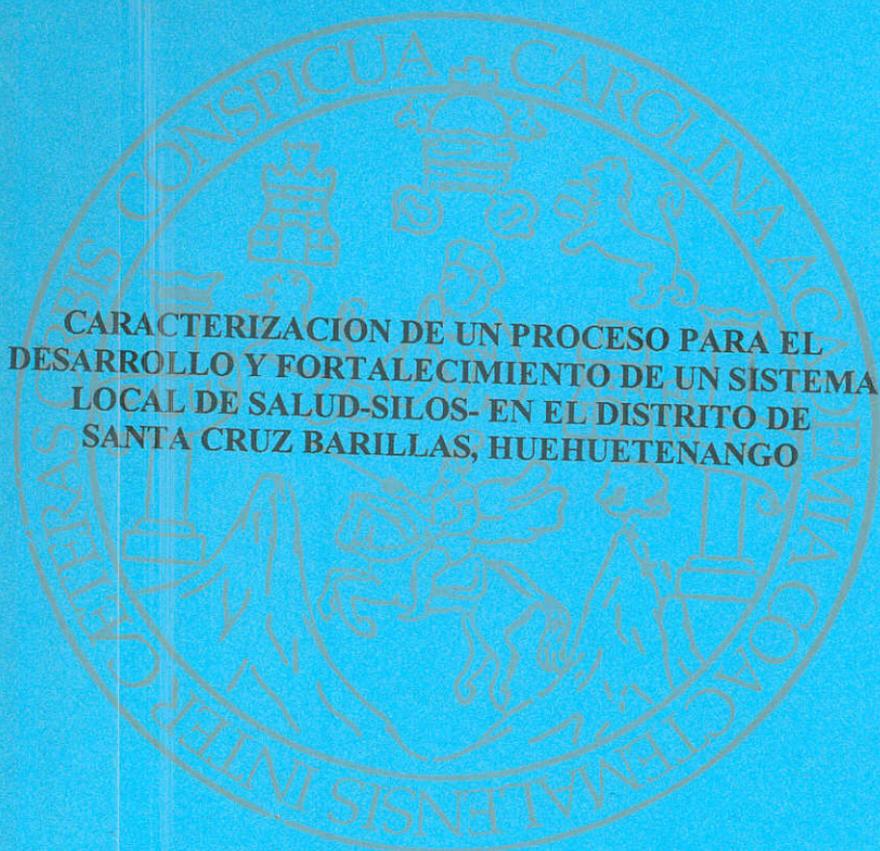


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**CARACTERIZACION DE UN PROCESO PARA EL  
DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE UN SISTEMA  
LOCAL DE SALUD-SILOS- EN EL DISTRITO DE  
SANTA CRUZ BARILLAS, HUEHUETENANGO**

**JULIO CÉSAR VARGAS JUÁREZ**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA  
CON ÉNFASIS EN GESTIÓN SOCIAL DE SALUD**

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE  
GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

DOCTOR JULIO CÉSAR VARGAS JUÁREZ

Identificación universitario No: 1006195

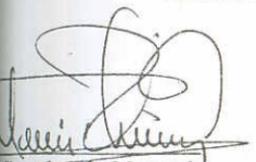
Presentado, para su EXAMEN PRIVADO DE TESIS, previo a optar al título de Maestro en Ciencias de la Salud Pública con énfasis en: GESTIÓN SOCIAL DE SALUD

Fue asesorado por: Doctor Carlos Mazariegos

Asesorado por: Doctor Ángel Sánchez

Los cuales lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la presente ORDEN DE RESOLUCIÓN.

