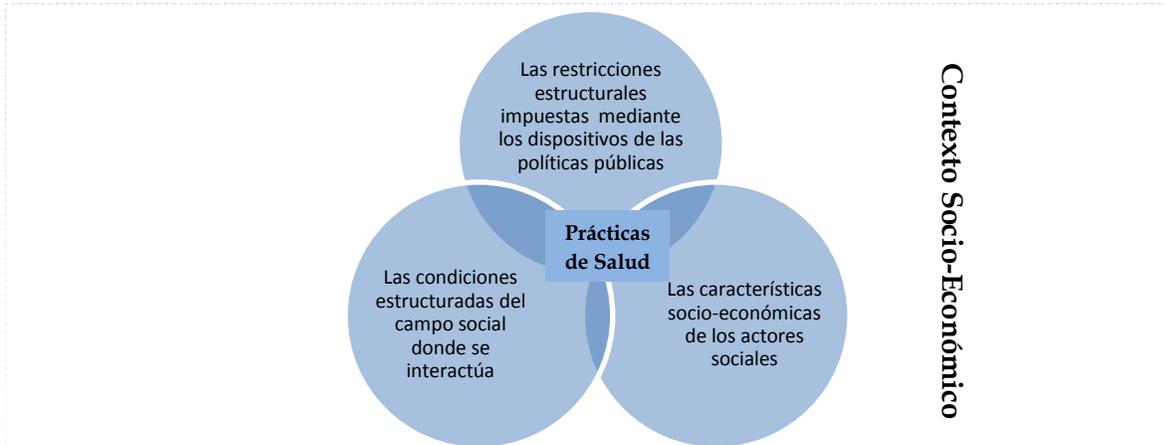
⁴ Cabe señalar la existencia de diversas acciones de salud según la intención de las mismas. Así, podemos hablar de acciones curativas, preventivas, educativas, de limitación del daño y de promoción de la salud. La clase de prácticas que aquí estudiamos se limitan a las de carácter curativo.

⁵ Como trabajadores de salud institucionales tomamos la definición propuesta por Michael Lipsky (1980: 3): “trabajadores de servicios públicos, quienes interactúan directamente con ciudadanos en el curso de sus trabajos, y quienes tienen discreción sustancial en la ejecución de su trabajo”.

⁶ Empleo el término “usuario” basado en el Derecho Administrativo, en el cual esta figura connota un sujeto de derecho, contrario al término beneficiario, de uso muy extendido en el actual lenguaje de políticas públicas, el cual remite a sujetos ligados a servicios sociales y no a aquellos de carácter público (Castillo, 1996: 303-04).

Gráfica 1. 4.

Determinantes estructurales y de agencia de las prácticas de salud.



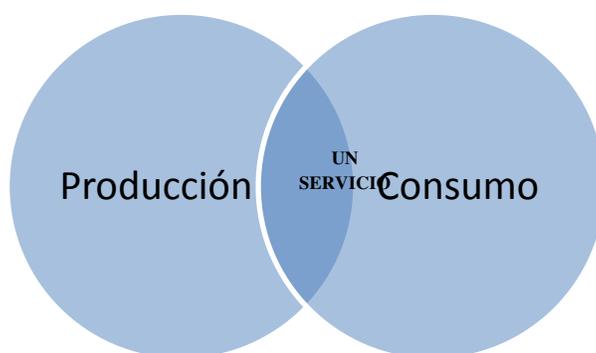
Fuente: Lipsky, 1980: 3-5 y Crozier y Friedberg, 1990: 64-65.

Ubicada siempre en el plano micro-social, toda práctica social es un acto (re)productivo donde se genera cierta “cosa”: un bien o un servicio de utilidad social. Merhy (2006: 41-43) señala dos formas de configuración del producto de la interacción: la “intersección objetal”, una forma de interacción que está mediada por la producción de un bien determinado, y la “intersección compartida” que connota un tipo de prácticas sociales llamadas intersectadas que dan origen a algo que existe solamente durante la interacción social (visto como un proceso a la vez productivo y de consumo⁷), ubicadas en un lugar y desplegadas en un momento y entorno históricamente estructurados (Merhy, 2006: 41-43). (Gráfica 1.5.).

⁷Por consumo se entienden el uso de los medios de producción y de la fuerza de trabajo, donde esta fuerza de trabajo es definida por el modo de producción cuya reproducción implica fundamentalmente la reproducción de la fuerza de trabajo adecuada a éste por su número, sus calificaciones y su localización, (Préteceille, 1977: 36). El consumo remite al medio por el cual los individuos y colectivos humanos restituyen sus capacidades físicas y mentales disminuidas cotidianamente durante sus actividades y procesos de vida. El consumo de servicios de salud implica la restitución de las capacidades de funcionamiento de los individuos o colectivos para que puedan participar nuevamente en la sociedad y en el proceso productivo para asegurar de nuevo su reproducción social, (Merhy, 2006: 41-43).

A diferencia de la producción⁸ de bienes materiales que, una vez producidos, pueden ser consumidos bien en el acto o bien almacenados y consumidos en un momento diferido, las prácticas de atención de salud son consumidas a la vez que son generadas en el mismo acto de producción-consumo⁹ cara a cara o de copresencia activa entre actores sociales ubicados espacial y temporalmente en lugares históricamente estructurados¹⁰ (Merhy, 2006: 41; Cortázar, 2005: 7; Marc y Picard, 1992: 14-15; Marx, 1971: 41-51). Esto significa que las prácticas de salud como intersección compartida (Gráfica 1.5) se constituyen en un proceso de (re)producción social¹¹ en el que confluyen las potencialidades estructuradas y estructurantes que aportan los trabajadores de la salud, así como los usuarios.

Gráfica 1. 5.
Prácticas de salud como intersección compartida



Fuente: Merhy, 2006: 41-45.

⁸ La producción es la apropiación de los productos de la naturaleza que los miembros de una sociedad hacen para atender las necesidades humanas, la cual es una producción entre individuos socialmente determinada, (Marx, 1971: 25-36).

⁹ En la (re)producción de las prácticas sociales hay una combinación de “trabajo vivo” y “trabajo muerto”. El segundo es el trabajo pretérito (conocimientos, instrumentos, directrices, etc.) utilizado para llevar a cabo, en un segundo momento, un trabajo vivo en acto (las prácticas de salud), es decir, aquel que, mediante la posesión y uso de capacidades e instrumentos para la acción “captura” intencionalmente el objeto o necesidad que motiva la producción del servicio, (Merhy, 2006: 34).

¹⁰ También la consulta médica genera procesos que van más allá de la interacción. Así, se desarrollan procesos diferidos, en los cuales las recomendaciones del médico (a la manera de planes de tratamiento o de educación de salud) son almacenadas y aplicadas posteriormente por el propio usuario, independientemente de lo mal o bien que sean interpretadas y utilizadas, y sin que estén bajo el total control del trabajador de salud.

¹¹ Dicho en otros términos de Préteceille (1977: 35-36) en la reproducción social “la producción es consumo productivo de medios de producción y de fuerzas de trabajo”.

En otras palabras, las prácticas de salud sólo existen en la medida en que ambos actores participan dentro de un entramado de acciones y significados subjetivos, en un momento y lugar históricamente estructurados¹². En este sentido, nos acercamos a Schutz y Luckmann (2001: 25) cuando señalan que estas acciones socialmente significativas se llevan a cabo dentro de contextos de sentido delimitados, y en períodos de tiempo determinados, a la manera de “realidades inevitables y pautadas”, formando parte de un tipo determinado de relaciones ubicadas en contextos suficientemente conocidos y dominados por ambos actores, a la manera de un “acervo del conocimiento del mundo de la vida...que se producen sobre la base de conocimientos y experiencias anteriores, pero presentes en las situaciones actuales definidas” (Schutz y Luckmann, 2001: 109).

Por tanto, el proceso de reproducción de las prácticas sociales es entendido como aquellas acciones que aseguran la realización de los individuos y colectividades mediante la reproducción de estructuras estructuradas en ellos que portan a lo largo de sus vidas, y que los ayudan a ordenar las prácticas nuevas (estructura-estructurante) que, cotidianamente, llevan a cabo con otros actores en espacios de interacción social definidos, revalorando constantemente sus propias condiciones materiales-culturales de existencia y la experiencia social históricamente acumulada (Bourdieu, 1991: 92).

Dichas acciones se estructuran como una matriz simbólica de estructuras interiorizadas, como esquemas mentales y corporales de percepción, concepción y acción que configuran las prácticas, conductas, pensamientos, sentimientos y juicios de los agentes sociales (2003: 118-119), y adquieren formas y contenidos específicos de acuerdo con las características económicas, socio-culturales y políticas del entorno de los individuos y grupos, socialmente históricamente situados (INS, 2002: 23).

Al llevar a cabo las prácticas de salud, y responder a la realidad de interacción que enfrentan, los trabajadores de la salud hacen operativas esas estructuras estructuradas a la manera de conocimientos y formas de actuar objetivamente adaptadas que Bourdieu denomina *habitus*. Son maneras prácticas de actuar pre-definidas y que, como tales, son

¹² He aclarado en otro lugar la posibilidad de interacciones virtuales –interacciones telefónicas, por videoconferencia, etc.- pero, considero que son, en todo caso, extremas y sumamente excepcionales para el caso que nos ocupa.

potencialidades objetivas para la acción (Bourdieu, 1984: 33-36;). Estas disposiciones, esquemas o principios ordenadores de prácticas y representaciones han sido inculcados en el individuo a partir de sus propias condiciones de existencia y reproducción social.

En el caso de los trabajadores de salud que nos ocupa, esta forma de operar se ha configurado a lo largo de la réplica de prácticas históricas específicas tanto formativas (estudios de medicina) como laborales (la consulta médica), y han sido reforzadas dentro del área de políticas de salud (sector salud) en el cual ellas están inmersas (Bourdieu, 1991: 92-93).

En los usuarios, esas formas de actuar se han construido desde las connotaciones de su sujeción a los espacios, tiempos y dinámicas formalmente estructurados bajo la figura de centros públicos de atención, con sus contenidos en programas de salud, horarios de atención y prácticas de atención de salud. Además, las condiciones existenciales de los usuarios suelen ser redefinidas por el Estado bajo la denominación de necesidades de salud, con la ayuda de dispositivos tecnológicos, concitando (o no) su atención y respuesta mediante una serie concatenada de acciones desarrolladas y entregadas por los trabajadores de los servicios públicos de salud bajo la forma de beneficios y sanciones que ellos canalizan a través de programas de salud gubernamentales¹³ (Lipsky, 1980: 3).

Además, en ambos actores --trabajadores de salud y usuarios-- influyen las propias características socio-demográficas y socio-culturales (género, edad, profesión, escolaridad, pobreza, etc.) que marcan su ubicación dentro de la estructura social y, por tanto, la manera diversificada de (re)producir las prácticas de salud, definidas como “prácticas individuales de consumo”, donde lo individual se entiende como una especificación de lo social (Préteceille, 1977: 42). De ahí que estas prácticas lleguen a formar parte, para el Estado, de un quehacer económico y social, redefinido bajo la figura de necesidades, y traducido como políticas públicas¹⁴ (Gráfica 1.6.).

¹³ Cabe señalar que las formas en que las condiciones de vida del usuario son redefinidas política, jurídica y administrativamente como necesidades de salud y la manera en que las mismas son atendidas mediante los programas de salud responden al modelo de atención que un Estado ha definido y adoptado a partir de relaciones sociopolíticas hegemónicas predominantes.

¹⁴ De ahí la configuración del denominado Ciclo de las Políticas.

Gráfica 1. 6.

Prácticas de salud como intersección de interacciones ubicadas espacio-temporalmente y compartidas en la producción y el consumo.



Fuente: Merhy, 2005; Bourdieu, 1995; Bourdieu, 1992; Sewell, 1992; Bourdieu, 1991; Préteceille, 1977; Marx, 1971.

Ahora bien, hemos considerado a las prácticas de salud como trabajo vivo y en acto, y que en las mismas confluye el influjo de múltiples esquemas o lógicas de acción que todo trabajo de este tipo implica, pero, también asumimos que algunas prácticas de salud suponen cierto grado de imprevisibilidad que conduce tanto a prácticas consecuentes con los patrones sociales e institucionales establecidos como a acciones novedosas al momento de reproducir tales patrones¹⁵(Sewell, 1992: 9, 16).

¹⁵ Esto se debe a (1) una multiplicidad de estructuras en las que las sociedades están basadas y en prácticas derivadas de esas distintas estructuras, las cuales operan bajo modalidades diferentes y están basadas en una amplia variedad de tipos y cantidades de recursos; (2) los esquemas culturales se traslapan, es decir que pueden ser aplicados a un amplio y no totalmente definido rango de casos fuera del contexto en el cual fueron aprendidos; (3) los esquemas culturales son capaces de ser transpuestos, traslapados y extendidos, significando que dicha aplicación nunca es del todo predecible, y puede generar una impredecible calidad y cantidad de recursos. Dado que la reproducción de los esquemas depende de su continua validación por los recursos, y viceversa, esto implica que los esquemas serán diferentemente validados cuando sean puestos en acción y, por tanto, potencialmente modificables; (4) cualquier arreglo de recursos es susceptible de ser interpretado de varias maneras, por tanto, es susceptible de empoderar a diferentes actores y validar diferentes esquemas; y (5) la intersección de estructuras implica que un mismo conjunto de recursos no sólo puede ser reclamado por diferentes actores insertos en diferentes conjuntos de estructuras, sino que los esquemas pueden ser utilizados o prestados de unos conjuntos de estructuras, y aplicados a otras, (Sewell, 1992: 16-19).

Aquí ampliamos la mirada para ir más allá de la mera práctica de reproducción que supone el *habitus*. Aunque las prácticas de salud son acciones que materializan una serie de dispositivos sociales e históricos estructurados, el individuo también es un ser histórico situado, capaz de crear y modificar sus propias representaciones y conceptos respecto de la realidad, a partir de la situación de interacción que enfrenta (Sewell, 1992; Kosík, 1967: 25-26).

Vinculamos esta postura con el hecho de que los actores desarrollan relaciones sociales dentro de una sociedad con múltiples expresiones culturales fragmentadas y contingentes, dentro de la cual ellos ocupan cierta posición social que les permite entrar en contacto, conocer y aprehender otros esquemas culturales y acceder, por consiguiente, a otras clases y cantidades de recursos (Giddens, 1984) o esquemas (Sewell, 1992)¹⁶ distintos de los que el actor y su *Habitus* original identificaría y usaría como tales.

Esta exposición de los agentes a otros esquemas, y el potencial uso de recursos nuevos y diferentes que se deriva de ella, es lo que permite tanto a los trabajadores como a los usuarios de los servicios de salud realizar transposiciones o traslapes de esquemas culturales durante sus interacciones dentro de las instituciones de salud (Sewell, 1992: 15-16, 20-21), haciendo posible la generación de diferentes alternativas de acción manipuladora o transformadora, fruto de la reinterpretación y selección de recursos y, por tanto, de la actuación creativa, paralela o discrecional (Lipsky, 1980: 13).

Al señalar la complejidad de las relaciones sociales y la fragmentación de la sociedad a la cual los individuos están expuestos, Sewell (1992) nos ha indicado que las relaciones sociales se constituyen para los actores en factores que contribuyen a ampliar la posibilidad de su acceso a “nuevos” o diferentes recursos de los previamente aprendidos y, por tanto, a ser actor-agentes. Dichas prácticas surgen cuando el individuo actúa objetiva y prácticamente a partir del despliegue de actividades prácticas habituales, las cuales no se ven acotadas únicamente por las condiciones que originalmente estructuraron y reprodujeron las prácticas de salud (Sewell, 1992: 15-16).

¹⁶ En el presente estudio, entenderemos por *recursos* o *esquemas* a todo tipo de conocimiento, habilidades, insumos, equipo, mandatos, reglamentaciones, disposiciones administrativas, etc., de las que pueden echar mano los trabajadores de salud y los usuarios en determinadas circunstancias para solventar la situación de interacción que enfrenta en su trabajo.

Durante sus interacciones, los individuos ponen en marcha una clase de entendimiento sobre el contenido y orientación de sus prácticas, adquirido durante la recursividad de la misma clase de prácticas desarrolladas por él a lo largo de un tiempo y espacio determinado. La centralidad de esta capacidad del actor para estructurar la realidad es esencial. Es a través de sus prácticas cotidianas recursivas --y sólo a través de ellas-- que el actor estructura y reproduce la realidad social, pero también es el momento en el cual él se ve estructurado por las reglas que él mismo reproduce durante sus prácticas. En este caso, las prácticas de salud se explican a partir de la capacidad productora y reproductora del actor-agente mediante la aplicación o re-creación de un saber práctico históricamente (re)producido, adquirido y racionalizado¹⁷ por él en la cotidianidad (Giddens, 2006: 41).

Durante la entrega de un servicio de salud, los trabajadores aplican reflexivamente ciertos saberes prácticos sobre reglas y uso de recursos para (re)producir las actividades orientadas a cumplir con los objetivos de las políticas de salud que implementan, reproduciendo, al mismo tiempo, las reglas y el modo de uso de estos recursos que hacen posible llevar a cabo tales actividades. Esto es lo que los hace competentes (Giddens, 2007: 140-42).

Paralelamente, y durante las prácticas de salud, el actor registra¹⁸ o reconoce de manera habitual no sólo la forma de conducirse y la que espera de los otros con quienes

¹⁷ Racionalizar el saber práctico denota entender las razones de por qué el individuo hace lo que hace sin que por ello implique un proceso racional estratégico cada vez que interactúa. Más bien, racionalizar dicho saber implica que él sabe actuar de la manera apropiada con respecto al contenido de la interacción que enfrenta y las acciones que lleva a cabo. De cierto modo, la racionalización es producto de la práctica de sus saberes y es lo que prepara al individuo para saber actuar apropiadamente según las condiciones que envuelven la interacción social. (Giddens, 2006: 41).

¹⁸ Para Giddens registrar una acción implica que el actor está todo el tiempo reconociendo las formas de comportamiento tanto suyas como las de sus interlocutores y las del escenario donde se da dicha acción. Registrar o reconocerlos indica que para una actividad determinada, él sabe cómo actuar y los otros esperan que así lo haga. Además, en este proceso están implicados una racionalización de la acción que supone la capacidad del actor de saber por qué hace lo que hace, pero sin explicitar las razones por las cuales lo hace, sino invocando unas razones de carácter más práctico y más amplias relacionadas con los aspectos físicos y sociales de los contextos donde se lleva a cabo tales acciones. En otras palabras, haber racionalizado una acción implica tener una comprensión teórica de los fundamentos de tal proceder. Las actividades también implican un aspecto motivacional que no remite a razones o justificaciones de la acción sino a potenciales de acción que se vinculan a la acción sólo de manera indirecta como planes generales de acción que contemplan un sinnúmero de posibles conductas. La motivación aparece como un trasfondo inconsciente que se presenta como un potencial de acción pero no se vincula de manera directa con la acción. Por ello, gran parte del comportamiento del trabajador no es del todo estratégico movido por intereses; más bien, obedece a una forma práctica de proceder. La versatilidad con la que los actores/agentes aplican determinadas convenciones

interacciona, sino también los aspectos contextuales –organizacionales y comunitarios locales- dentro de los cuales se da la acción. Aquí, la estructura¹⁹ no es algo externo al actor sino sólo existe en el momento en el cual el actor (re)produce una acción recursiva²⁰ (Giddens, 2006: 43).

Las estructuras, o más apropiadamente las propiedades estructurales, son los aspectos más duraderos de los sistemas sociales. Cuando estas propiedades –reglas y uso de recursos- se reproducen recursivamente y adquieren cierta estabilidad por un tiempo y un espacio determinados, se configuran estructuras denominadas como instituciones. La institucionalización de prácticas recursivas denota una rutinización de las mismas, e indica el carácter habitual, cotidiano, del grueso de actividades de una acción social. Es una prevalencia de conductas que se hacen familiares entre los actores sociales, ofreciendo, a la vez, seguridad y estabilidad a la interacción social.

Así, las oportunidades para el cambio surgen también durante la propia práctica social del actor como consecuencias no previstas de la acción. Éstas funcionan como elementos que retroalimentan su práctica, mostrando nuevos aspectos o situaciones no consideradas en el momento inicial de su interacción. Al hacerlo, generan la posibilidad de transformación en el actor transformado en agente. La capacidad de agencia del trabajador

sociales durante las interacciones no descansa en cálculos racionales sino en la capacidad práctica de actuar con respecto a la diversidad de contextos (Giddens, 2006: 43).

¹⁹La connotación de estructura remite, entonces, a propiedades que operan concomitantemente durante las prácticas, a manera de dos elementos claramente definidos y diferenciados: las reglas y los recursos. Las reglas son procedimientos de acción generalizables, aplicados de manera metódica durante las prácticas sociales contextualizadas; son como huellas que orientan la forma de proceder de los individuos durante sus encuentros sociales. Los recursos, por su parte, son concebidos igualmente como propiedades estructurales que los agentes entendidos y reflexivos utilizan como medios para ejercer influencia sobre una situación determinada con la finalidad de mantener o incrementar relaciones de dominio y poder.

²⁰ En la teoría de la estructuración, se entiende por estructura un conjunto de *propiedades articuladoras* de prácticas recursivas que se suceden en un espacio y un tiempo dados. Pero las estructuras pueden adquirir un carácter de orden virtual de relaciones transformativas. Es decir, más que algo intersticial externo a las relaciones sociales, son propiedades virtuales que sólo existen en la medida en que son reproducidas durante prácticas recursivas similares que cotidianamente llevan a cabo las personas (en el presente estudio los trabajadores) capaces de actuar de una manera reflexiva en espacio y tiempo específicos y que adquieren un carácter sistémico. Estructura es, por un lado, el medio mediante el cual es posible llevar a cabo tales actividades y, por otro, el resultado de la acción. La cualidad dual de la estructura implica que representa a la vez el medio y el resultado de las prácticas del agente. Por lo tanto, propiedades estructurales equivalen a los recursos y reglas reproducidos durante las acciones recursivas que no sólo son útiles para orientar la conducta de los agentes entendidos y capaces de actuar, sino también se constituyen en medios para la reproducción sistémica de la realidad, es decir, de las prácticas sociales, (Giddens, 2006: 53-64).

de salud implica, pues, la “aptitud” de reconocer oportunidades y actuar, o la de abstenerse de influir de manera transformadora sobre un proceso o estado de cosas diferentes, desplegando un espectro de poderes causales concretados en decisiones preferidas por los trabajadores y usuarios, capaces de influir sobre otros actores, utilizando aquellos recursos implícitos en las prácticas sociales. De esta manera, ser agencial es ejercer poder durante las prácticas. (Giddens, 2006: 51-52).

La multiplicidad de las estructuras y esquemas culturales inmanentes a los actores es la que da lugar a prácticas de salud tanto consecuentes como inconsecuentes en relación con las situaciones y convenciones de la atención de salud institucionalmente declaradas. Tales acciones inconsecuentes no son fortuitas, y ocurren constantemente, requiriendo en cada momento de la intervención de los actores mediante acciones que permitan llevar adelante el proceso de atención durante las prácticas de salud, con la finalidad de “salvar la definición de la situación de actuación”²¹ (Goffman, 2004: 25). Además, la imprevisibilidad de acumulación y uso de conjuntos de recursos generados a partir de dicho traslape de esquemas, así como la posibilidad variable de generar intersecciones de esquemas o estructuras, suponen la estructuración de variantes de prácticas de salud dentro de los procesos de reproducción social²² (Merhy, 2006: 42-43). De ahí la importancia que tiene la transposición y aplicación de esquemas de conocimiento de diverso orden, los cuales, en el entorno de los servicios de salud, se orientan a resolver las presiones laborales. Por las razones antes expuestas, es necesario adoptar una concepción más multidimensional de lo social y de lo que se entiende por estructura (Sewell, 1992: 9, 16).

Las prácticas de salud son interacciones estructuradas y estructurantes entre actores que son influidas por las disposiciones estructuradas del campo o espacio institucional (Marc y Picard, 1992: 14, 79-80). De esta cuenta, al entrar en contacto unos con otros, actores, trabajadores y usuarios lo hacen en escenarios significantes que acompañan su

²¹Goffman (2004: 25) define como *prácticas defensivas* de la disrupción a aquellas que el actor utiliza cuando busca proteger sus propias proyecciones perturbadoras sobre la situación definida por él, mientras que las *prácticas preventivas* de la disrupción suceden cuando el individuo las utiliza para salvar la definición de la situación proyectada por los otros.

²²Desde un enfoque administrativo-gerencial, algunos autores señalan a esta posibilidad como una “interacción estratégica”, la cual puede dar lugar a cambios inesperados –innovadores- que aporten “valor” a las acciones públicas, (Cortázar, 2005).

acción recíproca (Goffman, 2004: 4). Ellos se ven involucrados en circunstancias que no eligen, y que les son impuestas de antemano tanto en lo interno como en lo externo de la institución²³. Ni los trabajadores de salud ni los usuarios eligen el espacio de atención, las condiciones de trabajo, a sus compañeros de trabajo, ni mucho menos, en el caso de los primeros, a la población a la cual habrán de atender y, en el caso de los segundos a los trabajadores de salud que le prestaran el servicio. Esta imposición estructuralmente dada influye directamente en las relaciones de poder y dependencia entre estos actores, dadas las posiciones formalmente definidas dentro de la organización, la capacidad de acción operativa y decisional de los trabajadores a partir de la estructura organizativa y normativa que, hasta cierto punto, define sus horizontes de acción, los recursos institucionales a los cuales acceden tales como información, personas e instrumentos, el espacio, y las oportunidades de acceso a elementos o “intersticios” del entorno útiles para mantener o incrementar sus grados de libertad o de maniobra para la consecución de las metas institucionales e individuales (Crozier y Friedberg, 1990: 59, 65-67; Mechanic, 1962: 350-352).

Decíamos que la interacción se lleva a cabo dentro de un espacio o “marco escenográfico” estructurado donde se ubican ciertos componentes materiales y simbólicos que contribuyen a que la interacción cobre un sentido contextualizado. Los servicios públicos de salud se caracterizan por una serie de elementos constitutivos que los estructuran y diferencian de otras modalidades (privadas) de atención de salud. Este espacio se identifica con un tipo de edificio público, espacios de atención médica y paramédica, mobiliario, instrumentos, medicamentos, camillas, mensajes visuales de salud, y todo aquello que indica el tipo de institución que alberga al personal que lo utiliza para atender sus necesidades. Estos servicios combinan una finalidad personal del usuario que utiliza para atender sus necesidades con otra finalidad pública y social constitutiva de una red de servicios estatales administrativamente organizada por niveles de atención. Estos servicios

²³Al ser contratado, un individuo acepta una relación contractual que le impone el lugar y las condiciones de trabajo, a compañeros de trabajo, y una normatividad que delimita sus márgenes de maniobrabilidad, discrecionalidad operativa y decisional. Fuera del servicio, en el entorno, estos individuos habrán de interactuar con individuos y colectivos humanos que le son asignados en función de la jurisdicción geográfica del servicio y de una dinámica cultural local. Es, pues, una estructura “*que limita desde un principio, en forma muy singular, el margen de maniobra de cada uno de los actores*”, (Crozier y Friedberg, 1990: 59).

a la vez tienen un tiempo fijo para la atención, y son financiados con presupuesto estatal y/o con una mezcla público-privada. En ellos opera personal profesional y técnico legalmente habilitado y vinculado contractualmente al Estado de manera directa e indirecta, regulado por disposiciones legales y normativas, y distribuido bajo criterios políticos, técnicos y geográficos en centros de salud que albergan una determinada tecnología, ofrece a los usuarios cierto tipo de atención e información de salud, y guarda una dinámica institucional que combina rasgos comunes y algunos particulares a cada centro. (MSPAS, 1997a: 1-22; MSPAS, 1997b: s. n. p.). Además, estos servicios, en tanto campos políticos, están estructurados de tal manera que permiten a cada actor ubicarse y ser ubicado con respecto a los otros, permitiéndoles, a la vez, acceder a ciertos recursos y a la posibilidad de generar otros nuevos.

Siguiendo esta línea argumentativa en torno a considerar a las prácticas de salud como acciones que se hacen rutinarias y contribuyen a reconfigurar una política de salud dado su acceso a diversos tipos de recursos, es oportuno considerar a los espacios de atención de salud como lugares donde confluyen actores con intereses contrapuestos, y donde éstos utilizan recursos y aplican reglas tanto para replicar como transformar relaciones sociales. En tal contexto, nos parece oportuno considerar el concepto de campo²⁴ de Bourdieu (2003: 112).

En las prácticas de salud realizadas en los espacios de atención de salud se insertan determinados capitales acumulados históricamente, tales como los conocimientos, el financiamiento, la influencia y los beneficios ligados al puesto de trabajo, la exclusividad en la ejecución de una práctica determinada, los liderazgos, etc., en el caso de los trabajadores, y como acceso a muestras de medicamentos, el evitar hacer cola, tener una relación más familiar con los médicos o enfermeras, etc., en el caso de los usuarios. Éstos se convierten en capitales poseídos en diferente medida y, bajo ciertas circunstancias, en disputa entre los actores que participan en dicho proceso.

²⁴ Por campo Bourdieu (2003: 112) hace referencia a “espacios estructurados de posiciones (o de puestos) cuyas propiedades dependen de su posición en estos espacios, y que pueden ser analizadas independientemente de las características de sus ocupantes (que en parte están determinadas por las posiciones).

Para aquellos individuos que más recursos poseen (mayor autoridad, financiamiento, o número de personal subordinado, acceso a favores, etc.), es necesario mantener esta dotación. Por tal razón los actores-agentes desarrollan estrategias²⁵ (informes, discursos, movilización de influencias, uso de mecanismos coercitivos, etc.) orientadas a mantener dicha situación, y seleccionan sólo aquella información reconocida como la apropiada e importante para mantener las condiciones del juego que favorecen a sus intereses, restringiendo toda información que ponga en duda o cuestione la situación actual. De manera paralela, estos actores desarrollan estrategias de rechazo orientadas a anular o minimizar el riesgo de cambio en las reglas de la implementación de la política (aplicación de sanciones, traslados de personal, etc.). En cambio para otros, aquellos con menos recursos como los usuarios, es lícito incitar acciones orientadas a cambiar tal situación de distribución de recursos, buscando con ello lograr otra distribución de los mismos.

Las posiciones de los actores que intervienen tanto por su ubicación dentro de la jerarquía institucional como por su subordinación durante las interacciones se traducen por posiciones de poder, dada la autoridad en términos de acceso y decisión que éstos tienen sobre los recursos de la organización. Sin embargo, el poder transformador, esta capacidad estratégica, innovadora o excepcional, está basado no sólo en el acceso a recursos existentes, sino también en las posibilidades que estos actores tienen de trasponer o traslapar diversos esquemas culturales durante las interacciones que emprenden para cumplir con sus tareas (Sewell, 1992: 15-16, 20-21), lo cual hace a los recursos “pertinentes y apropiados a la naturaleza de las actividades sobre las cuales se entabla la relación de poder” (Lipsky, 1980: 13).

Si incorporamos la perspectiva de Mechanic sobre los “participantes de nivel bajo” en las organizaciones (1962: 350-352), en tanto acceden, controlan y utilizan a otras

²⁵ Por estrategia entiendo las respuestas dadas por los actores a situaciones previstas e imprevistas y que se presentan de manera pre-adaptada a las condiciones objetivas del presente -siendo la réplica de las condiciones estructurales pasadas que produjeron al habitus-, a manera de anticipaciones. Son “respuestas adaptadas de antemano a todas las condiciones objetivas idénticas u homólogas a las condiciones de su producción” (Bourdieu, 1991: 105-106).

personas, información e instrumentos de trabajo²⁶, podemos considerar que el poder es una fuerza relacional que depende no sólo de los aspectos personales de los actores sino también de su ubicación dentro de la estructura organizacional²⁷ (Crozier y Friedberg, 1990: 68-75). Ahora bien, a la combinación del tipo de poder que propone Mechanic (1962) con los principios de agencia inherentes a los actores que hemos descrito, debemos agregar también una clase de poder individualizante que el Estado ha desarrollado sistemáticamente en sus instituciones formales, además del discurso oficial inculcado de manera capilar a través de las acciones programáticas oficiales ejecutadas por los trabajadores de salud, y reforzadas mediante los mecanismos propios (curativos, preventivos, educativos y de promoción) de los servicios de salud. Es a través de estas prácticas de salud que el Estado intenta configurar el ejercicio de una clase particular de poder. La presencia del Estado se manifiesta por la presencia y entrega de los servicios, mientras que el poder individualizado se ejerce en las interacciones cotidianas y permanentes que desarrolla el personal sanitario con la población. La responsabilidad de los servicios de salud es motivar a los usuarios y lograr su obediencia y sumisión mediante el desarrollo de estos mecanismos tanto organizacionales como individuales y colectivos.

En la búsqueda por satisfacer sus necesidades y alcanzar sus objetivos, los individuos ejercen dos tipos de poder que operan de manera simultánea y entrelazada en las relaciones sociales que entablan. Por un lado, cuando el trabajador influye sobre el usuario, en los encuentros cara a cara con éste, para que ejecute un movimiento o postura, o responda a una pregunta o decisión, le transfiere, a su vez, cierto poder, el cual éste utilizará

²⁶ Para David Mechanic (1962) los trabajadores del nivel operativo más bajo de una organización suelen redefinir los resultados de los programas y políticas al ejercer cierta clase de poder no formal, vinculado: 1.) al puesto que ocupa y no a la autoridad, lo cual les permite tener control sobre otras personas, usualmente usuarios, información e instrumentos, 2.) al tiempo que tienen de pertenecer a una institución, 3.) a atributos tales como el mérito, responsabilidades, intereses, adecuado uso de poder que ha hecho, habilidades, y la atracción que su personalidad genere en los otros, y 4.) los vacíos de las reglamentaciones y la posibilidad que ello le permite para redefinirlas, la legitimidad que les otorgue a las mismas, y las coaliciones que logre articular dentro de la organización.

²⁷ Crozier y Friedberg (1990: 68-75) señalan cuatro fuentes de poder e incertidumbre dentro de las organizaciones burocráticas: a) las ligadas a la competencia y especialización funcional, donde confluyen experiencia y conocimiento; b) aquellas ligadas a la relación organización-entorno para la consecución de recursos y distribución de productos; c) las ligadas al control de la comunicación e información para la consecución de las metas particulares y organizacionales; y d) aquellas ligadas a la utilización de las reglas organizativas, tanto para el regateo como para la negociación a la hora de aplicar la normativa, buscando con ello ventajas propias y bloquear a los otros.

para resistirse o actuar de manera manipulativa. Por otro lado, puede manifestarse el aspecto colectivo del poder, el cual se genera a partir de las relaciones de cooperación que se desarrollan entre actores, y puede involucrar las prácticas de terceros, generándose redes de poder. En ambos casos, no importa tanto el grado de intensidad del poder ejercido o contrapuesto sino su efectividad para alcanzar los objetivos o satisfacer las necesidades de los individuos o de las redes sociales que lo manipulan (Mann, 1986: 5-7).

Basándonos en la discusión anterior, podemos ahora definir cada uno de los elementos conceptuales que caracterizan las prácticas de salud:

1. Por espacio se entenderá tanto los escenarios significantes que acompañan la acción recíproca entre agentes que se despliega de manera permanente en la interacción. Esto incluye edificio, mobiliario, equipo, insumos, decorado y todos aquellos elementos del “trasfondo escénico que proporcionan el escenario y utilería para el flujo de la acción humana que se desarrolla ante, dentro o sobre él” (Goffman, 2004: 4).
2. Las condiciones de administración remiten a las condiciones materiales que son impuestas al trabajador por el lugar y las condiciones de trabajo, los compañeros de trabajo, las interdependencias verticales y horizontales, y una normatividad que delimita formalmente sus márgenes de maniobra operativa y decisional. Aún fuera del servicio, en el entorno, estos trabajadores habrán de interactuar con individuos y colectivos humanos que le son asignados atendiendo a la jurisdicción geográfica del servicio, y a una dinámica cultural local. Es, pues, una estructura “que limita desde un principio, en forma muy singular, el margen de maniobra de cada uno de los actores” (Crozier y Friedberg, 1990: 59).
3. El ambiente intersubjetivo se define como el conjunto de percepciones que sobre las dinámicas psicosociales relativamente estables y significativas de la organización tienen los trabajadores, y que influyen en sus actitudes y comportamiento. (OPS, s/f: 1, 3).
4. Por agencia se entiende la capacidad de los actores de intervenir o abstenerse de hacerlo e influir en el contexto de la vida social con la finalidad de producir una diferencia o cambio sobre el estado de las cosas preexistentes.

5. La proxemia remite al grado de proximidad espacial en la cual existe o no la posibilidad de que cada uno de los participantes de tener acercamiento y contacto físico con el otro (Hall, 1978: 146-148). La disposición espacial de los agentes en los espacios dinámicos que representan los centros de salud guarda también un efecto demostración sobre los otros usuarios y trabajadores que participan en un recinto específico. Es otra forma de imposición a las prácticas de salud que denota una forma de control social que exige del usuario que se apegue a la forma en que se desarrollan las actividades. El espacio es, por tanto, un elemento que influye de manera importante sobre la comunicación interpersonal, es decir, sobre el comportamiento proxémico²⁸. Así, la estructuración del espacio define tanto el marco espacial y cultural donde se suceden las interacciones sociales como la disposición de los propios actores.

El marco espacial condiciona la densidad dentro de la cual se desenvuelven las prácticas de salud, la presencia de factores que dificultan la interacción, y el grado de intimidad (o no) que se establece durante la misma. El marco cultural, por su parte, influye sobre la interacción en función de elementos tales como el sexo, la edad, el aspecto físico, la simpatía o antipatía, y el status social de los interactuantes. Tales características estructuradas del espacio influyen de manera importante, de ahí que su configuración no sea neutral.

1.3.4. Estrategia metodológica para seleccionar los casos

Esta etapa implicó la búsqueda de dos casos que se ajustaran al diseño, y cumplieran con los siguientes criterios de selección:

- a. Que estuvieran catalogados como Centros de Salud tipo B y prestaran servicios de salud mediante consulta externa;
- b. Que hubieran mantenido esa estructura operativa tanto antes del año 2005, como posterior a él, considerando la reestructuración del segundo nivel de atención es año 2005, y,

²⁸Por comportamiento proxémico, Marc y Picard (1992: 80) entienden una señal que tiende a significar el tipo de relación que se desea establecer entre quienes participan del encuentro, el cual puede ser distante, cercano, personal e íntimo.

- c. Que los servicios de salud fueran prestados por personal institucional, independientemente de la forma contractual que lo vinculara al Ministerio de Salud.
- d. Que los casos seleccionados permitieran aprehender el proceso de la transformación de las políticas a nivel de los distintos espacios públicos de los centros de salud (Lipsky, 1980), significando que cualquier otro centro de salud resultaba adecuado para esta tarea, en tanto que no se trató de inferir de lo local a lo nacional.
- e. Que el número de usuarios por médico, o por cualquier otro trabajador, en ambos centros estuviera por arriba del promedio nacional,
- f. Que los problemas de escasez de personal, infraestructura y materiales se presentaran con más frecuencia y agudeza que en otros centros de salud, y
- g. Que hubiera modalidades contractuales diferentes, lo cual conlleva responsabilidades y recompensas, también, diferentes.

Para identificar y seleccionar las dos unidades que cumplieran con los requisitos antes señalados fue necesario, en un primer momento, identificar el área de salud²⁹ donde fuera más factible, política y económicamente, realizar el estudio. Ello se logró a través de entrevistas dirigidas a algunas autoridades del nivel ejecutivo central del Ministerio de Salud. Como resultado, se seleccionó al Área de Salud Guatemala Nororiente. Seguido, se estableció un contacto con la directora de esta área de salud para presentar el proyecto. Una vez logrado su apoyo y la autorización para realizar el trabajo de campo en dicha área de salud, se procedió a: *a)* una revisión documental de informes administrativos y epidemiológicos en torno a la producción de los centros de salud y las características socio-demográficas de la población que atienden, y *b)* entrevistas a autoridades de menor jerarquía del área de salud con la finalidad de calificar, bajo el criterio de expertos, la red de centros de salud de acuerdo a su efectividad, satisfacción del usuario conocidas, y la práctica de acciones discrecionales diagnósticas y terapéuticas.

La investigación se llevó a cabo en dos fases. La primera, realizada de agosto a diciembre de 2008, estuvo enfocada en dar cuenta de las acciones discrecionales en la implementación de las políticas de salud por parte de los trabajadores en los ocho centros

²⁹ Las áreas de salud inicialmente consideradas fueron: Guatemala Sur, Guatemala Nororiente y Petén Suroccidental.

de salud que integran el Área de Salud Guatemala Nororiente. Para ello, se realizó una revisión al azar de los reportes de consulta médica oficiales de cada uno de los médicos de planta durante el segundo cuatrimestre del año 2008 con la finalidad de constatar la práctica de tales acciones (Anexo 1). Una vez identificada y dimensionada la ocurrencia de actos discrecionales, se diseñó la estrategia general de investigación, basada en el planteamiento del caso instrumental³⁰, el cual se entiende como un medio para alcanzar una comprensión más desarrollada de alguna problemática más general, y no como el objeto de estudio en sí mismo (Gundermann, 2008: 256).

De acuerdo con este planteamiento, se escogió el diseño de sistemas más similares³¹ que considera como muestras óptimas de estudio comparativo “aquellos sistemas tan similares como sea factible de lograr respecto al mayor número de rasgos posibles” (Przeworski y Teune, 1970: 32-40). El número de características comunes que se buscó fue el máximo, en tanto que el número de no compartidas, el mínimo. Por tanto, “las características sistémicas comunes se consideraron como variables controladas, mientras que las diferencias entre los mismos se admitieron como variables explicativas” (Przeworski y Teune, 1970: 33). El estudio fue planteado como se muestra en la Gráfica 1.7. De ahí que, manteniendo controladas la mayor parte de las variables independientes similares, una diferencia explicaría otra diferencia, dado que una similitud no podría explicar una diferencia³². Por lo tanto, algunas de las variables independientes más diferentes -no controladas- explicarían las diferencias en el comportamiento discrecional de

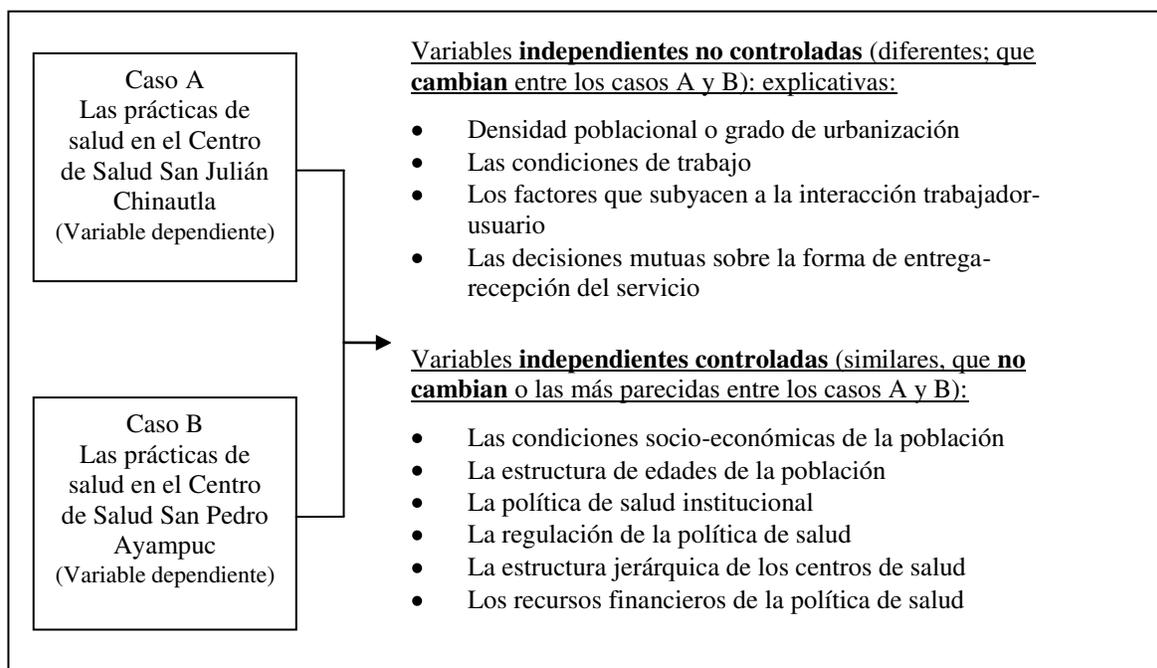
³⁰Hay dos formas de entender un estudio de caso: intrínseco e instrumental. En la primera forma, lo que se elige es un caso especial que, por ser único, exige indagar más exhaustivamente sobre él. Lo que interesa es su especificidad y su unicidad, con la finalidad de entender su esencia e sus implicaciones para una determinada situación. En la segunda forma, el caso instrumental, es sólo un medio de descubrimiento y desarrollo de proposiciones empíricas de carácter más general que el caso mismo, (Gundermann, 2008: 256-257).

³¹Existen dos tipos de estudios comparativos: el de los “diseños de los sistemas más similares” y el de los “diseños de los sistemas más diferentes”, (Przeworski y Teune, 1970: 32-40).

³²En este tipo de estudio, aunque el número de variables experimentales sea desconocido y amplio al momento de comparar dos o más sistemas, tal condición estará minimizada por el hecho de compartir numerosas características contextuales similares. Por tal razón, si se detectaran “(...) algunas diferencias importantes entre [objetos comparados] que guardan similitud en otros ámbitos, el número de factores atribuibles a tales diferencias será lo suficientemente pequeño como para garantizar una explicación, únicamente, en términos de las mismas”, (Przeworski A. y H. Teune, 1970: 32).

los actores durante sus interacciones en las áreas de registro de usuarios, pre-consulta, consulta médica y farmacia de los centros sanitarios estudiados.

Gráfica 1. 7. Estudios de caso más similares.



Fuente: Przeworski y Teune, 1970; Beaglehole, Bonita y Kjellström, 1994.

Seguidamente se dio inicio al proceso de inmersión en el área y los ocho centros de salud que constituyen el Área de Salud Guatemala Nororiente, con la finalidad de seleccionar los dos centros de salud que se convertirían en los dos estudios de caso. Para ello, se llevaron a cabo conversaciones telefónicas y reuniones con todos los directores para explicar los objetivos y alcances de la investigación, y el tipo de apoyo que se requería para la misma. También, se llevaron a cabo visitas en cada uno de los centros de salud, acordadas conjuntamente con los dos directores, con la finalidad de a) realizar observaciones no participantes en las micro-unidades de atención expuestas al público, es decir, en las áreas de registro, pre-consulta y farmacia, exceptuando a las clínicas médicas

que operan como espacio-momento de privacidad³³ a fin de identificar acciones discrecionales durante las prácticas de salud; b) revisar boletas de consultas médicas realizadas por los médicos a fin de detectar la prescripción de medicamentos fuera de las normas de atención para el segundo nivel; (c) hacer el registro fotográfico digital para respaldar los hallazgos; y d) entrevistar a los trabajadores de los centros de salud para conocer sus argumentos sobre los actos excepcionales detectados, e identificar las razones sobre la discrecionalidad.

Esta fase del proceso culminó con la selección de los centros de salud San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc, basada en el criterio de tener contextos socio-demográficos muy parecidos (Anexo 2) pero desempeños institucionales muy distintos. El Municipio de San Julián Chinautla, fundado en 1836, está ubicado a diecisiete kilómetros de la capital. Tiene una densidad poblacional de 3,579 personas por kilómetro cuadrado. Para el año 2008, tenía una población de 86,304 habitantes. Su estructura indica que es una población joven: la población menor de 20 años apenas supera el 40.0%, y poco más del 86.0% no alcanza los 50 años (UPE, 2008). El perfil de morbilidad en el municipio está definido por problemas respiratorios (amigdalitis, otitis, rino-faringitis), gastrointestinales (parasitismo, gastritis crónica), carenciales (anemia y desnutrición crónica), infecciones urinarias, conjuntivitis, y enfermedades transmitidas por vectores y animales. La mortalidad está asociada a un mosaico de causas, entre ellas, los nacimientos prematuros y la septicemia en el recién nacido; enfermedades respiratorias, gastrointestinales, carenciales en la niñez; y, en adultos, a disparo de armas de fuego, tumores, problemas cardíacos, problemas ligados al consumo del alcohol, y traumatismos violentos. (UPE, 2009; DASGNO, 2008: 2; PNUD, 2005: 325)

El municipio de San Pedro Ayampuc, situado a 23 kilómetros de la ciudad capital está integrado por ocho aldeas, trece caseríos y tres fincas agrícolas (maíz, frijol, loroco, tamarindo, etc.) y ganaderas (porcina y bovina). Contrastando con San Julián, tiene una densidad poblacional de trecientas personas por kilómetro cuadrado y una parte importante de su población es pobre, analfabeta, y vive en hacinamiento. El centro de salud de San

³³ Este tipo de observaciones se descartaron ante la reticencia de los médicos a transgredir el derecho a la privacidad de la atención del usuario, al hecho de sentirse evaluados y/o por el hecho de tener que modificar su conducta rutinaria ante la incómoda presencia de terceros ajenos al usuario.

Pedro atiende a una población de 60,448 habitantes, de la cual, 60% es rural³⁴, y 72.9% es mestiza (UPE, 2008; DASGNO, 2008: 2; PNUD, 2005: 325). En San Pedro, la población menor de 20 años representó poco más del 40.0%, y la población menor de 50 años superó el 80.0%, distribución que, al igual que San Julián, representa una población joven. Las principales causas de enfermedad y muerte en recién nacidos son septicemias, prematuridad, y problemas respiratorios. En los niños, las causas son problemas respiratorios, gastrointestinales, parasitosis, y problemas carenciales. En la mujer adulta, las causas de enfermedad y muerte están asociadas a gastritis, infecciones urinarias, problemas respiratorios, parasitismo, hipertensión, accidentes y complicaciones carenciales. En los hombres, se deben a problemas respiratorios, cardíacos, diabetes mellitus, hipertensión, accidentes cerebro-vasculares ligados al alcoholismo, tumores malignos, gastritis, y accidentes (UPE, 2008: 2).

Posteriormente, la selección de los centros de San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc como los dos casos instrumentales de estudio fue autorizada por la Directora del Área de Salud Guatemala Nororiente y notificada a cada uno de los directores de ambos centros asistenciales (Anexo 3).

Además de enfocar el estudio en los centros seleccionados, mantuve una comunicación con los directores de los otros seis centros de salud para recabar datos que sirvieran de contraste para los dos casos seleccionados cuando el estudio así lo requiriera. Esto permitió que, en esta primera fase de la investigación, se realizara una evaluación sobre un conjunto de percepciones auto-valorativas³⁵ en torno al ambiente de trabajo relativamente estable y significativo que viven los trabajadores en cada uno de sus centros de salud (Anexo 4), considerando la influencia que dicho ambiente tiene sobre sus actitudes y comportamientos cotidianos (Peiró, 1995: 503; OPS, 1995; OPS, s/f: 1, 3).

³⁴ Otras fuentes señalan que solamente el 34.1% es rural, (PNUD, 2006: 325).

³⁵ Esta prueba conocida como “Evaluación del Clima Organizacional” explora, mediante un listado de oraciones planteadas afirmativa y negativamente, y con las cuales el encuestado puede o no estar de acuerdo, optando por calificar cada oración como “verdadero” o “falso”, se organiza en cuatro variables (marcadas en negrita) y dieciséis indicadores, así: **a) Liderazgo:** 1. Dirección, 2. Estimulo de la excelencia, 3. Estimulo del trabajo en equipo, y 4. Solución de conflictos, **b) Motivación:** 5. Realización Personal, 6. Reconocimiento de la aportación, 7. Responsabilidad, y 8. Adecuación de las Condiciones de Trabajo, **c) Reciprocidad:** 9. Aplicación al trabajo, 10. Cuidado del Patrimonio Institucional, 11. Retribución y 12. Equidad, y **d) Participación:** 13. Compromiso por la Productividad, 14. Compatibilización de Intereses, 15. Intercambio de Información, y 16. Involucramiento con el Cambio, (OPS, 1995).

El plan de levantamiento de la encuesta se realizó en cada uno de los ocho centros de salud³⁶, en actos únicos, entre los días nueve y veintinueve de octubre de 2008, en coordinación con el jefe del Departamento de Recursos Humanos del área de salud, y con la anuencia de los directores de los centros asistenciales. La prueba constó de ochenta oraciones proyectivas y tomó, aproximadamente, una hora para aplicarse. No hubo ningún tipo de injerencia del personal o autoridades del área de salud para levantar la encuesta.

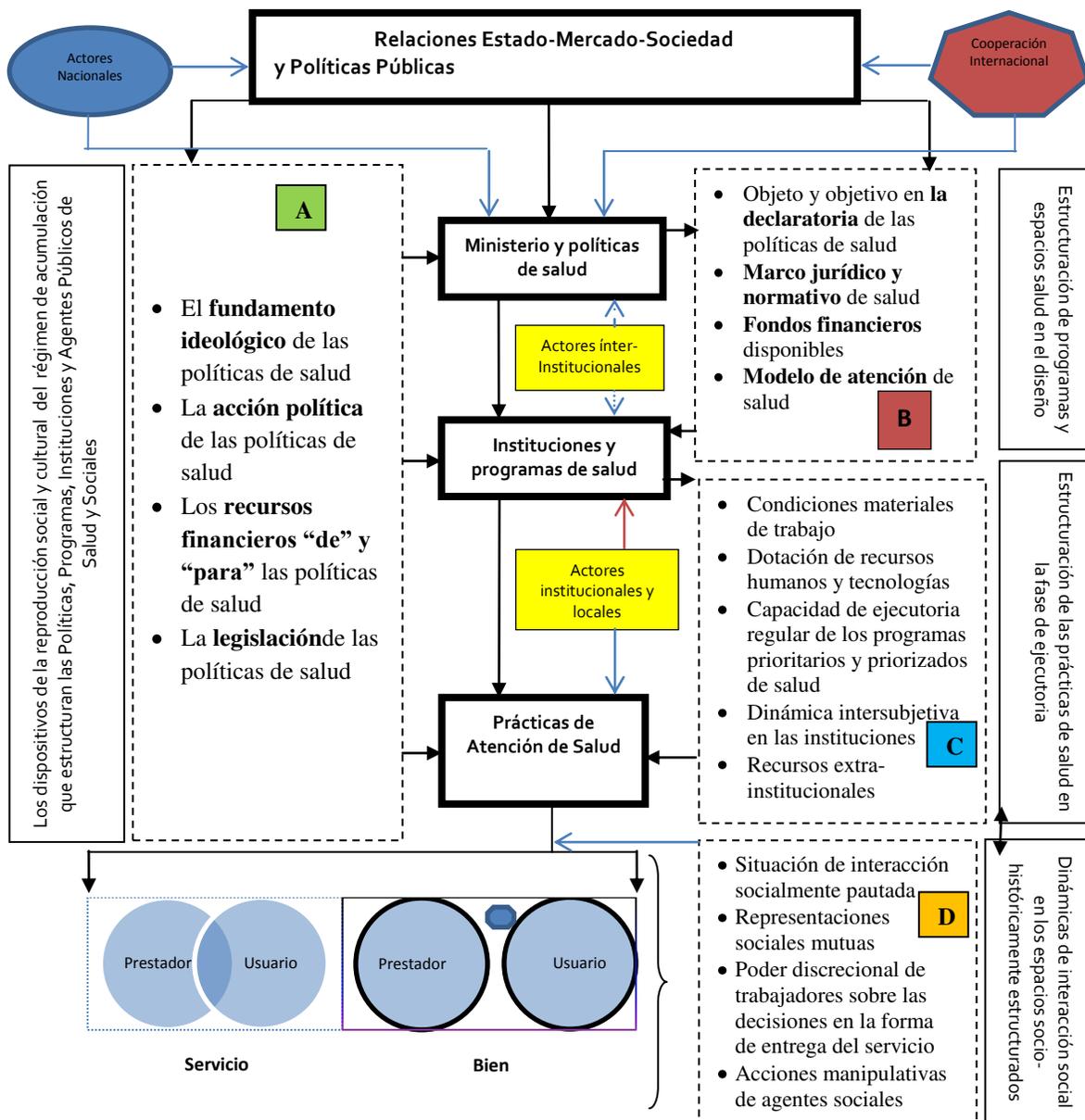
La segunda fase de la investigación se realizó entre los meses de octubre y diciembre de 2009. Tuvo por finalidad ampliar la mirada sobre el proceso de implementación de políticas de salud en los dos centros de salud estudiados, (re)enfocándose sobre la forma cómo opera el conjunto de determinantes macro, meso y micro, identificados por los recuadros A, B, C y D de la Gráfica 1.8., en la estructuración de los espacios y de las prácticas de salud. Pero, también se quiso conocer las maneras cómo los actores alteran las normas impuestas y redefinen las formas de interacción mediante determinantes que operan al nivel de sus prácticas y relaciones sociales situadas (determinantes al nivel micro, recuadro D), afectando con ello el trato de los usuarios y sus futuros encuentros con ellos.

Aunque se mantuvo el planteamiento del diseño de los estudios de los “sistemas más similares”, donde la variable dependiente, los espacios y las prácticas de salud de los actores debieron poseer cierto grado de variación, ello no supuso restarle importancia al valor determinante que posee cada una de esas variables independientes controladas en cuanto a la estructuración que operan sobre dichos espacios y prácticas de salud. Más bien, resalté aquellas variables que influyen en la variabilidad en cada unidad de observación y de análisis, y que explicarían las diferencias encontradas en los espacios y acciones de los actores en cada institución. Por ello, fue necesario reajustar el planteamiento original de los estudios de caso más similares, tal y como se muestra en la Gráfica 1.9.

³⁶Para poder realizar la encuesta, la directora del área de salud Guatemala Nororiente exigió, como reciprocidad, que la encuesta se hicieran en los ocho centros de salud como un aporte del investigador.

Gráfica 1. 8.

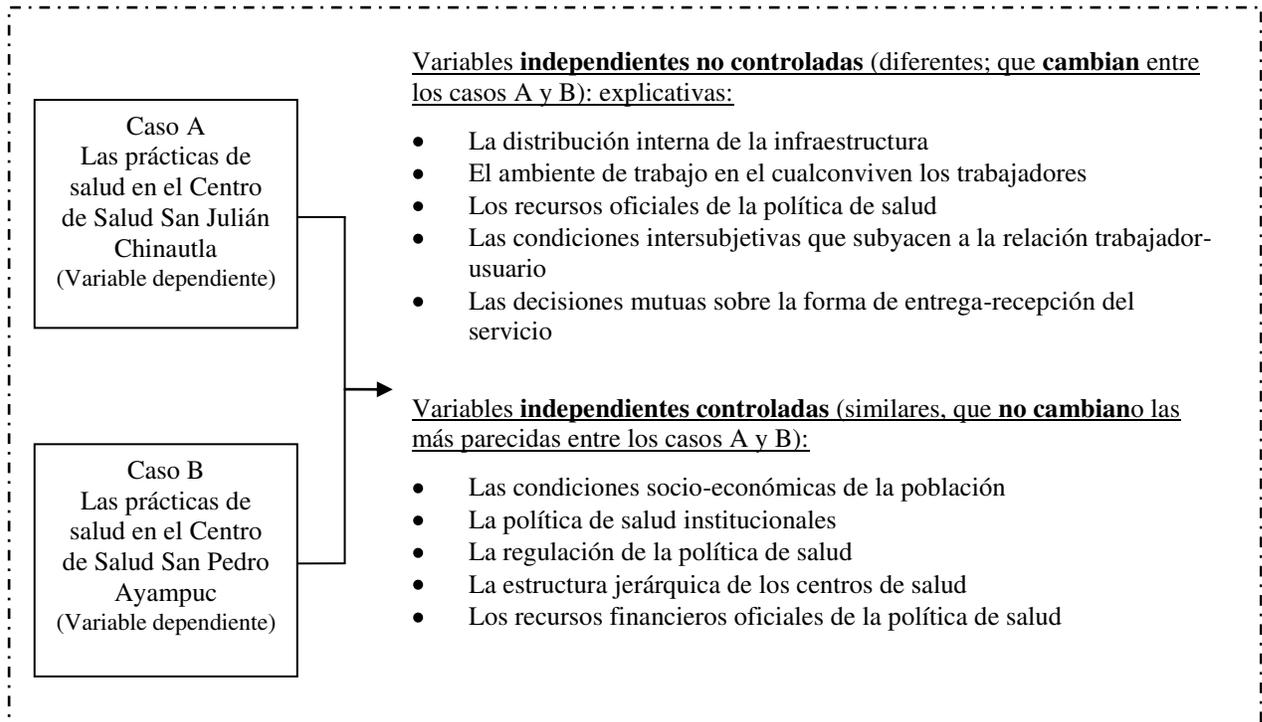
Esquema para el análisis de los factores que influyen sobre espacios y prácticas de salud.



Fuente: Miranda, 2008.

Gráfica 1. 9.

Estudios de caso más similares reajustados.



Fuente: Miranda, 2009.

Las unidades de análisis fueron redefinidas como las *prácticas de salud* desarrolladas entre trabajadores de salud y usuarios. Éstas fueron limitadas a aquellas realizadas dentro del “Programa de Atención a la Demanda”³⁷, el cual se caracteriza por la atención que se dispensa a todo usuario que solicite el servicio de consulta externa en cualquier momento, esté o no su problema de salud fuera del listado de programas prioritarios (Anexo 5). El programa supone la interacción del usuario con una serie de trabajadores o grupos de trabajadores ubicados en distintos espacios formalmente estructurados: *a)* con personal administrativo responsable de la admisión y registro de los usuarios; *b)* con personal de enfermería, que trabaja en la pre-consulta tomando y registrando datos bio-métricos y fisiológicos; *c)* con médicos, que dan consulta médica; y

³⁷ Este programa forma parte de los dieciocho programas prioritarios de salud.

d) con personal auxiliar de enfermería, responsable de dispensar los medicamentos recetados por los médicos.

El criterio utilizado para la selección y observación de los usuarios que consultaron los centros de salud en el horario oficial (07:00-16:00 horas) fueron aquellos que: a.) solicitaron servicios de consulta externa por alguna enfermedad común, exceptuando programas especiales que gozaran de financiamiento internacional y emergencias médicas³⁸, y b.) asistieron los días normales de atención, tanto de los de mucha afluencia (lunes, miércoles y jueves) como los de poca demanda (martes y viernes). El investigador evitó asistir los días programados institucionalmente para realizar eventos especiales que pudieran modificar la dinámica rutinaria con la que operan dichos centros, tales como jornadas de vacunación, de deschatarrización³⁹, supervisiones o evaluaciones del nivel central del Ministerio, fiestas locales o emergencias colectivas.

Para esta fase del trabajo de campo, el abordaje metodológico escogido, siempre dentro de la perspectiva cualitativa, requirió de la utilización de diversas estrategias y técnicas, según la naturaleza de los objetos a ser estudiados. En el caso de la caracterización de las políticas e instituciones de salud (recuadros A y B de la Gráfica 1.9), las técnicas empleadas fueron la revisión documental (Anexo 6) y, en menor medida, entrevistas semi-estructurada (Anexo 7), mientras que, para las interacciones sociales, se combinaron técnicas de observación participante (Anexo 8), observación no participante (Anexo 9), entrevistas a profundidad (Anexo 10), revisión documental de expedientes médicos (Anexo 11), y registro fotográfico digital. Esta combinación de técnicas de investigación me permitió captar la dinámica micro-social en el contraste entre los discursos escritos y orales de fuentes secundarias y primarias, respectivamente, y la observación de los espacios y prácticas de salud llevadas a cabo por los actores sociales en interacciones sanitarias espacio-temporalmente situadas (Tarrés, 2008: 55).

³⁸ Tales como los Programas de Salud Materno-Infantil, Tuberculosis, VIH-SIDA, Seguridad Alimentaria y Nutricional y de Inmunizaciones.

³⁹ El término deschatarrización significa, en el lenguaje del Ministerio de Salud de Guatemala, la recogida de materiales de desecho de cualquier clase (chatarra) que se almacenan en los hogares, y que puede servir de reservorio para la reproducción larvaria del zancudo *Aedes aegypti*, transmisor de la enfermedad del Dengue y la Fiebre Amarilla.

El acercamiento a las políticas de salud oficiales se realizó a partir de la revisión documental, utilizando una técnica de análisis de contenido del discurso escrito. Se estudió tanto el discurso “específico”, aquel inherente a las orientaciones sobre la reforma sectorial en salud para Guatemala, como el discurso “concreto y delimitado” que se refiere a un sólo acto discursivo escrito, caracterizado y recogido en un documento oficial particular de cada gobierno. En cada uno de ellos se analizó el lenguaje propio del discurso, el cual denota quién lo utiliza, cómo lo hace y por qué, y cuándo lo hace. Las creencias o ideas implícitas en el discurso connotan la comunicación intencional de ciertos supuestos que se desean transmitir, y el tipo de “interacción escrita” supuesta entre autores y lectores con respecto a los principios neoliberales, aún sin interacción cara a cara. Finalmente, el análisis de documentos se situó en su contexto, considerando la situación político-social que influyó sobre las declaratorias oficiales (van Dijk, 2008: 21-27).

El estudio documental de las políticas de salud del período 1996-2009 buscó conocer:

1. El fundamento de las políticas de salud que define el contenido de los programas y alcances de las prácticas de salud,
2. La reglamentación institucional que define los espacios e interacciones en las instituciones públicas sanitarias, y,
3. Los recursos financieros para las políticas de salud que estructuran los espacios y prácticas de salud.

El análisis documental se completó con entrevistas a semi-profundidad dirigidas a diferentes actores clave seleccionados para el trabajo de investigación, según su ubicación jerárquica en las estructuras administrativas decisionales y operativas del Ministerio de Salud, y en la medida de las facilidades de acceso a los mismos. Esta técnica permitió que los informantes clave profundizaran en los temas de interés a fin de “entender las perspectivas del entrevistado sobre su experiencia o situaciones personales tal y como son expresadas por sus propias palabras” (Vela, 2004: 70-71).

Para acceder a la documentación necesaria para realizar la revisión de las políticas y de esta investigación en general, se visitaron los centros de documentación de la Instancia

Nacional de Salud –INS-, el portal electrónico oficial del Ministerio de Salud de Guatemala, la Biblioteca de la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, el Centro de Documentación de la Secretaría General de Planificación Económica (SEGEPLAN), el Centro de Documentación del Centro Interamericano de Formación de la Cooperación Española, y el Centro de Documentación del Instituto de Estudios Interétnicos –IDEI- de la Universidad de San Carlos de Guatemala, entre los meses de septiembre 2009 y enero 2010.

Los documentos de salud revisados en torno a las políticas fueron: “Políticas de salud 1996-2000” (RDG, 1996), “Plan de Salud 2000-2004” (MSPAS, 2000a), “Lineamientos básicos y políticas de salud, año 2004-2008” (MSPAS, 2004a), y “Plan nacional para la salud de todas y todos los guatemaltecos” (MSPAS, 2008). También se revisaron otras fuentes no oficiales a fin de complementar la información anterior, especialmente los documentos del Banco Interamericano de Desarrollo, principal financiador e impulsor de los cambios en las políticas de salud: “Programas de Mejoramiento de Servicios de Salud I y II” –PMSS I y II- (BID, 1995; BID, 1999), “Desarrollo Social” (BID, 2003b) y “Modernización del Estado” (BID, 2003a), los cuales contienen las directrices, lineamientos y objetivos de la reforma sanitaria en el país. Además, se estudiaron algunas de los estudios y evaluaciones más importantes en torno a los cuatro objetivos antes señalados realizados a lo largo de esos períodos gubernamentales.

Para el estudio de los mecanismos jurídicos puestos en operación para legitimar esas políticas, interesó analizar, en los mismos términos del análisis del discurso antes descrito, los cambios legal-administrativos que se realizaron para poner en operación nuevas formas de organización de los modelos de gestión, financiamiento y prestación de servicios públicos de salud, la (re)definición legal-operativa de la población destinataria de las acciones de las políticas de salud, los procedimientos administrativo-normativos ligados a las prácticas de salud tales como el registro administrativo oficial de usuarios a través de la extensión de carnet de salud, el registro médico-clínico de consulta, y la extensión de recetas médicas.

Para ello, se recurrió a las siguientes fuentes secundarias oficiales: La Ley del Ejecutivo (CDR, 1997a), el Código de Salud (CDR, 1997b), el Reglamento Orgánico del

Ministerio de Salud (PDR, 1999), y la Ley de Contrataciones del Estado (CDR, [1992] 1997 modificado). A ellos nos acercamos mediante fuentes secundarias oficiales producidas por el Ministerio de Salud, consultando los que llamamos documentos intertemporales a lo largo de los cuatro períodos de gobierno (1996-2009). A éstos se accedió durante el período de trabajo de campo previo a la autorización de acceso a los dos centros de salud, y dieron cuenta de los cambios organizacionales y funcionales del segundo nivel de atención. El tratamiento analítico fue el mismo que el descrito para los apartados anteriores.

El abordaje del financiamiento de las políticas se hizo mediante el análisis de la estructura del presupuesto del Ministerio de Salud. Se consideró, para ello, tanto los recursos financieros formalmente asignados a las políticas como aquellos recursos que fueron producto de las acciones de gestión local realizadas por los directores de los centros de salud. No se pudo determinar el monto de éstos, aun cuando existen, debido a la inexistencia de registros sobre el tipo y cantidad de transferencias recibidas. La técnica utilizada fue la revisión documental. El acceso a la información oficial sobre la asignación y ejecución presupuestaria, tipo y dotación de personal, y escala salarial resultó en una dilatada negociación con las autoridades financieras del área de salud. Se percibió una actitud de miedo por parte del personal frente a tales solicitudes de información y su respuesta fue, repetidamente, que sólo el nivel superior al nivel central del Ministerio de Salud podía otorgarla. Finalmente, la información financiera se completó, parcialmente, con datos adicionales obtenidos de una agencia de la cooperación internacional.

Conforme se avanzó en el estudio de esos elementos macro-determinantes, una parte fundamental del estudio se dedicó a conocer las características de las instituciones⁴⁰ que enmarcan y estructuran los espacios y prácticas de salud desarrollados en los servicios públicos de salud. Su análisis se realizó a dos niveles. Por un lado, se caracterizaron aquellas instituciones que conforman el sector salud, con la finalidad de comprender el conjunto institucional que constituye el Ministerio de Salud y, dentro de él, la ubicación y características de los centros de salud tipo B. Por otro lado, se caracterizaron los dos centros de salud tipo B, San Julián y San Pedro, identificando los espacios funcionales

⁴⁰ Corresponde al nivel de las determinantes del nivel meso identificadas en el recuadro B de la Figura 1.

dentro del diseño de su infraestructura, sus atribuciones en la jerarquía del Ministerio de Salud, sus respectivos diseños organizacionales, y la dotación de personal, insumos y equipo con la que operan.

Para la caracterización de las instituciones del sector salud, se revisaron documentos oficiales del Ministerio de Salud y del Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social, publicaciones de organismos internacionales, y algunos estudios independientes que abordan la configuración del sector de salud guatemalteco. Los mismos fueron obtenidos por informantes clave tanto dentro del Ministerio de Salud como fuera de él, y en el Centro de Documentación de la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud del Ministerio de Salud.

Para el análisis general de los dos estudios de caso, los espacios y las prácticas de salud en los centros de salud San Julián y San Pedro, se recurrió a cuatro técnicas:

- a. Revisión documental, para conocer las características de cada micro-espacio en términos de la organización y distribución espacial de su infraestructura, su estructura organizativa formal a través del organigrama estructural, y la dotación cuantitativa y tipo de personal,
- b. Observaciones no participantes entre los meses de octubre y noviembre de 2009, que dieron cuenta de la situación real de su infraestructura, condiciones físicas o materiales de ambos centros y de cada uno de los micro-espacios que los configuran (Anexo 12), y la dotación y estado del equipo e insumos para el trabajo de llevar a cabo el proceso de atención de salud,
- c. Entrevistas semi-estructuradas entre noviembre y diciembre de 2009 realizadas a informantes tanto intra como extra-institucionales, cuya finalidad fue conocer “las miradas” de los distintos actores sobre las condiciones de trabajo y las dinámicas de operación en sus respectivas instituciones,
- d. Observaciones participantes en calidad de “usuario-paciente”, una en San Julián, el día 19/10/2009, y otra en San Pedro el día 27/10/2009, para conocer las formas en que se dieron y respondieron a las prácticas de salud entre los trabajadores y usuarios en cada uno de los espacio-momentos del proceso de atención,
- e. Registros fotográficos digitales, como apoyo a las otras técnicas empleadas.

A petición de todos los trabajadores de ambos centros de salud, las entrevistas fueron realizadas en el mismo lugar de trabajo, casi al final de la jornada (15:00 horas), cuando éstos se dedicaban a las tareas de reporte administrativo, a fin de evitar molestias durante las actividades de atención y/o por tener un segundo trabajo. En el caso de los usuarios, las entrevistas en ambos centros de salud se hicieron a nueve mujeres y siete hombres que consultaron ambos centros de salud tanto antes como después de participar en el proceso de la atención médica.

Capítulo II

Las políticas de salud en Guatemala (1954 – 1995)

Tras el derrocamiento de Jacobo Árbenz Guzmán en 1954, se inicia el período de gobiernos militares que se caracterizan por mantener una fuerte presencia del Estado en la economía y en las políticas sociales. La ruptura del proceso democrático con el derrocamiento del gobierno Arbenzista llevó Guatemala a reconfigurar el poder político y las relaciones Estado-sociedad-mercado que hasta entonces se habían caracterizado por un fuerte desarrollo institucional y un progresista programa de reformas estructurales (distribución de la tierra y reforma tributaria).

Tal reconfiguración de poder a partir del retorno de los militares al poder, incluyó el desmantelamiento de dichas reformas y el estancamiento del desarrollo institucional y social en el país. En el plano institucional, las implicaciones fueron la ineficiencia de la administración pública, el insuficiente crecimiento de la inversión pública nacional, la centralización del bienestar social en la capital y algunas ciudades importantes, el exiguo desarrollo cualitativo y cuantitativo del funcionariado público, y alarmantes niveles de corrupción estatal en todos los niveles (PdR, 1989b: 11).

2.1. Las políticas de salud de los gobiernos militares de 1954-1985

Los gobiernos militares heredaron de la primera mitad del siglo XX una importante red hospitalaria orientada a atender enfermedades tropicales⁴¹ tales como la malaria, y otras como el parasitismo intestinal, las enfermedades venéreas, y la tuberculosis, que anualmente cobraban la mitad de los casos reportados de morbilidad. De ahí que las orientaciones de las políticas de salud tuvieron dos claras tendencias: una ambiental sanitaria, relacionada con la prevención, mediante el control de vectores, la desecación de los pantanos, la introducción de agua potable y la letrinización rural, y otra curativa, que

⁴¹ Cabe señalar que el país era en términos económicos una república bananera, razón por la cual las principales morbilidades y mortalidad se debían a enfermedades tropicales. Dentro del perfil epidemiológico también eran importantes las enfermedades venéreas, la salud escolar y las acciones orientadas a la mujer y el niño.

buscó construir una cadena de unidades sanitarias y de hospitales departamentales y regionales, que ofrecerían servicios sobre la base de “que cada unidad cubriera un sector de población tan grande como le fuera posible” (GdR, 1957: 76).

En el discurso oficial, las acciones sanitarias se declaraban orientadas hacia las inversiones públicas en infraestructura sanitaria física y la creación, mejora y ampliación de los servicios de salud y de la infraestructura medioambiental para atender a la demanda de población enferma, desarrollar acciones orientadas a aminorar los factores de riesgo ambiental (agua potable, letrinas, desagües en los asentamientos rurales), combatir las enfermedades (tropicales, venéreas, tuberculosis), atacar las causas de la mortalidad infantil (desnutrición, enfermedades transmisibles), e iniciar programas de yodización de la sal y de agregación de vitamina A al azúcar. En el plano administrativo, los distintos gobiernos siguieron líneas de acción similares, declarando que iban a completar y mejorar el equipo y la tecnología en los servicios de salud, mejorar la calidad de la vivienda, corregir las deficientes condiciones de trabajo y desarrollar investigaciones. También se afirmó la necesidad de hacer esfuerzos por mejorar el control de alimentos, introducir el uso de medicamentos genéricos, hacer más efectivas las acciones intersectoriales, renovar la integración del sistema sanitario (integrando la infraestructura y haciéndola funcionar en forma jerarquizada por niveles), y categorizar los servicios, recursos y funciones específicos de acuerdo al tamaño de las poblaciones meta. Todo esto iba acompañado de una nueva división político-administrativa regionalizada⁴² y del arranque de la Estrategia de Atención Primaria en Salud (en adelante APS), conforme con los compromisos de la reunión de la OMS en Alma-Ata en el año 1978. (SGCNPE, 1984: 127-128; SGCNPE, 1981: 185-187; SGCNPE, 1978: 145-147; SGCNPE, 1974: 85-87, 248-250, 432; SGCNPE, 1970: 16-18; SP, 1962: 3-6; GdR, 1957: 22, 29, 108). Pese a este discurso impresionante, las acciones fueron insuficientes, y el estado de salud de la población, especialmente la rural, continuó mostrando problemas agudos de saneamiento ambiental, elevadas tasas de

⁴² La regionalización dividió el territorio nacional en nueve regiones: Región I: Jutiapa, Santa Rosa; Región II: Escuintla; Región III: Suchitepéquez y Retalhuleu; Región IV: San Marcos, Totonicapán y Sololá; Región V: Baja Verapaz, Guatemala, El Progreso, Chimaltenango y Sacatepéquez; Región VI: Zacapa, Chiquimula y Jalapa; Región VII: Alta Verapaz e Izabal; Región VIII: Huehuetenango y Región IX: Petén, (CNPE, 1970: 456).

mortalidad y morbilidad materna e infantil, desnutrición, escasez en todas las categorías del personal institucional y mala distribución, entre otras. (MSPAS, 1978: 17-38)

En el último tramo de los gobiernos militares (1982-1985), aunque las acciones en salud no cambiaron sustancialmente de lo que habían sido previamente a su llegada al poder, se volvió a replantear sin éxito la incorporación del sector privado en las acciones del gobierno para la prestación de servicios sociales, de salud, educación, vivienda, recreación y deporte con fines de incentivar su participación en la prestación de servicios, y se conformó una estructura institucional complementaria de la pública, y de la seguridad y asistencia social a los trabajadores y a sus familias (SGCNPE, 1983: 12, 26-27).

No obstante las pretensiones a grande mejoras en el ámbito de la salud contenidas en el discurso de los gobiernos militares, a lo largo de este período, las condiciones de la población se siguieron caracterizando por un bajo nivel de salud, una educación sanitaria deficiente, un medio ambiente insalubre, la insuficiente y desigual oferta de servicios de salud en las regiones urbanas y en las rurales, y bajas coberturas de vacunación, todas asociadas a bajas coberturas institucionales (SGCNPE, 1984: 26). Aunado a ello, continuaron los problemas administrativos reflejados en una baja cobertura institucional, ineficiencia e ineficacia en los programas de salud, altos costos en la atención privada, disfuncional articulación entre entidades públicas y privadas, y el uso de tecnología inadecuada en los servicios de salud. Además, se hizo patente la falta de educación y formación del personal institucional que entregaba los servicios, con la consecuente baja calidad de la atención aunada a la insuficiencia de recursos para la entrega de dichos servicios (SGCNPE, 1984: 27).

2.2. Las políticas de salud de los gobiernos civiles de 1986-1995

Esta etapa se inaugura en el año de 1986 con el ascenso al poder del primer gobierno civil de Vinicio Cerezo (1986-1990), después de treinta años de dictadura militar. Con él se inició, en principio, el retorno a la democracia, pero, bajo la tutela del poder militar.

Este primer gobierno civil mantuvo, al igual que los gobiernos militares que habían conducido política y administrativamente al país por tres décadas, un fuerte perfil estatista

en la orientación del modelo de desarrollo del país, y la preminencia de servicios públicos orientados a reducir los índices de la pobreza bajo la consigna de atender la deuda social. De esa cuenta, las acciones sociales, y en particular las de salud, se orientaron hacia la atención a los grupos de población más vulnerables y rurales –principalmente la madre y el niño- con el fin de procurar un mejor bienestar e incorporarlos al desarrollo nacional. Esto se intentó lograr con políticas de ampliación de cobertura de la seguridad social, de mejor distribución de medicamentos, de desarrollo institucional, de protección ambiental, de mejoras en la alimentación, y de inversiones en infraestructura y equipamiento, sanitarios (PdR, 1991: 197-200; 1990: 153-156; 1989a: 135-137, 1989b: 15-16; 1988: 165-168; 1987b: 57; SEGEPLAN, 1987: 85-92).

Los planes de salud del primer gobierno pos-militar de Vinicio Cerezo estuvieron orientados hacia el abastecimiento de medicamentos genéricos a la red de servicios públicos, el (re)equipamiento de los centros de atención, mayor eficiencia en la entrega del servicio mediante la capacitación de los trabajadores de la salud, mejoras en la coordinación interinstitucional, y la ampliación de la cobertura institucional. (DCG, 1987: 16, 108-109). Estas acciones de salud siguieron oficialmente enmarcadas en la meta de “Salud Para Todos en el año 2000” de la Declaración de Alma-Ata (1978) y de la estrategia de Atención Primaria a la Salud impulsada por la OMS/OPS(OPS, 1995b: 1). Ésta se desarrolló en el marco de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) que representaban un esfuerzo por mejorar la gestión de los servicios al ‘empoderar’ a las comunidades mediante la participación social para incidir sobre las determinantes de la salud.

En la realidad, los hechos mostraron que la política social estuvo ligada a la estrategia contrainsurgente que buscaba derrotar a la insurgencia, arrebatándole la población como base de apoyo, y extendiendo los servicios públicos por medio de diversos programas sociales (v. gr. Fusiles y Frijoles, Tierra, Techo y Tortillas, Polos de Desarrollo, Aldeas Modelo que cubrieran mínimamente las necesidades básicas (Verdugo, 1995: 20; SEGEPLAN, 1987: 88-89). Esta amalgama contrainsurgente-subsidiaria buscó fallidamente la pacificación nacional. Al igual que durante los regímenes militares, siguió la corrupción gubernamental sin que se modificara sustancialmente la enorme deuda social acumulada.

Durante el segundo gobierno civil post militar de Jorge Serrano (1990-1995)⁴³, hubo continuidad en las políticas oficiales anteriores, y se crearon nuevos fondos sociales para reducir la pobreza, mejorar el acceso a los servicios público de educación, salud y medio ambiente. Se llevó a cabo, además, una política de desarrollo regional y de descentralización que permitía una mayor participación del sector privado en los asuntos públicos. Las políticas de salud, al igual que la del gobierno anterior, siguieron centradas en el niño, la mujer y el medio ambiente. (PdR, 1993a: 25-26, 33; PdR, 1992: 21-25, 27).

Al final de ese período, con el advenimiento del gobierno de Ramiro de León, se propuso una nueva relación entre el Estado y la sociedad civil encaminada a “racionalizar la acción del Estado en la reducción de la pobreza mediante la atención local a través de acciones integrales y focalizadas” (PdR, 1993c: 12), significando una modalidad de responsabilidad social compartida entre gobierno, comunidad, instituciones y organismos privados. En otras palabras, ya se plantaban las primeras iniciativas del ajuste estructural en el ámbito social, pese a que no había condiciones políticas propicias para su desarrollo. Sin embargo, las acciones de salud se mantuvieron dentro de la estrategia de la APS, focalizando los programas y proyectos con la intención declarada de ampliar la cobertura de servicios básicos, aumentar la calidad de los servicios públicos, avanzar en la atención materno-infantil y la educación sanitaria, y mejorar la alimentación de la población (PdR, 1995: 56; PdR, 1993c: 11-13).

Nuevamente, el discurso oficial de las políticas de salud planteaba la ampliación de cobertura, la prevención y educación para la salud basada en la APS, y la mejora en la eficiencia y calidad de la atención. Para ello se proponía realizar reformas organizativas y administrativas que permitieran disminuir la morbilidad y la mortalidad de grupos vulnerables (madre y niño), resanar el medio ambiente y apoyar las escuelas formadoras de recursos humanos en salud, además de remodelar y equipar las maternidades de los hospitales nacionales, y parcialmente dotar con equipo a hospitales departamentales. Finalmente, se proponía reorientar el gasto de salud hacia acciones preventivas, y mejorar

⁴³ Este gobierno finalizó en el mes de marzo de 1993 tras la destitución de Jorge Serrano por el intento de un autogolpe de Estado. A partir de esa fecha asumió el poder un ex Procurador de Derechos Humanos del país, Ramiro De León, quien fue llamado a completar el período de gobierno de Serrano que finalizaba en enero de 1996.

los procesos de gerencia para hacer más eficiente la ejecución de algunos renglones críticos del presupuesto (PdR, 1995: 57-58).

Se (re)conceptualizó el modelo de salud y se reconocieron como actores válidos en éste al Ministerio de Salud, los organismos gubernamentales, pero también a las organizaciones privadas, municipalidades, ONGs, patronatos e instituciones de cooperación internacional (PdR, 1995: 56-57). Además, se creó la Oficina Nacional del Programa Sectorial de Salud (PSS) que inició el proceso de transformación del modelo de salud en tres regiones del país (Escuintla, Alta Verapaz y Chiquimula). Con ello, el Ministerio de Salud llenó los requisitos y exigencias del BID para que el país fuera declarado “sujeto de crédito en lo que respectó al sectorial de salud” (PdR, 1995: 57). Apareció un lenguaje relativamente nuevo: la subsidiariedad, solidaridad comunitaria, corresponsabilidad y autoayuda, focalización, así como la cercanía a las necesidades sentidas de la población (PdR, 1995: 47; PdR, 1994: 14; PdR, 1993c: 11-12).

Finalmente, muchas de las actividades del gobierno continuaron bajo la ejecutoria de algunos fondos sociales que fueron fortalecidos (entre otros, el Fondo de Inversión Social o FIS, el Fondo Regional para el Desarrollo Comunitario o FRDC, y el Fondo Nacional para la Paz –FONAPAZ), buscando la institucionalización de la coordinación de tales fondos con las municipalidades. De ahí que muchas poblaciones desarraigadas o en zonas de enfrentamiento fueran objeto, en alguna medida, de la atención del gobierno. (PdR, 1995: 48, 51; PdR, 1994: 14-15; PdR, 1993c: 11-12)

2.3. Las condiciones de organización del Ministerio de Salud en el período 1954-1995.

En la historia de Guatemala de 1944 a la fecha, se han conocido tres modelos de atención a la salud sustentados en lógicas diferentes. El primer modelo (1944-1978) se caracterizó por unas políticas y un sistema de salud influidos por una orientación sanitaria que planteaba la cobertura universal de la población, acciones de salud pública (promoción, prevención, curación y rehabilitación), planteadas en Alma-Ata en 1978), aunque se centró en las poblaciones ubicadas en los polos de la economía de exportación (zonas bananeras y

puertos) (Estrada Sandoval, 1954). En el segundo momento (1978-1995), las acciones se orientaron hacia la meta de “Salud Para Todos en el año 2000” de la Declaración de Alma-Ata (1978)⁴⁴ y Atención Primaria de Salud (OPS, 1995b: 1).