Guatemala, 11 de Febrero del año 2,000

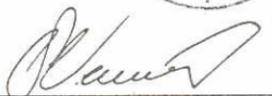
  
Director de Maestría  
en Ciencias de la Salud Pública

Mario R. Salazar Morales





Director de Fase IV  
Dr. Carlos Vargas Reyes



DR. ROMEO A. VASQUEZ VASQUES

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, FASE IV  
PROGRAMA DE ESPECIALIDADES  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

DICTAMEN DE ASESOR DE TESIS

He realizado asesoría de la tesis de Maestría en Salud Pública  
titulada Caracterización de Un Proceso para el Desarrollo y Fortalecimiento  
de un Sistema Local de Salu/Silos en el Distrito de Santa Cruz Barillas, Huehueten  
presentada por el estudiante Julio Cesar Vargas Juarez

carné No. 1006195, y al momento el desarrollo metodológico y del contenido en estudio  
cumple con los principios científicos fundamentales, por lo que mi opinión es  
favorable para la aprobación de la Tesis ya indicada según los requisitos de la Maestría  
en Salud Pública de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

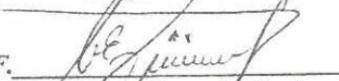
Atentamente,

Dr. Carlos E. Mazariegos M.

MEDICO Y CIRUJANO

Colegiado No. 3452

F.

  
Nombre y Firma del Revisor

Dr. Carlos Mazariegos Morales



**CENTRO PARA EL DESARROLLO ESTRATEGICO EN SALUD  
GUATEMALA, AMERICA CENTRAL**

Guatemala, 22 de febrero de 2001

Dr. Mario Rodolfo Salazar Morales  
Coordinador Maestría en Salud Pública  
Su despacho.

Estimado Dr:

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el objeto de informarle que el Dr. Julio César Vargas Juárez, quien ha presentado el trabajo titulado "Caracterización de un proceso para el desarrollo y fortalecimiento de un sistema Local de Salud (SILOS) en el Distrito de Santa Cruz Barillas, Huehuetenango", ha cumplido con las orientaciones que yo le señalé en su oportunidad para resolver los problemas metodológicos que dicho informe presentaba.

En vista de lo anterior, emito dictamen favorable previo al examen privado de tesis, en mi calidad de revisor del mismo, para los efectos correspondientes.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para saludarlo

Atentamente,

Dr. Angel Sánchez Viesca  
Profesor Asociado  
Revisor



MSP/OF106/2001  
7 de mayo de 2001

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
Ciudad Universitaria, Zona 12  
Guatemala, Centroamérica

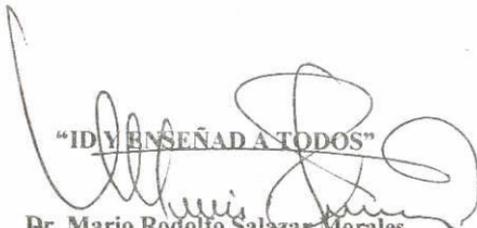
Doctor  
Marco Armando De León Cano  
Coordinador General de Especialidades Médicas  
Fase IV

Estimado Doctor De León Cano:

Comunico a usted que después de haber recibido la tesis presentada por el estudiante Julio Cesar Vargas Juárez titulada "Caracterización de Un Proceso para el Desarrollo y Fortalecimiento de un Sistema Local de Salud/Silos, en el Distrito de Santa Cruz Barillas, Huehuetenango," con las opiniones favorables del Asesor Dr. Carlos Mazariegos Morales y del Revisor Dr. Ángel Sánchez Viezca, y luego de haber evaluado el informe final considero que cumple con los requisitos de investigación de tesis, exigidos por la Maestría en Salud Pública.

Me suscribo de usted.

Atentamente,

  
"ID Y ENSEÑAD A TODOS"  
Dr. Mario Rodolfo Salazar Morales  
Coordinador Maestría en Salud Pública

Lic. MA Cayetano Ramiro de León Rodas  
Director Consultor Col. No. 345

AL SERVICIO DE LA COMUNICACIÓN  
DEL IDIOMA CASTELLANO Y  
RELACIONES INTERPERSONALES

Teléfono: 941348

Dr. Mario Salazar  
Coordinador Maestría  
Facultad de Ciencias Médicas  
USAC.

Tengo el honor de saludarlo y, al mismo tiempo, informarle que en mi calidad de especialista en formalidades lingüísticas, he revisado: sintaxis, morfología, semántica, ortografía, metalingüística y otros aspectos. Respeté las correcciones de los señores asesores, en cuanto a lo técnico de la especialidad, con el fin de asegurar el contexto de la tesis de:

### JULIO CÉSAR VARGAS JUÁREZ

Recibí el original para supervisar las correcciones realizadas en la copia que, también, debe presentar el estudiante en mención.

Atentamente,



---

Lic. M.A. Cayetano Ramiro de León Rodas  
Consultor  
Colegiado activo No. 345



# Índice

I.	<b>Introducción</b>	1
II.	<b>Antecedentes</b>	2
III.	<b>Justificación</b>	7
IV.	<b>Objetivos</b>	8
V.	<b>Marco teórico</b>	9
A.	La salud como producto social	9
B.	Salud en el desarrollo	10
C.	Sistemas locales de salud-SILOS-	10
1.	Consideraciones generales	10
2.	Aspectos a considerar para el desarrollo de los SILOS	11
2.1	La reorganización de Nivel central para asegurar la apropiada conducción del sector y el desarrollo de los SILOS	11
2.2	La descentralización y desconcentración	12
2.3	La participación social	14
2.4	La intersectorialidad	16
2.5	El refuerzo de la capacidad administrativa	16
2.6	El desarrollo de un nuevo modelo de atención	18
2.7	La integración de los programas de control y prevención	21
2.8	La capacitación de la fuerza de trabajo	22
2.9	La investigación	24

D.	Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-	26
1.	Avances y perspectivas de la extensión de cobertura con servicios básicos de salud en el 1er. Nivel de atención del Ministerio de Salud	26
1.1	El problema	27
	a. Baja cobertura de los servicios de salud	
	b. Factores del contexto	
1.2	Intervenciones para resolver el problema	28
	a. Proceso de Reforma del Sector Salud	
1.3	Fortalecimiento del poder resolutivo de la Red de Servicios	28
2.	Lineamientos para la prestación de servicios en el 2do. Nivel de atención del Ministerio de Salud	28
2.1	Objetivo	29
2.2	Meta	29
2.3	Descripción de los servicios ampliados de salud	29
VI.	<b>Material y métodos</b>	31
VII.	<b>Resultados</b>	37
VIII.	<b>Discusión</b>	56
IX.	<b>Conclusiones</b>	65
X.	<b>Recomendaciones</b>	71
XI.	<b>Propuesta de intervención</b>	76
XII.	<b>Referencias</b>	77
XIII.	<b>Anexos</b>	81

## Resumen

En 1988, la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud -OPS- celebrada en Washington D.C. aprobó la Resolución XV, referente al desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud -SILOS-. Desde este ángulo, los SILOS son considerados una estrategia básica para reorganizar y reorientar el sector salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud.

En Guatemala, al igual que en otros países de la región, se han formulado y se han puesto en marcha propuestas de reorganización político-técnico-administrativas del Sistema nacional de salud con base en el desarrollo de los SILOS. No obstante, el Ministerio de Salud ha venido propiciando, a partir de 1990, una serie de experiencias en este sentido y la falta de un seguimiento sistemático de las mismas no ha permitido a las instituciones y actores sociales involucrados, evaluar logros obtenidos, así como, tampoco, determinar la vigencia de esta táctica operativa a nivel nacional.

La investigación que se presenta se basa en el trabajo de campo realizado por el autor en un período de 23 meses, a tiempo completo en el departamento de Huehuetenango. En este período, el autor se desempeñó durante 15 meses como Facilitador de Área del Subprograma III/Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y, los ocho meses restantes, como Encargado Médico en la ONG Médicos Sin Fronteras.