El tercer modelo de salud, actualmente vigente (1996-)⁴⁵, que se expondrá en el siguiente capítulo, se caracteriza por una tendencia hacia la mercantilización de la salud mediante una mayor apertura hacia la participación de entes privados en la prestación de servicios, la reducción del presupuesto estatal destinado a la salud, y esfuerzos por “empujar” a la población de menores recursos hacia el consumo en el mercado privado de la atención a la salud, mediante la focalización y los paquetes básicos de atención.

Desde 1954, el sistema de salud funcionó política y operativamente de manera fragmentada, lo cual contribuyó a que las instituciones públicas y los proveedores privados financiaran sus propios servicios⁴⁶ y los canalizaran en una red propia, auto-regulada y casi totalmente autónoma (Flores, 2008: 29; OPS, 1995c: 21-22). Esta situación hizo que el Ministerio de Salud ejerciera poca supervisión, situación que, al conjugarse con el incumplimiento normativo bajo el cual se opera normalmente en los centros de atención ministerial, la arbitrariedad decisional al nivel político-estratégico y la baja capacidad resolutive al nivel local, reforzara la ausencia de rectoría en el sistema, acompañándose de un menor respeto al Estado de derecho, y de una pérdida de legitimidad de los funcionarios sanitarios frente a la población. (MSPAS, 1994: 2).

Esta situación tuvo claros efectos sobre la atención de salud bajo la autoridad del ministerio de la salud, la cual se fue configurando mediante adiciones programáticas de acuerdo a las necesidades que cada administración ministerial priorizó bajo la influencia y el apoyo técnico y financiero de la cooperación internacional, pero sin que se diera la debida transformación cualitativa institucional ni se incorporara el recurso humano que

⁴⁴ Ésta se desarrollaba mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y la metodología de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), ambas orientadas hacia la búsqueda de la eficiencia, eficacia y equidad del sistema de salud mediante la participación social y la mejora de la gestión de los servicios.

⁴⁵ La transición de un modelo de atención a otro no es inmediata; suele haber un traslape entre ambos. Éste es el caso del cambio entre el segundo y tercer modelo. Aunque oficialmente el actual modelo arrancó en el año 1996, tras la firma de la Paz, su concepción y diseño se iniciaron a partir del año de 1991, momento en el cual aún el Ministerio de Salud funcionaba bajo la lógica de la APS y de los SILOS.

⁴⁶ Los servicios públicos se financian normalmente mediante el presupuesto público que depende de los impuestos.

mejorara la capacidad implementadora del nivel ejecutor. Además, la ejecución de los programas sanitarios se vio influida por las decisiones contradictorias sobre el desarrollo programático que con frecuencia tomaban los altos funcionarios ministeriales de salud en turno. Esto contribuyó a mantener un alto grado de centralidad en las decisiones normativas, pero sin mecanismos de monitoreo y evaluación, con la consecuencia que los funcionarios del nivel ejecutor constantemente enfrentarían problemas de desfases entre los lineamientos normativos y la implementación de los programas de salud (OPS, s/fb: 6-7).

Así, tanto la planificación y dotación de recursos⁴⁷ como los sistemas de control se hacían desde el nivel central del Ministerio de Salud ubicado en la capital del país. Eso explica el enorme crecimiento administrativo ocioso del nivel administrativo central en contraposición a un nivel operativo periférico rural y suburbano, carentes de recursos de casi todo tipo que repercutió sobre las prácticas y los resultados de salud (OPS, s/fb: 6-7). Las disparidades geográficas en la distribución de los recursos asignados a la implementación de las políticas de salud generaron procesos paralelos de excesos y carencias con un claro efecto negativo sobre la oferta de servicios y las prácticas de salud, las cuales carecieron de calidad y tuvieron un escaso impacto en términos de cobertura y efectividad sobre el estado de salud de la población, especialmente la materno-infantil cuyas tasas de morbilidad y mortalidad permanecieron altas (OPS, 1995a: 8-9; OPS, 1991: 20-21, 24-28; OPS, 1992: 20-21, 32-34). En cuanto a la capacidad organizativa y funcional de los centros de salud, se operó bajo un sinnúmero de mitos institucionales en cuanto a recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos. Por esa razón, cada unidad ejecutora se vio limitada en sus prácticas con los consecuentes problemas de resolución, cobertura y eficacia.

Estos rasgos fueron enfatizados cuando se combinaban con ruralidad, etnicidad, género, condición socioeconómica de los usuarios, acceso, adecuación de la infraestructura, entre otras condiciones (MSPAS, 1994: 1). Además, hubo un marcado deterioro en la infraestructura física de los servicios públicos de salud, en la disponibilidad de insumos, y

⁴⁷ Usualmente, los presupuestos de las áreas de salud se estiman sobre la base de Planes Operativos Anuales (POA) que las mismas áreas de salud estiman. Sin embargo, cuando éstos llegan al nivel central, sufren reajustes a partir del presupuesto general del Ministerio de Salud. Ello implica que no todo lo originalmente estimado en función de la realidad local termine siendo asignado (Flores 2008: 31).

en la cuantía y calificación del recurso humano (OPS, 1995b: 44). Los centros de salud A y B presentaron, entre los años 1987 y 1990⁴⁸, un grado de deterioro físico estimado en 30% y 40%, respectivamente. (OPS, 1991: 50-51, 57-58).

Durante el período de los gobiernos militares de 1962 y 1975, la infraestructura había crecido. El número de centros de salud se había incrementado en poco menos del doble, y los puestos de salud casi habían triplicado. La explicación de ello parece estar relacionada con las estrategias militares que buscaban acercarse a la población mediante servicios mínimos, y no con la planeación y programación del Ministerio de Salud (MSPAS/DGSS, 1975: 73). Durante el período de los gobiernos civiles de transición, el número de hospitales dejó de crecer a pesar del crecimiento poblacional, y se estancó el crecimiento de toda la red sanitaria pública (Cuadro 2.1.). Igualmente, la carencia constante de recursos críticos (medicamentos, equipo) comprometía constantemente la efectividad y eficiencia del modelo, así como la calidad de los servicios de salud (OPS, s/fb: 6-7).

⁴⁸ Para 1991, se reportaron un total de 220 centros de salud (32 de tipo A con encamamiento y 188 del tipo B sin encamamiento). El total de centros de salud reportados para el departamento de Guatemala fueron 29 (distribuidos en tres áreas de salud: Guatemala Norte, 13; Guatemala Sur: 12; Amatitlán: 4). Cabe recordar que en el año 2000 se dio la reunificación de estas tres áreas de salud para conformar una sola: la Dirección de Área de Salud Guatemala (OPS, 1991: 50-51). Un informe más reciente señala la existencia de cambios en el número de centros de salud: 21 del tipo A y 220 del tipo B (MSPAS, 2007b: 37).

Cuadro 2. 1.
Evolución de la infraestructura institucional de salud, Guatemala, 1955-1995.

	Gobiernos Militares		Gobiernos Civiles			
	1955-1985	1986-1990	1991-1993	1994-1995		
	Poblaciones ⁿ					
Tipo de infraestructura	5,750,900 [!]	7,200,000 [~]	8,907,618	9,331,182	10,003,739	
	(1962)	(1975)	(1980)	(1990)	(1992)	(1995)
Hospitales	-	39	37	35 [°]	35 ^a	35 [®]
Centros de Salud (A y B) £	46 ¹	82 ³	182	220 [°]	220 ^a /	220 [®] \$
Puestos de Salud (con enfermera auxiliar o TSR+)	132 ²	379	541 [∞]	785 [°]	785 ^a	787 [®]
Centros de nutrición	-	-	-	12 [°]	-	-
Farmacias estatales	-	-	-	56 [°]		53 [®]
Ventas municipales de medicamentos*	-	-	-	155 [°]		104 [®]
Promoción de Centros de Lactancia	-	-	-		13 [°]	-
Puestos de Erradicación de la Malaria	-	-	-			609 [®]
Maternidades	3	-	-			

Fuente: Miranda, 2009.

(!) Población para el año 1973, (MSPAS, 1975: 3).

(~) Población para el año 1978, (MSPAS, 1980: 2).

(1) Incluye Centros de Salud y Unidades Sanitarias, (SP, 1962: 3-4).

(2) Incluye Puestos de Salud y Dispensarios, (SP, 1962: 3-4).

(3) Incluye 11 Centros de Salud tipo A y 71 tipo B, (MSPAS, 1975: 44).

(∞) De los 541 Puestos de Salud solamente 482 estaban funcionando, y de ellos 190 eran atendidos por un estudiante de medicina y una enfermera auxiliar, (MSPAS, 1980: 16-17).

(°) Presidencia de la República, 1991: 198; 1990: 154; 1989a: 137; 1988: 166.

(^a) Secretaría General de Planificación Económica, 1991: 10.

([®]) Presidencia de la República, 1993a: 28.

(*) Aún cuando las ventas municipales de medicamentos no formaban parte de la infraestructura ministerial, los medicamentos eran surtidos por la farmacia central del Ministerio de Salud.

(+) TSR, Técnico en Salud Rural.

(/) Para el año de 1991 la correspondencia era 188 centros de salud tipo B –sin encamamiento- y 32 del tipo A, con encamamiento.

(\$) Para el año 1993 se reportaron 32 Centros de Salud tipo A y 188 Centros de Salud tipo B, (MSPAS, 1993a: 17).

(£) La relación Centros de Salud tipo A/tipo B para ese año fue de 32/184; los datos revisados no permiten conocer la evolución del crecimiento proporcional entre ambos.

En cuanto a la cobertura institucional, para 1980, el 20% de la población contaba con un “difícil acceso” a la atención, estando a más de dos horas de distancia de cualquier tipo de servicio institucional (MSPAS/DGSS, 1980: 3). Desde entonces, y hasta el final del período de 1993-1995, poco menos de la mitad de la población careció de acceso a los servicios institucionales de salud (Cuadro 2.2.), al grado que la tasa media anual promedio de consulta médica se estimó en una y media consulta por habitante por año (OPS, 1991: 90-96). El factor rural-urbano también jugó un papel importante: entre más cercana la ubicación del usuario a las ciudades, mejor era el acceso a la tecnología y a la calidad de la atención sanitaria (OPS, 1995a: 9).

Cuadro 2. 2.
Cobertura institucional de salud de la población durante los gobiernos militares y civiles, años seleccionados, Guatemala, 1955-1995.
(% de población cubierta)

Institución	Gobiernos Militares		Gobiernos Civiles	
	1980 (%)	1991* (%)	1993 ^o (%)	
Ministerio de Salud	-	25	25	
Seguridad Social	12 ¹	15	17	
Entidades Privadas	-	14	10	
ONG	-	-	4	
Sin cobertura	-	46	50	

Fuente: Miranda, 2009.

(*) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1993a: 17. Dentro de ese período de gobierno, para el año 1994, otras fuentes reportaron los siguientes datos: MSPAS, 30%; IGSS, 15; Privados, 8-12, Sin Cobertura, 40 (MSPAS/OPS, 1994: 3); para el año 1995 las cifras reportadas fueron: MSPAS 25%, IGSS 15%, Privados 14%, y 46% sin atención (MSPAS, 1998: 12).

(^o) Secretaría General de Planificación Económica, 1991: 11.

(¹) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección General de Servicios de Salud, 1980: 16-17. Sin embargo, para 1976 un informe este mismo informe del Ministerio de Salud señalaba que el Seguro Social cubría a una población de 586,552 personas, que representaban el 8.14% de la población (7.2 millones).

Tal y como se indica en el Cuadro 2.3., el Ministerio de Salud tuvo un crecimiento en el rubro del personal cercano al mil por ciento entre los años 1962 y 1973, y entre 1973 y 1988. Así, entre 1973 y 1988, los rubros que se redujeron fueron el de los profesionales

(de 12.0% a 8.4%), de auxiliares de enfermería (de 44.6% a 27.0%), y de los de servicios de apoyo (de 28.7% a 21.1%), en otras palabras, los relacionados directamente con los servicios a la población.

Cuadro 2. 3.
Número de empleados del Ministerio de Salud por categoría ocupacional en años seleccionados.

Año	Cifras por rubro de contratación												
	Profesional		Técnico medio		Auxiliar de enfermería		Administración		Servicios de apoyo		Totales		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Militares+ (1962)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,098	100.0
Militares ° (1973)	1,280	12.0	562	5.3	4,747	44.6	1,013	9.5	3,053	28.7	10,655	100.0	
Civiles* (1988)	1,629	8.4	2,706	14.0	5,231	27.0	5,718	29.5	4,098	21.1	19,382	100.0	

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 1991: 43; Sanidad Pública, 1962: 5.

(+) Datos para el año de 1962, (SP, 1962: 5).

(°) Datos para 1973, (MSPAS, 1975: 53).

(*) Datos para el año 1988.

Para enfrentar la demanda de atención sanitaria en el país, el Ministerio de Salud contaba, para el año de 1988, con 19,382 empleados⁴⁹, lo cual era bastante bajo, a pesar de

⁴⁹Los empleados públicos representaban el 6.4% de la Población Económicamente Activa (1991) –la más baja en Latinoamérica para ese año- correspondiéndole al sector salud un 0.9%, el cual se reducía a 0.4% cuando se consideraba sólo a quienes contaban con alguna formación en salud. Para el año 1991, la Población Económicamente Activa se estimó en poco más de 3.3 millones de personas, que representaba aproximadamente al 31% de la población estimada para ese año que fue de alrededor de 9.2 millones de habitantes (el censo de población del año 1981 estimó una población de 6,054,227 habitantes y el del año 1994 en 8,331,874 habitantes), (INE, 2006), Descripción de los censos realizados por el INE, Guatemala, pp. 8; OPS, 1991: 36; http://books.google.com.gt/books?id=y1WmxWbCh7wC&pg=PA137&lpg=PA137&dq=pea+guatemala+1991&source=bl&ots=ePGDHPzGRq&sig=jVWOhVMQ35amDzo0ieZmeY_4mV8&hl=es&ei=LjQsrSKCYintgfdpdvAg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CAgO6AEwAA#v=onepage&q=pea%20guatemala%201991&f=false.

ser el principal empleador del sector⁵⁰, representando poco menos del 70% de la fuerza laboral pública⁵¹ (OPS, 1991: 36, 38, 43; 1975: 53; SP, 1962: 5). El hecho de que hubiera tan poco personal institucional obedeció a dos factores: *a*) a la falta de presupuesto ministerial para absorber la mano de obra formada, y *b*) a lo poco atractivo que resultaba trabajar en el sector público dada la fuerte orientación liberal-biologista, individual y curativa de la formación y práctica médica profesional (OPS, 1991: 36). Además, los servicios de salud eran prestados mayoritariamente por personal técnico medio y auxiliar, del cual el 65% solamente había alcanzado el nivel escolar primario y/o secundario, lo cual explica los altos grados de ineficiencia administrativa. Del personal que ocupaba puestos políticos y de dirección en el sector público, el 40% había alcanzado cursar estudios de preparatoria, y un 42% habían cursado en la universidad. La mayoría se concentraban en la ciudad capital y las ciudades de mayor importancia donde se ubicaban las mejores oportunidades de superación profesional y técnica y se podía optar por un segundo empleo. (OPS, 1991: 38)

A la crítica y precaria situación política, económica y social que vivía el país, vinieron a sumarse otras coyunturales como el terremoto de 1976⁵² que empujaron a bolsones de población a emigrar a la ciudad capital, donde, también, se agravó la situación operativa de los centros asistenciales urbanos. La recepción no planificada de contingentes de población tuvo un impacto negativo sobre las políticas de salud y los recursos destinados a la prestación de servicios de salud en el área urbana y, por ende, en la calidad⁵³ de los servicios de salud desarrolladas en ellos. (OPS, 1991: 34)

⁵⁰De los trabajadores de salud casi el 97% se repartía entre el Ministerio de Salud y la seguridad social (OPS, 1991: 36, 38).

⁵¹La composición de la fuerza laboral pública era piramidal: un vértice angosto constituido por profesionales, un estrato medio más amplio configurado por técnicos y una base muy amplia formada por auxiliares de enfermería. éstos se ubicaban principalmente en el nivel primario de atención. Además, en términos de género, tres cuartas partes del grupo profesional estaba constituido por hombres. Al nivel del Ministerio de Salud, la fuerza laboral profesional masculina superó el 90%, mientras que al nivel técnico y auxiliar la fuerza femenina fue la principal (OPS, 1991: 39-41).

⁵²Para 1976 Guatemala sufrió un terremoto, lo cual agudizó la precaria situación física y funcional de la ya escasa, desigual y debilitada infraestructura pública sanitaria del país, además, otro factor que incidió en esa situación fueron las actividades bélicas que se desarrollaban, especialmente y con mayor crudeza, en el interior del país, lo cual agravó aún más el desbalance en los recursos.

⁵³El concepto de calidad de la atención puede ser casi cualquier cosa que se quiera definir a partir de los valores y metas vigentes en un sistema de salud (Donabedian, 1992: 382). En este trabajo entenderemos como calidad de la atención médica como aquella atención que reúne *a*) una calidad científico-técnica o

La persistencia de prácticas restrictivas a partir de los factores antes señalados elevaba los costos operativos y prolongaba los tiempos planeados para el logro de las metas institucionales, incurriéndose en prácticas de salud que se repercutían en ineficiencia, ineffectividad y desigualdades, y en general en deficiencias en cuanto a la calidad (OPS, s/fb: 7). Se había considerado que la administración pública sanitaria era capaz de convertirse en un factor determinante para el éxito de la acción gubernamental, en la cual la calidad y efectividad del aparato administrativo habría desempeñado un papel central. Pero terminó siendo, más bien, el lecho donde se perpetuaron muchos de los vicios de procedimientos administrativos de largo lastre en la administración pública, tales como “(...) prácticas del continuismo, exacciones ilegales y favoritismo”. (Thompson y Lujan, 1969: 15, 17).

2.4. Presupuestos de salud del período 1955-1995

A lo largo del período 1977-1995, tanto las asignaciones presupuestarias (nominales y ejecutadas), como los gastos *per cápita* reales (1985-1995) mantuvieron un incremento sostenido. En los años 1988 a 1989. Estos incrementos del gasto per cápita parecen haberse relacionado con la consolidación del primer gobierno civil elegido democráticamente tras el período de gobiernos militares de facto. Durante este corto periodo, se logró una mayor recaudación fiscal, y al volver a declararse el “pago de la deuda social”, se llevaron a cabo inversiones importantes en la infraestructura del medio ambiental-sanitario y de la red de servicios del Ministerio de Salud, equipamiento hospitalario, capacitación de personal institucional y comunitario, compra de medicamentos, y subvención a programas ejecutados por ONGs (PdR, 1990: 154-156; PdR, 1989a: 135-137; PdR, 1988:165-168). Después de 1989, sin embargo, el gasto *per cápita* volvió a bajar, fluctuando entre 7.15 y 9.48 Quetzales. (Cuadro 2.4)⁵⁴. Sin embargo, estos aumentos en el presupuesto no bastaron para detener las condiciones de desmejora de los servicios.

competencia profesional, *b*) una efectividad o una mejora en el nivel de salud del individuo o población y *c*) la satisfacción o aceptabilidad de la atención que satisface una expectativa, (Corbella y Saturno: 1990: 398).

⁵⁴ Como puede verse en el Cuadro 2.4, antes de 1977, es difícil evaluar la evolución del gasto en salud dada la ausencia de datos de presupuesto real (es decir deflactado) asignado y de gasto per cápita en los archivos existentes.

Cuadro 2. 4.
Presupuestos anuales del Ministerio de Salud y gasto per cápita en salud,
1955-1995²

Presupuestos (en moneda nacional)						
Año	Aprobado	Ejecutado	Deflactor (año base: 1980)	Ejecutado real	Población ¹	Real per cápita
1955-56	8,664,060*	ND	ND	ND	3,718,725+	ND
1960-61	10,272,700*	ND	ND	ND	4,523,091+	ND
1967	15,335,902*	ND	ND	ND	4,998,303+	ND
1972	23,412,000°	21,768,000	ND	ND	5,724,513+	ND
1973	26,187,000°	24,378,000	ND	ND	5,883,467+	ND
1974	31,847,000°	29,224,000	ND	ND	6,044,009+	ND
1975	39,178,000°	36,124,000	ND	ND	6,204,243+	ND
1976	55,342,000°	40,504,000	ND	ND	6,362,762+	ND
1977	62,388,000°	51,612,000	ND	ND	6,520,829+	ND
1985	96,731,200	93,901,900	1.50	62,586,995	7,934,530	7.89
1986	180,136,700	157,807,700	2.12	74,303,736	8,123,852	9.15
1987	219,907,702	172,997,325	2.29	75,407,252	8,314,116	9.07
1988	291,440,014	263,829,772	2.56	102,969,333	8,507,029	12.10
1989	311,320,527	277,734,633	2.84	97,673,046	8,704,294	11.22
1990	311,320,527	296,756,977	4.00	74,268,641	8,907,618	8.34
1991	494,501,070	405,408,183	5.31	76,326,459	9,116,959	8.37
1992	537,268,646	486,645,540	5.78	84,188,201	9,331,182	9.02
1993	699,994,204	593,089,814	6.62	89,614,720	9,550,346	9.38
1994	545,900,000	539,700,000	7.39	72,994,689	9,774,512	7.47
1995	887,804,566	675,359,289	8.04	83,980,309	10,003,739	8.39

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009/2010, con base a cifras de Banco de Guatemala y Ministerio de Finanzas; Instituto Nacional de Estadística, 2002; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1978: 70; Thompson y Luján, 1969: 32.

(1) Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009/2010, con base a cifras de Banco de Guatemala y Ministerio de Finanzas; Instituto Nacional de Estadística; excepto los años marcados con +.

(+) INE (s/f), Estimaciones y Proyecciones de Población con base en el censo 2002, Guatemala.

(*)Thompson y Luján, 1969: 32.

(°) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1978: 70.

(2) Falta información presupuestaria de los años 1978 hasta 1984. Además, el año de 1986 hubo una devaluación de la moneda nacional: pasó de una irreal paridad de un quetzal por un dólar estadounidense a casi tres quetzales por un dólar (<http://www.banguat.gob.gt/inveco/notas/articulos/envolver.asp?karchivo=1401&kdisc=si>, última revisión 26/10/2011).

2.5. El contexto

2.5.1. La evolución de la reforma sectorial estatal en Guatemala

Con la insuficiencia del modelo keynesiano en los años setenta y la crisis de la deuda externa durante los años ochenta se abandonó el anterior modelo de sustitución de

importaciones por el de crecimiento hacia fuera. El modelo neoliberal correspondiente a esta nueva orientación se impuso como prescripción económica al nivel mundial bajo el impulso de los organismos internacionales, principalmente el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), con la finalidad de reprogramar la deuda y permitir que los países deudores accedan de nuevo al crédito internacional (PNUD, 2008: 88-89). Bajo estas condiciones de negociación de la deuda externa, estos organismos impusieron la adopción del Programa de Ajuste Estructural⁵⁵ con el fin de asegurar el pago de la deuda, el cual se basó en la extracción de recursos productivos provenientes del consumo y de la inversión. Además, los nuevos préstamos⁵⁶ se orientaron hacia restablecer el equilibrio en la balanza de pagos para financiar a corto plazo las importaciones o para rembolsar la deuda (PNUD, 2008: 89; Toussaint, 2003: 242).

El proceso de reforma estructural que se llevó a cabo en Guatemala tuvo dos grandes vertientes: los programas de estabilización económica y los de ajuste estructural, propiamente dichos. Los primeros restringieron la demanda global de la economía guatemalteca, mientras que los segundos estimularon la oferta agregada del sector productivo nacional con ventajas competitivas para la comercialización de bienes exportables en los mercados internacionales (PNUD, 2008: 408-409).

Las medidas de reforma se reorientaron hacia la reducción del tamaño del Estado a favor de un mayor protagonismo del mercado, y una supuesta mayor eficiencia de la gestión pública. De esa cuenta, los cambios se dirigieron hacia la liberalización de la economía, la (re)asignación de recursos y la productividad, mismos que desembocaron en

⁵⁵ El Ajuste Estructural operaba bajo las dinámicas concomitantes de dos fases. La primera, considerada de corto plazo, contemplaba la devaluación monetaria, la liberalización de los precios, la desindexación de los salarios y la austeridad fiscal, mientras que la segunda comprendía, propiamente, las reformas estructurales “necesarias”, contemplando la liberalización del comercio y del sistema bancario, la privatización de empresas públicas, la reforma del sistema impositivo, la privatización de la tierra, la flexibilización de los mercados de trabajo, la vulneración de los sindicatos, la reforma de los sistemas de pensiones, la administración de la pobreza para hacerla sustentable y el impulso del buen gobierno Toussaint, 2003: 245-271).

⁵⁶ De esta manera, los préstamos son condicionados a la adopción de un programa de estabilización y de reforma de la estructura económica definido en una Carta de Intención (Letter of Intent) donde se acuerdan las prioridades del país, cuya implementación será supervisada por las Instituciones Financieras Internacionales prestamistas antes de que los préstamos fueran desembolsados. Una vez condicionado el préstamo, los avances son controlados y evaluados trimestralmente, y los subsiguientes desembolsos se realizan o se retienen dependiendo de si las reformas están suficientemente encaminadas en opinión de los expertos de las instituciones prestamistas (Toussaint, 2003: 242-243).

más privatizaciones de empresas nacionales, la liberalización económica-financiera, mayor flexibilidad laboral, y una mayor participación del sector privado en los asuntos públicos⁵⁷ (PNUD, 2008: 38).

Aunado a los resultados poco alentadores que tales reformas tuvieron, la situación del país se vio agravada por los altos índices de pobreza y pobreza extrema, el incremento de la desnutrición, la violencia ciudadana, la corrupción, la influencia del narcotráfico en el aparato público, el desgaste de la burocracia, la falta de una adecuada representación política, y la persistente polarización social (PNUD, 2008: 38; MSPAS, 2007d). Si bien, a la larga, este proceso reformador no fue del todo conceptual ni operativamente coherente, sí efectuó, desde sus inicios, un reajuste que ha privilegiado ciertos intereses económicos (BID, 2003a: 26) con un claro detrimento de las condiciones de vida de la población guatemalteca fruto de políticas sociales que formalizaron la exclusión de las mayorías.

Para comprender el proceso de reformas y sus implicaciones durante el período de estudio, abordaremos brevemente el período inmediatamente previo. Retomando el proceso de reforma y ajuste, es posible rastrear sus inicios en el último tramo de los períodos militares (1980-1986) cuando se comenzó a *considerar* su implantación. Sin embargo, dadas las circunstancias particulares que vivía el país en esos momentos –conflicto armado, iniciativas contrainsurgentes, malestar social- no existían las condiciones para su adopción, a pesar de que se inauguró el período de “recomposición de fuerzas en el interior de los sectores de poder del país -el económico y el militar- ante la agudización de la crisis económica y social. (Verdugo, 2005a: 12; PNUD, 2001: 20-21).

Durante el período 1986-1990,⁵⁸ el proceso de reforma no tuvo mayores avances, al menos en cuanto a una mayor participación del mercado en losservicios sociales, pues, la

⁵⁷Otras experiencias nacionales señalan que tanto el discurso de las reformas como su operación solaparon unas agendas ocultas detrás de un discurso racional y políticamente correcto. Según Brachet-Márquez (2007:34-41), bajo las supuestas bondades de una descentralización que se suponía acercaría los servicios a las necesidades locales se ocultaba la transferencia de responsabilidades operativas, pero también políticas de los servicios públicos hacia los gobiernos sub-nacionales, muchas veces sin la capacidad administrativa requerida y sin los recursos mínimamente necesarios, desplazando el descontento hacia la periferia y fragmentando la fuerza sindical.

⁵⁸ Aun cuando consideramos que con el arribo al poder del partido demócrata cristiano durante el período 1986-1990 se inauguró la vuelta a la democracia participativa tras más de tres décadas de conflicto armado, tomamos al año de 1991 como punto de quiebre considerando que fue a partir de entonces que se ajustaron las

situación conflictiva nacional y la crisis económica mundial del momento requirieron de un papel protagónico para el Estado en materia económica y social. Aunque confluyeron dos visiones contradictorias: la desarrollista-contrainsurgente que el ejército guatemalteco venía impulsando, y la perspectiva de una economía social de mercado del gobierno de turno, en la práctica se impuso la primera. De esa cuenta, la acción del Estado estuvo centrada en la búsqueda de la estabilidad nacional mediante el desarrollo económico y la vinculación de la participación ciudadana a lo estatal⁵⁹, lo cual chocaba contra cualquier tipo de reforma que no tomara al Estado como el eje central articulador de la economía y de lo social⁶⁰ (Verdugo, 2005a: 14).

Al final de este período hubo una reducción de la inversión en infraestructura y funcionamiento del Ministerio de Salud (Cuadro 2.4). El financiamiento de la salud fue disminuyendo, en contradicción con el discurso de un Estado fuerte. Paralelamente, se dieron las primeras privatizaciones de empresas estatales bajo las presiones del capital internacional y nacional, y la crisis de los servicios públicos subsidiados. (PNUD, 2008: 414).

Los dos gobiernos⁶¹ que se sucedieron (de 1991 a 1995) se caracterizaron por su inestabilidad política, la desconfianza entre instituciones y sociedad, y la continuidad de condiciones sociopolíticas no propicias para la reforma estatal, generándose un paralelismo de las dos tendencias antes señaladas. Durante el período 1991-1993 se continuó con la estabilización económica, la reorientación del gasto público hacia sectores prioritarios, y

políticas sociales nacionales a las directrices de los prestamistas internacionales, habiéndose debilitado los programas de gobierno una vez superada la fase contrainsurgente.

⁵⁹ Como parte de esta visión desarrollista-contrainsurgente, el país inició un proceso de descentralización estatal en la década de los ochenta: se regionalizó y se crearon los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, entes públicos responsables por las acciones gubernamentales al nivel departamental y municipal (Verdugo, 2005: 15).

⁶⁰ Cabe señalar que en 1985, un año anterior al inicio del gobierno demócrata cristiano, se había aprobado una nueva Constitución Política de la República de Guatemala, la cual hacía responsable al Estado (a través del Ministerio de Salud) de la rectoría, coordinación de las políticas de salud, así como de la prestación de servicios, bajo la definición de la salud como un bien público.

⁶¹ El período 1991-1995 correspondió al gobierno del llamado Movimiento de Acción Solidaria durante el cual el presidente Serrano Elías intentó rescatar la gobernabilidad perdida durante su gobierno mediante un autogolpe al estilo Fujimori en el Perú. Sin embargo, tal asonada no resultó y fue separado de su cargo en 1993 por un movimiento cívico-institucional. Para terminar dicho período de gobierno, una vez restablecido el orden jurídico nacional, fue nombrado Ramiro de León Carpio, ex-procurador de los derechos humanos del país, quien entregó el mando en 1996 al gobierno del Partido de Avanzada Nacional (PAN).

los esfuerzos por mejorar la eficiencia interna de la administración tributaria⁶² (PdR, 1993b: 21; SEGEPLAN, 1991: 9). En el plano de las políticas de salud, cobró fuerza la segunda tendencia de corte neoliberal, y se dieron los procesos preparatorios a la reforma mediante el financiamiento de los estudios del sector salud por parte del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Entre 1993 y 1995 se continuaron las medidas de reforma, esta vez, impulsando el así llamado “Programa de Retiro Voluntario” de los trabajadores del Estado⁶³ (PNUD, 2008: 414). Se inició la descentralización de la prestación de servicios públicos, y se introdujeron modalidades innovadoras de ejecución que permitían la subcontratación del sector privado, de comunidades organizadas o de ONGs en la ejecución de proyectos. Se emitió la ley de los Fondos de Inversión Social, se crearon estructuras para el desarrollo tecnológico orientado hacia la economía, y se firmaron los primeros convenios para la reforma sectorial entre el gobierno y el BID, concretizados en el Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud (PDR, 1993a: 45-46).

Conclusiones

Este capítulo abordó las condiciones precedentes y contextuales en las cuales de desarrollaron las políticas de salud en Guatemala durante el período de 1954 a 1995. El papel del Estado guatemalteco con respecto a la atención de lo social –educación, salud, vivienda, etc.–, a través de las políticas de salud, se fue transformando acorde a los enfoques y modelos de desarrollo que éste adoptó a lo largo de los diversos gobiernos, y por la dinámica del conflicto armado nacional.

A pesar de los intentos de (re)definición de las políticas de salud a lo largo de este período, las mismas fueron poco más que intenciones discursivas, y no hubo grandes

⁶² Durante el gobierno de Jorge Antonio Serrano Elías (1991-1992), se negoció el “certificado de buena conducta” con el FMI para acceder a fondos financieros orientados hacia re-equilibrar la balanza de pagos (Acuerdo Stand-By por USD80 millones). A partir de ese acuerdo, el gobierno pudo acceder de inmediato a otros fondos encaminados a continuar con la modernización estatal, como el préstamo del Banco Mundial para el pago de deuda (USD 50 millones) y la modernización económica (USD120 millones), y el del BID para la modernización financiera (USD70 millones) (PDR, 1993a: 23).

⁶³ Bajo este programa los trabajadores se retiraban con un monto equivalente a la suma de hasta diez salarios mensuales e acuerdo al monto del último salario mensual recibido. Esto fue orientado principalmente hacia aquellos trabajadores que estaban muy próximos al retiro obligatorio de ley. La intención fue que se retiraran del Ministerio de Salud y dedicaran los fondos de su retiro para invertirlos en alguna pequeña empresa.

reconfiguraciones de las instituciones públicas. Las políticas de salud siguieron caracterizándose por traducirse en condiciones operativas de precariedad, especialmente aquellas vinculadas a la atención médica primaria, la desnutrición, y el saneamiento ambiental.

La dotación de recursos en este período se caracterizó por continuos excesos de concentración al nivel administrativo central y carencias en la red de servicios públicos, principalmente, en los del área rural. Ello tuvo un efecto limitante sobre la oferta de servicios y un bajo impacto en el estado de salud de la población. Los altos índices de morbilidad y mortalidad siguieron revelando la realidad del estado de salud de la población, especialmente el de las mujeres y niños al nivel rural, agudizándose las ya condiciones de vida dentro de la sociedad guatemalteca.

Conforme se avanzó en el tiempo, los gobiernos civiles implementaron políticas de salud fueron aún más restrictivas, inequitativas y excluyentes, aunque fundamentadas de manera distinta. Así, se transcurrió de posturas que entendieron la salud, como un factor necesario para recuperar la fuerza laboral para la producción, pasando a un acceso limitado por un contexto contrainsurgente, hasta llegar a un intento de subsidiariedad limitada, hasta alcanzar los primeros avances sin éxito fundamentados en nuevas formas administrativas de la mezcla público-privada.

Capítulo III

La salud en Guatemala desde los acuerdos de paz (1996-2009)

Este capítulo aborda la situación y la trayectoria de las políticas de salud a lo largo del período 1996-2009 a partir de los supuestos económico-sociales vinculados a los procesos de globalización y de reforma estatal que se impulsaron al nivel mundial desde finales de la década de los ochenta, los cuales generaron una serie de cambios a todo nivel en las relaciones entre el Estado, el mercado y la sociedad guatemalteca y, por ende, en los componentes de las políticas. Los mismos abarcaron desde aspectos ligados al régimen político guatemalteco, la concepción de las políticas sociales, el cambio de régimen económico, las modalidades administrativas que se generaron dentro del sector público, más específicamente en el Ministerio de Salud, hasta las modificaciones jurídicas subsecuentes que el gobierno llevó a cabo para legalizar tales supuestos y medidas.

A pesar de las diversas formas que han adoptado las políticas de salud a lo largo del período 1996-2009 en Guatemala, el canal que las comunica y permite comprender su trayectoria se relaciona con el proceso de transformación del Estado supeditado a modelos conceptuales orientados por los supuestos del Consenso de Washington y las medidas económicas, jurídicas y administrativas de las reformas estatales correspondientes. De ahí que la producción de la salud bajo estos gobiernos siga supeditada a estos modelos de orientación eficientista, aun cuando ello ha representado un detrimento en la calidad y equidad de la atención de salud, y por ende del estado de salud de la población.

3.1. La transición neoliberal y la situación de la salud

El año de 1996 significó un parte-aguas entre los gobiernos que habían reformado a medias y los que lograron articular la agenda económico-social de orientación neoliberal. Ya se habían encaminado importantes cambios estructurales, tecnológicos y normativos para la inserción del país en la economía internacional, y ese mismo año había concluido el conflicto político y social, con la firma de los acuerdos de paz. A partir de ahí, se volvió a impulsar y legitimar las reformas del Estado auspiciadas por la lógica de los procesos

mundiales de reforma estatal y de modernización de la administración pública, lo cual condujo hacia nuevas formas de relacionamiento del Estado con el mercado y con la sociedad guatemalteca (PNUD, 2008: 416-417).

No obstante, las condiciones de ingobernabilidad que se generaron durante el período 2001-2004⁶⁴, y el consiguiente distanciamiento entre el gobierno y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) provocaron que no se cumplieran los compromisos del mejoramiento de la salud, como previsto, con los fondos del préstamo internacional⁶⁵, sino con fondos públicos. Pese a ello, la lógica de las reformas sectoriales no cambió, profundizándose, incluso la grave exclusión social de gran parte de la población guatemalteca. Hubo, sin embargo, avances en cuanto a la promulgación de leyes de descentralización y de participación social al nivel local. En la práctica, tales acciones avanzaron dentro de los cánones de la reforma: fortalecer la forma instrumental de la mezcla público-privada, dejando cualquier servicio público en manos de entes privados con fines lucrativos⁶⁶.

En el período 2004-2008, las relaciones gobierno-Banco Interamericano de Desarrollo se retomaron, y volvió gran parte del equipo institucional que había impulsado la reforma en el período de gobierno 1996-2000, retomando la línea original de la reforma sanitaria. Ésta continuó bajo la lógica neoliberal, por lo que se mantuvieron los altos niveles de exclusión social. En los primeros dos años del presente gobierno (2008-2012), esta tendencia no parece haber cambiado sustancialmente. A diferencia de los gobiernos

⁶⁴ El alejamiento se debió a la incapacidad administrativa que mostró el gobierno, su vínculo con el narcotráfico, su adhesión al sector económico emergente y su confrontación con el sector económico tradicional, los graves actos de corrupción, su descrédito internacional y el retorno de medidas coercitivas impunes ejercidas por aparatos represivos ligados a la denominada línea dura de las fuerzas militares que habían perpetrado atrocidades de derechos humanos durante los gobiernos militares (1954-1986), especialmente, durante el gobierno de facto de Efraín Ríos Mont (1982-1984).

⁶⁵ Debido a la corrupción dentro del gobierno y a la valoración que el BID hizo sobre que no existían las garantías gubernamentales-ministeriales requeridas para el desembolso de los fondos para el Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud –PMSS II-, el Ministerio de Salud ejecutó los programas enmarcados por la reforma sectorial con fondos del Estado, aunque el país siguió pagando por los compromisos de deuda.

⁶⁶ En esa línea de acción, en el tema de la salud, se propuso el impulso de las Asociaciones Pro-Salud Municipal –APROSAM-, las cuales era una iniciativa que permitía a entes privados con personalidad jurídica acceder a fondos gubernamentales para la gestión y prestación de servicios públicos. Cabe señalar que en la práctica existen entes comunitarios que históricamente han venido realizando ese tipo de acciones, aunque no han requerido de constituirse, necesariamente, en entes públicos, pues, los mismos no operan bajo la lógica de acumulación de capital, lo cual si era permisible bajo la modalidad de las APROSAM.

anteriores, sin embargo, los fondos sociales compensatorios paralelos⁶⁷ a lo sectorial han recobrado vitalidad, canalizando gran parte de las acciones de política social.

Desde 1996 especialmente, las políticas de salud se han ajustado a los lineamientos contenidos en los préstamos del BID, aunque en los últimos años esta influencia ha decrecido, llegándose a cierto estancamiento y crisis del modelo sanitario inicialmente impulsado. Así, al revisar las políticas de salud y los lineamientos de reforma sectorial, Miranda y Arriola (2006: 211-213) señalan que se han redefinido las relaciones contractuales, perdiéndose derechos laborales, focalizando a la población y definiendo paquetes básicos estandarizados de atención. Se ha avanzado en la tercerización de los servicios de salud mediante la subcontratación con ONGS, instrumentalizado la ‘participación comunitaria’ (o voluntariado obligatorio), redefinido el estatus del usuario como beneficiario⁶⁸, e impulsado un modelo administrativo estructurado como fondo social de segunda generación⁶⁹ en el nivel primario de atención sanitaria.⁷⁰

⁶⁷ De manera concomitante operan programas sociales que han sido catalogados como fondos sociales de segunda generación tales como el Programa de Extensión de Cobertura en el primer nivel de atención en salud, los cuales se caracterizaban por integrarse dentro de las instituciones públicas (Miranda y Arriola, 2006).

⁶⁸ Según el Derecho Administrativo la población puede ser catalogada como *usuaria* o *beneficiaria*, dependiendo del tipo de responsabilidad que el gobierno asume hacia su bienestar. Ser catalogado como usuario implica ser ciudadano y acceder a servicios públicos como derecho, con la posibilidad de reclamar al Estado, mientras que al ser clasificado como beneficiario, los servicios recibidos son denominados de asistencia social, y no son exigibles (Castillo, 1996: 303-304).

⁶⁹ Los fondos sociales de primera generación se constituyeron como entidades paralelas a los ministerios o secretarías a mediados de los años ochenta con la finalidad de menguar los impactos negativos que los programas de ajuste estructural generaban. Esto, sin embargo, llegó a generar traslapes de competencias y problemas de jurisdicción, y por ende de eficiencia en el gasto social. Los fondos de segunda generación, en cambio, representaron un cambio radical en la forma de operar los fondos provenientes de los préstamos internacionales, integrándose en las estructuras institucionales de gobierno, pero siempre operando de manera institucionalmente paralela, y orientados a cumplir con tres funciones: 1) de asistencia focalizada, 2) promocional de participación social, y 3) de desarrollo alternativo de acción innovadora (Jusidman, 1998; Bustelo e Isuani, 1990).

⁷⁰ Brachet-Márquez (2007: 35-39) señala que la implementación de servicios básicos de atención se ajustó a la lógica de escasez de recursos, generándose una mayor inequidad, al ser definidos y prestados por oferentes diferentes a las poblaciones con características socio-económicas similares mediante medidas que discriminaron entre usuarios con y los sin capacidad de pago, repercutiéndose de manera negativa sobre la mayoría de la población en condición de pobreza de los países, al generarles costos financieros de acceso y cuantiosos gastos de bolsillo.

3.2. El entorno socio-económico de las prácticas de salud (1996-2009).

Guatemala es uno de los siete países centroamericanos que posee los peores indicadores sociales de la región: analfabetismo del 31.9%, esperanza de vida al nacer de 64.5 años, pobreza del 57.9% de la población bajo la línea nacional, y un Índice de Desarrollo Humano (2006) de 0.702 (PNUD, 2008: 75, 140). Algunos datos de la región centroamericana (OPS, 2003: 36) revelan el rezago que sufre el país en materia socioeconómica (Cuadro 3.1.).

Cuadro 3. 1.
Indicadores socioeconómicos seleccionados de la región centroamericana, 2003.

Indicadores	Guatemala	El Salvador	Honduras	Nicaragua	Costa Rica	Panamá	Belice
PIB(millones USD, 1999)	18.2	12.5	5.4	2.3	15.1	9.6	0.7
PIB real per cápita (USD)	3,674	4,344	2,340	2,279	8,860	5,875	4,959
Alfabetismo (%)	68.1	78.3	74.0	68.2	95.5	91.7	93.1
Esperanza de vida al nacer (años)	64,5	69.5	65.7	68.1	76.2	73.9	73.8
Índice de desarrollo Humano	0.626	0.701	0.634	0.635	0.821	0.784	0.776
Población bajo línea de pobreza nacional	57.9	48.3	53.0	50.3	11.0	37.3	35.0

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2003.

En relación con los demás países de Centroamérica, Guatemala ocupa el segundo lugar en extensión territorial (108,882km cuadrados), tiene un PIB que a pesar de haber crecido en las últimas tres décadas a un ritmo anual muy similar al crecimiento poblacional (2.7% contra 2.6%, respectivamente) es sólo superior al de Honduras y Nicaragua, tiene la población más grande del área con poco más de trece millones de habitantes (2006), de la cual el 41% (4.6 millones para el año 2002) es indígena, distribuida en veintitrés etnias con situación agrícola minifundista que subsiste en condiciones precarias (MSPAS, 2007d: 11; PNUD, 2008: 75, 140).

Guatemala tiene uno de los regímenes democráticos más vulnerables de Latinoamérica que ha permitido la persistencia de altos índices de pobreza, exclusión, y desigualdad social, derivados de su historia, y agudizado por la recesión de la economía internacional iniciada desde el año 2001. Todo ello se ha expresado en un insuficiente dinamismo de la economía nacional, el desequilibrio negativo en la balanza de pagos, el agravamiento de la concentración del ingreso, y el incremento de la pobreza extrema (PNUD, 2005: 4; PNUD 2003: 4).

El Estado ha sido históricamente excluyente, especialmente en relación a las tres expresiones más significativas de la desigualdad social: la ruralidad, la etnicidad y el género (PNUD, 2005; PNUD, 2002) que definen de facto una ciudadanía diferenciada con desiguales oportunidades económicas, particularmente un bajo financiamiento histórico para el sector social y de salud.(MSPAS, 2007b: 5-8; MSPAS, 2005c: 27-29; PNUD 2003: 18). Un informe (GdG 2001: 10) sobre la pobreza reveló que, en promedio, más de la mitad de la población del país era pobre (basado en el criterio de un ingreso diario por persona de US\$ 2 o menos), y casi una cuarta parte era extremadamente pobre (con un ingreso diario por persona de US\$ 1 o menos).

Estos datos, sin embargo, pueden ser engañosos, pues, los niveles de pobreza y pobreza extrema fueron cercanos al 80% y 37%, respectivamente en regiones rurales y habitadas, principalmente, por población indígena y rural. La distribución de la pobreza por región político-administrativa para los períodos 1998-1999 y 2005 indica que, en promedio, la población en condición de pobreza se incrementó, mientras que aquella en condición de pobreza extrema se redujo (Cuadro 3.2).

Cuadro 3. 2.
Pobreza y pobreza extrema en Guatemala por región con base en niveles de consumo
(años seleccionados 1998-1999 y 2005)

Región	% Pobreza General (1998-99)	% Pobreza General (2005)	% Pobreza Extrema (1998-99)	% Pobreza Extrema (2005)
VII (Noroccidente): Quiché, Huehuetenango	79.2	81.5	37.0	31.8
II (Norte): Alta Verapaz, Baja Verapaz	75.3	78.7	35.3	32.4
VI (Suroccidente): Quetzaltenango; Sololá; San Marcos, Totonicapán, Retalhuleu, Suchitepéquez	72.1	65.9	37.6	19.1
IV (Suroriente): Jutiapa, Santa Rosa, Jalapa	65.5	67.1	24.2	24.4
VIII (Petén): Petén	59.3	62.6	22.2	13.0
III (Nororiente): Zacapa, Chiquimula, Izabal, El Progreso	49.9	48.0	15.2	9.3
V (Central): Sacatepéquez, Escuintla, Chimaltenango	43.1	47.7	7.7	8.9
I (Metropolitana): Guatemala	11.7	14.2	1.3	1.6
Total del país	54.3	58.3	22.8	17.5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística/Secretaría General de Planificación Económica/Universidad Rafael Landívar, 2001; Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2005.

Guatemala es, además, uno de los países más inequitativos del mundo(MSPAS, 2007a: 12; PNUD, 2000: 15), y en Latinoamérica, uno de los tres países con mayor concentración de ingresos con un coeficiente de Gini de 55.1 para el año 2002(PNUD, 2008: 44; MSPAS, 2001; PNUD, 2000: 46). El escenario social también se ha visto agravado por la agudización de las precarias condiciones de vida de la mayor parte de la población, generándose repuntes de padecimientos que se creía controlados, tales como el aumento de la desnutrición, tuberculosis y malaria, y la agudización de enfermedades como el VIH/SIDA, diabetes, el cáncer, y los padecimientos vinculados con la violencia.(MSPAS, 2007d; PNUD 2003: 18). Las poblaciones femenina, indígena y rural, especialmente de las regiones del noroccidente, suroccidental y norte del país, concentran los mayores índices de desnutrición, menores oportunidades de acceso a servicios de salud institucionales básicos, mayores índices de exclusión social, analfabetismo, pobreza y

pobreza extrema, y mortalidad materna y peri-neonatal (MSPAS, 2007b: 20; Flores, 2005; MSPAS, 1997d: 20-25).

En el plano laboral, para el año 2004 (PNUD, 2005: 344), la participación de la Población Económicamente Activa en el mercado laboral presentó diferencias (Cuadro 3.3).

Cuadro 3. 3.
Población Económicamente Activa y tasas de participación económica, ocupación bruta y específica por variable socio-demográfica, Guatemala 2004.

	PEA ^a	Tasa participación económica *	Tasa ocupación bruta +	Tasa ocupación específica °
País	4, 990,230 ⁿ	57.0	55.2	96.9
Sexo				
Hombre	3, 240,963	77.4	75.3	97.2
Mujer	1, 749,266	38.2	36.8	96.3
Área geográfica				
Urbana	2, 490,236	59.5	56.9	95.6
Rural	2, 499,994	54.6	53.6	98.1
Categoría étnica				
Indígena	1, 898,389	58.0	57.2	98.8
No Indígena	3, 091,840	56.4	53.9	95.7

Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2005.

(^a) Todas las personas de diez años y más que, en la semana de referencia, realizaron algún tipo de actividad económica, y las personas que estaban disponibles para trabajar y tenían disponibilidad inmediata para hacerlo. Incluye a las personas que no buscaron activamente trabajo por razones de mercado, mal tiempo o esperan respuesta a solicitudes de trabajo.

(*) Estima la población económicamente activa (PEA) como proporción de la población en edad de trabajar (PET).

(ⁿ) Las cifras de país, la de sexo y categoría étnica no cuadran en la tabla de datos original. La excepción es el dato de área geográfica.

(+) Estima la población ocupada (PO) como proporción de la población en edad de trabajar (PET).

(°) Estima la población ocupada (PO) como proporción de la población económicamente activa (PEA).

En el período 1989-2006, el sector informal se ha incrementado en 66.8% en 1989 a 75% en 2000, bajando a 71.3% en 2006 (PNUD, 2008: 385-386; MSPAS, 2007b: 6-7). Este incremento es mayoritariamente femenino, rural e indígena (Cuadro 3.4.).

Cuadro 3. 4.
Índices de informalidad laboral en la población ocupada guatemalteca
(años seleccionados 1989, 2000, 2006)

	Años		
	1989	2000	2006
Total país	66.8	75.0	71.3
Hombre	65.8	72.9	68.7
Mujer	69.7	78.9	75.7
Urbano	55.2	58.6	58.5
Rural	74.2	86.8	85.1
Indígena	85.4	88.2	85.9
No Indígena	56.1	65.7	61.9

Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.

El mismo panorama se presenta en términos de género, área geográfica y categoría étnica en cuanto a ser o no ser derechohabiente en la seguridad social y/o no tener contrato de trabajo (Cuadro 3.5.).

Cuadro 3. 5.
Población sin acceso a seguridad social y/o sin contrato laboral
(años seleccionados 2000, 2006).

Variables	Sin seguro social		Sin contrato de trabajo	
	Años		Años	
	2000	2006	2000	2006
Total país	83.6	81.8	88.5	82.7
Sexo				
Hombre	82.2	81.8	88.0	82.7
Mujer	86.1	82.9	89.3	82.6
Área geográfica				
Urbano	74.1	73.4	80.0	73.1
Rural	90.4	90.7	94.6	92.9
Categoría étnica				
Indígena	92.6	92.2	95.1	92.3
No Indígena	77.2	75.0	83.8	76.4

Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.

En la esfera social, el país sigue manteniendo una situación de agudización de la crisis histórica de los servicios sociales: la calidad de la enseñanza es deficiente y la salud

muestra los peores indicadores regionales. No obstante, las tasas de cobertura por vacunación y la mortalidad materno-infantil y de la niñez han mejorado sustancialmente en el quinquenio 1987-2002(MSPAS, 2007d: 20; MSPAS, 2005a: 15; PNUD 2003: 16-17; PNUD 2002: 285), como lo muestra el Cuadro 3.6.

Cuadro 3. 6.
Mortalidad infantil y materna, Guatemala 1960-2010.

Indicadores	1960	1977	1995	1998-99	2002	2010*
Mortalidad infantil/1000	91.9 ¹	73.7 ¹	51	45	39	31
Mortalidad materna/1000²		-	190	190	153	119

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

(*) Datos proyectados, MSPAS, 2007.

(1) MSPAS/DGSS, 1980: 6.

(2) En todos los informes consultados sobre planes de Salud del Ministerio de Salud no se menciona la mortalidad materna. Eran prioridad las mortalidades infantil y general (MSPAS/DGSS, 1980).

El analfabetismo en el grupo de población comprendido entre los 15 y 24 años de edad es mayor entre indígenas que no indígenas (19.6% contra 7.8%), en el área rural que en la urbana (18.8% contra 5.5%) y en mujeres que en hombres (15.2% contra 8.6%). Sin embargo, en esa misma población, hubo una reducción importante en el analfabetismo de 18.3% a 12.2%, de 7% en lo rural con respecto a 1.4% en lo urbano, y en la población indígena en 10.4% en comparación con el 4% en la no indígena (PNUD, 2008: 215-216).

3.3. Las políticas de salud desde los acuerdos de paz

Desde 1996, las políticas de salud en Guatemala fueron objeto de una drástica reorientación. Lo que había sido una orientación estatista en los gobiernos previos, al menos en el discurso oficial, sufrió una serie de transformaciones en los planos ideológico, político, jurídico, económico y administrativo, dando paso a nuevas estructuras, actores, objetivos y representaciones sociales sobre la atención a la salud. El trasfondo de las políticas de salud se vinculó, desde sus inicios, con la dinámica de los procesos de reformas

estructurales y los cambios institucionales que se implementaron siguiendo cuatro supuestos: la privatización de las empresas públicas, la flexibilización de los mercados de trabajo, la vulneración de los sindicatos, y la administración sustentable de la pobreza (Cuadro 3.7.). Todos ellos fueron impulsados por el BID en el marco del Ajuste Estructural (Toussaint, 2003: 245-271).

Cuadro 3. 7.
Las dos fases del Ajuste Estructural.

La primera fase Considerada de corto plazo	La segunda fase Comprende, propiamente, las reformas estructurales “necesarias”
<ol style="list-style-type: none"> 1. La devaluación monetaria 2. La liberalización de los precios 3. La desindexación de salarios 4. La austeridad fiscal 	<ol style="list-style-type: none"> 5. La liberalización comercial y del sistema bancario 6. La privatización de empresas públicas* 7. La reforma del sistema impositivo 8. La privatización de la tierra 9. La flexibilización de los mercados de trabajo* 10. La vulneración de los sindicatos* 11. La reforma de los sistemas de pensiones 12. La administración de la pobreza para hacerla sustentable* 13. El impulso del <i>Buen Gobierno</i>* (<i>Good Governance</i>)

Fuente: Toussaint, 2003.

(*) Representa los procesos de ajuste estructural dentro de los cuales se dieron los principales cambios dentro del Ministerio de Salud en Guatemala.

Los cambios suscitados al nivel del Ministerio de Salud (y del Estado en general) a partir de este gobierno dejaron establecidos los mecanismos estructurales y las dinámicas de interacción social más importantes dentro del sistema de salud guatemalteco, los cuales han abarcado todos los períodos de gobierno posteriores, independientemente de sus posturas y políticas. Estos gobiernos han tenido como referente los objetivos⁷¹ de los préstamos para la reforma sectorial que dos gobiernos suscribieron con el BID.

⁷¹ En el PMSS-I el objetivo global del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (PMSS) fue introducir cambios estructurales en el sistema de salud para adecuarlo a responder efectivamente a las necesidades de salud de la población. Esto se lograría a través del diseño y la ejecución de las medidas de política, organizativas y financieras para lograr los objetivos específicos de: (a) extender la cobertura de los servicios básicos de salud, con énfasis en los grupos más pobres de la población, y con la participación de oferentes privados; (b) aumentar el nivel del gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento del sector; (c) reorientar la asignación de recursos para atender las necesidades de salud de la población; y (d) aumentar la eficacia y eficiencia del sistema público de salud en el desempeño de sus funciones y en la producción de

El estudio de las políticas de salud durante este período contempla el análisis del discurso escrito de cada uno de los cuatro gobiernos de la era neoliberal recogidos en documentos oficiales. Está estructurado en cinco apartados. El primero aborda los principales actores involucrados en la implementación de las políticas de salud desde el año de 1996 hasta la fecha. El segundo señala los aspectos más relevantes que caracterizaron las políticas de salud en el período 1996-2009. El tercero identifica cómo se pasó de una concepción universalista a un modelo operativo focalizado. El cuarto apartado señala aquellos programas que terminaron siendo prioritarios para los gobiernos, dejando de lado otros no vinculados a agendas y compromisos internacionales. Finalmente, se cierra el capítulo con algunas conclusiones.

3.4. Los actores principales en la conformación de las políticas de salud en el período 1996-2009.

Los dispositivos más importantes que influyeron sobre las políticas de salud durante este periodo son los programas de Reforma y Modernización del Estado, los Objetivos del Milenio y las Funciones Esenciales de la Salud Pública. (BM, 1993; BID, 2003a, 2003b, 1999, 1995). El gobierno de Álvaro Arzú, el primer gobierno de la era neoliberal, representó a una derecha modernizadora que rigió el destino de Guatemala entre los años 1996 y 2000. Al frente de éste estaba un grupo de empresarios oligarcas, representantes del centro derecha, y con experiencia en la administración pública y la política. Durante este gobierno se dieron los principales cambios políticos, jurídicos y económicos en las políticas de salud y en las relaciones entre Estado, mercado y sociedad.

servicios. (BID, 1995: 2). El Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud-II, tuvo como objetivos específicos: (i) fortalecer la capacidad institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para ejercer las funciones de regulación y rectoría; (ii;) ampliar la cobertura y la calidad de los servicios básicos de salud para poblaciones pobres del área rural; (iii) fortalecer el proceso de contratación competitiva en la adquisición de servicios de salud; (iv) modernizar la gestión financiera en el manejo de los riesgos de salud en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; y (v) aumentar la productividad y la calidad de los servicios de salud en un mínimo de siete hospitales piloto del Ministerio de Salud. (BID, 1999: 1, resumen ejecutivo).

El gobierno de Alfonso Portillo⁷² (2000-2004), en cambio, no tuvo una clara orientación ideológica. Este gobierno significó el regreso al poder de los militares golpistas y perpetradores de las masacres durante los años de la represión estatal, con un ex militar ex golpista como el verdadero gobernante desde el poder legislativo. En este gobierno participó el denominado grupo empresarial emergente, desligado del empresariado conservador y con fuertes vínculos con el narcotráfico internacional. Fue un régimen populista y de confrontación.

El gobierno de Óscar Berger⁷³ (2004-2008) se convirtió en “el retorno de la cúpula [conservadora] del sector empresarial al manejo y administración del gobierno” (FMM 2004: 10, [Corchetes míos]), aunque con ciertas diferencias fundamentales que lo distanciaron de la agenda neoliberal impulsada por el primer gobierno, particularmente la ampliación y consolidación de los procesos de mercado dentro de la administración pública. Aunque en los niveles financiero y operativo⁷⁴ este gobierno rescató el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), un programa emblemático de la parcial reforma sectorial que se había llevado a cabo, sus alcances fueron modestos⁷⁵.

El gobierno de Álvaro Colón que se autodenominó socialdemócrata, tuvo en su seno diferentes corrientes internas en tensión. Su postura ante el PEC y la política pública de salud, ya más desarrollada desde 1996, se debatió entre quienes abogaron por la virtual vuelta a la institucionalidad pública y quienes abogaban por el fortalecimiento del statu quo neoliberal. Los defensores de la institucionalidad se toparon con un sector de prestadoras y administradoras de servicios de salud bien organizado y con capacidad de

⁷² Este período se inauguró con el arribo del gobierno populista de Alfonso Portillo como jefe del Ejecutivo, pero dirigido desde el poder legislativo por el golpista Efraín Ríos Mont (1982-1983). Este gobierno se caracterizó por un franco retroceso en la gobernabilidad del país, el estancamiento de las políticas sectoriales, altos niveles de corrupción estatal, y la falta de un plan de gobierno real.

⁷³ Fue una coalición de último momento de partidos de centro derecha y derecha extrema que postuló una fórmula de gobierno que pretendía continuar con las líneas de modernización del gobierno de Arzú, pero que encontró muchos obstáculos internos y externos para lograrlo.

⁷⁴ Los funcionarios de gobierno que llegaron nuevamente al Ministerio de Salud procedían, en su mayoría, del gobierno de Arzú. Eso implicó la búsqueda por “rescatar” al PEC y devolverle los brillos que tuvo durante dicho gobierno. De esa cuenta, se impulsaron o retomaron, según, procesos administrativos y financieros que permitieran regularizar los procesos de firma de convenios, asignación y ejecución presupuestaria, y rendición de cuentas, (IC-35, 2010).

⁷⁵ Informante Clave N° 35, 2010.

resistencia ante su posible desaparición⁷⁶. Dentro del segundo grupo de actores oponentes, unos de los más influyentes sobre las políticas de salud⁷⁷ fueron los sindicatos de salud, algunas escuelas formadoras de recursos humanos en enfermería directamente vinculados al PEC, y más recientemente, la Coordinadora de Organizaciones Nacional de Extensión de Cobertura (CONEC).

El papel de los sindicatos de salud en la reforma sectorial ha sido, por momentos, beligerante y de fuerte oposición, como cuando se opusieron al cobro en los servicios públicos como medida de recuperación de costos impulsada por el gobierno de Arzú (1996-2000), y que fue retomada posteriormente en el período de 2000-2004. En otros momentos, su postura fue de aceptación tácita, cuando arguyeron “un beneficio de la duda” a favor de los mismos programas de salud a los que se habían opuesto (Miranda y Arriola, 2006: 229-230).

Las escuelas formadoras de recursos humanos, por su parte, pronto perdieron su capacidad de acción opositora a las políticas neoliberales de salud impulsadas en el país, al resguardarse dentro de su propia institucionalidad al margen de casi toda participación opositora en la política. Sin embargo, tienen una importante influencia sobre el mercado laboral técnico y profesional, al mantenerse ciertas rigideces sobre el acceso y egreso de personal capacitado, lo cual repercute directamente en la posibilidad del Ministerio de Salud de expandir su cobertura.⁷⁸

Por su parte, la CONEC que agrupa a varias ONGS⁷⁹ se ha constituido en un actor importante en el último quinquenio, aunque acotado a las políticas de extensión de cobertura institucionales en el primer nivel de atención. Su principal argumento es que sus miembros han alcanzado al ser los principales entes mediante los cuales el Ministerio de

⁷⁶ Informante Clave N° 35, 2010.

⁷⁷ Un actor crítico de la reforma durante el período 1995-2005 fue la desaparecida Instancia Nacional de Salud, INS, un colectivo de ONGs pastorales de salud y cooperativas quienes señalaron que el modelo se sustentaba en un masivo voluntariado forzado y un bajo financiamiento que no lograría ser más eficiente ni más equitativo que el modelo público, y ofrecía un paquete de servicios insuficientes ante las necesidades del país (INS/MISEREOR 2003: 82).

⁷⁸ Informante Clave N° 35, 2010.

⁷⁹ Las ONGs agrupadas en la CONEC han logrado incrementar la cobertura de salud en el primer nivel de atención hasta en 32.84% durante el período 1996-2007, el 49.72% restante de la cobertura ministerial siendo asegurada por la red pública.

Salud ha logrado el crecimiento de la cobertura institucional de 25% en 1995 a poco más de 82.5% para el año 2007 (MSPAS/CNE, 2007: 529; INS/MISEREOR, 2003: 82).

Entre los agentes internacionales de cooperación financiera y técnica están la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), la cooperación sueca (ASDI), el Fondo Global (FG), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial (BM), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). En menor medida intervienen también la Unión Europea, la Cooperación Española (AECID) y el Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC)⁸⁰.

A despecho de ciertas entidades ministeriales de decidir sobre las políticas de salud, los agentes con mayor influencia en el diseño e impulso de las políticas de salud continúan siendo, hoy en día, las agencias internacionales de cooperación y asistencia técnica como la USAID, el Fondo Global, el BID, la BM, la OPS y la UNFPA quienes, en más de una ocasión, se han arrogado el papel de planificadores nacionales de la salud, traslapando su función de asistencia financiera con la de diseñadores de políticas a partir del financiamiento que ofrecen (v. gr. en las políticas de planificación familiar o acciones sobre la tuberculosis), arguyendo la débil capacidad ejecutora del personal institucional^{81,82}. Un factor agravante de esta pauta es la abdicación política de facto de las autoridades institucionales, dado que las negociaciones suelen hacerse a niveles políticos de mayor nivel, vulnerando las posibilidades de acción de los planeadores institucionales del sector de la salud. Ha habido, sin embargo, excepciones a tal generalización. Así, durante el período 1996-2000, el gobierno y el Ministerio de Salud fueron capaces de “amarrar” la cooperación técnica alrededor de su proyecto neoliberal. Pero esto no fue azaroso, porque correspondía a las tendencias en estas agencias, y el perfil gerencial que caracterizó a ese gobierno fue un factor decisivo, junto con la sinergia de intereses ideológico-económicos que tuvo con el BID, principal impulsor de los procesos de reforma sectorial.

⁸⁰Informante Clave N° 35, 2010.

⁸¹Informante Clave N° 35, 2010.

⁸²Informante Clave N° 36, 2010.

Quienes más beneficiados resultaron con las políticas de salud impulsadas a lo largo de este período (1996-2009) fueron las empresas farmacéuticas, los contratistas políticos cercanos al partido oficial en turno, los proveedores de equipo e insumos, y los médicos privados. Por diversos mecanismos políticos, éstos lograron influir sobre las políticas de salud en las altas esferas del poder. Un evidente ejemplo de este tipo de acción fue la aprobación de una protección de cinco años a los productos farmacéuticos registrados como nuevos, aun cuando sus patentes ya habían caducado (Miranda, 2005: 12-13). Pero también hubo otros casos no transparentes, como el de la eliminación en 2005 de la compra conjunta entre las mayores entidades públicas consumidoras de medicamentos. Durante los dos gobiernos anteriores, tal medida administrativa había generado no sólo una economía de escala importante en la compra de medicamentos, sino también un mayor impacto en las acciones de salud que se desarrollaban (OPS, s/f: 12). En materia de política de acceso a medicamentos esenciales, el Programa de Acceso a Medicamentos (PROAM) del Ministerio de Salud había crecido en un quinquenio en más de 800%, gracias a la fácil disposición del medicamento que había logrado en el área rural (Miranda y Arriola, 2006: 225) (Cuadro 3.8).

Cuadro 3. 8.
Crecimiento del número de establecimientos afiliados al PROAM
Guatemala, 1999-2003.

Año	Número	% crecimiento
1999	155	-
2000	199	128
2001	322	208
2002	957	617
2003	1,336	859

Fuente: Organización Panamericana de la Salud,s/f.

Con la eliminación de este mecanismo de compra conjunta, las medicinas encarecieron durante el período 2004-2008, con claros beneficios para un pequeño grupo de empresas farmacéuticas transnacionales reunidas en un distribuidor principal. Sobre tal

decisión política influyeron fuertemente los acuerdos vinculados a los Tratados de Libre Comercio regionales (DR CAFTA)⁸³. (CIG, 2005: 3).

El gasto extraordinario en el cual incurrieron los entes públicos (el Ministerio de Salud y la seguridad social) al comprar las medicinas individualmente tuvo claros efectos sobre sus presupuestos. Bajo ese influjo comercial y político comenzaron a tomarse decisiones administrativas de compra arbitraria para cambiar la compra más barata de una determinada presentación de un producto por otra más cara y sin criterio de mayor efectividad. La compra se ajustó a lo dispuesto en la protección de “los datos de seguridad y bioequivalencia”⁸⁴ requeridos para la comercialización, y a la falta en el mercado de medicamentos genéricos que redujeran los precios. Estas decisiones favorecieron a todas luces no sólo a la empresa que poseía la exclusividad de la comercialización del producto sujeto a compra, sino generó, además, un impacto negativo directo sobre el presupuesto institucional (Miranda, 2006: 52-53).

En lo que va del actual gobierno (2008-2012), estas costumbres no han cambiado. El Ministerio de Salud se abstiene de participar en la compra conjunta con los países centroamericanos que compran los medicamento por la intermediación de la OPS. No es casual que la principal empresa comercializadora de productos farmacéuticos internacionales fue uno de los financiadores de la campaña del partido político en el gobierno.

En términos generales, las reformas administrativas afectaron a trabajadores, población y el propio aparato estatal. Los primeros se vieron sujetos a la flexibilización laboral (Brodsky, 1994: 54; Carrillo y Hualde, 1991: 29-30), viéndose reducidos sus derechos laborales tales como las prestaciones y la sindicalización, y canceladas las reglas sobre horarios máximos (v.gr. con horas de entrada, pero sin horas de salida). El segundo sector afectado fue la población general. A lo largo de todos estos gobiernos, se vio sometida –de nuevo- a participar instrumentalmente en los programas de extensión de cobertura (v. gr. “voluntariado” dentro del PEC), al pago de bolsillo por servicios privados

⁸³DR CAFTA, las siglas en inglés (Dominican Republic and Central American Free Trade Area) significan “Tratados de Libre Comercio con Centroamérica y República Dominicana”.

⁸⁴ Decreto Legislativo 31-2005, Guatemala 2005.

de salud debido al desgaste intencional de los servicios público y a la baja capacidad resolutoria de éstos ante la falta de insumos, equipo y medicamentos. Además, dichos servicios se convirtieron en los principales dinamizadores del mercado de la salud a causa del gasto de bolsillo que promovieron: para el año 2008, más del 93.0% del gasto privado en salud, y casi el 72.0% del gasto total en salud en el país.

El tercer actor afectado resultó ser el propio Ministerio de Salud en su papel de rector, regulador y prestador, pues, no sólo encontró serias dificultades para reglamentar al sector salud, principalmente por limitaciones de orden político, sino también por su baja capacidad supervisora y sancionadora, lo cual ha generado un círculo vicioso que ha incidido de manera importante en su función rectora. Esta desprotección social ha ido en paralelo con una infraestructura frágil y la falta de mecanismos sistémicos para asegurar el bienestar social. Además, como prestador de servicios, el Ministerio de Salud acabó asignando mayores cantidades del presupuesto para la compra de medicamentos de igual o menor cantidad debido a la ruptura de la economía de escala y la escalada de precios de los mismos, con el consiguiente desabastecimiento y reducción en la disponibilidad de los medicamentos destinados a los servicios de atención a la salud.⁸⁵

3.5. Los principales componentes de la política de salud en el período 1996-2009.

Corresponde, ahora, analizar cuatro aspectos concretos que configuraron las políticas de salud a lo largo de los gobiernos del período 1996-2009: a) las formas privatizadoras ligadas a la estrategia de descentralización; b) la tercerización en las relaciones contractuales-laborales; c) las nuevas formas de contratación en la sindicalización, y d) la pobreza en las estrategias de la política de salud oficial.

3.5.1. Las formas privatizadoras ligadas a la estrategia de descentralización.

Bajo el modelo económico y administrativo adoptado por estos gobiernos, la (re)configuración de las reglas y el campo de juego de las políticas públicas ha entrañado

⁸⁵Informante Clave N° 35, 2010.

importantes cambios en la producción de los servicios de la salud. Las tendencias a mantener reducido el gasto estatal no ha mostrado variaciones, y la orientación de las políticas hacia una mayor participación de entes privados en la administración y prestación de servicios de salud ha dinamizado el mercado de manera indirecta. A partir de 1996, con el cambio de gobierno y la firma de los acuerdo de paz, la estrategia de descentralización⁸⁶ combinó la desconcentración administrativa con la participación de entes privados contratados para extender la cobertura de servicios públicos. Aunque todas estas formas y tendencias formaban parte de la ruptura con el modelo centralizador que el Estado guatemalteco había mantenido a lo largo de su historia, estas intervenciones denotaron la continuidad, gobierno tras gobierno, de los elementos centrales constitutivos de las reformas de corte neoliberal: mantener la reducción del papel del Estado; racionalizar el gasto público y la cobertura institucional mediante “paquetes básicos” de atención prestados por entes privados; diversificar y reorientar las fuentes de financiamiento; responsabilizar la comunidad de algunos procesos comunitarios de la salud; flexibilizar las relaciones laborales con la consiguiente precarización del trabajo; y ejecutar políticas y programas bajo techos presupuestarios restringidos sometidos a la lógica del costo-efectividad.

Dentro de las reformas estructurales, estos gobiernos han sido propicios a adoptar una forma de descentralización que no contempla las limitaciones de los niveles operativos institucionales ni las de los gobiernos sub-nacionales para emprender funciones administrativas y de entrega de servicios otrora restringidos a lo estatal-sectorial. Además, al igual que los gobiernos militares y de transición, estos gobiernos de la era neoliberal han instrumentado la participación social dentro de los programas ejecutados por los entes privados contratados. Ésta se ha dado en dos vertientes: una bajo figuras contractuales para la administración y prestación de servicios, y la otra mediante la vinculación instrumental

⁸⁶ El gobierno del Arzú (1996-2000) rompió con la trayectoria estatista de formular, financiar y ejecutar directamente las acciones públicas. Este gobierno de corte empresarial logró cuatro resultados importantes: *a)* hacer coincidir su postura ideológica y las políticas públicas con los lineamientos económico-sociales de Ajuste Estructural impulsados por las instituciones financieras internacionales, *b)* culminar el proceso de pacificación bélica en el país firmando los acuerdos de paz, *c)* echar adelante un nuevo modelo de atención a la salud de orientación privatizadora, especialmente limitado al primer nivel de salud, y *d)* desarrollar un proceso financiero, administrativo y gerencial basado en la eficiencia.

de la comunidad con los programas de salud. La primera no ha variado sustancialmente, pero la segunda ha transitado entre propuestas fallidas expresadas en un lenguaje progresista que han disfrazado intenciones privatizadoras de la gestión pública al nivel local.

La política de participación de entes privados (administradoras y prestadoras) en la extensión de cobertura de servicios en el primer nivel de atención dirigidos a poblaciones sin ningún tipo de cobertura sanitaria ha perdurado desde su creación en el año 1996, pese a los problemas financieros que enfrentó durante el período 2000-2004 cuando estos servicios dejaron de ser financiados con los fondos del segundo préstamo del BID, y se sostuvieron con fondos del Estado. En el período 1996-2009, el número de organizaciones privadas participantes fueron cercana a cien, el número de convenios firmados con prestadoras y administradoras de servicios se incrementó en poco menos del 400% (de 116 a 425), y se cubrió una población de más de 4.5 millones de habitantes, tal y como se muestra en el Cuadro 3.9. (MSPAS/CNE, 2007: 529; MSPAS/DGSIAS/CGAS, 2007: 14-15; MSPAS, 2005: 12, 19; MSPAS/DGSIAS, 2002: 40, 42; MSPAS, 1998: 14; MSPAS/DGSIAS, s/f: 4).

Cuadro 3. 9.
Evolución de la red de Prestadoras y Administradoras Privadas de Servicios de Salud, Guatemala, 1996-2009

	Períodos de gobiernos civiles			
	1996-2000	2000-2004	2004-2008	2008-2012
	1996* ¹	2003^a	2007+	2009²
Prestadora y Administradoras de Servicios de Salud (PSS/ASS)	77 ¹ (78)*	50	103	80
Número de convenios	116 ¹ (123)*	194	406	425
Población cubierta	2,512,362 ¹ (3,534,521)*	3,100,000	3,895,747	4,619,369

Fuente: Miranda, 2010.

(¹) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1998: 14.

(*)Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social /Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (s/f), datos para junio de 1996; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social /Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, 2002: 40, 42.

(^a) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2005: 12, 19.

(+)¹Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social /Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud /Coordinación General de Áreas de Salud, 2007: 14-15; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Centro Nacional de Epidemiología, 2007: 529.

(²) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social /Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, 2010: s. n. p.

Se estima que gracias a la estrategia de extensión de cobertura del período 1996-2008, la población “sin ningún tipo de cobertura” se redujo de 33 a 6%, tal y como se muestra en el Cuadro 3.10.

Cuadro 3. 10.

Evolución de la cobertura de atención de salud en Guatemala, 1996-2009.

Instituciones	Períodos de gobiernos			
	1996-2000	2000-2004	2004-2008	2008-2012
	Población			
	11,385,337 (2000)	12,299,888 (2003)	13,344,770² (2007)	13,677,815^a (2008)
Ministerio de Salud	32	71 ⁴	82	82
Seguridad Social	16	8	18 ³	17
Entidades Privadas	14	8	4	4
ONGs	4	-	-	-
Sin cobertura	33	13	6	7

Fuente: Miranda, 2010.

(^a) Banco Mundial/Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo/Organización Panamericana de la Salud, 1998; Fredrich Eber Stiftung, 2000: 19-27.

(+) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2005: 12.

(⁴) Este dato incluye 46% de cobertura institucional a través de servicios de salud ministeriales, más 25% a través de Prestadoras y Administradoras de Servicios de Salud –PSS- del Programa de Extensión de Cobertura –PEC-, (MSPAS, 2005: 12).

(¹) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Centro Nacional de Epidemiología, 2007: 529. La cobertura institucional estuvo compuesta por un 32,84% por la vía de las Prestadoras y Administradoras de Servicios de Salud –PSS/ASS- del Programa de Extensión de Cobertura –PEC- y un 49,72% por la red de servicios regulares del ministerio de salud.

(^b) Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, (2010, s. n. p.)

(²) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Centro Nacional de Epidemiología, 2007: 523, 530, 537.

(³) Para el año 2007 el Seguro Social reportó una cobertura poblacional del 17.87%, (IGSS, 2007: 14-15, 49). Para el año 2006 cubrió al 17.84% de la población del país, que representó el 25.62% de la PEA, (IGSS, 2006: 14).

Como parte constitutiva de los componentes de los préstamos para la reforma sectorial de salud, el programa de cobertura sanitaria tercerizada ha ido incrementando el número de jurisdicciones territoriales asignadas por convenio y unidades físicas para la prestación de servicios llamados centros de convergencia (Cuadro 3.11.) (MSPAS/SIGSA, 2010: s. n. p.). Sin embargo, el servicio prestado y las condiciones en las cuales éste se ofrece siguen siendo parciales. (Miranda y Arriola, 2006).

Cuadro 3. 11.

Evolución de los componentes del Programa de Extensión de Cobertura ejecutado por entes privados contratados para la prestación de servicios básicos, Guatemala, 2010.

	Períodos por años											
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Municipios*	176	145	164	164	184	168	184	198	200	206	206	205
Jurisdicciones (x 10,000hab. Aprox.)	252	248	288	290	303	316	376	404	424	433	425	404
Centros de Convergencia	2,229	2,200	2501**	2700**	3945**	3,062	3082	4,344	4,586	4518	4,829	4,602
Población bajo convenio (Millones de habitantes)	2.9***	2.9	3**	3.2**	3.6**	3.2	3.4	3.8	4.3	4.5	4.4	4.5

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

* Ubicados en 20 de 22 departamentos (excepto Zacapa y Progreso).

** No existe documentación que respalde la información.

***Mediante la capacidad instalada del MSPAS y Cooperación Cubana se cubrieron 700,000 habitantes adicionales haciendo un total de 3.5 millones de habitantes.

La evolución de la infraestructura de los entes privados contratados permite apreciar el énfasis en su crecimiento al compararlo con los servicios institucionales, ambos constituyentes del primer nivel de atención de salud. Mientras que en el período 1996-2007 los puestos de salud del sector público decrecieron en un 25% (de 966 a 723), los centros de convergencia (privados) aumentaron en 187% entre 1996 y 2009 (de 2,456 a 4602) (Cuadro3.12.).

Cuadro 3. 12.
Crecimiento de la infraestructura de Administradoras y Prestadoras Privadas de Salud en el primer nivel de atención, Guatemala, 1996-2009.

	Períodos de gobiernos civiles			
	1996-2000	2000-2004	2004-2008	2008-2012
	1999	2004	2007	2009
Centros de Convergencia (con médico ambulante)	2,456 [^]	2,700 [^]	3,989 ^{"2}	4,602 ¹
Puestos de Salud (con enfermera auxiliar o TSR)	966 [^]	974 [^]	723 ["]	-

Fuente: Miranda, 2010.

([^])Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2005c: 19, 20, 56.

(["])Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2007b: 37.

(²)Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2005c: 19. Las cifras reportadas en este informe sobre la red de servicios del Ministerio de Salud son: 1,244 centros de convergencia, 926 puestos de salud, 281 centros de salud (249 del tipo B y 32 del tipo A), 16 maternidades cantonales, 3 clínicas periféricas, 32 centros integrados, y 300 unidades mínimas; lo cual difiere del reporte presentado dos años más tarde (MSPAS, 2007b).

(¹)Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Programa de Extensión de Cobertura, 2010: s. n. p.

La vinculación de la comunidad con los programas de salud llevados a cabo a través del programa de extensión de cobertura ha sido diseñada para contribuir a las actividades operativas (logística para vacunar, difusión de mensajes, etc.). Además, desde 1996, se dio inicio a los principales procesos de descentralización administrativa y financiera gubernamental y sectorial, con algunos avances en las cotizaciones y rendición de cuentas y las contrataciones al nivel de las áreas de salud de organizaciones privadas, principalmente las ONGs locales.

Al nivel hospitalario, cobraron auge durante el período 1996-2000 las entidades privadas no lucrativas denominadas Patronatos Hospitalarios, surgidas en 2003-2005, a las cuales se les transfirieron fondos públicos mediante la firma de convenios para subsidiar la atención a pacientes que requerían de tratamientos médico-quirúrgicos especializados que la red hospitalaria pública no podía proporcionarles. Los mecanismos de pago fueron por

consulta o procedimiento⁸⁷ o por la subrogación de exámenes de laboratorio complementarios a empresas privadas para pacientes hospitalizados, sin que esto represente avances sustanciales en términos de la reforma sectorial⁸⁸ (Miranda, 2005: 56).

En esta misma línea, se continuó dando impulso, en el período 2000-2004, a los mecanismos administrativos delineados por el BID, aunque sin los fondos procedentes de los préstamos, debido a que el banco se negó a liberar los fondos ante las evidencias, según argumentaban especialistas en esta institución, de acciones de corrupción por parte del gobierno. Sin embargo, éste siguió con el discurso de delegar “las decisiones, la administración y los recursos a los niveles de gobierno más cercanos a la población” (GdG 2000: s. n. p.), fortaleciendo el acercamiento entre representantes y representados, proponiendo que se organizaran los habitantes para abordar sus problemas y necesidades junto con las instituciones públicas (BIDb, 2003: 13; GdG 2000: s. n. p.). Incluso hubo un intento fallido de crear las Asociaciones Pro-Salud Municipal compuestas de organizaciones privadas locales jurídicamente organizadas para competir con las municipalidades por los fondos públicos para la prestación de los servicios de salud.

Durante el tercer gobierno de la era neoliberal (2004-2008), se mantuvieron los patronatos hospitalarios, y se inició la descentralización y desconcentración interna en la toma de decisiones operativas y administrativo-financieras en los hospitales y las áreas de salud (MSPAS, 2004b: 5) como parte de los lineamientos planteados en el segundo préstamo del BID. Además, se quiso (infructuosamente) transferir algunas funciones administrativas a organizaciones sociales (con personalidad jurídica) para la contratación de prestadores privados de servicios de salud al nivel municipal como parte de una estrategia orientada a consolidar y desarrollar la nueva estructura organizacional del nivel central (GdR, 2005: 3; BID, 1999: 1). Pero con este gobierno, desapareció el término ‘participación’ en la declaratoria escrita de las políticas de salud, quedando subsumida en las modalidades de organización y participación del PEC, tal y como lo había hecho el primer gobierno neoliberal. Además, bajo este mandato presidencial se volvió a impulsar y

⁸⁷Entre las entidades que perciben fondos públicos por acto o procedimiento realizado están: el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), la Unidad de Cardiología (UNICAR) y la Unidad Nacional de Enfermos Renales Crónicos (UNAERC).

⁸⁸Informante Clave N° 35, 2010.

depurar el mecanismo de tercerización gracias a la liberalización de los fondos del segundo préstamo del BID, en buena medida debido a que volvieron a ocupar sus puestos en el Ministerio de Salud algunos miembros de los cuadros del gobierno de 1996-2000, inclusive el mismo Ministro de Salud

En el último gobierno todavía en turno (2008-2012), la descentralización ha formado parte de una propuesta de “modernización institucional y gestión territorial de la salud” mediante la cual han vuelto a tener un papel protagonista los Consejos de Desarrollo departamentales y municipales (MSPAS, 2008: 21). Esto no es casual, si se considera que el presidente en el periodo actual tiene como antecedente el haber dirigido el Fondo Nacional para la Paz, el principal fondo social del país que dio notoriedad a su figura política, precisamente por haber canalizado fondos a través de estos Consejos. Otra medida importante tomada durante este gobierno fue la declaratoria de gratuidad de los servicios, misma que hizo desaparecer los patronatos hospitalarios. Se está, además, alentando la participación ciudadana local que constituye una plataforma para la continuidad futura del partido en el poder, aprovechando programas paralelos tales como “Mi Familia Progresá”, un esquema de transferencias condicionadas al progreso del estado de salud de los miembros de las familias atendidas que esta manejado desde una secretaría presidencial como fondo social, y operado con la participación de entes estatales (MSPAS, 2004b).

La descentralización se ha implementado de manera diferenciada, aun cuando ha estado presente en el discurso de todos los gobiernos. Para el primero y tercer gobiernos, 1996-2000 y 2004-2008, respectivamente, se concretizó por una desconcentración administrativa que fortaleció a terceros, tales como los Patronatos Hospitalarios y a las ONGs locales, para extender la cobertura mediante mecanismos de mercado. El segundo gobierno (2000-2004), aun cuando mantuvo tales entidades, buscó dar paso a modalidades de participación que, aunque fallidas como el caso de las Asociaciones Pro-Salud Municipal, denotaron la intención de organizar la participación comunitaria bajo la figura de asociaciones civiles privadas, con un trasfondo de oportunismo político. El último gobierno (2008-2012), por su parte, ha reactivado la estructura de organización urbano-rural como estrategia para canalizar las políticas sociales y buscar la posibilidad de continuidad de su partido en el poder.

3.5.2. La tercerización y las relaciones contractuales-laborales.

El objetivo eficientista que se impulsó durante el período 1996-2000 presenta una serie de claroscuros. Por un lado, este objetivo se hizo presente con el recorte del gasto público fijo cuando se hizo posible la jubilación temprana de los empleados de las burocracias públicas, y se congeló el crecimiento de los rubros contractuales que generaban pasivos laborales (v. gr. rubros 011). Por el otro, se fomentó la contratación de personal bajo rubros que no sólo no representan vínculos laborales con las dependencias estatales, sino que contribuyeron al fisco mediante el pago al gobierno de impuestos por la prestación de servicios técnicos y profesionales. La principal consecuencia de esta medida fue la precarización, el riesgo y la vulnerabilidad laboral a la que se vendes de entonces sometidos los ‘empleados’ de la burocracia que ya no son funcionarios.