Por temporalidad y ubicación geográfica, el trabajo de campo se dividió en dos fases: 7 meses centralizado en la jefatura de área y 16 en el distrito de salud de Santa Cruz Barillas. El objetivo fundamental de la investigación se centró en caracterizar el proceso de desarrollo de un SILOS en dicho distrito y, la trascendencia práctica de la misma, radica en haber identificado y descrito aquellos factores que obstaculizan o favorecen la operativización del SILOS en el mismo lugar, según los 10 aspectos que son considerados fundamentales para el desarrollo de los mismos en el documento CD/33/14 OPS/OMS Washington D.C. 1989. Estos aspectos fundamentales fueron considerados como variables durante el trabajo de campo y, durante dicho período, se utilizaron procedimientos de tipo cualitativo para la recolección de información como la observación cooperativa y entrevistas abiertas con preguntas flexibles.

Para dar sustentación al trabajo realizado y ampliar el marco de referencia del lector, se presenta una memoria (ver informe de labores con énfasis en la propuesta de 2do Nivel de Atención/SIAS en Anexos) el cual permite apreciar las principales labores desempeñadas para el Ministerio de Salud y las condiciones en que se desarrollaron las mismas en el período comprendido de febrero a mayo de 1999. Durante este período, el trabajo de campo se centró en la gestión de una propuesta para el fortalecimiento del segundo nivel de atención con énfasis en el componente materno/infantil para el distrito de Barillas. A la memoria se adjuntan los documentos técnicos de mayor relevancia e interés, relacionados con la misma. Estos documentos técnicos se agregan al estudio realizado como propuesta de intervención en el marco del desarrollo y fortalecimiento del SILOS.

## I. Introducción

El hecho de que grandes sectores de la población guatemalteca sigan sin tener un acceso real a los servicios de salud y que a este déficit de cobertura se le agregue una restricción considerable de recursos disponibles para el sector tanto en cantidad como en calidad y distribución, constituye un desafío para la capacidad de organización y gestión del Sistema nacional de salud.

En la actualidad, los SILOS, están considerados como una estrategia básica para reorganizar y reorientar el Sector Salud, con la finalidad de lograr la equidad con eficacia y eficiencia, así como la participación plena de los conjuntos sociales, poniendo en práctica la atención primaria.

En la mayoría de los países de la región ya se han formulado y se han puesto en marcha propuestas de reorganización político-técnico-administrativas de los sistemas de salud acorde con los contextos nacionales de desarrollo. Frente al reto de desarrollar la infraestructura de los servicios de salud y de establecer prioridades en la atención de los problemas y grupos poblacionales, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, como ente rector del Sector Salud, aprobó en 1996 el diseño y la implementación del SIAS como modelo de atención integral para la prestación de los servicios de salud. Desde principios de la misma década, la misma institución había venido propiciando una serie de experiencias con base en el desarrollo de los SILOS, como una táctica operativa, con la cual, igualmente, pretendía hacer del sistema nacional de salud un modelo más equitativo, eficiente y eficaz. Sin embargo; **la falta de un seguimiento sistemático de las mismas no ha permitido a las instituciones y actores sociales involucrados, evaluar logros potenciales y determinar la vigencia de esta táctica operativa a nivel nacional.**

En este sentido, la presente investigación descriptiva observacional, se basa en el trabajo de campo realizado por el investigador en un período de veintitres meses (a partir de abril de 1998) a tiempo completo en el departamento de Huehuetenango, con lo cual participó completamente en la investigación convirtiéndose en un miembro más del sujeto de estudio. Durante este período, el autor se desempeñó durante quince meses como Facilitador de Área del Subprograma III/Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y, los ocho meses restantes, como Encargado Médico en la ONG Médicos Sin Fronteras. La tarea desempeñada para el Ministerio de Salud Pública en el marco de la implementación del SIAS se dividió en dos fases por temporalidad y ubicación geográfica; siete meses centralizada en la jefatura de área y ocho meses en el distrito de Santa Cruz Barillas. Los ocho meses restantes laborados para Médicos Sin Fronteras se desarrollaron igualmente en Santa Cruz Barillas, dándole continuidad a las labores inicialmente emprendidas en ese lugar.