La extensión de cobertura de servicios ha representado una de las manifestaciones más representativas de la reforma sectorial: es un programa que ha correspondido a un modelo de gestión de bajo financiamiento y masivo ‘voluntariado’, y de contratación de entes privados para la administración y prestación de paquetes de servicios básicos de salud que responden a la lógica de racionalidad del gasto, con énfasis en lo biomédico y curativo, y con acciones individuales puntuales más que integrales. El resultado ha sido la formalización de la exclusión; dado que el programa descansa por más del 90% en personal voluntario, las prestadoras no han sido capaces de proveer el paquete básico de servicios, a la vez que el Ministerio de Salud ha tenido una débil capacidad (o voluntad) de ejercer funciones de control sobre los prestadores privados. (INS/MISEREOR, 2003: 82). Pero la flexibilización laboral, que en un momento inicial permitió el retiro ‘voluntario’ y la (re)contratación del mismo personal bajo un rubro contractual diferente, generó, por un lado, un doble pago a dichos empleados--jubilación y pago por servicios al recontractarlos-- y por otro, el cierre de la posibilidad de contratar personal nuevo. Además, esta política generó desigualdad entre el personal contratado por servicios y el de planilla a raíz de las diferencias de salario y derechos laborales entre las dos categorías. Cabe agregar que no se tiene en el país un ejército de reserva listo para ocupar las plazas vacantes.

Resulta difícil rastrear la evolución que ha tenido el personal vinculado al Ministerio de Salud en sus diferentes renglones contractuales, debido a la escasa información tanto general como desagregada para el período estudiado. Fue sólo recientemente que el Ministerio de Salud (con el apoyo de la cooperación externa) inició la sistematización de los datos de su personal. Para el año 2007, se reportaron 23,850 empleados en su nómina. De ellos, las cuatro quintas partes estaban constituidas por personal no profesional (técnico-administrativo, operativo y auxiliar de enfermería), y el resto por profesionales (médicos, enfermera, especialistas y sub-especialistas) (Cuadro 3.13.) (MSPAS/DGRH, 2009: 16-18).

Cuadro 3. 13.
Distribución del personal según calificación técnica y profesional
Guatemala, 2007.

Tipo de personal	N°	%
Técnico	18,742	78.58
Profesional	5,108	21.42
Total	23,850	100.00

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección General de Recursos Humanos, s/f.

Ese mismo año de 2007, el número de empleados que labora en el Ministerio de Salud era de 23,850, excluyendo al personal bajo contrato del PEC (MSPAS/DGRH, 2009: 11). Si se considera que para el año 1988 el número de trabajadores funcionarios vinculados al MSPAS había sido de 19,382⁸⁹, esto representaba poco menos del 70% de la

⁸⁹Los empleados públicos representaron el 6.4% de la Población Económicamente Productiva (1991) –la más baja en Latinoamérica para ese año-, correspondiéndole al sector salud un 0.9%, el cual se reducía a 0.4% cuando se consideraba sólo a quienes contaban con alguna formación en salud. Para el año 1991 la PEA se estimó en poco más de 3.3 millones de personas, que representó aproximadamente al 31% de la población estimada para ese año que fue de alrededor de 9.2 millones de habitantes (el censo de población del año 1981 estimó una población de 6,054,227 habitantes y el del año 1994 en 8,331,874 habitantes), (INE,2006:8; OPS, 1991:

36);http://books.google.com.gt/books?id=y1WmxWbCh7wC&pg=PA137&lpg=PA137&dq=pea+guatemala+1991&source=bl&ots=ePGDHPzGRq&sig=jVWOhVMO35amDzo0ieZmeY_4mV8&hl=es&ei=-LjQsrSKCYintgfdpyvAg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CAgO6AEwAA#v=onepage&q=pea%20guatemala%201991&f=false)

fuerza laboral en salud pública⁹⁰, lo cual era relativamente bajo. A pesar que el Ministerio de Salud era el principal empleador del sector⁹¹ (OPS, 1991: 36, 38), se aprecia que en casi veinte años, el número de trabajadores del MSPA creció tan sólo en 23% (en 4,468 nuevos empleados). Sin embargo, dos años después, en 2009, se incrementó hasta alcanzar 26,200, representando un incremento de casi 10% en un plazo de dos años (MSPAS/DGRH, s/f: s. n. p.). Este incremento resulta interesante en tanto que el crecimiento del funcionariado se ha hecho a expensas de rubros contractuales que no generan vinculación al Estado y, por lo tanto, implican la pérdida de derechos laborales. Además, como veremos en los capítulos que siguen, estas nuevas formas contractuales se han constituido en factores de estrés y precariedad laboral (miedo a no ser contratados al final del año contractual; horarios de entrada pero no de salida; ausencia de derechos laborales, retrasos salariales, etc.) (Miranda y Arriola, 2006). Por otro lado, estas contrataciones han representado una fuente –menor si se quiere– de fondos para el sector salud dada la facturación que tiene que hacerse en términos del fisco⁹².

El grupo profesional (médicos, enfermera profesional y especialistas) ha pasado de 8.4% a 21.4% a lo largo del período 1988-2007. Sin embargo, de 2007 a 2009 apenas creció en 3%. Los otros rubros han crecido más lentamente (OPS, 1991: 43; MSPAS/DGRH, 2009: 16-18; MSPAS/DGRH, s/f: s. n. p.), aunque otra fuente (MSPAS, 2010: s. n. p.) reporta un crecimiento de 130 a 1,414 funcionarios en 2008-2009 en el rubro 189⁹³ (Cuadro 3.14).

⁹⁰La composición de la fuerza laboral de salud pública es piramidal: un vértice angosto constituido por profesionales, un estrato medio más amplio configurado por técnicos, y una base muy amplia formada por auxiliares de enfermería –éstos ubicados principalmente en el nivel primario de atención-. Además, tres cuartas partes del grupo profesional está constituido por hombres. Al nivel del Ministerio de Salud, la fuerza laboral profesional masculina superó el 90%, mientras que al nivel técnico y auxiliar la fuerza femenina fue la principal (OPS, 1991: 39-41).

⁹¹De los trabajadores de salud casi el 97% se reparte entre el Ministerio de Salud y la seguridad social (OPS, 1991: 36, 38).

⁹²Informe Clave N° 35, 2010.

⁹³ El rubro 189 corresponde a la contratación de personal de apoyo: pilotos, conserjes, etc., y de servicios técnicos y profesionales como honorarios a peritos, profesionales universitarios, especialistas y técnicos sin relación de dependencia con el Estado. Incluye asimismo la retribución por actuaciones artísticas y deportivas (MFP, 1997: 161-162).

Cuadro 3. 14.
Distribución de los empleados del Ministerio de Salud por categoría ocupacional en años seleccionados, Guatemala, 1988, 2007 y 2009.

Cifras por rubro												
Años	Profesional*		Técnico medio+		Enfermería auxiliar		Administración		Servicios de apoyo		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1988 ¹	1,629	8,4	2,706	14,0	5,231	27,0	5,718	29,5	4,098	21,1	19,382	100,0
2007 ²	5,108	21,4	ND	-	6,903	28,9	5,976	25,0	5,863	24,6	23,850	100,0
2009 ³	6,458	24,6	ND	-	7,061	26,9	6,539	24,9	6,142	23,4	26,200	100,0

Fuentes: Organización Panamericana de la Salud, 1991; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social /Dirección General de Recursos Humanos, s/f; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social /Dirección General de Recursos Humanos, 2009.

(*) Incluye personal médico, enfermería profesional y especialistas.

(+) No aparece desglosado en los reportes consultados.

(°) No se incluye el renglón contractual 189.

Además, el 62.2% (14,835) del personal se ubica en el sistema hospitalario general y especializado, y tan sólo el 30.58% en el sistema de centros y puestos de salud, nivel en que se ha implementado la principal estrategia de extensión de cobertura vía entidades privadas contratadas. Un 7.22% trabaja en el nivel administrativo central del ministerio, donde se toman decisiones y formulan las normativas técnicas y operativas (Despacho Ministerial y Direcciones Generales)(Cuadro3.15.) (MSPAS/DGRH, 2009: 16-18). Sin embargo, si se compara el número de trabajadores que laboran en el Ministerio (23,850) con el de entidades privadas contratadas para la prestación de servicios en el primer y segundo nivel, las privadas duplican en número al personal del ministerio de salud. Si se toma únicamente el personal de nivel ejecutor (7,294), la proporción se acerca al 600%⁹⁴. En otras palabras, a lo largo de estos gobiernos, la participación comunitaria bajo la figura de ‘voluntariado’ ha sido instrumentada para la expansión y funcionamiento de los programas de extensión de cobertura a pesar de su baja capacidad resolutive y del bajo financiamiento que recibe, y no obstante la carencia de insumos, equipo y medicamentos.

⁹⁴Para el año 2009, el número de funcionario se había incrementado en un 9.85% con respecto al año 2007 (2,350 nuevos funcionarios). Las proporciones se mantuvieron iguales: nivel central: 7.49%; hospitalario especializado, 7.21%; hospitalario general, 54.15%; áreas de salud, 31.25% (MSPAS/DGRH, s/f: s. n. p).

Cuadro 3. 15.
Ubicación institucional del personal del Ministerio de Salud según nivel administrativo comparado con personal contratado por entidades privadas, Guatemala, 2007.

Nivel	N°	%
Central Administrativo	1,721	7.22
Hospitalario especializado	1,640	6.88
Hospitalario general	13,195	55.32
Áreas de salud	7,294	30.58
Total ministerio	23,850	100.00
Total entidades privadas contratadas	48,393	100.00

Fuentes: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección General de Recursos Humanos, s/f;
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Centro Nacional de Epidemiología, 2007.

Para 2009, un informe del Ministerio de Salud estableció en 26,200 el número total del personal que labora en dicha institución. El nivel central absorbe el 7.5% (1,963 funcionarios), el hospitalario especializado el 7.2% (1,889), el hospitalario general el 54.15% (14,187), y las áreas de salud el 31.15% (8,161). La distribución del personal ministerial reveló que el 61.36% del personal se ubicaba en el subsistema hospitalario (tanto el especializado como el general), y el 31.15% en los centros, puestos de salud y direcciones de las áreas de salud, (Cuadro 3.16.) (MSPAS/DGRH, s/f: s. n. p). Además, el nivel hospitalario generalmente concentra prácticamente el doble del personal en casi todas las categorías laborales, a excepción de lo administrativo, en el que la proporción es más pareja. (MSPAS/DGRH, s/f: s. n. p.).

Cuadro 3. 16.
Distribución del personal según nivel central, hospitalario y área de salud,
Guatemala, 2009

Subsector	Personal						Total
	Médico	Enfermera graduada	Enfermera auxiliar	Administrativo	Especializado	Operativo	
Nivel central	118	8	55	1,217	68	493	1,963
Hospital especializado	169	91	447	365	186	631	1,889
Hospital general	2,553	903	4,050	2,609	677	3,395	14,187
Área de salud	767	456	2,509	2,348	462	1,619	8,161
Total	3,607	1,458	7,061	6,539	1,393	6,138	26,200
% comparado hospital/área	75/21	68/31	63/35	45/35	61/33	65/26	61/31

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección General de Recursos Humanos, s/f.

En cuanto a los principales rubros de contratación laboral, de 2003 a 2009, el número de funcionarios vinculados al Ministerio de Salud se incrementó en apenas 830 trabajadores (un crecimiento del 3.27%), mientras que la población ha crecido en más de dos millones de habitantes. Sin embargo, tal y como lo anotamos antes, el mayor incremento de trabajadores no laboralmente vinculados al Estado ha ocurrido en los servicios tercerizados (Cuadro3.17.). Pese a la limitación de información, encontramos algunos datos de incremento de personal relevantes para el periodo 2007-2009 de 2,629 a 10,407.⁹⁵

⁹⁵En estos tres años, el personal del rubro 011 tuvo un incremento de casi 15% (2,641 nuevos contratados); el 021 de casi el 112% (656 nuevos contratados); el 022 un número desconocido de nuevos contratados por falta de datos; el 029 tuvo un descenso del 18% (369 casos menos); el 031 prácticamente se mantuvo estable; el 182 se incrementó del 190% (1,167 nuevos contratados), y el 182 tuvo un incremento de poco más del 980% (1,284 nuevos trabajadores). Los rubros de contratación del personal difieren con respecto al tipo de vinculación con el Estado y las condiciones de remuneración y derechos laborales. El rubro 011 corresponde al personal con cargo fijo permanente con sueldo; el rubro 021 corresponde al personal de enfermería o paramédico supernumerario contratado para labores temporales nunca permanentes y de corta duración; el rubro 022 corresponde al personal contratado por servicios, obras o construcciones temporales que no abarquen más de un ejercicio fiscal; el rubro 029 corresponde al personal temporal contratado por honorarios por servicios técnicos y profesionales realizados por personal sin relación de dependencia ni por más de un ejercicio fiscal; el rubro 031 corresponde a trabajadores asalariados por jornal para el mantenimiento y similares; el rubro 182 corresponde al personal médico-sanitario retribuido por servicios profesionales y

Cuadro 3. 17.

Evolución de los rubros de contratación de personal en el Ministerio de Salud por período de gobierno, 1986-2009.

Rubro contractual	Períodos de gobiernos civiles				
	1996-2000	2000-2004	2004-2008	2008-2012	
	Población ⁿ (años de referencia)				
	11,385,337 (2000)	12,299,888 (2003*)	13,344,770 (2006+)	13,677,815 (2007+)	- (2009)
	Total de puestos por período de gobierno				
	-	25,370	22,155	23,850	26,200
011	-	-	17,847	18,472	20,488 ¹
021	-	-	586	823	1,242 ¹
022	-	-	25	-	-
			2,038	1654	1,669 ¹
029	-	-	(1,576 ²)	(1,514 ²)	(1,680 ²)
031	-	-	1,046	1173	1,021 ¹
			613	1728	1,780 ¹
182	-	-	(1,053 ²)	(2,295 ²)	(6,111 ²)
189	-	-	-	130 ²	1,414 ²

Fuente: Miranda, 2009.

(^o) Secretaría General de Planificación Económica, 1991: 11.

(*)Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2005: 21.

(+)Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Observatorio De Recursos Humanos, s/f: 21, datos para el año 2006, excepto por indicación expresa.

(ⁿ) Cifra tomada de: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010, s. n. p.

(¹)Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección General de Recursos Humanos, s/f: s. n. p.

(²)Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección General de Recursos Humanos, s/f: s. n. p.

A excepción de los contratos del renglón cero (011 y 029) que tuvieron un crecimiento de menos de 20%, el resto de los rubros de contratos han mostrado incrementos sustanciales, pero que no han generado pasivos laborales al Estado. Este cambio en los rubros contractuales va de la mano con las directrices del ajuste estructural y los componentes de los préstamos del BID. Llama la atención el incremento de rubros como el 189 (“otros estudios y/o servicios”) que en un plazo de un año creció de manera desproporcionada con respecto a los demás rubros. Esto se debió a la necesidad de cubrir con personal nuevo la diversificación operativa que tuvo el segundo nivel de atención con

técnicos médico-sanitarios; y el rubro 189 comprende a personal contratado bajo el rubro de “otros estudios y/o servicios”, pagado por servicios técnicos, administrativos y profesionales no contemplados en otros renglones, (MFP, 1997: 144-156).

la puesta en marcha de las unidades de atención materna, y de atención permanente de urgencias de 24 horas, dado que ya se habían agotado las posibilidades de contratar nuevo personal bajo los otros rubros contractuales.

Finalmente, en la composición del personal por género, había, para el año 2006, un ligero predominio femenino en casi todos los rubros contractuales, a excepción de los rubros 021 (“enfermería y paramédicos supernumerario contratado para labores temporales”) y 031 (peones, operario y obreros). Las razones de ello puede ser el tipo de trabajo consistente en actividades medioambientales o de campaña sanitaria (Cuadro 3.18.).

Cuadro 3. 18.
Distribución de personal del Ministerio de Salud por renglón presupuestario y sexo, Guatemala, 2006.

Renglón presupuestario	Totales por rubro	% relativo	Femenino	%	Masculino	%
	22,155	100.00	12,706	57.35	9,449	42.65
011	17,847	80.56	10,608	59.44	7,239	40.56
021	586	2.65	212	36.18	374	63.82
022	25	0.11	15	60.00	10	40.00
29	2,038	9	1,081	53.04	957	46.96
31	1,046	5	455	43.50	591	56.50
182	613	3	335	54.65	278	45.35
189	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Observatorio De Recursos Humanos, s/f.

El hecho de que el personal institucional haya crecido poco obedece a factores que han cambiado a lo largo del tiempo. Inicialmente se debió a la falta de presupuesto para absorber la mano de obra formada y, posteriormente, a la dificultad para encontrar el recurso humano, aun teniendo presupuesto para contratarlo. Se explica también por lo poco atractiva que resultaba la opción pública de trabajo dada la fuerte orientación neo-liberal biológica, individual y curativa en la formación y práctica médica profesional, así como a la restricción que ciertas escuelas formadoras imponen para mantener baja la cantidad de

sus egresados⁹⁶ (OPS, 1991: 36). A esta limitante de producción de recurso humano hay que agregar otra, propia del Ministerio de Salud. La Dirección General de Recursos Humanos no ha controlado los procesos de formación, ni llevado un registro actualizado de los recursos humanos institucionales, o definido el tipo de profesional requerido. De hecho, se ha convertido en una “oficina de trámite de personal” donde llegan los expedientes, se hacen nombramientos y se envía al personal contratado a los servicios.⁹⁷.

El tema de la ‘pertinencia cultural’ es relativamente nuevo en el lenguaje de las políticas de salud. Durante el gobierno de Ramiro de León Carpio (1993-1995) ya apareció dentro de los objetivos de salud “mejorar la calidad de los servicios adecuándolos a las necesidades y al entorno cultural de las regiones rurales” (PdRa, 1993: 14). Sin embargo, no es sino hasta el gobierno del período 2000-2004 cuando la interculturalidad se liga al programa de medicina tradicional, y se publica el vademécum de plantas medicinales. Finalmente, se sugirió, en el gobierno de Berger (2004-2008), que la entrega de servicios de salud se hiciera bajo un enfoque intercultural (MSPAS, 2004b: 5), incluyendo tratamientos a base de plantas medicinales como recurso terapéutico dentro del programa de “medicina popular y tradicional” (MSPAS, 2004c: 293-314). Lo mismo se propuso el Ministerio de Salud durante el último gobierno (MSPAS, 2008: 27).

Si se consideran las enormes disparidades sociales y geográficas en la distribución de los recursos destinados a las políticas y programas de salud, se constata un nivel claramente bajo en la oferta de servicios, la calidad de la atención de salud, y la adecuación sociocultural. Nuevamente se recurre, para disfrazar esta realidad, a un discurso con poco sustento real. Por ejemplo, la versión operativa más cercana a lo proclamado ha sido el uso institucional de plantas medicinales.

En cuanto al tema demográfico hay que tener claro que se atiende a una población de alrededor de catorce millones con mil cuatrocientas unidades de atención (un promedio de una unidad/10,000 habitantes si fuera repartido equitativamente), con una red de servicios que ha sido señalada como insuficiente. El Ministerio de Salud sigue careciendo

⁹⁶Informante Clave N° 35, 2010.

⁹⁷Esta dirección ha tenido problemas en su dirección: ha tenido cuatro directores en los dos primeros años de este gobierno (IC-35, 2009).

de una política de infraestructura que permita un crecimiento armónico con respecto a las necesidades de la población. Un factor muy determinante es el financiero, aunque a veces sucede que hay fondos pero aparentemente sin la capacidad de utilizarlos en proyectos hospitalarios⁹⁸, como por ejemplo el hospital pediátrico de la carretera al Atlántico que aún no se construye, habiendo el dinero para hacerlo, donado por el gobierno de Venezuela⁹⁹.

3.5.3. Las nuevas relaciones contractuales y la sindicalización.

Para entender los efectos sobre la sindicalización de las relaciones contractuales entre las prestadoras privadas y los trabajadores, es importante conocer el papel del sector sindical y su capacidad de acciones en las políticas de salud. El posicionamiento de los sindicatos con respecto a las nuevas relaciones contractuales y laborales ha alternado entre la permisividad y la resistencia. Sus dirigentes mantienen alianzas estratégicas con las cúpulas del Ministerio de Salud, lo cual les permite sobrevivir de un gobierno a otro. Su postura con respecto a las reformas ha sido igualmente una mezcla de aprovechamiento de oportunidades fallidas para participar en el modelo de extensión de cobertura y de crítica de las decisiones unilaterales tomadas por el gobierno, como el cobro por los servicios en la red de centros públicos. Usualmente, los sindicatos han mantenido un perfil bajo de resistencia con protestas esporádicas ante las decisiones gubernamentales en materia de salud (Miranda y Arriola, 2003: 153, 158).

A pesar de sus limitaciones, los sindicatos siguen siendo el único vehículo de expresión y reivindicación de derechos del trabajador, razón por la cual siguen representando espacios vigentes de representatividad y legitimidad del derecho laboral. Aun cuando se cuestiona su credibilidad (Miranda y Arriola, 2003: 158-159), siguen agrupando a la mayoría de los empleados de las burocracias sanitarias del país, lo cual les permite movilizar una fuerte cantidad de personas a la hora de ejercer presión a favor (o en contra) de medidas particulares. Esta posibilidad de maniobra política dentro de los espacios sanitarios se ve vulnerada en tanto los sindicatos siguen realizando acciones

⁹⁸ Los otros dos hospitales son el de Barillas (Huehuetenango) y el de Tecpán (Sololá); además, de un Centro de Atención Integral Materno Infantil en San Martín Jilotepeque (Chimaltenango), (Informante Clave N° 35, 2010).

⁹⁹ Informante Clave N° 35, 2010.

desarticuladas e, incluso, atomizadas y muchas veces coyunturales. Esto se debe a que siguen funcionando bajo cacicazgos y representan núcleos de poder de intereses de grupo, por lo que su capacidad estratégica se ejerce de manera ad hoc. Siguen, además, siendo acosados por gobiernos de corte empresarial y anti-sindicalistas que no les permiten aumentar su afiliación. Además, falta voluntad política para el cambio entre sus dirigentes que carecen de espacios y condiciones de diálogo con el gobierno, debido a viejas herencias de militancia político-ideológica cargadas de viejas desconfianzas entre estos dirigentes que sospechan unos de los otros de pactar con las autoridades del Ministerio de Salud.

A lo largo del período 1996-2009, los sindicatos se han opuesto tanto a las políticas neoliberales como a las formas de privatización de los servicios públicos de salud mediante las figuras constituidas para tales acciones: los patronatos o asociaciones pro-salud. Incluso, han llegado a plantear lo inadecuado del modelo de atención para el país. (SNTSG, 2003; Miranda y Arriola, 2003: 158; MSPAS 2002a: s. n. p.). Sin embargo, las demandas de los diferentes sindicatos no parten de reivindicación. El sindicato médico, al menos en el discurso, parte de una condición social y una situación económica diferente a la de los otros miembros de sindicatos, a partir de la cual piden mejoras en sus condiciones técnico-profesionales de trabajo (equipo, insumos, salarios, ambiente laboral, etc.), mientras que los sindicatos de base parten de unas condiciones socioeconómica e históricamente precarias, y reclaman mejoras salariales, de prestaciones y, por supuesto, de condiciones de trabajo (Miranda y Arriola, 2003: 157).

La influencia de los nuevos tipos de contratación en el papel de los sindicatos ha sido fundamental, en tanto rompe con las posibilidades de afiliación de los trabajadores. La fórmula de pago por servicios que hace desaparecer la posibilidad de sindicalización no sólo fracturan la vinculación laboral directa entre empleado y patrón, sino también hace perder al primero todo tipo de derechos y beneficios laborales y sociales (Miranda y Arriola, 2006: 238-239; 2003: 141). En términos de membresía en sindicatos, cabe además señalar que dentro de la totalidad de empleados vinculados al Ministerio de Salud (23,850 reportados para el 2007) no todos son sindicalizados, y quienes sí lo son se reparten al menos entre tres sindicatos: uno de médicos y dos de base. En resumen, aun cuando el sindicalismo de salud ha defendido y mantenido pactos colectivos para proteger a sus

afiliados, no ha podido afiliar a una alta proporción de trabajadores (48,393 2007) sujetos a las nuevas formas contractuales que se han realizado con administradoras y prestadoras privadas subcontractadas que representan un número mayor, incluso, que los vinculados laborales con el Ministerio de Salud.

Dada la flexibilidad laboral y la imposibilidad de sindicalizar al personal que implican las nuevas relaciones contractuales, han surgido otras formas organizativas de presión laboral por parte de los “no sindicalizados”. Tal el caso de la Coordinadora de ONGs de Extensión de Cobertura (CONEC) que alberga a la mayoría de las administradoras y prestadoras privadas de servicios de salud subcontractados. Sin embargo, esta organización ha sido de manufactura reciente. A partir del año 2008 ha comenzado a presionar al Ministerio, al menos, en tres sentidos: a) para asegurar la continuidad del programa¹⁰⁰; b) para obtener mejoras laborales-salariales; y c) para influir en las decisiones de salud y el programa de extensión de cobertura.

3.5.4. La pobreza en las estrategias de la política de salud oficial.

Aunque todos los gobiernos del período (Anexo 13) han mantenido un discurso estatista orientado hacia el desarrollo humano, el combate a la pobreza y el cumplimiento de los acuerdos de paz, y más recientemente (los dos últimos gobiernos) hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las formas operativas organizacionales que han implementado no han ido acordes al discurso.

Para los que han diseñado las políticas y programas de salud, la sustentabilidad de la pobreza depende de aquellos mecanismos políticos, jurídicos y administrativos que permiten identificar, cuantificar y definir quienes son los principales destinatarios de las acciones del gobierno en materia de políticas sociales, en general, y de salud, en particular. Estos mecanismos incluyen también la manera en que los bienes y servicios para atender a esta población han de ser distribuidos, las modalidades más idóneas para asegurar su eficaz entrega, y la determinación de quienes han de distribuirlas. En otras palabras, el ciclo de las políticas públicas ha operado en función de la intervención directa o indirecta de quienes

¹⁰⁰Para el año 2009 el monto financiero destinado a las entidades contratadas para operar la política de extensión de cobertura de servicios básicos focalizados al nivel rural ascendió a poco menos de trescientos millones de quetzales (Q289,043,384.25) equivalentes a más de 36 millones de dólares,

detentan el poder político y poseen los medios para etiquetar y definir el objeto de las políticas de salud. Ya hemos advertido que las políticas sociales en estos gobiernos han estado condicionadas por los procesos de ajuste estructural, de reforma del Estado y, en los tres últimos gobiernos, por la adopción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A partir de estos parámetros, las acciones de modernización institucional, la redefinición de las fuentes de financiamiento, y la forma supuestamente más eficiente para atender la problemática sanitaria han obedecido a una redefinición de lo estatal y de lo social y, por ende, de los objetivos de la acción pública (MSPAS, 2008: 13; MSPAS, 2004c; GdG 2000: 3; MSPAS, 2000: 4-6; RDG, 1996: 11). Sin embargo, lo que aquí nos interesa es mostrar el carácter y la orientación de la articulación de tres de los elementos constitutivos de las políticas de salud: su objetivo, sus destinatarios, y las estrategias definidas en el discurso oficial para implementarlas.

El primer gobierno de la era neoliberal (Arzú, 1996-2000) fue proclive a la eliminación de la subsidiariedad universal impulsada desde el Estado, tal y como lo habían entendido los gobiernos anteriores. Se inclinó, en cambio, a ofrecer servicios públicos mínimos, involucrando a las ONGs para extender la cobertura, y a la participación directa de las comunidades dentro del nuevo modelo de atención (RDG, 1996: 2). Sin duda alguna, la declaración normativa más determinante que dio viabilidad a este programa fue la intención de este gobierno de “garantizar” la gratuidad de la prestación de servicios de salud solamente a aquellas personas y sus familiares cuyo ingreso personal no alcanzaba para pagar una parte o la totalidad de las cuotas cobradas en los centros de salud (MSPAS/PMSS, 1998: 10). El mecanismo operativo tal vez más importante mediante el cual se logró derivar el gasto privado familiar hacia el mercado fue la instauración de los paquetes de servicios básicos que, al restringir el acceso de la atención a un número determinado de intervenciones de salud, ‘empujó’ la gente a buscar en lo privado lo que dejó de ofrecer el sector público.

El segundo gobierno de este período neoliberal (Portillo, 2000-2004), por su parte, se apegó al cumplimiento de los Acuerdos de Paz y a la ‘gratuidad’ de la atención inscrita en la Constitución de la República. Sin embargo, al igual que el primero, mantuvo el discurso sobre la orientación social de los recursos y la focalización de la atención.

Contradictoriamente, en el mismo discurso se habló de mejorar el nivel de salud de la población, pero insistiendo en la prioridad de la atención a los grupos de mayor postergación y mayor riesgo biológico y social. En los hechos, fue igualmente restrictivo que el gobierno anterior en cuanto a la focalización de la atención (Miranda y Arriola, 2006: 222-223, 231; MSPAS, 2000: 4). Antes que seguir un plan de gobierno propio y coherente, el accionar de este gobierno fue una reacción en contra de los planteamientos y logros del gobierno anterior.

El tercer gobierno (Berger, 2004-2008), por su parte, retomó los principios que habían orientado las políticas del primero, dado que, como lo indicamos, gran parte del personal de la administración de salud anterior había vuelto al Ministerio de Salud. Pero se retomó la agenda modernizante de la reforma sectorial orientada hacia la modernización financiero-administrativa, la descentralización y la desconcentración institucional y, además, se relanzó el tema de la interculturalidad en las políticas de salud, lo cual ya había sido intentado durante el gobierno del período 1992-1995. (MSPAS, 2004a: 4-5).

El cuarto y último gobierno (Colom, 2008-2012), en turno cuando se escribe este trabajo, aun reconociendo las limitaciones de la agenda modernizadora del ajuste estructural de la que no se apartó, agregó un elemento relativamente novedoso ligado a la experiencia burocrática del actual presidente en los años ochenta: la renovación de compensadores sociales por medio de los fondos sociales de primera generación (externos a los ministerios), ahora manejados por la Secretaría de Obras Sociales (SOSEP) y dirigidos por la esposa del Presidente. Esto marcó una clara diferencia con respecto a las medidas de modernización administrativa institucional impulsadas por los anteriores gobiernos, al vincular las políticas de salud al discurso de la solidaridad con los extremadamente pobres (MSPAS, 2008: 15, 30-33). En cambio, en el Ministerio de Salud, se siguió con el énfasis en el primer nivel de atención (Miranda y Arriola, 2006: 209,211-213) pero bajo la figura de fondos sociales de segunda generación.

Otro aspecto de importancia en la gestión sustentable de la pobreza fue la distinción entre la categoría de usuario y la de beneficiario, la cual está íntimamente ligada a la definición del servicio gubernamental como público o social, basado en el criterio de si “el servicio público se basa en una organización controlada por la administración, y su

finalidad es satisfacer determinada necesidad de interés general” (Castillo 1996: 303-304). Las principales diferencias entre estas categorías se muestran en el Cuadro 3.19.

Cuadro 3. 19.

Características diferenciadoras entre servicio social y público.

Características	Servicio social	Servicio público
Objetivos	Mejorar las condiciones de vida... y realizar el bien común, principalmente en la cultura, la salud y la previsión social.	Satisfacer necesidades de interés general de todos o de grupos...
Fines	Persiguen fines asistenciales, por tal motivo, no son lucrativos y funcionan generalmente con déficit y subsidiados por el Estado.	Persiguen fines lucrativos y pueden ser explotados por el Estado, los departamentos y los municipios, por los municipios conjuntamente con los particulares y exclusivamente con los particulares. Es abierto, en el sentido que a los mismos ingresa cualquier persona que requiera el servicio, cumpla los requisitos y pueda pagar un derecho, una tarifa, una tasa o una cuota.
Ingreso	Es limitado. A éstos tienen acceso los pobres y quienes no puedan pagar servicios privados.	La persona que usa el servicio público recibe el nombre de usuario.
Nombres	La persona que usa el servicio social recibe el nombre de beneficiario.	La prestación es puramente material: uso del teléfono, luz eléctrica, agua potable, transporte...
Prestaciones	La prestación es económica y material, y consiste en ayudas: dinero, medicinas, ropa...	

Fuente: Castillo, 1996.

El argumento legal que finalmente justificó el uso de convenios privados para la extensión de cobertura fue expuesto por las autoridades del BID que señalaron que “Los servicios de salud no tuvieron el matiz propio del servicio público ‘*strictu sensu*’, es decir, más que actividades que debieran encuadrarse dentro de la noción de servicio público, un sector importante de la doctrina jurídico-administrativa los enmarcaba dentro del concepto de servicios sociales...” (BM/BID, 2000: 15). Además, para algunos autores, la vinculación entre los destinatarios del paquete básico -la población excluida y focalizada-, y el estatus de “beneficiario” otorgado a esta población meta, dio pie a redefinir a la política de extensión de cobertura como un fondo social de segunda generación (Miranda y Arriola, 2006: 213) a partir de la constatación de que los programas de extensión de cobertura institucional cumplían con cuatro requisitos propios de este tipo de programas: focalización, participación, descentralización y privatización. (Jusidman, 1998: 172-174; Bustelo e Isuani, 1990).

Finalmente, esta forma de extender la cobertura institucional rompió con la orientación universal otrora promulgada por los gobiernos militares y civiles, aunque dentro de ésta se había hecho hincapié en la población más vulnerable y justificado estas acciones como “pago de la deuda” histórica con la población que el país reconoció tener durante décadas, especialmente la población rural. Los documentos oficiales orientaron las políticas sociales hacia atender las necesidad de “los grupos poblacionales más pobres, excluidos, con mayor énfasis en las mujeres, los niños y los pueblos indígenas” (GdG 2001: 6, 21; GdG 2000: 6; MSPAS, 2001b: 3-4) de acuerdo con las condiciones de los préstamos otorgados por el Banco Interamericano de Desarrollo. Además, en todos los gobiernos del período estudiado, el objetivo central del Ministerio de Salud fue aumentar la cobertura institucional con una clara focalización hacia “los grupos poblacionales más pobres y excluidos” (GDG 2000: 6; MSPAS, 1991: 3-4). Dicha focalización tuvo implicaciones financieras que fluctuaron entre una disfrazada recuperación de costos y la gratuidad decretada, dado que se abrió legalmente la posibilidad de realizar el cobro en los servicios públicos de salud bajo la forma de “contribuciones en especie o monetarias para algunos procedimientos como la toma de muestras de Papanicolaou o para la limpieza de los centros de convergencia” (Miranda y Arriola, 2006: 223, 238; Miranda y Arriola, 2003: 116-117; CRG 2001: 4).

Falta agregar que las implicaciones de haber propiciado el gasto familiar como el principal agente financiero de la salud ha provocado la reducción del gasto en alimentos, abrigo, ahorro y actividades de ocio. Si se considera que la mitad de la población está en situación de pobreza (PNUD, 2005: 75), las consecuencias parecen haber generado un círculo vicioso: la estrategia adoptada para atender a la población rural pobre fueron los paquetes básicos, pero los criterios utilizados para definir dichos paquetes conjugaron lo financiero (estimación de costos per cápita) con lo epidemiológico (estimaciones sobre un número de casos esperados) y con lo demográfico (proyecciones sobre diez mil habitantes en promedio) (Miranda y Arriola, 2004: 87; MSPAS s/f: 1-5).

En el discurso oficial, los servicios básicos que se prestaban a la población tenían un potencial de contribución a la integralidad y la equidad. Según Deman (1999: 106) se habían “definido y normado un conjunto de servicios básicos de salud con alta relación de

costo-efectividad que respondían al perfil epidemiológico de la población más necesitada”. El paquete básico diseñado contemplaba la atención a niños menores y mayores de 5 años, a mujeres y a la población en general, aunque en la realidad terminó siendo un programa materno-infantil que no cambió a lo largo de todos los gobiernos. Sin embargo, en su diseño, nunca se consideraron las diferencias epidemiológicas particulares de cada región, lo cual hubiera roto con la estandarización del paquete.

Los principales problemas con la implantación del paquete básico a lo largo del período 1996-2009 fueron ejecuciones diferenciadas, lo cual generó inequidades en el acceso a servicios de salud y provocó la aportación de fondos propios por parte de las entidades contratadas en forma de subsidios escondidos que no se contabilizan a pesar de contribuir a incrementar el gasto per cápita (Miranda y Arriola, 2006: 237; Verdugo, 2002: 23; Verdugo, 2005b [2000]: 23, 41).

3.6. De la atención universal a la atención focalizada desde el discurso oficial.

Desde el inicio de los gobiernos de la era neoliberal se definieron los sectores político y económico como al servicio de “las personas” que abren acceso a factores de una vida digna -entre ellos la salud- y aprovechan el apoyo “solidario” del sector privado, de las ONGs y de la participación directa de las comunidades para generar “condiciones mínimas” que contribuyen al desarrollo humano (RDG, 1996: 2). Es de notar que esta declaratoria de políticas remite a tres aspectos que no deben pasar desapercibidos, dadas las implicaciones que tuvieron tanto en la trayectoria de los programas focalizados de salud como en el tipo de prácticas de salud que influyeron y crearon diferenciaciones en la atención a la salud: 1) la concepción individual de la atención a la deuda social de salud; 2) la focalización del programa de extensión de cobertura, y 3) la instrumentalización de la participación comunitaria. El primer aspecto implicó que cada persona fuera vista como responsable por su propia salud, y que por consiguiente la tendría que comprar en el mercado cuando no podía acceder a ella por medio de los servicios públicos o contratados. El segundo aspecto fue la focalización de la atención básica hacia la población más pobre a través de un conjunto de servicios básicos con alta relación de costo-efectividad y sustentado en

estimaciones estandarizadas de costos *per cápita* calculados en función de la frecuencia de morbilidad, y asignados a poblaciones con base en censos demográficos (Deman, 1999; MSPAS/DGSIAS, s/f). Los padecimientos no incluidos en el paquete, es decir aquellos que implicaban gastos considerables para su atención, y cuyo resultado era bajo o incierto debían ser resueltos en el sector privado lucrativo. De esta manera, los no focalizados se vieron obligados a buscar servicios en otros niveles dentro de la misma red de servicios públicos, los cuales habían sido llevados intencionalmente al desgaste, bien por la corrupción y los insuficientes recursos, insumos y equipo, o bien por la presencia del sector privado, y en el contexto de una capacidad casi nula de reglamentación estatal de los servicios públicos o privados. En tercer lugar, se planteó generar “condiciones mínimas” de desarrollo humano a partir de una redefinición de los roles de los actores sectoriales. En primer lugar, la población fue redefinida como responsable de las actividades comunitarias del PEC, mientras que las organizaciones privadas no lucrativas pudieron participar en la administración de fondos públicos y la prestación de servicios de salud mediante la celebración de contratos-convenios con el Estado, y en algunos casos pudieron participar en la administración de hospitales mediante la figura de patronatos. El sector privado lucrativo, por su parte, participó de dos maneras: la primera, absorbiendo la demanda social que tuvo que salir de la red pública a raíz del establecimiento de paquetes básicos incompletos y del desgaste intencional de la red pública de servicios. La segunda fue vendiendo servicios de apoyo a las entidades públicas tales como pruebas de laboratorios o estudios de diagnóstico y tratamiento computadorizados (Miranda, 2005: 33, 54), o recibiendo subsidios para atender a pacientes del Ministerio de Salud¹⁰¹.

Lo particular de estas formas de participación privada es que, a excepción del programa de extensión de cobertura llevado a cabo por terceros, el Estado ha perdido gradualmente el escaso control que había tenido sobre los entes privados, principalmente debido a una mínima y débil reglamentación, la ausencia de sanciones y la corrupción a la que siguen siendo expuestos tales mecanismos, tanto durante estos mandatos últimos presidenciales como en los gobiernos anteriores a la reforma estatal.¹⁰²

¹⁰¹Informante Clave N° 35, 2010.

¹⁰²Informante Clave N° 35, 2010.

3.7. Los programas llamados prioritarios y los de facto priorizados.

En todos los gobiernos de la era neoliberal, el objetivo de las políticas –el combate a la pobreza- siempre tuvo una población meta clara: madre, niño y población postergada, pero con algunas diferencias de un gobierno a otro. Así, para los gobiernos de Arzú (1996-2000) y el de Berger (2004-2008), las poblaciones focalizadas como “pobres” fueron los destinatarios únicos de las políticas de salud pública, mientras se obligaban al resto de la población a comprar sus necesidades de salud en el mercado. El gobierno de Colóm (2008-2012), en cambio, acentuó la gratuidad y retomó la modalidad de los fondos sociales, como lo indicamos. La política seguida por el segundo gobierno, el de Portillo (2000-2004) presentó ciertos avances como la gratuidad de los servicios, el financiamiento público para el PEC pese al congelamiento de los préstamos internacionales, y la aplicación de un instrumento para habilitar, adjudicar, certificar y acreditar a las prestadoras y administradoras de servicios de salud contratadas.

En resumen, el giro en el modelo de atención sanitaria que se dio a partir de 1996¹⁰³ en la concepción, diseño y ejecución de las políticas de salud fue el que permitió una mayor participación privada en la ejecución, la focalización de la población objetivo, su correspondiente redefinición política y jurídica, y la instauración de paquetes básicos de atención. Este giro tuvo, como observamos, importantes implicaciones sobre la calidad de la atención sanitaria. Vimos también que los programas de salud se diferencian sustancialmente en términos de su financiamiento, la tecnología de la que disponen, el nivel de los salarios de sus recursos humanos, la prioridad que ocupan en la agenda ministerial y de la cooperación internacional, y los controles evaluativos a los cuales son sometidos, todo esto repercutiéndose en el diferente impacto que han logrado tener sobre el estado de salud de los grupos de población que han cubierto. Los programas no priorizados siguen careciendo de insumos y equipo, y son manejados por un personal institucional de baja competencia científico-técnica que opera en condiciones de precarización del trabajo. Además, buena parte de la sub-óptima atención institucional se debe a diferencias en los esquemas de concepción y tratamiento de la enfermedad y, por tanto, en la falta de

¹⁰³ Oficialmente el proceso de reforma se ha presentado como un producto de los Acuerdos de Paz firmado en 1996. Sin embargo, es bien sabido que dicho proceso había arrancado desde principios los noventa.

pertinencia de los servicios de salud ofrecidos (PNUD, 2005: 178-179). A ello han contribuido de manera casi permanente la baja asignación de fondos ¹⁰⁴a los programas (MSPAS, 2007b: 7) y la inadecuada ejecución presupuestaria (MSPAS, 2005c: 27)¹⁰⁵. Esto ha favorecido la prevalencia de dinámicas operativas centradas en la ‘feudalización’ de programas, y una franca dinámica político-clientelar concordante con cada cambio de gobierno. A ello ha contribuido el que las acciones de salud continúen siendo consideradas de facto de baja prioridad por las autoridades en turno y por la cooperación internacional. Desde la perspectiva de los trabajadores prestadores de servicios de salud, esto se percibe como una imposición de formas programáticas que no consideran la realidad de la carga laboral del personal que labora en los servicios. De manera concomitante, el personal de salud local se enfrenta con algunos problemas de carácter político que surgen entre autoridades locales, y que se traducen por discrepancias jurisdiccionales en torno a los servicios sociales –entre ellos los de la salud- por la falta de coordinación interinstitucional, y por la distorsiones en la información y comunicación entre población y prestadores de servicios (Miranda, 2006; Miranda, Solís y de Rodríguez, 2006: 26, 36, 41-45, 47-48, 52; Rabanales, s/f: 11-16).

3.8. Los presupuestos de la salud en el período 1996-2008.

El período 1999-2007 muestra cambios en el gasto total en salud *per cápita* (Cuadro 3.20). Mientras que para el año 1996 fue de US\$78.18, para el año 2007 se incrementó hasta los US\$171.52. (MSPAS, 2007: 46-47; MSPAS, 2005: 41)

¹⁰⁴De 1999 a 2003 el presupuesto del Ministerio de Salud se incrementó apenas un 1% (de 7.3% a 8.3%) del presupuesto total del gobierno (MSPAS, 2005c: 27).

¹⁰⁵ En el período de 1999 a 2005 el presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud no alcanzó el 1% del PIB. El mejor año fue el 2001 con 0.94% y el peor el 2005 con 0.76% (MSPAS, 2007b: 7).

Cuadro 3. 20.
Gasto total de salud per cápita en Guatemala, 1999-2007.

Años	Gasto total en salud per cápita (en Quetzales).	Tipo de cambio compra promedio ponderado (quetzales por US\$)	Per cápita (en US\$)
1999	576.7	7.37	78.18
2000	727.3	7.75	93.81
2001	772.9	7.85	98.41
2002	850.9	7.81	108.94
2003	925.7	7.92	116.82
2004	922.9	7.92	116.42
2005	988.9	7.62	129.76
2006	1,203.5	7.59	158.49
2007	1,314.5	7.66	171.52*

Fuente: Castro Sosa Víctor Manuel, 2010; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2007b.

(*) Para 2007 Costa Rica tuvo un gasto total de salud *per cápita* de US\$524 dólares; El Salvador de US\$207; Honduras de US\$106; Nicaragua, de US\$93; Belice de US\$193; y México de US\$555, (<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP> , última revisión 091111).

Ahora bien, aunque el gasto en salud *per cápita* se incrementó a lo largo del período 1999-2007, es importante señalar la manera en cómo la estructura del gasto total de salud ha dependido del gasto de bolsillo (Cuadro 3.21):

Cuadro 3. 21.
Estructura del gasto total de salud por fuente de financiamiento, Guatemala 1995-2007 (%).

Años	Recursos Públicos	Hogares	Empleadores	Recursos Privados	Resto del Mundo	total
1995-2007	20%	66.7%	10.9%	77.6%	2.3%	100%

Fuente: Castro Sosa Víctor Manuel, 2010; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2007.

En otras palabras, casi 68 centavos de un dólar gastado en salud, provienen directamente del bolsillo de las familias. La mayor parte de este gasto de bolsillo se destina a la compra de medicamentos, al pago directo por la consulta al médico, al pago por exámenes complementarios y al pago por servicios de hospitalización. Sin embargo, hay

diferencias entre este tipo de gasto cuando se hace al nivel urbano o rural, pues, mientras que en el área urbana el 83% del gasto de bolsillo cubre estos cuatro rubros, al nivel rural el 72.67% del gasto de bolsillo se utiliza solamente para la compra de medicamentos (Castro, 2010: 56; MSPAS, 2005c: 41, 69).

El presupuesto del Ministerio de Salud jamás ha superado el 1% del PIB, a excepción de los años 1999 y 2001. Esto indica la baja prioridad de la salud en la agenda de los gobiernos del período post-conflicto armado. El promedio del presupuesto de salud ejecutado real en el período 1985-1995 hubo alcanzado 1.05% del PIB, lo cual es modesto, pero algo mejor que lo que siguió. En todo caso, a lo largo de la historia sanitaria del país, los montos asignados a la salud han girado siempre alrededor del 1.0% del PIB. (Cuadro 3.22).

Cuadro 3. 22.
Presupuesto ejecutado real del Ministerio de Salud con respecto del PIB
(US\$ y %) 1996-2008

Año	Presupuestos (en US\$)		
	Devengado real	PIB real	Ejecutado real respecto del PIB (%)
1996	11,832,672.33	1,593,850,280.55	0.74%
1997	11,089,652.46	1,669,081,698.57	0.66%
1998	14,307,968.15	1,661,902,738.90	0.86%
1999	14,941,434.00	1,494,083,122.70	1.00%
2000	13,776,941.94	1,472,561,438.29	0.94%
2001	15,427,644.49	1,489,161,757.30	1.04%
2002	14,772,592.91	1,555,183,018.28	0.95%
2003	15,262,912.48	1,571,888,883.56	0.97%
2004	14,166,811.01	1,620,729,692.20	0.87%
2005	15,575,521.24	1,740,769,591.00	0.89%
2006	17,916,089.19	1,841,212,417.05	0.97%
2007	18,915,312.78	1,938,745,840.08	0.98%
2008	18,656,221.50	2,047,764,011.62	0.91%

Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010.

En los gobiernos de la era neoliberal de 1996-2008, el deterioro físico y funcional ha sido constante. A lo largo de ese período, mientras que el gasto de pago de nóminas

mostró incrementos, el gasto de inversión decayó sustancialmente Durante el período 1996-2000 el gasto en inversión real se redujo en poco más del 21%. En el segundo gobierno post-conflicto armado (2000-2004) el gasto en inversión estuvo entre 0.2% y 1.8%. En el gobierno que siguió, las inversiones se incrementaron entre 3% y 5%, probablemente por los desembolsos de la segunda fase del préstamo del BID para la reforma y la transformación funcional del segundo nivel de atención. El último gobierno tampoco mostró, en su primer año de gobierno, mejores asignaciones a la inversión en salud. (Cuadro 3.23).

Cuadro 3. 23.
Evolución del gasto de inversión en infraestructura con relación al de funcionamiento (nómina, insumos, equipo) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, 1996-2008
(enUS\$)

Año	Tipo de Cambio Ponderado anual (Q/USD)	GastoFuncionamiento	Gasto Inversión	Gasto F+I	Deflactor (1980)	Gasto FR+IR Real	GastoFuncionamiento Real	(%)	Gasto Inversión Real	(%)
1996	6.08	81,427,919	22,221,140	103,649,059	8.76	11,832,084	9,295,425	78.6	2,536,660	21.4
1997	6.06	105,199,263	28,516,292	133,715,555	9.49	14,090,153	11,085,275	78.7	3,004,878	21.3
1998	6.39	148,496,559	266,744	148,763,303	10.4	14,304,164	14,278,515	99.8	25,648	0.2
1999	7.38	162,360,519	988,401	163,348,920	10.93	14,945,006	14,854,576	99.4	90,430	0.6
2000	7.75	158,921,562	386,453	159,308,015	11.69	13,627,717	13,594,659	99.8	33,058	0.2
2001	7.85	190,792,353	3,070,349	193,862,702	12.57	15,422,649	15,178,389	98.4	244,260	1.6
2002	7.81	194,304,854	3,298,855	197,603,709	13.38	14,768,588	14,522,037	98.3	246,551	1.7
2003	7.92	207,871,993	3,762,414	211,634,407	13.97	15,149,206	14,879,885	98.2	269,321	1.8
2004	7.93	208,008,965	1,964,801	209,973,766	14.82	14,168,270	14,035,693	99.1	132,578	0.9
2005	7.62	233,479,047	10,381,330	243,860,378	15.66	15,572,182	14,909,262	95.7	662,920	4.3
2006	7.59	279,294,307	15,219,625	294,513,931	16.44	17,914,473	16,988,705	94.8	925,768	5.2
2007	7.66	319,543,248	12,892,886	332,436,135	17.57	18,920,668	18,186,867	96.1	733,801	3.9
2008	7.55	344,691,559	10,970,129	355,661,688	19.06	18,660,110	18,084,552	96.9	575,558	3.1

Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010.

Conclusiones

En este capítulo, he señalado la situación de la salud en el país y las principales características de las políticas de salud a lo largo del período 1996-2009. También señalé la correspondencia ideológica y gerencial de estas políticas con los lineamientos de la reforma estatal impulsada principalmente por el BID, los cuales han coincidido con el llamado Consenso de Washington. Para legitimar la adopción de tales lineamientos de orden político, los gobiernos generaron transformaciones jurídicas con amplias implicaciones en lo administrativo, organizacional, e institucional. A partir de entonces, los gobiernos que siguieron de estas reformas hicieron pocos cambios en materia regulatoria, centrándose principalmente en realizar algunos cambios de orden normativo-operativos para mejorar la eficiencia administrativa en la ejecución de las políticas de salud. Con estas transformaciones institucionales se dio paso a legalizar una nueva forma de estructurar tanto los espacios de salud donde se entregan de los servicios como las prácticas de salud entre usuarios y trabajadores de la salud.

Es importante señalar, además, que a partir de 1996, el código de salud guatemalteco define formalmente la existencia de un sector (no de un sistema de salud), definido como “el conjunto de organismos e instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipales, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, cuya competencia u objeto es la administración de acciones de salud, incluyendo los que se dediquen a la investigación, la educación, la formación y la capacitación del recurso humano en materia de salud y la educación en salud a nivel de la comunidad” (CRG, 2001: 5). De esta definición podemos señalar que se reconoce explícitamente la presencia y operación de un conjunto de entidades autónomas que gozan de discrecionalidad para formular sus propias políticas y programas de salud, y seleccionar sus áreas de influencia y poblaciones meta. Esto implica que dicho conjunto no opera como un sistema, lo cual tendría una lógica de conjunto. Esto no es algo imputable a los procesos de reforma estatal, pues, desde inicios de los años ochenta ya se señalaba la falta de operatividad sistémica de las instituciones y acciones

sectoriales. La reglamentación del sector salud que vino a apoyar las reformas que hemos analizado está desglosada en el Anexo 14 del Apéndice¹⁰⁶.

¹⁰⁶La primera sección de dicho anexo cubre los cambios en la rectoría y la reorganización estructural-funcional del Ministerio de Salud en función de una nueva articulación con el mercado y la sociedad. Seguidamente, se abordan los cambios regulatorios relacionados con la forma de financiar los servicios privados contratados para extender la cobertura rural. La segunda sección aborda los cambios normativo-operativos más importantes realizados a lo largo del período de los gobiernos de la era neoliberal.

Capítulo IV

El sector de la salud en Guatemala

En el capítulo anterior, hemos señalado la existencia del “sector salud”, pero no la de un ‘sistema’. A pesar de su dinámica fragmentada y cobertura segmentada en varios subsectores, destaca, como lo indican los textos oficiales, “la posibilidad y compromiso, común a todos, de tener competencia en la participación sobre la administración de acciones de salud, incluyendo las que se dediquen a la investigación, la educación, la formación y la capacitación del recurso humano en materia de salud y la educación en salud a nivel de la comunidad.” (CRG, 1997b: 5). Quienes configuran el sector salud son:

- 1) “El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que formalmente tiene a su cargo la conducción, reglamentación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional, así como la responsabilidad de formular, organizar, dirigir la ejecutoria de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población” (CRG, 1997b: 5-6).
- 2) El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que desarrolla acciones de salud dentro del régimen de seguridad social del país, y se ha constituido en el principal compensador social, económico y político del país (IGSS, 2007: 14; IGSS, 2006: 14) en el sentido de participar de manera importante en el presupuesto de salud del gobierno(12.5%), formar profesionales de post-grado, absorber laboralmente a una parte importante del mercado profesional-técnico de salud, participar en el mercado financiero mediante inversiones de capital, invertir y gastar en la salud de sus afiliados con subsidios, atención médica y hospitalaria, atender a jubilados del Estado y pensionados, etc. Su objetivo final consiste en proteger a toda la población vinculada al sector formal de la economía del país sobre la base de una contribución proporcional a sus ingresos, y distribuir beneficios a cada contribuyente y a sus familiares dependientes (IGSS, 1997: 1).

- 3) Las entidades privadas (organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias y agencias de cooperación) que participan coordinadamente con las instituciones públicas del sector, ejecutando programas y prestando servicios, actuando sobre el ambiente y favoreciendo el desarrollo comunitario, usualmente de acuerdo con las políticas estatales, los reglamentos y las normas oficiales.
- 4) Las municipalidades que participan (o pueden participar) en la administración parcial o total de la prestación de servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones.
- 5) Las universidades y otras instituciones formadoras de recursos humanos que promueven de manera coordinada con los organismos del Estado e instituciones del sector la formación y capacitación de recursos humanos en los niveles profesionales y técnicos., Son, además, la principal fuente de formación del personal técnico y profesional que labora en el sector privado.
- 6) Los colegios profesionales relacionados con la salud que reglamentan el ejercicio de la profesión médica (MSPAS, 1997b: 3).

Este capítulo aborda las principales características de las dos instituciones públicas más importantes de salud en Guatemala -el Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco del Seguro social- además del conjunto de servicios médicos de salud privados lucrativos y no lucrativos. Por razones de interés de esta investigación daremos preferencia a la descripción del Ministerio de Salud.

4.1. Las principales instituciones públicas en Guatemala.

Para describir a cada una de las más importantes organizaciones del sector salud se recurrió al modelo de estructura de organización de Mintzberg (1993: 371-375) que distingue cinco elementos constitutivos: **a) el Ápice Estratégico** donde se ubica un administrador de tiempo completo responsable de vigilar la totalidad del sistema; **b) la Línea Intermedia** conformada por varios administradores o gerentes, que representan una jerarquía de autoridad entre el núcleo de operaciones y el ápice estratégico; **c) el Núcleo de Operaciones** que incluye a las personas que operan directamente en la fabricación de

bienes y /o la prestación de servicios; **d) la Tecno-estructura**, constituida por analistas, un *Staff* de personas quienes planean y controlan de manera formal el trabajo de otros; y **e) las Unidades de Apoyo Administrativo** encargadas de suministrar “todo tipo” de servicios internos complementarios a las actividades que se desarrollan dentro de la organización.

Seguidamente, se caracteriza a cada una de las entidades públicas y al conjunto de entidades privadas a partir del concepto de calidad de la atención¹⁰⁷, aun cuando éste concepto sea algo que se define a partir de los valores y metas vigentes en un sistema de salud. (Donabedian, 1992: 382).

4.1.1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

El Ministerio de Salud, rector ex principio del sector salud, ve su orientación redefinida cada cuatro años presentando cada vez el discurso oficial que insiste en consolidar su ejercicio de rectoría del sector salud, consistiendo en (re)orientar los recursos presupuestarios institucionales para atender a la población de mayor riesgo biológico y social, facilitar la participación de la comunidad, vincularse con el sector privado en la gestión y prestación de servicios, continuar con la descentralización administrativa y financiera, mejorando el sistema de información y la fiscalización social, y haciendo más eficiente el rendimiento y la productividad del nivel ejecutor. Entre sus principales funciones están formular políticas nacionales de salud, coordinar las acciones interinstitucionales en salud, reglamentar y evaluar los programas y servicios, vigilar el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales de salud, prestar servicios de salud pública, y coordinar la cooperación técnica y financiera internacional y de las ONGs. Además, siguiendo las directivas del BID, el Ministerio de Salud ha de favorecer la desconcentración y descentralización de los procesos técnico-administrativos, del financiamiento y de los recursos humanos, y avanzar en los mecanismos de desconcentración administrativa de la atención de salud, haciendo partícipe al sector

¹⁰⁷Por calidad de la atención se entiende la atención médica que reúne a) una calidad científico-técnica o competencia profesional por parte de los funcionarios que prestan el servicio, b) una efectividad o mejora en el nivel de salud de la población a raíz de la atención dispensada por dicho personal bajo condiciones óptimas de trabajo, c) la satisfacción o aceptabilidad de la atención que satisface una expectativa declarada o demandada, y d) una facilidad de accesibilidad valorada desde tres dimensiones: geográfica, económica y cultural (Corbella y Saturno: 1990: 398).

privado, todo esto dentro del contexto del proceso de modernización del Estado (BID, 2003a).

El **Ápice Estratégico** lo constituye el Despacho Ministerial quien se constituye en la autoridad administrativa superior. Está integrado por el Ministro y tres Viceministros (Técnico, de Hospitales y Financiero). El Despacho se define como el nivel rector de las políticas de salud y asistencia social y conductor de las acciones e instituciones de salud, coordinador de las acciones intersectoriales, de la descentralización y/o desconcentración de las funciones o procesos técnico administrativos, y gestor de la provisión de recursos financieros ante el gabinete de gobierno. Además, tiene por misión propiciar la búsqueda, negociación y obtención de recursos técnicos y financieros con las distintas agencias de cooperación nacional e internacional, y promover la participación social en el desarrollo de las acciones de salud.

La **Línea Intermedia** del Ministerio está constituida por las Direcciones Generales, la Gerencia Financiera y el Centro Nacional de Epidemiología. Éstas son dependencias técnico-administrativas encargadas de normar, dirigir, supervisar, monitorear y evaluar los programas y servicios ejecutados por los distintos establecimientos institucionales y comunitarios. Los Directores Generales participan en la formulación de las políticas nacionales de salud y en el establecimiento de prioridades programáticas; establecen mecanismos para la participación activa de la comunidad en la administración de los programas y servicios de salud en función del nuevo modelo de prestación de servicios; y aprueban las normas y procedimientos técnico-administrativos vinculados al desarrollo de los programas y servicios elaborados por cada una de sus dependencias.

La Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud es la encargada de elaborar las normas técnicas de los programas relacionados con la atención a las personas, el ambiente y los sistemas de apoyo. Esta dependencia desarrolla, además, las normas técnicas para la vigilancia, control, supervisión y evaluación de los programas, y dicta los lineamientos para el registro, la acreditación y la autorización de los servicios de salud. Está conformada por el Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas, el Departamento de Regulación de los programas de Salud y Ambiente, el Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud, el

Departamento de Regulación y Control de alimentos, productos farmacéuticos y afines, y el Laboratorio Nacional de Salud.

La Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud es la responsable de dirigir y conducir el proceso de organización y desarrollo de los servicios de salud, de articular funcionalmente los distintos establecimientos que conforma la red de servicios públicos y privados, y asegurar la aplicación normativa institucional. Es el vínculo entre el Nivel Central y el Nivel Ejecutor. De esta Dirección dependen técnica y administrativamente las Direcciones de Área de Salud, las cuales están conformadas por el Departamento de Desarrollo de los Servicios de Salud, el Departamento de Epidemiología, y el Departamento de Educación y Comunicación en Salud.

La Dirección General de Recursos Humanos en Salud diseña, implanta, monitorea y evalúa las políticas de desarrollo de recursos humanos en salud y es responsable de la formación, capacitación y administración de los mismos en función de las necesidades del Sistema de Atención Integral en Salud (SIAS). Esta dirección está conformada por el Departamento de Formación de Recursos Humanos en Salud y el Departamento de Administración de Personal.

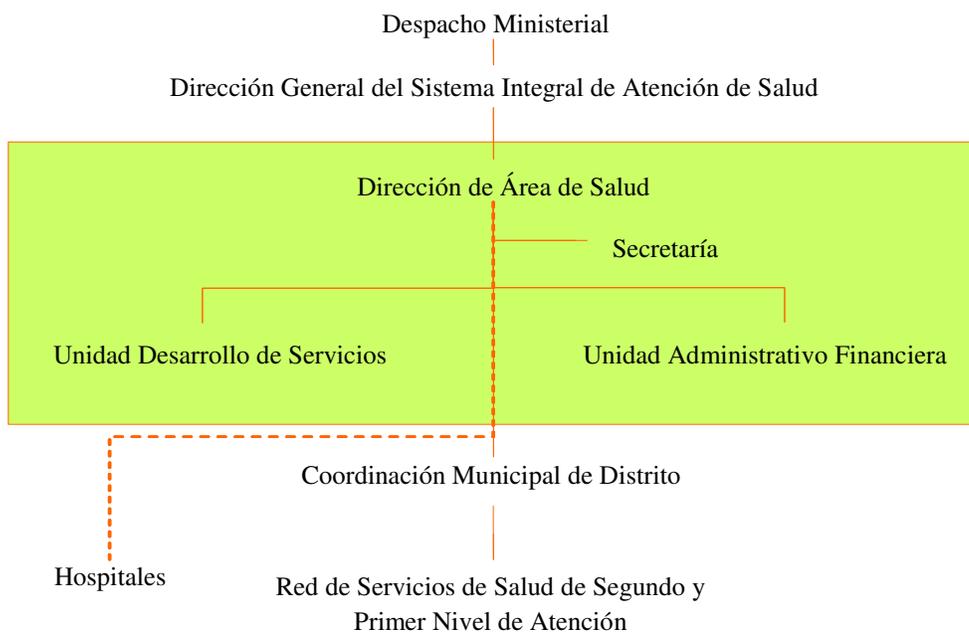
La Gerencia General Administrativo-Financiera es la responsable de la implantación del sistema contable integrado y la aplicación de normas financieras, económicas y de gestión sobre las operaciones que realizan las distintas dependencias del Ministerio de Salud. Participa en la preparación del proyecto de presupuesto general de ingresos y egresos del Estado en el ramo salud, y desarrolla y controla los procesos técnico-administrativos vinculados con todas aquellas tareas que garanticen un eficiente y transparente manejo de los recursos institucionales. Está integrada por el Departamento Financiero, el Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento, y el Departamento Administrativo.

El Centro Nacional de epidemiología (CNE) aporta los fundamentos epidemiológicos que orientan las políticas en salud pública a través de la Red Nacional de Epidemiología que vigila, investiga, analiza, establece lineamientos y evalúa los

determinantes del proceso salud enfermedad y las respuestas organizadas, con el fin de mejorar la calidad de vida y salud de la población¹⁰⁸.

El **Núcleo de Operaciones** está integrado por las Direcciones del Área de Salud (DAS) y la red de servicios del tercer, segundo y primer nivel. Estas Direcciones son el nivel gerencial que dirige, coordina y articula la red de servicios de salud en el territorio, además de interpretar y aplicar las políticas contenidas en el Plan Nacional de Salud, y desarrollar los procesos del ciclo administrativo en los establecimientos públicos que conforman la red de servicios. La DAS está subordinada jerárquicamente a la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (DGSIAS) y es, además, responsable de la gerencia de los Distritos Municipales de Salud que administrativamente integran un área de salud (Gráfica 4.1.)

Gráfica 4. 1.
Esquema organizativo de las Direcciones de Áreas de Salud



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Unidad de Desarrollo de Direcciones de Área de Salud, 2005.

¹⁰⁸ <http://200.30.174.93/principal.htm>, última revisión 23 de abril de 2010.

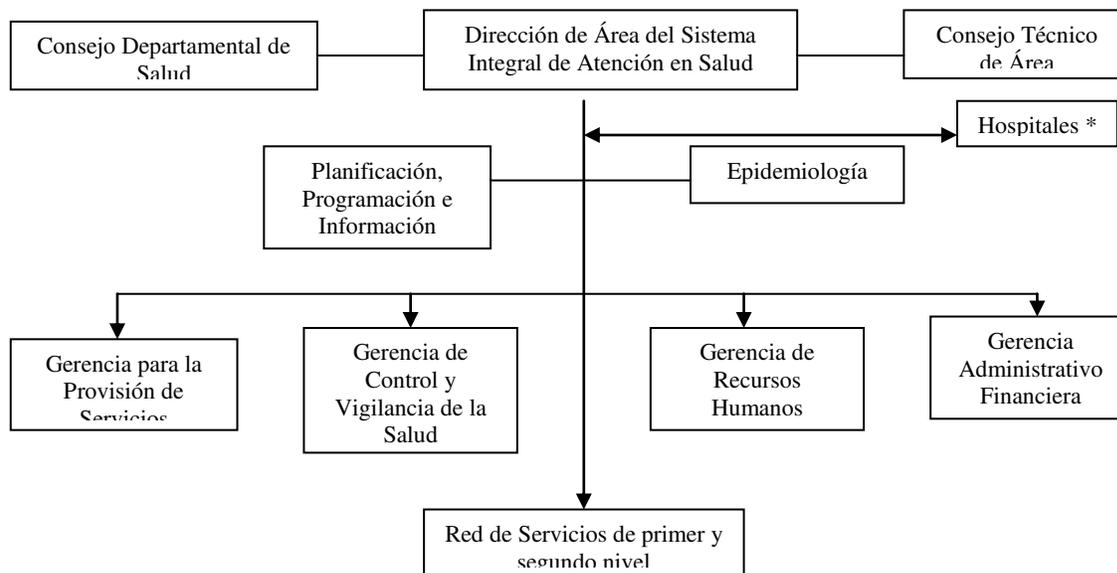
Entre 2004 y 2005, se dio un viraje en la estructura y funciones de las DAS(MSPAS/UDDAS, 2005: 3, 20), basado en la política de desconcentración financiera, administrativa, y de recursos humanos. Las tradicionales Direcciones de Área de Salud se habrían de convertir en las nuevas “Direcciones de Área del Sistema integral de Atención en Salud”, teniendo la capacidad al nivel local de ejercer la rectoría del sector, es decir, planificar, programar, conducir, dirigir, coordinar, supervisar, monitorear y evaluar las acciones de salud de la red de establecimientos bajo su cargo (centros y puestos de salud, y centros de convergencia), en su jurisdicción territorial, y sobre su base poblacional, su perfil epidemiológico, y sus características lingüísticas y culturales, en vez de funcionar como simples jefaturas departamentales de administración de personal y de intendencia (Gráfica 4.2.).

Sólo falta señalar que, al igual que con la diversificación del segundo nivel que no ha sido reconocida por la Oficina Nacional de Servicio Civil (ONSEC), esta nueva modalidad administrativo-funcional de las áreas de salud no ha sido reconocida. Por esta razón, la Dirección Técnica del Presupuesto¹⁰⁹(DTP) sigue categorizando a las áreas de salud bajo el anterior código presupuestario, lo cual ha generado discrepancias entre el diseño, el nuevas Direcciones de Área financiamiento y la operación.

¹⁰⁹La Dirección Técnica del Presupuesto es una unidad del Ministerio de Finanzas Públicas responsable de definir y proponer las bases cuantitativas para la formulación del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado, dictar las normas presupuestarias para los procesos de formulación, ejecución y evaluación de los Organismos del Estado y entidades descentralizadas, velar por la aplicación y actualización de los Manuales de Clasificaciones Presupuestarias del Sector Público de Guatemala, de modificaciones Presupuestarias, de Programación de la Ejecución Presupuestaria, de Administración de Fideicomisos de la Administración Central(CRG, 2000: 8.).

Gráfica 4. 2.

Esquema de estructura organizacional de las nuevas Direcciones de Áreas de Salud, Guatemala, 2005.



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Unidad de Desarrollo de Direcciones de Área de Salud, 2005.

(*) Los hospitales sólo se coordinan funcionalmente con la DAS, pues, jerárquicamente responden directamente al Vice-ministerio de Hospitales.

La red de servicios de salud (MSPAS/DGRH, 2009a: s. n. p.; MSPAS, 2005: 19; PDR, 1991: 198) está organizada en tres niveles de atención según la complejidad de sus servicios, cada uno con una capacidad resolutoria diferenciada que, en principio, le permite abordar los diferentes problemas de salud de la población: a) el primer nivel de atención en salud, constituido por el Centro Comunitario de Salud, el Puesto de Salud y los Centros de Convergencia; b) el segundo nivel de atención en salud configurado por los Centros de Salud tipos A y B, los Centros de Atención Materno-Infantil (o Maternidades Cantonales), las clínicas Periféricas con Centro de Urgencias de 24 horas¹¹⁰, los Hospitales Generales distritales y de área; y c) el tercer nivel de atención en salud, constituido por los Hospitales Regionales, Nacionales y Especializados de Referencia Nacional. El panorama de la red de servicios ministeriales se ha ido transformando a lo largo del período de estudio (Cuadro 4.1.).

¹¹⁰ Esta clasificación sufrió modificaciones sustanciales durante el período 2004-2008.

Cuadro 4. 1.
Distribución de la red de servicios de salud del Ministerio de Salud, 1996-2009.

Tipo de infraestructura	Gobiernos Civiles, 1996-2009			
	1996-1999	2000-2003	2004-2007	2008-
Hospitales	38 [^]	43 [^]	43 ^{''}	
Áreas de Salud		29	29	29 ¹
Centros de Salud (A y B)	282 [^]	288 [^]	242 ^{''}	249 ¹
Puestos de Salud (con enfermera auxiliar o TSR)	966 [^]	974 [^]	723 ^{''}	Nd
Centros de Convergencia	2,456 [^]	2,700 [^]	3,989 ^{''2}	Nd
Clínicas Periféricas	3 ^{''}	4 ^{''}	4 ^{''}	3 ¹
Maternidades cantonales	7 ^{''}	7 ^{''}	7 ^{''}	-
Centros de Urgencias	5 ^{''}	5 ^{''}	5 ^{''}	-
Centros de Atención Permanentes (CAP)	-	-	22 ^{''}	-
Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI)	-	-	4 ^{''}	-
Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios (CENAPA)	-	-	23 ^{''}	-
Centros Integrados	-	32 [^]	32 ²	-
Unidades Mínimas	-	300	300 ²	-

Fuente: Miranda, 2010.

([^])Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2005: 19, 20, 56.

(^{''})Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2007: 37, corresponde a 21 Centros de Salud tipo A (con encamamiento) y 221 Centros de Salud tipo B (sin encamamiento), (MSPAS, 2007: 37).

(¹)Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección General de Recursos Humanos, 2009: s. n. p. Son 27 centros de salud tipo A, y 222 centros tipo B.

(²)Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2005: 19. Las cifras reportadas en este informe sobre la red de servicios del Ministerio de Salud son: 1,244 centros de convergencia, 926 puestos de salud, 281 centros de salud (249 del tipo B y 32 del tipo A), 16 maternidades cantonales, 3 clínicas periféricas, 32 centros integrados, y 300 unidades mínimas; lo cual difiere del reporte presentado dos años más tarde (MSPAS, 2007).

El número de hospitales se ha incrementado de 35 a 43 de 1996 a 2007, mientras que el número de Centros de Salud tipo A muestra un decremento en el mismo período, pasando de 32 a 21 (MSPAS/DGRH, 2009: s. n. p.; MSPAS, 1993a: 17). Lo mismo ocurrió con los Centros de Salud tipo B, pero en un período más corto de tiempo, pues, se habían incrementado de 188 en 1991 a 249 en el 2005 para reducirse a 222 en 2007. La

explicación de tal reducción es la reconversión de algunos de estos centros a partir del período 2004-2008 (especialmente los de tipo B) en otros tipos de centros, como los Centros de Atención Permanente, los Centros de Atención a Pacientes Ambulatorios, y los Centros de Urgencias Médicas de 24 horas (Cuadro 4.2.) (MSPAS/UPSII, 2005: 6-8).

Cuadro 4. 2.
Reorganización funcional de la red de servicios del segundo nivel de atención del Ministerio de Salud Guatemala, 2005.

Clasificación oficial ¹	(Re)Clasificación operativa ²
Centro de Convergencia	Puesto de Salud
Puesto de Salud	Puesto de Salud Fortalecido (PSF)
Centro de Salud tipo B	Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios (CENAPA) con horario de 12 horas de lunes a viernes Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios (CENAPA) con horario 8 horas de lunes a domingos Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios (CENAPA) con horario de 12 horas de lunes a viernes y atención del fin de semana
Centro de Salud tipo A	Centro de Atención Médica Permanente (CAP)
Maternidades	Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI)
Clínicas Periféricas de especialidades	Centro de Atención de Urgencias Médicas (CUM)
Hospitales: Distrital Integrado, Departamental, Regional y Nacional de referencia.	Se Fortalecen y amplían su cartera de servicios, no cambian de categoría.

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Coordinación General de Áreas de Salud, 2007.

(1) Clasificación reconocida por la Oficina Nacional de Servicios Civil –ONSEC–.

(2) Clasificación operativa del Ministerio de Salud no reconocida por la ONSEC.

Como se mencionó, esta (re)organización funcional de la red de servicios del segundo nivel de atención no ha sido reconocida legal ni oficialmente por la Oficina Nacional de Servicio Civil (ONSEC). La intención del Ministerio de Salud fue ampliar la cobertura hacia la demanda de atención general y materno-infantil, ampliando los días, horarios, y el personal en número y calificación, la resolución quirúrgica de partos, y la atención a víctimas de la violencia común (MSPAS/UPSII, 2005: 4). Sin embargo, tal medida administrativa del segundo nivel ha generado nuevos y serios problemas presupuestarios en los centros de atención. Al no ser reconocida la nueva clasificación por parte de la ONSEC, éstos no han podido gozar de una partida presupuestaria propia,

debiendo funcionar con el presupuesto de las modalidades anteriores pese a la ampliación de sus funciones y de su personal.

La **Tecno-estructura** está integrada por las Dependencias de Apoyo Técnico que apoyan la gestión del Despacho Ministerial. El **Consejo Nacional de Salud** apoya, en principio, la formulación de planes, programas y políticas sectoriales, el seguimiento al desarrollo de las acciones sectoriales, y el proceso de evaluación periódica de los programas y proyectos. Sin embargo, en la realidad, este cuerpo no funciona. El **Consejo Técnico** es un órgano asesor del **Despacho Ministerial** que tiene como funciones apoyar la formulación y revisión de las políticas y programas de salud, la evaluación de la ejecución programática y presupuestaria institucional, el estudio de problemas de salud emergentes, y el desarrollo de planes de acción específicos.

La Unidad de Planificación Estratégica se encarga tanto del diseño y formulación de las políticas, planes y proyectos de salud como de su monitoreo y evaluación; participa en el desarrollo estratégico del modelo de prestación de servicios de salud; colabora en la gestión de la cooperación técnica nacional e internacional sobre la base de las necesidades y prioridades institucionales establecidas; y participa en el seguimiento de proyectos de cooperación técnica y financiera para la consecución de recursos en apoyo a los programas institucionales.

El **Sistema de Información Gerencial en Salud** participa en la detección de necesidades de información gerencial en los distintos niveles organizativos para la toma de decisiones; estima la eficiencia de la implementación programática y el impacto de las intervenciones en la salud de la población; desarrolla el sistema de información gerencial sobre la base del desarrollo de los subsistemas de administración de recursos humanos; y financieros, control de calidad, producción de servicios, evaluación de acceso, cobertura e impacto de las intervenciones sanitarias.

La **Asesoría Jurídica** asesora al **Despacho Ministerial** en todos los asuntos de carácter legal, elabora los proyectos de reglamento, acuerdos, órdenes, convenios u otros instrumentos legales, y revisar y emite dictámenes sobre otros instrumentos legales elaborados por las distintas dependencias del Ministerio de Salud. La **Auditoría Interna** es

responsable de fiscalizar las operaciones administrativas, financieras y contables, revisar los sistemas, procedimientos, registros y el manejo de fondos y bienes de todas las dependencias ministeriales que administren o recauden fondos de cualquier procedencia, y a todas las instituciones asistenciales y de otra índole, financiadas total o parcialmente con fondos públicos de la institución. Además, recomienda las normas y acciones para mejorar la administración financiera. Las **Asesorías Específicas** brindan asistencia técnica en áreas o procesos de apoyo a programas y proyectos institucionales.

El **Personal de Apoyo**, integrado por La **Secretaría Ejecutiva del Despacho Ministerial** revisa las resoluciones preparadas por las unidades técnicas, e integra y lleva el control y registro de los acuerdos, contratos y convenios administrativos celebrados por el Ministerio con entidades públicas o privadas. Sus miembros participan en las unidades de secretaría, cafetería, transportes, y biblioteca.

4.1.2. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

La Constitución Política de la República, en su artículo 100, establece que el Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación, y define su régimen como función pública, en forma nacional, unitaria y obligatoria. Contribuyen a su financiación y, por ende, tienen derecho a participar en su dirección y mejora progresiva, el Estado, los patrones y los trabajadores cubiertos por el régimen (CRG, 2001: 16-18).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), ahora insertado en el artículo 100 de la Constitución de la República, fue creado el 30 de octubre de 1946 dentro del marco de las transformaciones sociales gestadas durante los gobiernos de la Revolución de Octubre 1944-54. El IGSS, es una institución autónoma, de régimen nacional, unitario y obligatorio, de conformidad con el sistema de protección mínima¹¹¹, con personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, financiada por las contribuciones obligatorias del Estado, a pesar de que éste de facto no aporta contribuciones algunas a la cotización de los trabajadores y de los patrones. Es regido por la

¹¹¹ Ley Orgánica del IGSS en su Artículo 27,(CRG, 1946: 14-15).

Junta Directiva que cuenta con representación de los distintos sectores quienes nombran al Gerente y Sub-Gerentes. (CRG, 1946: 3-4).

De acuerdo con la ley orgánica del IGSS, todos los guatemaltecos y las guatemaltecas que participen en los procesos productivos como empleados formales están obligados a contribuir en forma proporcional a sus ingresos al sostenimiento del régimen de seguridad social, teniendo derecho a recibir beneficios para sí mismo y sus familias. En cuanto al seguro de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia(en adelante IVS) la cobertura es obligatoria para los trabajadores asalariados privados y los empleados públicos pagados con base a nómina..

La protección que proporciona el régimen consiste en las prestaciones de servicios, orientadas a proteger la salud de los afiliados y beneficiarios y la restauración de su capacidad de trabajo. El Instituto proporciona prestaciones en dinero a fin de contribuir a mantener la economía familiar mediante la reposición de la totalidad o parte del salario del trabajador incapacitado (IGSS, 1997: s. n. p.). El IGSS proporciona a sus afiliados población un mínimo de prestaciones básicas de seguridad social solidariamente financiadas y distribuidas en forma equitativa con relativa eficiencia y calidad, dejando un amplio campo para el estímulo de los esfuerzos individuales, para el desarrollo del ahorro, de la previsión y de las demás actividades realizadas por las instituciones del sector privado con las que debe establecer relaciones de coordinación, pero ejerciendo la rectoría¹¹². Esta institución es responsable de desarrollar acciones de salud dentro del régimen de seguridad social en el país, de acuerdo con sus propias leyes y reglamentos, por ejemplo con respecto a la coordinación con el Ministerio de Salud en materia de prevención y recuperación de la salud (CRG, 2001: 5). Además, protege a sus afiliados tanto mediante la prestación de servicios médicos curativos bajo el programa de enfermedad, maternidad y accidentes (en adelante EMA), como por el programa de pensiones por invalidez, vejez y sobrevivencia.

El Programa de Accidentes, creado en 1948-1949, presta asistencia a accidentes laborales y comunes ocurridos en todos los departamentos del país. El Programa de

¹¹²A partir del año 2,000 las cuotas de contribución al programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS) se modificaron. El empleador aporta el 3.7% y el empleado el 1.83%. Aunque al Estado le corresponde contribuir con el 25% sobre el total del monto anual de las prestaciones pagadas por el programa, nunca lo ha hecho.

Maternidad, creado en 1953, y el de Enfermedad (1968) estuvieron limitados hasta 1979 al departamento de Guatemala (donde se ubica la capital), a partir del cual se extendió a ocho departamentos más y al Departamento de Escuintla (costa sur) a partir de 1989, bajo una nueva modalidad de prestación de servicios. El Programa de IVS fue establecido en 1977, y tiene una cobertura nacional y obligatoria para todos los trabajadores asalariados. Son susceptibles de afiliación aquellas empresas con un mínimo de tres trabajadores en el departamento de Guatemala y de cinco en el resto del país.

El IGSS administra tres programas: a) Accidentes, que cubre a los afiliados en todo el país; b) Enfermedad y Maternidad presente en 19 de los 22 departamentos del país; y c) Invalidez, Vejez y Sobrevivencia con cobertura nacional (IGSS, 2007: 49). La institución utiliza un modelo mixto para la provisión de servicios de salud y prestaciones de dinero, y combina financiamiento público con gestión y provisión público-privada para la atención médica, contando con capacidad propia (infraestructura y personal) para la producción de servicios y la adquisición de bienes y servicios a oferentes públicos y privados (IGSS, 2007: 14), esto último, como parte de la reforma institucional (BID, 1999: 1, resumen ejecutivo; BID, 1995: 2, resumen ejecutivo).

El programa de Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA) cubre al sector de la economía formal (2,384,643 trabajadores¹¹³) que representa 25.94% de la PEA y 17.87% de la población del país¹¹⁴ (IGSS, 2007: 14-15, 49). Durante el período 1985-2008, la población cubierta por la seguridad social creció de 12.9% a 17.4%, excepto entre los años 2002 y 2005 cuando la cobertura se mantuvo por arriba del 18% (IGSS, 2008). En todo caso, esta cobertura es extremadamente baja en comparación con los demás países de América Latina.

La relación beneficiario/afiliado en 2007 fue de 1.22:1 (1,311,185/1,073,458). La cobertura de programas específicos no ha sido igual sobre todo el territorio nacional: el

¹¹³ Para el año 2007, el total de derechohabientes (2,384,643) estaba estructurado de la manera siguiente: 1,073,458 afiliados, 424,000 esposas o convivientes, 629,664 hijos menores de 5 años de edad, 7,426 pensionados por accidentes, 133,921 pensionados por IVS, 78,330 jubilados del Estado y 37,844 no afiliados (equivalentes a 1,311,185 beneficiarios), (IGSS, 2007: 15, 49).

¹¹⁴ Para el año 2006 representaron el 25.62% de la PEA y el 17.84% de la población del país (IGSS, 2006: 14). Otra fuente señala que la población cubierta por el IGSS asciende únicamente a un 4.0% de la población, lo cual supone una diferencia muy importante de la reportada por esta institución (PNUD, 2010).

82% de los afiliados se concentra en seis de los veintidós departamentos¹¹⁵ y, de ellos, el 60% vive en la ciudad capital (IGSS, 2007: 14-15, 47; OPS, 2007: 33; IGSS, 2002: 45).

El número de patrones activos alcanza el 90.5% (56,450) y se ubica principalmente en seis departamentos¹¹⁶ del país: el 60% de las empresas se encuentran en la capital (IGSS, 2007: 52). Durante el quinquenio 2003-2007, los principales sectores de actividad económica donde se ubican los cotizantes se comportaron de la manera siguiente: servicios con un leve crecimiento (40.57% a 42.91%), comercio con incremento ligero (16.85% a 19.78%), industria manufacturera con descenso leve (20.49% a 16.08%), agricultura y transporte-comunicaciones con estabilidad (15.21 a 14.09 y 3.24% a 3.26%), respectivamente (IGSS, 2007: 48). En los últimos doce años, la relación PEA/Afiliados¹¹⁷ (4.0/1.91) ha sido de 2 a 1 (IGSS, 2007: 49). Para el año 2007, el presupuesto ejecutado del IGSS representó el 12.52% del presupuesto nacional de salud (IGSS, 2007: 1-16).

Esta institución, al igual que el Ministerio de Salud, también fue objeto de los planes reformistas por parte del Banco Interamericano de Desarrollo orientados al fortalecimiento del proceso de contratación competitiva en la adquisición de servicios de salud y de modernización de la gestión financiera en el manejo de los riesgos de salud.(BID, 1999)

El **Ápice Estratégico** del IGSS está constituido por la Junta Directiva y la Gerencia. La primera es la autoridad suprema del Instituto a quien le corresponde orientar la dirección general de las actividades, así como el nombramiento del gerente y de los subgerentes¹¹⁸. Además, la Junta dicta los reglamentos y normas generales del Instituto. Está integrada por seis miembros propietarios y seis miembros suplentes, dos por cada una de las siguientes

¹¹⁵ Guatemala, Escuintla, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Izabal, San Marcos, (IGSS, 2007: 47).

¹¹⁶ Guatemala (61.7%), Escuintla (4.9%), Quetzaltenango (4.1%), Suchitepéquez (3.4%), Sacatepéquez (2.5%), San Marcos (2.5%), resto (20.9), (IGSS, 2007: 52).

¹¹⁷ Tasas medias de crecimiento anual: la PEA creció en 1,552,828 personas y los Afiliados en 217,862 (el 14% de la Población Económicamente Activa), (IGSS, 2007: 49).

¹¹⁸ Este hecho supuso recobrar la autonomía del instituto con respecto al Ejecutivo, a raíz de los desfalcos del que fue víctima a través de la creación de fideicomisos por parte de su gerente durante el gobierno de Alfonso Portillo (2000-2004). Dicha resolución fue dictaminada por la Corte de Constitucionalidad en 1993 y sancionada por el propio Congreso de la República de Guatemala en el año 2004 mediante el decreto 11-04 del 07 de mayo de 2004, (IGSS, 2007: 13;<http://www.congreso.gob.gt/archivos/decretos/2004/gtdcx11-04.pdf> última revisión el 25 de abril de 2010).

instituciones: la Presidencia de la República, la Junta Monetaria, el Consejo Superior de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, las Asociaciones o Sindicatos Patronales, y los Sindicatos de Trabajadores (CRG, 1946: 4; CRG, 2004: 1). La Gerencia es el órgano ejecutivo del Instituto, y tiene a su cargo la administración y gobierno del mismo. Ejecuta las decisiones que adopta la Junta Directiva sobre la dirección del Instituto, y está integrada por un Gerente y uno o más Subgerentes (CRG, 1946: 8).

La **Línea Intermedia** del IGSS está compuesta de seis gerencias: la Gerencia de Planificación y Desarrollo, la Gerencia Financiera, la Gerencia Administrativa, la Gerencia de Prestaciones Pecuniarias, la Gerencia de Prestaciones en Salud y la Gerencia de Integridad y Transparencia Administrativa. Finalmente, el **Núcleo de Operaciones** está integrado por la red de servicios del seguro social.

Para el desarrollo de su función de protección a la salud, el seguro social cuenta con una infraestructura que ha crecido poco. El incremento de la infraestructura en los años 2001-2007 ha consistido en un aumento en el número de los Consultorios (de 33 a 38) y de las Unidades Integrales (de 23 a 41), mientras que lo demás ha crecido poco o nada (Cuadro 4.3.) (IGSS, 2006; IGSS, 2003; IGSS, 2002; IGSS, 2001; IGSS, 2000).

Cuadro 4. 3.
Infraestructura del Seguro Social para brindar atención a la población afiliada y beneficiarios, Guatemala, 2001-2007.

Año	Tipo de establecimiento						
	Hospitales	Consultorios	Puestos de salud	Puestos de primeros auxilios	Unidades Asistenciales	Unidades integrales	Salas anexas
2001	23	33	9	8	2	-	3
2002	24	34	10	8	2	23	3
2003	24	34	10	8	2	59	3
2006	24	35	16	-	2	57	3
2007	24	38	11	11	-	41	3

Fuente: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2003: 19-23.

La **Tecno-estructura** está conformada por el Consejo Técnico que debe estar integrado por un grupo de asesores, de funciones consultivas, quienes, bajo su responsabilidad personal, deben sujetar su actuación a las normas científicas más estrictas y modernas que regulen sus respectivas especialidades. El funcionamiento del Consejo Técnico depende de puestos que requieren ser ocupados por expertos en las áreas de Actuariado, Estadística, Auditoría, Inversiones y administración médico-hospitalaria, quienes pueden tener también carácter de jefes de los respectivos departamentos administrativos. Existe, además, la posibilidad de que sus miembros puedan ser extranjeros mientras en el país no haya suficientes expertos que puedan llenar idóneamente los cargos respectivos (CRG, 1946: 11).

El **Personal de Apoyo** está constituido por departamentos y divisiones. Entre los primeros están los Departamentos de Informática, Servicios de Apoyo, Abastecimientos, y otros; entre los segundos están las Divisiones de Operaciones, de Inspección, de Transportes, de Mantenimiento, de Correspondencia y Archivo, y otras. (IGSS, 2007: 19)

Por su mismo carácter eminentemente asistencial, el IGSS suele representar el modelo de salud clínico curativo. Al régimen contribuyen todos los habitantes de Guatemala que participen como trabajadores en la producción de artículos o servicios mediante un régimen tributario directo. El régimen de seguridad social en el país no admite contribuyentes que presten servicios individuales o estén vinculados al mercado informal. Además, es un ente altamente centralizado, en el cual, a pesar de contar con un programa de regionalización, la mayoría de las decisiones siguen tomándose al nivel central en la ciudad capital (Cuadro 4.4.).

Cuadro 4. 4.
Características de los servicios de salud del Seguro Social, Guatemala, 2010.

Tipo de unidad	Tipos de actividades prestadas	Tipo de población cubierta	Información básica en términos de calidad
Seguridad Social (SS)	Curativos y preventivos limitados (accidentes, consulta general, maternidad, infantil, de pensiones.	Sólo la contribuyente asegurada y beneficiarios	Buena CC-T. AC geográfica restringida (pocos departamentos), AC económica (solo los asegurados), dudosa AC cultural (modelo hegemónico). Variable SU.

Fuente: modificado de Miranda, 2003.

4.1.3. La red de servicios privados de atención médica.

El Sector Privado de Salud suele albergar una gran diversidad de modalidades de atención dependiendo de si el prestatario trabaja o no con fines de lucro. Las orientaciones de las entidades individuales o institucionales lucrativas van desde quienes ofrecen un discurso de eficacia y calidad de atención hasta la búsqueda de la eficiencia y sustentabilidad como en el caso de los grandes hospitales y algunas empresas de seguros de salud. La mayoría de estas instituciones, sin embargo, ni siquiera se plantean estas cuestiones de carácter ético, y cuando aparecen, son parte de la publicidad. Tal es el caso de la mayoría de los consultorios médicos, los sanatorios y hasta las farmacias. En cuanto a las ONGs, la mayoría también siguen este patrón. En este sector se distinguen al menos dos visiones que guían el quehacer de estas entidades. Por un lado, aquellas ligadas a organizaciones lucrativas cuyo objetivo es incrementar la producción con miras a la ganancia económica, lograr la sustentabilidad y, en ocasiones, como el caso de los hospitales, expandirse mediante el crecimiento de la oferta por diversificación de servicios. Por el otro lado, aquellas instituciones ligadas a la asistencia social no se plantean más que el desarrollo de acciones “de apoyo” a las entidades públicas que ya vienen desarrollando sus servicios. Esto se aplica especialmente a aquellas organizaciones que desarrollan sus actividades en el área rural (ligadas a las iglesias y a la cooperación internacional), y que fueron sumamente importantes durante los años de represión estatal en el país (Miranda, 2003: 26-28).

Entre las unidades lucrativas, las principales figuras son los consultorios de médicos privados, los centros privados no hospitalarios, y los, centros privados hospitalarios (Cuadro 4.5.). Mientras que las entidades hospitalarias privadas lucrativas se organizan bajo estructuras complejas, altamente formalizadas y centralizadas, las no lucrativas se caracterizan por un bajo grado de complejidad. Son estructuras horizontales sencillas, con un organigrama que usualmente consiste en un director(a). No desarrollan grandes infraestructuras, y contratan formalmente poco personal. Su sistema de información es sencillo, aunque utilizan unos pocos instrumentos oficiales de recopilación y reporte de datos. Se definen como organizaciones “de apoyo y no de sustitución de los servicios del Ministerio”. En el caso de los consultorios médicos individuales, usualmente operan como negocios individuales (Miranda, 2002: 4-5).

El **Ápice Estratégico** en las instituciones lucrativas hospitalarias está representado por los médicos propietarios, o por una Junta Directiva que representan a los propietarios (o los accionarios) o a los socios (los usuarios), dependiendo de si se trata de una entidad única o si forma parte de una red internacional de servicios médicos. Los directores de los departamentos médicos ocupan la **Línea Intermedia**, mientras que el **Núcleo de Operaciones** está constituido tanto por médicos especialistas y sub-especialistas como por un cuerpo de personal paramédico. La **Tecno-estructura** es conformada por los departamentos de recursos humanos, jurídico y de administración. Finalmente, las **Unidades de Apoyo Administrativo** están integradas por personal de mantenimiento (tercerizado), transporte, y suministros (Miranda, 2002: 4-5).

Las organizaciones privadas no lucrativas ligadas a iglesias y las ONGs suelen estar representadas por clínicas y dispensarios parroquiales de iglesias, clínicas de ONGs, y clínicas de asociaciones comunitarias (Cuadro 4.6.). En estas entidades, el **Ápice Estratégico** suele estar ocupado por un(a) dirigente líder histórico(a) (en el caso de las iglesias) o por un representante (en el caso de las ONGs). La **Línea Intermedia** está ocupada por un pequeño grupo de profesionales y técnicos multifuncionales, mientras el **Núcleo de Operaciones** es configurado por una serie de personal, mayormente voluntario, ligado al trabajo pastoral en las medidas preventivas, y contratado en el caso del trabajo curativo. En las ONGs, el personal es contratado para tareas específicas de curación,

prevención o fortalecimiento institucional de servicios locales del Estado (centros, puestos o áreas de salud). La **Tecno-estructura** es, prácticamente, inexistente. Las **Unidades de Apoyo Administrativo** suelen limitarse a personal secretarial, logístico y de mantenimiento (Miranda, 2003: 26-28; Miranda, 2002: 7-9).

Cuadro 4. 5.
Características de servicios lucrativos, Guatemala, 2010.

Tipo de unidad	Tipos de actividades prestadas	Tipo de población cubierta	Información básica en términos de calidad
Consultorio individual privado lucrativo	Eminentemente asistencial clínica curativa. Alguna asistencia preventiva.	Con capacidad de pago.	Nivel variable y estructurado de la calidad científico-técnica de prestación de la atención clínica en tanto se da una diferenciación entre médicos generales, especialistas y sub-especialistas. La accesibilidad geográfica es fundamentalmente al nivel de la capital y cabeceras departamentales. La económica, aunque variable, significó hasta el 42% del presupuesto familiar (MSPAS/OPS, 2001). La cultural generalmente, como modelo subalterno suele estar ausente. La satisfacción del usuario suele ser mejor que la expresada hacia los servicios públicos.
Centros privados no hospitalarios lucrativos (Clínicas de especialistas)	Igual a la antes mencionada.	Con capacidad de pago.	Igual a la antes mencionada.
Centros privados hospitalarios lucrativos.	Eminentemente asistencial clínica curativa y de rehabilitación.	Con capacidad de pago.	Concentra la mayor cantidad de profesionales especialistas y sub-especialistas. Hay buen acceso geográfico, limitada acceso económico por su alto costo y una inadecuada accesibilidad cultural al ser eminentemente biológica y hegemónica. La satisfacción del usuario suele ser variable, generalmente valorada desde su cualidad subjetiva.

Fuente: modificado de Miranda, 2003.

Cuadro 4. 6.
Caracterización de los servicios no lucrativos, Guatemala, 2010.

Tipo de unidad	Tipos de actividades prestadas	Tipo de población cubierta	Información básica en términos de calidad
Centros privados no hospitalarios no lucrativos (clínicas médicas de ONG, clínicas parroquiales, y otras modalidades)	Asistencia curativa, preventiva y de promoción de la salud.	Sin capacidad de pago de servicios privados lucrativos. Pobres.	Calidad científico-técnica variable, atención principalmente ofrecida por médicos generales, auxiliares de enfermería o promotores de salud rurales. Buen acceso geográfico, por ubicarse al nivel local. Adecuada acceso económico (gratuita). Dudoso acceso cultural, suele reproducir el modelo biologista-hegemónico. La satisfacción del usuario suele ser bastante buena, especialmente en el área rural donde se tiene exclusividad del servicio.

Fuente: modificado de Miranda, 2003.

Cabe destacar que el modelo médico hegemónico no es exclusivo de la institucionalidad pública; también se encuentra presente en las organizaciones privadas no lucrativas que se dedican a la atención en salud a nivel comunitario. Pero además, en este tipo de organizaciones, también se pueden encontrar otros modelos de salud como el maya o el chino, y conocimientos y prácticas que son producto de la transacción entre todos estos modelos.

4.2. Modalidades de la mezcla público-privada durante el período 1996-2009.

A lo largo de todo el período de gobiernos de la era neoliberal, las formas y tendencias de la descentralización rompieron con el modelo de desarrollo económico y social centralizador que el Estado guatemalteco había mantenido a lo largo de su historia. Desde entonces, las políticas públicas han denotado una continuidad en los elementos constitutivos de las reformas estatales de corte neoliberal: la reducción de lo estatal tanto en lo funcional como en lo estructural, la racionalización del gasto público y la instauración de paquetes básicos o servicios mínimos para extender la cobertura institucional, la reorientación de las fuentes de financiamiento, y la recuperación de costos (salvo

excepciones), la tercerización del personal para la prestación de servicios, la instrumentalización de la participación social, la flexibilización (y por tanto precarización) laboral mediante contratos que evitan los pasivos laborales, y la ejecutoria de políticas y programas bajo techos presupuestarios. En otras palabras, la salud pública ha sido reorientada para conformarse a una racionalidad económica. Cabe señalar que para el caso de Guatemala ha habido una continuidad en la orientación de la participación de terceros en los asuntos de gobierno. Ese fomento de la mezcla público-privada había sido incorporado de manera explícita en los dos préstamos que el BID (1995; 1999) hizo al país para mejorar los servicios de salud. Fue posteriormente revalidado por esta misma institución para el conjunto de la región latinoamericana bajo el acápite “Estado, Mercado y Sociedad” (BID, 2003a) que proponía que el Estado interactuara con agentes económicos y sociales a fin de propiciar el mejoramiento en la focalización y gerencia de programas contra la pobreza, y fomentar “el establecimiento de fórmulas que generaran los mayores incentivos a la calidad, la eficiencia y la eficacia... y el recurso al mercado y a la sociedad civil (contrataciones, concesiones y tercerizaciones) para la producción y financiamiento de los servicios cuando se generen mejores resultados” (BID, 2003a: iii, 22). El BID propuso, además, “aumentar la responsabilidad social de la empresa” involucrando con mayor fuerza al sector privado como colaborador importante para promover, ayudar y financiar programas de inclusión social. Esto incluye esfuerzos por utilizar proveedores privados y de ONGs, según sea apropiado, para la entrega de servicios sociales (...)” (BID, 2003b: 21, 30-31).

A partir de 1997, el Ministerio de Salud introdujo un nuevo modelo de atención en salud denominado Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS). Para su sustentación se precisaron cambios jurídicos y administrativos acordes a las orientaciones y lineamientos neoliberales. Para 1997, el gobierno del PAN dio inicio a la Estrategia de Extensión de Cobertura mediante la cual estableció una relación contractual basada en convenios con ONGs para la prestación de servicios a comunidades desatendidas.

En el primer nivel de atención, en el que más empeño se puso, se previeron cambios en la forma de administrar los servicios de salud a la población. Aun manteniendo los puestos de salud, se dio paso a una nueva modalidad de prestación con médicos generales

provenientes de organizaciones privadas. Conocida también como el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), esta mezcla público-privada para la prestación de servicios permitió la participación de ONGs de diversos tipos para administrar fondos públicos y/o prestar un conjunto de servicios básicos¹¹⁹ a poblaciones que históricamente habían carecido de los mismos.

A lo largo del período 1999-2009, el número de ONG que han participado dentro del PEC ha mostrado variación, aun cuando el número de jurisdicciones geográfico-poblacionales ha ido incrementándose de manera sostenida (Cuadro 4.7.). Esto sugiere una tendencia a la estabilización en las relaciones contractuales, la generación de relaciones de confianza y el crecimiento sostenido de la cobertura de atención de salud, lo cual, en el último quinquenio, dio lugar a la conformación de la Coordinadora Nacional de Organizaciones de Extensión de Cobertura (CONEC), una red de prestadoras y administradoras contratadas por el Ministerio de Salud que se han constituido en un actor importante debido a la red política y social que han organizado.

¹¹⁹El Conjunto Básico de Servicios de Salud que no ha variado sustancialmente a lo largo de estos gobiernos contempla una serie de prestaciones de servicios agrupados en cuatro componentes que se interrelacionan entre sí para extender la cobertura de servicios básicos de salud en el nivel primario, basados en la prestación de servicios de salud definidos, simplificados y permanentes, prestados por personal de un equipo básico de salud, constituido por voluntarios, apoyados y supervisados por facilitadores comunitarios e institucionales: (1) **La atención integral a la mujer:** Embarazo, parto y puerperio, vacunación con toxoide tetánico, suplementación con ácido fólico y sulfato ferroso, orientación para el espaciamiento de embarazo y detección de cáncer cérvico-uterino y mama, (2) **La atención integral a la niñez:** Vacunación, control de enfermedades comunes: diarrea, infección respiratorias, , evaluación y atención nutricional de niños de 0-4 años, (3) **La atención a la demanda por morbilidad y urgencias:** Cólera, malaria, dengue, tuberculosis, enfermedades por transmisión sexual VIH /SIDA y otras según perfil epidemiológico local. Urgencias: fracturas, quemaduras, heridas, hemorragia, intoxicaciones y mordeduras de serpiente, y (4) **Atención ambiental:** Control de vectores, vacunación antirrábica canina y de felinos, promoción de la disposición sanitaria de excretas y basuras, vigilancia de la calidad de agua, higiene de los alimentos y mejoramiento de las condiciones sanitarias de la vivienda, (MSPAS 1997a: 7; MSPAS 1997b: 15).

Cuadro 4. 7.
Evolución del número de ONG que participan en el PEC, Guatemala,
1999-2009.

	Período (en años)										
	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09
Nº de ONG	75	91	99	91	86	95	79	85	83	85	80
Nº de convenios (o jurisdicciones*)	252	248	288	290	303	316	376	404	424	433	425

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, 2010.

(*) Cada jurisdicción debe tener, como promedio, 10,000 habitantes.

Pese a haber mejorado el acceso de la población rural a servicios de salud restringidos, algunos estudios realizados a lo largo de este período que han evaluado el PEC con estudios llevados a cabo por terceros contratados han insistido en señalar algunas de las principales limitaciones en cuanto a los procesos y resultados por mejorar la cobertura poblacional. Éstos estudios han señalado problemas financieros, incumplimientos en los resultados de cobertura convenidos, la participación de subsidios escondidos, la prioridad restrictiva del paquete básico dada a la atención materno-infantil, particularmente a vacunación, la precarización laboral y la pérdida de calidad del empleo, así como la insuficiencia de mecanismos adecuados para reglamentar, asegurar y sancionar la calidad de los servicios públicos y /o privados que se ofrecen, la escasa atención a características culturales, de género y regionales por parte del personal institucional, la oferta de servicios que no refleja las diversas concepciones de salud coexistentes en la población, la parcialidad en el proceso de selección de prestadoras ligada a vínculos partidarios. Todos estos factores, se argumenta, han comprometido la calidad del servicio (Macq et al., 2008; Miranda y Arriola, 2006; INS, 2003; Verdugo, 2005b [2000]). Sin embargo, pese a todo lo antes señalado, el sistema de contratación ha asegurado ciertos mínimos de calidad. El más estructurado fue el proceso de “Habilitación, Adjudicación, Certificación y Acreditación” (denominado HACyA), un instrumento normativo diseñado e implementado durante el período 2000-2004, pero eliminado durante el siguiente gobierno presuntamente a fin de reglamentar mejor a las Prestadoras y Administradoras de Servicios de Salud que

participaban en la Extensión de Cobertura con Servicios Básicos de Salud en el primer nivel de atención (MSPAS/DGSIAS 2000; MSPAS/DGSIAS 2002: diapositiva 38).

La conducción de este proceso de adjudicación, certificación y acreditación estuvo a cargo de diferentes figuras administrativas. Durante el gobierno de Arzú (1996-2000), fue responsabilidad de los Coordinadores de Extensión de Cobertura quienes se ubicaron en las áreas de salud como enlaces del PEC con el nivel central pero desligado administrativamente de las direcciones del área de salud con quienes generaron fricciones y descoordinación en los apoyos. Posteriormente, durante el gobierno del Frente Republicano Guatemalteco (2000-2004) fue creada la Unidad de Provisión de Servicios de Primer Nivel. Ésta unidad se creó al nivel central del Ministerio de Salud con el objetivo de “apoyar técnicamente al nivel operativo en la extensión de cobertura con Servicios Básicos de Salud en el primer nivel de atención” (MSPAS/DGSIAS, 2002: diapositiva 35; MSPAS/DGSIAS, 2000). También fue la encargada de llevar a cabo el control y la reglamentación de las prestadoras por medio del instrumento Habilitación, Adjudicación, Certificación y Acreditación (HACyA). Éste tuvo dos vertientes: una, monitorear los aspectos administrativo-financieros mediante indicadores contables, administrativos, financieros, y de ejecución presupuestaria, y la otra, monitorear la prestación de servicios de salud, utilizándolos indicadores de certificación de los convenios con prestadoras: a) de organización, b) de proceso de capacitación, y c) de prestación de servicios (MSPAS, 2000a).

Durante el período de gobierno 2004-2008 desapareció la Unidad de Provisión de Servicios de Primer Nivel, y dejó de utilizarse el instrumento de Habilitación, Adjudicación, Certificación y Acreditación (HACyA), volviéndose a centralizar, al igual que durante el periodo dominado por el PAN, en la figura de un funcionario contratado por la cooperación internacional y ubicado(a) en el Departamento de Desarrollo de Servicios de Salud del Ministerio de Salud. El gobierno del período 2008-2012 prácticamente ha seguido esta pauta sin cambios, de tal suerte que el proceso ha seguido siendo adscrito directamente al Ministerio.

Finalmente, el Programa de Extensión de Cobertura ha representado “el esfuerzo más significativo” de cobertura institucional emprendido por el Ministerio de Salud,

principalmente, para la población más alejada de los centros urbanos, más pobres y excluidos (MSPAS, 2007c: 3). El gasto de salud ejecutado por entidades privadas contratadas para extender la cobertura se ha incrementado en poco menos del 300% (Cuadro 4.8.).

Cuadro 4. 8.
Presupuesto interanual gastado por concepto del Programa de Extensión de Cobertura, Guatemala, 2003, 2004, 2005 y 2009.

	Período (en años)			
	2003	2004	2005	2009
Montos aproximados (en millones de Quetzales)	73.8	33.1	139.6	261.9

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2007c; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010.

En cuanto al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el objetivo de su reforma, también contemplada en el Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud-II (PMSS-II) (BID, 1999) se centró en el fortalecimiento de su función aseguradora, de su gestión financiera y de la contratación de servicios, además de medidas que garantizaran la futura sustentabilidad de las reformas de los sistemas de pensiones y prestación de servicios de salud que se llevaron a cabo (BID, 2003b: 22-23, 30; BID, 1999: 1 resumen ejecutivo). La gestión financiera servicios profesionales de médicos privados¹²⁰ por cuotas mensuales de pacientes; b) la contratación a entidades públicas y privadas por procedimiento médico o tratamiento; y c) la compra directa de servicios médicos para diagnósticos o terapia (IGSS, 2007: 14; Miranda, 2006: 54-57; IGSS, 2002; IGSS, 1999; IGSS, s/fa; IGSS, s/fb). Para los primeros dos casos, el pago de los fondos está sujeto a las partidas presupuestarias asignadas a las instituciones médicas, yes realizado directamente según lo requieran dichas instituciones, mientras que en el caso de los servicios de compra directa, los pagos deben realizarse de acuerdo con lo dispuesto en la Ley de Contrataciones del Estado (CRG, 2001: 18-21).

¹²⁰El proceso de contratación de “servicios profesionales de médicos privados” consta de tres fases: a Fase I, evalúa la experiencia profesional a través del *Curriculum Vitae* (treinta puntos), b. Fase II, valora el interés potencial y las cualidades personales identificadas durante una entrevista (treinta puntos), y c. Fase III, determina el acceso y las condiciones mínimas de comodidad y equipamiento de la clínica privada del médico proveedor de los servicios (cuarenta puntos), (IGSS, 1999: 1-6).

Tanto la contratación a “las entidades públicas y privadas que presten servicios médicos”, como la “aplicación de la compra directa de servicios médicos” están regidas por la Ley de Contrataciones del Estado. En cuanto al pago de los servicios profesionales de los médicos contratados, éstos están sujetos a las partidas presupuestarias asignadas, a un número determinado de pacientes a ser atendidos en un mes calendario, a la extensión de factura por cada servicio prestado, y a la redacción de un informe mensual. Para los servicios médicos de las entidades públicas y privadas contratadas, el pago se hace por consulta o procedimiento realizado mediante factura por cada servicio prestado. Además, la contratación de servicios profesionales está sujeta a una convocatoria pública en la que se especifican los requisitos a ser cumplidos, se lleva a cabo una entrevista con el candidato especialista, y se realizan visitas a la clínica para acreditación. El convenio por servicios contratados guarda también una estructura clausular que consiste en registrar la forma de prestación y el pago por servicios, la dispensación de medicamentos, las medidas de control y de supervisión, el plazo del convenio/contrato, y la resolución de conflictos (IGSS, 2003: 72). El IGSS ha establecido previamente los precios del servicio, el número de visitas de procedimientos regulares y de consulta externa, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios, los medicamentos, equipo y materiales, y la capacitación de la familia y del enfermo.

Los gastos del IGSS por concepto de la compra de servicios a terceros han crecido en más del 500% entre 2002 y 2007 (IGSS, 2007: 72). En particular, el gasto por la compra de servicios de hemodiálisis en el período 2003-2007 se ha incrementado en más del 300%, de Q20,835,250.00 hasta Q70,558,965.00, equivalentes a US\$2,741,480.26 a US\$9,284,074.34¹²¹). (IGSS, 2007: 73-74; Miranda, 2005: 33).

Los proveedores privados, al igual que el Ministerio de Salud y el IGSS, suelen financiar sus propios servicios; cuentan con una red de servicios que se auto-regula con un alto grado de autonomía relativa, en función de la falta de una adecuada acreditación y supervisión por parte del Ministerio de Salud. Cabe señalar que el IGSS cubría solamente a

¹²¹ Basado en el tipo de cambio para el 01/01/2007 de 7.60 Q/USD, y para el 01/01/2003 de 7.76 Q/USD (<http://www.banguat.gob.gt/cambio/historico.asp?ktipo=3&kdia=01&kmes=01&kanio=2007&submit1=Consultar>, y <http://www.banguat.gob.gt/cambio/historico.asp?ktipo=3&kdia=01&kmes=01&kanio=2003&submit1=Consultar>, última consulta 18/09/2011).

un 17.0% de la población en 2008 (PNUD, 2010). Conjuntamente con el Ministerio de Salud y los servicios privados, se considera que el 94% de la población goza de algún tipo de cobertura.

4.3 Las nuevas relaciones contractual-laborales.

Las relaciones contractual-laborales generadas a partir de la implantación del PEC en 1997 se ajustaron a los lineamientos neoliberales de flexibilidad de los mercados de trabajo que eliminaron el salario mínimo y los reajustes salariales en función del costo de vida (Toussaint, 2003: 48-249). Así, las nuevas contrataciones en el sector público van de par con “la desprotección laboral del trabajador y la intención de evadir el pasivo laboral, crear condiciones de inestabilidad laboral e impedir la libre organización sindical y el ejercicio del derecho de negociación colectiva” (CNSAFJ/OIT, 2003: 107-108). Debido a ello, los trabajadores de las entidades privadas contratadas no son legalmente reconocidos como trabajadores del Estado (MSPAS, 2001), por lo que perdieron todo derecho social ligado a lo laboral (horarios, sobrecarga laboral, sindicalización, etc.), y enfrentan incertidumbre y miedo al despido cada año cuando caduca el período del contrato, además de los retrasos en los desembolsos pactados entre entes convenidos, y las malas condiciones para realizar su trabajo. Dada la dinámica de marginalidad de muchas de las comunidades en las que laboran, existen riesgos a su salud asociados con la violencia y a los accidentes. Existen también muy pocas oportunidades de promoción dadas sus condiciones contractuales, y los mecanismos de motivación prácticamente son inexistentes (Miranda y Arriola, 2006: 226-227).

La relación contractual entre partes involucradas en la extensión de cobertura de servicios de salud se realiza mediante un convenio. Éste es el instrumento jurídico que formaliza, en el caso del Ministerio de Salud, la relación contractual entre esta institución y la organización seleccionada como prestadora de servicios de salud bajo el régimen de Extensión de Cobertura. Su vigencia es por un año calendario, y su renovación se lleva a cabo mediante una valoración cuantitativa del desempeño administrativo-financiero, de la capacitación del personal, y de la producción de servicios materno-infantiles (MSPAS, 2001). Surgido durante el gobierno de Arzú, y vigente desde entonces, este documento

legal está elaborado por el Departamento Jurídico del Ministerio al nivel central, y firmado por un Viceministro de Salud, el Director Departamental de Salud y el representante legal de la entidad privada, siendo éstos los entes responsables de la relación contractual entre el Ministerio de Salud y la organización seleccionada para constituirse en Administradoras y Prestadoras de Servicios de Salud bajo el Programa de Extensión de Cobertura.

El documento contractual en cuestión ha mantenido como característica más importante el guardar una estructura clausular, al igual que la de un contrato administrativo, pero que al ser declarado como convenio permite no declarar la o las partidas presupuestarias específicas que permitan conocer la procedencia de los desembolsos financieros. Dicho documento define a la administración de fondos públicos como el objeto contractual, y tiene una vigencia anual renovable. Toda diferencia contractual, según los términos de su convención, habrá de ser resuelta mediante conciliación o arbitraje, y no por la vía del Derecho Administrativo que rige al servicio público (MSPAS, 2001: s. n. p.).

La modalidad contractual de convenio o contrato se ha utilizado indistintamente por las autoridades de salud, con la finalidad de reducir las implicaciones administrativas y legales que un contrato conlleva. Además, con el convenio, se evita que se interprete la contratación como una forma de privatización, y ante un eventual retraso en el pago a las ONGs, se elimina la posibilidad de cualquier demanda en contra del Ministerio de Salud. (BM/BID: 2000: 8; Ángel y Privado, 1999: 98)

Los contratos entran en vigencia el primero de enero de cada año para las organizaciones que han presentado una propuesta de ‘ofertas de servicios’. El Ministerio de Salud firma el convenio por un año calendario con las entidades privadas que hayan presentado la mejor oferta de servicios a juicio de las autoridades sanitarias responsables, convirtiéndose éstas en prestadoras o administradoras de servicios de salud (PSS/ASS), asignadas a áreas geográficas y poblaciones determinadas, y con un monto financiero estimado por capitación (MSPAS 2000). El proceso de renovación se inicia alrededor del

mes de octubre a partir del dictamen de si la prestadora o administradora han cumplido con los compromisos adquiridos con el convenio¹²²(MSPAS, 2000a).

El IGSS, por su parte, adquiere gran parte de sus requerimientos de diagnósticos y tratamientos para sus afiliados y beneficiarios mediante dos modalidades que le evitan cualquier relación laboral de dependencia hacia terceros: ‘servicios contratados’ y ‘compra directa’, lo cual lo diferencia del Ministerio de Salud que a menudo opera mediante transferencias a terceros para la atención especializada y sub-especializada. (IGSS, 2007: 16; Miranda, 2006: 37).

La nueva modalidad contractual pública se basa en contratos laborales exentos de derechos sociales ligados al trabajo. De acuerdo con lo redactado en un convenio de trabajo entre la prestadora y los trabajadores, se trata de una estructura clausular muy similar a la de los contenidos de los convenios firmados por el Ministerio de Salud y la Seguridad Social hacia terceros (IGSS, 2003: 87). Algunas de las características del contenido del contrato están relacionadas con la duración de menos de un año del contrato. En el caso del personal profesional, su contratación se hace por un monto mensual de dinero por un total de ciento setenta y seis horas mensuales de servicios profesionales, extendiéndose factura cambiaria, sin prestaciones ni reconocimiento de una posición como personal del Ministerio, y sin derecho a recibir ningún beneficio, pago o subsidio, compensación o prestación fuera de lo estipulado en su contrato. (IGSS, 2003: 93).

Para la seguridad social, una tercera forma de relación contractual es mediante convenios celebrados entre la institución y un prestador que puede ser persona individual o jurídica (IGSS, 2003: 66). Los servicios contratados guardan también una estructura clausular en donde se especifican la forma de prestación y el pago por servicios, la dispensación de medicamentos, las medidas de control y de supervisión, el plazo del convenio/contrato, y la resolución de conflictos (IGSS, 2003: 72). El Instituto ha establecido previamente el ‘precio’ individual del servicio, el número de visitas de procedimientos normales y de consulta externa, los procedimientos diagnósticos y

¹²² Independientemente del formato utilizado para el seguimiento de los compromisos convenidos y de la renovación del convenio, las fechas de evaluación y renovación se hacen alrededor del último trimestre del año. Esto no está exento de retrasos en los desembolsos financieros trimestrales que reciben las ASS/PSS para realizar sus actividades.

terapéuticos necesarios, los medicamentos, equipo y materiales, y la capacitación de la familia y del enfermo. (Miranda, 2006: 40). Además, este tipo de contratación de servicios profesionales sigue una convocatoria pública en la que se especifican los requisitos a ser cumplidos, se entrevista al candidato especialista, y se visita a la clínica para su respectiva acreditación.

Los mecanismos aprobados para la resolución de conflictos derivan de las iniciativas que fueron introducidas al nivel internacional por aquellas instituciones que dieron impulso a las reformas estatal y sectorial (BID, 2003a: 17), y por las partes firmantes de los acuerdos comerciales bilaterales contenidos en el Tratado de Libre Comercio entre Centroamérica, República Dominicana y los Estados Unidos (DR-CAFTA) (CRG, 2005). El Ministerio de Salud ha definido como mecanismo de resolución de conflictos contractuales la conciliación y el arbitraje. El IGSS, en cambio, contempla para el caso de las divergencias con entes individuales o s públicas y privadas resolver éstas inicialmente por la vía conciliatoria y, de fracasar esta vía, por lo contencioso administrativo (Miranda, 2006: 56).

En resumen, salvo excepciones, en las nuevas formas contractuales entre entes jurídicos de salud y entre éstos y el personal contratado por administradoras y prestadoras de servicios para el PEC, las controversias han tendido a ser resueltas por la vía del derecho civil y mercantil más que por la del derecho laboral. Con ello se ha buscado “desnaturalizar la relación laboral y extraerla del ámbito de aplicación y exigencia de respeto a las garantías laborales mínimas e irrenunciables” (CNSAFJ/OIT, 2003: 112).

Conclusiones

En este capítulo se ha señalado las características legales y normativas de un sector, no un sistema de salud, indicando con ello la aceptación de una condición de fragmentación que ha caracterizado el modelo de salud y a sus entidades operativas. Las condiciones en las que operan los prestadores de servicios de salud reproducen, a su vez, otras dos condiciones más: por un lado, la de estructurarse a partir de la segmentación de la población en términos de la capacidad de pago y, por el otro lado, la de permitir más de una forma operativa semi-autónoma y con capacidad de auto-reglamentación y auto-

gestión. Sin embargo, el ordenamiento normativo que envuelve a todo el sector salud es abundante, y en él puede diferenciarse dos tipos de normas: aquellas que asignan al Ministerio de Salud la rectoría del sistema que son de observancia general, pero que son poco acatados, y aquellas otras que son dictadas y operadas por cada institución o conjunto de prestadores de diversa índole, y que operan fuera del marco normativo más general. Esta última situación es la que caracteriza la falta de una rectoría efectiva y eficiente por parte del Ministerio de Salud. Aunado a ello, no resulta raro que otros mecanismos administrativos tales como el monitoreo, la evaluación y la sanción hayan mermado a las formas procedimentales con las cuales operan las entidades que conforman el sector salud.

Este relativo libre albedrío con el cual opera el sector salud, pese a la existencia de una abundante regulación administrativa, se debe a la débil rectoría operativa ejercida por el Ministerio de Salud, lo cual ha sido aprovechado por los gobiernos para impulsar iniciativas de libre mercado en el sector salud. Los mecanismos impulsados dentro de esta lógica de proceder han sido directos e indirectos. Con los primeros se restringió la oferta de servicios, ofreciendo un conjunto mínimo de servicios de salud principalmente dirigidos a la mujer y al niño. Con los segundos, que se derivan de esa restricción del acceso a servicios, se empujaron indirectamente a las familias al gasto de bolsillo y el consumo privado de servicios y tecnologías médicas.

Lo que se advierte es la necesidad de estudiar y comprender la forma de operar del sector salud más allá de los procesos formales de la formulación de políticas, esto es, a partir de las condiciones de operación de los servicios de salud como expresión de los procesos de la implementación de las políticas de salud. Esto sugiere compenetrarse en el estudio de los espacios y prácticas de salud concretos con la finalidad de escudriñar y comprender las formas reales de operar del sector salud que contribuyen a perpetuar tanto la condición de inequidad en el acceso a servicios como el deteriorado estado de salud de la población guatemalteca y su vínculo con la dinamización de los mercados de servicios y tecnológicos de la salud.

Capítulo V

Los Centros de Salud de San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc: infraestructura, recursos humanos, espacios y clima organizacional

Las remodelaciones en las formas de organización y en las funciones institucionales que han tenido lugar a lo largo de período 1996-2009 han logrado (re)estructurar, hasta cierto punto, el campo de la salud y las dinámicas sociales, económicas y administrativas a su interior y fuera de él. De ahí que las propias condiciones de las políticas de salud e instituciones contribuyan a la (re)producción de prácticas de salud que refuerzan, en los planos de lo fenomenológico y simbólico, el tipo de mediación que el Estado guatemalteco ha determinado establecer entre lo social y lo económico dentro del sector salud.

Una vez redefinido quienes participan dentro de este sector y la manera como habrían de hacerlo, establecido el alcance de los objetivos institucionales, y especificado la selectividad de sus acciones, se dio paso a modificar el diseño instrumental de organización requerido para canalizar los recursos de y para esas políticas sanitarias. Resulta obvio, por consiguiente, que la intención de la reforma estatal de impulsar los cambios necesarios para esta forma de ‘modernización’ de la administración pública ha tenido como fin no sólo facilitar la operatividad programática de estas políticas reformadoras, sino también de intervenir y moldear las representaciones sociales en torno a la atención de la salud, la cual contempla tanto las condiciones del lugar donde ésta se dispensa, como la imagen y las expectativas que se tienen sobre quienes la prestan. De ahí que a lo largo de los gobiernos de la era neoliberal nos encontremos con diversas propuestas gerenciales de cuna empresarial orientadas a hacer más ‘eficiente’ la administración pública, rediseñando la infraestructura y el funcionamiento organizacional a partir de proyectos inicialmente anidados en la ‘Nueva Administración Pública’, y posteriormente sustentados en el ‘Management Estratégico’.

Pero las expectativas que tales reformas modernizantes han ofrecido a las instituciones públicas de salud no parecen haber dado los frutos esperados. Las iniciativas de modernización administrativa han buscado reestructurar una burocracia cuya dinámica política e histórica particular no parece ajustarse a los requisitos eminentemente técnicos del *Management* y tampoco éstos han podido adaptarse a estas condiciones. Tal y como lo sintetiza Oszlak¹²³ “Los gobiernos heredan burocracias preexistentes, con sus varias capas geológicas generadas por su propia dinámica interna y por la acción de antiguos gobiernos y regímenes políticos” (2009: 1), lo cual ha provocado múltiples formas de operación desarrolladas dentro de la administración pública sanitaria.

Más recientemente, a partir de la irrupción de las nuevas modalidades administrativas amparadas bajo la figura de las mezclas público-privadas, que se impulsaron intensivamente a partir de los años noventa (durante el gobierno de Álvaro Arzú, 1996-2000), la administración pública guatemalteca ha sufrido transformaciones en sus dimensiones política, jurídica y económica que han generado, a su vez, nuevas relaciones identitarias y de poder en su seno, sin que por ello se hayan transformado sus principales dinámicas, lo cual las ha convertido en un “ cementerio de proyectos políticos”¹²⁴ (Oszlak, 2009: 1).

Volviendo a la toma de postura por parte del Estado sobre las decisiones económico-sociales adoptadas en salud, ésta fue supeditada a la adopción de una serie de mecanismos jurídico-administrativos de diverso orden dentro de los cuales el más significativo ha sido el contractual. Éste, al haber flexibilizado la dinámica laboral, tuvo implicaciones importantes sobre la infraestructura operativa y las relaciones sociales en el seno de las organizaciones sanitarias: la expansión de las acciones públicas mediante terceros privados, y la diferenciación de los prestadores de servicios en términos de su vinculación laboral con el Estado repercutieron en la forma en que los individuos se identifican con la organización, con la población usuaria, y con sus pares.

Este capítulo busca describir y analizar en forma paralela los espacios en los cuales se sitúan las prácticas de salud de los Centros de Salud tipo B de San Julián Chinautla y

¹²³<http://www.pagina12.com.ar/diario/elmundo/4-119328-2009-02-01.html>. Última revisión: 18/07/2009.

¹²⁴<http://www.pagina12.com.ar/diario/elmundo/4-119328-2009-02-01.html>. Última revisión: 18/07/2009.

San Pedro Ayampuc. Nos interesa indagar sobre la distribución de los espacios físicos en los cuales se desenvuelve la interacción social, sobre las formas cómo se organizan dichos centros para la prestación de servicios, y sobre cuáles son las condiciones físicas de su infraestructura. Finalmente, nos interesa conocer algunos aspectos de sus respectivos ambientes intersubjetivos laborales.

Normativamente, un Centro de Salud ofrece servicios públicos de salud del segundo nivel de atención. Se ubica al nivel municipal, tanto en la cabecera municipal como en ciudades de cierta importancia dentro del mismo municipio. Tal centro brinda a la población de su área de influencia unos servicios ampliados de salud normativamente definidos, y coordina y articula las acciones de salud de los establecimientos de menor categoría ubicados dentro de su área de influencia. Los Centros de Salud se clasifican en los de Tipo A, B, Clínicas Periféricas, y Centros de Atención Materno-Infantil. Los Centros de Salud Tipo B brindan servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las personas así como acciones ambientales. Tienen un área de influencia comprendida entre cinco y diez mil habitantes, y están dotados de recursos humanos básicos tales como médico general, odontólogo, psicólogo, enfermera profesional, auxiliar de enfermería, técnico en salud rural, inspector de saneamiento ambiental, y otros técnicos de salud según sea normativamente especificado (CRG, 1999: 32-33). Sin embargo, desde el año 2005, durante el segundo gobierno de la era neoliberal, el Ministerio de Salud impulsó e implementó cambios sustanciales en la denominación y funcionamiento del segundo nivel, arbitrariamente haciendo caso omiso de la clasificación oficial, y dotando los servicios de segundo nivel de una nueva taxonomía organizativa y funcional (Cuadro 4.2. del capítulo 4). No obstante, más allá de las nuevas clasificaciones funcionales instituidas, los hechos siguen mostrando el poco interés que las diversas administraciones han tenido en la red de servicios públicos de salud.

5.1. Las condiciones de infraestructura y la distribución espacial en San Julián y San Pedro

El Área de Salud Guatemala Nororiente a la cual pertenecen los Centros de Salud estudiados ejecutó, para el ejercicio fiscal 2008, el 98.98% de su presupuesto. Sin embargo,

uno puede constatar, por un lado, una reducción del presupuesto del casi 60% con respecto a lo asignado originalmente y, por otro, la baja prioridad del gasto en la inversión en equipo, siguiendo el patrón de gasto del presupuesto del Ministerio de Salud. De ahí que, a excepción del rubro “Servicios Personales” que se aplica a los salarios del personal institucional, varios rubros del gasto se redujeron entre un 79% y 87%. Además, el rubro de “Propiedad, Planta, Equipo e Intangibles”, es decir, el de *inversiones*, al cual no le fueron inicialmente asignado fondos algunos, operó con un presupuesto ínfimo del 0.44% del presupuesto total ejecutado por esta área de salud (Cuadro 5.1.).

Cuadro 5. 1.
Evolución de la ejecución presupuestaria por rubro del área de salud
Guatemala Nororiente, 2008 (en quetzales)

Rubro	Asignado	Modificado	Ejecutado	%Reducción	Devengado	%Ejecución
Servicios Personales	25,638,731	-1,524,653	24,114,078	-5.95	23,907,892	99.14
Servicios No Personales	37,592,870	-32,887,468	4,705,401	-87.48	4,653,069	98.89
Materiales y suministros	11,491,716	-9,101,360	2,390,355	-79.20	2,288,337	95.73
Propiedad, Planta, Equipo e Intangibles	0	141,064	141,064	0.00	130,575	92.56
Transferencias corrientes	5,000,000	-4,115,170	884,830	-82.30	884,775	99.99
Total	79,723,317	-47,487,587	32,235,729	-59.57	31,864,649	98.85

Fuente: Dirección de Área de Salud Guatemala Nororiente/Gerencia General Administrativo-Financiera, 2009.

Esta desproporcionada priorización del gasto en personal coincide con el impulso del Programa de Extensión de Cobertura, el cual ha implicado un gasto considerable en nómina, principalmente, dado que la infraestructura utilizada para ampliar la cobertura puede ser prestada tanto en establecimientos de salud como en otros espacios públicos (escuelas), y “en ambientes seleccionados por la propia comunidad y en las viviendas de las familias que estuvieran en el área de influencia” de las prestadoras privadas de servicios de salud” (CRG, 1999: 30).

Dadas estas condiciones, no puede sorprender el deterioro continuo al que se ve sometida la infraestructura física de la red de servicios públicos de salud, incluidos los Centros de Salud de tipo B. Esta tan drástica reducción durante el año 2008 (el cuarto del

periodo presidencial de Berger y el primero del gobierno del presidente Colom) puede deberse a que era un año de cambio de gobierno, y que coincidió con el arranque del programa “Mi Familia Progresista”¹²⁵ a cargo de la Secretaría de Obras Sociales encabezada por la esposa del Presidente, misma que se tradujo por la transferencia de fondos de los presupuestos asignados en los diferentes ministerios a dicho programa. Otro elemento fue la falta de claridad operativa del gobierno y del Ministerio de Salud durante este periodo¹²⁶.

5.1.1. El Centro de Salud San Julián Chinautla

El Centro de Salud San Julián se ubica en la cabecera del municipio San Julián Chinautla. Cubre al 64.0% de la población (35.0% mediante servicios propios y 29.0% tercerizado). Un 30.0% es atendida por instituciones sanitarias privadas, y solamente el 6.0% no tiene ningún tipo de acceso a servicios de salud (UPE, 2008). Es un edificio rectangular (Gráfica 5.1.), en condiciones estéticamente poco atractivas. Está constituido por veinticinco espacios distribuidos sobre los costados más largos, dejando en su centro una especie de corredor irregular que comunica en uno de sus extremos con un área compartida por un segundo edificio de tres ambientes: el local, un área verde y una zona de estacionamiento. La distribución espacial del edificio principal ‘A’ muestra un pasillo central con clínicas médicas, servicios paramédicos en la parte superior (numerados del 1 al 9), un bloque del lado izquierdo con dos baños, una bodega y una clínica médica. Del lado derecho se encuentra un bloque conteniendo la recepción/secretaría, un cuarto llamado de Hipodermia¹²⁷, bodegas y un laboratorio bioquímico. Un segundo edificio (‘B’) más pequeño, situado al costado del edificio central, está conformado por una bodega del Programa de Vectores, la oficina de Saneamiento del Medio y un comedor para el personal. Además, hay una pequeña área verde y un estacionamiento para el personal.

¹²⁵ El “Programa Mi Familia Progresista” realiza transferencias condicionadas, al estilo del Programa Oportunidades en México, con la finalidad de combatir la pobreza en el país.

¹²⁶ Informante Clave N°-35, 2010.

¹²⁷ Hipodermia es una sala donde el personal médico y de enfermería realizan procedimientos médico-clínicos curativos o preventivos rutinarios, tales como: limpieza de heridas, administración de inyecciones, procedimientos quirúrgicos menores, estabilización y observación de pacientes con emergencias médicas, nebulizaciones, etc. También es utilizada como cuarto de urgencias médicas para la atención de problemas que comprometen la vida del usuario.

Gráfica 5. 1.
Esquema de la distribución espacial del Centro de salud San Julián
Chinautla

												Interpretación			
Edificio A										Edificio B					
1	2	3	4	5	6	7	8	9			23	24	1	15	
11 y 12	Sala "a"			Pasillo				Sala "b"						2	16
10															
19	Sala "a"			13	14	15	16	17	18					4	18
20						22			21		Parqueo				5
Área Verde												6	20		
Entrada Usuarios												7	21		
												8	22		
												9	23		
												10	24		
												11	25		
												12	26		
												13	27		
												14			

Fuente: Miranda, 2009.

La puerta de entrada al edificio da hacia una sala de recepción central amplia. El piso está normalmente sucio y polvoriento. Las paredes están tapizadas con carteles impresos o hechos a mano que anuncian jornadas médicas, requisitos administrativos para solicitar documentos de salud o licencias sanitarias, e información de salud y de servicios que se prestan en el centro. Las ventanas permiten que haya bastante claridad, aunque su aspecto sucio denota la falta de limpieza sistemática. La ventilación de la sala es buena, lo cual la hace muy fría. El ambiente está bastante iluminado además de frío, y la gente permanece en silencio, a excepción de una madre joven y un familiar quienes hablan. El edificio toma una figura rectangular segmentado en veintidós espacios, cuartos pequeños de aproximadamente doce metros cuadrados dispuestos a lo largo de los ejes más largos del edificio. Las puertas están pintadas de color café, y permanecen cerradas al público. Hay algunas bancas de madera pegadas a las paredes internas del edificio que muestran señas de un largo uso, un sillón de cuero, viejo y derruido al lado derecho de la sala contiguo a la secretaría, algunas sillas de plástico y un escritorio viejo en desuso en el lado izquierdo de la sala. El centro de la sala principal es amplio y está despejado: conforma un espacio amplio de unos 30mts cuadrados por donde deambulan niños jugando.

La distribución espacial deja a las personas en el centro a la vista de cualquier miembro del personal de salud. Los usuarios se van 'ubicando' de acuerdo con el servicio que hayan solicitado. Inicialmente, éstos se aglomeran en la Sala 'a' desde muy temprano para tomar una ficha en orden de llegada, y se registran administrativamente para ser atendidos posteriormente. A continuación tienen tres opciones: *a)* pasar directamente a hipodermia para recibir alguna curación o ser inyectados; *b)* pasar a la secretaría para tramitar o recoger un carnet de salud para obtener alimentos; o *c)* pasar a la Sala 'b' donde serán atendidos por el personal responsable de la pre-consulta. Ahí se les toma el peso, la talla y la temperatura corporal. Una vez finalizada ésta etapa, la mayoría de los usuarios se distribuyen en cualquiera de las dos salas o en el pasillo, esperando a ser llamados para la consulta médica.

Las bancas se distribuyen siguiendo el contorno de las paredes que configuran las salas y el pasillo, quedando el centro de las salas para que deambulen usuarios y funcionarios y, en la Sala 'a', hasta para que jueguen algunos niños. En las paredes hay una serie de carteles y avisos sanitarios y administrativos. El piso está limpio, pero con cierta opacidad, debido a la falta de mantenimiento y su uso constante, y, a fin de cuenta, que su vida útil ha terminado.

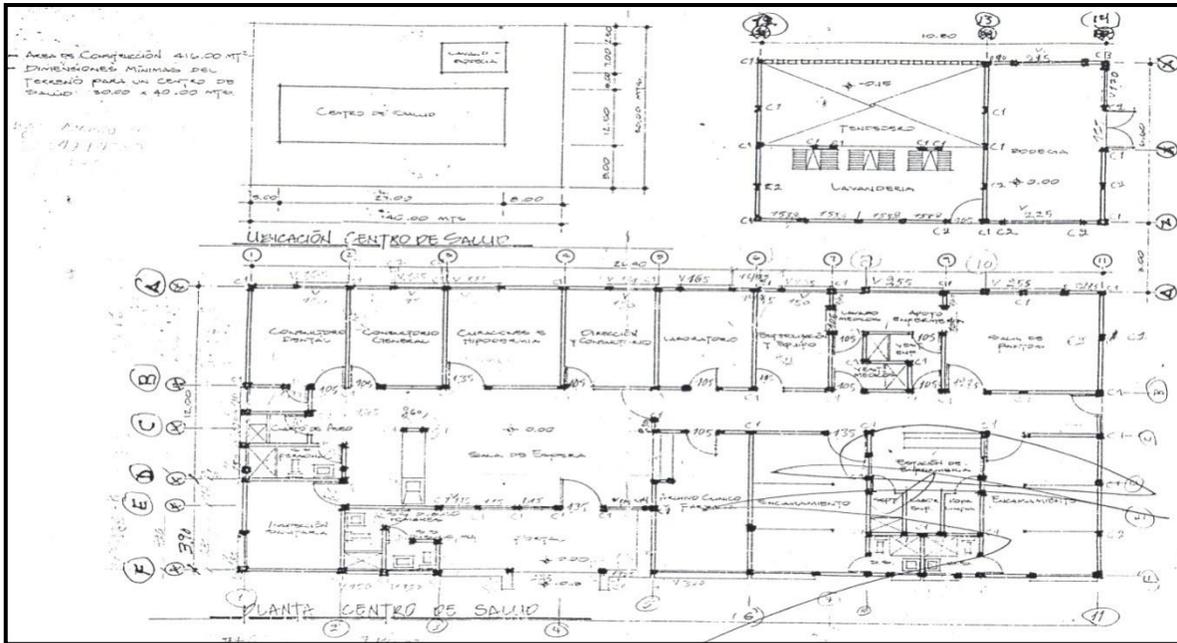
La oficina de la dirección, que también puede funcionar como una clínica médica, se encuentra en una oficina muy sencilla que, al igual que el resto de las unidades médicas y paramédicas, transmite una impresión de precariedad. La pintura de las paredes denota antigüedad, y el mobiliario luce viejo y deteriorado. Las ventanas dan hacia un paredón de tierra y hierbas. Los vidrios están opacados por el polvo exterior, y con señas de haber perdido su lustre hace ya tiempo. Un librero de metal color café recoge indistintamente polvo, papelería, instrumentos y libros. Hay una camilla que utiliza la directora cuando hay mucha demanda, y que ella retoma su rol de médica de consulta, aunque eso no suele ser lo usual. Además, hay una lámpara de cuello de ganso oxidada y sin foco. A esto se agrega una carretilla de curación cuyo peldaño superior contiene diversos frascos de antisépticos y agua destilada, un frasco con algodón y otros tantos con hisopos, jeringas, vendas de gasa, termómetros y baja-lenguas. En el peldaño inferior se observan cajas con jeringas (al menos eso está inscrito en el cartón), y cajas conteniendo diversos objetos. El escritorio, también

deteriorado, contiene gavetas repletas de múltiples papeles inclasificables, e incluso algunos tan viejos que su validez ha caducado. En una de ellas se ve un estetoscopio de granel. Hay colgada una bata médica. La ropa de las camillas lucen viejas aunque limpias, y las condiciones generales del edificio y mobiliario denotan tanto la falta de mantenimiento como de renovación.

5.1.2. El Centro de Salud de San Pedro Ayampuc

El Centro de Salud San Pedro Ayampuc se ubica en la cabecera municipal del municipio con el mismo nombre. Cubre al 53.15% de la población, mientras que otras entidades – seguro social y instituciones privadas- cubren un 25.0%. El 21.0% de la población no cuenta con ningún tipo de acceso institucional a la salud (UPE, 2008: 2). Este centro no difiere sustancialmente de las condiciones señaladas en el de San Julián. A partir de la entrada principal del edificio, la distribución es prácticamente la misma: un espacio de estancia central, con las clínicas médicas y las unidades paramédicas distribuidas a su alrededor. Hay también un segundo edificio que alberga una lavandería y un almacén, ambos en desuso, y una oficina para reuniones y administración (Gráfica 5.2.). El edificio, aunque de construcción bastante nueva, ya denota cierto grado de deterioro. Además, ha confrontado una declaratoria de inhabilitabilidad, debido a que el terreno sobre el cual se construyó sufrió un deslave que fracturó parte de la edificación, razón por la cual el centro de salud deberá ser trasladado.

Gráfica 5. 2. Distribución espacial del Centro de Salud San Pedro Ayampuc Guatemala, 2009.



Fuente: Ministerio de Salud Pública, s/f.

Este Centro de Salud está ubicado en la cabecera departamental del mismo nombre. Está constituido por un par de edificios. El inmueble principal, de forma rectangular, y originalmente diseñado para albergar camas, mide 416mts cuadrados, y se divide en dos secciones: el área de atención médica y el área administrativa. El rectángulo del área de atención está integrado por seis habitaciones y una sala principal. La entrada principal está ubicada hacia el sur, con una pequeña antesala donde se ubica el sanitario para los usuarios, un baño extremadamente sucio y maloliente, sin papel, y de uso para ambos sexos. La falta de pasador en la puerta que permita asegurar la privacidad lo hace sumamente incómodo para las mujeres.

A continuación está la sala de espera de aproximadamente 50mts cuadrados, en cuyo centro se ubican cinco hileras de bancas de madera descoloridas, orientadas hacia un televisor ubicado en la esquina sur de la sala, exceptuando a una banca en el flanco derecho que se orienta lateralmente hacia las sillas y de frente a las habitaciones. Sobre el extremo

norte se ubican cuatro habitaciones: un consultorio dental, y dos consultorios médicos separados por la sala de hipodermia. En la arista izquierda, al fondo de la sala de espera y de espalda a las sillas, se ubica la unidad de vacunación y la sala de pre-consultas. La farmacia se encuentra en la arista derecha.

La pre-consulta se proporciona en un pequeño espacio de aproximadamente seis metros cuadrados ubicado al final de la sala de espera, y sin paredes para separarlo de ésta. Es un espacio improvisado donde se ubican dos auxiliares de enfermería encargadas de tomar y registrar el peso, la tensión arterial y la temperatura corporal. Ellas cuentan para ello con tan sólo una báscula metálica de cuello, un esfigmomanómetro de cinta y un estetoscopio. No hay termómetro. Los instrumentos que lucen un aspecto de viejos y de bastante desgaste por el uso quedan a la vista de todos durante períodos de tiempo sin vigilancia alguna. En una plataforma de cemento recubierto con azulejo blanco se han apilado en desorden unos carteles con mensajes sanitarios que fueron, en algún momento, pegados en las paredes del recinto, y no se han tirado. De momento, comparten el espacio con el esfigmomanómetro, el estetoscopio y los expedientes médicos de los pacientes que acuden ese día a la consulta médica.

La sala de espera está rodeada por todas las unidades que componen el sector de atención directa, excepto la secretaría que está ubicada al inicio del pasillo que comunica el área de atención con la de administración, y está separada por una puerta de metal con vidrios, misma que se mantiene abierta hasta casi el medio día cuando se cierra ante la merma de pacientes. Es una distribución espacial en forma de U invertida. Al Sur se ubica la puerta de entrada y el baño público en pésimas condiciones físicas e higiénicas. Los usuarios se distribuyen en forma concéntrica en el centro de la sala a la vista de todos los operarios del centro de salud. El piso está opaco, debido a su uso frecuente, aunque lo limpian por la mañana y por la tarde. Las paredes están repletas de carteles con mensajes de salud, aviso de jornadas de Papanicolaou y vacunación, de requisitos administrativos para la gestión de documentos sanitarios, y de identificación de unidades de servicio. La ventilación del salón no es adecuada, y se acumula el calor y los humores de las personas presentes. De esta manera, se genera un ambiente de invernadero, pues, la única puerta que

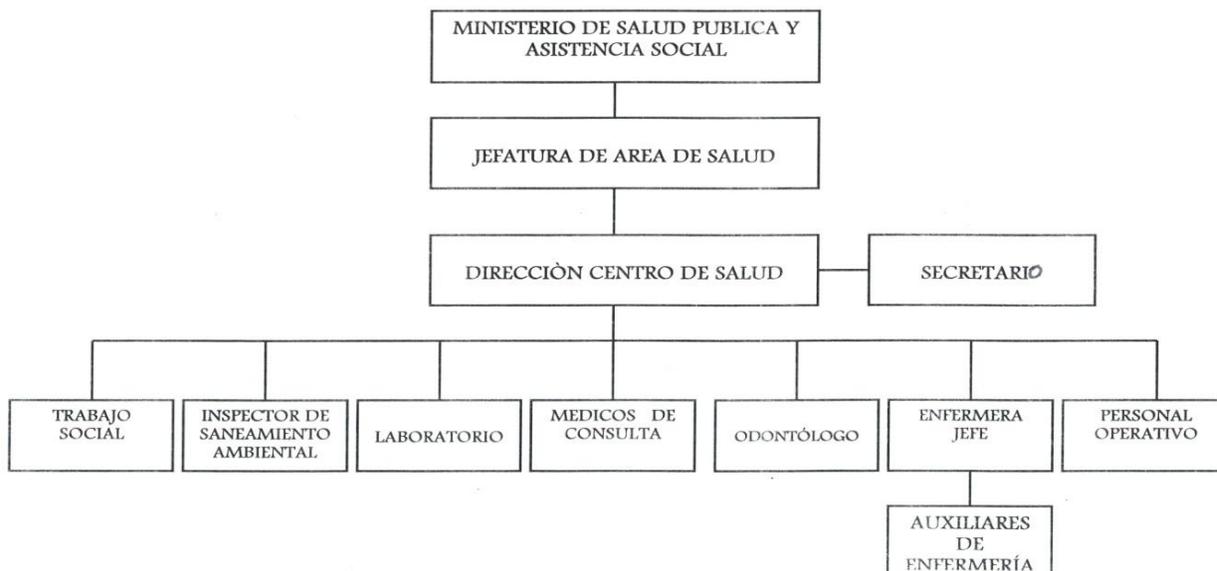
se mantiene abierta es la de entrada al servicio. La iluminación, en cambio, es bastante buena.

5.2. Comparando las condiciones de organización en los Centros de Salud Pública de San Julián y San Pedro

Los centros de salud bajo estudio, aunque suelen tener un alto grado de formalización y centralización a nivel local, tienen un grado de complejidad estructural bajo caracterizado por una organización jerárquica simple (dos niveles administrativos: director y ejecutores), lo cual permite que los operarios tengan un alto grado de libertad en su trabajo (Robbins, 1987: 161-162). De facto, no existe un organigrama para los centros de salud. Cada unidad ejecutora se organiza como pueda, a pesar de que existe, en principio, directivas ministeriales para tal organización¹²⁸. De hecho, la organización de cada centro se acerca a la mostrada en la Gráfica 5.3. Cabe resaltar que ante la ausencia del director, corresponde a la Enfermera Jefe asumir la dirección interina, dado que es ella quien coordina el trabajo de las unidades ejecutoras del primer nivel: puestos de salud y centros de convergencia (Contreras, 1992: 5). No obstante, no hay consenso sobre este punto. La mayoría del personal directivo del Área y de los Centros de Salud indica que, en la práctica, es un médico clínico de ocho horas (denominados 011 por su vinculación laboral como trabajador del Estado) quien asume el interinato de la dirección bajo el argumento de la responsabilidad médica y legal en las decisiones administrativas. Ésta es una norma no escrita que se aplica en este centro de salud con aval del área de salud, y es un secreto a voces que se practica en todos los centros de salud del país, y que la razón verdadera es el prestigio profesional del que goza el director interino.

¹²⁸ De acuerdo con el artículo 73 del Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud, “La organización y funciones de los establecimientos públicos de salud quedará contemplada en el Manual de Organización y Funciones de los diferentes establecimientos del Ministerio de Salud a ser aprobados mediante Acuerdos Ministeriales” (GRG, 1999: 32).

Gráfica 5. 3.
Organigrama de un Centro de Salud Guatemala, 2008.



Fuente: Centro de Salud San Julián Chinautla, 2008.

En San Julián, la relación de personal institucional por habitante en el momento de la investigación era de 1:2,872; la relación de médicos por habitante de 1:14,360; y la relación de auxiliares de enfermería por habitante de 1:10,770. En San Pedro, en cambio, la relación de personal institucional por habitante en la misma época era de 1:2,084; la relación de médicos por habitante de 1:15,112, ambas muy cercanas a los valores de San Julián Chinautla; y la relación de enfermeras auxiliares de 1:4,318, la cual resultó mayor que la de San Julián (Cuadro 5.2.).

Cuadro 5. 2.

Relación entre número y tipo de personal por habitante en los Centros de Salud San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc, Guatemala, Octubre 2009.

	San Julián Chinautla	San Pedro Ayampuc
Médico/ habitante	1:14,360	1:15,112
Auxiliar de Enfermería/ habitante	1:10,770	1:4,318
Total de funcionarios/ habitante	1:2,872	1:2,084
Funcionarios O11/ habitante	1:3,746	1:2,748
Funcionarios O31/ habitante	1:43,079	1:60,448
Funcionarios 182/ habitante	1:17,232	1:10,075

Fuente: Dirección de Área de Salud Guatemala Nororiente, 2008.

El personal se clasifica en tres rubros contractuales: 011 considerado personal permanente, 031 personal jornalero pagado por nómina con relación contractual por servicios técnicos, y 182 que corresponde al pago por servicios profesionales médicos y sanitarios. Más del 75% de los trabajadores es personal permanente (011) con trabajo estable, por estar vinculados contractualmente con el Estado (Cuadro 5.3.).

Cuadro 5. 3.

Distribución de personal institucional en los Centros de Salud San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc por rubro contractual (2007)

Rubro contractual	San Julián Chinautla		San Pedro Ayampuc	
	Nº	%	Nº	%
O11	23	76.7	22	75.9
O31	2	6.7	1	3.4
182	5	16.7	6	20.7
Total	30	100.0	29	100.0

Fuente: Dirección de Área de Salud Guatemala Nororiente, 2008.

La mayoría de los puestos de trabajo en el centro de salud San Julián están ocupados por auxiliares de enfermería (26.7%) y médicos (20%), Conserjería (10%) y Secretaría

(6.7%). En el centro de salud San Pedro, la mayoría de puestos de trabajo son ocupados por las auxiliares de enfermería (48.3%), médicos (13.8%) y secretarias (6.9%) (Cuadro 5.4.).

Cuadro 5. 4.
Personal¹ por tipo de contrato y puesto de trabajo en los Centros de Salud San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc, Guatemala, octubre 2009.

Puesto	San Julián Chinautla		San Pedro Ayampuc	
	Población (habitantes)*			
	86,158		60,448	
Médico	6	20.0	4	13.8
Laboratorista	1	3.3	1	3.4
Auxiliar de Enfermería	8	26.7	14	48.3
Secretaria	2	6.7	2	6.9
Estadígrafo	1	3.3	1	3.4
Conserje/Mensajero	3	10.0	2	6.9
Enfermera Profesional	2	6.7	1	3.4
Operativo	0	0.0	1	3.4
Contador	1	3.3	0	0.0
Piloto	1	3.3	0	0.0
Odontólogo	1	3.3	1	3.4
Guardián	2	6.7	1	3.4
Técnico en Salud Rural	0	0.0	1	3.4
Inspector de Saneamiento Ambiental	1	3.3	0	0.0
Trabajadora Social	1	3.3	0	0.0

Fuentes: Dirección de Área de Salud Guatemala Nororiente/Gerencia General Administrativo-Financiera, 2009; Ministerio de Finanzas Públicas, 1997.

(*) Estimaciones hechas para el año 2008 por el Instituto Nacional de Estadística -INE-. Otras fuentes difieren sustancialmente.

(¹) Datos de personal a enero de 2009, proporcionados por Dirección de Recursos Humanos de la Dirección de Área de Salud Guatemala Nororiente, Guatemala, 2009.

El Cuadro 5.5 muestra algunos rasgos del perfil de los médicos que laboran en ambos centros de salud. Tres de los diez médicos (dos en San Julián y uno en San Pedro) tienen contrato laboral que los reconoce como trabajadores del Estado (rubro 011). Por tanto, tienen asegurada la jubilación, gozan de estabilidad y prestaciones laborales. El resto del personal está contratado por servicios profesionales (rubro 182) que no da derecho a estas prestaciones (DASGNO, 2009).

Cuadro 5. 5.
Algunas características del perfil del personal bajo los rubros contractuales 182 y 011 en los Centros de Salud de San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2009.

Renglón de contrato	Plaza o Fuente contractual	Cargo	Ubicación Física	Sexo	Salario Mensual*	Prestaciones Laborales	Experiencia burocrática
011	Profesional Jefe III	Médico Director	SPA	M	Q10,133.20	Sí	Médico; administrativo titular
011	Profesional Jefe II	Médico Director	SJC	F	Q9,719.20	Sí	Médico; administrativo titular
011	Profesional II	Médico Consulta Externa 4 horas	SJC	M	Q4,235.00	Sí	Médico; administrativo a.i.
182	Serie 11000	Médico Consulta Externa 8 Horas	SJC	F	Q7,000.00	No	Médico; administrativo titular; 6 meses 182 (25 años 011)
182	Serie 11000	Médico Consulta Externa 8 Horas	SJC	F	Q7,000.00	No	Médico
182	Serie 11000	Médico Consulta Externa 8 Horas	SJC	F	Q7,000.00	No	Médico
182	Serie 11000	Médico Consulta Externa 8 Horas	SJC	F	Q7,000.00	No	Médico
182	Serie 11000	Médico Consulta Externa 8 Horas	SPA	F	Q9,000.00*	No	Médico
182	Serie 29000	Médico Consulta Externa 8 Horas	SPA	M	Q7,000.00	No	Médico; administrativo a.i.
182	Serie 11000	Médico Consulta Externa 8 Horas	SPA	M	Q7,000.00	No	Médico; administrativo a.i.

Fuente: Dirección de Área de Salud Guatemala Nororiente/Gerencia General Administrativo-Financiera,2009.

(*) La diferencia salarial de este funcionario se explica porque su contratación incluye un salario estímulo superior al de los otros profesionales contratados bajo el mismo rubro (182), dado que su lugar de trabajo es rural y requiere de mayores gastos de traslado debido a insuficiencia de transporte público.

En el Centro de Salud San Julián, cinco de los seis médicos son mujeres. El único médico hombre tiene un contrato laboral de cuatro horas, mientras los demás lo tienen por

ocho horas. Dos de ellos tienen contrato con el Estado y gozan de beneficios ligados al trabajo, mientras los demás cuatro fueron contratados por servicios profesionales sin tales beneficios. Además, sólo tres de ellos trabajan a diario en el centro (la directora, una médica con horario de ocho horas y el médico con horario de cuatro horas), mientras el resto lleva a cabo actividades de atención clínica de manera rotativa tanto en tres de los cuatro puestos de salud (el cuarto siendo cerrado debido a los altos índices de violencia en el lugar donde está ubicado), como en el centro de salud San Julián (una o dos veces por semana o cuando es necesario) en el cual también realizan el trabajo administrativo (v. gr. informes, reuniones).

Reflejando la flexibilización de los mercados laborales (e independientemente de la carga de trabajo), todo el personal femenino, a excepción de la directora y el médico de medio tiempo, tienen el mismo salario, la misma clasificación en el escalafón y el mismo tipo de contrato sin prestaciones laborales¹²⁹. Solamente una de las médicas de consulta externa en San Julián declara tener una clínica privada donde trabaja al terminar su jornada laboral en el centro de salud¹³⁰. El médico de medio tiempo también trabaja en una clínica privada de su propiedad, y por ello puede evadir las reuniones de análisis y discusión de la información del distrito y Centro de Salud. Esta situación es compartida por las médicas bajo el rubro de contrato 182.

El caso de San Pedro difiere sustancialmente del de San Julián. A excepción de la médica que atiende el puesto de salud de San José Nacahuil, todos los médicos del centro de salud son hombres. Solamente el director es trabajador del Estado y goza de los derechos laborales correspondientes. A diferencia de los otros médicos, éste se dedica a labores exclusivamente administrativas, las cuales son seriamente cuestionadas tanto por sus subordinados como por las autoridades del área de salud. Los médicos bajo contrato 182 no se sienten obligados a participar en las reuniones de trabajo del Centro de Salud¹³¹.

En cuanto a los salarios del personal permanente, cabe resaltar que está compuesto por un salario base que representa el 45.0% del salario mensual, complementado por una

¹²⁹Informante Clave N° 3, 2008: 7

¹³⁰Informante Clave N° 1, 2008: 9.

¹³¹Informante Clave N° 3, 2008: 10; Informante Clave N° 2, 2008: 8.

serie de bonificaciones que se han ido agregando a lo largo de décadas, principalmente por reajustes salariales debidos a la inflación, y en respuesta a reivindicaciones sindicales. En otras palabras, las bonificaciones componen la mayor parte del salario (55.0%), lo cual tiene implicaciones importantes a la hora de jubilación que se calcula sobre el salario base (Cuadro 5.6.).

Cuadro 5. 6.

Escala salarial del personal permanente (rubro 011) de los Centros de Salud de San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2009

Plaza	Salario base	Incremento 20%	Incremento 10%	Bono SISP	Bono 66-2000	Bonificación Profesional	Bono 50%	Salario mensual
Profesional II (SJC)	Q3,525.00	Q705.00	Q352.50	Q1,200.00	Q250.00	Q375.00	Q1,762.50	Q8,170.00
Profesional Jefe II (SJC)	Q4,219.00	Q843.80	Q421.90	Q1,300.00	Q250.00	Q375.00	Q2,109.50	Q9,519.20
Profesional Jefe III (SPA)	Q4,449.00	Q889.80	Q444.90	Q1,300.00	Q250.00	Q375.00	Q2,224.50	Q9,933.20

Fuente: Dirección de Área de Salud Guatemala Nororiental, 2008.

5.3. El ambiente intersubjetivo laboral en los Centros de San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc.

Entender a una organización como un sistema estructurado e interdependiente de múltiples relaciones sociales es aceptar que dentro de ella se desarrolla un entorno psicológicamente significativo para sus participantes (Peiró, 1995: 503). El ambiente intersubjetivo laboral se ha definido en este trabajo como el conjunto de percepciones que sobre las dinámicas psicosociales relativamente estables y significativas de la organización tienen los empleados de los dos centros de salud estudiados, mismo que, a su vez, influye en sus actitudes y comportamientos (OPS, 1995a: 1, 3). Dicho ambiente presenta un aspecto objetivo y otro subjetivo. El primero está constituido por los objetivos, la estructura y el funcionamiento institucional, mientras que el segundo se remite a las percepciones que los trabajadores tienen sobre el estilo de dirección y liderazgo, la manera de resolver los

conflictos, las formas de motivación que se emplean, y la percepción de reciprocidad entre esfuerzos y recompensas. De ahí que la correspondencia entre la realidad y la percepción converjan de manera diferenciada en la configuración de un determinado ambiente laboral.

La evaluación del ambiente intersubjetivo laboral hace referencia a atributos del ambiente de trabajo que define la forma en que el trabajador percibe las múltiples dimensiones de interacción dentro de su trabajo tales como su rendimiento, su productividad, su satisfacción, y su pertenencia a la institución (Del Cerro, 1991: 115).

El clima organizacional de los centros bajo estudio fue medido por medio de los resultados de la encuesta de evaluación del Clima Organizacional llevada a cabo por el autor en 2008¹³² (DAGNO, 2008), cuyos resultados se presentan en el Cuadro 5.7.

Cuadro 5.7.
Valores° promedio de los indicadores* del clima organizacional evaluado en distritos de salud del área Guatemala Nororiente, Guatemala, 2008.

Distrito de Salud	Variables e indicadores															
	Liderazgo				Motivación				Reciprocidad				Participación			
	Dirección	Estímulo Excelencia	Estímulo Trabajo Equipo	Solución Conflictos	Realización Personal	Reconoce Aportación	Responsabilidad	Adecuación Condiciones Trabajo	Aplicación Trabajo Ciudadano	Patrimonio Institución	Retribución	Equidad	Compromiso Productividad	Compatibilidad Intereses	Intercambio Información	Involucramiento con Cambio
San Julián Chinautla	3.93	4.00	4.13	3.40	3.93	3.20	2.93	2.00	3.33	4.13	2.27	2.73	3.33	3.80	3.00	2.93
Fraijanes	3.88	3.72	3.75	2.97	3.84	2.22	2.19	3.34	3.75	4.03	1.72	2.78	3.09	3.69	2.63	2.50
Tierra Nueva	3.83	3.52	3.26	2.78	3.78	2.35	2.52	2.13	3.22	3.65	1.65	2.52	3.09	3.22	2.04	1.96
San José del Golfo	3.81	3.48	3.71	3.29	3.86	2.29	2.48	2.90	3.33	3.86	1.90	3.19	3.43	3.19	2.24	2.48
San José Pinula	3.38	3.85	4.00	3.15	3.85	2.92	2.69	2.31	3.85	3.62	2.46	2.77	3.08	2.92	2.23	2.54
Palencia	3.20	3.08	3.36	2.52	3.52	1.64	2.40	2.24	2.96	3.52	1.24	2.88	3.04	3.48	2.28	2.36
Santa Catarina Pinula	2.53	3.00	3.20	2.27	3.20	2.00	2.47	2.93	3.00	3.27	2.00	1.53	2.87	3.13	1.67	2.20
San Pedro Ayampuc	2.86	2.10	3.24	1.14	3.43	1.86	2.05	1.76	3.33	2.76	1.43	2.05	2.00	2.38	1.52	1.76

Fuente: Miranda, 2008b.

¹³² Esta encuesta fue realizada por el propio investigador a partir de una experiencia previa (2006) con la que fue directora del Área de Salud Guatemala Nororiente entre los años 2006-2009. La encuesta se realizó durante la fase de inmersión en los centros de salud de ésta Área de Salud, aprovechando la disponibilidad de la directora. El levantado de la encuesta, la tabulación de datos y la interpretación estuvieron a cargo del propio investigador. Los hallazgos, aunque no se constituyeron en otro criterio de selección, si ayudaron a reforzar los criterios planteados originalmente.

(^o) Los parámetros de evaluación utilizados para la Evaluación del Clima Organizacional fueron: a) “inaceptable” con un puntaje entre 0 y 2.5, b) “insuficiente” con un puntaje entre 2.6 y 3.9, y c) “adecuado” con un puntaje entre 4.0 y 5.0.

Los resultados de la encuesta indican que son importantes para los trabajadores la figura del jefe-líder, la autonomía relativa de la que gozan los empleados, y el mantener ciertas condiciones laborales que favorecen tanto algunos derechos adquiridos a lo largo de los años como cierta dinámica relacionada con las prácticas organizacionales. En el cuadro 5.7 aparecen en letras negritas los valores encontrados para los dos centros de salud estudiados. Puede apreciarse cómo se presentan los polos de mejor y peor valoración subjetiva del clima laboral.

En el Cuadro 5.8 se aprecia que, a excepción de los indicadores de adecuación de las condiciones de trabajo, aplicación al trabajo y equidad, los demás valores promedios de cada indicador del clima laboral en San Julián están por encima de la media del área de salud Guatemala Nororiental. A la inversa, todos los valores estimados para San Pedro están por debajo de la media de esta área de salud. Los indicadores con puntuaciones más altas en San Julián están relacionados con el estímulo al trabajo en equipo, cuidado del patrimonio institucional, estímulo a la excelencia, realización personal, y estilo de dirección, mientras que en San Pedro, tiene la puntuación más alta los indicadores de realización personal, aplicación al trabajo, estímulo al trabajo en equipo, estilo de dirección y cuidado del patrimonio institucional. Eso parece traducirse en un adecuado liderazgo, una orientación productiva del personal en conjunto, la conservación de sus instrumentos de trabajo, y un buen grado de realización personal.

Cuadro 5. 8.

Valores promedio por cada indicador entre los centros de salud San Julián y San Pedro, con respecto de el promedio del área de salud Guatemala Nororiente, Guatemala, 2008.

Distrito de Salud	Liderazgo				Motivación			
	Dirección	Estímulo Excelencia	Estímulo Trabajo Equipo	Solución Conflictos	Realización Personal	Reconoce Aportación	Responsabilidad	Adecuación Condiciones Trabajo
San Julián	3.93	4.00	4.13	3.40	3.93	3.20	2.93	2.00
Área de Salud	3.43	3.34	3.58	2.69	3.68	2.31	2.47	2.45
San Pedro	2.86	2.10	3.24	1.14	3.43	1.86	2.05	1.76

Distrito de Salud	Reciprocidad				Participación			
	Aplicación Trabajo	Cuidado Patrimonio Institución	Retribución	Equidad	Compromiso Productividad	Compatibilidad Intereses	Intercambio Información	Involucra con Cambio
San Julián	3.33	4.13	2.27	2.73	3.33	3.80	3.00	2.93
Área de Salud	3.35	3.61	1.83	2.56	2.99	3.23	2.20	2.34
San Pedro	3.33	2.76	1.43	2.05	2.00	2.38	1.52	1.76

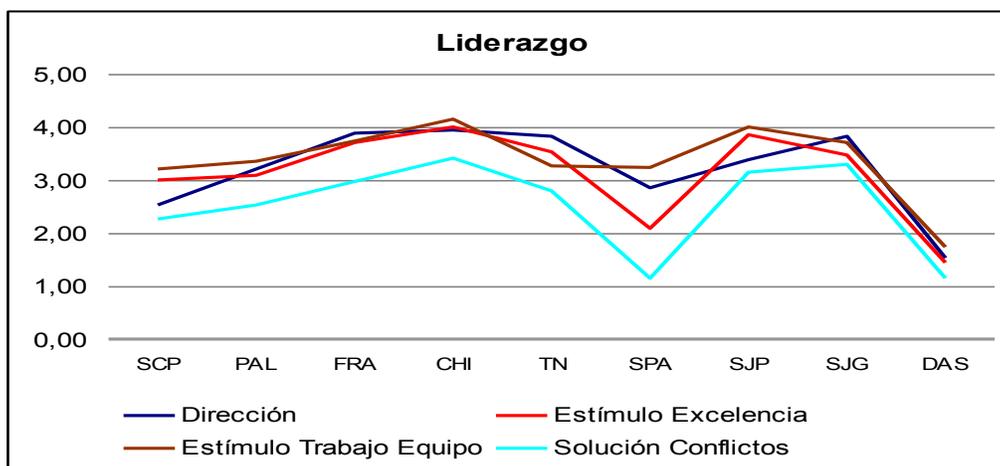
Fuente: Miranda, 2008b.

En el centro de salud San Julián es donde mejor se perciben las cuatro dimensiones del liderazgo. Un factor que podría ayudar a explicar tal situación, y es mencionado con cierta regularidad por varios informantes clave, es el carisma y la calidad de las relaciones humanas que entabla la directora, quien, además, cuenta con un fuerte reconocimiento político, social y técnico-profesional.

El Centro de Salud de San Pedro se caracteriza, en cambio, por tener como precedente una administración distrital de largo aliento (veintidós años) que consolidó una determinada forma de trabajo basada en un liderazgo de tipo *laisser faire*, consistente en la no transformación de conflictos históricos larvados y la tensión permanente entre empleados. Las continuas pugnas entre algunos miembros del personal del centro de salud

denotan una fuerte tensión reflejada en el ambiente de trabajo, con períodos de confrontación abierta (siendo la inadecuada solución de conflictos algo muy presente en todos los servicios) (Gráfica 5.4.).

Gráfica 5. 4.
Percepciones del Liderazgo en los servicios de salud del Área de Salud Guatemala Nororiente*, Guatemala 2008.



Fuente: Miranda, 2008b.

(*) La gráfica de liderazgos está construida con los datos de la Dirección de Área de Salud Guatemala Nororiente (DAS), y los ocho centros de salud que la configuran: Santa Catarina Pinula (SCP); Palencia (PAL), Fraijanes (FRA), San Julián Chinautla (CHI), Tierra Nueva (TN), San Pedro Ayampuc (SPA), San José Pinula (SJP), y San José del Golfo (SJG).

La calificación alta del liderazgo se relaciona con varios aspectos del clima organizacional claramente identificables. Influye positivamente el tiempo de permanencia en el puesto de cada director de Centro y su movilidad interna en el escalafón. Esto implica que conoce tanto la tarea práctica como la administrativa, lo cual facilita su comprensión de las diversas prácticas que adoptan los trabajadores y su adaptabilidad a la personalidad de cada uno de ellos. Esto le permite, a su vez, tener claridad sobre cómo se hacen las cosas en la organización, y evitar enfrascarse en conflictos innecesarios.

La investigación revela que los directores autorizan rutinariamente ciertas transacciones horizontales y verticales dentro de su organización, tales como permisos especiales, cambios en la forma y programación de las tareas, siempre y cuando se cumplan

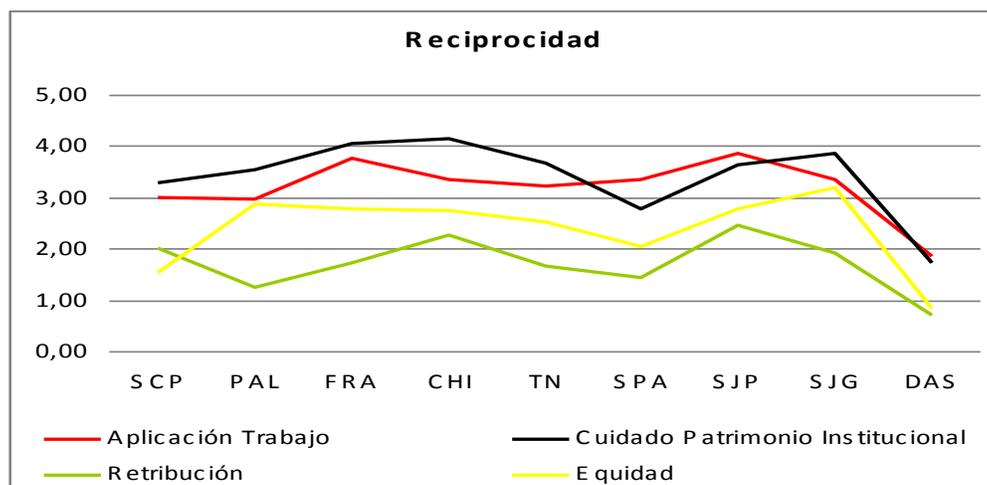
con los resultados previstos. Estos jefes(as) han logrado fomentar, o al menos reconocer, que el logro de los compromisos de gestión pasa por el trabajo en equipo, y que es una forma de poder llevar a cabo las tareas cotidianas (como la vacunación o la deschatarrización) para obtener tiempo para la tarea administrativa (v. gr. relleno de instrumentos de información sanitaria). Además, el tamaño de la organización ha tenido un papel importante, tanto para mantener una buena comunicación entre los trabajadores cuando se trata de resolver conflictos, como para hacer operativos programas comunitarios como la vacunación canina. También ha influido en eliminar la comunicación agresiva entre trabajadores en conflicto cuya interacción se requiere para realizar una tarea institucional como la generación de reportes epidemiológicos la comunicación (Robbins, 1987: 161-163). En San Julián, la directora ha sabido adoptar un estilo de dirección que combina la preocupación por la tarea y por las personas. Con ello ha logrado mantener relaciones de confianza y respeto dentro de la organización que han permitido que el trabajo sea visto como producto de todos (Robbins, 1987: 330). Esta directora ha fomentado el trabajo en equipo que se ha venido desarrollando desde hace varios años en este centro de salud. Es probable que la estabilidad laboral del personal, y por siguiente el tiempo de convivencia, han permitido el establecimiento de relaciones de mayor firmeza y confianza mutua, mismas que el carisma de la directora ha reforzado. La resolución de conflictos se hace durante las reuniones de equipo durante las cuales se valorizan el convencimiento y la negociación.

En cambio, esta forma de liderazgo no se observa en San Pedro donde el director ha adoptado un estilo de dirección de *laissez faire* (o de *ahí se va*). La alta rotación de cuadros médicos, la conformación de pequeños grupos con viejas tensiones mal resueltas y la falta de liderazgo por parte del director han permitido la consolidación de pequeños grupos cerrados dentro de la organización en detrimento de un verdadero trabajo en equipo. En consecuencia, el abordaje de los conflictos suele canalizarse a través de los mecanismos administrativos contemplados en el reglamento interno, lo cual tiende a burocratizar a la vez que polarizar las relaciones sociales.

La Gráfica 5.5 presenta un aspecto horizontal aunque menos apretado que las otras gráficas. Nuevamente, parece marcarse una figura de ave en vuelo, aunque menos

pronunciada que en la gráfica de liderazgo, cuyos valores más bajos presentan un pico bastante pronunciado en el distrito de San Pedro Ayampuc. La curva del indicador ‘Cuidado del Patrimonio Institucional’ muestra los valores más altos, mientras que el indicador ‘Retribución’ tiene las puntuaciones más bajas. La más baja es la curva que representa la ‘Retribución’. El Centro de San Julián puntea en los primeros dos lugares en los indicadores ‘Cuidado del Patrimonio Institucional’ y ‘Retribución’. El de San Pedro, en cambio, tiene las puntuaciones más bajas en estas variables en comparación con los demás centros.

Gráfica 5. 5.
Percepciones de la reciprocidad en los servicios de salud del Área de Salud Guatemala Nororiente, Guatemala 2008.



Fuente: Miranda, 2008b.

(*) La gráfica de Reciprocidad está construida con los datos de la Dirección de Área de Salud Guatemala Nororiente (DAS), y los ocho centros de salud que la configuran: Santa Catarina Pinula (SCP); Palencia (PAL), Fraijanes (FRA), San Julián Chinautla (CHI), Tierra Nueva (TN), San Pedro Ayampuc (SPA), San José Pinula (SJP), y San José del Golfo (SJG).

En centro de salud San Julián se aprecia una combinación entre la ‘Aplicación al Trabajo’ y el ‘Cuidado del Patrimonio Institucional’, lo cual responde a la presión continua que enfrentan los trabajadores para dar cumplimiento a los compromisos de gestión de los programas de salud, y a la vez preservar en el mejor estado posible el equipo e instrumental que utilizan para realizar sus tareas, dada la escasez de recursos e insumos en todos los

centros de salud. Cabe resaltar, además, que cada uno de los trabajadores está legalmente obligado a asumir la responsabilidad por el patrimonio institucional que corresponde a su puesto de trabajo.¹³³.

Internamente, son ambiguos los principios de equidad que rigen entre los miembros del personal. Por una parte, los empleados son tratados de manera respetuosa y personalizada por su jefe, pero a la vez se reconocen de facto algunos derechos adquiridos a favor de algunos trabajadores, como por ejemplo los médicos que atienden su clínica privada dentro del horario laboral público. Las desigualdades en los salarios también generan malestar. Por una parte, los trabajadores se sienten mal pagados considerando la carga laboral que se les exige, y por otra, no consideran que el sistema público sea equitativo con ellos, porque no son transparentes los criterios con base en los cuales se suben de nivel a unos y no a otros.

Usualmente, la antigüedad no se toma en cuenta en los ascensos, ni tampoco existe posibilidad de ascenso en el escalafón administrativo fuera del clientelismo político. En otras palabras, no existe la promoción por mérito. Como comenta un trabajador: "...en mis veinticinco años yo nunca vi que por los méritos de una le dieran un ascenso, ¿Cómo explicarte? ... nosotros, en el ministerio, siempre hemos entrado por cuello, y lo que vamos a conseguir lo vamos a hacer siempre por cuello..."¹³⁴.

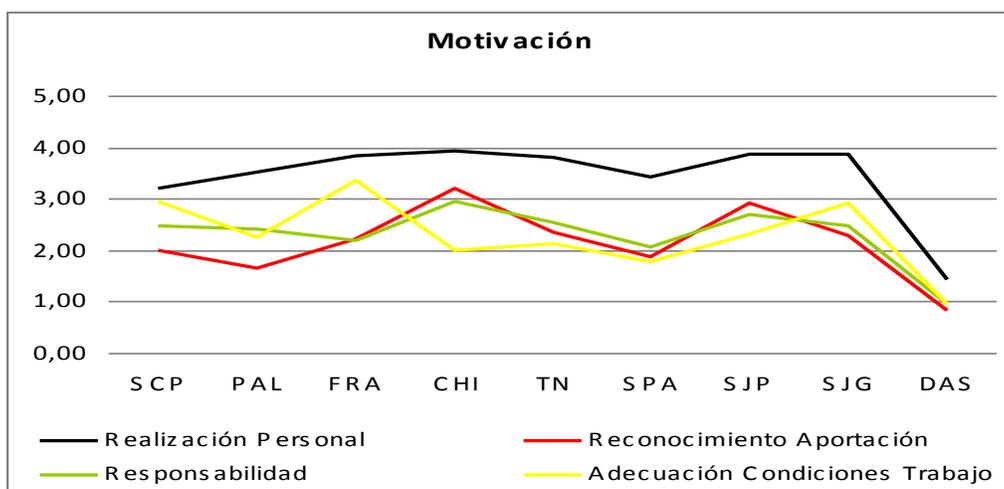
En el centro de salud San Pedro, igualmente, se presume de la 'Aplicación al Trabajo' y del 'Cuidado del Patrimonio Institucional', probablemente debido al alto grado de discreción que los trabajadores guardan sobre su trabajo. La percepción general es que desde la dirección se favorece a cierto grupo de trabajadores por encima de los demás. Se señala que dicho favoritismo responde a los grupos leales al director. Con respecto a los ascensos del personal, al igual que en San Julián, se reconoce que los años de servicio no constituyen criterios para recibir alguna promoción laboral, y que el ascenso obedece más bien a alianzas políticas partidarias o sindicales.

¹³³ Todo trabajador nuevo que ingresa al Ministerio de Salud firma un documento con cargo de responsabilidad sobre los bienes institucionales, que lo compromete a hacer uso adecuado del mismo y a responder por su existencia y deterioro a la hora de retirarse de la institución.

¹³⁴ Informante Clave N° 1, 2008.

La gráfica 5.6 que mide la motivación del personal muestra una tendencia mucho más horizontal y con menos picos pronunciados que las gráficas anteriores. La curva que representa la ‘Realización del Personal’ es la más alta, y en ella sobresalen el centro de salud de San Julián Chinautla, mientras que entre los más bajos está el puntaje de San Pedro Ayampuc. Además, se aprecia que el distrito de San Julián sigue siendo el que tiene mejor puntuación en tres de las dimensiones de la motivación, excepto en ‘Adecuación de las Condiciones de Trabajo’ donde sobresalen otros centros de salud que difieren de San Julián principalmente por tener edificios de reciente construcción. San Pedro Ayampuc presenta las puntuaciones más bajas en todas las dimensiones, mientras que San Julián tiene puntaje bajo sólo en ‘Adecuación a las Condiciones de Trabajo’. En la variable motivación sobresale la ‘Realización Personal. A pesar del señalamiento hecho antes sobre la visión instrumental que se tiene sobre el trabajo con el Ministerio y el sector público en general, también es cierto que los trabajadores del sector público han encontrado un nicho laboral desde el cual han forjado cierta buena fama como trabajadores.

Gráfica 5. 6.
Percepciones de la motivación en los servicios de salud del Área de Salud Guatemala Nororiente, Guatemala 2008.



Fuente: Miranda, 2008b.

(*) La gráfica de Motivación está construida con los datos de la Dirección de Área de Salud Guatemala Nororiente (DAS), y los ocho centros de salud que la configuran: Santa Catarina Pinula (SCP); Palencia (PAL), Fraijanes (FRA), San Julián Chinautla (CHI), Tierra Nueva (TN), San Pedro Ayampuc (SPA), San José Pinula (SJP), y San José del Golfo (SJG).

Las escasas promociones y (re)contrataciones obedecen, más que a la valoración de mérito profesional, a la fama adquirida a lo largo del tiempo de trabajo dentro de la burocracia. Como lo comenta un informante, “tú como trabajador del ministerio te haces tu lugar en él, si eres buena trabajadora o haragana y chismosa...”¹³⁵. En San Julián, la percepción de los trabajadores es que hay una ‘Realización Personal’ en el trabajo para el cual han sido formados. Parece contribuir a ello el alto grado de autonomía con el cual realizan su trabajo. La ‘Responsabilidad’ es una condición muy apreciada a pesar de haber excepciones, sobre todo cuando alguno de los médicos invoca ‘las colas machucadas’, expresión que indica que todos tienen algo que ocultar. El ‘Reconocimiento a la Aportación’ es algo que se celebra al interior del centro, sobre todo durante algún acto festivo o alguna reunión de trabajo. Con respecto a la ‘Adecuación de las Condiciones de Trabajo’ la percepción es muy pesimista aunque honesta. Colectivamente, se reconoce la precariedad con la cual el personal realiza sus actividades diarias. Pero aparejado a ello también está el hecho de que se celebra la capacidad de resolución ligada a la inventiva personal o grupal.

En el caso del centro de salud San Pedro, también existe un consenso sobre lo inadecuado de las condiciones de trabajo. Se exaltan las capacidades individuales para resolver las situaciones de trabajo aun a costa de no apegarse a las normas formales de atención, en cuyo caso se invoca el criterio profesional para tomar las decisiones. No se obtiene reconocimiento alguno a la aportación de cada uno, pero se recurre a la autoafirmación como mecanismo para hacer uno visible ante los demás. Por tanto, la responsabilidad es valorada, aunque con algunas excepciones a esta regla.

En la gráfica 5.7 sobre percepciones de participación, de nuevo vemos la figura de ave en vuelo cuyo cuerpo se encuentra desplazado hacia la derecha donde se agrupan los valores más bajos. Las curvas de ‘Compatibilidad de Intereses’ y ‘Compromiso con la Productividad’ muestran los valores más altos, mientras que los más bajos son ‘Involucramiento en el Cambio’ e ‘Intercambio de Información’. De nuevo, San Julián presenta los valores más altos, mientras que San Pedro tiene los más bajos. La

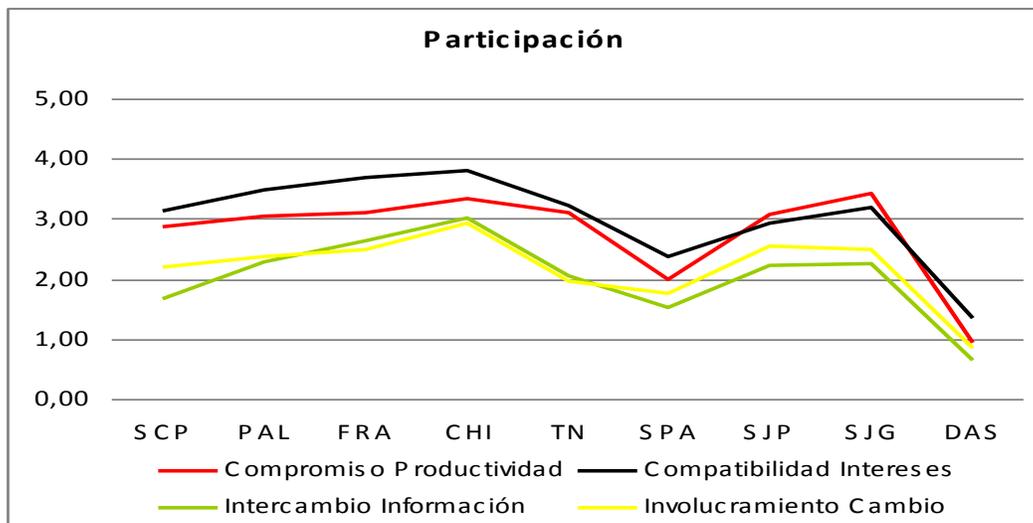
¹³⁵Informante Clave N° 1, 2008.

‘Compatibilidad de Intereses’ –la curva con los valores más altos- es similar a la de la ‘Realización Personal’ de los empleados, principalmente porque hay una especie de auto-realización producto de trabajar en función de lo que cada quien aprendió técnica y/o profesionalmente. Sin embargo, llama la atención que, al igual que en otros centros de salud públicos, persiste en los dos centros estudiados la apatía en cuanto a involucrarse en las grandes aspiraciones de cambio, especialmente cuando emanan de los niveles centrales del ministerio y/o se originan en los cambios de gobierno. También es notable la poca disponibilidad para intercambiar información al respecto, aun cuando ello pueda representar algún detrimento en el funcionamiento de los programas de salud o para el logro de las metas individuales u organizacionales.

En San Julián, el ‘Compromiso Productividad’ es alto, sobre todo porque se percibe como algo que denota profesionalidad y honestidad. Sin embargo, es en este rubro que mayormente se aprecian las formas ‘alternativas’ con las que se llega a cumplir con las metas individuales o grupales e institucionales. Nuevamente, la amplia libertad de acción es percibida como un factor positivo importante. La ‘Compatibilidad de Intereses’ parece favorecer las otras dimensiones. El ‘Intercambio de Información’, sin embargo, sigue siendo una debilidad muy señalada por parte de todo el personal. Las razones del ocultamiento, dilación y/o falta de diseminación de la información parecen estar ligadas a ciertos hábitos propios de la burocracia pública guatemalteca, en tanto se convierte en un arma de sabotaje de la institución.

Gráfica 5. 7.

Percepciones de la participación en los servicios de salud del Área de Salud Guatemala Nororiente, Guatemala 2008.



Fuente: Miranda, 2008b.

(*) La gráfica de Participación está construida con los datos de la Dirección de Área de Salud Guatemala Nororiente (DAS), y los ocho centros de salud que la configuran: Santa Catarina Pinula (SCP); Palencia (PAL), Fraijanes (FRA), San Julián Chínautla (CHI), Tierra Nueva (TN), San Pedro Ayampuc (SPA), San José Pinula (SJP), y San José del Golfo (SJG).

El ‘Involucramiento con el Cambio’ se hace dentro de ciertas condiciones y en ciertos momentos. Las principales resistencias se manifiestan en contra de la irrupción de nuevos métodos de trabajo o metas programáticas considerados ‘de moda’ que emanan del nivel central del Ministerio de Salud y de los organismos de cooperación internacional. Las aportaciones consideradas más importantes son aquellas ligadas a la forma de organizarse para el trabajo cuando es una decisión surgida dentro del mismo servicio. En tales casos, la mayoría del personal del centro se involucra en ello.

En el caso del centro de San Pedro, la productividad está vinculada con la percepción de cumplir con la cuota de trabajo, con demostrarla profesionalidad en el caso de los médicos, y con evitar ser amonestado para el personal paramédico. Se cumple, normalmente, con los compromisos oficiales, pero se hace poco esfuerzo por ir más allá. La ‘Compatibilidad de Intereses’ es percibida como algo importante, sobre todo porque se

trabaja en lo que se sabe hacer y porque hay mucha libertad de acción. Eso es reforzado por la poca rendición de cuentas y evaluación de la calidad del trabajo. El ‘Intercambio de Información’ suele ser un reclamo abiertamente entre médicos, y motivo de descalificación para la dirección. Parte del personal se involucra en el cambio, pero lo hace, más bien, de palabra, pues, la actitud de resistencia de los demás trabajadores sirve de efecto de demostración para socavar casi cualquier ímpetu individual por involucrarse intensamente.

Conclusiones

A manera de conclusión, en este capítulo se describió las condiciones de infraestructura de los centros de salud San Julián y San Pedro, la dotación del tipo de recurso humano con la que cuentan, las condiciones de los espacios donde se llevan a cabo las prácticas de salud, y el clima organizacional dentro del cual los trabajadores laboran.

La búsqueda de atención médica en los centros de salud San Julián y San Pedro implica para el usuario confrontarse con una serie de aspectos vinculados a micro-espacios donde priman diversas expresiones de deterioro físico, incertidumbre de recursos curativos (medicamentos) e inconstancia en la aplicación protocolar mínima de la atención (falta de instrumentos para tomar temperatura corporal y tensión arterial). Las condiciones materiales que definen cada uno de los micro-espacios (sala de espera, una pre-consulta o una clínica médica) y objetos que las escenifican (mobiliario, instrumentos, medicamentos, camillas, etcétera), son indicativos para los usuarios del tipo de espacio público al cual acuden y del trabajador que ahí labora. Hay desencanto tanto entre los usuarios como en los trabajadores, debido a las condiciones materiales de los distintos espacios organizacionales. Las expectativas de entrega de servicios por parte de los trabajadores a partir del menoscabo en las condiciones laborales, mismas que definen en buena medida sus prácticas de salud, expresan una demanda crónica por mejores condiciones de trabajo. Para el usuario, estas condiciones confirman la estigmatización de los servicios públicos.

Finalmente, el clima de trabajo señala algunas percepciones sobre las condiciones y relaciones internas dentro de los centros de salud, las cuales reflejan tensiones hacia los directivos por las condiciones de operación, las formas de resolver desavenencias, el manejo de la información, y las limitaciones de los estilos de dirección. Sin embargo,

también debe señalarse la satisfacción de la mayoría de los trabajadores con la libertad con la cual cada quien realiza sus labores, con el cuidado del patrimonio institucional, y con la realización personal, aspectos vinculados con la formación y experiencia acumuladas por cada uno de ellos.

Capítulo VI

Espacios, prácticas y relaciones sociales en los Centros de Salud San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc

El capítulo presenta la manera en que los trabajadores de la salud de los centro bajo estudio interactúan normalmente con los usuarios en cuatro micro espacios de atención de salud observados. El proceso de búsqueda de atención por parte de los usuarios implica entrar en interacción con el personal institucional –guardián, secretarías, enfermeras auxiliares y médicos- reproduciéndose ciertas convenciones sociales e institucionales preestablecidas, pero también, llevando adelante prácticas diferentes a las normadas, orientadas a reestructurar las oportunidades de acceso a los contenidos de la política de salud, consistente en redefinir, política y socialmente, las condiciones dentro de los cuales se dan las prácticas de salud.

6.1. La dinámica social en el Centro de Salud San Julián Chinautla

La observación y registro de datos sobre los espacios, las prácticas de salud y las relaciones sociales en el Centro de Salud San Julián Chinautla¹³⁶ fueron realizados en diferentes momentos entre los meses de julio y diciembre de 2008, y ampliados entre septiembre y octubre de 2009. En cada uno de los días de observación, el investigador acudió vestido lo más parecido al atuendo de cualquier usuario regular, con la finalidad de confundirse entre éstos. Fue necesario ubicarse en diversos lugares dentro del centro de salud siguiendo la ruta de atención preestablecida, para registrar las condiciones materiales, observar la manera en que se dieron y respondieron las prácticas de salud, y prestar atención a las características de las relaciones sociales, todas ellas ubicadas en los diferentes espacios-momentos del proceso de atención institucional. En uno de los días de

¹³⁶ La observación y el registro de datos institucionales y fotográficos sobre los espacios, prácticas y relaciones sociales en el Centro de Salud San Julián Chinautla fueron realizados en días alternos, evitando realizar observaciones en días cuando hubieran actividades extraordinarias únicas que alteraran la forma rutinaria de operar en el centro de salud.

observación participante se pudo completar el proceso de observación de la atención al participar como paciente. El motivo de la consulta fue el control de la presión arterial.

6.1.1. Las características de los espacios, las prácticas de atención y las relaciones sociales, según área de atención en el Centro de Salud San Julián

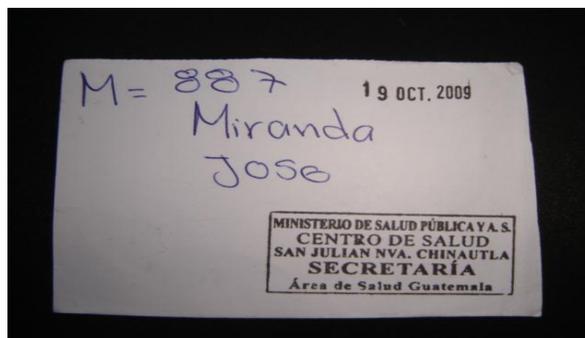
A continuación se describe la manera en que se organizan las prácticas de salud, los actores que las realizan y las expresiones de agencia observadas durante el desarrollo de las mismas. Seguidamente, se presentan las miradas del investigador, del trabajador y del usuario sobre las dinámicas derivadas de las prácticas de salud. Se cierra el apartado con unas conclusiones sobre los aspectos anteriormente presentados del Centro de Salud San Julián.

6.1.1.1. El ingreso-recepción: la identidad institucional del usuario

El ingreso o recepción de usuarios es el inicio del proceso de atención de salud por el cual todo usuario debe pasar. Cada trabajadora de recepción lleva sus propios lapiceros, y no cuentan con papelería oficial membretada. Se reutiliza papel desechado para crear y/o completar la papelería institucional, por ejemplo cuando los usuarios requieren de un carnet de salud nuevo. Éste nuevo carnet fue hecho a partir de un trozo de papel blanco de 10cm x 5cm, en donde se consignan un código de registro (M887), la fecha (19 OCT 2009), el nombre del usuario (en este caso el del investigador), y el sello oficial del Centro de Salud-San Julián (Fotografía 6.1.). Otros materiales son aportados por el propio personal institucional en forma de donativo destinado para la compra de papel para los expedientes médicos, fotocopias, y bombillas eléctricas para las diferentes salas o lámparas de pie.

Fotografía 6. 1.

Carnet de salud hechizo, Centro de Salud San Julián Chinautla, Guatemala, 2009.



Fuente: Miranda, 2008a.

El equipo consta de una computadora y una máquina de escribir mecánica, ambas en desuso por falta de mantenimiento y repuestos. Los únicos instrumentos visibles son los sellos oficiales del centro de salud.

La atención se inicia a las 05:45am con la entrega por parte del guardián del edificio de los primeros números para acceder a la atención. Éste, quien duerme en el edificio 'B', es el primero en iniciar sus labores, abriendo las puertas del centro de salud a las 05:50am. El personal que atiende es el que decide cuantas boletas se distribuyen.

Al no haber cita para el usuario, no hay una hora de recepción específicamente acordada para el servicio (como, en principio, pero no de facto, ocurre en el servicio sanitario privado), razón por la cual el usuario tendrá que permanecer en el centro de salud dependiendo del turno que le toque. Algunos de los usuarios que acuden a esta hora temprana se van aglomerando en la Sala 'a', mientras que otros optan por volverse a su casa para atender asuntos familiares y volver poco antes de las 07:00am cuando da inicio el registro administrativo. Sin embargo, quienes realizan trámites administrativos pueden llegar en cualquier momento de la mañana. Posteriormente, son las secretarías y el personal de enfermería quienes llegan al recinto (alrededor de las 06:55am). Los médicos son los últimos en aparecer, entre las 07:10am y 07:20am.

El centro de salud establece cuotas promedios diarias de pacientes por médico: veinte pacientes para los médicos que laboran cuatro horas y cuarenta pacientes para aquellos médicos de ocho horas (o un promedio de 12 minutos por paciente). Tal medida no sólo está prohibida, sino que también no está sujeta a ningún tipo de sanción administrativa, aun siendo del conocimiento de las autoridades de salud. Una vez que los usuarios se ubican en la sala de espera, se distribuyen de manera circular, quedando al alcance de la vista del personal institucional (Fotografía 6.2.)

Fotografía 6. 2.

Distribución espacial de los usuarios en la sala de espera, Centro de Salud San Julián Chinautla, Guatemala, 2008.



Fuente: Miranda, 2008a.

Conforme como se van aglomerando los usuarios, y ante la escasez de asientos, una parte de ellos va formando grupos de dos a cinco personas para conversar, las cuales terminan por extenderse hacia las áreas verdes del edificio, atentas todas al llamado del personal para formarse. Otros usuarios, principalmente mujeres jóvenes, se ubican en el pasillo entre las salas ‘a’ y ‘b’ y, durante todo el tiempo de espera, alborean sobre el examen de Papanicolaou, mientras que otro grupo de mujeres de mayor edad sólo sonríen ante tales comentarios, evitando mirar de frente a quienes los hacen.

Para dar inicio al registro oficial, una de las secretarías, con el apoyo del guardián, ordena a los usuarios en una sola fila, siguiendo el orden de los números dispensados. Luego, vuelve al escritorio para ordenarlo rápidamente e iniciar el registro de usuarios de acuerdo con la numeración. Conforme se realizan los primeros registros, la otra secretaria –

una enfermera auxiliar- busca los expedientes médicos de los usuarios de acuerdo a su número de carnet. La actitud y conducta de ambas secretarias, en general, denotan dedicación al trabajo. La atención es rápida y cordial y, algunas veces, de rechazo aclaratorio y sin rodeos, especialmente cuando las demandantes no son los titulares del trámite que solicitan¹³⁷. Mientras anota los datos del demandante en el libro de registro, la secretaria rara vez lo ve directamente a los ojos, excepto cuando entrega o devuelve el carnet o indica al usuario hacia donde debe proseguir. Inmediatamente, ve al siguiente de la cola, y repite el mismo procedimiento: solicitud del carnet, anotación de datos, complementado con la extracción y apilado de los expedientes médicos por parte de la segunda secretaria. Su conducta denota prisa por enviar a los pacientes a pre-consulta, dado que los médicos ya han empezado a llegar y se dirigen a las clínicas.

Sólo en pocas ocasiones se da un diálogo poco estructurado, especialmente, cuando algunas usuarias re-consultan y solicitan pasar con el mismo médico que las ha atendido anteriormente, o bien con otro cuando no están satisfechas con la atención previa. Ante ello, cualquiera de las secretarias suele responder al usuario diciéndole que no depende de ellas el hacerlo, sino que deberá hacer tal petición al personal de enfermería que atiende en la pre-consulta. La aclaración es breve y sin mirar a la usuaria a los ojos, debido a la prisa que tienen las secretarias por documentar a cada usuario. Una vez registrados los usuarios son enviados hacia la pre-consulta, ubicada en la sala ‘b’.

Aunque hay prácticas que exigen acciones correctivas casi constantemente, tales como el establecimiento de cuotas de acceso o el uso de papelería de desecho, ninguna de ellas parece invalidar la acción de los trabajadores y comprometer la legitimidad de las prácticas o de la institución. Parece haber cierto acomodo e indiferencia ante las mismas, tolerándose las inadecuadas condiciones materiales propias de este espacio, y la manera en que se dan y reciben las acciones.

¹³⁷Las respuestas de las solicitantes ante tal negativa es de justificación o duda. Con frecuencia utilizan justificaciones con la intención de persuadir al personal institucional para conseguir el objetivo de la visita: “fíjese que la interesada -la persona titular- no puede venir porque está trabajando y no le dan permiso”, “Es que yo no puedo venir todos los días porque me queda lejos y tengo niños, y sólo le estoy haciendo un favor a la interesada”, “¿Será que usted no me la puede entregar aunque yo le firme de recibido?”.

Por su vestimenta, la mayoría de los usuarios que acuden a los servicios parecen ser de escasos recursos¹³⁸. La ropa del personal institucional no difiere sustancialmente de la de los usuarios. En muchas ocasiones, el único factor de distinción entre empleados y usuarios es el lado que cada cual ocupa dentro de las unidades de atención, el gafete institucional o el chaleco con logotipo del Ministerio de Salud que los trabajadores llevan puesto. En cuanto a la interacción, durante la formación de la cola, puede llegar a haber contacto físico entre la secretaria y los usuarios, pero sólo proximidad física entre los usuarios. Durante el registro, la coparticipación entre el usuario y el funcionario es asimétrica en varios aspectos. Mientras la secretaria permanece sentada los usuarios están de pie haciendo la cola, observándola y respondiéndole. El diálogo acá es estructurado, de tal manera que la secretaria repite las mismas preguntas a todos los usuarios: nombre, edad, dirección domiciliar. El registro del sexo del usuario lo determina ella sin preguntar. Éstos se limitan a responder tales preguntas y pocas veces amplían el diálogo para inquirir sobre procedimientos administrativos, horarios de atención y acceso los fines de semana. Además, la secretaria ordena al usuario hacia dónde dirigirse y éste simplemente obedece.

Desde la mirada de los trabajadores, se señala la existencia de diferente carga laboral durante los días de la semana. Uno de ellos declara: “Todos los días hay trabajo, especialmente los lunes, miércoles y jueves”¹³⁹. También tienen presente las inadecuadas condiciones de trabajo con las que se opera en la Secretaría cuando dicen: “No tenemos los recursos suficientes para hacer el trabajo. Como puede darse cuenta, utilizamos lo que tenemos al alcance o lo que podemos aportar nosotras. Del área de salud le dicen a la directora que no hay dinero o que hay retrasos en los envíos del Ministerio de Finanzas, pero nosotros no sabemos si es verdad o no. La directora tiene buenas relaciones con el alcalde, y es a través suyo que ella consigue algunos recursos para el centro de salud”¹⁴⁰. Estas condiciones señaladas por la trabajadora del centro de salud contrastan con lo dispuesto en el artículo 58 del Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud (Anexo 14) que responsabiliza a la autoridad del área de salud para “...asegurar la

¹³⁸ No existen registros oficiales que den cuenta de este tipo de características de los usuarios.

¹³⁹ Informante Clave N° 1, 2008.

¹⁴⁰ Informante Clave N° 1, 2008.

articulación y funcionamiento eficaz y eficiente de la red de servicios departamentales y de los establecimientos sanitarios que la conforma”.

Las prácticas en la secretaría están organizadas para agilizar el registro médico y el pronto trasiego de los usuarios a la pre-consulta. Sin embargo, hay excepciones. Como lo comenta un trabajador: “Generalmente, las personas vienen, piden su número y hacen cola para que se les registre y poder pasar a consulta. Pero, en ocasiones algunas de ellas le hablan a uno para evitar pasar con un médico en particular. Esto ocurre especialmente cuando vienen por re-consulta, diciendo que lo que el médico al que quieren evadir les ha dejado de tratamiento no funciona. Lo que yo les digo es que se lo digan a las enfermeras de pre-consulta porque son ellas quienes distribuyen a los pacientes con los médicos, y no nosotras acá en secretaría”¹⁴¹.

Las enfermeras son conscientes de cierta mejora en la operación del centro de salud, al compararla con la situación que imperaba con las administraciones anteriores, remarcando la diferencia que esto ha implicado para su trabajo: el maltrato verbal y las relaciones tensas entre el director del centro de salud anterior y el alcalde eran patentes. Con la actual directora no sólo hay aceptación por parte de la gente y de casi todo el personal del centro de salud, sino también apoyo hacia el centro de salud, casi incondicional, por parte del alcalde.”¹⁴². Esto ha permitido, en ocasiones, comprar tinta para la impresora, disponer de transporte para la vacunación y el trabajo comunitario, y hasta para clorar los depósitos municipales de agua.

Desde la mirada de los usuarios, en el centro de salud se opera tanto en momentos de abastecimiento como en situaciones de escasez de insumos. Es corriente, entonces, que de boca en boca se informe cuándo hay medicamentos en el centro de salud, lo cual funciona como el principal factor disuasivo o persuasivo para que muchos usuarios acudan al mismo tiempo en busca de atención de salud¹⁴³. Una usuaria señalaba la manera en que se resolvía la atención médica en momentos de escasez: “A mí me gustaba el modo de ser del doctor.... él me atendió con todos los embarazos de mis niños, y cuando yo pasaba

¹⁴¹Informante Clave N° 34, 2009.

¹⁴²Informante Clave N° 1, 2008.

¹⁴³Informante Clave N° 32, 2009.

consulta con él, siempre me daba alguna medicina que no había aquí en el centro, y que él la traía de su clínica”¹⁴⁴. Además, los usuarios catalogan la buena atención en función del trato. Varios informantes coincidían en que las secretarías son amables y lo atienden rápido a uno¹⁴⁵. La principal limitante, sin embargo, es el acceso: “el único problema es que hay que madrugar para recoger un número, lo cual obliga a algunas mujeres a dejar su rutina familiar momentáneamente para resolver el acceso a la atención de sus problemas de salud: “nosotras que venimos temprano cuando calculamos que el guardián ha abierto y está dando los números, recogemos el nuestro y volvemos a casa para hacer el desayuno. Luego volvemos a las siete, cuando sabemos que vienen las secretarías de recepción para no perder nuestro turno”¹⁴⁶.

6.1.1.2. La pre-consulta médica: la continuidad de la redefinición del usuario.

La pre-consulta médica es el siguiente paso al cual acuden los usuarios. Administrativamente, esto implica la continuidad en la definición de las características del usuario, consistente en la toma de datos fisiológicos y fenotípicos, y su registro en el expediente médico. Socialmente, supone un espacio normativamente estructurado para las prácticas de salud, pero con posibilidades para la negociación y la alteración del destino del usuario y de su expediente médico.

La pre-consulta es un área improvisada contigua a la puerta de la farmacia que ocupa parte de la sala ‘b’ y es identificable solamente por un letrero montado sobre uno de los muros (Fotografía 6.3.). Esta área ocupa un espacio físico de poco más de nueve metros cuadrados. Ahí, el personal de enfermería auxiliar toma los signos vitales (temperatura, tensión arterial y datos antropométricos) de cada usuario. El espacio, algo lúgubre por mal iluminado, es bastante incómodo. Tanto para los usuarios como para los trabajadores. Los primeros deben permanecer de pie y aglomerados, debido a que en esa misma sala confluyen otros usuarios que van a la farmacia para recibir o recoger algún medicamento, o para hacerse alguna prueba bioquímica de laboratorio.

¹⁴⁴Informante Clave N° 32, 2009.

¹⁴⁵Informante Clave N° 9, 2008; Informante Clave N° 16, 2008; Informante Clave N° 32, 2009.

¹⁴⁶Informante Clave N° 32, 2009.

Fotografía 6. 3.

Área de pre-consulta, Centro de Salud San Julián Chinautla, Guatemala, 2009.



Fuente: Miranda, 2008a.

El mobiliario de la pre-consulta está constituido por una mesa de madera utilizada por el programa de nutrición y seguridad alimentaria para tomar la talla a los recién nacidos e infantes menores de un año, un par de bancas de madera, y dos sillas plásticas denominadas “fisiológicas” (con un hoyo central en el asiento de uso para pacientes enfermos del cólera), todos con diferente grado de deterioro. Además, los asientos disponibles son compartidos con usuarios de otros servicios, tales como laboratorio y farmacia. El equipo está constituido por una báscula metálica con escala en centímetros y un estetoscopio (Fotografía 6.4). Desde hace varios meses no hay tensiómetro ni termómetro en el centro de salud por lo que a los usuarios no se les documenta estos dos signos de suma importancia para la atención médica. Resta señalar que el único tensiómetro es propiedad de una de las médicas.

Fotografía 6. 4.

Mobiliario y equipo de la pre-consulta, Centro de Salud San Julián Chinautla, Guatemala, 2009.



Fuente: Miranda, 2008a.

El personal que atiende en la pre-consulta son dos auxiliares de enfermería. En la ocasión en que el investigador observó el proceso, también estuvieron presentes dos estudiantes de enfermería que realizaban sus prácticas profesionales. Una de las enfermeras auxiliares lidera las acciones de atención y aligera las interacciones con los usuarios haciendo bromas. Su tono alto de voz, sonrisa permanente y la atención amena que dispensa hacia cada usuaria en particular relaja mucho el ambiente y agiliza el trabajo. La segunda enfermera auxiliar mantiene una expresión más parca, mientras que las dos estudiantes adoptan una postura más parecida a la de la líder, utilizando un tono de voz y una postura corporal que denotan su disposición a atender a los usuarios. Las prácticas de salud en este espacio-momento siguen una rutina preestablecida que se repite, al menos durante los días que el investigador asistió a observar la dinámica de esta operación en el centro San Julián. Mientras que la líder toma la tensión arterial a cada usuario (cuando alguna de las médicas presta su esfigmomanómetro o tensiómetro), una estudiante registra los datos, y la otra pesa y mide a los usuarios. La otra enfermera está atenta a recoger y llevar los expedientes hacia las clínicas, y a indicar a los usuarios que se trasladen, nuevamente, a la sala de recepción donde serán llamados por los médicos.

Los usuarios se agrupan por afinidad, pero también por azar. Sus conversaciones giran en torno al padecimiento o los síndromes que denotan malestares inespecíficos ante

los cuales hay opiniones de las más variadas que van desde experiencias personales similares a los síntomas y signos expresados por los dolientes hasta las experiencias más metafísicas vividas por alguno(a) de los presentes o algún conocido cercano. Inicialmente dispersos, los usuarios se van aglomerando en la medida en que van siendo enviados desde recepción, y esperan que las enfermeras los deriven hacia los consultorios médicos. Cada usuario es llamado siguiendo el orden en el cual fueron apilados los expedientes. Todos ellos mantienen puesta la mirada sobre el personal de enfermería ante la expectativa de ser llamados para ser pesados y medidos.

Procedimentalmente, los trabajadores investigan sobre la condición física y fisiológica del usuario en turno mediante procedimientos de medición estandarizados y rutinarios aplicados a todos los usuarios sin excepción. Con ello se prosigue a la reducción del usuario a un mínimo de datos que dan cuenta de una parte de su individualidad. Los usuarios, mientras tanto, permanecen de pie, acatando y respondiendo a las directrices y procedimientos del personal de enfermería. Una vez finalizado su registro, los usuarios son convidados a volver a la sala de recepción para ser llamados a consulta por los médicos. A lo largo del proceso de registro de datos, apenas se oyen algunos murmullos entre los usuarios. La expectativa a ser llamados mantiene atentas las miradas hacia el personal de enfermería.

Es en este momento cuando algunos de los usuarios abordan a la auxiliar de enfermería para alterar el destino de su expediente y, por tanto, de las consecuencias de la atención médica. La finalidad es (re)orientarlo hacia una de las médicas con quien se tiene confianza por algún grado de familiaridad o por la eficacia de experiencias anteriores. Así, cuando parece haber confianza entre ambas, la petición es más franca, con tono de voz más agudo. Incluso suele apreciarse cierta naturalidad en la conversación. Sin embargo, cuando no parece haber tal familiaridad entre usuaria y trabajadora, la usuaria recurre a utilizar un lenguaje de sumisión, modulando la voz y exponiendo argumentos que justifican su petición. Este tipo de acciones sucede, sobre todo en tres situaciones: *a*) cuando se trata de una re-consulta, y se justifica por la ineficacia del tratamiento recibido por otra de las médicas; *b*) por insatisfacción ante la mala atención recibida en la consulta anterior; y *c*) cuando se ha construido una relación de afinidad con una médica en particular, y el

usuario(a) quiere seguir siendo atendido/a por ella, aun cuando haya sido atendida previamente por otra.

Desde la mirada del investigador, el deterioro de la infraestructura y la escasez de los medios de trabajo no son casuales ni neutrales. Las condiciones materiales y simbólicas en torno al espacio, los sujetos y sus prácticas de salud forman parte de un continuum de decisiones políticas intencionadas, el cual, al manifestarse concretamente, refuerza un determinado tipo de materialidad y de representaciones sociales de lo público sanitario.

La escasez de equipo devela una condición restrictiva para el examen de la condición del usuario. Carecer de información sobre la tensión arterial y la temperatura corporal del usuario implica desconocer dos datos vitales para el diagnóstico y el tratamiento, especialmente cuando se trata de usuarios-pacientes con desórdenes de presión arterial, o de enfermos con procesos patogénicos. No sorprende, entonces, que la agilización de los procedimientos en la pre-consulta sea vista como un mero trámite administrativo para alcanzar la atención médica, en tanto que las prácticas de salud realizadas en esta fase de la atención refuerzan el carácter puramente transitorio del trabajo del personal no médico.

En las prácticas de salud aquí desarrolladas también se imponen barreras de diverso tipo que constituyen una demarcación de posiciones sociales preestablecidas para los coparticipantes. Igualmente, la vestimenta institucional del personal supone simbólicamente una diferenciación entre actores pese a la calidez del trato dispensado por el personal institucional y a la horizontalidad que puedan suponer las relaciones mutuas de confianza y reciprocidad.

Finalmente, la agilidad procedimental con la que operan los trabajadores obedece a dos consideraciones; por un lado, a la dinámica de interacción que exige la aplicación práctica de tecnologías y procedimientos sencillos y, por otro, a que todo el personal de pre-consulta trabaja, al igual que en recepción-secretaría, en función del proceso de atención médica. En otras palabras, las prácticas de salud en la pre-consulta no sólo buscan descargar de esa tarea a los(as) médicos cuando no representa ningún resultado definitorio sobre el motivo de consulta por el cual acudió el usuario.

Desde la perspectiva de los trabajadores, además de carecer de insumos necesarios, deben operar sin una parte del equipo necesario, lo cual reduce *ipso facto* su capacidad de atender adecuadamente. Al respecto, una enfermera auxiliar señaló: “Hemos pasado varios meses sin tensiómetro, hasta que una de las médicas prestó el suyo, el cual utilizamos en la actualidad en la pre-consulta. Además, llevamos varios meses sin termómetro, razón por la cual todos los pacientes no tienen registro de la temperatura corporal. Los lapiceros los ponemos cada quien y los expedientes donde anotamos los datos de los pacientes son de papel usado”¹⁴⁷.

Tal situación es habitual: “Trabajar así, comenta un trabajador, es algo regular en los servicios de salud. Ya no preguntamos al área de salud, porque siempre nos dicen lo mismo: no hay dinero para comprar equipo”¹⁴⁸. Por consiguiente, dicha situación ha dependido de la iniciativa de los trabajadores que, contrariamente a lo establecido en el Capítulo V del Código de Salud establece que es “el Estado quien asignará los recursos necesarios para el financiamiento público de la prestación de servicios de salud para atender a la población en general...” (Anexo 14). Sin embargo, son los trabajadores del centro de salud quienes han tenido que subsidiar con gasto de su bolsillo la compra de insumos que permiten que el centro de salud siga funcionando: “ya sabemos que no contamos con recursos, así que mejor buscamos la manera de resolverlo desde acá, en el centro de salud, colaborando cada quien de su propia bolsa: todos un poquito. Algunas veces la directora consigue algunos recursos como papel o tinta por parte del alcalde, pero no es algo regular”¹⁴⁹.

Desde la mirada de los usuarios, la incomodidad del espacio casi pasa desapercibida, dado el poco tiempo que pasan en la pre-consulta. La interacción en este espacio-momento es relativamente breve y muy estructurada, de tal manera que prácticamente es el personal institucional quien habla entre sí o bromea con los usuarios. Éstos usualmente se limitan a responder a algún comentario ajeno al procedimiento de salud, o a acatar una directriz del personal, sin posibilidad de entablar una verdadera conversación: “siga a la enfermera que lleva los expedientes –dice la enfermera que pesa y

¹⁴⁷ Informante Clave N° 32, 2009.

¹⁴⁸ Informante Clave N° 32, 2009.

¹⁴⁹ Informante Clave N° 1, 2008.

mide- a la sala de espera, que ya la llamarán”¹⁵⁰. Las opiniones de los usuarios se centran en la rapidez de la atención y el buen trato: “las enfermeras lo pesan a uno y le toman la presión y sólo nos dicen si todo está bien o no. Luego seguimos a la enfermera que lleva nuestros papeles”¹⁵¹.

6.1.1.3. La consulta médica: la atención en la clínica médica ¹⁵²

La consulta realizada en la clínica médica representa el tercer espacio-momento del proceso de atención de salud. En ella se concentra el motivo principal por el cual la mayoría de los usuarios acude al centro de salud. En este momento, la interacción pasa de ser pública a ser privada e individualizada en el proceso de resolver el motivo por el cual el usuario ha acudido al Centro. Es cuando el médico reproduce y legitima su papel y su profesión.

Todos los consultorios cuentan con una camilla metálica cubierta con la misma manta todo el día, un escritorio y silla metálica para uso de los (as) médicos(as), y una o dos sillas de plástico destinadas a los usuarios. Complementa el mobiliario un librero de metal. En cuanto a los insumos, todos los médicos utilizan el dorso de papel usado para hacer los recetarios y completar los expedientes médico-clínicos. Cada carro de curaciones tiene una dotación de baja-lenguas, desinfectante líquido y guantes. Por lo regular, todos los médicos mantienen reservadas algunas muestras médicas de su propiedad para utilizarlas con algunos usuarios. Como equipo institucional¹⁵³, cada médica (o) cuenta con un carro para curaciones, y una lámpara de cuello de ganso, la mitad de éstas inservibles. Hay solamente un otorrino-laringoscopio¹⁵⁴, el cual se prestan de un paciente a otro a lo largo del día. Además, cada médico(a) lleva su propio instrumental de trabajo consistente en un estetoscopio, un tensiómetro, un termómetro, y un martillo de reflejos.

La interacción se inicia con el llamado a viva voz del usuario de turno por parte de la médica, estando ella parada en la puerta de entrada de su clínica o sentada en su

¹⁵⁰ Informante Clave N° 32, 2009.

¹⁵¹ Informante Clave N° 32, 2009.

¹⁵² Esta sección describe la experiencia vivida por el propio investigador como usuario-paciente.

¹⁵³ Para el trabajo, algunos médicos llevan consigo un esfigmomanómetro o tensiómetro de su propiedad. Nadie, sin embargo, porta un termómetro, lo cual contribuye a que a los usuarios no se les registre la temperatura corporal.

¹⁵⁴ Las baterías para que funcione este aparato son compradas mediante la colecta que hace el personal médico del centro de salud cada vez que es necesario.

escritorio¹⁵⁵. Una sonrisa da la bienvenida e inmediatamente se solicita al usuario tomar asiento. Se da paso al interrogatorio del usuario mediante preguntas sobre el motivo de su consulta. En este momento, el usuario, redefinido como ‘paciente’, es quien abunda en la exposición de su malestar. El médico se limita a escuchar, ir anotando en el expediente médico, y ampliar la exposición del otro con nuevas preguntas. La interacción es cómoda y las miradas de ambos individuos se dirigen de manera alterna al expediente y al rostro del otro. Este momento apenas alcanza un minuto.

Una vez finalizado el interrogatorio sobre el motivo de consulta –hipertensión arterial, en el caso observado- se prosigue a la fase de exploración física. En aquella ocasión, ésta se llevó a cabo dentro del perímetro del escritorio. La médica se levantó y se limitó a tomar la presión arterial, permaneciendo el usuario en su asiento. El procedimiento duró un minuto. Seguidamente, ella volvió a su asiento, hizo el registro de los datos objetivos y fue verbalizando los hallazgos y señalando el medicamento que iba a recetar, y el procedimiento para obtenerlo en el mismo centro de salud. De inmediato, dirigió la mirada al usuario, entregó la receta y despidió al ‘paciente’. Este momento duró alrededor de seis minutos, y la proximidad física durante la consulta médica estuvo entre cercana e íntima.

Sin embargo, no todas las prácticas de salud tienen este cariz. Prácticas abusivas e impunes han sido observadas por el investigador y el profesional señalado se ha defendido arguyendo que las mismas son una práctica regular en el centro de salud. El único médico hombre es catalogado, tanto por el personal institucional como por los usuarios, de abusivo e irresponsable en cuanto a la atención a pacientes. En una ocasión, durante uno de los días de visita de observación, éste violó impunemente todas las normas de atención sin que se diera ningún tipo de sanción como consecuencia de ello. Cuando una enfermera auxiliar había repartido la primera tanda de cinco expedientes por cada médico, este médico salió del centro de salud para acompañar a una compañera de trabajo a la estación de buses. Al volver, poco más de treinta minutos más tarde, traía consigo una bolsa con pan. Pasó frente a todos los pacientes, enfadados éstos por tanta espera mientras otros ya habían sido

¹⁵⁵ La única excepción fue una de las médicas, quien salió a la puerta de su clínica y procedió a llamar con su nombre al usuario viéndole de frente y sonriéndole. Cabe señalar que es, junto con la directora, la que más años lleva trabajando en el servicio público.

atendidos y se habían retirado del centro de salud, y se dirigió hacia el comedor. Se sirvió café y se sentó a merendar. La enfermera responsable de repartir los expedientes se acercó a él para recriminarle su irresponsabilidad. Éste se limitó a decirle que ella no era alguien con derecho a llamarle la atención, y que de todos modos, todos los trabajadores en este centro de salud tenían ‘cola machucada’, y siguió comiendo. Volvió a su consultorio veinte minutos más tarde.

Desde la mirada del investigador, las prácticas de salud en la clínica médica, aunque funcionalmente procedimentales, guardan una fuerte carga socio-emocional y simbólica. En la fase de interrogatorio, se reproduce un tipo particular de estructuración de la comunicación y proximidad física entre los actores. El interrogatorio es dirigido casi de manera unidireccional por el médico mediante preguntas directas respondidas de igual manera con algunas pocas ampliaciones por parte del usuario. Durante las mismas, los semblantes de ambos permanecen serenos con pocos encuentros visuales, y la proximidad se ve limitada por la distancia del ancho del escritorio.

Durante la exploración física que sigue, ambos aspectos cambian sustancialmente. Aún dentro de cierta estructuración normativa diseñada para este tipo de interacciones, la acción comunicativa se da principalmente mediante el contacto físico y los gestos. La proximidad física en esta fase llega al contacto físico, aunque casi no hay cruce de miradas. La misma dura alrededor de un minuto y medio, y ocurre en el mismo lugar donde el usuario permanece sentado. Finalmente, en el tercer momento, se retoma la comunicación verbal y visual donde se expone el plan de resolución del problema de salud mediante la extensión de una receta.

En general, es el médico quien (re)define el tiempo y, en gran medida, la manera cómo transcurre la interacción, a partir de las características individuales de cada usuario-caso que atiende. Aunque las relaciones de poder entre actores están claramente diferenciadas, surgen espacios para el regateo y la negociación. A partir de conocer el diagnóstico y tratamiento, existe la posibilidad de manipulación por parte del usuario para acceder a otros recursos no institucionales, tales como las muestras gratuitas de medicamentos. De ahí, la posibilidad de agencia que va más allá de una mera derivación de las restricciones ampliamente conocidas por ambos actores.

Esta posibilidad de negociación del usuario (que no fue experimentado por el investigador) responde a una realidad ampliamente practicada por los médicos y conocida por la población. El acceder a muestras gratuitas de medicamentos se ha convertido en una opción informal con la que se opera en la red de servicios públicos de salud. Sin embargo, no todos los usuarios acceden a este recurso. Para lograrlo, operan otras condiciones que van más allá del perfil y necesidades del usuario y la mera situación de interacción del momento. Influyen aspectos tales como el tipo de relaciones que guardan médico y usuario, el grado de confianza entre ambos, y la experiencia previa de esta forma de proceder. De ahí que en algunos casos, el médico ceda ante tal peticiones y salvaguarde la situación de interacción, mientras que en otras ocasiones sea indiferente ante las interrupciones de su accionar.

También hay prácticas abiertamente disruptivas, abusivas e impunes, vinculadas al médico, apreciadas durante la observación no participante. Las mismas tienen un efecto perverso de demostración ante los otros, fortaleciendo tanto el estigma sobre los trabajadores públicos y sus prácticas de salud, como del tipo de instalaciones con el cual se cataloga al centro de salud público. De ahí que los argumentos argüidos por el trabajador en su defensa expresen una situación de arbitrariedad que puede caracterizar la dinámica de operación en una institución pública como ésta, y que ha sobrevivido por la indiferencia en la cúspide del sistema por eliminar este tipo de acciones y prescindir de este tipo de profesionales.

La postura de los médicos con respecto a las condiciones en las cuales se llevan a cabo las prácticas de salud denota su consciencia de lo inadecuado de los insumos con los que trabajan, y lo insuficiente del equipo: “Las condiciones de los servicios son precarias. Tendríamos que mejorar el equipo e insumos para las emergencias, y los medicamentos”¹⁵⁶. Esta realidad de carencia de insumos para el trabajo no parece ser coyuntural sino habitual, expresando un fenómeno crónico de menoscabo. La actitud de los trabajadores connota su impotencia para cambiar la situación: “... yo conozco las normas del nivel en que estoy, pero, aun así, si se carece de los medios para realizar las tareas, es algo que no me gusta porque como médica, soy competente para hacer la maniobra o la acción que requiere la

¹⁵⁶ Informante Clave N° 1, 2008.

emergencia en ese momento, pero, al no tener los insumos, no puedo hacer nada”¹⁵⁷. Por otro lado, estas quejas denotan escasez sistemática de recursos para el trabajo: “Esta escasez viene de unos diez años hacia acá... hay más problema y dificultad para obtener los insumos. Y eso es lo que me molesta a veces, que aplicar la norma implica algún tipo de medicamento que aquí en el centro de salud no hay, y una como médica tiene que irse por otra opción fuera de la norma”¹⁵⁸.

Para otra médica, tal condición, al parecer, se agudiza continuamente: “... ahora, por ejemplo, tenemos seis meses de no tener tinta para la impresora. No tenemos equipo para emergencias. Desde hace dos meses no tenemos un aparato para tomar la presión arterial a pacientes embarazadas o con problemas de tensión arterial, y que deberían ser controlados.”¹⁵⁹. Con respecto a la carga laboral, una médica reconoció el cálculo arbitrario de cuotas de pacientes para cada médico a partir del número de horas laborales: “No está normado, pero, casi siempre el médico con contrato laboral de cuatro horas atiende veinte pacientes y el médico con contrato de ocho horas, cuarenta pacientes. En este servicio se ven sesenta pacientes, veinte ven el médico de cuatro, y cuarenta el de ocho horas, y hasta ahí eso es lo normal. Si hay más médicos ya termina uno viendo sólo diez pacientes”¹⁶⁰.

Otra médica señaló que el trabajo se realiza bajo normas de excepcionalidad consensuadas internamente, con el conocimiento de las autoridades superiores, pero sin ningún tipo de sanción efectiva: “Los médicos de ocho horas deben atender cuarenta pacientes, y el de cuatro horas, veinte”¹⁶¹. Sin embargo, puede que el médico vea menos pacientes que la cuota tácitamente pre-establecida: “Por lo regular trabajo veinte ó veinticinco pacientes y, así como ahora, que hay tres médicas más trabajando acá, solamente atenderemos a diez pacientes cada una”¹⁶².

Con cierta frecuencia, los médicos se apartan de las normas de atención, especialmente en el tema de los medicamentos y pruebas de diagnóstico complementario. Tales excepciones se generan a partir de las características del otro –el usuario–: “Yo trato

¹⁵⁷ Informante Clave N° 1, 2008.

¹⁵⁸ Informante Clave N° 1, 2008.

¹⁵⁹ Informante Clave N° 4, 2009.

¹⁶⁰ Informante Clave N° 1, 2008.

¹⁶¹ Informante Clave N° 4, 2008.

¹⁶² Informante Clave N° 4, 2008.

de cumplir las normas de atención hasta lo más posible. La excepción con algún antibiótico se debe a que los pacientes hacen resistencia al medicamento; por eso lo cambio con respecto a lo que me dice la norma”¹⁶³. En otras ocasiones, sin embargo, es la condición de gravedad o de riesgo social de la enfermedad percibida por el médico que le exige aplicar un criterio de excepcionalidad, recetando un medicamento inexistente en los protocolos de atención médica.

En cuanto al uso de pruebas complementarias, es por interés del médico pedir exámenes de laboratorio aun cuando no forman parte de los requerimientos para ese nivel de atención: “He mandado a personas a hacerse estudios como tomografías en algunas instituciones de las cuales he indagado que la gente ha pagado más barato. Por ejemplo, cuando un paciente necesita hacerse un estudio del cerebro, cráneo, trauma y va con una receta de acá, en estos centros diagnósticos les han cobrado menos. Entonces, yo me siento bien, porque lo que me interesa es ver el estudio para tratar efectivamente al paciente”¹⁶⁴.

Para el tratamiento de algunos pacientes, todos los médicos, en mayor o menor medida, recurren al uso de muestras médicas¹⁶⁵. Una de las médicas decía: “A veces, cuando no hay medicamentos acá en el centro de salud o el problema del paciente es complicado, les doy muestras gratuitas de medicamentos. Junto varias de las muestras que me dejan los visitantes médicos que me visitan acá en el centro de salud o en mi clínica, y logro completar varios tratamientos para mis pacientes”¹⁶⁶.

Sin embargo, las médicas también reconocen los límites de esta acción, aunada a la escasas institucional: “muchas veces nos quedamos solamente en extender una receta, debido al desabastecimiento del medicamento, o porque no forma parte del listado básico de medicamentos del segundo nivel de atención”^{167 168}. Ante ello, la respuesta del usuario es de enfado y protesta: “... al salir de la clínica se ha escuchado, algunas veces, expresiones soeces, recriminan que la receta no sirve, que para qué esperaron tanto tiempo

¹⁶³ Informante Clave N° 26, 2008.

¹⁶⁴ Informante Clave N° 4, 2008.

¹⁶⁵ Informante Clave N° 26, 2009.

¹⁶⁶ Informante Clave N° 4, 2008.

¹⁶⁷ Informante Clave N° 1, 2008.

¹⁶⁸ Informante Clave N° 4, 2008.

ya que no se les da el medicamento. Algunas veces rompen las recetas y las arrojan al cesto de la basura”¹⁶⁹.

Finalmente, el horizonte de expectativas connota un escenario difícil. Comenta un médico: “No veo un buen futuro en lo que al ministerio se refiere en estos años que vienen. Todo lo contrario. Si no aumentan un presupuesto no vamos a salir adelante”¹⁷⁰.

Los usuarios, por su parte, diferencian entre la atención dispensada entre el personal médico. El trato y la eficacia son dos aspectos que suelen mencionar. Así, una usuaria se quejaba: “Las dos veces que he pasado con el doctor, no me ha resuelto el problema por el que traje a mi hijo. Pasó con tos por dos semanas, y hasta que lo vio la otra doctora en dos días dejó de toser mi hijo”¹⁷¹. En ese mismo sentido, otra usuaria dijo: “La otra vez vine a consulta por un dolor en el abdomen y el doctor, el único hombre, solamente me dio algo para el dolor, y me dijo que hiciera dieta porque era gastritis. Y como no se me quitaba, le hablé a la enfermera para que me pasara con la doctora que me atendió en otra ocasión, y también me dijo que era gastritis, pero, a diferencia del doctor, me dio varias medicinas y dieta, y sí, se me quitó el dolor”¹⁷². Otra usuaria más señaló el maltrato en el cual incurrió con dicho médico: “Yo busco a la doctora porque el doctor es abusivo. La regaña a una y luego una tiene miedo hasta de preguntar”¹⁷³. Sin embargo, con las médicas el trato parece ser más fácil. Además, opera entre ellas el factor confianza. Otra usuaria señalaba: “con ellas, una siempre se acerca y lo atienden o le dicen a una que la espere, porque está con otra paciente. Pero, al final siempre la atiende a una”¹⁷⁴.

Con respecto al medicamento, todos los médicos del centro de salud combinan el uso de recetas, medicamentos básicos del centro y muestras gratuitas de medicamentos. Parece ser una práctica común, como complemento a la atención médica: “Cuando no hay medicinas acá en el centro, la doctora, a veces, nos regala algunas muestras y con eso resolvemos”¹⁷⁵. En esa dirección, otra usuaria señalaba que “Cuando no hay medicinas, el

¹⁶⁹ Informante Clave N° 26, 2009.

¹⁷⁰ Informante Clave N° 1, 2008.

¹⁷¹ Informante Clave N° 34, 2009.

¹⁷² Informante Clave N° 33, 2009.

¹⁷³ Informante Clave N° 34, 2009.

¹⁷⁴ Informante Clave N° 15, 2008.

¹⁷⁵ Informante Clave N° 34, 2009.

doctor o las doctoras nos dan receta y, en algunas ocasiones, muestras de medicamentos que traen de su consultorio»¹⁷⁶.

6.1.1.4. La post-consulta: la atención en la farmacia

La post-consulta o farmacia se constituye en uno de los últimos espacios y momentos de cierre del proceso de atención médica¹⁷⁷ (Fotografía 6.5.). Al finalizar la consulta médica, el usuario pasa directamente a la unidad de farmacia del centro de salud para recoger los medicamentos recetados.

Fotografía 6. 5.

Farmacia, Centro de Salud San Julián Chinautla, Guatemala, 2008.



Fuente: Miranda, 2008a.

La farmacia es un espacio de aproximadamente cuarenta metros cuadrados, poco iluminado naturalmente. La sala está ocupada por estanterías metálicas en buenas condiciones donde se colocan los medicamentos y materiales médico-quirúrgicos. En los muros, y a la vista de todos, hay algunos carteles con información de salud y prescripciones de medicamentos antituberculosos, los cuales usualmente pasan desapercibidos para los usuarios.

¹⁷⁶ Informante Clave N° 15, 2008.

¹⁷⁷ Las otras posibilidades de conclusión del proceso de atención es el paso del usuario por la Sala de Hipodermia y el Laboratorio donde se realizan procedimientos curativos o preventivos, y de diagnóstico, respectivamente. Otra opción es que el usuario sea dado de alta y remitido directamente a su casa, como cuando el diagnóstico no va seguido de ningún procedimiento institucional. En todo caso, si tuviera que volver a re-consulta, no requiere de apartar turno.

Hay una cantidad considerable de insumos, principalmente de medicamentos. Sin embargo, la existencia de los mismos fluctúa mensualmente en relación con la capacidad de abastecimiento y demanda de la población. En la farmacia no hay problemas de papelería, aunque cada enfermera lleva sus propios lapiceros. El personal cuenta con un libro de registro de entrega de medicamentos, el Balance, Requisición y Envío de Suministros¹⁷⁸ (conocido como BRES), las fichas de requerimiento de medicamentos y los formatos oficiales de notificación administrativa y epidemiológica.

La farmacia es atendida por dos enfermeras auxiliares uniformadas, una de ellas estudiante. Ambas enfermeras visten el uniforme institucional (blusa blanca y falda o pantalón café oscuro). Sus rostros expresan sonrisa y una voz suave al trato. Dadas las condiciones que impone la estrechez del espacio que comparte con la pre-consulta y el laboratorio clínico, la afluencia constante de demandantes provenientes de los consultorios médicos genera aglomeración frente a la puerta de entrada de la farmacia durante la mayor parte de la mañana. La misma llega, incluso, a obstruir el paso de las enfermeras cuando necesitan consultar con el médico alguna prescripción.

Las prácticas de salud acá comienzan con el arribo sólo de los expedientes médicos provenientes de todos los consultorios, los cuales son ordenados según van siendo apilados a un costado de la plataforma que separa la farmacia de la sala 'b'. Los usuarios son llamados conforme a este orden, requiriéndoles la receta para despacharles el medicamento. Cada enfermera se alterna para ir despachando las recetas de los usuarios. Administrativamente, se registran en el libro de entrega de medicamentos aquellos datos que justifican la entrega del medicamento (la fecha, nombre del paciente, diagnóstico y medicamento recetado). Luego, las encargadas se dirigen hacia los anaqueles y vuelven para entregar el medicamento al usuario, explicándoles la manera de prepararlos o

¹⁷⁸“El informe BRES permite manejar tres acciones internas en una bodega: 1. Balance de existencias, que incluye ingresos, entregado a usuario (salidas), ajustes positivos y negativos, demanda real y saldos disponibles, 2. Requisición que incluye los aspectos de promedios de demanda real, meses de existencia disponibles, siendo este indicador clave para el análisis del abastecimiento, incluye la cantidad a solicitar para lograr el abastecimiento óptimo de la unidad, y 3. Envío que incluye la cantidad recibida y/o entregada por un nivel superior. Para la asesoría técnica de uso de medicamentos se tiene en el MSPAS establecido el listado de medicamentos trazadores que tiene como base las normas de atención para el 1er y 2do nivel de atención; que norman la prescripción de medicamentos por diagnóstico establecido”, <http://www.mspas-sias.gob.gt/indexL.html>, fecha de última revisión, 28/12/2010.

consumirlos según la dosificación prescrita. Inmediatamente, piden al mismo firmar de recibido en el libro de entrega de medicamentos para justificar la salida del mismo de las existencias. Hay un constante bullicio que proviene de otros usuarios que guardan turno para ser atendidos en otras unidades (hipodermia y laboratorio).

Los usuarios, al igual que las trabajadoras, permanecen de pie y en silencio, a la espera de ser llamados por la enfermera para que se les entregue el medicamento o se les explique por qué no lo han de recibir. La interacción social en torno a la farmacia, en particular, encierra dos tipos de resultados muy distintos constitutivos del mismo proceso de atención, pero con efectos totalmente contrarios. Por un lado, cuando el usuario accede al medicamento, se culmina positivamente el ciclo del proceso de atención. Por el otro, la falta de acceso a los medicamentos se convierte en una disrupción que deslegitima todo el proceso y las prácticas de salud anteriores. De esta cuenta, dos son las respuestas dadas por los usuarios: *a)* los usuarios expresan su desencanto mediante gesticulaciones, y ruegan por una alternativa, y *b)* los usuarios desapruében la atención estrujando la receta y tirándola al cesto de basura o directamente al suelo antes de retirarse del centro de salud. Ambas expresiones tienen implicaciones tanto para las representaciones sociales del servicio público y sus agentes como para las presentes y futuras interacciones entre la institución y los usuarios.

Los usuarios se ven forzados a aproximarse y mezclarse entre sí, independientemente del sexo, edad o estatus social. Todos llegan a tener algún grado de contacto físico, aunque no del todo visual. Durante las prácticas de salud en la farmacia suceden dos tipos de acciones complementarias cuya finalidad es acceder al medicamento. Una de las acciones proviene de los trabajadores. Cuando participa la enfermera auxiliar responsable de la farmacia, lo hace de manera directa, abocándose al médico para cambiar el medicamento prescrito inicialmente, bien sea por la inexistencia del mismo o porque existe algún interés particular por darle salida a medicamentos de baja prescripción y largo tiempo de estancia en bodega. Ante tales situaciones, siempre con tacto y bajo la forma de pregunta, ella sugiere a la médica tratante el cambio de medicamento o el uso de alguna alternativa existente en bodega. Ante ello, no se pudo comprobar que la médica haya aceptado cambiar la prescripción originalmente hecha. Las médicas, por su parte, recurren

al uso de muestras gratuitas de medicamentos para conciliarse con el usuario, especialmente cuando no hay medicamento institucional que ofrecerles.

Los usuarios, por su parte, adoptan una acción sumisa, de súplica, ante la enfermera de farmacia para evitar irse del centro de salud solamente con la receta prescrita. Su acción está orientada a que la enfermera interceda ante las médicas para la consecución de algunas muestras gratuitas de medicamentos en poder suyo. Otra modalidad generada por el usuario es la de acercarse directamente a la clínica de alguna de las médicas con quien parece tener cierta relación de confianza, y esperar a que termine con el paciente de turno para ‘colársele’ y explicarle su situación de falta de dinero para comprar el medicamento, procurando obtener *el* tratamiento prescrito a partir de muestras médicas que ella pueda ofrecerle.

Desde la mirada del investigador, en la farmacia la interacción vuelve a ser un asunto público. Hay pérdida de toda privacidad del espacio debido a la aglomeración que se va formando conforme los usuarios-pacientes van egresando de las clínicas médicas. Aunque a los usuarios se les impone tomar contacto físico, no parece ser importante el sexo, la edad, estatus social o grados de simpatía entre ellos, pues, todos se distribuyen espacialmente de manera azarosa. Además, sus relaciones socioemocionales tienden a ser bajas, en tanto que sus miradas se mantienen atentas a la enfermera y no hay conversaciones.

Durante la entrega del medicamento, la proximidad entre trabajadores y usuarios es cercana (40 centímetros). En ella se da una intensa interacción, especialmente verbal y visual. Claramente, la interacción cara a cara entre usuario y trabajador es invariable durante la explicación sobre la dosificación y la frecuencia en que debe ser administrado el medicamento recetado. La misma da lugar al establecimiento de relaciones socioemocionales que influyen sobre el comportamiento de ambos. No es inusual que la enfermera recurra a la paráfrasis obligada de la dosificación y la infantilización del lenguaje para explicar la manera en que debe ser administrado el medicamento, especialmente cuando atiende a personas mayores o madres que han ido buscando atención para un hijo menor. Por su parte, el usuario responde mediante gestos o verbalizaciones casi literales de las indicaciones dadas por la enfermera, queriendo indicar con ello su comprensión.

Los usuarios también encuentran oportunidades para actuar y alterar las situaciones institucionales que le privan de acceder a algún beneficio, tal como el medicamento. De ahí que recurran a acciones manipulativas, efectivas o no en el pasado, para conseguir las muestras gratuitas de medicamentos en poder de las médicas para el tratamiento prescrito o para uno alternativo. Mientras todo esto sucede, el resto de los usuarios observan estas acciones que tienen un efecto demostración.

Desde la mirada de los trabajadores, el personal administrativo suele constituirse bien en quienes cierran exitosamente el proceso de atención de salud, o bien reciben las descalificaciones verbales o gesticulares de los usuarios. Una trabajadora expresa: “Aunque los usuarios saben de la escasez, vienen acá con la esperanza de que se les de el medicamento, pues, son gente que no tiene para pagar los medicamentos en las farmacias privadas. Uno lo sabe porque con el tiempo uno va conociendo a la gente. Por eso, las doctoras suelen usar muestras médicas para completarles un tratamiento. Pero hay veces que no hay medicamentos en el servicio ni tampoco tienen las doctoras. En algunos casos, la gente se enfada por eso y se van insultando o haciendo gestos de decepción. ¿Qué puede hacer una? Aguantarse, porque una sabe que no depende de uno, sino del Área de Salud que, constantemente, están diciendo que no hay medicamentos”¹⁷⁹. Además, “en ocasiones cuando los usuarios no reciben los medicamentos recetados por las médicas se enfadan y, además de usar el sarcasmo ante una, estrujan el papel y lo lanzan al cesto de basura o al piso en señal de enfado y desaprobación hacia nosotros y frente al resto de usuarios.”¹⁸⁰

Desde la mirada de los usuarios, el tener que comprar el medicamento en las farmacias privadas es una posibilidad frecuente, y forma parte del espectro de resultados posibles al recibir una receta y al no haber medicamento en la farmacia. Su opinión tiene dos expresiones muy claras. Por un lado, hay quienes denotan una situación de conocimiento del desabastecimiento intermitente del centro de salud: “La enfermera nos dice, le vamos a dar unas pastillas –se alude a muestras gratuitas de medicamentos- para

¹⁷⁹ Informante Clave N° 34, 2008.

¹⁸⁰ Informante Clave N° 34, 2008.

que se ayude. Cuando pasa esto, nosotros pensamos que no han abastecido el centro de salud”.¹⁸¹.

Aún así, muchos usuarios vienen a consulta médica con la esperanza de recibir los medicamentos recetados, aunque no por ello dejan de protestar cuando no acceden a los mismos: “Al igual que en otros centros de salud, la población de acá, también, manifiesta su rechazo, enfado, resignación y/o comprensión por las carestías de medicamentos”.¹⁸².

6.2. Dinámica social en el Centro de Salud San Pedro Ayampuc

El trabajo de campo (entrevistas, observaciones no participantes y registro fotográfico) realizado en este centro de salud se llevó a cabo en días hábiles regulares de consulta externa, evitando realizar alguna acción durante los días en que hubiera actividades excepcionales. La finalidad fue observar y estudiar los procesos rutinarios y normales realizados entre el personal institucional y los usuarios del servicio, reduciendo al máximo la intervención de factores coyunturales.

La observación y el registro de datos sobre los espacios, las prácticas de salud y las relaciones sociales en el Centro de Salud San Pedro Ayampuc se llevaron a cabo entre los meses de julio y diciembre del año 2008, y ampliados entre septiembre y octubre de 2009. En los días en que se realizó el trabajo de campo, utilicé vestimenta la más parecida a la de los usuarios, a fin de pasar lo más desapercibido posible, mezclándome entre ellos. Para registrar las dinámicas de interacción social, permanecí en la sala de espera durante toda la jornada laboral (de 07:00 a 16:00 horas). El día 27 de octubre de 2009, aprovechando la llegada de un médico nuevo al centro de salud, pasé a la consulta médica como un usuario nuevo. El motivo de consulta fue real y se debió a una faringoamigdalitis viral de dos días de evolución que estaba padeciendo el investigador.

¹⁸¹ Informante Clave N° 15, 2008.

¹⁸² Informante Clave N° 34, 2009.

6.2.1. Espacios, prácticas de atención y relaciones sociales en el Centro de Salud San Pedro

A continuación se describen las interacciones entre trabajadores y usuarios dentro del contexto de infraestructura, materiales y de operación de los diferentes espacios del Centro San Pedro. Se expone la manera en que se organizan las prácticas de salud, los actores que las realizan y las formas de agencia observadas durante el desarrollo de las mismas. En seguida se presentan las percepciones del investigador, del trabajador y del usuario sobre las dinámicas derivadas de las prácticas de salud. Se finaliza con unas conclusiones sobre los aspectos anteriormente presentados.

6.2.1.1. El ingreso-recepción: la identidad institucional del usuario

Este espacio se constituye en el lugar de recepción de quienes utilizan los servicios prestados en el Centro de Salud San Pedro Ayampuc. Está dividido en dos ambientes separados físicamente. Para ser atendidos, los usuarios no necesitan apartar turno. La recepción-secretaría es un espacio administrativamente importante, aunque las condiciones en las que se da la interacción social no parecen darle mayor importancia.

La sala de espera está diseñada para la estancia de los usuarios que van a consulta médica o a realizar algún trámite administrativo sanitario, tal como la adquisición de una tarjeta de salud o licencia sanitaria para expender alimentos. Como se indicó en el capítulo anterior, el área está rodeada por las unidades que componen el sector de atención sanitaria directa.

La secretaría-registro de los usuarios ocupa un área compartida con la unidad de archivos médico. El espacio es estrecho y de lo más incómodo para el usuario quien no tiene donde sentarse dado que esto obstruiría el paso (Fotografía 6.6.). Hay una clara separación entre la secretaría-registros médicos y la sala de estancia. Los usuarios se distribuyen en forma central, mientras que los trabajadores lo hacen de manera periférica. Es decir, los usuarios quedan al centro de la sala, a la vista de todos los trabajadores (Fotografía 6.7.)

Fotografía 6. 6.

Espacio de la secretaría-recepción de usuarios, Centro de Salud San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2008.



Fuente: Miranda, 2008a.

Fotografía 6. 7.

Distribución espacial de los usuarios dentro de la sala de recepción, Centro de Salud San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2008.



Fuente: Miranda, 2008a.

No hay equipo en la secretaría. Todo el trabajo se hace manualmente, con tecnología muy básica: lapiceros, clips, engrapadoras, lápices, marcadores y folders. Los insumos básicos con los cuales se trabaja son una combinación de recursos oficiales y aportaciones de los trabajadores. A lo largo de las últimas administraciones, la secretaria, con mucha frecuencia, no ha contado con la papelería oficial legalmente requerida para registrar a los usuarios nuevos o para completar los expedientes médicos de quienes vienen a re-consulta, de ahí que tienen que recurrir al uso de papel de desecho (Fotografía 6.8.).

Fotografía 6. 8.

Carnet de salud hechizo, Centro de Salud San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2009.

Municipio: _____
Comunidad: _____ Sector: 5120109
Nombre: José Estuardo Miranda Gómez
Fecha de primera visita: 6-4-12-8 Alto de ho de meyes
Fecha de próxima visita: Wilma de Miranda.

Este método sirve de guía a las parejas que se comunican bien para saber qué días puede quedar embarazada la mujer. Es un método natural.

MSPAS

Fuente: Miranda, 2008a.

El Centro de Salud San Pedro opera desde las 07:00 hasta las 16:00 horas. En este centro, no hay fichas numeradas que recoger en la madrugada ni cola, sino una aglomeración de personas entre las cuales se respeta el orden de llegada. La mayoría de los asistentes son madres que llevan a sus hijos y mujeres adultas acompañadas. Los hombres adultos, tanto jóvenes adultos como adultos mayores suele acudir solos. Hay pocas conversaciones entre usuarios, salvo entre quienes van acompañados. La vestimenta es sencilla, muy abrigadora en el caso de las mujeres, los niños y los adultos mayores, mientras que los adultos y jóvenes varones suelen estar menos cobijados. Las mujeres jóvenes y las que llevan recién nacidos van acompañadas por su esposo, madre, suegra o hermana. La secretaria usualmente viste uniforme institucional (pantalón y chaleco o suéter café y blusa blanca, acompañado de un gafete que la identifica como personal institucional), lo cual le permite diferenciarse de los usuarios. Sin embargo, en ocasiones, la trabajadora que suplente a la secretaria suele vestir indistintamente de los usuarios.

Procedimentalmente, cada usuario pasa directamente a la secretaría, presenta su carnet y es registrado oficialmente, excepto en casos de usuarios que asisten por primera vez, y a quienes se les elabora un carnet nuevo. La secretaria recibe el carnet del usuario, y de acuerdo al número de registro, se levanta a buscar el expediente médico en los archivos. Para aquellos que requieran ser completados, se reutilizan hojas de desecho. Mientras ella

registra a mano el nombre, edad, fecha y sexo del usuario en el expediente, el usuario permanece parado. Tal situación es incómoda, especialmente cuando se trata de madres que llevan a niños en brazos o de adultos mayores que requieren de apoyo. Los expedientes van siendo apilados en una esquina del escritorio, de donde son recogidos por una de las dos auxiliares de enfermería de la pre-consulta. El registro puede tomar entre dos y cinco minutos, dependiendo de si es una primera consulta o una re-consulta, o si es una familia parcial o completa.

El ancho del escritorio es la distancia que media entre la secretaria y el usuario. Durante el registro de los datos generales, el contacto visual es menor que el verbal. Además, las expresiones faciales de la trabajadora suelen ser parcas e indiferentes ante los usuarios. El tono de voz, sin embargo, suele ser moderado y en todo momento cortés. La voz de los usuarios, en cambio, tiende a tener un tono más sumiso, y las expresiones ‘por favor’ y ‘gracias’ aparecen con bastante frecuencia. Sin embargo, cuando los usuarios no presentan su carnet, debido a olvido o pérdida del mismo, suele haber recriminación verbal y gesticulaciones, aunque moduladas, por parte de la secretaria.

En estos encuentros los usuarios suelen comportarse de dos maneras, según si han acudido para consulta médica o para un trámite administrativo. En el primer caso, el más común, los usuarios responden directamente a las preguntas hechas por la secretaria, facilitando de esta manera el desarrollo del interrogatorio, y agilizando el tránsito por el registro. La otra manera de actuar está ligada a ciertas circunstancias particulares que atañan a los usuarios, especialmente cuando, por alguna razón, no tienen su carnet. Su actuar, en estas circunstancias suele ser modulado tanto en el tono de voz como en sus gestos, en el intento de justificarse y a la vez congraciarse con la encargada. Estas conductas, paradójicamente, parecen reforzar la actitud autoritaria de la secretaria quien utiliza un lenguaje oral y corporal de ‘regaño’.

Quienes van llegando al centro de salud se aglomeran frente a la puerta de la secretaría, obstruyendo la desembocadura tanto de ésta hacia el pasillo que da hacia la sala de espera, como la de los servicios internos del centro (dirección, enfermería, comedor, estadística, bodega) que ocupan la otra mitad del edificio, y al cual no tienen acceso los usuarios. Posteriormente a su registro, cada usuario es enviado a la sala de espera donde

será llamado a la pre-consulta. Los usuarios ya registrados se distribuyen en la sala, ocupando las bancas o permaneciendo de pie, esperando su turno. Es común que quienes vayan llegando al centro de salud y logran acceder a un asiento dejen un objeto sobre el mismo para reservarlo para algún familiar. Quienes permanecen en la sala dirigen su atención hacia un aparato de televisión que el Ministerio de Salud, aparentemente, considera equipo indispensable, cuya finalidad habría sido contribuir a la educación en salud de los usuarios, pero que una vez terminado el proyecto terminó usándose para entretener a los usuarios en la sala de espera, permaneciendo ensimismados, o bien prefiriendo salir del edificio y dirigirse a una tienda para consumir alguna golosina.

Desde la mirada del investigador, el espacio de secretaría expresa, por un lado, una condición de privación material y, por otro, una carga de significados que se relacionan a las prácticas de salud. El inadecuado acondicionamiento del área, la incomodidad para el usuario (y la secretaria) por la falta de espacio para asientos, el tipo de carnet improvisado que se entrega, el gentío en el cual todos están envueltos, aunado a los gestos de reprimenda que dispensa la secretaria configuran las condiciones de recepción individualizada que al que están sometidos los usuarios, y la transitoriedad con la cual se define este lugar y momento dentro del proceso de atención médica. Las interacciones, aun cuando exigen un constante contacto visual y verbal, denotan asimetrías. Al usuario se le dirige unas palabras pre-establecidas que dejan poco margen para interponer comentarios, a menos de que las circunstancias así lo requieran. La secretaria permanece sentada mientras el usuario debe permanecer de pie todo el tiempo. Al usuario se le puede recriminar, dirigir palabras desagradables o gestos de mal humor, pero él no puede reclamar por temor a perder la oportunidad de recibir los servicios que necesita.

Por fortuna, las circunstancias cambian radicalmente cuando los usuarios pasan a la sala de recepción. Aquí, ellos se distribuyen al azar o por afinidad, aunque quedan a la vista del personal destinado al área de atención médica. En la sala de recepción, la interacción socio-emocional entre usuarios y entre usuarios y trabajadores presenta diferentes grados de intensidad, debido a la orientación de los asientos y a la manera en que la gente se ubica en el centro de la sala de espera. Aunque el área de espera está delimitada, los usuarios pueden moverse, incluso, fuera ésta.

Desde la mirada de los trabajadores, las prácticas de salud llevadas a cabo en el momento del registro médico han cambiado sustancialmente, aunque no han desaparecido del todo viejos vicios que caracterizaban la atención en este centro de salud. En buena medida, la transición que se ha vivido ha sido para mejorar la calidad de la atención. El maltrato verbal al usuario, al menos, ha desaparecido. Anteriormente, según señaló una informante¹⁸³, las personas no acudían al centro San Pedro por la agresividad con la cual la secretaria los atendía: “la gente no podía ni tocar los carnets porque la secretaria les hacía unas caras de enfado; entonces, a las personas les daba un poquito de pena, (...) ella no se levantaba de su asiento para decir algo a los usuarios, sino que les gritaba desde allí, y la gente se molestaba”¹⁸⁴. Para la misma informante, el cambio en el trato hacia las personas ha favorecido el acceso y la confianza hacia el servicio de salud. Sin embargo, parecen persistir algunas formas de maltrato en la recepción, sobre todo porque “hay cierta discriminación por el aspecto de pobreza de la gente”¹⁸⁵. Varias usuarias coincidieron en señalar lo difícil que era acceder a la atención médica al afirmar que “... hasta hace ocho años, los números para acceder a la atención eran limitados, y había que madrugar para acceder a uno de ellos, ya que a las ocho de la mañana era prácticamente imposible obtener alguno”¹⁸⁶ ... la secretaria daba cuarenta números, a veces hasta cincuenta, y no daba ninguno más”¹⁸⁷. Ahora, en cambio, los usuarios valoran los beneficios al haberse mejorado el acceso, pues, ya no dan números, y el acceso es libre, casi a cualquier hora.¹⁸⁸

6.2.1.2. La pre-consulta médica: la continuidad en la redefinición del usuario.

Una vez que los pacientes han entrado al circuito institucional y al sistema de registro oficial al pasar por la Secretaría, la siguiente etapa del proceso de la atención médica implica interactuar con el personal preparado para iniciar la exploración física y

¹⁸³ Informante clave N° 20, 2008.

¹⁸⁴ Informante clave N° 20, 2008.

¹⁸⁵ Informante clave N° 20, 2008.

¹⁸⁶ Informante clave N° 16, 2008.

¹⁸⁷ Informante clave N° 19, 2008.

¹⁸⁸ Informante clave N° 9, 2008; Informante clave N° 18, 2008.

el registro de datos fisiopatológicos individuales. La pre-consulta¹⁸⁹ en San Pedro es un pequeño espacio improvisado de aproximadamente doce metros cuadrados, sin paredes, y sin ningún tipo de comodidades para los usuarios o los trabajadores, con ventilación escasa, especialmente cuando hay mucha demanda, pero con iluminación natural adecuada. (Fotografía 6.9.).

Fotografía 6. 9.

Espacio de la pre-consulta, Centro de Salud San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2008.



Fuente: Miranda, 2008a.

En el área de pre-consulta, hay sólo una silla metálica, destinada para que los usuarios se sienten al momento de tomarles la tensión arterial. El personal aporta los únicos insumos básicos requeridos (lapiceros, lápices), y cuenta, como instrumentos de trabajo, con una báscula metálica, un esfigmomanómetro, una cinta métrica y un estetoscopio. Estos instrumentos, como se mencionó, lucen viejos y desgastados, y suelen quedar sin vigilancia de ningún trabajador durante breves períodos de tiempo. No hay termómetros de ningún tipo (anal u oral).

En esta etapa del proceso de atención, las prácticas de salud llevadas a cabo por los trabajadores son enteramente individualizadas en función del género y de la edad. Hay

¹⁸⁹ Este espacio ocupa lo que originalmente iba a ser la recepción de un Centro de Salud tipo A –con encamamiento–, tal y como originalmente había sido planeado se convirtiera el Centro de Salud tipo B San Pedro Ayampuc.

contacto físico entre actores, y el grado de interacción es más intenso que en la secretaría. Los usuarios se ven sometidos a cierto grado de aglomeración que los obliga a entrar en contacto físico, aunque sin cruzar la mirada con el otro. Los usuarios ubicados en la sala de recepción son llamados uno por uno por el personal auxiliar de enfermería, siguiendo el orden en que fueron registrados en la pre-consulta, para que se les tome peso y talla que se registran en sus expedientes médicos, no así los signos corporales básicos –tensión arterial, temperatura corporal-oral- por la falta de los instrumentos para hacerlo. El personal encargado de tomar y registrar dichos datos trabaja de manera ágil con el fin de no demorar la atención médica.

La interacción, en este momento, está estructurada a partir de las normas que definen claramente las etapas de la atención y los roles de cada actor. Mientras que una enfermera auxiliar es quien ordena los expedientes, la otra instruye a los usuarios sobre cómo ubicarse para ser pesados y medidos, cuál brazo extender y la manera en que se le tomará la tensión arterial. El trato que dispensan a cada usuario es afable aunque parco, debido a la cantidad de usuarios y la prisa por enviar los expedientes a las clínicas médicas.

Una vez terminado el proceso con cada uno, y siguiendo el orden de llegada, los demás usuarios, aglomerados en los extremos del área de pre-consulta esperan atentos, a ser llamados por la enfermera que dirige el proceso. La misma enfermera que registra los datos en los expedientes clínicos es quien procede a agruparlos, mientras una tercera trabajadora, estudiante va y viene por las clínicas médicas, distribuyendo los expedientes de cinco en cinco.

Ahora bien, es este proceso de distribución que los usuarios aprovechan para gestionar privilegios a su favor, argumentando la prisa por volverse al trabajo, por ser algo previa y verbalmente ya ‘apalabrado’ con el médico tratante, o por ser una re-consulta, o porque sólo le va a hacer un breve comentario a uno de los médicos. Además, es también el momento que ellos aprovechan para pedir la mediación de las enfermeras para obtener alguna muestra médica de los médicos, a lo cual las enfermeras responden positivamente la mayoría de las veces. Lo mismo ocurre cuando algunos usuarios que tienen negocios de alimentación ambulante o fija quieren agilizar algún trámite administrativo para adquirir las tarjetas de salud indispensables para habilitar ese tipo de negocios.

Dado que muchos de los usuarios son visitantes asiduos, y que han generado algún tipo de relaciones más cercanas o de confianza con las enfermeras, suelen abordar a quien toma, registra o distribuye los expedientes para que coloque su expediente hacia uno de los médicos en particular, arguyendo razones de seguimiento del caso, eficacia probada y confianza hacia ese médico. Las enfermeras, sin embargo, aplican su propio criterio. Al igual que los demás trabajadores, ellas tienen catalogados a los médicos según su eficacia curativa a partir de las referencias hechas por los propios usuarios, el desempeño que se le ha visto a lo largo del tiempo en la institución, su conducta y trato hacia los usuarios, la permisividad con la que aceptan cambios en sus decisiones, y/o el grado de confianza que las enfermeras le guardan.

Desde la mirada del investigador observante, el ritmo de trabajo durante el proceso de pre-consulta es muy intenso durante las primeras dos horas. El mismo suele estar muy estructurado, y el nivel de interacción entre enfermera y usuario breve, pero intenso. Después de este primer período, la actividad tiende a disminuir dado que la mayoría de los pacientes ya han sido asignados a los dos médicos, y una de las dos enfermeras auxiliares asume otras tareas, tales como promoción de la salud, vacunación, esterilización de equipo, o procesos administrativos.

Las condiciones de trabajo en esta etapa, igual que en la anterior, son inadecuadas, especialmente en cuanto al equipo. No es infrecuente que las enfermeras trabajen con instrumental propio para el registro de los datos, o que exijan que las estudiantes lleven el suyo propio. En otras palabras, los trabajadores hacen transferencias tecnológicas constantemente a favor de la institución.

Después de la pre-consulta, se sigue con la individualización pública de los usuarios, reduciendo su complejidad a la anotación de datos fisiológicos y biométricos relevantes para la consulta médica. Dentro del contexto y la dinámica institucional, este espacio-momento es cuando se llevan a cabo transacciones entre usuarios y enfermeras que parecen habituales para ambos. Éstas son la consecuencia de relaciones ya establecidas y consolidadas cuyos efectos inmediatos influirán también sobre interacciones futuras. Son

mecanismos desarrollados, fortalecidos e incorporados a las prácticas de salud entre actores con algún grado de confianza, y que renuevan la dinámica informal de la institución.¹⁹⁰

Un factor que, desde la perspectiva de los trabajadores, ha influido positivamente en la calidad de la atención de salud en este centro ha sido el cambio de actitud y conducta del personal auxiliar de enfermería. Una trabajadora de la institución señaló que “anteriormente la gente se quejaba del trato dilatorio y abusivo del personal de la pre-consulta. Se quejaban, por ejemplo que las enfermeras se iban a comer en vez de atenderlos. Una de ellas tenía que pedirle al director que les tocara la puerta para que atendieran a la gente porque se encerraban para comer. Pero ahora, comentan ellas, ya no pasan esas cosas, y hemos estado tranquilos, tal vez sea porque ya no están las dos enfermeras problemáticas”.¹⁹¹

Para los usuarios, el paso por la pre-consulta para la toma de presión arterial, peso y talla es el inicio de la atención médica. La recepción en secretaría sólo es un trámite administrativo que permite acceder a la consulta. La eliminación de restricciones al acceso ha marcado una diferencia sustancial en la atención médica, lo cual ha sido reconocido por los usuarios: “Sí, la atención es buena, porque ahora lo hacen a cualquier hora. Antes no, a estas horas -11am- ya no daban números”¹⁹². Ahora, el horario es mejor, y le permite a la gente acudir casi a cualquier hora. Tal y como lo señaló una informante clave: “Sí, el horario nos gusta. Fíjese, ahorita todavía le atienden a uno. Hace cuatro años, tenía que madrugar”¹⁹³.

6.2.1.3. La consulta médica en San Pedro¹⁹⁴

La consulta médica constituye el tercer momento del proceso de atención de salud cuando el paciente es trasladado a un ambiente sumamente estructurado donde se resuelve el motivo por el cual los usuarios acuden al centro. Aunque es un momento-lugar donde se

¹⁹⁰ Informante clave N° 2, 2008; Informante clave N° 3, 2009.

¹⁹¹ Informante clave N° 20, 2009.

¹⁹² Informante clave N° 9, 2008.

¹⁹³ Informante clave N° 19, 2009.

¹⁹⁴ Esta sección describe la experiencia vivida por el propio investigador como usuario-paciente.

reproducen estas acciones rediseñadas de diagnóstico y tratamiento, también se desestructura la acción normativa, y se generan prácticas diferentes a las pautadas.

El escenario material y simbólico que acompaña las prácticas de salud remite a un entorno que denota el desgaste al cual han sido sometidos los servicios públicos, principalmente debido a la poca o nula inversión que el Ministerio de Salud ha hecho en materia de infraestructura institucional.

Las prácticas de atención médica son acciones sumamente reglamentadas mediante protocolos de atención que sirven tanto de guía procedimental para los médicos como de indicadores a los cuales se apegan sus evaluadores. Aunque hay una reglamentación del tiempo estimado de consulta de doce minutos, las prácticas se desarrollan durante lapsos de tiempo que son principalmente definidos por el tipo de problema que suscita la interacción entre médico y usuario, y por la carga laboral diaria a la cual se ve sujeto cada médico.

En estas prácticas, el médico es quien dirige todo el proceso mediante un discurso simple y estructurado. Se llama a los usuarios a viva voz para invitarlo a pasar a la clínica médica, utilizando diferentes fórmulas según cada médico. El médico nuevo¹⁹⁵ se levanta y llama al paciente por su nombre desde la puerta de su consultorio, utilizando un tono de voz moderado, pero suficiente para hacerse oír en el recinto, mientras que el otro médico, que lleva varios años en el centro de salud permanece sentado frente a su escritorio con la puerta abierta, y alza la voz con fuerza suficiente –casi gritando– para que se oiga el nombre del usuario siguiente. Así, mientras el primero recibe frente a frente al usuario, el segundo adopta una actitud más práctica para él, pero menos respetuosa para el usuario.

Una vez que el usuario (en ese caso el mismo investigador) ha ingresado a la clínica, es invitado cortésmente a sentarse en la silla frente a su escritorio. Inmediatamente, se le solicita contar el motivo de la consulta. Mientras el médico anota en el expediente médico los datos seleccionados del discurso del usuario, los va verbalizando mediante frases cortas -‘dolor de cabeza’, ‘tos’, ‘secreción nasal’-. En todo el interrogatorio, el médico mantiene la mirada hacia el expediente sin nunca confrontar al usuario visualmente.

¹⁹⁵ El investigador pudo pasar a consulta como paciente con este médico dado que por ser recién llegado al centro de salud no tenía conocimiento de la investigación ni de quién era el paciente a quien atendía.

Una vez que da por finalizado el interrogatorio, el médico toma el estetoscopio, alza la mano para detener el impulso del usuario de moverse hacia la camilla, diciéndole que no es necesario. Prosigue con la auscultación de los pulmones colocando el estetoscopio sobre la camisa, luego revisa la garganta con un baja-lenguas y una lámpara de mano, y palpa el cuello buscando ganglios inflamados. Concomitantemente, va verbalizando los hallazgos. Una vez que concluye el examen físico, vuelve a su asiento, anota los datos encontrados y, mientras hacía la receta, da a conocer su diagnóstico, y lo que debería hacer y tomar el paciente para resolver el problema. Extiende la mano para entregar la receta con la prescripción y se despide afablemente. Todo este proceso fue realizado en alrededor de siete minutos. A lo largo de la exploración física y cierre de la consulta, yo me limité a responder al interrogatorio, ser examinado, y aceptar el diagnóstico y tratamiento.¹⁹⁶.

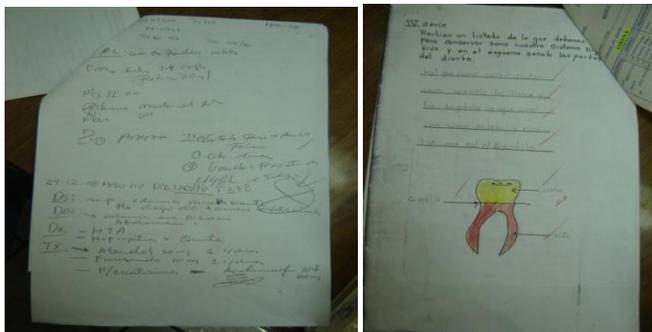
Durante la consulta médica, también se dan prácticas administrativas que buscan contribuir a aminorar las limitaciones que impone la escasez de insumos de trabajo. Dos de ellas son importantes por sus consecuencias materiales y simbólicas sobre las prácticas de salud actuales y futuras: el tipo de registro en los expedientes médicos y las recetas de medicamentos. Dada la escasez de papel, y de papelería en general, los expedientes médicos¹⁹⁷ son completados con las hojas de papel de desecho reutilizado y convertidos en documentos oficiales y legales (Fotografía 6.10.).

¹⁹⁶ Cabe resaltar que en mi calidad de médico, sabía de antemano que la morbilidad era sencilla. Intencionalmente o no, adopté una conducta pasiva. Aunque nunca estuve conforme con el tiempo de la consulta, opté por no protestar. Mi interés estaba centrado en “dar cuenta del proceso”. Además, la patología era simple –faringitis viral-, y me pareció desmedido protestar por un cuadro tan sencillo.

¹⁹⁷ El expediente clínico está estructurado a partir del denominado método Weed o de Análisis por Problemas, a partir del cual el interrogatorio médico busca indagar por sistemas –nervioso, circulatorio, respiratorio, etc.- y construir un cuadro sindrómico (conjunto de signos y síntomas) que oriente hacia el diagnóstico y, por consiguiente, el tratamiento más acertado, (Antúnez y Molina, 1985).

Fotografía 6. 10.

Anverso y reverso de un expediente médico utilizando papel de desecho, Centro de Salud San Pedro Ayampuc, 2008.



Fuente: Miranda, 2008a.

Sin embargo, los médicos a menudo incumplen con las directrices para su relleno adecuado, lo cual genera discrepancias con las autoridades de salud y las agencias internacionales cooperantes. Para los médicos esta inobservancia es una forma de agilizar el trabajo, y no una actitud negligente¹⁹⁸. En todo caso sí lo es de resistencia ante lo que ellos viven como una carga extraordinaria de trabajo, producto de la adopción de instrumentos ‘de moda’ impuestos por la cooperación técnica y financiera internacional. A ello se agrega el hecho de que no existen mecanismos de retroalimentación que les indique los beneficios obtenidos de su trabajo.¹⁹⁹

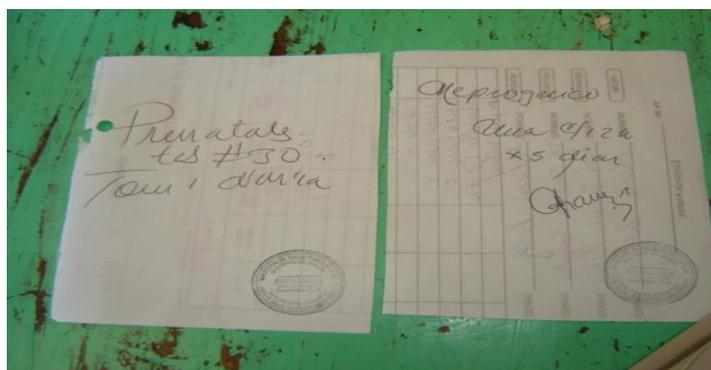
¹⁹⁸ Al respecto, afirmó una experta de una institución internacional que asesora y financia el programa de salud materna y neonatal en Guatemala que “no parece haber interés por parte del personal médico por colaborar en mejorar la calidad de la atención, de tal manera que éstos no adoptan las directrices oficiales para cumplir con el relleno adecuado del expediente... ahora las fichas clínicas existentes están integradas; se ha procurado integrar todos los programas. Por ejemplo, viene una mujer embarazada y le preguntan de todo, enfermedades de la piel, genital-urinario, etc., y al final lo más específico, el motivo de la consulta: el control pre-natal; y en el mismo expediente va una guía ¿Qué le debo preguntar a la paciente en el primer control que viene? ¿Qué le voy a preguntar en el segundo?, o sea es una ficha muy práctica guiada para que el proveedor no se pierda, pero a veces no tenemos ni esa ficha, y en los casos que sí la tenemos, hemos visto que no se rellena de acuerdo a cómo debería ser. Por ejemplo, si atiendo el primer control de embarazo, debería de rellena la sección del primer trimestre de embarazo, debiendo de anotar todas las cosas de ese período. Sin embargo, si la paciente vino durante su segundo trimestre de embarazo, el proveedor lo anota en la sección de primer trimestre y eso está errado, ya no se cumple la norma, pues para el segundo semestre debe pedir otra información, diferente a la que se pide en el primero. Parece que se desconoce cómo relleno, y sólo por pura acción mecánica se hace”, (Informante clave N° 23, 2008).

¹⁹⁹ Informante clave N° 23, 2008.

La otra práctica distinta a la normada es el uso de las recetas médicas con papel de desecho. Los recetarios también forman parte de esas soluciones alternativas a las que recurren los médicos para cumplir con su trabajo. Al igual que los expedientes médicos, las recetas médicas, hechas con el papel de desecho se convierten en un documento oficial y legal como se muestra en las Fotografías 6.11 y 6.12.

Fotografía 6. 11.

Anverso de dos recetas de medicamentos, Centro de Salud San Pedro Ayampuc, 2008.



Fuente: Miranda, 2008a.

Fotografía 6. 12.

Reverso de dos recetas de medicamentos, Centro de Salud San Pedro Ayampuc, 2008.



Fuente: Miranda, 2008a.

Desde la mirada del investigador, las prácticas de atención médica provocan una actitud desatenta, casi indiferente, por parte del médico hacia el usuario, la cual parece rutinaria e incuestionable. El usuario, por su parte, se limita a responder al interrogatorio, aceptando como válido el diagnóstico y tratamiento que el médico le asigna. Sin embargo, esta aparente pasividad dista mucho de reflejar las acciones innovadoras y las transacciones que se dan durante la consulta. Debido a la intermitente escasez de medicamentos en el centro de salud, los médicos constantemente recurren al uso de muestras gratuitas de medicamentos para cerrar exitosamente el proceso de la atención médica. Las razones para su uso se deben a que los medicamentos protocolizados y disponibles en la farmacia a menudo no se ajustan al cuadro clínico de la enfermedad del usuario, o hay dificultades para llegar a un diagnóstico mejor documentado que haga más asertiva la selección del medicamento, o también porque hubo automedicación previa del usuario²⁰⁰. (Fotografía 6.13.).

Fotografía 6. 13.

Muestras de medicamentos utilizadas en la práctica médica en el centro de salud San Pedro, Guatemala, 2008.



Fuente: Miranda, 2008a.

Además, esta práctica también ha estado vinculada con la formación médica, en la cual se inculcan prácticas altruistas, pero también pragmáticas y resolutivas. En cualquier

²⁰⁰Informante Clave N° 2, 2009.

caso, estas acciones no son simples reacciones a la escasez, puesto que las muestras se regalan también cuando están en existencia en la farmacia del centro de salud. En regalarlas hay implícitas unas intenciones que van más allá de una simple transacción caritativa. Así, mientras que para el médico esta acción implica reforzar y legitimar su figura profesional, para el usuario, implica generar acciones eficaces que han resultado en encontrar una respuesta a su malestar o necesidad. En términos más amplios, lo que se reproduce es el reforzamiento de las figuras y de los roles sociales, pero también la producción de acciones alternativas orientadas a resolver la situación que demanda la interacción. El peso de las relaciones que ambos actores hayan establecido en el tiempo también juega un papel importante.

Los médicos también toman decisiones adicionales sobre cómo resolver la situación que les imponen las difíciles condiciones de trabajo. En ciertas ocasiones, piden a los usuarios realizar pruebas complementarias fuera de la institución que ayuden al diagnóstico en función de las particularidades del caso clínico bajo estudio. Tal conducta busca, por una parte, evitar tanto las dilaciones que sufrirían las mismas pruebas diagnósticas siguiendo el procedimiento administrativo oficial (referencia a un hospital) como la ineficacia de este procedimiento, dado lo dilatado del resultado y su cuestionable utilidad ulterior. Además, seguir el procedimiento oficial supondría perder el seguimiento del caso clínico. Lo positivo de esta forma de proceder es la certidumbre para el trabajador de poder llegar a un diagnóstico mejor documentado, y para la usuaria asegurarse la tranquilidad de que se utilizó un procedimiento efectivo.²⁰¹ Como comenta un médico: “yo le digo a una señora: vaya al laboratorio de aquí del pueblo a hacerse una prueba de detección de Hepatitis A, y lo trae en cuanto lo tenga. Sí, la prueba le costó veinte o cuarenta quetzales, pero con ello, ya averigüé si es o no esta enfermedad, tranquilizo a la madre del niño al resolver el problema, y le dejo el tratamiento adecuado acá mismo. Además de la señora, ya me quedé tranquilo yo. Ya ganamos dos y no sólo uno”.²⁰²

²⁰¹ Informante Clave N° 2, 2009.

²⁰² Lo mismo sucede en el caso de pruebas de diagnóstico con ácido acético durante el Papanicolaou realizado en la consulta médica. Con ello, el médico se evita recibir un diagnóstico diferido mientras la paciente espera hasta un mes para recibir la notificación si se hiciera por la vía oficial.

Otra acción ajena a los protocolos de atención es la extensión de recetas de medicamentos no contemplados en el cuadro básico de medicamentos oficiales. En este caso, más allá de la reglamentación y recurrente escasez de medicamentos, influye de manera determinante el criterio médico, basado en la experiencia de complicaciones en casos anteriormente tratados en los cuales se siguió el protocolo institucional de atención.

Para los trabajadores, las expectativas que tienen sobre la evolución futura de las condiciones del trabajo en el sector público son de la continuación de las restricciones perennes y del desánimo que sufren, además de la desventaja comparativa en la que se encuentran con respecto al mismo quehacer en el sector privado. Al respecto, un trabajador decía "... sobre las condiciones de trabajo, yo creo que son que hoy hay con qué trabajar, y mañana no. Así como han sido siempre. Dado el poco interés que se toman las autoridades, yo no veo cambios. La falta de recursos para trabajar son cuestiones con las que, cuando uno viene del área privada, se choca; porque en lo privado, todo se puede, ¿Que todo va a costar dinero? ¡Sí! Pero todo se puede".²⁰³

En el caso de San Pedro, para un informante, la falta de insumos para el trabajo se explica por "su mala gestión del director ante las autoridades del área de salud, su aspecto que desdice mucho, su incompetencia para conducir el servicio, y su pésima relación con las autoridades municipales"²⁰⁴. Para los trabajadores, esto se traduce por una reducción de oportunidades de acceso a fuentes adicionales de recursos, pero para el director, la situación es distinta. Para él, el abstenerse de insistir en conseguir recursos ante otros actores locales, como la alcaldía, se explica porque, a cambio de la transferencia de tales recursos, se le pediría flexibilizar ciertos procedimientos administrativos, como las licencias sanitarias o la cloración del agua municipal, que no sólo generaría relaciones clientelares sino también se convertiría en una clara violación normativa a la reglamentación sanitaria.²⁰⁵

Aún cuando hay ánimo para el trabajo, la falta de recursos impide que las metas de las políticas sean alcanzables: "...aquí hay situaciones contradictorias. Hay cierto retroceso

²⁰³ Informante Clave N° 2, 2009.

²⁰⁴ Informante Clave N° 2, 2009.

²⁰⁵ Informante Clave N° 23, 2009.

en las políticas, porque a la larga no tenemos con qué cumplirlas; por otro lado, se dice uno mismo ¡Bueno!, hagámoslo con lo que tenemos”.²⁰⁶. Pero buscar recursos para hacer efectivas las políticas de salud puede generar subsidios escondidos por parte de los usuarios: “Yo soy de esos que, durante la consulta, le pido a la gente dinero para que ellos mismos compren medicamentos o papel. Porque nosotros escribimos en basura –papel reutilizado-; basura mía o basura de otro ¿Has visto mis recetas? Es basura. Cuando le pongo el sello institucional, mi firma y dice algo bonito, ya dejó de ser basura. Entonces, hemos conseguido papel con el dinero de la gente”.²⁰⁷.

En otras ocasiones, se pide al usuario contribuciones en especie para poder cumplir con el trabajo: “Yo he pedido a la gente que nos compre bombillos cuando estamos a oscuras para hacer un Papanicolaou. Es frustrante trabajar así; por eso, salgo a pedirles a las pobres señoras.”²⁰⁸. Pero, más allá de la posibilidad de cumplir con el trabajo, hay respuestas que no se derivan únicamente de la restricción de recursos, sino del compromiso profesional: “Trabajar con lo que se tiene es una forma de aceptar y apoyar este tipo de políticas, en tanto que nuestra función es ver cómo nos vamos a poder agenciar recursos y poder servir”.²⁰⁹. Al decir de este informante, sigue habiendo razones para que la gente encuentre respuestas a sus demandas, pues, de lo contrario no habría la afluencia que sigue habiendo: “El público, pienso que tienen buenas expectativas hacia lo que les ofrecemos, porque si no, no habrían pacientes; no vendría nadie”.²¹⁰.

Además, el trabajo administrativo supone una carga laboral que demanda mucho tiempo, el cual deben restarse del dedicado a la consulta médica: “Si yo lleno un documento de información obligatoria, dejo de atender unos veinte o quince pacientes. Si toda esa información sirviera para algo ¡excelente!, pero si no, es basura, y no sirve para nada”.²¹¹

Con respecto a la extensión de recetas de medicamentos fuera de los protocolos de atención, para los médicos, cuentan su criterio médico y la experiencia profesional que la normativa y la constante escasez de medicamentos: “Lo primero es que no hay

²⁰⁶ Informante Clave N° 2, 2009.

²⁰⁷ Informante Clave N° 3, 2009.

²⁰⁸ Informante Clave N° 3, 2008.

²⁰⁹ Informante Clave N° 2, 2008.

²¹⁰ Informante Clave N° 2, 2008.

²¹¹ Informante Clave N° 3, 2008.

medicamento y, lo segundo, es que necesitamos otro tipo de medicamentos dada la severidad del caso clínico. Cada caso es único. Muchas veces nosotros necesitamos otros medicamentos que no los hay en el centro de salud. Por ejemplo, para los catarrros en niños, según las normas de atención, se debe recetar acetaminofen® líquido y enviarlo a su casa, pero, yo les dejo Ambroxol®²¹² y nebulizaciones con solución salina, porque si no, ese paciente va a regresar grave. Uno evalúa al paciente y la experiencia te dice que no es así como lo dice la norma, por eso se procede de esta otra manera”.²¹³

El uso de plantas medicinales ante la escasez de medicamentos o la falta de medicamentos idóneos para tratar ciertas dolencias es una práctica a la cual los médicos también recurren. Uno de ellos decía: “... hay algunos medicamentos que no se pueden dar, pero recorro a las plantas medicinales; con ellas uno puede tratar ciertas enfermedades. Acá en el área rural hay disponibilidad de ellas, y la gente acepta su uso, siempre y cuando uno tenga cuidado de no crear ningún problema o peligro con ellas”.²¹⁴. Ambos médicos de San Pedro coincidieron en señalar que todas estas acciones son reflejo de su práctica privada de la medicina que cuesta dinero pero resuelve, al contrario de la práctica pública que les dice qué hacer pero no da con qué realizarlo.

Entre los usuarios, se percibe un cambio positivo en la atención de salud que se les ha brindado en este centro de salud. Un aspecto de mucha importancia para ellos es la amplitud del horario y la cantidad de médicos que ahora hay en este servicio de salud. Como ya se mencionó, los usuarios anteriormente tenían que madrugar para conseguir ficha.²¹⁵ Además, dado que solamente había un médico, cuando las usuarias llevaban a más de un niño enfermo, sólo tenían derecho a pasar a uno de ellos, el más grave, ese día, dejando para el día siguiente al otro enfermo.²¹⁶ Y, aunque llevar el carnet de salud es, en principio, indispensable para obtener servicio, ahora los usuarios también pueden acceder sin él dado que aparecen informatizados. Con el nombre del usuario o el número de carnet se accede al sistema de registro. Para varias de las usuarias la atención ahora es amplia,

²¹²El acetaminofén sólo sirve para aliviar el dolor y bajar la fiebre, mientras que el Ambroxol es un fármaco mucolítico útil en procesos bronquiales.

²¹³Informante Clave N° 3, 2009.

²¹⁴Informante Clave N° 2, 2008.

²¹⁵ Informante Clave N° 18, 2008; Informante Clave N° 9 2008.

²¹⁶ Informante Clave N° 18, 2008.

buena e incluso más rápida,²¹⁷ a tal punto que las solicitudes de inmunización son atendidas durante toda la jornada laboral.²¹⁸

Siguen habiendo, empero, algunos obstáculos propios y ajenos que limitan el acceso a la atención. La atención normal de consulta externa se ve restringida por la prioridad que tienen otras actividades sanitarias como la vacunación. Considerando que el Ministerio de Salud debe cumplir con las metas de inmunizaciones que internacionalmente ha adquirido, este programa mantiene prioridad casi sobre cualquier otro. Esto ha implicado que los usuarios dejen de tener atención médica los días de jornadas de vacunación. Además, la inseguridad pública, principalmente debida a la presencia de las maras,²¹⁹ se ha convertido en un flagelo que genera miedo y limita el desplazamiento de los usuarios hacia el centro de salud, dado el entorno rural del municipio y la escasa vigilancia policial que se le ha asignado.²²⁰ Pero, gracias a los aspectos positivos antes señalados –horario abierto y más médicos– este centro de salud se ha convertido en una opción real para las poblaciones fuera de la jurisdicción de San Pedro, dada la restricción de horarios que sigue habiendo en otros centros de salud cercanos que obliga a muchos de ellos a madrugar para poder acceder a una ficha para ser atendidos, que pueden haberse agotado cuando ellos llegan.²²¹

6.2.1.4. La post-consulta: la atención en la farmacia

En la post-consulta²²² el usuario ejerce un mayor protagonismo que en las fases anteriores, pudiendo generar prácticas disruptivas como expresión de protesta y desaprobación de la atención institucional. Por su parte, los trabajadores de la farmacia suelen adoptar una actitud condescendiente y, en ocasiones, complaciente a las demandas del usuario.

²¹⁷ Informante Clave N° 19, 2008; Informante Clave N° 18, 2008; Informante Clave N° 9, 2008.

²¹⁸ Informante Clave N° 18, 2008.

²¹⁹ Las maras son pandillas criminales transnacionalmente organizadas que controlan las extorsiones, el tráfico de drogas, y la prostitución, y que llevan a cabo asesinatos con sicarios.

²²⁰ Informante Clave N° 19, 2008.

²²¹ Informante Clave N° 19, 2008.

²²² Dependiendo del resultado de la consulta, todo usuario tiene tres posibilidades: ser dado de alta y egresar directamente hacia su casa, pasar por la farmacia para recoger algún tratamiento, o ir a la unidad de hipodermia a recibir alguna curación o aplicación de algún medicamento intramuscular o intravenoso.

La farmacia es rectangular y tiene una ventanilla desde donde se despachan los medicamentos a los usuarios (Fotografía 6.14). Las paredes lucen un aspecto limpio, y tanto la iluminación como la ventilación son inadecuadas.

Fotografía 6. 14.

Atención en la ventanilla de la farmacia, Centro de Salud San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2008.



Fuente: Miranda, 2008a.

En la farmacia hay seis tipos de insumos: los medicamentos, un bidón de agua, vasos plásticos para ofrecer agua a las personas que la requieren para su medicación, un lavamanos metálico, y material de oficina y formularios oficiales para la requisición de medicamentos (Fotografías 6.15 y 6.16.).

Fotografía 6. 15.

Dotación de medicamentos en la farmacia del Centro de Salud San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2008.



Fuente: Miranda, 2008a.

Fotografía 6. 16.

Dotación de medicamentos en la farmacia del Centro de Salud San Pedro Ayampuc, Guatemala, 2008.



Fuente: Miranda, 2008a.

Con cierta regularidad las prácticas de salud culminan con éxito, especialmente cuando el usuario egresa del centro de salud habiendo recibido un resultado acorde con su problema y expectativa. Sin embargo, también hay ocasiones en las que el usuario se topa con la imposibilidad de obtener un resultado aceptable. Una de ellas, seguramente el que más efectos negativos acarrea para el presente y el futuro de la institución, es la falta de acceso a los medicamentos institucionales. Esto es especialmente válido si al retirarse del establecimiento el usuario tiene alguna mayor claridad sobre su problema de salud, pero no recibe los medicamentos prescritos. En aquel momento, el hecho de no poder obtener el medicamento recetado por la institución se convierte en un asunto que invalida el fin del centro de salud y deslegitima las prácticas de salud.

La insuficiencia de los medicamentos es atribuida ya sea a la ineficiencia administrativa que no permite surtir en forma oportuna y suficiente (opinión muy común entre los trabajadores de los distritos de salud) o a la falta de disponibilidad de medicamento en el mercado (la explicación dada por las autoridades del área de salud a los directores de distrito y de éstos a su personal subalterno). Una vez que el responsable de la farmacia se encuentra frente a la demanda de un usuario por un medicamento temporalmente inexistente, adopta inicialmente un comportamiento distante y evasivo a fin

de evitar una confrontación. Posteriormente, recurre a diversas estrategias, dependiendo de a quién tiene en frente. Ahí cobran importancia ciertas características del usuario tales como el sexo y la edad, en tanto que no es lo mismo confrontar a una mujer, un hombre adulto airado que puede llegar a insultarle, que a una mujer-madre o a un adulto mayor. A estos últimos, la encargada de la farmacia suele pedirle tajantemente que los adquieran en una farmacia privada. En términos generales, la reacción del usuario puede ser de tres tipos, especialmente cuando son hombres adultos que acuden solos o van de acompañantes: primero, constata nuevamente que al centro de salud sólo va para saber qué tiene, pero que la solución del problema depende finalmente de su bolsillo; segundo,-la reacción menos frecuente- increpa airadamente su malestar por no recibir el medicamento ordenado por el médico, y termina rompiendo o tirando al cesto de basura la receta; y, tercero, con un lenguaje corporal expresivo -moviendo su cabeza en señal de desaprobación, o sólo haciendo un gesto desaprobatorio, denota su decepción y malestar, se vuelve hacia alguna enfermera o médico y le ‘explica’ su falta de dinero, ‘pidiendo’ alguna opción para hacerse de ‘algún’ medicamento, en clara alusión a las muestras médicas que los médicos suelen tener consigo. Algunas usuarias que no acceden a los medicamentos institucionales en la farmacia se paran frente al consultorio del otro médico, desafiando incluso la petición de las enfermeras de que se retiren de ahí. Su intención es colarse cuando salga la persona que está siendo atendida por el médico y acceder a las muestras gratuitas de medicamentos en poder del médico o, en última instancia, cambiar la prescripción original. La mayoría de las veces, tal conducta no recibe la atención esperada, y la usuaria termina conformándose con la primera decisión. En otras ocasiones logra ser recibida por el segundo médico, y resolver su situación. Cuando así sucede, las relaciones de confianza construidas entre el médico y el usuario parecen ser un factor determinante.²²³.

El trabajador de la farmacia también asume una actitud y conducta diferenciada. En el primer caso, su comportamiento es pasivo. En el segundo, suele guardar silencio y desatender la reacción del usuario. En el tercer caso, funge como intermediario ante los médicos, solicitándoles cambiar la prescripción hecha o gestionando una muestra de medicamento gratuita a favor del usuario. Sin embargo, cuando es imposible brindar los

²²³ Informante Clave N° 2, 2009.

medicamentos recetados a un usuario adulto, especialmente tratándose de un hombre, el trabajador recurre a dar una breve explicación sobre las causas de la misma, tales como la irresponsabilidad de las autoridades en no evitar el desabastecimiento de medicamentos, o la falta de dinero del Ministerio de Salud para comprarlos. Con esto busca derivar la responsabilidad hacia otros, esperando aminorar la reacción de desaprobación del usuario.

Desde la mirada del investigador, la farmacia es un escenario donde suceden todas las manifestaciones de aceptación o contrariedad frente a la entrega o no de medicamentos. Constantemente, los usuarios observan insultos, aspavientos, rostros de decepción e inconformidad, sonrisas, conformismos, satisfacción, etc. Todas estas expresiones sociales van teniendo, sin embargo, un efecto de demostración para quienes todavía permanecen en el recinto de salud esperando ser atendidos, implicaciones para la vida de los usuarios afectados, y consecuencias para las futuras interacciones entre los actores. Ante los usuarios desairados, el enfermero auxiliar que atiende la farmacia deja en claro que él como trabajador es ajeno al problema. Sin embargo, en algunas ocasiones, dependiendo del usuario del que se trate y del tipo de relación de confianza que tenga, adopta un rol de intermediación ante el médico para que éste cambie la prescripción o regale muestras gratuitas de medicamentos.

La intermitencia en la disponibilidad de medicamentos influye de manera importante en todo el proceso de atención de salud desarrollado hasta este punto, y en el fortalecimiento de las relaciones sociales. De ahí que el acceso al mismo sea un factor legitimador tanto de la institución, como de los médicos. Por tanto, resulta comprensible que los médicos resuelva en con las muestras gratuitas dos situaciones ligadas a su rol social y personal intrincadamente relacionados. Por lado de lo social, con el uso de estos productos, el médico perpetúa la legitimidad de su figura profesional por encima de la burocrática: es médico antes que funcionario público. Pero, también, en este plano, la entrega de la muestra gratuita de medicamento refuerza y legitima ante el usuario una práctica informal permitida y que contribuye también a la sobrevivencia institucional. En el plano personal, los esfuerzos de los médicos por tener disponible una dotación de este tipo de productos en sus clínicas médicas suponen la reproducción de una práctica benefactora

muy ligada a la imagen del médico, y que, además, ha sido de eficacia probada para asegurar no sólo cierta clientela, sino también, para reforzar las relaciones personales.

Para el usuario, esta posibilidad alternativa de acceder a medicamento suele constituirse en una práctica disponible a la cual recurrir en momentos de crisis financiera personal o de desabastecimiento institucional. Los mismos trabajadores remarcan especialmente el constante desabasto de medicamentos: “Siempre hemos tenido medicamentos, aunque no exactamente los que se requieren. La escasez ha sido constante”²²⁴. Al margen de las funciones asignadas a su puesto de trabajo, el trabajador se ve ejerciendo funciones de mediador del conflicto entre las expectativas de los usuarios y la realidad de las existencias de medicamentos en farmacia, tal y como lo expresaba uno de ellos: “Una señora, el día de ayer, hasta me maltrató. A mí me terminó cayendo la regañada por la escasez. Pero no se enoje, le dije, tenga calma; de repente el otro mes habrá, y venga a echar su vuelta. Da pena lo que hay en la farmacia. Por eso a veces algunas compañeras no quieren estar aquí, porque resulta que no hay con qué trabajar, y hay personas que tiran las recetas”²²⁵.

Parte del problema es que los médicos sólo recetan y dicen a los pacientes: “vaya a la farmacia, ahí le van a dar la medicina...yo he platicado con ellos para que también ellos expliquen a los pacientes porqué no hay medicamentos y dejen de recetar lo que no hay”²²⁶. Por esta razón es que este informante semanalmente pasa a los médicos una pequeña lista sobre las existencias de la farmacia a fin de prevenir reclamos por parte del personal médico y del director que no avisa a tiempo.²²⁷

Ante los usuarios, el director es él quien carga con todo tipo de reclamos y, además, quien debe exculpar al propio centro y al Ministerio de Salud de la carencia de medicamentos. Tanto para los trabajadores como para los usuarios, es él el culpable irremediable. Señalaba el encargado de la farmacia: “nadie sabe por qué hay escasez, pero

²²⁴ Informante Clave N° 21, 2008

²²⁵ Informante Clave N° 21, 2009.

²²⁶ Informante Clave N° 21, 2009.

²²⁷ Informante Clave N° 21, 2009.

el gobierno es el culpable”.²²⁸. Sin embargo, para el responsable de la farmacia, la ruptura de stock de medicamentos tiene mucho que ver con la actitud pasiva, indiferente y negligente del propio director del centro de salud: “siempre dice ¡es que no hay!, y nos ve y se pregunta ¿Qué podemos hacer? Pero, en realidad, ¡no hace nada!”.²²⁹.

El responsable de farmacia, en cambio, no es un actor pasivo. Ante la escasez de medicamentos es él quien sugiere e influye sobre el cambio de la prescripción original hecha por el médico por una alternativa (por ejemplo cambiar paracetamol por Diclofenaco)²³⁰. No es raro, entonces, que los médicos actúen en detrimento de la vigencia de las normas de atención al ceder y dar un medicamento por complacencia.²³¹.

Conclusiones

Nuestras observaciones sobre las prácticas de salud en los centros de salud de San Julián y San Pedro permitieron describir la manera como se dan y se reciben las mismas, y las transacciones que ocurren entre los actores durante sus diversos momentos de interacción. Una vez desencadenado el proceso de interacción, las prácticas de salud cobran una dinámica propia en espacios y momentos concretos que dan paso a transacciones en las cuales se vinculan intereses, necesidades, recursos y estrategias que los actores ponen en juego y que, necesariamente, matizan los determinismos estructurales.

Durante las prácticas de salud el trabajador demuestra su competencia resolviendo las dificultades que supone cada interacción con los usuarios, la cual suele darse bajo fuertes restricciones de recursos. Con ello, se refuerza no sólo su imagen profesional sino además, abre la posibilidad de que el usuario acceda a nuevos recursos y oportunidades (medicamentos), validándose y renovándose así, las relaciones sociales. En otras palabras, las prácticas de salud guardan cierta autonomía pese a las condiciones restrictivas de insumos y equipo que le son impuestas, mediante la estructuración material y simbólica de los espacios públicos de atención de salud.

²²⁸ Informante Clave N° 21, 2009.

²²⁹ Informante Clave N° 21, 2009.

²³⁰ El paracetamol es un simple analgésico y antipirético, mientras el Diclofenaco es un antiinflamatorio no esteroideo.

²³¹ Informante Clave N° 21, 2009.

Capítulo VII

Análisis comparativo sobre los espacios y prácticas de salud en los Centros de Salud San Julián Chinautla y San Pedro Ayampu

Todas las interacciones en los centros de salud presentadas en los dos capítulos anteriores, tienen como marco escenográfico la carestía o deterioro de sus elementos constitutivos, los cuales contribuyen a que las prácticas de salud cobren un particular sentido contextual. Aunque para los usuarios todo ello connota el tipo de actor competente y capaz de utilizar estos elementos para su beneficio, vimos que estas expectativas no siempre terminan por ajustarse a las condiciones reales de operación. Inicialmente, los usuarios de ambos centros de salud, al entrar en contacto con estos escenarios, se ven confrontados con algunas barreras que le son impuestas de antemano y que forman parte del *setting* o *escenario*²³² (Goffman, 2004: 4) que constituye la implementación de las políticas de salud:

- Las *barreras físicas* que se interponen entre el usuario y personal de salud, y que pueden ser un muro o un mueble;
- Las barreras *de descortesía de la recepción* que obligan al usuario a estar de pie mientras el registrador permanece sentado;
- Las barreras de la *comunicación verbal* por parte del registrador al demandar al usuario una serie de datos sin que éste pueda negarse a darlos, y,
- Las barreras de la *comunicación no verbal* puestas de manifiesto mediante las posturas del registrador al permanecer sentado y sin mirar al usuario durante la interacción con el usuario parado.

Estos escenarios, además, están compuestos por elementos materiales que configuran y definen simbólicamente un espacio público de atención de salud, tales como el mobiliario, los instrumentos, los medicamentos o una camilla, los cuales, en el caso de los

²³²Goffman (2004: 4) designa como *setting* o escenario a todo aquello que existe de manera permanente y acompaña la actuación. Esto incluye al mobiliario, el equipo, el decorado y todos aquellos elementos del “trasfondo escénico que proporcionan el escenario y utilería para el flujo de la acción humana que se desarrolla ante, dentro o sobre él”.

centros bajo estudio, proyectan un sentido de deterioro. En tales escenarios, como lo vimos, las prácticas de salud desarrolladas se enfrentan con y son opacadas por la continuidad de la precariedad y de la escasez que reducen su efectividad. Por ejemplo, al limitar la obtención de datos fisiológicos importantes para el diagnóstico clínico, la falta de termómetros para establecer o no el nivel de temperatura corporal del usuario-paciente, el no poder establecer si un paciente es hipertenso o no, o la imposibilidad de explorar las condiciones del canal auditivo, no sólo limitan los hallazgos del examen físico del usuario, sino también pueden llegar a comprometer su propia salud y vida.

Las prácticas de salud llevadas a cabo por la mayor parte de trabajadores de los Centros de Salud San Julián y San Pedro y sus respectivos usuarios son servicios efectivamente ‘entregados’ por el gobierno, los cuales terminan por convertirse en las políticas de salud de gobierno reales, en oposición a las expresadas en los documentos oficiales. Sin embargo, no son únicamente las prácticas locales actuadas en los centros las que modifican el discurso, sino también las repetidas formas en las que las autoridades estatales competentes no entregan los recursos necesarios para cumplir con los objetivos declarados de estos centros, que, en última instancia, son mejorar la salud de la población, objetivos que implican un equipamiento y surtido de medicinas que, como vimos, faltan no ocasional, sino sistemáticamente. Las implicaciones de tales acciones, tanto localmente como desde los puestos de mando ministerial, moldean y transforman el acceso a beneficios y/o las restricciones directas e indirectas que estructuran a los programas de salud pública (Lipsky, 1980: 3).

Propondré que las prácticas de los agentes locales que interactúan en los centros de salud estudiados son estructurantes de la realidad social que se va conformando día tras día por medio de estas interacciones. Los trabajadores, en su papel de agentes forjadores de políticas tienen dos recursos para construir éstas inherentes a sus puestos de trabajo: a) un alto grado de discrecionalidad, y b) una relativa autonomía con la cual operan dentro del marco de las reglas organizacionales que orientan sus acciones (Lipsky, 1980: 13). Dentro del marco institucional rebotante de restricciones y prescripciones en los procedimientos a seguir en el trabajo, encontramos que algunas de las prácticas de salud observadas ‘rescatan’ las relaciones sociales a la vez que el cometido de éstas, es decir, la entrega de

los programas sanitarios mismos. Tales prácticas contribuyen a ello por medio de acciones muy socorridas y de amplio dominio por parte de los médicos y de los usuarios, y de amplio despliegue en los centros de salud del Área Guatemala Nororiente, y muy probablemente del resto del país, tales como el uso de papel de desecho, de las muestras gratuitas de medicamentos para paliar la frecuente escasez de medicamentos, y los pequeños favores que obvian toda normativa institucional pero paliar el descontento generado por las expectativas legítimas de los usuarios, a menudo incumplidas por falta de fármacos o de pruebas de laboratorio fehacientes.

Con la entrega de muestras de medicamentos, el trabajador salva, en primer plano, la legitimidad de su actuación profesional, y en el segundo, la de la misma institución, es decir, los programas de atención que conforman, en principio, la política de salud. Cabe agregar que estos productos son regalados a los médicos por vendedores de fármaco como publicidad para dar a conocer dichos productos y convencer los médicos que los incluyan en las recetas a clientes privados. En la acción de regalar muestras, el médico no representa al Ministerio de Salud, ni implementa sus programas tales como fueron prescritos; de lo contrario, encarna las normas éticas y profesionales de otro tipo de institución: la de la profesión médica. Encontramos claras implicaciones en tales acciones, tanto encaminadas a modificar el estigma asociado con trabajar en una institucionalidad estatal como a rescatar la imagen y el prestigio social del médico.

Otra forma de salvar la actuación profesional se observa en la parte discursiva que acompaña la entrega de las muestras gratuitas de medicamentos. Se compensa la falla institucional con el gesto altruista con el que el individuo profesional actúa. No obstante, el peso de las instituciones sigue siendo importante. A lo largo del estudio, se muestra cómo las disrupciones escénicas o las provocadas por el medio y algunas actuaciones en particular subrayan la forma cómo la audiencia construye o confirma una representación negativa de los servicios públicos de salud, y cómo se ha incorporado a la cultura local en el sentido de que la parezca ‘normal’ la carencia de recursos e insumos para el trabajo agenciada de manera rutinaria por las actuaciones de redes de funcionarios situados en escalones superiores de la jerarquía sanitaria.

Reflejando esta condición está el franco deterioro físico de las instalaciones, la carencia de equipo y la insuficiencia de mobiliario. Dos explicaciones concurren en esta situación. La primera es la gestión inadecuada por parte de las autoridades que genera un desabastecimiento crónico, y que parece dejar el beneficio de la duda de si se trata de algo realmente institucionalizado, o si es producto de procedimientos ineficientes (¿o corruptos?) implementados durante las últimas tres administraciones de salud. La segunda explicación es que, en efecto, existe un deterioro crónico que históricamente ha caracterizado a esta realidad. Eso hace entendible que acudir a un servicio público connota, en el imaginario social, una pobreza institucional histórica del Ministerio de Salud que se da por hecho entre los usuarios.

Pese a este panorama de restricciones institucionalizadas, una parte considerable de las políticas parece ser producto de decisiones burocráticas ligadas al puesto de trabajo del trabajador. Para los usuarios, ser médico implica una expectativa resolutive cumplida en buena manera por las medidas que buscan salvar la situación de interacción –las prácticas de implementación de las políticas. Otro factor importante es el criterio médico, íntimamente ligado al grado de autonomía relativa, institucionalmente establecida, y que es inherente a la naturaleza de su trabajo.

7.1. La dinamización del espacio, los insumos y los instrumentos durante las prácticas de salud

Las “deterioradas” condiciones físicas de los espacios de atención de salud se han convertido en una normalidad, en el contexto de la cual se establecen relaciones que conjugan lo material y lo significativo. Toda acción social se lleva a cabo dentro de espacios o marcos escenográficos cargados de elementos significativos que contribuyen a que la interacción cobre un sentido histórico-contextual. Por tanto, los espacios en los que se dan las prácticas de salud están organizados por una serie de elementos materiales y simbólicos que los caracterizan y los definen. De ahí que el tipo de mobiliario, instrumentos, medicamentos, camilla, etc., connotan el tipo de actor competente capaz de utilizarlos durante las prácticas de salud en beneficio de los usuarios. De esa cuenta, el ordenamiento del espacio, la escasez material y el estado del mobiliario reflejan, a lo largo

del proceso de atención de salud, las condiciones materiales de carestía, a la vez que refuerzan las representaciones sociales que los usuarios construyen a partir de esa realidad material.

Las características físicas de las infraestructuras de ambos centros de salud son las habituales, aunque el centro de San Pedro haya sido declarado ‘inhabitable’ por el daño sufrido en su infraestructura. En general, las condiciones de la infraestructura en ambos centros asistenciales denotan un grado avanzado de desatención. Cabe recordar que desde el año de 1996, el gasto de inversión se ha reducido estrepitosamente de 21.44% en 1996 a un 3.08% en 2008, alcanzando cifras, incluso inferiores al 1% entre 1998 y 2000 y en 2004, respectivamente (PNUD, 2010). De ahí que la realidad material de ambos centros no sea casual, sino el producto directo de decisiones gubernamentales. La manera como se aprecian a ambas instituciones dimensiona la clase de representación social que se ha ido forjando entre los usuarios y los trabajadores sobre los servicios públicos a lo largo del tiempo, pero también entre los responsables de las políticas de salud.

Al considerar los contenidos del discurso oficial sobre las políticas y los mecanismos de diverso orden construidos alrededor de su implementación, se explican muchos de los porqués de las formas en las cuales se han estructurado los espacios ministeriales de salud. Sin embargo, la distribución del espacio entre los dos centros de salud guarda algunas similitudes y diferencias de importancia que tienen consecuencias para los procesos sociales que se desarrollan en ellos. Mientras que San Pedro tiene una clara separación entre el espacio administrativo y el de atención al usuario, en San Julián Chinautla no existe tal separación, quedando mezcladas las unidades administrativas con las de atención, todas de frente a la sala de espera. Este espacio abierto en San Julián permite una dinamización y uso del espacio tanto para trabajadores como para usuarios. La distribución periférica de las bancas crea un espacio que facilita la dinamización de las interacciones sociales, especialmente porque permite no sólo un trasiego más intenso entre las personas sino también porque intensifica el uso de dicho espacio, tanto por los adultos como por los niños. Además, la circulación del personal institucional constantemente favorece pequeños encuentros de interacción con los usuarios que contribuyen a refrescar y

fortalecer las relaciones, y a generar transacciones cuyos resultados transgreden, hasta cierto punto, el orden normativo institucional.

A diferencia de esta dinámica social, la organización física de la sala de espera en San Pedro facilita la pasividad de los actores que se encuentran en este espacio, dejando como único espacio donde puede darse la interacción los corredores laterales al centro de la sala donde se ubican las bancas. Éstas, sin embargo, son incómodas en la medida que obstruyen el estrecho espacio para el trasiego, lo cual obliga usuarios y trabajadores a mantener breve su interacción social, ya sea casi llegando en las puertas de los consultorio durante la caminata en los corredores, o durante la pre-consulta con el personal de enfermería.

Partiendo de que los trabajadores que laboran en los centros estudiados comparten condiciones de trabajo similares (Lipsky, 1980: 3-5), sus expectativas con respecto al escenario que acompaña las prácticas de salud provoca un clamor permanente y generalizado en contra tanto de la precariedad institucional como del tipo de políticas públicas que tradicionalmente se han implantado en el país. Combinados con el estigma imputado a los servicios públicos, estos elementos terminan por menoscabar las representaciones sociales en torno a los servicios públicos y, en buena medida, la imagen social del trabajador en estas instituciones.

Las condiciones materiales de trabajo no son sustancialmente distintas entre ambos centros de salud, aunque los entornos intersubjetivos sí lo son. A lo largo de todo el proceso de atención, hemos visto que ambos centros funcionaron con escaseces frecuentes. Las causas apuntan hacia la interacción perenne entre tres clases de factores. Los primeros son de orden estructural, donde lo macro-político juega un papel determinante fuera del alcance del nivel de mando del Ministerio de Salud. La salud, al no ser una prioridad en la agenda del gobierno, ha mantenido una baja asignación presupuestaria, e incurrido, como consecuencia, en constantes crisis administrativas y operativas. Los segundos factores explicativos se relacionan directamente con la perversión de las prácticas interinstitucionales, otrora generadoras de competencia y economías de escala, y que derivaron en procesos ligados a intereses económicos de tipo clientelar vinculados con los gobiernos en turno. La cancelación de los mecanismos de compra conjunta

interinstitucional de medicamentos entre el Ministerio de Salud, la Seguridad Social y la Sanidad Militar que abarataban el precio unitario de tales insumos ha aportado prebendas a sectores económicos vinculados al poder político. Ello, a su vez, se ha repercutido en el gasto destinado a la compra de medicamentos, eliminando la competencia y generando monopolios de facto, con el subsecuente encarecimiento y desabastecimiento intermitente de los servicios. Además, vino a sumarse la influencia negativa del factor político-clientelar en la comercialización de los medicamentos, al permitirse compras de medicamentos de última generación sin mejores ventajas comparativas con respecto a los de uso vigente más baratos, ni a los genéricos. A ello ha de sumarse la aprobación, con el Tratado de Libre Comercio, vigente desde 2005, entre Centroamérica, la República Dominicana y los Estados Unidos que ha otorgado una protección de cinco años a medicamentos cuya patente ya había caducado. Las acciones de corrupción y la falta de aplicación de las reglamentaciones administrativas han permitido la instauración y la seguridad de la impunidad de estas prácticas. Finalmente, los terceros factores están asociados con prácticas administrativo-financieras de excepción en las instituciones ejecutoras del Ministerio de Salud, que contribuyen a acentuar la escasez de insumos, tales como la compra anómala de productos sin probada eficacia, la existencia de comisiones vinculadas a las compras de ciertos productos (desinfectantes e insumos para limpieza), y la prioridad que tienen productos de limpieza sobre los medicamentos, entre otros.

Algunas de las asignaciones de personal en términos de especialidad y en relación con población entre San Julián y San Pedro muestran importantes diferencias. En ambos centros más del 75% del personal es permanente (algo inusual dada la política de contratación de personal eventual). Dentro de la estructura de recursos humanos de cada centro, hay, sin embargo, diferencias en las proporciones de personal médico (20.0% contra 13.8%) y auxiliar de enfermería (26.7% contra 48.3%), respectivamente. La proporción médico/habitantes, en ambos centros es bastante similar, y excesivamente alta (1:14,360 y 1:15,112, respectivamente),²³³ siendo de catorce a quince veces superior a la media

²³³ En América Latina y el Caribe, Cuba encabeza el ranking mundial con 1 médico por cada 170 habitantes, seguido de Argentina (330/1), Brasil (900/1), Guatemala (1100/1), El Salvador (1800/1), Nicaragua (2700/1) y Haití (4000/1), <http://blogs.que.es/enunciado-breve/2008/10/14/medicos-habitante->, última revisión 09/10/2010.

nacional de 1:1,100. Igualmente similares son el total de trabajadores/habitantes (1:2,872 y 1:2,084) y de personal permanente/habitante (1:3,746 y 1:2,748), aunque no el de enfermería auxiliar/habitante (1:10.770 y 1:4,318).

Los dos centros de salud están reglamentados por las mismas normativas institucionales, y operan siguiendo el mismo manual de atención de salud. Sin embargo, como hemos visto, en ambos casos existen excepciones al cumplimiento de éstos. En San Julián, se opera bajo un horario excepcional de siete horas debido a los altos índices de violencia, lo cual ha permitido que los trabajadores laboren una hora menos del horario normal. Para algunos médicos esto representa la oportunidad de tener más tiempo para atender su consultorio médico privado; para el resto, una hora de trabajo menos. Además, se han instituido cuotas de atención de pacientes (40 por médico) basadas en el argumento del exceso de carga administrativa (rellenado de fichas, reportes, etc.). En el caso de San Pedro, se trabajan las ocho horas estipuladas, y no existen restricción a la demanda. Sin embargo, el hecho de que el centro solamente tenga dos médicos se convierte en un factor que auto-limita la demanda. Por consiguiente, el promedio de usuarios atendidos por médico por día no difiere sustancialmente del encontrado en San Julián, y en otros centros de salud del Área de Salud Guatemala Nororiente.

La presencia (o ausencia) de este tipo de restricción a la demanda (imposición de cotos de atención) que marca sustanciales diferencias en las relaciones entre la institución y la población usuaria no está incluida en la reglamentación de los centros de salud, aunque son una práctica frecuente en la red de servicios públicos del Ministerio de Salud. En el caso de San Julián, la instauración de grupos de pacientes por médico por hora laboral son del conocimiento de las autoridades del área de salud. Sin embargo, no se aplican sanciones a tales prácticas, solamente advertencias verbales y, ocasionalmente, circulares generales de exhortación para que los ocho distritos de salud que configuran el Área de Salud Guatemala Nororiente interrumpan dicha práctica. Es importante agregar que la relación médico por habitante en ambos centros de salud es exorbitante. Ello justifica la instauración de mecanismos administrativos para restringir la demanda, como es el caso de las cuotas de pacientes por médico.

En cuanto a la normativa legal que rige propiamente las prácticas de atención médica, existe un documento específico para el segundo nivel de atención. Pero en ambos centros de salud, solamente los directores poseen un ejemplar impreso del mismo, y solamente parte del personal pueden consultarlo. Cabe señalar, sin embargo, que todo el personal del Ministerio de Salud (que no atiende al público) ha recibido capacitación (hasta un diplomado) para asegurar el conocimiento de dichas normas.

En lo concerniente a los insumos materiales para trabajar, hemos visto que existen serias carencias en ambos centros, y en ambos casos, el personal ha encontrado formas de resolver este problema de tres maneras.²³⁴ Primero, reutilizan otros materiales oficiales ya utilizados²³⁵ (el dorso del papel ya utilizado previamente); segundo, aportan mediante colectas del propio personal, fondos para la adquisición de tinta o papel para los expedientes médicos; y, tercero, ‘obligan’ el usuario a subsidiar la compra de insumos, materiales y pruebas diagnósticas de apoyo. Esa constante escasez de recursos e insumos ha sido una condición crónica, acentuada durante los períodos de gobiernos de corte neoliberal (1996-2009), principalmente a partir de la reorientación de las políticas de salud hacia la oferta, y hacia ‘empujar’ a las familias al consumo privado de servicios médico-diagnósticos con la finalidad de dinamizar los mercados vinculados a la salud mediante el pago de bolsillo.

Esta condición de la materialidad del escenario o espacio donde se fraguan las políticas y programas de salud contribuyen, igualmente, a denostar las prácticas de salud. Este contexto social que envuelve la interacción social condensa un conjunto de significados (Jodelet, 1985: 472) contruidos, re-elaborados, compartidos y proyectados intersubjetivamente por trabajadores y usuarios. Eso ayuda a comprender por qué esta clase de contexto suele ser el que la población usuaria ya se ha acostumbrado a identificar (y hasta cierto punto aceptar) como lo que son los servicios públicos del Ministerio de Salud (y de hecho, lo son). De ahí que no sorprenda que en buena parte de la población persistan concepciones de conformismo ligadas a la idea de beneficencia, caridad o altruismo, donde

²³⁴ Una cuarta forma de obtener recursos es pactando con dueños de negocios privados –farmacias o imprentas- recibiendo recetarios con logos de la empresa. Aunque este no ha sido el caso en los centros de San Julián y San Pedro, sí se ha presentado en otros centros asistenciales de la misma área de salud.

²³⁵ Es común a todos los ocho centros de salud que integran el Área de Salud Guatemala Nororiente que el personal (re)utilice insumos parcialmente utilizados o cualquier material.

los servicios de salud son vistos más como una ‘ayuda del gobierno’ que derechos sociales (Miranda y Arriola, 2006: 230).

Aunque el perfil de servicio diseñado para la atención en un Centro de Salud tipo B no exige el uso de tecnología compleja, en ambos centros de salud, hemos visto que el personal de salud no cuenta si quiera con el equipo mínimo para brindar atención, y que lo que hay es propiedad de los mismos trabajadores. Esta condición de deterioro material alcanza hasta las tecnologías que median en las prácticas de salud. Los tres insumos de importancia para las interacciones inmediatas y relaciones son el carnet, el expediente médico y las recetas. El primero establece la condición institucional con la cual el usuario nuevo o regular accede al sistema de salud. Es el código que lo vincula jurisdiccional y administrativamente al centro de salud. Además, la presentación del carnet define la pauta inicial del proceso de interacción social al cual el trabajador de salud concita al usuario, y a la cual éste responde.

Dado que el carnet está percibido por el usuario como un documento formal que lo vincula al centro de salud y forma parte de la ceremonia institucional que fundamenta la vinculación usuario-trabajador-autoridad superior (Fotografía 7.1.), el carnet improvisado que hemos visto se utiliza en los centros de salud se constituye en una muestra más de la precariedad institucional, por lo que el usuario a menudo expresa desagrado ante un pedazo de papel que no guarda las características de un documento oficial, aun cuando cumpla con una acción puramente funcional, tal y como se muestra en el lado derecho de la Fotografía 7.1.

Fotografía 7. 1.

Tres tipos de carnet de salud expendidos en los Centros de Salud Tipo B en el Área de Salud Guatemala Nororiente, Guatemala, 2009.

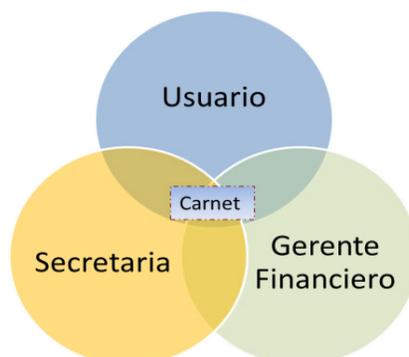


Fuente: Miranda, 2008a.

Dentro de ese condicionamiento material, uno de los primeros instrumentos que marcan el tipo de relaciones que se van a establecer entre actores es el carnet de salud. Alrededor suyo se dan tres tipos de interacciones, no todas articuladas, pero sí directamente vinculadas: *a.* las interacciones entre usuarios y trabajador, *b.* las interacciones entre trabajador y autoridad superior, y *c.* las interacciones entre autoridad superior y usuario (Gráfica 7.1).

Gráfica 7. 1.

Esquema sobre la interacción de los actores involucrados en el carnet de salud del Área de Salud Guatemala Nororiente, Guatemala, 2009.



Fuente: Miranda, 2010, elaboración propia.

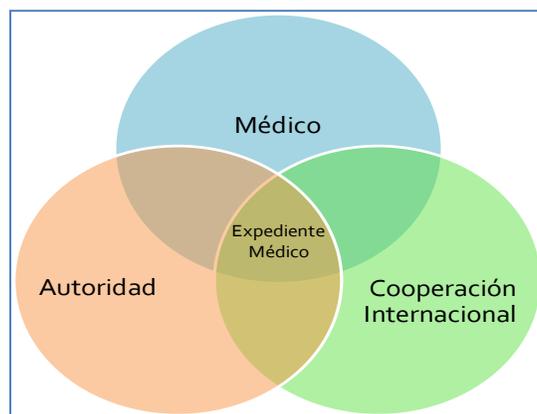
Entonces, durante sus prácticas administrativas, el trabajador aplica inmediatamente acciones defensivas orientadas a protegerse, tales como no mirar al usuario directamente a los ojos al requerirle sus datos, asintiendo con la cabeza y verbalizando frases de coincidencia con los usuarios cuando estos expresan su molestia por el tipo de documento que reciben, y/o asegurándole, sin dejar de aprovechar que los demás usuarios lo escuchen, que en la próxima consulta obtendrá el carnet oficial, aun cuando no depende de él que tal promesa se cumpla. El usuario, por su parte, responde con acciones de “protección o de tacto” orientadas a “salvar la situación de interacción” (Goffman, 2004: 25), guardando silencio, asintiendo o expresando frases que denotan su conocimiento y aceptación de la cronicidad de las carencias en el centro, eximiendo al trabajador de responsabilidades.

Pero, los alcances de estas prácticas disruptivas no se limitan a lo puramente administrativo. También restituyen el orden institucional imperante en la administración pública sanitaria guatemalteca, al evidenciar las condiciones estructurales de fondo que las genera. Eso conlleva observar implicaciones en las relaciones entre el personal local y las autoridades del área de salud, específicamente en la figura del gerente financiero. Éste es señalado como el responsable de la inadecuada intendencia con la que se provee a todos los centros de salud. A su vez, él, que se sabe señalado como el responsable, diluye su responsabilidad atribuyendo toda escasez a las restricciones que le impone el nivel central del Ministerio. Como consecuencia, la vinculación entre usuario y funcionario de alto nivel es percibida como algo tan abstracto para el usuario (como ‘el Ministerio’) que éste ya no tiene a quien reclamar, excepto al trabajador que termina siendo el responsable e increpado.

Un segundo instrumento generador de disrupciones es el expediente médico. Éste refleja otra forma de escasez y precariedad en el bregar de los médicos durante sus interacciones sociales, y tiene consecuencias para otras interacciones futuras. Al expediente se vinculan tres clases de implicaciones: *a)* aquellas que se suceden entre médicos y autoridades de salud, *b)* otras que ocurren entre médicos y la cooperación técnica internacional, y *c)* las que se dan entre autoridades de salud y la cooperación internacional (Gráfica 7.2.). En el primer caso, una buena cantidad de los expedientes médicos se ha ido configurando a partir del adiciónamiento de papel de desecho, lo cual supone una medida administrativa ‘eficiente’ en tanto minimiza los recursos que de otra manera serían

considerados como basura. Para los médicos, este hecho refleja las carestías que se vive en los centros de salud, debidas al desfinanciamiento y la mala gestión financiera institucional.

Gráfica 7. 2.
Esquema sobre las interdependencias alrededor del expediente médico.



Fuente: Miranda, 2010, elaboración propia.

Pero el expediente también supone un tipo de interacciones conflictivas y de poder entre las autoridades ministeriales y las autoridades y médicos del nivel local operativo. Más allá de la escasez de papelería, el expediente médico tiene dos frentes de disrupción que giran en torno a la manera en que los médicos rellenan el expediente. Por un lado están las discrepancias que tienen lugar entre médicos y autoridades locales y, por el otro, aquellas que tienen lugar entre autoridades y la cooperación técnica internacional (Gráfica 7.2.). A pesar de las constantes llamadas de atención tanto del director del centro como del área de salud, los médicos defienden la forma de relleno como expresión de economía y reclamo de autonomía ante la falta de recursos. En cuanto al contenido del expediente, las anotaciones escuetas hechas por los médicos responden a la manera simplificada que han encontrado para registrar cada caso de interacción, lo cual es suficiente para cumplir con los requisitos legales y epidemiológicos mínimos del registro.

Con respecto a las implicaciones de estas prácticas para las relaciones entre los médicos de centros locales como los estudiados y la cooperación técnica internacional, para los primeros, queda claro que la escasez de expedientes es una situación realista del trabajo en instituciones públicas, mientras que para los organismos de cooperación internacional, significa una falla para el logro de los objetivos de la asistencia técnica que ellos brindan.

Además, los expedientes médicos tienen una connotación simbólica que señala una forma de resistencia del médico a las imposiciones²³⁶ de la cooperación internacional, especialmente porque el funcionariado vive como coacción las múltiples actividades programáticas con las que tienen que lidiar constantemente, y que son percibidas como ‘instrumentos de moda’ que aparecen y desaparecen conforme lo hacen donantes y financiamientos. Así, en tanto que la ficha médica de registro misma supone para la cooperación internacional la introducción de una tecnología más eficaz, para los trabajadores implica otra carga laboral más, de la cual no sacan ningún provecho en su trabajo diario. Llama la atención, sin embargo, que la comunicación entre estos actores es nula o mínima, excepto durante las evaluaciones esporádicas que los agentes de la cooperación realizan en los centros de salud, pero donde tampoco los médicos expresan lo que sienten. Por tanto, todo queda a nivel retórico.

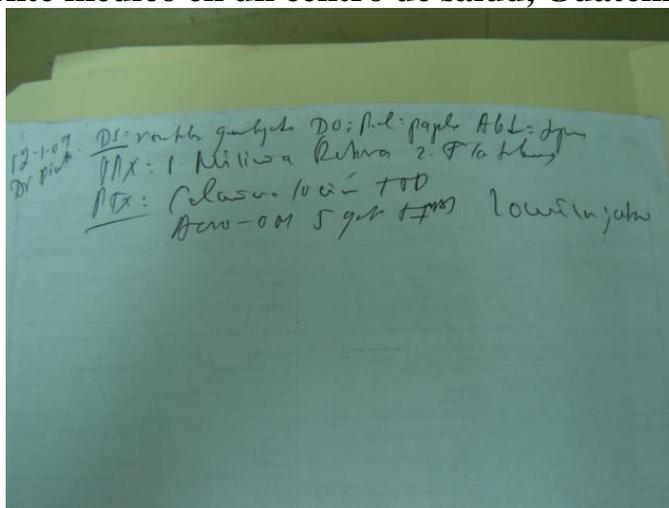
Los intercambios de información y consultas que suscita el expediente médico entre autoridades de salud y organismos de cooperación internacional representan, en realidad, una moneda de transacción mediante la cual el Ministerio de Salud accede a aceptar más financiamiento internacional condicionado a la imposición de la agenda programática de estos organismos prestamistas. Además, a pesar de que la asistencia técnica internacional sigue tratando de mejorar los procedimientos en la consulta de salud, el Ministerio de Salud sigue descuidando las capacidades de quienes deberán utilizarlos. De ahí la tendencia entre los trabajadores de ver toda innovación como una inútil carga laboral adicional.

Parte de las tensiones irreconciliables entre autoridades de salud y cooperación internacional alrededor del expediente médico se origina en el hecho de que no hay, en el Ministerio, personal de seguimiento constante, ni se cuenta con mecanismos de sanción efectivos para vigilar el cumplimiento del rellenado de los expedientes siguiendo el método Weed o los parámetros que exige la cooperación. Además, cumplir con estos requisitos no sólo no parece tener ningún efecto sobre la trayectoria del trabajador dentro de la institución, sino tampoco parece importarle a nadie. En otras palabras, estas tensiones son

²³⁶ Es frecuente encontrar rechazo entre buena parte de los funcionarios hacia el trabajo de la cooperación internacional. La misma no sólo es vista como una forma de imponer modas tecnológicas acompañadas de fuertes financiamientos, sino, además, como una carga de trabajo adicional que se le impone al trabajador. En este último caso, debe agregarse el reclamo que hacen a las autoridades sanitarias nacionales por su falta de rectoría, al dejarse imponer una agenda internacional.

estrictamente del dominio del ritualismo burocrático (Merton, 1964). De por sí, los expedientes médicos han constituido un nudo administrativo crítico de tres frentes de difícil solución. La forma acotada con la cual los médicos rellenan el expediente médico (Fotografía 7.2.) no sólo es consecuencia de la escasez de recursos con los cuales trabajan, sino también de una expresión de economía terminal para el Ministerio de Salud, en tanto que con ello se contribuye a la simplificación de los casos que los médicos enfrentan cotidianamente, en otras palabras, es una forma de economía de tiempo e insumos. Adicionalmente, son otro reflejo del tipo de prioridad que se le da a la atención pública sanitaria desde el gobierno, en cuyos presupuestos se sigue marcando la huella ideológica sesgada en contra de los grupos de menores recursos y/o de origen indígena que sustenta los diseños administrativos.

Fotografía 7. 2.
Expediente médico en un centro de salud, Guatemala 2008.



Fuente: Miranda, 2008a.

En la fotografía 7.2 se muestra el contenido sintético casi ilegible del registro del motivo de consulta hecho por un médico. En el extremo superior izquierdo aparece la fecha de la consulta y el apellido del médico tratante. En el centro de la hoja aparecen tres párrafos que configuran los detalles del caso que demanda atención médica, los cuales tienen en su inicio pares de letras que reducen los aspectos del interrogatorio y los hallazgos de la exploración física:

1. DS, significa ‘datos subjetivos’, y representa lo que el usuario-paciente expresa como malestar ante el médico; seguido están las letras DO que significa ‘datos objetivos’, que es lo encontrado por el médico luego de la exploración física del paciente,
2. Dx, que significa el diagnóstico al que el médico llegó luego de escuchar lo expresado por el usuario y del resultado de la exploración física realizada a éste;
3. Tx, que significa el plan de tratamiento por el cual el médico se decidió y recetó al usuario-paciente.

Los expedientes médicos también son una expresión de hábitos y rutinas aprendidas tempranamente y a lo largo de toda la formación y entrenamiento profesional del médico. Esta situación termina por justificar la escasez de insumos para el trabajo, al generar un nivel de eficacia y eficiencia suficientes para que el sistema opere sin requerir nuevas ampliaciones presupuestarias ni mayores dotaciones de insumos. De lo contrario, la conducta de los médicos se vería como una simple expresión de ocio y apatía, interpretación que las observaciones en el campo de este estudio no apoyan. Como vimos, el personal institucional, incluidos los médicos, buscan operar dentro de la escasez innovando constantemente para poder cumplir con el trabajo.²³⁷

Pero estas expresiones de escasez no se limitan al expediente médico. El papel utilizado para expedir las recetas médicas (tercer instrumento disruptivo) también contribuye a reforzar las representaciones sociales de precariedad que tienen tanto los trabajadores como los usuarios de los centros de atención públicos de salud. Las recetas expedidas a los usuarios por los médicos suponen un determinado tipo de relaciones sociales: a) entre médicos y usuarios; b) entre usuarios y responsable de farmacia; y c) entre responsable de farmacia y médico (Gráfica 7.3.).

²³⁷ Informante Clave N° 23, 2009.

Gráfica 7. 3.

Esquema sobre las interdependencias alrededor de la receta de medicamentos.



Fuente: Miranda, 2010, elaboración propia.

Entre los médicos y personal responsable de atender la farmacia (enfermera auxiliar), la receta supone un mecanismo administrativo para la dispensación del medicamento. La misma llega a convertirse en factor de tensión cuando el médico las expide sin tomar en consideración la existencia o no del producto. Esto exige un esfuerzo extraordinario para el responsable de la farmacia por mantener un balance diario de las salidas y egresos de los productos farmacéuticos, con la finalidad de notificar a los médicos para que éstos continúen extendiéndolas y derivando a los usuarios como procede: hacia la farmacia institucional o hacia las farmacias privadas. Entre el médico y el usuario, la receta es el epílogo de la atención médica. La misma supone una disposición institucional que afecta el proceso de vida del paciente, tanto porque accede a un beneficio de las políticas de salud (el medicamento) como por el hecho circunstancial que empuje al usuario a adquirirlo afuera y realizar un gasto de bolsillo. La receta se convierte también en un eslabón administrativo más en la cadena del proceso de atención de salud, así como en el factor desencadenante de una polémica generada por la inconformidad del usuario, la cual es expresada de distintas maneras, violentas o no, al responsable de la farmacia.

Un factor adicional de importancia en las prácticas de salud es la falta de insumos de laboratorio, lo cual hace inoperante este servicio de apoyo para el diagnóstico clínico, contribuyendo a que los médicos tropiecen con limitaciones para documentar mejor aquellos casos que requieren de otros métodos diagnósticos.

Tal situación es aprovechada por algunos médicos para justificar prácticas fuera de la normatividad procedimental de la atención médico-clínica, generando costos adicionales no previstos para los usuarios, la trasgresión de la normativa institucional, pero también, la resolución del caso al contarse con una mayor certeza diagnóstica y la decisión por un tratamiento asertivo.

Conclusiones

En este capítulo, hemos visto que tanto las expectativas curativas como las de relación entre usuarios y trabajadores en los centros de salud San Julián y San Pedro terminan respondiendo a la influencia de otros recursos no previstos en la normatividad que reglamenta la operación de los centros de salud. Las posibilidades de agencia entre usuarios y trabajadores que refuerzan la asimetría con la cual se estructuran sus interacciones responden a otra clase de prácticas que han demostrado ser efectivas, a pesar de estar fuera del marco regulatorio institucional. De ahí que las muestras gratuitas de medicamentos, las pruebas diagnósticas de laboratorio complementarias que realizan los propios usuarios-pacientes, y/o el subsidio monetario que los trabajadores hacen a favor de la institución se convierten en elementos adicionales a los institucionalmente reglamentados, contribuyendo a la redefinición de las políticas de salud, a una cultura operativa particular de cada institución, y a la renovación del tipo de relaciones sociales se configuran entre los servicios de salud y sus usuarios. Además, hemos visto que la atención médica en los Centros de Salud San Julián y San Pedro conlleva expectativas de solución a una amplia variedad de problemas de salud, la cual requiere de insumos y aparatos que permitan atender una demanda más compleja (diabetes, hipertensión arterial). Sin embargo, los dos centros de salud carecen de los mismos, y todo procedimiento en este sentido dictado por el médico termina por convertirse en gasto de bolsillo para el usuario y en la operatividad funcional del sistema que legitima la precariedad institucional y contribuye a que cada gobierno de turno se exima de cumplir con sus obligaciones y responsabilidades financiero-administrativas. En otras palabras, la eficiencia del sistema consiste mayormente en cargar al bolsillo del usuario pobre con lo que estatutaria y normativamente debe financiarse con el gasto público.

Conclusiones

La investigación aquí presentada partió de una postura que cuestiona la determinación absoluta de las constricciones que representan las estructuras normativas institucionales e organizacionales y los sistemas de poder institucionalizado para explicar el proceso de implementación de las políticas de salud. Aunque se reconoció que tales constricciones establecen a grandes rasgos los recursos básicos y los términos espaciales y temporales dentro de los cuales se desarrollan las prácticas llevadas a cabo entre trabajadores y usuarios en los centros locales de servicios de salud, las consecuencias de las mismas no se consideraron como insuficientemente preponderantes para anular el efecto de las iniciativas adaptativas y transformadoras de los actores en el nivel más bajo de entrega de los servicios.

Nuestro punto de partida fue preguntarnos qué estrategias y recursos utilizan los actores ante tales restricciones para llevar a cabo la implementación de las políticas de salud. Nuestra tesis fue que son los trabajadores de salud en las organizaciones públicas quienes, con sus acciones ‘adaptativas’, forjan las políticas de salud, al tener cierto poder de decisión en las prácticas sociales en las cuales participan, y definir sus maneras de interactuar a partir de las condiciones materiales que le son impuestas. En este contexto, es teóricamente relevante el poder discrecional ejercido por los actores entendidos como agentes, lo cual fue encapsulado en nuestra hipótesis de investigación:

Aún en el marco estructurante de dispositivos socio-históricos y sanitarios de orden ideológico, político, jurídico, económico e institucional que el Estado guatemalteco ha diseñado para su implementación en espacios estructurados, los actores encuentran y desarrollan formas alternativas complementarias para resolver gran parte de las situaciones cotidianas de atención de salud que enfrentan, aun cuando las mismas parecieran incongruentes con las convenciones sociales e institucionales vigentes. Las mismas no sólo responden a una exigencia dictada por las limitaciones estructurales de las políticas y de las instituciones de salud, sino también por la manipulación de las situaciones de interacción a partir de la operación de otras convenciones sociales y de oportunidades que las condiciones y dinámicas institucionales ofrecen.

La idea central expresada en esta proposición es que los actores se adaptan a condiciones institucionales dadas, y desarrollan formas de hacer las cosas diferentes de cómo las instituciones las definen normativamente. Tales acciones innovadoras se producen dentro de las condiciones materiales y simbólicas que estructuran las interacciones sociales dentro de un sistema normativo alternativo. La investigación consistió en descubrir hasta qué punto tales procesos se darían en cada uno de los espacios de los Centros de Salud de San Pedro y San Julián.

Para comprender por qué la implementación de las políticas de salud en Guatemala responde al poder discrecional de los actores-agentes, fue necesario señalar y analizar las condiciones de operación dentro de las cuales los trabajadores de los centros bajo estudio hacen entrega de los servicios de salud, y cómo estas son respondidas por los usuarios.

El financiamiento público de las políticas de salud en Guatemala bajo los gobiernos de orientación neo-liberal ha sido bajo. En el período 1996-2009 se mantuvo una ejecución real del presupuesto de salud anual por debajo del 1% del Producto Interno Bruto y, aunque el gasto *per cápita* total en salud alcanzó los US\$170 durante ese periodo, casi el 80% de esta cantidad correspondió al gasto directo de bolsillo de la población usuaria. En otras palabras, el principal gasto en salud fue (y sigue siendo) de carácter privado, aún para muchos entre la población técnicamente focalizada como extremadamente pobre, como se ilustró en los casos citados.

El deterioro material de la red de infraestructura sanitaria y la reducción de insumos y equipo se explica por el descenso estrepitoso del gasto en inversión en el mismo período de estudio. En cambio, el gasto de nómina ha representado más del 96% del presupuesto institucional, el cual, en el caso de los centros estudiados, ha mantenido una estructura de recursos humanos con contrato estable (en un 78%), pero con una carga de personal administrativo y de apoyo que llega a representar cerca de la mitad de todo el personal institucional (48.4%). Por tanto, menos de la mitad de la plantilla del personal del nivel ejecutor (médicos y enfermeras) está destinada a atender a la población que requiere de los servicios de atención primaria y secundaria.

Aunado a ello, los gobiernos de corte neo-liberal adoptaron en 2007 algunas medidas de ajuste estructural que modificaron la estructura organizativa para la entrega de servicios de salud al mantener a 32.8% la cobertura pública en comparación con la prestación de servicios que llevan a cabo las ONGs contratadas por el mismo Ministerio de Salud, mismas que representan el 49.7% de dicha cobertura. A esto debe agregarse la discriminación que se ha dado entre los programas de salud. Mientras que algunos continúan siendo objeto de un financiamiento excepcionalmente alto, aunque condicionado por su vinculación con las agendas de salud internacional (v. gr. el VIH/SIDA, Salud Materna y Neonatal, Tuberculosis), otros (como los dos centros bajo estudio) operan con presupuestos sumamente bajos. Además, estas políticas de orientación neo-liberales recién adoptadas, es decir aquellas focalizadas para la población de nivel económico más bajo, lejos de ser plenamente institucionalizadas, siguen dependiendo, en cada momento, de las negociaciones sobre el financiamiento de la salud tal como está condicionado por los préstamos internacionales.

Para el Ministerio de Salud esta situación ha supuesto, por un lado, ceder espacio político, al permitir que las entidades de cooperación y financiamiento internacional ejercieran una influencia importante sobre la formulación técnica y normativa de sus políticas, y sobre la estructuración de algunos programas de interés prioritario vinculados con las agendas de cooperación internacional que los financian. Esto ha ido acompañado de una voluminosa producción discursiva escrita sobre objetivos, estrategias, programas, sistemas de información-evaluación y marcos jurídico-normativos institucionales desarrollada alrededor de estos programas de salud priorizados en principio, pero sin haberse logrado una ejecución efectiva ni tampoco una mayor eficiencia, efectividad, sustentabilidad o impacto de los programas, tal como lo estipula el discurso neoliberal. Por otro lado, el Ministerio de Salud ha cedido también en algunos espacios técnico-operativos de la implementación de los programas de salud, principalmente en aspectos tecnológicos y de organización del trabajo. Es en estos aspectos, precisamente, que mayores tensiones han surgido entre la agenda de la cooperación y la forma procedimental rutinaria que caracteriza a los servicios públicos de salud.

De ahí que no sorprenden los constantes señalamientos y acciones de resistencia por parte de los trabajadores operativos del Ministerio de Salud, especialmente los médicos y las enfermeras de las unidades de atención, quienes se ven sometidos a exigencias técnicas que terminan por percibirse como una constante carga laboral impuesta (v.gr. el Programa Materno-Infantil, VIH-SIDA y Tuberculosis, entre otros). A esto debe agregarse el resto de las actividades de los demás programas de salud institucionales, las demandas relacionadas con el trabajo intersectorial y el escaso financiamiento para hacer efectiva la entrega del servicio.

Este conjunto de cargas de trabajo en el contexto de insumos y equipo insuficientes condicionan, como vimos, el trabajo en los Centros de Salud estudiados, y obligan al trabajador a operar constantemente bajo condiciones excepcionales de precariedad. Bajo tales restringidas condiciones presupuestarias y de inversión, se explican las condiciones de escasez de insumos y equipo bajo las cuales se opera en los Centros de Salud San Julián y San Pedro, e incluso se podría llegar a hipotetizar (y justificar) la paralización de las actividades. Sin embargo, tal situación no llegó a presentarse, al menos no durante el período del estudio. Es precisamente en tal contexto que cubre vigencia la pregunta de investigación que planteamos de ¿Qué acciones emprenden los actores ante altos niveles de restricciones al intentar llevar a cabo la implementación de las políticas de salud?

Se encontró que los trabajadores, lejos de haberse paralizado, desarrollaron mecanismos operativos informales orientados a simplificar los procedimientos administrativos y agilizar la duración de sus interacciones, con la finalidad de canalizar efectivamente la demanda de atención de salud, obviando, en alguna medida y con cierta frecuencia, las disposiciones normativas que ordenan su trabajo. El establecimiento de cotos de acceso, las restricciones de horarios de atención médica, la simplificación de los registros médicos, el uso de papel de desecho, y la limitación de la exploración física se convierten en la expresión de acciones orientadas a simplificar las tareas a fin de poder llevar la carga de trabajo. La renovación constante de tales acciones al grado de hacerse rutinarias supone un nivel de institucionalización legitimada establecida mediante acuerdos tácitos que operan fuera del marco normativo-legal.

Estas prácticas ‘bottom-up’ se traducen, al final de cuentas, en una forma innovadora de operar que se justifica, aunque va en contra de la modalidad ‘top-down’ o jerárquica con la cual el personal del Ministerio de Salud en Guatemala sigue diseñando las políticas, y exigiendo que sean implementadas, con el apoyo de los organismos financiero prestamistas internacionales que impulsan las reformas políticas y administrativas de corte neo-liberal.

Este ‘ir en contra’, sin embargo, tiene dos expresiones concretas muy distintas. Por un lado, los trabajadores y usuarios transforman estas políticas de salud neo-liberales ‘top-down’ durante las prácticas sociales que se implementan al nivel de los Centros de Salud, y a partir de formas de actuar diferentes a las previstas normativamente. Por el otro lado, las prácticas de salud observadas nos indican que las políticas son ‘mejoradas’ por esta vía, gracias a los subsidios escondidos que los propios trabajadores de los Centros de Salud hacen a favor de sus instituciones respectivas cada vez que recurren a formas no normadas de comportamiento organizacional que se traducen en gastos de su bolsillo (colectas entre los trabajadores para la compra de insumos y ahorros de papel con el uso de papel de desecho) y en préstamos temporales de equipo y entrega de muestras gratuitas de medicamentos aportados para dar satisfacción a las expectativas de los usuarios.

Con estas formas de operación, los empleados no sólo ahorran capital de inversión y de funcionamiento para el Ministerio de Salud, sino también minimizan los efectos perversos de un bajo financiamiento público de los servicios, neutralizando los vicios administrativos de la propia institución, y de ahí contribuyendo a mantener el *status quo* en el que operan los servicios de salud públicos. Al mismo tiempo, sin embargo, no pueden evitar empujar los usuarios pobres a hacer cuantiosos gastos de bolsillo en la compra de pruebas de laboratorio y de medicamentos en farmacias privadas, lo cual constituye un subsidio a los mercados privados de la salud, precisamente la meta a la que apuntan las políticas de salud neo-liberales. Estas prácticas, sin embargo, no pueden corregir la corrupción que florea en este modelo administrativo jerárquico, y que consiste en hacer compras institucionales aisladas (significando la ruptura de la compra conjunta interinstitucional bajo contrato abierto), o en no ejecutar el presupuesto de salud como lo establece la normativa administrativo-financiera, obligando los directores de los Centros de

Salud de San Julián y San Pedro a mantener relaciones clientelares con los alcaldes u otros actores locales para obtener fondos extraordinarios –subsidios de carácter interinstitucional hacia los programas-- que se agregan a los fondos realmente entregados a dichos centros conforme al presupuesto nacional.

Dicho de otra manera, esta compleja situación permite un triple subsidio a las políticas de salud en el transcurso de su implementación. Primero, el trabajador subsidia al transferir recursos monetarios para la compra de insumos, o prestando temporalmente algún equipo para el funcionamiento de la organización. Segundo, los usuarios también subsidian al comprar servicios externos de apoyo (pruebas de laboratorio, medicamentos) cuya finalidad se justifica para documentar de mejor manera el proceso de atención y así lograr un mejor diagnóstico y un tratamiento más acertado y, de paso, dinamizar con ello estos mercados de la salud. Tercero, algunos de los actores sociales locales (v. gr. los alcaldes) subsidian al transferir algunos recursos no monetarios (papel, tinta para impresora, mantenimiento de edificios) para mejorar la operación administrativa de los Centros de Salud. Todo esto implica que la entrega y efectividad de la atención de salud, en tanto cometido final de las políticas de salud, responde tanto a procesos ‘bottom-up’ como a los mecanismos jerárquicos ‘top-down’.

A la vez, como lo señalamos, las prácticas de salud entre trabajadores y usuarios también responden a dinámicas propias de la interacción social que se dan a diario en los diferentes espacios de los Centros de Salud, y que están orientadas a simplificar cada caso de interacción, resolver la problemática de los encuentros, y consolidar algunas de las relaciones sociales ya establecidas o generar otras nuevas. Todas estas dinámicas presentan un entramado de condiciones que son (re)interpretadas constantemente por los trabajadores en cada encuentro, y se resuelven parcial o totalmente debido al poder discrecional de los trabajadores y a la capacidad de acomodo y regateo de los usuarios durante las prácticas de salud.

Dentro de ese marco de prácticas discrecionales, algunos procedimientos administrativos se simplifican tanto que pueden dar lugar a interpretaciones contrapuestas, como es el caso de los expediente médicos. Tal y como se documentó en esta investigación, los registros médicos suelen reducirse al extremo de quedar sintetizado en códigos médicos

que solamente los entendidos en la materia son capaces de interpretar. Esta situación genera, por un lado, la reprobación constante de la cooperación técnica internacional y, por el otro lado, las frecuentes llamadas de atención a los médicos por parte de las autoridades administrativas. A esto debe añadirse la falta de medicamentos, insumos y equipo diagnóstico necesarios para identificarlos correctamente, y la falta de seguimiento médico-clínico de cada caso en particular.

En tales condiciones, cabe preguntarse para qué se necesita tanta exhaustividad en los expedientes médicos para documentar los problemas de salud simples, como catarras, afecciones de la piel, o diarreas, que los centros de salud estudiados están habilitados para tratar,. Sin duda, el mejor argumento planteado para justificar tales amonestaciones puede ser el hecho de que los expedientes médicos, al igual que las recetas, son expedientes administrativos públicos, es decir, documentos legales. Sin embargo, el argumento jurídico palidece frente a los problemas que con mayor frecuencia se presentan en los Centros de Salud de San Julián y San Pedro.

Por otra parte, parece haberse establecido cierta tolerancia por parte de las autoridades administrativas con respecto al uso tanto por parte de los trabajadores de salud como de los usuarios de recursos materiales y no materiales adicionales no previstos en los programas de atención, pero que a fin de cuenta ayudan a salvar algunas de las situaciones de interacción institucional. De esta manera, el personal hace más manejables los problemas que enfrentan en cada encuentro con el usuario-paciente que acude a los Centros de Salud, reduciéndolos a un conjunto de elementos que ellos ordenan (síntomas y signos), interpretan (pauta de diagnóstico) y tratan de resolver aplicando sus repertorios o acervos de conocimientos y habilidades (pautas de tratamiento). De este modo, cada encuentro se convierte para el trabajador no sólo en una oportunidad para demostrar su competencia a los compañeros de trabajo y a los usuarios, sino también, para fortalecer su propia autoestima, pese a que exprese su protesta por lo inadecuado de las condiciones de trabajo. En tales situaciones, lo que hay de trasfondo es el imperativo de preservar intacta, en la mayor medida posible, la imagen profesional individual antes que reafirmar el propio rol organizacional institucionalmente definido.

Este último aspecto se hace preponderante en el caso de algunos roles dentro de la organización, como el de los médicos y el personal de enfermería, cuyo poder sobre la manera de abordar al usuario y darle acceso (o no) a determinados servicios o productos para su salud se deriva del grado de autonomía y del tipo de relación formal y/o de familiaridad que haya construido y consolidado con el usuario a lo largo de sus interacciones. El uso frecuente por parte de los médicos de muestras gratuitas de medicamentos, los cambios de prescripción de medicamento que hacen, y su exigencia a los usuarios para realizar pruebas complementarias en el mercado privado delimitan acciones encaminadas a mejorar la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas que afirman la autonomía relativa de estos trabajadores. Por otro lado, las peticiones de los usuarios para derivar sus expedientes hacia médicas o médicos de su preferencia, o el hecho de que algunos trabajadores funcionan como mediadores entre el usuario y el médico apuntan en esta misma dirección.

Por su parte, el usuario también manipula sus propios recursos de poder de manera efectiva con el fin de lograr la atención de sus necesidades y problemas de salud, bien sean de orden preventivo (recibir una vacuna o pastillas de ácido fólico) de recuperación de su salud (acceder a un antibiótico institucional o a una muestra gratuita), o de cumplimiento a sus demandas administrativas (obtener una tarjeta de salud). Muchas de esas acciones buscan no sólo acceder a los beneficios de las políticas de salud, sino también consolidar su relación con el personal institucional que el usuario considera clave tanto para su actual como para sus futuras interacciones.

Tales acciones mutuas aseguran no sólo hacer relativo el estigma hacia el servicio público que públicamente se expresa, al menos durante el tiempo que duran las prácticas de salud, sino también revitalizan y fortalecen las relaciones individuales y las redes de transacciones mutuas que se desarrollan durante las mismas, y que quedan como precedentes para próximos encuentros, aún fuera del marco de la salud. Esto significa que, no obstante el estigma hacia la atención que se dispensa en los Centros de Salud públicos estudiados, el estudio revela que se ha generado, en los centros estudiados, una cultura contraria a la negligencia, pese a la existencia de ciertos trabajadores cínicos que suelen incurrir en prácticas de salud caracterizadas por el abuso de poder, y que entorpecen no sólo

el acceso del usuario a una atención adecuada, sino también deterioran las relaciones sociales con los otros trabajadores y los usuarios. En tales casos el abuso del poder discrecional no se debe al libre albedrío *per se* de los trabajadores, sino más bien a la impunidad en el desempeño institucional que puede atribuirse, en parte, a la fragilidad de la legitimidad de la que goza la autoridad oficial, y la inoperancia de mecanismos efectivos de monitoreo, evaluación y sanción desde las unidades administrativas del nivel administrativo central diseñadas para ello.

Además, esta impunidad corresponde a la operación de cierto poder relacional colectivo que poseen las redes sociales que operan dentro de los Centros de Salud, y que explican también las violaciones normativas y las transacciones mutuas que toman la forma de favores y tolerancias que se rutinizan en las relaciones entre el personal de los Centros de Salud, casi independientemente del puesto que se ocupe. Entonces, podemos decir que así como la discrecionalidad de la que gozan los médicos y las enfermeras permite hacer las cosas mejor de lo que indican los recursos institucionales, esta misma discrecionalidad también permite que algunos individuos se comporten en forma ética y profesionalmente objetable hacia los usuarios y dañina para la imagen de la institución, como aquel médico que en vez de atender a sus pacientes sale de su lugar de trabajo con cualquier pretexto, y todavía de regreso se instala a comer, haciendo caso omiso de la larga cola de usuarios frustrados y exasperados que, sin embargo, no se rebelan, sino que aceptan un comportamiento inaceptable, porque dan por hecho la falta de sanciones emitidas desde arriba para combatir la violación de los reglamentos.

Es importante indicar también aspectos que la investigación no esclareció, y que quedarían como preguntas abiertas para la investigación futura. Dicha investigación evidenció también la existencia de otros aspectos formalmente no previstos, vinculados a las condiciones materiales e intersubjetivas de trabajo y a las prácticas de salud, y que sin embargo no pudo elucidar. Por ejemplo, no se pudo determinar si el comportamiento institucional observado sería igual, mejor o peor en términos del cumplimiento de las tareas de dar servicios de salud si la mayoría del personal hubiera tenido una vinculación contractual inestable, contrariamente a la que tenía el 75% de los trabajadores en los dos centros de salud bajo estudio. Tampoco se pudo profundizar sobre cómo influye el género

sobre las interacciones, ni sobre el hecho paradójico de la presencia de altos niveles de realización personal al lado de denuncias de las inadecuadas condiciones de trabajo. Igualmente aparece como sorprendente el hallazgo de que se valore de manera importante la aplicación al trabajo a pesar de que los niveles de prestigio profesional y compensación salarial en estos centros de salud sean sumamente bajos.

Un hallazgo de importancia, y que necesitaría averiguarse con más casos es que el balance entre las actuaciones de los usuarios y de los trabajadores por una parte, y las condiciones precarias impuestas desde arriba por otro, resulta positivo para la atención de salud. Esto confirma la hipótesis planteada por la investigación de que las prácticas paralelas e innovadoras tienen la capacidad para resolver las situaciones de interacción fuera del marco normativo institucional a partir de la capacidad local de agencia de los actores, que en este estudio son los trabajadores de salud de los Centros de Salud de San Julián y San Pedro, así como los usuarios que dan respuestas positivas a tales acciones, contribuyendo interactivamente a modificar las normas restrictivas dentro de las cuales se desarrollaría la interacción.

Con este balance positivo logrado voluntariamente por el personal, las prácticas extra-institucionales de salud que esta investigación ha indagado también pueden verse como contribuyendo, un tanto paradójicamente, al mantenimiento de condiciones materiales y operativas que refuerzan el *status quo* de las políticas de salud, en cuanto permite la perennidad de condiciones desventajosas para lograr cambios en el estado de salud de la población guatemalteca, en general, y para mejorar las condiciones de eficacia del trabajo del personal de los centros de atención de salud, en particular.

Además de las maneras locales de agenciar cambios institucionales, la investigación reveló también que el mismo Ministerio de Salud de facto modifica las políticas, y esto no solamente haciéndose de la vista gorda sobre lo que ocurre en los centros de salud por medio de mantener una inefectiva supervisión y sanción administrativa. Los cambios factuales que opera agencialmente se llevan a cabo mediante acciones individuales o corporativas que disminuyen tanto la efectividad como el alcance de las políticas de salud, por ejemplo permitiendo la compra anómala de medicamentos, una inadecuada intendencia de insumos y equipos, la existencia de ‘bolsones’ de gasto sin ningún tipo de control de

gasto o la presencia de subsidios escondidos. Es en este sentido que podemos interpretar tanto las prácticas por parte de los responsables del Ministerio de Salud de compra de medicamentos como las de no gastar la totalidad del presupuesto asignado.

Por haberse enfocado prioritariamente al nivel de servicio local, el estudio, sin embargo, no puede sacar más que conclusiones tentativas destinadas a ser investigadas más a fondo respecto a cuáles actores estratégicamente ubicados en el aparato burocrático llevan a cabo acciones discrecionales que repercutan negativamente en la implementación de las políticas de salud, cuáles mecanismos o actores tienden a neutralizar estos comportamientos, o si el sistema está tan centralizado en el nivel ministerial que todas las decisiones --buenas o malas para los resultados finales en la salud de la población—fluyen directamente de la cúspide del aparato sanitario hacia su periferia. Resulta también imprescindible conocer bajo cuales presiones interministeriales y externas actúan los agentes ministeriales, lo cual podría elucidar algunos aspectos contradictorios de las políticas de salud pública de corte neoliberal, que al mismo tiempo que afirman hacer más quieren hacerlo con menos.

Podríamos preguntarnos, finalmente, si las prácticas tanto en el nivel central del Ministerio de Salud como en el local de los centros de servicios de salud es algo específicamente guatemalteco, y en gran parte consecuencia de la historia reciente del país, o si nos topamos con condiciones que se encuentran en mayor o menor grado en otros contextos nacionales y regionales. La literatura revisada nos indica la confluencia de dos deficiencias de los sistemas de salud. Por un lado, como un rasgo histórico, que la infraestructura y distribución de los servicios no se ha desarrollado con criterios de equidad, calidad, eficiencia y efectividad, y, por el otro, que se han implementado inadecuadas estrategias de reglamentación (v. gr. los inadecuados sistemas de información para el control y sanción administrativa de la prestación de servicios de salud), inadecuados sistemas gerenciales (v. gr. la exigencia inexigible de aplicación rígida de la normativa institucional vinculada al desempeño del personal), y inadecuadas condiciones operativas (v. gr. las asignaciones poco racionales de presupuestos, la escasez de recursos y de unidades ejecutoras) (Macq y Martiny, 2006: 16-17; OPS/OMS, 1995: 8-9).

Existen, también, evidencias de que aún en un país tan desarrollado como los Estados Unidos, se presentan algunos de los fenómenos que hemos encontrado, particularmente la forma abreviada de llevar los expedientes médicos bajo la consigna de “buenas razones organizacionales para malos registros” (Garfinkel, 2006 [1968]: 212). Igualmente, la literatura ya muy añeja sobre la deriva de las metas organizacionales (Demerath, 1966; Simon, 1964; Burton, 1961; Messinger, 1958; Thompson y McEwen Jr., 1958; Zald, 1958; Gusfield, 1955; Selznick, 1949 [1938];) ya indicaba desde hace más de cuatro décadas que las organizaciones jamás hacen estrictamente lo que dicen hacer, especialmente cuando intentan implementar los programas públicos a partir de la planeación y el control desde la cúspide organizacional (Majone y Wildavsky, 1998; Sabatier y Mazmanian, 2003 [1981]; Rein y Rabinovitz, 2003 [1978]), y además que nunca puede tomarse la jerarquía oficial como un fiel reflejo de la estructura del poder que impera en una organización dada.

Estas indicaciones, aunque de carácter muy general, nos orientan a pensar que los fenómenos puestos al descubierto por el presente estudio no son excepcionales sino bastante generalizados, aunque las formas que específicamente toman deben siempre relacionarse sistemáticamente con el contexto nacional y local, y por tanto ser consideradas como hechos únicos, aunque comparables entre casos, debiéndose comprobar tanto la realidad local como se hizo aquí, y la comparabilidad con otros casos nacionales (v. gr. los servicios ofrecidos por unas ONGs) o con casos fuera del país de referencia.

Aun cuando defendamos que no son del todo equivocadas las tesis que presentan a los sistemas de salud en países como Guatemala como bajos de calidad (pero también México, y hasta Chile que tanto ha sido mostrado como modelo de logro de las reformas neoliberales de los sistema de salud), esto no esclarece satisfactoriamente cómo operan las dinámicas internas y externas que influyen en el nivel de calidad alcanzable dentro de restricciones estructuralmente impuestas. Esta crítica, además, se repite caso tras caso en casi todos los servicios de salud destinados a los pobres en América Latina, aunque obviamente las diferencias entre países pueden ser abismales. Esto se debe principalmente al papel que cada contexto socio-económico (niveles de pobreza y desempleo, grado de cambio de la participación público-privada adoptada, etc.) ha jugado en la conformación de

las políticas públicas ideadas para realizar reformas de corte neoliberal en los sistemas de salud (Brachet-Márquez, 2006: 350) durante los 1990, época de oro de estas ideas.

En resumen, podemos afirmar que la hipótesis propuesta en este trabajo sobre el papel agencial de los participantes locales sobre la implementación de las políticas de salud destinadas a la población pobre se ha visto confirmado por los hechos observados, registrados y analizados a lo largo de varios capítulos del trabajo. Pero los resultados confirman también que tales comportamientos siempre son acotados por las restricciones reales controladas, hasta cierto punto, desde los niveles jerárquicos altos de la burocracia sanitaria, algunas de las cuales también pueden ser vistas como consecuencias, en muchos casos perversas, de la implementación en margen de la normatividad públicamente proclamada, y que ocupa la mayor parte de una burocracia central dispendiosa.

Al final de este estudio, sobresale el hallazgo de que las prácticas de salud locales estudiadas representan un balance positivo para los usuarios en términos de acceso a los beneficios y sanciones que suponen las políticas de salud, logrado mediante transacciones que generan una diferencia positiva con respecto a las condiciones esperadas de efectividad en función de los recursos institucionales al alcance de los trabajadores de los servicios de salud. Tal situación, sin embargo, no debe considerarse como totalmente estabilizada, tomando en cuenta los va-y-vienen de las políticas públicas, por lo que en el futuro, las condiciones de trabajo sanitario local que se han analizado aquí pueden ya sea empeorar, llegando a la parálisis total, o entrar en círculos virtuosos bajo diversas influencias que no son previsibles desde el escenario que hemos descrito en el presente trabajo.

Bibliografía

Aguilar V. Luis F. (2003a), “Estudio introductorio”, en Luis Fernando Aguilar Villanueva (Ed.), *La implementación de las políticas, cuarta antología*, México DF, Miguel Ángel Porrúa, pp. 15-92.

Alarcón, Diana (2004), “Globalización y Pobreza”, Programa Nacional de Gerencia Social del Instituto de Desarrollo Social (INDES) Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Alburez Pinzón, Mario E. (2002), “Contabilidad general en el sector público”, *Semana Académica: El papel del INAP en la modernización de la gestión pública y la descentralización en Guatemala*, 2-6 de noviembre de 2002, Guatemala.

Alexander Jeffrey y Bernhard Giesen (1994), “De la reducción a la vinculación: la visión a largo plazo del debate micro-macro”, en Jeffrey Alexander, Bernhard Giesen, Richard Münch y Neil Smelser (Comps.), *El vínculo micro-macro*, Guadalajara, GAMMA, pp. 9-58.

Ángel Luis Octavio & Alfredo Privado (1999), “El Proceso de la Reforma en Guatemala”, en Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Guatemala (APRESAL), *Foro Internacional. La Reforma del Sector Salud*, Guatemala, pp. 93-96.

Antúnez, Rubén y Jesús Molina (1985), “Atención médica orientada por problemas de medicina clínica en el servicio de medicina interna del Hospital San Felipe”, *Revista Médica Hondureña*, vol. 53, pp. 307-315.

Ariza Luis (2002), “Relaciones Estado Sociedad a través del Gobierno y el Aparato Público en Guatemala”, *Semana Académica: El papel del INAP en la modernización de la gestión pública y la descentralización en Guatemala*, 2-6 de noviembre de 2002, Guatemala.

Asturias, Francisco (1958), *Historia de la medicina en Guatemala*, Guatemala, Editorial Universitaria.

Banco Interamericano de Desarrollo (2006), *La política de las políticas públicas. Progreso económico y social en América Latina. Informe 2006*, Washington DC, Planeta.

___ (2003a), *Modernización del Estado. Documento de Estrategia*, Washington, D.C.

___ (2003b), *Desarrollo Social. Documento de Estrategia*, Washington, DC.

___ (1999), *Programa de mejoramiento de los servicios de salud II*, Guatemala.

___ (1995), *Programa de mejoramiento de los servicios de salud I*, Guatemala.

Banco Mundial (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en Salud, indicadores del desarrollo mundial*, Washington DC.

Banco Mundial/Banco Interamericano de Desarrollo (2000), “Contratación gubernamental de ONG a gran escala para extender los servicios básicos de salud a las poblaciones pobres en Guatemala. El Desafío de la

Reforma en Salud: Alcanzando a los pobres”, Foro de Europa y las Américas sobre Reforma del Sector Salud, 24-26 de mayo de 2000, Costa Rica.

Banco Mundial/Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo/Organización Panamericana de la Salud (1998), *Inversiones en Salud, Equidad y Pobreza: Guatemala*, Guatemala.

Beaglehole, Robert, Ruth Bonita y Tord Kjellström (1999), *Epidemiología básica*, Ginebra, OMS.

Béhar, Moisés (1972), “La desnutrición como problema de medicina social”, *Archivos del Colegio Médico El Salvador*, volumen 25, núm. 2, abril-junio, pp. 96-103.

Berman, Paul (2003), “Modelos organizacionales para el análisis de la implementación de programas sociales”, en Luis Fernando Aguilar Villanueva (Ed.), *La implementación de las Políticas*, México DF, Miguel Ángel Porrúa, pp. 281-321.

Bermejo, Lucrecia (2002), *Diseño y Manejo de Indicadores de Desempeño para evaluar la Gestión Institucional de Entidades del Sector Público vinculadas a la Capacitación*, Semana académica, 2-6 de noviembre de 2002, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Bourdieu, Pierre (2003), *Cuestiones de sociología*, Madrid, Istmo.

Bourdieu, Pierre (1991), *El sentido práctico*, Madrid, Taurus.

Bourdieu, Pierre (1984), *Sociología y cultura*, México, Grijalbo.

Brachet-Marquez, Viviane (2007), *Salud pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal: Argentina, Brasil, Chile y México, 1980-2000*, México DF, El Colegio de México.

Brodsky, Melvin, “Labor market flexibility: a changing international perspective”, *Monthly Labor Review*, 53, 1994, pp. 53-60.

Bronfman Mario, René Leyva, Mirka Negroni, Marta Caballero y José Antonio Tapia (2004), “Conclusiones” en Mario Bronfman, René Leyva y Mirka Negroni (Eds) *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*, México, INSP.

Bustelo, Eduardo y Eduardo Isuani (1991), *El ajuste en su laberinto, fondos sociales y políticas sociales en América Latina*, Buenos Aires, CIEPP.

Calderón Morales Hugo H (1995), *Derecho Administrativo. Tomo I*, Guatemala, Zimeri.

Castillo Gonzáles, Jorge Mario (1996), *Derecho Administrativo*, Guatemala, Editorial Universitaria.

Carrillo, Jorge y Alfredo Hualde (1991), “El debate actual sobre la flexibilidad en el trabajo”, *Perspectivas de la modernización y el cambio social*, Seminario permanente, Cuaderno de Discusión núm. 3, Tijuana, Departamento de Estudios Sociales, El Colegio de la Frontera Norte

- Castro Sosa, Víctor Manuel (2010), *Trece años de las cuentas nacionales de salud en Guatemala, 1995-2007*, Guatemala, Editorial Facultad de Ciencias Económicas.
- Castro Vásquez, María del Carmen (2008), *De pacientes a exigentes*, México, El Colegio de Sonora.
- Cámara de Industria de Guatemala (2005), *Gasto extra por cambios en la lista básica*, Guatemala.
- Centro de Salud San Julián Chinautla (2008), *Organigrama funcional de Distrito de Salud*, Guatemala.
- Clark, Burton (1961). "Organizational Adaptation to Precarious Values: A Case Study," *American Sociological Review* XXVI (6): 854-66.
- Comisión Nacional para el seguimiento y Apoyo al Fortalecimiento de Justicia/Organización Internacional del Trabajo (2003), *La Justicia Laboral: un desafío para Guatemala*, Guatemala.
- Congreso de la República de Guatemala (2005), *Tratado de Libre Comercio República Dominicana, Centroamérica y Estados Unidos*, Guatemala.
- ___ (2001), *Constitución Política de la República de Guatemala*, Guatemala, Librería Jurídica.
- ___ (2000), *Acuerdo gubernativo Número 476-2000*, Guatemala.
- ___ (1997a) *Ley del Ejecutivo*, Guatemala.
- ___ (1997b), *Código de Salud y su reforma*, Guatemala.
- ___ (1992 [1997]), *Ley de Contrataciones del Estado*, Guatemala, Librería Jurídica.
- ___ (1946), *Decreto Número 295, Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social*, Guatemala.
- Consejo Nacional de Planificación Económica (1970), *Resumen del plan de desarrollo económico y social, 1965-1969*, Guatemala, Tipografía Nacional.
- Contreras, Nery A. (1992), *Proceso administrativo del Centro de Salud San Julián Chinautla*, Guatemala.
- Corbella A. y Pedro Saturno (1990), *La garantía de la calidad en atención primaria*, Madrid.
- Cortázar, Juan Carlos (2006), *Una Mirada Estratégica y Gerencial de la Implementación de los Programas Sociales*, Instituto Interamericano de Desarrollo Social (INDES), Washington DC.
- Cortázar, Juan Carlos (2006), *¿En qué consiste la implementación de los programas sociales?*, Instituto Interamericano de Desarrollo Social (INDES), Washington DC.
- Cortázar, Juan Carlos (2004), "Una mirada estratégica de la implementación de los programas sociales", Programa Nacional de Gerencia Social del Instituto de Desarrollo Social (INDES), Ciudad de Guatemala, Instituto Nacional de Administración Pública.

Crozier Michel y Erhard Friedberg (1990), *El actor y el sistema. Las restricciones de la acción colectiva*, México DF, Alianza Editorial Mexicana.

Del Cerro, Antonio (1991), *El psicólogo y la organización. Teoría y práctica de la psicología de las organizaciones*, Barcelona, PPU.

Deman, Hedi (1999), “Modelo de Atención de Salud en Guatemala”, en Apoyo a la Reforma del Sector Salud, *Foro Internacional. La Reforma del Sector Salud*, 30 de junio al 2 de julio de 1999, Guatemala, pp. 97-106.

Demerath, N.J. (1966). “On Spitting against the Wind: Organizational Precariousness and American Irreligion,” *American Journal of Sociology* LVII (5): 674-87.

Democracia Cristiana Guatemalteca (1987), *Programa de Reorganización Nacional, 1986-1990*, Guatemala.

Dirección de Área de Salud Guatemala Nororiental/Gerencia Administrativo-Financiera (2009), *Ejecución del Presupuesto 2008*, Guatemala.

Dirección de Área de Salud Guatemala Nororiental (2008), *Análisis de la situación de salud 2008*, Guatemala.

Dirección de Área de Salud Guatemala Nororiental/Gerencia Administrativo-Financiera (2009), *Ejecución del Presupuesto 2008*, Guatemala.

Donabedian Avedís (1992), “Evaluación de la calidad de la atención médica”, en Organización Panamericana de la Salud, *Investigaciones sobre servicios de salud*, Washington, DC.

Donnangelo María Cecilia (1976), “Práctica médica”, en María Cecilia Donnangelo y Luis Pereira (comp.), *La medicina en la sociedad de clases*, Sao Paulo, Dos Ciudades, pp. 1-67.

Elmore, Richard (2003a), “Modelos organizacionales para el análisis de la implementación de programas sociales”, en Luis Fernando Aguilar Villanueva (Ed.), *La implementación de las Políticas*, México DF, Miguel Ángel Porrúa, pp. 185-249.

___ (2003b), “Diseño retrospectivo: la investigación de la implementación y las decisiones políticas”, en Luis Fernando Aguilar Villanueva (Ed.), *La implementación de las Políticas*, México DF, Miguel Ángel Porrúa, pp. 251-280.

Friedrich Ebert Stiftung (2000), *La seguridad social en Guatemala. Diagnóstico y propuesta de Reforma*, Guatemala, Serviprensa.

Flores Pinto, Fisdí (2002), *Fundamentos del trabajo en equipo. Propuesta de aprendizaje colaborativo*, Semana académica, 2-6 de noviembre de 2002, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Flores, Walter (2008), *Así...funcionamos*, Guatemala, Serviprensa.

___ (2005), *Inequidades geográficas en la mortalidad infantil en Guatemala: Magnitud y factores asociados*, Guatemala.

Fundación Myrna Mack (2004), *Poder empresarial y grupos afines copan posiciones en la administración pública*, Guatemala.

Garfinkel, Harold (2006), *Estudios en Etnometodología*, España, Anthropos.

Giddens, Anthony (2006), *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*, Buenos Aires, Amorrortu.

Gobierno de Guatemala (2001), *Estrategia de Reducción de la Pobreza*, Guatemala.

___ (2000), *Plan de Gobierno FRG 2000-2004. Matriz de política social 2000-2004*, Guatemala.

___ (1999), *Acuerdo gubernativo N° 115-99. Reglamento orgánico interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*, Guatemala.

Gobierno de la República de Guatemala (2005), *Política nacional de descentralización del organismo ejecutivo*, Guatemala.

___ (1957), *Plan de desarrollo económico de Guatemala, 1955-1960*, Guatemala, Tipografía Nacional.

Goffman Erving (2004), *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrortu.

Grindle Merilee (1996), *Challenging the state, Great Britain*, Cambridge University Press.

___(1980), *Politics and policy implementation in third world*, New Jersey, Princeton university press.

Guillezeau Patricia B. (2002), “Análisis y reflexión de la cultura y la práctica administrativa a partir de la ética y los valores: caso organización en Venezuela”, VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 8-11 octubre 2002, Portugal.

Gundermann K Hans (2008), “El método de los estudios de caso”, en María Luisa Tarrés (Coord.), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México DF, Miguel Ángel Porrúa, pp. 251-288.

Gusfield, Joseph R. (1955). “Social Structure and Moral Reform: A Study of Women’s Christian Temperance Union,” *American Journal of Sociology* LXI (3): 221-32.

Hall Edward T. (1994) [1966] *La dimensión oculta*, México DF, Siglo XXI.

Hintze Jorge (2002), “Capacidad institucional y profesionalización: el enfoque ORH, Panel: La capacidad institucional de los organismos públicos”, VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 8-11 octubre 2002, Portugal.

<http://www.igssgt.org/subgerencias/departamentoactuarialyestadistico.html>, última revisión 22 de abril de 2010.

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP>, última revisión 091111.

Informante Clave 1 (2008), *Entrevista*, Guatemala.

- ___ 2 (2008), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 3 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 4 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 7 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 8 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 9 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 10 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 15 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 16 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 18 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 19 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 20 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 21 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 23 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 26 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 32 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 33 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 34 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 35 (2009), *Entrevista*, Guatemala.
- ___ 36 (2010), *Entrevista*, Guatemala.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (2007), *Informe anual de labores 2006*, Guatemala.

- ___ (2006), *Informe anual de labores 2005*, Guatemala.
- ___ (2004), *Informe anual de labores 2003*, Guatemala.
- ___ (2003), *Informe anual de labores 2002*, Guatemala.
- ___ (2002), *Informe anual de labores 2001*, Guatemala.
- ___ (2001), *Informe anual de labores 2000*, Guatemala.

___ (1999), *Acuerdo N° 24/99, Instructivo que norma la contratación de servicios médicos privados y su operatividad*, Guatemala.

___ (1997), *Informe de labores, 1997*, Guatemala, Arte, Color y Texto.

___ (s/fa), *Taller nacional de la seguridad social: EMA e IVS*, Guatemala.

___ (s/fb), *Convenio celebrado entre la Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico –UNAERC- y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para la prestación de servicios médico hospitalarios a pacientes o afiliados con derecho al régimen de seguridad social*, Guatemala.

Instancia Nacional de Salud (2002), *Hacia un modelo de atención incluyente. Bases y lineamientos*, Guatemala, Magna Terra Editores.

Instancia Nacional de Salud/Obra Episcopal de la Iglesia Católica Alemana para la Cooperación al Desarrollo –MISEREOR- (2003), *Monitoreo del derecho a la salud en el marco de la reforma del sector salud en Guatemala*, Guatemala.

Instituto Nacional de Estadística (2006), *Descripción de los censos realizados por el INE*, Guatemala.

___ (2003), *Características de la población y de los locales de habitación censados*, Guatemala.

Instituto Nacional de Estadística/Secretaría General de Planificación Económica/Universidad Rafael Landívar (2001), *Mapa Probabilístico de Pobreza en Guatemala*, Guatemala.

Jarquín Ramos María José, María del Socorro Herrera y Ligia Gutiérrez (2002), “Evaluación de los servicios públicos con equidad de género”, VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 8-11 octubre 2002, Portugal.

Jusidman, Clara (1998), “Los fondos de inversión social en América Central y la construcción de la ciudadanía social”, en Bryan Roberts (Ed), *Ciudadanía y política social*, Costa Rica, FLACSO.

Kosík, Karel (1967), *Dialéctica de lo concreto. Estudio sobre los problemas del hombre y el mundo*, México DF, Grijalbo.

Laurell Asa C (1978), “Investigación en sociología médica”, *Salud Problema*, núm. 1, pp. 5-9.

Lecay Rosana (2002), “Análisis y reflexión de la cultura y la práctica administrativa a partir de la ética y los valores: el caso de las organizaciones modernas en Argentina”, VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 8-11 octubre 2002, Portugal.

Lipsky Michael (1980), *Street level bureaucracy. Dilemas of the individual in public services*, New York, Russell Sage Foundation.

Loscos Fernández Francisco Javier (2002), "Eficiencia, equidad y control democrático: un marco triangular para el análisis de las políticas públicas", VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 8-11 octubre 2002, Portugal.

Macq Jean & Charles Collins (2003), "Documento de discusión para circulación interna al proyecto CAPUBPRIV", en *¿Es la contratación gubernamental de servicios de salud privados en el primer nivel de atención en Centroamérica una opción para asegurar una atención Eficiente, Equitativa y Sostenible?*, Bruselas.

Madrid José A (1996), "La gestión de políticas públicas y la naturaleza de la gerencia pública: Una referencia al caso chileno", *Reforma y Democracia*, No. 6, pp. 1-10.

Majone, G. D. y Aaron Wildavsky (1998), "La implementación como evolución", en Jeffrey L. Pressman, y Aaron Wildavsky, *Implementación. Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland*, México DF, Fondo de Cultura Económica.

Mann Michael (1986), *The Sources of Social Power*, Londres: Cambridge University Press, UK.

Marc Edmond y Dominique Picard (1992), *La interacción social. Cultura, instituciones y comunicación*, España, Paidós.

Marín José María, Armando Melgar y Carlos Castaño (s/f), "Áreas críticas y variables del análisis del clima organizacional", en Organización Panamericana de la Salud, *Teoría y técnicas de desarrollo organizacional*, Washington DC, pp. 1-24.

Martínez Nogueira, Roberto (2002), "Las administraciones públicas paralelas y las capacidades institucionales", *Reforma y Democracia*, No. 24, Caracas, pp. 1-24.

Marx Carlos (1971), *El método en la economía política*, México DF, Grijalbo.

Mata, Leonardo (1976), "The environment of the malnourished child", en N. S. Schimshaw and Moises Behar (eds.), *Nutrition and agricultural development significance and potential for the tropics*, New York, Plenum Press, pp. 45-60.

Mechanic David (1962), "Sources of Power of Lower Participants in Complex Organizations", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 7, No. 3, pp. 349-364.

Mehry Emerson E (2006), *Salud: Cartografía del trabajo vivo*, Sao Pablo, Lugar Editorial.

Menéndez Eduardo (1990), *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México, Alianza Editorial Mexicana.

___ (1984), "El modelo medico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales", en Eduardo L. Menéndez, *Hacia una práctica medicina alternativa. Hegemonía y*

autoatención (gestión) en salud, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, pp. 1-20.

___ (1981), “El modelo medico hegemónico. Transacciones y alternativas”, en Asa Cristina Laurell (comp.) *Hacia una medicina social crítica*, México, Folios, pp. 1-43.

Merton, R (1964), *Teoría y Estructura Sociales*, México, Fondo de Cultura Económica.

Messinger, Sheldon (1958). “Organizational Transformation: A Case Study of a Declining Social Movement,” *American Sociologica Review* XXIII(1): 23-31.

Meyer John y Brian Rowan (1999), “Organizaciones institucionalizadas: estructura formal como mito y ceremonia”, en Walter W. Powell y Paul J. Dimaggio (comp), *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*, México DF, Fondo de Cultura Económica, pp. 79-103.

Ministerio de Finanzas Públicas (1997), *Manual de clasificaciones presupuestarias para el sector público de Guatemala*, Guatemala, Taller Nacional de Grabados en Acero.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (2010), *Listado de ONG bajo el PEC, 1999-2010*, Guatemala.

___ (2008), *Plan nacional para la salud de todas y todos los guatemaltecos*, Guatemala.

___ (2007a), *Modelo de atención a la Salud*, Guatemala, mimeo.

___ (2007b), *Situación de la salud y su financiamiento. Cuarto informe: período 2004-2005*, Guatemala.

___ (2007c), *Modelo de extensión de cobertura en el primer nivel de atención*, Guatemala.

___ (2007d), *Agenda Nacional de Salud*, Guatemala.

___ (2005a), *Modelo de atención para servicios de salud del segundo nivel*, Guatemala.

___ (2005b), *Modelo Básico de Gestión de Direcciones Área del Sistema Integral de Atención en Salud*, Guatemala.

___ (2005c), *Situación de la salud y su financiamiento. Tercer informe: período 1999-2003*, Guatemala.

___ (2004a), *Lineamientos básicos y políticas de salud, año 2004-2008*, Guatemala.

___ (2004b), *Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención del segundo nivel*, Guatemala, Artgrafic.

___ (2004c), *Evaluación de la provisión de servicios básicos de salud mediante indicadores trazadores en una muestra de hogares con representatividad nacional*, Guatemala.

___ (2001), *Convenio para la prestación de servicios básicos de salud. Convenio 2001*, Guatemala.

- ___ (2000a), *Plan nacional de salud 2000-2004*, Guatemala.
- ___ (2000b), *Habilitación, adjudicación, certificación y acreditación de prestadoras y administradoras de servicios de salud*, Guatemala.
- ___ (1998), *Memoria de Vigilancia Epidemiológica, 1998*, Guatemala.
- ___ (1997a), *Norma administrativo-hospitalaria materno infantil*, Guatemala.
- ___ (1997b), *Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS-. Lineamientos para el nivel primario de atención*, Guatemala.
- ___ (1996), *Política de salud, 1996-2000*, Guatemala.
- ___ (1994), “Programa sectorial de salud. Resumen”, Primer foro nacional de salud, Guatemala 27-29 de noviembre, Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- ___ (1980), *Atlas nacional de salud*, Guatemala.
- ___ (1978), *Plan Nacional de Salud, 1978-1982*, Guatemala.
- ___ (s/f), *Plano del Centro de Salud San Pedro Ayampuc*, Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección General de Recursos Humanos (2009), *Consolidado de Personal del MSPAS, 2009*, Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Centro Nacional de Epidemiología (2007), *Memoria epidemiológica 2007*, Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección General del Sistema de Información Gerencial en Salud (2010), *Población y Centros de Convergencia 1999-2000*, Guatemala.
- ___ (1975), “Plan Nacional de Salud. Diagnóstico, Políticas y Estrategias”, XXVI Congreso Nacional de Medicina, 3-4 de noviembre, Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección General de Servicios de Salud (1980), *Plan Nacional de Salud 1978-1982. Plan Operativo Nacional*, Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (2010), *Listado de ONG bajo el PEC, 1999-2010*, Guatemala.
- ___ (2002), *Extensión de cobertura con servicios básicos de salud en el primer nivel de atención a través de organizaciones (ONGs) prestadoras y administradoras de servicios de salud*, Guatemala.
- ___ (2000), *Habilitación, Adjudicación, Certificación y Acreditación de Prestadoras y Administradoras de Servicios de Salud (HACyA)*, Guatemala.

___ (s/f), *Avances: Extensión de cobertura primer nivel de atención en salud*, Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social /Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud /Coordinación General de Áreas de Salud (2007), *Prestadoras y administradoras de extensión de cobertura*, Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Programa de Extensión de Cobertura (2010), *Consolidado general primer trimestre de 2010*, Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud (1998), *Cuentas nacionales de salud, 1998*, Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Unidad de Desarrollo de las Direcciones de Área de Salud (2005), *Modelo Básico de Gestión de Direcciones Área del Sistema Integral de Atención en Salud*, Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Organización Panamericana de la Salud (2001), *Guatemala. Informe de salud*, Guatemala.

___ (1994), “Programa sectorial de salud. Resumen”, en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Organización Panamericana de la Salud, Primer foro nacional de salud, Guatemala, 27-29 de noviembre, pp. 1-4.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Unidad de Planificación Estratégica/Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (2004), *Lineamientos básicos y políticas de Salud 2004–2008*, Guatemala.

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

Mintzberg Henry (1993), “La estructuración de las organizaciones”, en H. Mintzberg y JB Quinn, *El Proceso Estratégico. Conceptos, contextos y casos*, México, Prentice-Hall Hispanoamericana, pp. 370-371.

Miranda José (2008a), *Archivo fotográfico de Centros de Salud del Área Guatemala Nororiente*, Guatemala.

___ (2008b), *Evaluación del clima organizacional en distritos de salud del Área de Salud Guatemala Nororiente*, Guatemala.

___ (2005), “El impacto del Tratado de Libre Comercio en la salud materno-infantil y del adulto mayor”, en Coordinadora de Organizaciones No Gubernamentales y Cooperativas, *El DR-CAFTA: impactos probables en salud y educación en Guatemala*, Guatemala: Magna Terra Editores.

___ (2003), *El sistema de salud de Guatemala*, Guatemala.

Miranda José (2002), "Claves administrativas en tres organizaciones del primer nivel de atención en salud", *Portadores de Sueños, año 1, núm. 3, julio-septiembre*, pp. 16-19.

Miranda José & Carlos Arriola (2006), "Estudio de caso de Guatemala, Contratación de una ONG para la extensión de cobertura", en Jean Macq y Patrick Martiny (Coord.), *La contratación de servicios de salud privados en el primer nivel de atención en América Central: ¿Una opción para asegurar una atención eficiente, equitativa y sostenible?* Bélgica, Centro de Difusión de la Cultura Sanitaria, pp. 201-258.

Miranda José, Agripina Solís y Eugenia de Rodríguez (2006), *Diagnóstico comunitario participativo (DCP). Preparación de condiciones para implementar la metodología DCP en el área de salud Guatemala Sur*, Guatemala.

Mokate, Karen (2006), "La efectividad en el desarrollo: algunas reflexiones", Washington DC, INDES/BID.

___y José J Saavedra (2004), "La gerencia social y el valor público", Programa Nacional de Gerencia Social del Instituto de Desarrollo Social (INDES), Ciudad de Guatemala.

Molina, Carlos Gerardo (2004), "¿Hacia dónde marcha la política social latinoamericana?", Programa Nacional de Gerencia Social del Instituto de Desarrollo Social (INDES), Ciudad de Guatemala.

Monroy, Margarita (2002), *Administración Pública en Guatemala*, Semana académica, 2-6 de noviembre de 2002, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Moore, Marc (1995), *Creating Public Value. Strategic management in government*, Cambridge, Harvard University Press.

Mosquera María Teresa (2006), *Lógicas y racionalidades: entre comadronas y terapeutas tradicionales*, Guatemala, Serviprensa.

Mosquera María Teresa y NilsKolstrup (2006), *La comunicación entre pacientes y trabajadores de salud en una sociedad multiétnica*, Guatemala, Serviprensa.

Münch Richard y Neil Smelser (1994), "Los niveles micro-macro", en Jeffrey Alexander, BernhardGiesen, Richard Münch y Neil Smelser (Comps.), *El vínculo micro-macro*, Guadalajara, GAMMA, pp. 429-465.

Organización Panamericana de la Salud (2007), *Perfil de los sistemas de salud*, Guatemala.

___ (2003), *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*, Washington DC.

___ (1995a), "Áreas críticas y variables del análisis del clima organizacional", en OPS *Teoría y técnicas de desarrollo organizacional*, Guatemala.

___ (1995b), *Marco de referencia actualizado para el desarrollo de la capacidad gerencial*, Guatemala.

___ (1995c), "Una nueva capacidad gerencial en salud. Tercera unidad", en OPS/OMS, *Desarrollo de la capacidad gerencial en salud*. Módulo de auto-instrucción, Guatemala.

- ___ (1992), *Análisis de la situación de salud por Regiones*, Guatemala, Don Quijote.
- ___ (1991), *Estudio básico del sector salud*, Guatemala, Llerena.
- ___ (s/fb), *Estructuras y procesos de la situación farmacéutica nacional*, Guatemala.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2008), *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2008*, Ginebra, OMS.
- Orlansky Dora (1991), "Política y burocracia. Los últimos cincuenta años", 5º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, 1-3 agosto, Buenos Aires, ASET.
- Osorio C, Rosa María (2001), *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, CIESAS.
- Oszlak Oscar (2009), "La kriptonita de Súper Obama", en URL: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elmundo/4-119328-2009-02-01.html>, última consulta 11 mayo de 2009.
- ___ (1980), "Políticas públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas", *Cuadernos del CEDES*, vol. 3, No. 2, Buenos Aires.
- ___y Guillermo O'Donnell (1976), "Estado y políticas públicas en América Latina: hacia una estrategia de investigación", *Documentos CEDES/G.E. CLACSO, N° 4*, Buenos Aires.
- O'Tool Jr., Laurence J. (2003), "Recomendaciones prácticas para la implementación de las políticas que involucran a múltiples actores: una evaluación del campo", en Luis Fernando Aguilar Villanueva (Ed.), *La implementación de las Políticas*, México DF, Miguel Ángel Porrúa, pp. 413-470.
- Peiró, José M. (1995b), *Psicología de la Organización*, Madrid, Toran.
- PinheiroRoseni (2001), "As práticas do cotidiano narelacao oferta e demanda dos servicios de saúde: um campo de estudo e construo da integralidade", en RoseniPinheiro y Ruben Araujo de Mattos (orgs.), *Os sentidos da integralidadenaatencao e no cuidado á saúde*, Rio de Janeiro, ABRASCO, pp. 65-112.
- Presidencia de la República (1999), *Reglamento orgánico interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*, Guatemala, Tipografía Nacional.
- ___ (1995), *Informe del presidente constitucional al congreso de la república*, Guatemala, Tipografía Nacional.
- ___ (1994), *Informe de resultados del primer año de gobierno*, Guatemala, Tipografía Nacional.
- ___ (1993a), *Segundo año de gobierno, 1993. Informe al Congreso de la República*, Guatemala, Tipografía Nacional.
- ___ (1993b), *La agenda de gobierno para el período 1994-1995*, Guatemala.
- ___ (1993c), *Plan de gobierno de los 180 días*, Guatemala, Tipografía Nacional.

___ (1992), *Informe presidencial al congreso de la república. Primer año de gobierno*, Guatemala, Tipografía Nacional.

___ (1991), *Informe presidencial al congreso de la república. V año de gobierno*, Guatemala, Tipografía Nacional.

___ (1990), *Informe presidencial al congreso de la república. IV año de gobierno*, Guatemala, Tipografía Nacional.

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

___ (1989b), *Programa de los 500 días en el contexto de Guatemala 2000. Hacia la modernización de la economía nacional*, Guatemala.

___ (1988), *Informe presidencial al congreso de la república. II año de gobierno*, Guatemala, Tipografía Nacional.

Pressman Jeffrey L. y Aaron Wildavsky (1988), *Implementación. Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland*, México DF, Fondo de Cultura Económica.

Préteceille, Edmon (1977), “Necesidades sociales y socialización del consumo”, en J P Terrail et al., *Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual*, México, Grijalbo, pp. 18-45.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2010), *Informe de Desarrollo Humano 2009/2010*, Guatemala, Magna Terra Editores.

___ (2008), *Informe de Desarrollo Humano 2007/2008*, Guatemala, Sergráfica.

___ (2005), *Informe de Desarrollo Humano 2005*, Guatemala, Editorial Sur.

___ (2003), *Guatemala: una agenda para el desarrollo humano, 2003. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2003*, Guatemala, Sur.

___ (2002), *Guatemala: desarrollo humano, mujeres y salud. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2002*, Guatemala, Van Color.

___ (2001), *Guatemala: El financiamiento del desarrollo humano*, Guatemala, Art Grafic de Guatemala.

___ (2000), *Guatemala: la fuerza incluyente del desarrollo humano, Informe de Desarrollo Humano 2000*, Guatemala, Artgrafic.

Przeworski A. y H. Teune (1970) “Diseños de investigación”, en A. Przeworski y H. Teune, *The logic of comparative social inquiry*, Estados Unidos, John Wiley, pp. 31-49 (de la traducción de Guillermina Feher).

Rabanales, Ileana (s/f), *Análisis entre lo normado y la práctica en MINSALUD*, Guatemala.

República de Guatemala (1996), *Política de Salud 1996-2000*, Guatemala.

Ramos del Río Bertha y Carlos Figueroa (2008), “El cuidado informal: elementos esenciales en el cuidado de la salud, en Bertha Ramos del Río (comp.), *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud*, México, Porrúa, pp. 15-56.

Rein, Martin y Francine F. Rabinovitz (2003), “La implementación: una perspectiva teórica. Entre la intención y la acción”, en Luis F. Aguilar Villanueva (Ed.), *La implementación de las Políticas*, México DF, Miguel Ángel Porrúa, pp. 147-184.

RepettoFabian (2004), *Capacidad estatal: requisito para el mejoramiento de la política social en América Latina*, Washington DC.

Richardson Ruth (2001), “Responsabilización política y gerencia del desempeño del sector público: examinando vínculos y lecciones”, *Reforma y Democracia*, No. 19, pp. 1-17.

Robbins Stephen P. (1987), *Administración. Teoría y práctica*, México, Prentice-Hall Hispanoamericana.

Sabatier, Paul A. y Daniel A. Mazmanian (2003), “La implementación de la política pública: un marco de análisis”, en Luis F. Aguilar Villanueva (Ed), *La implementación de las Políticas*, México DF, Miguel Ángel Porrúa, pp. 323-372.

Sanidad Pública (1962), *Memorias de las actividades desarrolladas por la Dirección General de Sanidad y sus Dependencias durante el año 1962*, Guatemala.

Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica (1991), *Guatemala: Plan de acción de desarrollo social, 1992-1996, Desarrollo Humano, infancia y juventud*, Guatemala.

___ (1987), *Políticas sectoriales de desarrollo*, Guatemala.

___ (1984), *Plan nacional de desarrollo 1984-1985*, Guatemala, Tipografía Nacional.

___ (1983), *Plan nacional de desarrollo 1984-1986*, Guatemala, Tipografía Nacional.

___ (1978), *Plan nacional de desarrollo 1979-1982*, Guatemala, Tipografía Nacional.

___ (1974), *Plan de desarrollo 1975-1979*, Guatemala, Tipografía Nacional.

___ (1970), *Plan de desarrollo 1971-1975*, Guatemala, Tipografía Nacional.

Schutz, Alfred y Thomas Luckmann (2001), *Las estructuras del mundo de vida*, Buenos Aires, Amorrortu.

Selznick Philip (1949), *TVA and the Grass Root, a study in the sociology of formal organization*, California, University of California Press.

Sewell Jr. William H. (1992) "A Theory of Structure: Duality, Agency and Transformation", *American Journal of Sociology*, N° 98, Vol. 1, pp. 1-29.

Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud de Guatemala –SNTSG- (2003), *Declaración de Prensa*, Guatemala 14 de abril de 2003.

Simon, Herbert (1964). "On the Concept of Organizational Goal," *Administrative Science Quarterly*IX(1): 1-23.

Tarrés María Luisa (2008), "Lo cualitativo como tradición", en María Luisa Tarrés (Coord.), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México DF, Miguel Ángel Porrúa, pp. 35-60.

Thompson James D. y William McEwen Jr. (1958). "Organizational Goal and Environment: Goal Setting as an Interaction Process," *American Sociological Review*XXIII(1): 23-31.

Thompson Kenneth R. & Hernán D. Luján (1969), "El sistema administrativo nacional de Guatemala", en Hernán D. Luján (Ed.), *Estudios sobre Administración Pública en Guatemala*, Guatemala, Editorial del Ejército.

Toussaint Eric (2003), *La bolsa o la vida. Las finanzas contra los pueblos*, Buenos Aires, CLACSO.

Travis Phyllida, Dominique Egger, Philip Davis & AbdelhayMechbal (2002), *Towards better stewardship: concepts and critical issues*, Gèneva, WHO.

Unidad de Planificación Estratégica (2008), *Entornos socioeconómicos*, Guatemala.

Van Dijk, Teun A, (2008), *El discurso como estructura y proceso, Estudios del discurso: introducción multidisciplinaria*, Barcelona, Gedisa.

Vásquez Barreda, Héctor Hugo (2002), "Los recursos humanos en el sector público guatemalteco", El papel del INAP en la modernización de la gestión pública y la descentralización en Guatemala, semana académica, 2-6 de noviembre de 2002, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Vela, Fortino (2004), "Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa", en María Luisa Tarrés Barraza (coord.) *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México, Miguel Ángel Porrúa, 63-95.

Verdugo, Juan Carlos (2005a) "La política y reforma del sector salud en Guatemala, 1986-2000, del estado desperfecto al mercado imperfecto", en Juan C. Verdugo U., *Análisis sobre la reforma del sector salud en Guatemala*, Guatemala, pp. 9-36.

___ (2005b) [2000], "Análisis de la implementación del modelo de primer nivel de atención del sistema integral de atención en salud (SIAS) en Guatemala", en Juan C. Verdugo U., *Análisis sobre la reforma del sector salud en Guatemala*, Guatemala, pp. 9-36.

___ (2002), La Reforma de la Salud en Guatemala, en *Portadores de Sueños. Pensamiento y acción en salud*, Instancia Nacional de Salud, Guatemala, año1, número 2, abril-junio de 2002, pp. 1-8.

___ (1995), *Historia reciente de la política y reforma de salud en Guatemala*, Guatemala.

Zald, Meyer y Patricia Denton (1963). "From Evangelism to General Service: The Transformation of the WMCA," *Administrative Science Quarterly* VII(2): 214-34.

ANEXOS

Anexo 1

Algunas expresiones de discrecionalidad según nivel de tomador de decisiones y su expresión en restricción estructural para la implementación de las políticas de salud.

Acciones discrecionales de los trabajadores	Restricciones de operación dentro de los centros de salud (implementación de políticas)	Limitaciones provenientes desde el nivel central del ministerio de salud (formulación de políticas)
1. Tipo de trato impune hacia los pacientes-usuarios (ligado al rol)	1. Horarios de atención	1. La definición y operación de paquetes básicos de servicios
2. Modificar la programación de capacitaciones al personal comunitario (las comadronas)	2. Ruptura de stock de medicamentos	2. Restricciones financieras presupuestarias (por capitación)
3. Manipulación de recomendaciones, traslados, permisos de descanso, (re)asignaciones de trabajo	3. Déficit de equipo sanitario	3. Insuficiente supervisión
4. Elección de un antibiótico no contenido en los protocolos de tratamiento	4. Disponibilidad de información (por programa de atención)	4. Falta de sanción
5. El expedir una receta de complacencia	5. Restricciones del paquete básico de servicios	5. Discrepancias entre el modelo de atención general y el perfil epidemiológico local
	6. Restricciones de su capacidad resolutive	6. Registrar una morbilidad y dejar otras fuera en el documento de registro de morbilidades
	7. Carga administrativa para rellenado de fichas de datos e informes de reporte	7. Definir la agenda de salud al margen de los perfiles epidemiológicos locales
	8. Cierre unilateral del servicio por atender prioridades internacionales	8. Retraso intencional en la entrega de financiamiento, insumos o equipo
		9. Prioridad de algunos programas curativos en detrimento de otros (materno e infantil sobre

6.	El atender a un/a paciente que no guardó su tiempo de espera	9.	Excesivos tiempos de espera debido a deficiencias administrativas		medio ambiente o diagnóstico de cáncer cérvico-uterino)
7.	Cerrar el servicio y el no dar atención un día sin causa justificada	10.	transferencias financieras extraordinarias al programa de salud (subsidio escondido) fuera de contrato	10.	Forma de selección de algunas de las organizaciones privadas contratadas para prestar servicios públicos
8.	Justificar el no asistir al trabajo por requerimiento sindical del trabajador (sin comprobarse)	11.	Desvirtuar los <i>compromisos</i> adquiridos a través de los paquetes básicos de atención (no ejecutar el programa de planificación familiar)	11.	Formas contractuales y pérdidas de derechos laborales
9.	Uso de los mecanismos administrativos para transferir personal no deseado a otros servicios	12.	Desvirtuar los <i>procedimientos</i> acordados dentro de los paquetes básicos de atención (dejar de hacer Papanicolaou por falta de recursos)	12.	Deficientes mecanismos de motivación del personal
10.	Conceder privilegios a unos trabajadores subalterno sobre otros (los jefes)	13.	Limitaciones de atención por falta de infraestructura idónea (atención de partos)	13.	Falencias en los sistemas de evaluación y monitoreo
11.	Limitar el número de consultas por jornada laboral (poner cuotas de atención)	14.	Contratación de personal extraordinario con fondos fuera de contrato para suplir falencias administrativas f	14.	Exigencia de hacer coincidir “una” causa de morbilidad con la dispensación del medicamento respectivo
12.	Asignación de personal requerido para actividades ajenas al servicio			15.	Reacomodo del trabajo diario debido a exceso de carga laboral.
13.	Uso o subutilización de información epidemiológica o administrativa para tomar decisiones				
14.	Referencias de pacientes al tercer nivel de atención a través de amistades que de protocolos de atención				
15.	Uso ilícito de medicamentos comprados bajo contrato público para enriquecimiento propio.				

Fuente: Miranda 2008.

Anexo 2

Características socio-económicas de los municipios de San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc, Departamento de Guatemala, Guatemala, 2008.

Variables	San Julián Chinautla	San Pedro Ayampuc
Extensión territorial	80kms cuadrados	113kms cuadrados
Topografía	Quebrada	Quebrada
Altura	1,200mts snm	1,160mts snm
Clima	Templado	Templado
Temperatura	22°-24° C	18°-28° C
Distancia a la capital	15km	23km
Población	77,840 habitantes	32,924 habitantes
	Rural	65,0%
	Urbana	35,0%
Distribución poblacional		
	Menores de un año	2,3%
	De 1 a -9 años	19,9%
	De 10 a -20 años	20,9%
	De 21 a -49 años	43,1%
	De 50 y más	13,7%
Habitantes por km2	1,076 personas	535 personas
Hombres	49,6%	51,0%
Mujeres	50,4%	49,9%
% ladinos	89,0%	73,0%
% indígenas	11,0%	27,0%
Alfabetos	81,0%	77,1%

Primaria incompleta	23,7%	11,1%
Primaria	43,7%	39,0%
Secundaria	10,6%	26,0%
Superior	3,0%	1,0%
Analfabetas	19,0%	22,9%
Principal actividad laboral	Economía informal, alfarería, agricultura	Agricultura, economía informal
Fincas agrícolas, ganaderas u otras	4	3
Ganadería	Bovina y porcina	Bovina y porcina
Cultivos	Maíz, frijol, loroco, etc.	Maíz, frijol, loroco, tamarindo, etc.
Pobreza		
General	17.6%	31.2%
Extrema	1.3%	4.2%
Factores de riesgo social	Maras, narcotráfico, hacinamiento, pobreza	Maras, pobreza, analfabetismo, hacinamiento, etc.
Religión	Católica, protestante	Católica

Fuente: Unidad de Planificación Estratégica, 2008; Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2006.

Anexo 3

Cartas de autorización de trabajo campo DASGNO



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
ÁREA DE SALUD GUATEMALA NOR ORIENTE
DIRECCION



Ofic. DIR. 216-2008
DRA. IRMDEM/fis.

Guatemala, 15 de octubre 2008

Doctor
José Miranda
Centro de Estudios Sociológicos

Doctor Miranda:

Atentamente me dirijo a usted, para dar respuesta a su oficio de fecha 14 de octubre/08, donde solicita autorización para realizar estudios de investigación.

Por lo que esta Dirección no tiene ningún inconveniente en autorizar, siempre y cuando los resultados de este estudio los aporte al Área de Salud para los efectos posteriores.

Deferentemente,



Dra. Heleana Rabanales de Mendizábal
Directora Área de Salud Guatemala Nor-Oriente



GOBIERNO DE ALVARO COLOM
GUATEMALA



Anexo 4

Encuesta proyectiva sobre el Clima Organizacional.

Este cuadernillo forma parte de una investigación sobre el clima organizacional. Contiene una serie de reflexiones o afirmaciones, que son comunes dentro de la organización. Su colaboración consiste en relacionar cada una de estas afirmaciones con la realidad de su grupo de trabajo. Sus respuestas son estrictamente confidenciales; usted no tendrá que compartir nominalmente sus respuestas.

Lea cuidadosamente cada una de estas afirmaciones y establezca si se aplican o no a su unidad de trabajo en la organización. Si la reflexión se aplica, marque la V (verdadero); o en caso contrario marque F (falso) en la Hoja de Respuestas que figura al final de este cuadernillo. Trabaje cuidadosamente pues de ello dependerá el éxito de este ejercicio. Cuando tenga una duda sobre su respuesta haga una marca provisional y regrese posteriormente a esta afirmación. Marque una sola respuesta; hágalo con lápiz. Si borra, indique claramente cuál es su respuesta.

Recuerde que ésta no es una encuesta ni prueba, luego no existen respuestas correctas o incorrectas; es solo una herramienta que, con respuestas objetivas y buen juicio, podría ser de ayuda para el desarrollo de su organización. Su opinión acerca de la aplicabilidad de cada reflexión es lo importante. Es trascendental que sus respuestas sean lo más honestas y objetivas.

Le agradecemos de antemano la ayuda y colaboración que presta al realizar el presente ejercicio, con el cual se espera contribuir al mejoramiento de su organización.

1. El superior se preocupa porque entendamos bien nuestro trabajo.
2. Generalmente, todos aportamos ideas para mejorar nuestro trabajo.
3. La mayoría de trabajo en esta Unidad exigen raciocinio.
4. En esta organización se busca que cada cual tome decisiones de cómo realizar su propio trabajo.
5. El ambiente que se respira en esta institución es tenso.
6. La gente se esfuerza por cumplir a cabalidad con sus obligaciones.
7. Con frecuencia nuestros compañeros hablan mal de la institución.
8. Esta institución ofrece buenas oportunidades de capacitación.
9. Aquí las promociones carecen de objetividad

10. Los Problemas que surgen entre los grupos de trabajo se resuelven de manera óptima para la institución.
11. Los objetivos de los departamentos son congruentes con los objetivos de la organización.
12. La información requerida por los diferentes grupos fluye lentamente.
13. La adopción de nuevas tecnologías se mira con recelo.
14. Ocurre con frecuencia que cuando se presenta un problema especial no se sabe quien debe resolverlo.
15. Aquí se preocupan por mantener informado al personal de las nuevas técnicas relacionadas con el trabajo, con el fin de mejorar la calidad del mismo.
16. Aquí todos los problemas se discuten de una manera constructiva.
17. Para cumplir con las metas del trabajo tenemos que recurrir a todas nuestras capacidades.
18. Con este trabajo me siento realizado profesionalmente.
19. En esta institución se premia a la persona que trabaja bien.
20. En realidad nunca se ejecutan las ideas que damos sobre el mejoramiento del trabajo.
21. Las condiciones de trabajo son buenas.
22. Aquí uno se siente auto motivado en el trabajo.
23. Da gusto ver el orden que reina en nuestra oficina.
24. Aquí, se dan incentivos adicionales a los establecidos en el contrato de trabajo.
25. Las normas disciplinarias se aplican con subjetividad.
26. Cuando hay un reto para la organización todos los departamentos participan activamente en la solución.
27. Lo importante es cumplir los objetivos del departamento, lo demás no interesa.
28. Generalmente, cuando se va a hacer algo, mi departamento es el último en enterarse.
29. Las iniciativas de los grupos no reciben respaldo de los niveles superiores.
30. Si un trabajo parece difícil, se retarda hasta donde se pueda.
31. A nuestro superior únicamente le podemos decir lo que quiere oír.
32. En este departamento el valor de los funcionarios es reconocido.

33. No existe una determinación clara de las funciones que cada uno debe desempeñar.
34. Casi nadie ahorra esfuerzo en el cumplimiento de sus obligaciones.
35. Cuando uno no sabe como hacer algo, nadie le ayuda.
36. Cuando tenemos un problema nadie se interesa por resolverlo.
37. Existe poca libertad de acción para la realización del trabajo.
38. Existen grupos cuyas normas y valores no favorecen el trabajo de la institución.
39. Los programas de desarrollo de esta organización preparan a los funcionarios para avanzar dentro de una carrera ocupacional determinada.
40. Aquí únicamente están pendientes de los errores.
41. Aquí se despide a la gente con facilidad.
42. En general, el trabajo se hace superficial y mediocrementemente.
43. Casi todos hacen su trabajo como mejor les parece.
44. Tratamos con respeto y diligencia a los usuarios de nuestros servicios.
45. La eficiencia en el trabajo no implica reconocimiento de ninguna clase.
46. Aquí cada departamento trabaja por su lado.
47. Aquí el poder está concentrado en unos pocos departamentos.
48. Periódicamente tenemos problemas debido a la circulación de información inexacta (chismes, rumores).
49. Aquí uno puede desarrollar su ingenio y creatividad. .
50. Nuestro jefe es comprensivo, pero exige muy poco.
51. A menudo se inician trabajos que no se sabe por que se hacen.
52. El superior no se preocupa porque se aporten ideas que mejoren la calidad del trabajo.
53. Los programas de capacitación son patrimonio de unos pocos.
54. En esta organización, ser promovido significa poder enfrentar desafíos mayores.
55. Los problemas se analizan siguiendo métodos sistemáticos para encontrar soluciones creativas.
56. La dedicación en este departamento merece reconocimiento.
57. Toda decisión que se toma es necesario consultarla con los superiores antes de ponerla en práctica.

58. Normalmente las personas se responsabilizan de controlar su propio trabajo.
- 59.** La mayoría significativa de los funcionarios de esta institución nos sentimos satisfechos con el ambiente físico de nuestro departamento.
60. Defendemos con vehemencia el trabajo y la imagen de nuestro departamento.
61. El espíritu de equipo en esta organización es excelente.
62. Los recursos limitados de nuestro departamento, los compartimos fácilmente con otros grupos de la institución.
63. Los que poseen la información no la dan a conocer fácilmente.
64. En esta organización existen grupos que se oponen a todos los cambios.
65. Cada uno cuenta con los elementos de trabajo necesarios.
66. Por lo general, las personas que trabajan bien son premiadas con una mejor posición en la organización.
67. Por lo general, tenemos muchas cosas por hacer y no sabemos por cuál empezar.
68. Cuando analizamos un problema las posiciones que adoptan mis compañeros no siempre son sinceras.
69. Normalmente se da un reconocimiento especial por el buen desempeño en el trabajo.
70. A mi jefe no le preocupa la calidad del trabajo.
71. A la gente le gusta hacerse cargo de los trabajos importantes.
72. En general, todos tratan con cuidado los bienes de la organización.
73. Aquí los resultados son el fruto del trabajo de unos pocos.
74. Los empleados se sienten orgullosos de pertenecer a esta institución. .
75. Cada uno es considerado como conocedor de su trabajo y se le trata como tal.
76. El desempeño de las funciones es correctamente evaluado.
77. Los diferentes niveles jerárquicos de la organización no colaboran entre ellos.
78. Aquí los departamentos viven en conflicto permanente.
79. Aquí la información está concentrada en unos pocos grupos.
80. Los niveles superiores no propician cambios positivos para la institución

Anexo 5

Los programas prioritarios de salud del ministerio de salud, 2008

Prioridades de Salud		
1. Mortalidad materna y neonatal 2. Enfermedades respiratorias agudas (ERA) 3. Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua - ETAA- 4. Desnutrición 5. Enfermedades Transmitidas por Vectores 6. Enfermedades Inmunoprevenibles	7. Rabia 8. Enfermedades de Transmisión Sexual - ETS/VIH/SIDA-, 9. Tuberculosis 10. Accidentes y Violencia 11. Enfermedades Crónicas y Degenerativas (Cáncer, Diabetes e Hipertensión) 12. Situación de Desastres	13. Adicciones (Alcoholismo, Tabaquismo y (Drogadicción) 14. Meningitis 15. Intoxicaciones Agudas por Plaguicidas 16. Enfermedad Bucodental 17. Salud Mental 18. Atención a la Demanda

Fuente: Miranda 2008.

Anexo 6

Guía revisión documental sobre discurso escrito de políticas de salud.

Clasificación del documento

COLMEX/CES/DOCTO/TC/POL/GUIAREVDOC/09

Boleta Documentos

INSTRUMENTO: Guía para la REVISIÓN DOCUMENTAL para la recolección de datos sobre el contenido del discurso de las políticas de salud. A través de este instrumento se recogen datos empíricos sobre el discurso escrito contenido en los documentos que recogen las políticas de salud de los distintos gobiernos del período estudiado.

Primera parte: INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LOS DOCUMENTOS

Período de gobierno:

Nombre del documento de la política de salud:

Fecha de revisión:

Sección I.

Contexto de las políticas de salud. En esta sección es importante que el investigador comprenda cabalmente aquellos factores estructurales vinculados a la globalización y su influencia sobre las estructuras y dinámicas al nivel nacional.

1. El contexto sociopolítico de la guerra fría, la estrategia económica de sustitución de importaciones y el Consenso de Washington,
2. El Ajuste Estructural y las reformas cualitativas del Estado,
3. La agenda de reforma sanitaria guatemalteca y sus procesos de modernización financiera y administrativa,
4. El fallido objetivo de “Salud para Todos” y la posterior mercantilización individualizada de la atención.

Sección II. Descripción.

Las orientaciones de las políticas de salud. Esta sección busca identificar en los documentos oficiales del período de estudio, la declaratoria sobre las políticas de salud. La intención es identificar en ellos:

1. ¿Quiénes definen las políticas de salud en Guatemala?
2. ¿Cómo se expresaron las intenciones de las políticas de salud?
3. ¿Quiénes son los destinatarios de las políticas? Evolución e implicaciones,
4. ¿En qué momento histórico se definió la trayectoria, los objetivos, las estrategias sanitarias y el carácter del contenido de los programas de salud?

Sección III. Descripción.

Las evidencias empíricas sobre la relación entre la declaratoria de intenciones de las políticas de salud y los cambios en la gestión, financiamiento y atención de salud:

1. ¿Cómo es el modelo de gestión o rectoría?
2. ¿Cuáles son las reorientaciones del modelo de financiamiento?
3. ¿Cuál fue la transformación del modelo de atención de salud?

Anexo 7

Guía de entrevista semi-estructurada

COLMEX/CES/DOCTO/TC/MICRO/GUIAIND1/DASGNO/CS/08

Boleta 1, nivel micro: INDIVIDUO

INSTRUMENTO: Guía para la recolección de datos sobre el individuo. Dirigido a trabajador ejecutor directo.

A través de este instrumento se exploran aspectos que caracterizan tanto las interacciones sociales de los trabajadores, como las decisiones sobre la forma en que el trabajador entrega el servicio.

Primera parte: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del servicio de salud: _____

Nombre municipio: _____

Fecha de visita: _____

Apellido del investigador de terreno: _____

Segunda parte: ASPECTOS VINCULADOS A LA INTERACCIÓN.

1. Preguntas orientadas a conocer ¿Cómo son las prácticas desarrolladas por el trabajador hacia la demanda?

Aspectos a abordar durante la entrevista:

- ¿Cómo se expresa la aceptación o rechazo del usuario respecto al desempeño de los trabajadores?
- ¿Cómo se expresa la aceptación o rechazo del usuario respecto al desempeño del servicio de salud?
- ¿En qué aspectos los trabajadores manifiestan tener más capacidad y/o facilidad para aplicar juicios y conductas discrecionales?
- ¿Cuál es el tipo de desempeño del trabajador? ¿Se da una estandarización de las actividades

por parte del trabajador?

- ¿Cuáles son las expectativas que el trabajador tiene sobre el desempeño de su trabajo?
- ¿Cuáles son las expectativas que los compañeros de trabajo tienen sobre el desempeño del trabajador?
- ¿Cuáles son las expectativas que los usuarios tienen sobre el desempeño del trabajador?
- ¿Existe subjetividad interpretativa por parte del trabajador? ¿En cuáles actividades se pone de manifiesto tal subjetividad interpretativa? ¿Cuáles son los factores que condicionan tal forma de interpretar del trabajador?
- ¿Son claras o no las normas de trabajo? ¿Existen criterios selectivos fuera de las normas para el trabajo?

2. preguntas para responder a la pregunta ¿Cómo son las relaciones entre el trabajador y su entorno social?

Formas de comunicación:

- ¿Cuáles son las formas de comunicación dentro de los servicios?
- ¿Cuáles formas adoptan las comunicaciones entre trabajadores-autoridad y trabajadores-población?
- ¿Cuáles son las formas de comunicación fuera de los servicios entre trabajadores y otros actores sociales?
- ¿Cuáles son los usos reales de información para realizar el trabajo?

Tercera parte: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN SOBRE LA FORMA DE ENTREGA DEL SERVICIO.

1. Aspectos a preguntar:

Autonomía:

- ¿Se distingue entre puestos o trabajadores con mayor o menor autonomía?
- ¿Cuáles trabajadores tienen (más o menor) autonomía para realizar su trabajo?
- ¿Cuáles son las discrepancias entre las responsabilidades del puesto y las acciones reales del trabajador?

Discreción en el trabajo:

- ¿Cuál es la carga laboral real del trabajador?
- ¿Hay simplificación de las tareas programáticas?
- ¿Hay o no rutina de las acciones para hacer manejable sus tareas? ¿A qué se debe ello?
- ¿Qué hacen los trabajadores cuando no tienen los recursos necesarios para llevar adelante su trabajo?
- ¿En cuáles intervenciones suele evidenciarse la capacidad de performance de los trabajadores? ¿Cómo y en qué innovan los trabajadores estudiados?
- ¿Se modifican o no las estrategias de acción en el trabajo de terreno? ¿Hay o no optimización en la utilización de recursos disponibles por parte de los trabajadores?
- ¿Los trabajadores modifican el concepto de su trabajo o los objetivos programáticos con el fin de reducir la complejidad del problema que afrontan?
- ¿Hay modificación del concepto de “usuario” del servicio a fin de tomar decisiones hacer más aceptable la brecha entre logros y objetivos?

Formas de resistencia del trabajadores hacia la autoridad y las políticas:

- ¿Cuál es la orientación de la respuesta del trabajadores respecto a las políticas? ¿Es de aceptación, neutralidad y/o rechazo?
- ¿Cuál tipo de conducta adopta el trabajadores hacia la política? ¿Abierta o larvada?
- ¿Cuáles son las principales formas de protesta de los trabajadores?
- ¿Cuáles son las formas de resistencia que adopta el personal ante la autoridad?

2. Al nivel administrativo**Percepción sobre el desempeño:**

- ¿Cuál es la percepción del trabajador con respecto a su trabajo?
- ¿Cuáles decisiones toma el trabajador durante el servicio? ¿Están dentro o fuera del marco normativo? ¿Qué consecuencias tienen para los objetivos organizacionales y de la política sanitaria?
- ¿Cuáles decisiones toma dentro del marco normativo y fuera de él? ¿Cómo se explican las excepciones a la norma que hacen los trabajadores?

Condiciones para el trabajo:

- ¿Cuáles son las formas de pago que se dan en los servicios de salud? ¿Hay cobro a los pacientes?
- ¿Cuáles son los sistemas de motivación e incentivos en los servicios? ¿Qué resultados tienen?
- ¿Cuáles son las fuentes de información para el trabajo? ¿Son accesibles, actualizadas y utilizables? ¿Es oportuna?
- ¿Cuál es la carga laboral estimada del trabajador?
- ¿Cuál es el horario estipulado de trabajo? ¿Cuál es el tiempo real del que dispone el trabajador para llevar a cabo el trabajo?
- ¿Cómo se acomoda el tiempo de trabajo con respecto a la carga laboral?
- ¿Cuál es el grado de rotación del personal?
- ¿Cómo se expresan las demandas laborales?

Anexo 8

Guía de observación participante

CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO

COLMEX/CES/DOCTO/TC/MICRO/GUIAIND2/OBSERPARTIC/DASGNO/CS/09

Guía 2, nivel micro: INDIVIDUO

INSTRUMENTO: Guía de observación participante para la recolección de datos sobre la atención médica recibida directamente por el investigador.

A través de este instrumento se observarán y registrarán aquellos aspectos relacionados con las prácticas de salud desarrolladas en cada uno de los espacios y momentos del proceso de atención, entre el investigador en calidad de usuario-paciente y los trabajadores de los centros de salud.

Primera parte: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del servicio de salud:

Nombre municipio:

Fecha de visita:

Mencione brevemente las condiciones en las que se da la entrevista con el trabajadores:

Segunda parte: ASPECTOS VINCULADOS A LA INTERACCIÓN.

1. Observaciones para responder a la pregunta ¿Cómo son las prácticas desarrolladas entre trabajador y usuario-paciente?

Percepciones sobre la atención recibida y su respuesta:

- ¿Cómo se expresa el trato al trabajador?
- ¿Cómo se expresa la aceptación o rechazo del usuario respecto a la atención recibida?
- ¿Cómo son sus acciones procedimentales?
- ¿En qué aspectos el trabajador manifiesta su capacidad/pericia?
- ¿Cuáles son las expectativas generadas en el usuario-paciente?

2. Observaciones para responder a la pregunta ¿Cómo es la comunicación entre trabajador y usuario?

Formas de comunicación:

- ¿Cuáles son las formas de comunicación en cada momento y espacio del proceso de atención?
- ¿Cuáles son las reacciones del trabajador y el usuario?
- ¿Cuál es la duración de cada momento de interacción?

Tercera parte: Observaciones para registrar los factores que influyen sobre la entrega-recepción del servicio.

Condiciones para el trabajo:

- ¿Cuáles son las condiciones de los espacios de atención?
- ¿Cuáles son las condiciones de trabajo de los funcionarios?
- ¿Cuál es la condición de los instrumentos y equipo en los distintos espacios de atención?
- ¿Es oportuna la atención ofrecida-recibida?
- ¿Cuál es la carga laboral estimada del trabajador?
- ¿Cuál es el horario de trabajo?
- ¿Cuánto dura cada interacción?

Anexo 9

Guía de observación no participante

CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO
COLMEX/CES/DOCTO/TC/MICRO/GUIAIND1b/OBSER/DASGNO/CS/09

Guía 1b, nivel micro: INDIVIDUO

INSTRUMENTO: Guía de observación no participante para la recolección de datos sobre el individuo. Dirigido a trabajador ejecutor directo.

A través de este instrumento se observarán y registran aquellos aspectos relacionados con el desempeño, la comunicación, la autonomía, la discrecionalidad, las formas de resistencia y las condiciones de trabajo de los trabajadores de los centros de salud tipo B.

Primera parte: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del servicio de salud:

Nombre municipio:

Fecha de visita:

Puesto de trabajo que ocupa:

Nombre de la ocupación que tiene:

Número de años que tiene en la ocupación actual:
--

Número de años que tiene trabajando en este servicio:

Número de años que tiene de haberse formado en esta ocupación:
--

Mencione brevemente las condiciones en las que se da la entrevista con el trabajadores:

Segunda parte: aspectos vinculados a LA INTERACCIÓN.

Percepciones sobre el desempeño:

- ¿Cómo se expresa la aceptación o rechazo del usuario respecto al trabajo de los médicos?
- ¿Cómo se expresa la aceptación o rechazo del usuario respecto al desempeño del centro de salud (no servicios médicos)?
- ¿En qué aspectos los médicos manifiestan tener más facilidad para aplicar juicios y conductas discrecionales?
- ¿En cuáles actividades se pone de manifiesto tal subjetividad interpretativa del médico?
- ¿Cuáles factores condicionan la forma de interpretar del médico?

Formas de comunicación:

- ¿Cuáles son las formas de comunicación de los trabajadores dentro de los servicios (no hacia el jefe)?
- ¿Cuáles son las formas de comunicaciones adoptadas en las interacciones entre trabajadores-jefe y trabajadores-población?
- ¿Cuál es la información de uso real disponible para el trabajo del médico?

Tercera parte: factores que influyen en LA FORMA DE ENTREGA DEL SERVICIO.

Percepción sobre el desempeño:

- ¿Cómo es la conducta observada del médico en su trabajo?
- ¿Cómo es la dinámica de interacciones en el centro de salud?
- ¿Cuáles son las fuentes de información para el trabajo? ¿Son accesibles, actualizadas y utilizables? ¿Es oportuna?
- ¿Cuál es el horario estipulado de trabajo? ¿Cuál es el tiempo real del que dispone el médico/ISA para llevar a cabo el trabajo?
- ¿Cómo se acomoda el tiempo de trabajo con respecto a la carga laboral?
- ¿Cuál es la carga laboral del médico percibida?
- ¿Qué hacen los médicos cuando no tienen los recursos necesarios para llevar adelante su trabajo?

Anexo 10

Guía de entrevista a profundidad

COLMEX/CES/DOCTO/TC/MICRO/GUIAIND1a/ENTRE/DASGNO/CS/08

Guía 1a, nivel micro: INDIVIDUO
--

INSTRUMENTO: Guía de **a profundidad** para la recolección de datos sobre el individuo. Dirigido a trabajadores que entregan servicios.

A través de este instrumento se indagarán y registran aquellos aspectos relacionados con el desempeño, la comunicación, la autonomía, la discrecionalidad, las formas de resistencia y las percepciones sobre algunas condiciones relacionadas al trabajo de los trabajadores de los centros de salud tipo B.

Primera parte: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del servicio de salud:

Nombre municipio:

Fecha de visita:

Puesto de trabajo que ocupa:

Nombre de la ocupación que tiene:

Número de años que tiene en la ocupación actual:

Número de años que tiene trabajando en este servicio:

Número de años que tiene de haberse formado en esta ocupación:

Mencione brevemente las condiciones en las que se da la entrevista con el trabajadores: (escribir al dorso si fuera necesario)

Segunda parte: aspectos vinculados a LA INTERACCIÓN.

1. ¿Cómo son las prácticas desarrolladas por el trabajador hacia la demanda?

Percepciones sobre el desempeño del trabajadores:

- ¿Cuál es la percepción tienes como médico de tu trabajo?
- ¿Cuáles son tus expectativas como médico sobre tu trabajo?
- ¿Cuáles son las expectativas de tus compañeros sobre tu trabajo? ¿Y las expectativas de los usuarios?
- ¿En cuáles acciones tomas decisiones discrecionales (fuera de la norma)? ¿Cómo explicas las excepciones a la norma que haces?
- ¿Con qué frecuencia los médicos se saltas las normas de atención?
- ¿Cómo es vista esa discrecionalidad?
- ¿Hay práctica privada paralela a la pública? ¿Cuán frecuente es?
- ¿Influye la práctica privada en tu trabajo acá en el centro de salud? ¿Cómo?
- ¿Cuáles factores crees tú que favorecen la innovación (discreción) en los servicios de salud?

2. ¿Cómo son las relaciones entre el trabajador y su entorno social?

Formas de comunicación:

- ¿Cómo se **comunican aquí dentro** de los servicios? ¿Cuáles formas adoptan las comunicaciones entre médico/autoridad y médico/población?
- ¿Cómo se **comunican fuera** de los servicios los médicos con otros actores sociales?
- ¿Te informan constantemente sobre las condiciones de salud de la gente y de la existencia de recursos del centro de salud?

Tercera parte: factores que influyen en la decisión sobre **LA FORMA DE ENTREGA DEL SERVICIO.**

1. Al nivel de la entrega del servicio

Autonomía:

- **¿Quiénes de los trabajadores tienen una mayor o menor autonomía (menos restricciones) para hacer su trabajo?**
- **¿Se sanciona de igual manera a médico/ISA?**
- **¿Cuáles son las discrepancias más notorias que encuentras entre las responsabilidades de tu puesto de trabajo y las acciones que realmente haces?**
- **¿Cómo son las relaciones entre el jefe- y el resto del personal (como tú)? ¿Cómo es el trato?**

Discreción en el trabajo: observación

- **¿Qué haces cuando no tienes los recursos necesarios para hacer tu trabajo?**
- **¿En cuáles intervenciones sueles tomar decisiones fuera de las normas de atención? ¿En cuáles casos se evidencia la capacidad de innovación (performance) del médico? ¿Se modifican o no las estrategias de acción delineadas normativamente?**

Formas de resistencia del trabajadores hacia la autoridad y las políticas:

- **¿Cuál es tu conducta (respuesta del médico) hacia las políticas del ministerio? ¿Es de aceptación, neutralidad y/o rechazo?**
- **¿Cuál tipo de conducta adopta el médico/ISA hacia la política? ¿Abierta o larvada?**
- **¿Cuáles mecanismos usas para manifestar tu protesta ante esas políticas?**
- **¿Cuáles son las formas de resistencia que adopta el médico/ISA ante la autoridad?**

2. Al nivel administrativo

Percepción sobre el desempeño:

- **¿Las normas de trabajo son claras o no?**
- **¿En qué medida ajustas tu trabajo a las normas de atención?**
- ¿Hay interpretación subjetividad de las normas en lo que los médicos deben hacer? ¿En cuáles actividades se pone de manifiesto tal subjetividad interpretativa? ¿A qué obedece tal forma de interpretar del médico?
- **¿Tienen alguna consecuencia para los programas (compromisos de gestión los objetivos organizacionales) y políticas de salud tus decisiones fuera de la norma?**

Opiniones o percepciones sobre algunas condiciones relacionadas al trabajo:

- **¿Hay cobro a los pacientes acá en el centro de salud?**
- **¿Cómo los motivan a Ustedes acá en el centro de salud? ¿Funciona?**
- **¿Cuáles son las fuentes reales de información para su trabajo?** ¿Son accesibles, actualizadas y utilizables? ¿Son oportunas?
- **¿Cómo percibes tu carga labor diaria?** ¿Hay recarga o no?
- **¿Cuál es el horario laboral diario estipulado para desarrollar tu trabajo?** ¿Cuál es el tiempo real del que dispones como médico para llevar a cabo el trabajo?
- **¿Cuántos pacientes ves por jornada laboral?** ¿Cuántas horas reales utiliza para dar atención?
- **¿Hay rotación de personal? ¿Con cuál frecuencia?**
- **¿Cómo expresan ustedes, los médicos, sus demandas laborales ante los jefes?**

Anexo 11

Guía para la revisión de documentos administrativos

CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO COLMEX/CES/DOCTO/TC/MICRO/GUIAIND1c/DASGNO/CS/08

Guía 1c, nivel micro: INDIVIDUO

INSTRUMENTO: Guía para la REVISIÓN DOCUMENTAL para la recolección de datos sobre el expediente médico para identificar discrecionalidades. Dirigido a trabajador ejecutor directo.

A través de este instrumento se recogen datos empíricos tanto sobre las decisiones discrecionales de orden administrativo como sobre la forma de entrega del servicio por parte del trabajador.

Primera parte: INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL TRABAJADOR

Nombre del servicio de salud:

Nombre municipio:

Fecha de visita:

Puesto de trabajo que ocupa:

Nombre de la ocupación que tiene:

Número de años que tiene en la ocupación actual:

Número de años que tiene trabajando en este servicio:

Número de años que tiene de haberse formado en esta ocupación:

Mencione brevemente las condiciones en las que se da la entrevista:

Segunda parte: Guía para la revisión documental de actos de discrecionalidad.

A. El comportamiento de indicadores administrativos de discrecionalidad en los servicios de salud.

1. El caso de las restricciones de los horarios de atención médica.

- Identificar horario real de atención.
- Determinar la relación y proporción de usuarios por médico.
- Determinar las razones de las cuotas de pacientes.
- Determinar los fundamentos de las razones argüidas.
- Identificar opinión de usuarios.

B. El comportamiento de indicadores de discrecionalidad en la entrega de servicios de salud:

2. El caso de la prescripción clínica de medicamentos por los médicos de los centros de salud.

- Determinar proporción de actos discrecionales.
- Determinar las razones de los trabajadores para justificar la discrecionalidad.

3. El caso de las supervisiones.

- Establecer la existencia de programación de supervisiones.
- Establecer los mecanismos de operación de la supervisión.
- Determinar las razones de no obediencia a sugerencias de la supervisión.
- Conocer la opinión de los supervisores.

Anexo 12

Guía para recolección de datos de la organización

CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO

COLMEX/CES/DOCTO/TC/MESO/GUIAORG2/DASGNO/CS/08

Boleta 2, nivel meso: ORGANIZACIÓN

INSTRUMENTO: GUIA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE LA ORGANIZACIÓN.

En general, con este instrumento se deben explorar aquellos las condiciones materiales y no materiales que caracterizan a cada micro-espacio que conforman un centro de salud.

Primera parte: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del servicio de salud: _____

Nombre municipio: _____

Fecha de visita: _____

Apellido del investigador de terreno: _____

Segunda parte: CARACTERÍSTICAS MATERIALES Y NO MATERIALES DE LA ORGANIZACIÓN

1. Competencia:

- ¿cuál es el perfil de desempeño esperado del servicio?

2. Tamaño:

- ¿Cuál es el grado de complejidad de la organización?
- ¿Cuál es el grado de formalización de la organización?
- ¿Cuál es el grado de centralización de la organización?

3. Establezca las condiciones materiales de la organización:

- a. Establezca las condiciones materiales de cada micro-espacio de la organización (muros, piso, techo, iluminación, ventilación).
- b. Establezca la dotación de insumos para el trabajo (termómetros, esfigmomanómetro, lámpara de cuello de ganso, bajalenguas, alcohol, algodón, sábanas, martillo de reflejos, estetoscopios, equipo de otorrinolaringología, etc.)

Anexo 13

Matriz de análisis de las características de las políticas de salud en Guatemala, 1986-2012.

Características	Períodos de gobiernos civiles, 1986-2012						
	Vinicio Cerezo (DCG ²³⁸)	Jorge Serrano (MAS ²³⁹²⁴⁰)	Ramiro de León (RDC ²⁴¹)	Álvaro Arzú (PAN)	Alfonso Portillo (FRG)	Óscar Berger (GANA)	Álvaro Colom (UNE)
	1986-1990	1990-1994	1994-1996	1996-2000	2000-2004	2004-2008	2008-2012
Orientación ²⁴²	Estatista El desarrollo La salud como derecho Pobreza	Estatista Desarrollo humano y pobreza extrema	Estatista Combate a la pobreza	Empresarial Desarrollo humano	Estatista Cumplimiento acuerdos de paz Lucha contra la pobreza	Estatista/ Empresarial Combate a la pobreza	Estatista Desarrollo humano y social, pobreza, primacía del individuo Derecho a la salud, equidad solidaridad

²³⁸ En el gobierno de la DC no hicieron políticas por institución, sino planes sectoriales.

²³⁹ El gobierno de Serrano Elías dio un auto-golpe de Estado (al estilo Fujimori, en Perú) en el año 1993, lo cual le costó su destitución como presidente de la república y su exilio en Panamá. Su gobierno duró poco más de dos años.

²⁴⁰ Datos de: Presidencia de la República (1993), "La Agenda de Gobierno para el período 1994-1996", Guatemala.

²⁴¹ Ramiro de León Carpio, ex procurador de los derechos humanos en Guatemala, asumió como presidente de la república por menos de dos años, para finalizar el período de Serrano Elías.

²⁴² Por orientación de las políticas se entiende al tipo de enfoque social de las políticas de salud que aparece en la declaratoria oficial de políticas y programas de salud de manera explícita o implícita: combate a la pobreza, equidad, desarrollo humano, desarrollo de capacidades humanas.

Características	1986-1990	1990-1994	1994-1996	1996-2000	2000-2004	2004-2008	2008-2012
Objeto	Grupos de población más vulnerables y rurales	Población más pobre	Toda población, énfasis en más pobre, rural, - 2mil habitantes, periurbana marginal	Grupos de población más postergados	Población y grupos mayor postergación y riesgo biológico y social	Población pobre y por ciclo de vida	Población más pobre
Objetivo(s)	Procurar el más alto nivel de bienestar físico, mental y social posible para todos los guatemaltecos que les permita disfrutar de un nivel de vida satisfactorio y participar en el desarrollo nacional	Mejorar las condiciones de salud de la población con énfasis en niñez y mujer, ampliación de cobertura de salud a poblaciones no cubiertas, mejorara estado nutricional y alimentación de la población, especialmente mujer y niño, áreas menos atendidas y de difícil alcance, y la familia como célula básica y población víctima del conflicto	Modificar factores negativos para el sector Atención a grupos menos favorecidos Movilización y participación social Mejorar la capacidad de conducción del MSPAS Extender la cobertura de servicios básicos a las personas y medio ambiente Mejorar capacidad resolutive y la calidad de los servicios	Una población más sana para el año 2000 Se comparta una misma visión integral Acciones complementarias y coherentes Gestión eficiente y transparente	Mejorar condiciones de salud, énfasis materno infantil, indígenas y migrantes Ampliación cobertura con servicios básicos en áreas rural y postergadas Aumentar gasto público en relación al PIB de 1995 Reducción mortalidad materna e infantil en 50% respecto a 1995 Elevar inmunizaciones y mantener certificación erradicación de	Fortalecer rectoría, Mejor cobertura y de calidad, Fortalecer la descentralización y desconcentración Adquisición y provisión oportuna de recursos Modernización financiera y administrativa Fortalecimiento de recursos humanos Sanearamiento del medio Protección a la población de riesgos ligados al consumo y	Asegurar las condiciones para el derecho a la salud Prestación de servicios básicos,

		armado ²⁴³	Incrementar el financiamiento sectorial Fortalecer la gestión y la gerencia Desarrollar la intersectorialidad y participación social Desarrollo del recurso humano Descentralización y desconcentración institucional y sectorial Fortalecimiento de la atención intercultural		polio y eliminación de sarampión Descentralización y modernización administrativa en 50 municipios	exposición	
--	--	-----------------------	---	--	---	------------	--

²⁴³ PDR (Presidencia de la República) (1993), Informe presidencial al congreso de la república. Segundo año de gobierno, Guatemala, Tipografía Nacional.

Características	1986-1990	1990-1994	1994-1996	1996-2000	2000-2004	2004-2008	2008-2012
Políticas	Aumento de cobertura, ampliación de programas y servicios, y distribución de medicamentos Desarrollo institucional y administración del sector Protección, conservación y mejoramiento salud ambiental Alimentación y nutrición Construcción y equipamiento infraestructura Ampliación de cobertura de la seguridad social	Reducción de pobreza extrema Mejorar calidad y cobertura de atención ²⁴⁴	Mejorar la capacidad de conducción del ministerio Extender coberturas de servicios básicos de atención de la salud a personas y medio ambiente Mejorar la capacidad resolutive y calidad de los servicios de salud Incrementar el financiamiento del sector, promoviendo el uso eficiente de la inversión social como compensador de la pobreza Fortalecer el proceso de	Reordenamiento, integración y modernización del sector salud Aumento de cobertura y mejora de la calidad de la atención Mejora de la gestión hospitalaria Promoción de salud y ambientes saludables y cambio en leyes y reglamentos Aumento cobertura y calidad del agua y saneamiento rural Participación y fiscalización social Coordinación de la cooperación internacional hacia la reforma	Salud integral de grupos familiares Salud de pueblos mayas, garífuna y xinca con énfasis en la mujer Salud del migrante Salud integral a otros grupos Ampliación de cobertura servicios básicos Saneamiento básico ambiental Acceso a medicamentos esenciales y medicina tradicional Desarrollo estratégico del recurso humano Descentralización y desconcentración institucional Coordinación inter e intra-	Fortalecer rectoría Atención de salud con calidad, calidez, equidad, intercultural, género Desconcentrar y descentralizar en lo administrativo Intendencia oportuna Modernización administrativa y financiera Desarrollo de recursos humanos Promoción de saneamiento del medio Protección de riesgos	Fortalecer la rectoría Ampliar la cobertura Acceso a medicamentos y medicina tradicional Promover la investigación y desarrollo tecnológico Desarrollo del recurso humano Atención agua y saneamiento e higiene ambiental Atención a la demanda Mejora del financiamiento y calidad del gasto Alineamiento de la cooperación a intereses nacionales y prioridades

²⁴⁴ PDR (Presidencia de la República) (1992), Informe presidencial al congreso de la república. Primer año de gobierno, Guatemala, Tipografía Nacional.

			<p>gerencia y gestión del sector a nivel nacional, regional y local</p> <p>Desarrollar el proceso de coordinación nacional y participación social</p> <p>Desarrollar la capacidad y formación de recursos humanos</p> <p>Fortalecer el enfoque étnico intercultural en atención a la salud y el medio ambiente</p>		<p>sectorial</p> <p>Optimización de cooperación externa</p> <p>Desarrollo del financiamiento sectorial</p>		sectoriales
--	--	--	--	--	--	--	-------------

Características	1986-1990	1990-1994	1994-1996	1996-2000	2000-2004	2004-2008	2008-2012
Estrategias	Fortalecimiento de atención médica integral, incrementando Atención Primaria de Salud y sistema de referencias Mejora condiciones sanitarias ambientales Mejora estado nutricional con énfasis grupos más susceptibles y pobres Control y erradicación enfermedades transmisibles y prevenibles Atención integral del niño y madre durante embarazo, parto y puerperio Fomento de investigaciones para mejorar salud y racionalizar la	Reformas organizativas y administrativas institucionales Coordinación inter institucional Fortalece participación comunitaria Sistemas Locales de Salud (SILOS) Mayor participación privada en hospitales Puesta en marcha de nuevo modelo de atención	Descentralización y desconcentración Modelo de salud basado en el auto-cuidado familiar Desarrollo del recurso humano para áreas prioritarias Movilización de todo tipo de recursos para financiar el sector Bases para un nuevo Sistema Nacional de Salud Sistemas Locales de Salud (SILOS)	Capacidad rectora Coordinación intersectorial Descentralización administrativa y financiera Adecuación puesto y perfil Plan contingencia Extensión cobertura IGSS Mezcla público-privada Elevar el gasto nacional en salud mayor al 5% PIB e incrementos en el gasto público Movilización de recursos financieros Paquetes hospitalarios básicos de atención Fortalecimiento de la gestión hospitalaria Calidad de la atención Regulación	Del plan de salud: Descentralizar con participación social y comunitaria Aplicar preceptos de APS en todos los niveles Aplicación de ética, equidad, eficiencia, calidad total y sostenibilidad social, técnica y financiera	Aplicación marco legal Retoma modernización Coordinación intra y extra sectorial Coordina cooperación técnica y financiera Fortalece rectoría Fortalece el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) Descentraliza y desconcentra Regula la intendencia Fortalece gerencias administrativa y financiera en áreas y hospitales Mejora calidad del gasto Gestión por resultados en	Fortalecimiento institucional Fortalecimiento de rectoría Mejora del sistema de información Extensión de cobertura de la red de servicios Reducir la mortalidad materna y neonatal Reducir desnutrición crónica Incremento del PIB para salud

	<p>utilización de recursos humanos sectoriales</p> <p>Ampliar programa enfermedad y maternidad del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social(IGSS)</p> <p>Reponer infraestructura existente</p> <p>Sistemas Locales de Salud (SILOS)</p>			<p>ambiental y promoción de estilos de vida sanos</p> <p>Seguridad alimentaria y nutricional</p> <p>Seguridad laboral</p> <p>Reorganización del sector agua y saneamiento</p> <p>Inversión en agua y saneamiento</p> <p>Saneamiento básico rural</p> <p>Inversión en infraestructura</p> <p>Participación social</p> <p>Definición de criterios de cooperación</p>		<p>áreas y hospitales</p> <p>Mejora la planeación estratégica</p> <p>Desarrollo recursos humanos</p> <p>Apoya saneamiento ambiental</p> <p>Refuerza la regulación</p> <p>Aumenta cobertura</p> <p>Controla transferencias a entes especializados externos</p> <p>Recupera el Programa de Acceso a Medicamentos (PROAM)</p>	
--	---	--	--	--	--	--	--

Características	1986-1990	1990-1994	1994-1996	1996-2000	2000-2004	2004-2008	2008-2012
Programas	Materno-infantil Salud bucal Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) Terapia de Rehidratación Oral (TRO) Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) Crecimiento y desarrollo del niño/nutrición Medicamentos genéricos Yodización de la sal Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) Enriquecimiento del azúcar con vitamina A Crecimiento y desarrollo del niño/nutrición Atención hospitalaria de	Prioridad a la mujer y el niño especialmente rurales La desnutrición Vacunación Saneamiento ambiental Fortalecimiento institucional Cólera VIH-SIDA	Atención daño nutricional agudo Alimentación complementa a grupos vulnerables Lactancia materna Fortalece sistema de alimentación y nutrición Agua potable Saneamiento ambiental Descentralización	Materno-infantil, saneamiento, inmunizaciones, nutrición	Enfermedades inmuno prevenibles Atención materna y perinatal Atención a niños y adolescentes Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) Enfermedades Transmitidas por Agua y Alimentos (ETAA) Vectores Rabia y zoonosis Tuberculosis (TB) Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH-SIDA Accidentes y violencia Morbilidad general Seguridad alimentaria nutricional Enfermedad bucodental Enfermedades	Mortalidad materna y neonatal Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) Enfermedades Transmitidas por Agua y Alimentos (ETAA) Desnutrición Enfermedades Transmitidas por Vectores Enfermedades Inmunoprevenibles Rabia ITS/VIH-SIDA Tuberculosis (TB) Accidentes y violencia Enfermedades degenerativas Desastres Adicciones Meningitis Intoxicación por plaguicidas	Mortalidad Materna y Neonatal Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua Desnutrición Enfermedades Transmitidas por Vectores Enfermedades Inmunoprevenibles Rabia ITS/VIH-SIDA Tuberculosis (TB) Accidentes y Violencia Enfermedades Crónicas y Degenerativas Situación de Desastres Adicciones Meningitis Intoxicaciones

	Desnutrición Proteínico- Energética III (DPE-III) Saneamiento ambiental Rabia Malaria Dengue Tuberculosis Erradicación de la poliomielitis				degenerativas Salud mental Atención a grupos específicos: adulto mayor, personas en situación especial, alcoholismo, tabaquismo y drogadicción Educación para la salud Salud laboral	Enfermedad bucodental Salud mental Atención a la demanda	Agudas por Plaguicidas Enfermedad Bucodental Salud Mental Atención a la Demanda
--	---	--	--	--	--	--	---

Características	1986-1990	1990-1994	1994-1996	1996-2000	2000-2004	2004-2008	2008-2012
Poblaciones meta	Madre Niño Población general	Niñez Juventud Mujer Medio ambiente	La madre El niño Población en general Medio ambiente Áreas de mayor riesgo	Población migrante, madres, niños indígenas	Madre-niño, especialmente población no cubierta rural	Población por ciclo de vida	Más pobres, mujeres, niños y migrantes
Instituciones	Reconstrucción infraestructura	Reconstrucción, equipamiento y construcción	Mayor cobertura Mejor capacidad resolutiva y calidad de los servicios Fortalecer la gerencia Mejorar el recurso humano	Primer nivel y hospitales	Ampliación de cobertura en tres niveles Énfasis primer nivel	Estancamiento de cobertura	Ampliación cobertura de la red de servicios

Características	1986-1990	1990-1994	1994-1996	1996-2000	2000-2004	2004-2008	2008-2012
Recursos financieros		Baja inversión y fondos sociales	Incremento del financiamiento sectorial	Elevar el gasto nacional en salud mayor al 5% PIB e incrementos en el gasto público Movilización de recursos financieros de fondos de compensación social hacia compromisos de acuerdos de paz	Reducción y retroceso financiero Desarrollo multi-participativo del financiamiento sectorial Aumento inversión en salud según acuerdos de paz Estrategias financieras específicas para asegurar la gratuidad de la atención	Estancamiento del presupuesto	Plan de inversiones Abogacía para inversión en salud Mejor asignación presupuestaria en el presupuesto de la nación Implicar a consejos de desarrollo para invertir en salud
Actores	Dependencias, entidades involucradas y sectores sociales	Ministerio de Salud (MSPAS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo Monetario Internacional (FMI)	Ministerio de Salud (MSPAS), Organización Panamericana de la Salud (OPS)	Ministerio de Salud (MSPAS), Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNICEF), Banco Mundial (BM), Cooperación Alemana (GTZ), Organización Panamericana de	Ministerio de Salud (MSPAS), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Familias	Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud (MSPAS), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo	Ministerio de Salud (MSPAS) Organización Panamericana de la Salud (OPS), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

				la Salud (OPS), Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNICEF) Sector privado, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y comunidad organizada		Internacional (USAID)	(USAID)
Misión	Cobertura nacional con mínimo de calidad, reducir la morbilidad y mortalidad especialmente de grupos más vulnerables.	Focalización en población en extrema pobreza	Mejorar las condiciones de salud de toda la población, especialmente a la más pobre y rural, participación comunitaria (presentación)	Rector, conduce, regula y vigila la salud, movilización social de recursos hacia grupos de población más postergados con criterios solidario, subsidiario y equidad	Regir proceso atención para mejor nivel salud y bienestar de población, énfasis en grupos más postergados y mayor riesgo biológico y social	Conducción, regulación, promoción y garantiza la salud	Rectoría para garantizar derecho a la salud

Fuente: Miranda 2009.

Anexo 14

La reglamentación de salud.

En el capítulo anterior señalamos las características de las políticas de salud a lo largo del período 1996-2009 y su correspondencia ideológica y gerencial con los lineamientos de la reforma estatal impulsados, principalmente, por el BID en el país, los cuales se relacionan con los lineamientos del Consenso de Washington.

Para legitimar la adopción de tales lineamientos de orden político, los gobiernos generaron la mayor transformación jurídica dentro de las leyes del Estado con amplias implicaciones en lo administrativo, organizacionales, e institucionales en la administración pública. A partir de entonces, los restantes gobiernos han hecho pocos cambios en materia regulatoria. Más bien, se han centrado, principalmente, en realizar algunos cambios de orden normativo-operativos para mejorar la eficiencia administrativa en la ejecución de las políticas de salud. Con ello, se dio paso a legalizar una nueva forma de estructurar tanto los espacios de salud donde se hace la entrega de los servicios, como las prácticas de salud entre usuarios y funcionarios a partir de las transformaciones institucionales, de las condiciones de organización y de infraestructura, y las funciones asignadas al personal institucional.

Este capítulo describe los principales cambios jurídicos regulatorios suscitados en la legislación estatal orientada hacia el fortalecimiento de la rectoría del sector salud, la reorganización administrativa estructural y funcional del ministerio de salud, el financiamiento para la extensión de cobertura de atención sanitaria institucional, y los cambios normativo-operativos al nivel ejecutor de las políticas de salud dirigidos a hacer más “eficiente” la entrega de los servicios de salud.

La primera sección transita sobre los cambios en la rectoría y la reorganización estructural-funcional del ministerio de salud en función de una nueva articulación con el mercado y la sociedad. Seguidamente, abordo los cambios regulatorios relacionados con la forma de financiar los servicios privados contratados para extender la cobertura rural. La segunda sección aborda los cambios normativo-operativos más importantes que se han realizado a lo largo del período de los gobiernos de la era neoliberal en Guatemala en materia de reorganización

administrativa y financiera para extender la cobertura de atención y normativo-operativa para la ejecutoria. Finalmente, cierro el capítulo con unas conclusiones analíticas sobre la regulación y normatividad en dicho período vinculándolas a la manera cómo contribuyen a estructurar los espacios y prácticas de salud.

1. Los cambios en la regulación sanitaria durante los gobiernos de la era neoliberal, 1996-2009 en Guatemala

Los principales cambios suscitados en la administración pública durante el período 1996-2009 han ocurrido en tres direcciones: *a.* Rectoría, *b.* Financiamiento y *c.* Prestación de servicios. Antes de abordar el tema de la rectoría²⁴⁵ me detendré brevemente a señalar algunas consideraciones con respecto al sector y sistema de salud, a partir de las implicaciones que en términos de rectoría supone la existencia de uno y la falta de reconocimiento o negación del otro.

A partir de 1996 el código de salud guatemalteco señala formalmente la existencia de un sector, no así la de un sistema de salud. Aquel es definido como “el conjunto de organismos e instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipales, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, cuya competencia u objeto es la administración de acciones de salud, incluyendo los que se dediquen a la investigación, la educación, la formación y la capacitación del recurso humano en materia de salud y la educación en salud a nivel de la comunidad”. (CRG, 2001: 5)

De esta definición podemos señalar que, explícitamente, se reconoce la presencia y operación de un conjunto de entidades autónomas que gozan de discrecionalidad para formular sus propias políticas y programas de salud, seleccionar sus áreas de influencia y poblaciones meta. Contrariamente, eso no implica que dicho conjunto opere como un sistema, lo cual tiene su lógica. Ésta tiene que ver con la intención de limitar la función del Estado como el único eje articulador de las acciones sociales, y sanitarias en este caso.

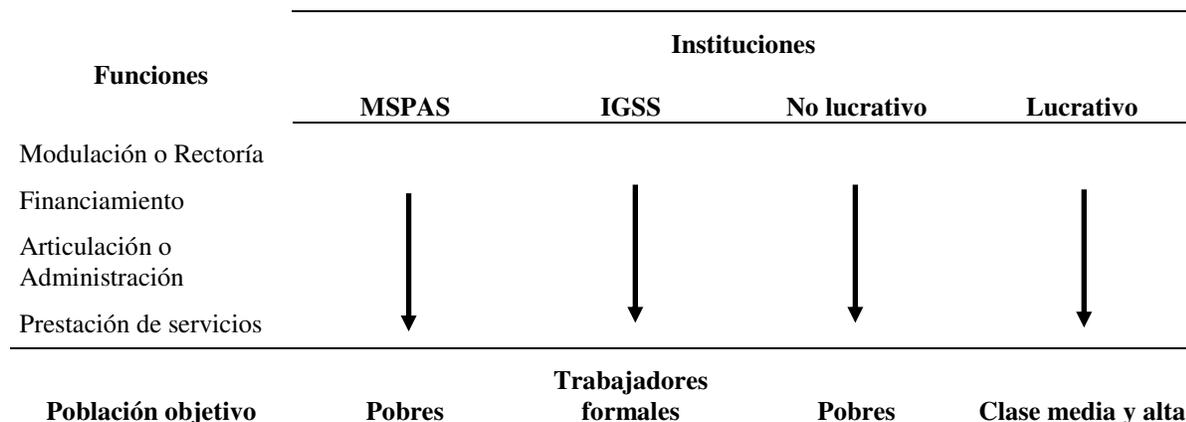
²⁴⁵ La rectoría tal y como se la entiende acá tiene que ver con seis funciones: 1. Generation of intelligence, 2. Formulating strategic policy direction, 3. Ensuring tools for implementation: powers, incentives and sanctions, 4. Building coalitions / Building partnerships, 5. Ensuring a fit between policy objectives and organizational structure and culture, and 6. Ensuring accountability, véase Travis, Egger, Davis & Mechbal, 2002: 4. Otra vertiente de rectoría la propuso la OPS, que la entiende vinculada a los cambios generados a partir de las reformas sectoriales. Su propuesta disgrega la rectoría en seis tareas: conducción, regulación, modulación del financiamiento de la atención sanitaria, vigilancia del aseguramiento, armonización de la provisión de servicios de salud y ejecución de las funciones esenciales de la salud pública, véase Flores, 2008: 2.

Sin embargo, esto no es algo imputable a los procesos de reforma estatal, pues, desde inicios de los años ochenta ya se señalaba la falta de operatividad sistémica de las instituciones y acciones sectoriales: “Guatemala no cuenta con un Sistema de Salud, sino con un Sector de Salud que ha crecido por oposición, sin una planificación global que le de organización y dirección”. (MSPAS, 1993: 8)

El sector salud, hasta 1996, era caracterizado por ser un sistema mixto de provisión y aseguramiento de la salud, existiendo duplicidad de funciones en la gerencia, la conducción organizacional y la falta de coordinación institucional, lo cual se traducía en ineficiencia en el manejo de los recursos, dificultades en la unificación de los subsistemas de información, traslapes en la utilización de los servicios por la población, problemas de calidad, inequidad en el acceso a los mismos e ineficacia en términos de productividad sanitaria.

El sector solía operar bajo un sistema regulatorio débil. Tanto las instituciones públicas como los proveedores privados financiaban sus propios servicios, y contaban con una red de servicios que se auto-regulaban con bastante autonomía dada la falta de una adecuada acreditación y supervisión por parte del ministerio de salud. Además, era fragmentado e inequitativo, caracterizándose por diversos grados de exclusión social de acuerdo a factores como ruralidad, etnicidad, género, condición socioeconómica, disponibilidad de servicios e infraestructura adecuada, restricciones jurídicas, lo cual contribuyó a que una tercera parte de la población no tuviera acceso a ningún tipo de servicio de salud institucional. (Verdugo, 2002: 5; MSPAS/OPS, 2002: 24-25; FES, 2000: 19-27; BM/PNUD/OPS, 1998; MSPAS, 1993: 8) Véase la Gráfica 14.1.

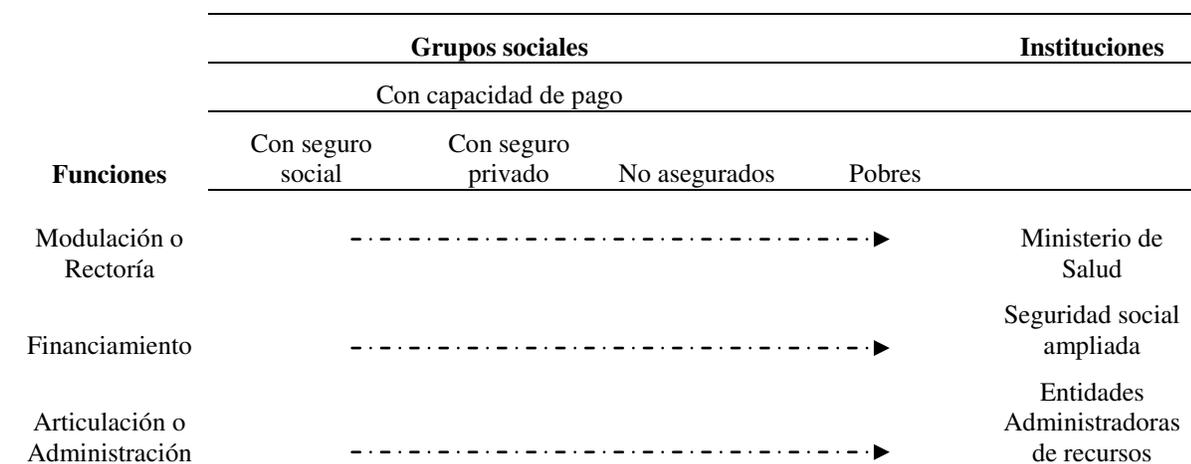
Gráfica 14.1. Esquema de la duplicidad de funciones de las instituciones del sector salud



Fuente: tomado de Verdugo, 2001: 5; Frenk y Londoño, 1997: 14.

En todo caso, lo que la reforma del *sistema de servicios de salud personales*²⁴⁶ propuso fue eliminar esta fragmentación basada en la segmentación poblacional (Frenk y Londoño, 1997: 13-14; RdG/MSPAS, 1993: 9) para impulsar un sistema amparado en la separación de funciones del sistema (modulación o rectoría, financiamiento, articulación o administración y prestación de servicios), la cual no llegó a completarse en el país, (Verdugo, 2003: 28; Frenk y Londoño, 1997: 15-21), véase Gráfica 14.2.

Gráfica 14.2. Esquema de la nueva estructura sectorial de salud y su separación de funciones en Guatemala.



²⁴⁶ Por servicios de salud personales Frenk y Londoño (1997: 9) señalan al “conjunto de opciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se aplican directamente a los individuos”. Esto tiene su lógica a partir de la concepción neoliberal de la primacía del individuo por sobre el colectivo. La otra parte que complementa el sistema de salud tiene que ver con las acciones de salud pública (medio ambiente, acciones colectivas sanitarias).

Prestación de
Servicios



Pluralismo de
instituciones
públicas-privadas

Fuente: modificado de Verdugo, 2001: 5; Frenk y Londoño, 1997: 15-21.

Ahora bien ¿Cómo se han regulado las funciones del sector salud a partir de la llegada de la era gubernamental neoliberal? Para dar cuenta de ello, hemos seguido los cambios regulatorios en la legislación guatemalteca a partir de la Constitución como la declaratoria política máxima hasta el contrato o convenio para la prestación de servicios. Los principales documentos regulatorios que se han analizado para dar cuenta de los elementos redefinidos a partir de los procesos de ajuste estructural y reforma sectorial son los siguientes: La Constitución de la República, la Ley del Organismo Ejecutivo, la Ley de Contrataciones del Estado, la Ley de Arbitraje, el Código de Salud, el Reglamento Orgánico Interno, y el Convenio o Contrato de servicios.

2. La legislación y las políticas de salud

La legislación sanitaria es la regulación normativa explícita que inviste a las políticas de salud de un andamiaje jurídico-legal y que estructura y ordena el espacio público y las interacciones sociales derivados de la operación de las mismas. A través del análisis de la regulación oficial puede entreverse la naturaleza, intereses y disposiciones sobre la salud de la población derivadas del régimen político. Es a partir de este cuerpo de disposiciones legaliformes que se da paso a una posterior institucionalización de ciertas formas de concebir, interpretar e instaurar un determinado sistema de salud y, por consiguiente, de entender y ejecutar una serie de actos administrativos por parte de un conjunto social. (Tetelboin, 2003: 91)

3. El concepto de salud en la legislación guatemalteca

La Constitución de la República de Guatemala de 1985²⁴⁷ recoge como fin y deber del Estado guatemalteco la protección de la persona y la familia, mediante su organización, y teniendo como fin supremo la realización del bien común. (CRG, 1993: 1)

²⁴⁷ A raíz de la crisis político-social ocurrida en 1993 con el frustrado auto-golpe de Estado del ex Presidente de la República Jorge Antonio Serrano Elías (1990-1993), durante el nuevo gobierno de Ramiro de León Carpio (1993-1995) se realizaron cambios a la Constitución Política de la República de 1985, la cual había sido formulada favoreciendo los intereses de las fracciones dominantes de la élite económica del país y la institucionalización del proyecto contrainsurgente canalizado a través de los Consejos de Desarrollo Regional y Departamental, la regionalización y las patrullas de autodefensa civil, véase Verdugo, 1995: 17.

En sus artículos 93, 94 y 95 se establece, respectivamente, que “el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna”, que “el Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes, desarrollando a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social”, y que “la salud de los habitantes de la Nación es un bien público, y que todas “las personas e instituciones”²⁴⁸ están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento”. (CRG, 1993: 16)

Lo que se advierte desde ya es la consideración de la salud como un bien público y la obligatoriedad de personas e instituciones, además del Estado, de velar por su conservación y restablecimiento, es decir, participar activamente. A pesar de esta obligación compartida por todos los actores sociales por mantener la salud, no se exime al Estado como garante o rector de la misma. Lo importante es ubicar este texto constitucional en el contexto del año en que se promulga 1985. Aunque es difícil señalar si los cambios suscitados obedecieron a las iniciativas de reforma estatal progresivas en lo económico-financiero desde el período final de los gobiernos militares pero fallidas en lo social dadas las condiciones socio-políticas que imperaron entonces.

A partir de 1996, con el arribo del primer gobierno de la era neoliberal, muchos de los conceptos recogidos de manera amplia en la Constitución serían (re)interpretados hacia una concepción neoliberal de la salud a partir de la ambigüedad que supuso en su interpretación. De ahí que durante este gobierno se sancionaron la mayor parte de leyes relacionadas a la organización y funciones del aparato y administración pública.

4. La Rectoría del sector salud y sus ordenamientos jurídicos

Había señalado que la rectoría –o modulación- del sistema recae en el ministerio de salud y que su principal función es la de imprimir una dirección estratégica al conjunto. Aún cuando no es de interés para esta investigación estudiar y discutir sobre los elementos constitutivos de la rectoría, nos limitaremos a señalarlos: a) La generación de inteligencia en salud (traducción prestada de Flores, 2008: 3), b) formulación de una dirección estratégica de las políticas, c) asegurar herramientas para ejecutar la rectoría: influencias, incentivos y sanciones, d) conformar

²⁴⁸ Curiosamente, en la Constitución de 1965 el artículo 87 recoge que era el Estado únicamente quien “(...) velará por la salud física, mental y moral de los menores de edad; dictará las leyes y creará las instituciones necesarias para su protección y educación”; asimismo, se declaraban “de utilidad pública y gozarán del apoyo del Estado los centros de asistencia social establecidos y costeados por entidades particulares”, véase AC, 1965: 23.

coaliciones y alianzas, e) asegurar la comunión entre objetivos de política y estructura y cultura organizacional, y f) asegurar la rendición de cuentas.²⁴⁹

Igualmente, habíamos señalado que durante los gobiernos del 1996-2000 y FRG 2000-2004 cuando se aprobaron o reformularon la mayor parte de leyes que sancionaron lo referente al sistema de salud y al modelo de atención sanitaria en el país. En los gobiernos subsiguientes, 2004-2008 y 2008-2012, las principales aportaciones se han venido realizando sobre disposiciones de carácter normativo-administrativo.

Antes de presentar la concatenación sanciones con respecto a la rectoría, nos interesa señalar sobre qué se espera que haga el ministerio de salud como “rectoría”.

El **Código de Salud** en su capítulo II “El sector salud”, artículo 8, reconoce formalmente la existencia de un “Sector Salud” -y no un Sistema de Salud-, y lo define como “el conjunto de organismos e instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipales, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, cuya competencia u objeto es la administración de acciones de salud, incluyendo los que se dediquen a la investigación, la educación, la formación y la capacitación del recurso humano en materia de salud y la educación en salud a nivel de la comunidad” (CRG 1997: 5). Según el artículo 9 del Código de Salud “Funciones y responsabilidades del Sector Salud” (CRG, 2001: 3), las instituciones que conforman el sector tienen las funciones y responsabilidades siguientes (Cuadro 14.1.):

Cuadro 14.1. Entidades y sus funciones en el sector salud en Guatemala, 1997.

Entidad	Funciones y responsabilidades
El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que en lo sucesivo y para propósitos de este Código se denominará el "Ministerio de Salud" tiene a su cargo la rectoría del Sector Salud, entendida esta rectoría como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional. El Ministerio de Salud tendrá, asimismo, la función de formular, organizar, dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población. Para cumplir con las funciones anteriores, el Ministerio de Salud tendrá las más amplias facultades para ejercer todos los actos y dictar todas las medidas que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones del servicio, competen al ejercicio de su

²⁴⁹ Excepto el inciso a), el resto es traducción propia, véase Travis, Egger, Davis & Mechbal, 2002: 4.

función.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en lo que respecta a las acciones de salud que desarrolla dentro del régimen de seguridad social del país, según sus leyes y reglamentos propios. En coordinación con el Ministerio de Salud en lo atinente a salud, realizará programas de prevención y recuperación de la salud, incluyendo atención materno-infantil y prevención y atención de accidentes.
Las municipalidades	Las municipalidades, acorde con sus atribuciones en coordinación con las otras instituciones del Sector, participarán en la administración parcial o total de la prestación de programas y de servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones.
Las universidades y otras instituciones formadoras de recursos humanos	Las universidades y otras instituciones formadoras de recursos humanos, promoverán en forma coordinada con los Organismos del Estado e instituciones del Sector, la investigación en materia de salud, la formación y capacitación de recursos humanos en los niveles profesionales y técnicos.
Las entidades privadas	Las entidades privadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias y agencias de cooperación de acuerdo a sus objetivos, participarán en forma coordinada con las otras instituciones del Sector, en la solución de los problemas de salud a través de la ejecución de programas y la prestación de servicios, mejoras del ambiente y desarrollo integral de las comunidades, de acuerdo a las políticas, los reglamentos y normas que para tal fin establezca el Ministerio de Salud.
Los colegios profesionales relacionados con la salud	Los Colegios Profesionales relacionados con la salud en lo que respecta a la regulación del ejercicio profesional.

Fuente: elaboración propia, 2010.

Ahora bien, la disposición de atribuir al ministerio de salud la responsabilidad de rectoría del sector salud ha supuesto la sanción de un determinado número de disposiciones legales a diferentes niveles del aparato y administración pública.

La **Ley del Organismos Ejecutivo** en su Sección cuarta “De los Ministerios”, Artículo 23 “Rectoría sectorial”, señala que “Los Ministros son los rectores de las políticas públicas correspondientes a las funciones sustantivas de cada Ministerio. Ejercen un papel de coordinación y facilitación de la acción del sector o sectores bajo su responsabilidad, para lo cual deben coordinar esfuerzos y propiciar la comunicación y cooperación entre las diferentes instituciones públicas y privadas que corresponda.” (CRG, 1997: 6)

En su Capítulo IV, Sección primera “Atribuciones Generales de los Ministerios de Estado”, Artículo 27 “Atribuciones generales de los Ministros”, señala que, además de las que asigna la

Constitución Política de la República y otras leyes, los Ministros tienen que “inciso c) Ejercer la rectoría de los sectores relacionados con el ramo bajo su responsabilidad y planificar, ejecutar y evaluar las políticas públicas de su sector, en coherencia con la política general del gobierno, salvaguardando los intereses del Estado, con apego a la ley.” (CRG, 1997: 6-7)

Y en su Artículo 39 “Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social” señala de manera amplia la asignación de rectoría, ya que “Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social le corresponde formular las políticas y hacer cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa y a las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país y a la preservación higiénica del medio ambiente; a la orientación y coordinación de la cooperación técnica y financiera en salud y a velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud en casos de emergencias por epidemias y desastres naturales, y, a dirigir en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de los recursos humanos del sector salud, (...). (CRG, 1997: 15)

El **Código de salud** en su Artículo 9 “Funciones y responsabilidades del sector”, inciso a), establece que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en lo que a éste compete, ejercerá “la rectoría del Sector Salud, entendida ésta como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional (...).”(CRG 2001: 3)

El Artículo 10, “Coordinación del sector”, señala que “El Ministerio de Salud, para cumplir con sus funciones de coordinación realizará: inciso a) Coordinación Ministerio de Salud-Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. El Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social coordinarán sus planes, programas de promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud, así como la utilización de sus recursos humanos, físicos y de equipo con el fin de lograr la ampliación de cobertura de los servicios de salud, ser eficientes, eficaces y evitar la duplicidad de servicios, infraestructura y gastos, e inciso 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. (CRG, 2001: 3)

En el Capítulo IV “Organización y funciones del Ministerio de Salud”, Artículo 16 “Bases para la organización del Ministerio”, dice que “La organización del Ministerio de Salud estará basada en la Ley del Organismo Ejecutivo, y estará enmarcada dentro de las estrategias de descentralización, desconcentración y participación social. Un reglamento definirá las funciones específicas de cada uno de los niveles y la estructura organizativa correspondiente; deberá cumplir con los siguientes propósitos: a) Ejercer la rectoría del sector a fin de mantener los principios de solidaridad, equidad y subsidiaridad en las acciones de salud dirigidos a la población, (...). (CRG, 1997: 5)

En el Artículo 17, se define como funciones del Ministerio de Salud: a) Ejercer la rectoría del desarrollo de las acciones de salud a nivel nacional, b) Formular políticas nacionales de salud, c) Coordinar las acciones en salud que ejecutan tanto sus dependencias como otras instituciones sectoriales, f) Dictar todas las medidas que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones del servicio, competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes, h) Coordinar la cooperación técnica y financiera que organismos internacionales y países brinden al país, sobre la base de las políticas y planes nacionales de carácter sectorial, i) Coordinar las acciones y el ámbito de las Organizaciones No Gubernamentales relacionadas con salud, con el fin de promover la complementariedad de las acciones y evitar la duplicidad de esfuerzos. (CRG 1997: 5)

El **Reglamento Interno de Salud** en su Artículo 2º, Funciones y responsabilidades sustantivas del Ministerio de Salud, señala que “El Ministerio de Salud, de acuerdo a la ley, tiene a su cargo la rectoría del sector salud, así como la administración de los recursos financieros que el Estado asigna para brinda la atención integral de la salud a la población aplicando para el efecto los principios de eficacia, eficiencia, equidad, solidaridad y subsidiaridad.” (PRG, 1999: 2)

En su Artículo 11 “Rectoría del Sector Salud”, señala que “De acuerdo a la ley, el Ministro es el rector de las políticas en materia de salud y asistencia social, así como de su implementación y ejerce, en consecuencia, la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud en el ámbito nacional.” (PRG, 1999: 4)

El Artículo 12 “Funciones del Ministro” indica que “El ministro es el funcionario de mayor jerarquía del ministerio de salud, (...) y tiene las siguientes funciones: a) Aprobar, coordinar, dirigir y conducir las políticas sectoriales en el campo de la salud, en íntima correspondencia con las políticas de desarrollo del país; c) Coordinar las acciones del ministerio de salud con otros ministerios y otras instituciones públicas y privadas. (PRG, 1999: 4-5)

5. La legislación del financiamiento de la tercerización

La **Ley del Organismo Ejecutivo**, Capítulo IV, Sección primera “Atribuciones Generales de los Ministerios de Estado”, Artículo 27 “Atribuciones generales de los Ministros” refiere que: inciso d) Desconcentrar y descentralizar las funciones y servicios públicos que corresponden a su ramo, y proponer los mecanismos para que el Gobierno de la República asuma para sí, en plan subsidiario, el financiamiento de dichos servicios, cuando, así corresponda; en su caso, delegar las funciones de gestión administrativa, ejecución y supervisión de conformidad con esta ley. (CRG, 1997: 7)

El Artículo 39 “Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social” dice que “Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social le corresponde (...): inciso a) Formular y dar seguimiento a la política y los planes de salud pública y, administrar, descentralizadamente, los programas de promoción, prevención, rehabilitación y recuperación de la salud, propiciando a su vez la participación pública y privada en dichos procesos y nuevas formas de financiamiento y mecanismos de fiscalización social descentralizados.” (CRG, 1997: 15)

De acuerdo al **Código de Salud**, Capítulo V “Financiamiento del sector”, artículo 21 “Asignación de recursos”, es “el Estado quien asignará los recursos necesarios para el financiamiento público de la prestación de servicios de salud para atender a la población en general, y en forma prioritaria y obligatoria, a la de mayor postergación en su desarrollo social y económico.

El artículo 22 que facultaba “la constitución de fondos privativos destinados a financiar la atención que los servicios públicos brindan, al permitirse que los fondos provenientes de donaciones, legados y de la prestación de servicios de cualquier tipo por parte de las instituciones del servicio público de salud”, o sea, la recuperación de costos por parte de los servicios de salud

quedó sin vigencia por sentencia de la Corte de Constitucionalidad dictada el 21 de octubre de 1998.²⁵⁰

El artículo 23 “Otros financiamientos” estableció que: *a)* las municipalidades y las organizaciones locales, nacionales o internacionales podrán destinar recursos financieros para la prestación de servicios de salud dirigidos a la población bajo su jurisdicción, y *b)* Las Organizaciones No Gubernamentales, en función de sus políticas y programas y dentro de la normativa del presente Código, podrán financiar la prestación de servicios de salud en forma coordinada con el Ministerio de Salud”.

El artículo 24 “Movilización de recursos” recoge que “Para los efectos de la coordinación de prestación de servicios de salud, el Ministerio de Salud podrá celebrar convenios y contratos con las instituciones que integran el Sector y otras instituciones vinculadas a él. Asimismo, las instituciones públicas del Sector pueden, mediante convenios u otros instrumentos legales, celebrar acuerdos de prestación de servicios entre sí y con entidades privadas”. Cabe señalar que el último párrafo de este artículo quedó sin vigencia por virtud de sentencia de la Corte de Constitucionalidad dictada el 21 de octubre de 1998.²⁵¹

El **Reglamento Orgánico Interno** del Ministerio de Salud en el Artículo 3º, Políticas, planes y programas de salud, dice que “El Ministerio de Salud, con el objeto de asegurar la salud de la población, formula, organiza, dirige, conduce, ejecuta y evalúa las políticas, planes, programas y proyectos de salud, asignando los recursos financieros, humanos, tecnológicos, físicos y materiales tanto de origen gubernamental, como de otras fuentes de acuerdo a las prioridades nacionales de salud.” (PRG, 1999: 2)

El Artículo 12 señala que entre las “Funciones del Ministro” está: inciso e) Gestionar la provisión de recursos financieros para optimizar el funcionamiento de los programas y servicios que el Ministerio de Salud presta; f) Propiciar la negociación, búsqueda y obtención de recursos técnicos y financieros con las distintas agendas de cooperación nacional e internacional (...).” (PRG, 1999: 4-5)

²⁵⁰ Publicada en el Diario Oficial N° 53 del 18 de Diciembre de 1998.

²⁵¹ Publicada en el Diario Oficial N° 53 del 18 de Diciembre de 1998.

En su Artículo 19 “Planificación Estratégica”, indica que “Son funciones de la unidad de Planificación Estratégica: e) Formular opciones estratégicas con relación al financiamiento del sector salud, sobre la base de la evolución del gasto en salud de las personas, y la participación de otras instituciones sectoriales en el mismo (...)”. (PRG, 1999: 7)

6. La regulación de la participación de entidades privadas en la prestación de servicios de salud

La atención de salud está vinculada a la permisividad de la participación de la población –o de terceros- en los asuntos públicos otrora destinados a la administración pública. Dicha participación solo era permitida como parte de la asistencia social a entidades privadas. Sin embargo, desde 1985 la participación comunitaria en todo el ciclo de las políticas públicas quedó oficialmente reconocida. Esto no fue casual. Cabe recordar que desde los últimos años de los gobiernos militares (1955-1985) los organismos financieros internacionales ante la crisis económica, política y social ya presionaban al gobierno para introducir cambios sustanciales en las políticas sociales, incluyendo una mayor participación social, la cual, dado el contexto de brutal represión del país hacía imposible cualquier tipo de cambio al respecto.

La participación social en los asuntos públicos había quedado recogida en la **Constitución Política de la República de Guatemala**. En su sección séptima “Salud, seguridad y asistencia social”, artículo 98 “Participación de las comunidades en programas de salud”, reconoce y establece que “Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.” (CRG 1985: 16)

A partir de esta amplia consideración, el gobierno del PAN (1996-2000) dio inicio a una serie de cambios o sanciones de leyes orientadas a especificar la posibilidad de la participación de terceros en la ejecutoria de las políticas de salud.

Así, la **Ley del Organismos Ejecutivo**, Capítulo I “Disposiciones Generales”, Artículo 2 “Competencia del Organismo Ejecutivo”, recoge que “Dentro del marco de las funciones y atribuciones constitucionales y legales de los órganos que lo integran, compete al Organismo Ejecutivo el ejercicio de la función administrativa y la formulación y ejecución de las políticas de gobierno con las cuales deben coordinarse las entidades que forman parte de la administración descentralizada. (CRG, 1997: 2)

En su Artículo 3 “Delegación” señala que “Las funciones de gestión administrativa y de ejecución y supervisión de la obra y servicios públicos podrán delegarse a terceras personas, comités, asociaciones o entidades, cuando el ejecutivo lo juzgare idóneo para lograr una mayor eficiencia y eficacia en el cumplimiento de sus funciones. La modalidad, el ámbito material y el régimen de la delegación se establecerán por acuerdo gubernativo, que deberá publicarse en el Diario Oficial. No son delegables las funciones normativa, reguladora y de financiación subsidiaria.” (CRG, 1997: 2)

En el Capítulo IV, Sección Primera “Atribuciones Generales de los Ministerios de Estado”, Artículo 27 “Atribuciones generales de los Ministros” indica que “Además de las que asigna la Constitución Política de la República y otras leyes, los Ministros tienen, entre otras, las siguientes atribuciones: inciso e) En la ejecución de la política general del Gobierno, coordinar los esfuerzos de los órganos de la administración pública, bajo su responsabilidad, con las gobernaciones departamentales, las municipalidades, sector productivo, entidades privadas y la comunidad, respetando, en todo caso, la autonomía de los gobiernos municipales; inciso q) Celebrar y suscribir en nombre del Estado, los contratos administrativos relativos a los negocios que se relacionen con su ramo. (CRG, 1997: 7-8)

El Artículo 39 “Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social” dice que, entre otras cosas, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social le corresponde (...) las siguientes funciones: inciso a) Formular y dar seguimiento a la política y los planes de salud pública y, administrar, descentralizadamente, los programas de promoción, prevención, rehabilitación y recuperación de la salud, propiciando a su vez la participación pública y privada en dichos procesos y nuevas formas de financiamiento y mecanismos de fiscalización social descentralizados; inciso b) Proponer las normas técnicas para la prestación de servicios de salud y coordinar con el Ministerio de Comunicaciones, Transporte, Obras públicas y Vivienda las propuestas de normas técnicas para la infraestructura del sector. (CRG, 1997: 15)

La **Ley de Contrataciones del Estado**, Título IX, Capítulo único²⁵² “Contratos y concesiones sobre servicios públicos”, artículo 95 “Servicios públicos” señala que “En el supuesto de que el Estado o sus entidades descentralizadas o autónomas tengan a su cargo la prestación de servicios públicos que, por su naturaleza o por disposición constitucional o legal, estén excluidos de la

²⁵² Reformado por el Decreto Número 20-97 del Congreso de la República.

actividad de los particulares, como titulares de los mismos, podrá entonces disponerse la contratación de terceros o la concesión de los aludidos servicios a personas particulares, para que sean prestados de manera eficiente”. (CRG, 1997: 19)

El artículo 96 “Contratación para la prestación de servicios públicos”²⁵³ recoge que la contratación de terceros para la prestación de servicios públicos deberá sujetarse a las disposiciones siguientes:

“1. El o los despachos ministeriales, o bien, la autoridad superior de la entidad autónoma o descentralizada bajo cuya competencia se presten o hayan de prestarse los servicios en cuestión, deberá emitir una resolución que describa detalladamente el ámbito, características, medios y objetivos de los servicios cuya prestación por terceros, por cuenta del Estado o de sus entidades autónomas o descentralizadas, se pretende efectuar.”

“5. Cuando sea conveniente a los intereses del público usuario de los servicios en cuestión, la convocatoria podrá efectuarse también en el extranjero, en cuyo caso, los interesados en presentar propuestas deberán constituir en Guatemala un mandatario con representación, con facultades suficientes para intervenir en todo el procedimiento administrativo de selección.” (Esto se vinculará posteriormente con igual disposición recogidas en el Tratado de Libre Comercio entre Centro América, República Dominicana y los Estados Unidos, y que se conoce como DR-CAFTA en sus siglas en inglés).

“7. Para la presentación de cualquier propuesta se deberá exigir e indicar en la convocatoria, la obligación de constituir una fianza expedida por afianzadora debidamente autorizada, que garantice el costo de la tramitación de los expedientes administrativos correspondientes y el mantenimiento de la oferta que se formule, cuyo monto se fija en el uno y medio por ciento (1.5%) de los ingresos brutos anuales del servicio en cuestión, si la base de cálculo estuviese disponible, o la suma de setenta y cinco mil quetzales (Q.75,000.00), lo que sea mayor. Dicha fianza deberá estar vigente hasta el otorgamiento del contrato respectivo y deberá hacerse efectiva si concluido el procedimiento administrativo y adjudicado el contrato al solicitante seleccionado, éste no celebre el contrato correspondiente.”

²⁵³ Reformado por el Decreto Número 20-97 del Congreso de la República.

“9. Una vez transcurrido el plazo indicado en el numeral anterior, deberá notificarse a la persona que hubiese sido seleccionada para la prestación del servicio, a efecto de que se proceda dentro del plazo de veinte días, a la preparación y otorgamiento del contrato correspondiente, (...).”

“10. Previo al otorgamiento del contrato indicado en el numeral anterior, el interesado deberá prestar una fianza de cumplimiento con dicho contrato, expedida por afianzadora autorizada, por todo el plazo de la vigencia del contrato y de sus prórrogas, si las hubiere. Dicha fianza deberá cubrir los posibles daños y perjuicios por el incumplimiento con el contrato suscrito. La fianza deberá emitirse por el quince por ciento (15%) de los ingresos brutos anuales del servicio cuya contratación se haya adjudicado, o por la suma de setecientos cincuenta mil quetzales (Q750,000.00), la que sea menor (...).” (CRG, 1997: 19-20)

El **Código de Salud** en su Artículo 2 “Definición” establece la importancia de la participación social en la instauración de la salud, en tanto que “La salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social.” (CRG, 1997: 2)

En su original Artículo 5 “Participación de la comunidad”, señaló que “El Estado garantizará el ejercicio del derecho y el cumplimiento del deber de la comunidad de participar en la administración parcial o total de los programas y servicios de salud. Para fines de este Código, en lo sucesivo la administración comprenderá la planificación, organización, dirección, ejecución, control y fiscalización social” (CRG, 1997: 2). Sin embargo, este Artículo 5 que originalmente planteó como *deber* la participación de la comunidad en la *ejecución* de los servicios, fue reformado cambiando la perspectiva de obligatoriedad: “Artículo 5 Participación de la Comunidad, El Estado garantizará el derecho de participación de las comunidades en los programas y servicios de salud, en lo que respecta a la planificación, organización, control y fiscalización social.”²⁵⁴ (CRG, 2003: 2)

²⁵⁴ Tomado de,

<http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs%20ley%202003/Leyes%20en%20PDF/Decretos%202003/Decreto%2053-2003.pdf>, última revisión, 18 de abril de 2010.

En su artículo 17 “Funciones del Ministerio de Salud”, inciso h) “Propicia y fortalece la participación de las comunidades en la administración parcial o total de las acciones de salud.” (CRG, 2001: 5)

Y, en su artículo 18 “Modelo de atención integral en salud”, dice que “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.”(CRG, 2001: 5)

El **Reglamento Orgánico Interno de Salud** en su Artículo 4o. “Coordinación y ejecución de los servicios de salud”, establece que “Para garantiza una mayor eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de Salud coordinara esfuerzos con las instituciones que integran el Sector Salud y con otras instituciones públicas, privadas o comunitarias, que están vinculadas a dicho Sector, pudiendo celebrar para esos fines, convenios o contratos de administración y/o ejecución de los servicios. Podrá también suscribir compromisos de gestión con sus dependencias y éstas entre sí. (PRG, 1999: 2)

En su Artículo 12 “Funciones del Ministro”, señala que tiene las siguientes funciones: inciso c) Coordinar las acciones del Ministerio de Salud con otros Ministerios y otras instituciones públicas y privadas; d) Descentralizar o desconcentrar las funciones o procesos técnico administrativos relacionados con el desarrollo de los programas y la prestación de los servicios de salud dirigidos a la población; y h) Promover la participación social en el desarrollo de las acciones de salud.” (PRG, 1999: 4-5)

En el Artículo 26 “Funciones de los Directores Generales”, éstos tienen bajo su responsabilidad: e) Establecer mecanismos para la participación activa de la comunidad en la administración de los programas y servicios de salud, en función del modelo de prestación desarrollado, (...). (PRG, 1999: 9-10)

En su Artículo 40, Departamento de Desarrollo de los Servidos de Salud, El Departamento de Desarrollo de los Servicios de Salud tendrá las funciones siguientes: inciso d) Participar en la elaboración de convenios y acuerdos para la prestación conjunta de servicios de salud, entre las

instituciones Públicas y privadas del Sector Salud; inciso g) Promover la participación social y comunitaria en los procesos de gerencia y fiscalización social de los servicios y acciones en salud; (PRG, 1999: 16-17)

El Artículo 42 “Departamento de Promoción y Educación en Salud” establece que éste tendrá, entre otras, las funciones siguientes: inciso b) Promover la participación social y comunitaria en el desarrollo de los servicios de salud tanto en el ámbito de la planificación y programación como en la gerencia, monitoreo y evaluación; (...).” (PRG, 1999: 17-18)

En el Artículo 58 “Funciones de la Dirección de Área de Salud” establece que la Dirección de Área de Salud en su respectiva jurisdicción y responsabilidad deberá, entre otras, desarrollar la función de: inciso m) Promover la participación social y comunitaria en la gerencia, monitoreo y evaluación de los servicios de salud; (...).” (PRG, 1999: 25-26)

En el Capítulo II, Convenios internacionales, Artículo 95 “Celebración de convenios”, señala que “El Ministerio de Salud podrá celebrar convenios, contratos, acuerdos u otros instrumentos de análoga naturaleza para la administración y/o prestación de servicios de salud con instituciones que integran el sector o estén vinculados a él, públicas o no gubernamentales, de naturaleza privada o comunitarias, cuando lo juzgare idóneo para lograr una mayor eficiencia y eficacia en el cumplimiento de sus funciones. Los instrumentos que se celebren serán suscritos por los Viceministros o por los Directores Generales o por los Directores de Áreas de Salud, debiendo ser aprobados por el Despacho Ministerial.” (PRG, 1999: 37)

Y en el Artículo 96, Requisitos y condiciones, dice que “Los requisitos y condiciones para la celebración de contratos, convenios, acuerdos u otros instrumentos de análoga entidad a que se refiere el Artículo anterior, serán establecidos por el Ministerio de Salud en una normativa que dicte sobre el particular.” (PRG, 1999: 38)

Ahora bien, toda esta regulación legal se asentó sobre un último dispositivo legal que formalizó tanto la descentralización administrativa, como la vinculación de terceros privados en la administración pública mediante una relación contractual denominada Convenio²⁵⁵.

²⁵⁵ Un arreglo contractual es un acuerdo voluntario entre dos partes, o más, independientes en el cual se obligan a dar u obtener, a hacer o no hacer cosas. Cuando el arreglo contractual es validado legalmente, se puede hablar de contrato y cuando no es validado legalmente, de convenio. La relación de agencia es la interacción entre dos agentes económicos: el principal que propone el contrato y tiene información pertinente para la conducta de la interacción, el

En el Código de Salud, Artículo 10, “Coordinación del sector”, se establece que: inciso 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. (CRG, 1997: 3-4)

Además, la prestación de servicios hecha a través de terceros se hará en jurisdicciones poblacionales que en la actualidad no cuentan con ningún tipo de servicios institucional de salud. El Código de Salud, Artículo 11, Programación y Administración de los servicios de salud, señala que “La organización y administración de los programas y servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud, contemplados en el presente Código será desconcentrada y descentralizada, según las necesidades de la población y del proceso de modernización administrativa del sector. Las instituciones del Sector, para la administración y prestación de servicios, establecerán áreas de influencia para atender grupos de población preferentemente coincidentes con los espacios territoriales de los departamentos y municipios de la República. (CRG, 1997: 4)

El **Convenio**(MSPAS, 2001) es un instrumento legal específico, elaborado por el departamento jurídico del despacho ministerial al nivel central, que formaliza la relación contractual entre el Ministerio de Salud y una entidad privada jurídicamente establecida, independientemente de que sus fines sean lucrativos o no, y que fue seleccionada mediante un procedimiento administrativo calificador para constituirse bien en una Administradora de Servicios de Salud –ASS- o bien en una Prestadora de Servicios de Salud –PSS- dentro del Programa de Extensión de Cobertura –PEC-.

agente que maneja dos tipos de informaciones que no controla completamente el principal (información privada), es decir información sobre sus características propias (informaciones escondidas) y sobre lo que él hace y las decisiones que el toma (acciones escondidas). El principal es el ministerio de salud, el comprador de servicios. Los agentes son los proveedores privados de servicios de salud. El contrato puede tener tres tipos de propósitos: a. fortalecer un nivel dado de confianza entre el principal y el agente, b. mejorar el control del principal sobre agentes que poseen información privada, o c. mejorar la generación de recursos o la eficiencia en la utilización de los mismos. El primer propósito se encuentra más en el enfoque contractual de tipo "relacional" o clásico, el segundo y tercero más en el enfoque contractual de tipo "neoclásico". Existen en efecto dos modelos de relación entre el principal y el agente: el modelo de cooperación para construir confianza y el de independencia para permitir control. La diferencia entre relaciones contractuales clásica y neoclásica depende de la rigidez del contrato que permite predecir la transacción en el futuro y la flexibilidad que permite adaptar la transacción para mantener la relación entre las partes, como en el relacional o clásico. El contrato neoclásico, por su parte, prevé soluciones de conflictos a través de acuerdos iniciales entre las partes contratantes sobre los estándares de productos que se pueden medir, el sistema de pagos, la designación de una tercera parte para resolver eventuales conflictos, las condiciones de renunciación a la transacción, véase CAPUBPRIV, 2006.

Este documento que da forma a la relación contractual entre el Ministerio de Salud y las entidades privadas –usualmente ONG- que participan en calidad de ASS o PSS guarda una estructura de contrato, aún cuando es denominado como ‘convenio’ por las autoridades de salud. Es decir, guarda una formalidad en cuanto a las personas jurídicas, la base jurídica legal, al objeto contractual, las responsabilidades y obligaciones de las partes, el monto y formas de pago, la población beneficiaria, relaciones laborales, causas de rescisión de la relación contractual, y los mecanismos de resolución de conflicto. La razón de declararlo convenio y no contrato²⁵⁶ obedeció a la presión por cumplir con los Acuerdos de Paz (Diciembre, 1996), por lo que la relación contractual vía convenio surgió más por cuestiones de ‘practicidad’ que con intención de busca la sostenibilidad del proceso, obviando la normativa de contrataciones del Estado.

El convenio, en sus primeras tres cláusulas recoge la argumentación que fundamenta la relación contractual y, por ende, la participación y responsabilidades de ‘terceros’ en la operación de las políticas públicas de salud:

La Cláusula primera, “antecedentes”, señala que “El ministerio de salud pública y asistencia social inició el proceso de reforma del sector salud, dentro del cual se incluye el componente ‘ampliación y reorientación del sistema de prestación de servicios’, cuyo objeto, entre otros, es ‘extender los servicios de salud a la poblaciones no atendidas y de bajos ingresos, pudiendo hacerlo a través de organizaciones e instituciones no gubernamentales, iglesias, iniciativa privada, comunidades organizadas y otras similares.” (MSPAS, 2001)

²⁵⁶Una discusión a veces confusa es determinar si la relación contractual es convenio o es contrato. Para algunos funcionarios públicos suele haber diferencia entre convenio y contrato, mientras que para otros no parece haberla, en tanto los reconocen como sinónimos: convenio es igual a contrato. Una relación contractual es “Un arreglo contractual es un acuerdo entre dos agentes o más -el principal y el agente- en el cual se obligan a dar u obtener, a hacer o no hacer cosas. Un arreglo contractual es una alianza voluntaria entre dos partes independientes. Cuando el arreglo contractual es validado legalmente, hablamos de contratos. Cuando el arreglo contractual no es validado legalmente, hablamos de convenio”. Sin embargo, el ministerio de salud (MSPAS/SIAS, 2000) al adjudicar las jurisdicciones a las prestadoras reconoce que la misma se efectuará “...mediante un Convenio o Contrato. El Convenio es el documento legal que establece las condiciones contractuales entre el Ministerio de Salud y la Prestadora o Administradora.” (MSPAS 2000). Para cumplir con su rol constitucional de atender y satisfacer las necesidades sociales, el bien común de acuerdo a la Constitución (CRG, 1985), el Estado basado en su persona jurídica, es sujeto de contraer derechos y obligaciones en el desarrollo de sus actividades, pudiéndolo hacer con otros órganos públicos o bien con entes particulares privados, véase Macq y Martiny, 2006: 7; Perrot, Carrin, &Sergent, 2003; Ángel y Privado, 1999: 98; Calderón, 1995.

La Cláusula segunda, “declaraciones”, inciso 2.1., señala que “el ministerio de salud, como órgano encargado de velar porque los guatemaltecos gocen del derecho a la salud, debe coordinar los esfuerzos públicos y privados que se realicen para satisfacer este derecho, habiendo establecido como una acción concreta la suscripción de convenios con administradoras de recursos financieros que faciliten en las comunidades el manejo de los fondos para la prestación de los servicios básicos de salud, y 2.4. El ministerio, asimismo, entregará a ‘la prestadora’ los recursos para la ejecución del presente convenio, con cargo a la partida presupuestaria prevista en el presupuesto general de ingresos y egresos del estado, del respectivo ejercicio fiscal.”(MSPAS, 2001)

De acuerdo a la **Ley de Arbitraje** en su Capítulo I “Disposiciones Generales”, Artículo 4 “Definiciones”, inciso 1 establece que un Acuerdo de Arbitraje “(...) es aquél que por virtud del cual las partes deciden someter a arbitraje todas o ciertas controversias que hayan surgido o puedan surgir entre ellas respecto de una determinada relación jurídica, contractual o no contractual.” (CRG, 1995: 3)

En el Capítulo II “Acuerdo de Arbitraje”, Artículo 10 “Forma del Acuerdo de Arbitraje” establece que: “inciso 1) El acuerdo de arbitraje deberá constar por escrito y podrá adoptar la fórmula de un "compromiso" o de una "cláusula compromisoria", sin que dicha distinción tenga consecuencia alguna con respecto a los efectos jurídicos del acuerdo de arbitraje. Se entenderá que el acuerdo consta por escrito cuando esté consignado en un documento firmado por las partes o en un intercambio de cartas, telex, telegramas, telefax, u otros medios de telecomunicación que dejen constancia del acuerdo, o en un intercambio de escritos de demanda y contestación en los que la existencia de un acuerdo sea afirmada por una parte sin ser negada por la otra. La referencia hecha en un contrato a un documento que contiene una cláusula arbitral constituye acuerdo de arbitraje siempre que el contrato conste por escrito y la referencia implique que esa cláusula forma parte del contrato; inciso 2) El acuerdo arbitral podrá constar tanto en una cláusula incluida en un contrato, o en la forma de un acuerdo independiente”. (CRG, 1995: 4-5)

7. La orientación del marco normativo-administrativo oficial del segundo nivel de atención en el período 1996-2009.

Subsiguientemente a los cambios legaliformes hubo una serie de modificaciones normativas de orden administrativo-financieras que permitieron la ejecutoria de las políticas de salud en los tres

niveles de atención sanitaria, especialmente en el nivel primario. En lo que respecta al segundo nivel los cambios han sido más graduales, especialmente, a partir de los últimos dos gobiernos de la era neoliberal.

En el período de gobierno 2004-2008, los principales cambios administrativo-estructurales afectaron a dos de las estructuras del nivel ejecutor: las áreas y los centros de salud. Durante el último gobierno, los cambios en el nivel ejecutor han sido más funcionales en tanto que han involucrado acciones vinculadas a las actividades de transferencias condicionadas del Programa “Mi Familia Progresada” llevadas a cabo por la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente –SOSEP-.

En el primer nivel de atención se han dado algunos cambios, especialmente en la transformación de algunos puestos de salud, mientras que con el Programa de Extensión de Cobertura –PEC- implementado a través de entidades privadas -las Administradoras y Prestadoras de Servicios de Salud-, actualmente, más bien, se debate entre su fortalecimiento o su desaparición. Al respecto, cabe resaltar que a lo largo del período 1996-2009 el PEC no ha tenido cambios significativos en lo organizacional, aunque sí los ha habido en lo administrativo-gerencial relacionado a determinar su permanencia o salida del mismo.

8. La desconcentración Administrativo-financiera en el nivel ejecutor: SIAF/SAG, SICOIN

A partir de 1996 con el cambio de gobierno y la Firma de los Acuerdos de Paz, la orientación de la descentralización tuvo que ver con el objetivo de combate a la pobreza, la desconcentración administrativa -la extensión de cobertura de servicios públicos bien a través del mercado vía PSS y ASS, bien institucional-. Sin embargo, dentro de este período hay sus diferencias con respecto al pago de la “deuda social”.

Mientras que para el gobierno del período 1996-2000, la descentralización fue un mecanismo para reducir al Estado y sus intervenciones, haciendo más eficiente la ejecución presupuestaria y desconcentrar la administración a través de la tercerización focalizada, para el segundo gobierno, aunque continuó con tal tipo de desconcentración, buscó, además, llegar a constituir entidades administrativas privadas al nivel local –APROSAM- para la administración de fondos y la prestación de servicios. Con el tercer gobierno (2004-2008), hubo un retorno de una parte importante de los cuadros del primer gobierno, por su parte, retomó tales procesos

descentralizadores bajo un enfoque gerencial y a través de los “Municipios por la Salud y la Paz” –de muy bajo perfil a lo largo del período de gobierno-, y renovó el programa emblemático de la reforma sectorial: el PEC. El actual gobierno recurrió a la estrategia de focalización para seleccionar a los extremadamente pobres para concentrar el pago de la deuda social, derivando las acciones de política a través de programas presidenciales que rememoran los fondos sociales.

Con respecto a los mecanismos de descentralización administrativo-financiera desarrollados como parte de la rectoría del ministerio de salud, cobran relevancia los mecanismos de licitación y compra pública a través de portales electrónicos. Así, desde el gobierno del PAN hasta la actualidad (1996-2008) los instrumentos de desconcentración financiera como el Sistema de Contabilidad Integrada –SICOIN-, y el Sistema Integrado de Administración Financiera y Control –SIAF/SAG²⁵⁷-, han sido mecanismos para racionalizar la captación y uso de los recursos, transparentar la gestión y ejecución presupuestarias, facilitando, a su vez, el control social (GDG/MFP, 2005: 2-11; GDG/COPRE, 1995).

El ministerio de salud fue uno de los primeros entes públicos en adoptar tales sistemas, lo cual supuso cambios en la manera en que se planifica, diseñar y ejecutar el presupuesto, y de

²⁵⁷Como producto de la reforma estatal el Proyecto SIAF-SAG, en sus diferentes etapas, se caracteriza por: 1. Implantación del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF): a) Ámbito de operación. El SIAF está implantado en toda la administración central desde 1998, operando en tiempo real en todas las etapas del proceso presupuestario en los entes rectores y otras direcciones del Ministerio de Finanzas Públicas y en 43 ministerios y secretarías; se tienen 138 Unidades Ejecutoras las cuales ejecutan el Presupuesto directamente desde donde se origina el gasto. Además se cuenta con 26 entidades descentralizadas y autónomas quienes han asumido la reforma financiera con el apoyo directo del Proyecto. En el año 2004 se cambia la tecnología de cliente servidor a una tecnología basada en la WEB, centralizando el sistema en una sola base de datos para todo el Sector Público No Financiero -SPNF-, b) Formulación del Presupuesto. A través del SIAF, el presupuesto se formula por resultados, fijando metas físicas y financieras, en forma desconcentrada por cada uno de los ministerios y secretarías. Los proyectos de presupuesto institucionales se consolidan y, con ellos, se formula el Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado. Actualmente, el Gobierno ha adoptado la política de trabajar con un presupuesto multianual en donde se fijan techos presupuestarios y se formularán los años 2006, 2007 y 2008, el presupuesto esta basado en una red programática por resultados con el enfoque multianual. También se contará con el seguimiento a los indicadores de gestión que permitirá medir en todo momento el grado de avance de las políticas y objetivos fijados por el Gobierno, c) Descentralización operativa. Tanto la programación de cuotas, como las solicitudes de modificaciones y ejecución presupuestaria son solicitadas, cuando corresponde, y operadas por las instituciones ejecutoras y aprobadas en forma electrónica desde la Dirección Técnica de Presupuesto en tiempo real. Cada ministerio y secretaría ejecuta su presupuesto en tiempo real y en forma desconcentrada, por intermedio de Unidades de Administración Financiera (UDAF), las cuales han sido capacitadas y dotadas de herramientas informáticas y de comunicaciones, organización y procedimientos y perfiles de puestos, véase GdG, 2005: 2-3.

desconcentrar los mecanismos de adquisición y pagos. Igualmente, se modificó la estructura presupuestaria y se sustituyó la planificación central institucional por la presupuestación programática. (IC-20, 2010; GdG, 2005: 2-3; Ángel y Privado, 1999: 93)

Aunque todas estas formas y tendencias de la descentralización tuvieron que ver con la ruptura del modelo centralizador que el Estado guatemalteco mantuvo a lo largo de su historia -y las consecuencias de ello-, las intervenciones suyas en los asuntos públicos a través de las políticas públicas actuales han denotado la “continuidad” intergubernamental de los elementos centrales constitutivos de las reformas estatales de corte neoliberal: mantener la reducción estatal tanto funcional como estructural, una racionalización del gasto público y la cobertura institucional a través de “paquetes básicos” de atención, la diversificación de fuentes de financiamiento no garantizadas, la contratación privada para la extensión y provisión de servicios de salud (tercerización), la responsabilidad de la comunidad de asegurar la operatividad de los procesos comunitarios del PEC (mano de obra técnicamente forzada), la flexibilización laboral (contratos sin prestaciones y desarticulación de demandas al Estado mediante convenios fuera del ámbito del derecho administrativo) que ha supuesto la precarización y riesgo laboral, y la ejecutoria de políticas y programas bajo techos presupuestarios (normativa económica).

Finalmente, a partir de la formulación de políticas de salud, se ha diseñado e implantado el Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS- en el primer nivel de atención en salud, habiéndose definido normativamente el mismo como “el conjunto de componentes que se interrelacionan entre sí para extender la cobertura de servicios básicos de salud en el nivel primario, basados en la prestación de servicios de salud definidos, simplificados y permanentes, prestados por personal voluntario, apoyado y supervisado por el facilitador comunitario e institucional.” [El mismo ofrece a la población] “un paquete de servicios básicos dirigidos a la prevención, el control de la enfermedad, y a cuidar, promover, recuperar y rehabilitar la salud, en el contexto de la atención primaria. Se prestan a la población mediante un Equipo Básico de Salud –EBS-, constituido por comadronas, promotor de salud, facilitador comunitario, facilitador institucional y médico ambulatorio, y que se prestan en puestos de salud, con el objeto de ampliar y mejorar las coberturas de salud dentro de la población.” (MSPAS, 1997: 1-22) [Corchetes míos]

Los Servicios Básicos de Salud –SBS- son, entonces, las acciones y procesos de salud que se interrelacionan entre sí para extender la cobertura de los servicios básicos de salud en el primer nivel de atención. Finalmente, de acuerdo a la cláusula cuarta del convenio o contrato denominada “Objeto”, el mismo se suscribe para “(...) que la prestadora maneje los recursos financieros necesarios para la prestación de servicios básicos [en una jurisdicción determinada de un municipio]”. (MSPAS, 2001: 3-4) [Corchetes míos]

Así, con respecto a la función asistencial focalizada, además de lo que ya se ha venido comentando con anterioridad, el convenio con prestadoras en su cláusula cuarta “objeto”, inciso 4.2., establece claramente la focalización de la población a la cual se dirigen los servicios básicos de salud de la extensión de cobertura del SIAS de primer nivel: “Se definen como servicios básicos de salud, las intervenciones que deben prestarse en la comunidad y que tienen como fin resolver los problemas más importantes de salud de la población en comunidades donde no existen estos servicios, dando prioridad a la población materno-infantil, por considerarse como grupo de alto riesgo de morbilidad y mortalidad.” (MSPAS, 2001: 3-4)

9. El convenio y la compra de servicios a terceros

Según lo estipulado en el *Convenio*, en su cláusula octava “del monto y forma de financiamiento para la prestación de servicios básicos de salud”, inciso 8.1., deja claro que la población no debería desembolsar ningún tipo de pago por los servicios de salud que brinda la prestadora, dado que ésta recibe un determinado monto por capitación para la prestación de los servicios que le son contratados: “El ministerio a través de la dirección departamental de salud de... transferirá a la prestadora la cantidad de [el monto se estima sobre una base poblacional] para financiar la administración de los recursos financieros necesarios para la prestación de servicios básicos de salud como lo estipula la cláusula cuarta de este convenio, a una población que se define en la cláusula décima.

Dicha cantidad que incluye los gastos por administración cuyo porcentaje se regula en la cláusula décima primera, se utilizará para cubrir el pago de salarios, pago de incentivos, reembolso de gastos de alimentación y hospedaje, compra de insumos para apoyo administrativo, compra de medicamentos e insumos para la atención médica y la compra de equipo básico para el guardián de salud, el facilitador institucional y el médico ambulatorio”; en el numeral 8.2., dice “la entrega

de los recursos financieros se hará en cuatro desembolsos: Los mismos se harán de conformidad con el avance de las actividades y la ejecución presupuestaria, reportadas y aprobadas y están sujetos a la entrega de los informes técnicos y financieros establecidos (...); y en el numeral 8.3., advierte de la retención de los mismos y la causa que obligaría a ello: “El ministerio se reserva el derecho de retener la entrega de fondos de comprobarse irregularidades en el uso de los recursos hasta que las mismas sean corregidas.” (MSPAS, 2001: 6)

Cuando una prestadora inicia su relación contractual con el Ministerio de Salud para la prestación de servicios básicos de salud, lo hace por un año renovable, para atender a una población censal estimada, y sobre una base epidemiológica de prevalencia de uno para la morbilidad y la mortalidad. El Ministerio de Salud firma convenio o contrato con aquella prestadora que haya presentado la mejor oferta de servicios a juicio del Comité Calificador, asignándole una determinada área geográfica, número de población y monto financiero. Una vez asignada la jurisdicción, el número de población tomada del censo oficial se introduce en un formato electrónico donde se estima, sobre un perfil epidemiológico nacional y con prevalencia de uno, el número de casos de morbilidad y de mortalidad que ha de atenderse durante un año. Lo convenido por ambas partes se recoge en el convenio. (MSPASa s/f)

Los criterios utilizados en la extensión de cobertura para definir el paquete básico de servicios conjuga técnicamente lo financiero (estimación de costos per cápita), lo epidemiológico (estimados sobre un número de casos esperados considerando una tasa de prevalencia de morbilidad invariable de uno (1) de enfermedades vinculadas a una APS restringida), y lo poblacional (proyectados sobre diez mil habitantes promedio tomando en cuenta un crecimiento vegetativo del 3%) (Miranda y Arriola, 2004: 87; MSPAS s/f: 1-5).

Para estimar el monto del financiamiento dado a una prestadora privada para la prestación de servicios básicos que el Ministerio de Salud como comprador conviene con una prestadora privada, primeramente se adjudica una jurisdicción determinada, seguidamente existe una tabla electrónica (MSPAS s/f) con un determinado perfil epidemiológico con prevalencia de uno, sobre la cual se aplica el total poblacional de la jurisdicción según censo oficial. Automáticamente se tiene un monto total de financiamiento. El proceso, sin embargo, no escapa al hecho de que en algunas ocasiones, excepcionales, según autoridades del Ministerio de Salud, se sigue dando de alguna manera el favoritismo político en la asignación de algunas Prestadoras. Dentro de los

controles de costos por el lado de la oferta, una modalidad de contratación de servicios a entes privados, y en la cual se mantiene un mayor control o regulación sobre los prestadores de servicios, es el “pago por capitación”²⁵⁸ (Fundación Corona s/f: 16).

10. La normativa de las Áreas de salud

El **Reglamento Orgánico Interno** del ministerio de salud en la Sección III, Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud, Artículo 37, “Naturaleza y ámbito de competencia”, declara que “La Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) es la dependencia del Nivel Central del Ministerio de Salud responsable de dirigir y conducir el proceso de organización y desarrollo de los servicios públicos de salud, articulando funcionalmente los distintos establecimientos que conforman la red de los servicios públicos y privados ubicados en la jurisdicción de las Áreas y Distritos de Salud, supervisando, monitoreando y evaluando los programas de atención a las personas y al ambiente que desarrollan los diferentes establecimientos.” (PRG, 1999: 15)

El Artículo 39 “De su organización”, señala que “La Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud está conformada por los Departamentos siguientes: a) Departamento de Desarrollo de los Servicios de Salud; b) Departamento de Epidemiología; c) Departamento de Promoción y Educación en Salud. De La Dirección General dependen técnica y administrativamente las Direcciones de Áreas de Salud. (PRG, 1999: 16)

El Capítulo I “Áreas de Salud”, Artículo 54 “Naturaleza y ámbito”, establece que “Las Áreas de Salud constituyen el nivel gerencial que dirige, coordina y articula la red de servicios de salud en el territorio bajo su jurisdicción dentro del contexto del Sistema de Atención Integral en Salud.

²⁵⁸ “...este sistema está basado en el concepto de enfermo potencial y no en el de enfermedad sentida. Cada médico [o prestadora de servicios de salud] tiene a su cargo la atención de un conjunto determinado de personas. Por cada persona inscrita, el médico recibe un giro periódico [mensual, trimestral o anual], sin importar el número de veces que estos individuos el número de veces que estos individuos acudan al servicio médico. Este sistema demanda un amplio conocimiento de las características de la población atendida, pues para poder calcular el pago por usuario, es necesario que se conozca de manera aproximada cuál es el volumen de servicios que requerirá dicha población [perfil epidemiológico]. Lo anterior implica que este sistema sea aplicado, ante todo, a los servicios médicos de primer nivel, correspondiente a los casos en que se conocen esos patrones de comportamiento y se quiere garantizar la cobertura universal de los mismos. Esta forma de contratación funciona ante todo en los países en que el sistema de salud asegura grandes volúmenes de usuarios potenciales, lo que permite imponer a los prestadores los montos de la capitación, y establecer las reglas generales tendientes a evitar una mala calidad de los servicios prestado o el envío innecesario de pacientes a instituciones médicas de mayor nivel, con el objetivo de delegar la prestación del servicio, véase Fundación CORONA & Fundación Antonio Restrepo Barco, s/f, 16, 23.

Interpreta y aplica las políticas y el plan nacional de salud y desarrolla los procesos de planificación, programación, monitoreo y evaluación de las Áreas y Distrito Municipales de Salud, así como de los establecimientos que conforman la red de servicios. (PRG, 1999: 24)

El Artículo 56 “Dirección de Áreas de Salud”, señala que “La unidad técnico-administrativa de las Áreas de Salud es la Dirección de Área de Salud, dependencia que planifica, programa, conduce, dirige, coordina, supervisa, monitorea y evalúa las acciones de salud a este nivel. Está subordinada jerárquicamente a la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud y es responsable de la gerencia de los Distritos Municipales de Salud que integran el Área de Salud respectiva. Los Hospitales que integran la red de servicios debido a la complejidad y características especiales de su gerencia tendrán un régimen administrativo desconcentrado manteniendo para fines de prestación de servicios de salud una vinculación y coordinación funcional estrecha con la Dirección de Área de Salud. (PRG, 1999: 39)

El Artículo 58 “Funciones de la Dirección de Áreas de Salud” señala que “La Dirección de Área de Salud en su respectiva jurisdicción, tiene a su cargo, entre otras, las siguientes funciones:

- b) Asegurar la articulación y funcionamiento eficaz y eficiente de la red de servicios departamentales y de los establecimientos sanitarios que la conforman (...);
- f) Participar en el proceso de registro, acreditación y autorización de los servicios de salud de su jurisdicción de acuerdo a normas técnicas establecidas;
- g) Vigilar y exigir el cumplimiento de las normas establecidas para el funcionamiento de los programas y servicios públicos y privados de salud;
- h) Brindar asesoría técnica a los funcionarios de los distintos establecimientos de salud, en el desarrollo de los procesos vinculados con la administración financiera-contable;
- i) Participar en los procesos vinculados con la prestación de los servicios generales a los diferentes establecimientos de su jurisdicción;
- k) Suscribir convenios con en entidades privadas y comunitarias para la administración y/o prestación de servicios de salud dirigidos a la población de su jurisdicción;
- l) Participar en la vigilancia y control de prestadoras y administradoras de servicios de salud en el ámbito de su jurisdicción;

m) Promover la participación social y comunitaria en la gerencia, monitoreo y evaluación de los servicios de salud; (PRG, 1999: 25-26)

Atendiendo a las disposiciones normativas dictadas por dicho reglamento, desde el gobierno (2000-2004) se dieron iniciativas para el rediseño organizacional y funcional de las Áreas de Salud²⁵⁹ para conducir localmente la implementación de las políticas de salud. Sin embargo, no fue sino hasta el gobierno del período 2004-2008 que se dio tal cambio con la aprobación de “Modelo básico de direcciones de área del Sistema Integral de Atención en Salud” (MSPAS/UDDAS, 2005). La propuesta de reestructuración consistió en dar a las áreas de salud una figura organizativa y funcional muy parecida a la estructura del nivel central, en donde muchas de las decisiones están desconcentradas de la figura del director. La nueva estructura definió cuatro gerencias: a. gerencia para la provisión de servicios, b. gerencia de control y vigilancia de la salud, c. gerencia de recursos humanos y d. gerencia administrativo-financiera. (MSPAS/UDDAS, 2005: 24)

11. La normativa para el segundo nivel de atención

El Artículo 66 “Organización de los Distritos Municipales de Salud” del **Reglamento Orgánico Interno** sobre el segundo nivel señala que “Los Distritos Municipales de Salud comprenden el conjunto de establecimientos del primero y segundo nivel de atención en salud ubicados en la circunscripción territorial que le es propia. Existen tantos Distritos Municipales de Salud como municipios en la Republica, salvo casos especiales en que atendiendo a necesidades de los servicios de salud se podrán considerar y establecer otras adscripciones territoriales, bajo la responsabilidad del Despacho Ministerial. Cada Distrito Municipal de Salud esta' dirigido por un Coordinador de Distrito Municipal de Salud y constituye la dependencia técnico administrativa que planifica, programa, conduce, dirige, coordina, supervisa, monitorea y evalúa las acciones de salud en el nivel municipal y depende jerárquicamente de la Dirección de Área de Salud. (PRG, 1999: 29)

²⁵⁹ Las propuestas de reestructuración del modelo de gestión han sido: a. Modelo de gestión de las áreas de salud, enero 2000; b. Documento de Modernización de los Servicios de Salud, abril 2001; Propuesta de Modelo de Gestión y atención del segundo nivel, julio 2004; Modelo de gestión. Dirección de Área de Salud, septiembre 2004; Propuesta para la reestructuración del modelo de gestión de las direcciones de área de salud, diciembre 2004; Propuesta de modelo de gestión para las áreas de salud, 2004.

El Artículo 67 “Funciones” dice que “La Coordinación de Distrito Municipal de Salud en su respectiva jurisdicción, es responsable de planificar, programar, coordinar, capacitar, supervisar y evaluar las actividades de provisión de los servicios básicos y ampliados que prestan los establecimientos institucionales y comunitarios de salud ubicados bajo su competencia y velar por la administración eficiente de sus recursos. Tiene a su cargo, entre otras, las siguientes funciones:

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

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

e) Proporcionar asistencia técnica a las instituciones prestadoras de servicios en salud, dentro de su área de influencia municipal; (PRG, 1999: 29)

El Artículo 70 “Clasificación de los Niveles de Atención en Salud” indica que “Los Niveles de Atención en Salud se clasifican de la siguiente forma: b) Nivel de Atención II: desarrolla con relación a la población y el ambiente, un conjunto de servicios ampliados de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas por el Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda espontánea y urgencias acudan a los establecimientos típicos de este Nivel. Comprende la prestación de servicios de medicina general, laboratorio, rayos X y emergencia, las cuatro especialidades médicas básicas (cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría general y medicina interna); la subespecialidad de traumatología y ortopedia y salud mental, así como el desarrollo de acciones de promoción, prevención y rehabilitación según normas. (PRG, 1999: 30-31)

El Artículo 77 “Centro de Salud” recoge que “El Centro de Salud es el establecimiento de los servicios públicos de salud del Segundo Nivel de Atención ubicado en el ámbito municipal y generalmente en las cabeceras municipales y ciudades de importancia. Brinda a la población de su área de influencia, los servicios ampliados de salud definidos según normas, y coordina y articula la prestación de servicios de salud de los establecimientos de menor categoría ubicados

en su área de influencia. Los Centros de Salud se clasifican en: Centros de Salud Tipo A; Centros de Salud Tipo B y otros (...). Los Centros de Salud tipo B son establecimientos de servicios públicos de salud que brindan servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a las personas y acciones al ambiente. Tiene un área de influencia comprendida entre cinco y diez mil habitantes. Los recursos humanos básicos son el médico general, el odontólogo, el psicólogo, la enfermera graduada, el auxiliar de enfermería, el técnico en salud rural, el inspector de saneamiento ambiental, y otros técnicos de salud que se requieran según normas (PRG, 1999: 32-33). En el segundo nivel de atención los cambios hechos a partir de las disposiciones antes señaladas tuvieron que ver con su diversificación cualitativa. Durante el período 1996-2000 los centros de salud apenas y crecieron (de 282 hasta 288), y luego hubo una contracción, hasta 249, reportado en el año 2008.

La explicación de esto está vinculada a remodelaciones funcionales ocurridas durante el período de gobierno 2004-2008. En esta administración se dio una reconversión en la forma de organización operativa de algunos centros de salud tipo B, de acuerdo al contexto geo-epidemiológico de algunas comunidades. La intención fue ampliar la cobertura institucional hacia la demanda de atención general y materna e infantil ampliando los días, horarios, el personal en número y calificación, la resolución quirúrgica de partos, y la atención a víctimas de la violencia común. Estas medidas nunca han contado con el respaldo jurídico-legal de la Oficina Nacional de Servicio Civil –ONSEC-, y presupuestariamente, siguen existiendo como centros de salud tipo B. (MSPAS/UPSII, 2005: 4)