## II. Antecedentes

En 1988, la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud celebrada en Washington D.C. aprobó la Resolución XV y el Documento CD33/14 referente al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud (\*1).

A partir de la divulgación de la táctica operativa de SILOS en las Américas, el Ministerio de Salud de Guatemala ha desarrollado una serie de experiencias de campo y reuniones técnicas para ponerla en práctica y asegurar la transformación del sistema nacional de salud hacia un modelo más eficaz, eficiente y equitativo.

En agosto de 1990, se realizó la primera reunión para evaluar el desarrollo de los -SILOS- en Guatemala de donde se obtuvo el concepto y la definición geográfica como primeras aproximaciones. Así mismo, se decidió que de las múltiples experiencias, las más sistematizadas eran las desarrolladas en los departamentos de Escuintla, con la extensión de la Seguridad Social; la de Suchitepequez con el desarrollo de Comités de Salud Municipales denominados -SILOS- y la de Sololá con un proceso de Coordinación en Salud a través del Consejo Departamental de Desarrollo.

En agosto de 1992, el Ministerio de Salud conformó un grupo de trabajo para poner en marcha la estrategia de atención primaria en salud por medio de los Sistemas locales de salud y el fortalecimiento de las áreas de salud de la Región VII declarada como prioritaria por el Gobierno por su grado de postergación económica y social. De lo anterior se obtuvo una propuesta de trabajo presentada y validada, a nivel nacional, con participación interinstitucional y multisectorial.

Con base en las prioridades identificadas para la Región VII, en el segundo semestre de 1993, se inició la implementación del Plan de descentralización de la cooperación técnica de OPS/OMS en Huehuetenango y Quiché. Durante este período, las autoridades de salud de Quiché tomaron la decisión de desarrollar siete SILOS en el departamento, definidos por sus características culturales, idiomáticas, acceso, capacidad resolutoria y de desarrollo local. La evaluación de dicha labor en la región permitió ratificar la importancia de la descentralización para contribuir con el fortalecimiento de los actores locales y su propio desarrollo. También se lograron identificar los problemas y aspectos que requieren ser retomados para que la asistencia técnica cumpla su cometido, según las necesidades del nivel local.

En julio de 1994, se presentó el proyecto de Reforma del Sector Salud y el 12 de septiembre del mismo año se firmó un convenio para la descentralización de la cooperación técnica, con el cual se ratificó el compromiso de agilizar los procesos técnicos y administrativos del Estado y el apoyo para su fortalecimiento, modernización y descentralización a través del desarrollo de los SILOS.

(\*1) Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. OPS/OMS, 1989.

Durante 1995, el Ministerio de Salud condujo el proceso de Reforma Sectorial en tres departamentos; Escuintla, Alta Verapaz y Chiquimula. Habiendo realizado foros a nivel nacional, departamental y municipal con la participación de múltiples sectores y actores de los diversos contextos, se destacó la participación de los gobiernos locales y el compromiso de los servidores de salud a nivel local como promotores de cambio a través del desarrollo de los -SILOS-, los cuales se llegaron a definir después de priorizar y focalizar las áreas geográficas y las canastas básicas, según las características culturales, el acceso y el riesgo epidemiológico propios de cada lugar.

De esta manera, el Ministerio de Salud Pública elaboró una propuesta para la descentralización y desarrollo de los sistemas locales de salud en el marco de la Reforma Sectorial que plantea la transformación del sistema nacional de salud en tres fases: establecimiento, desarrollo y consolidación sostenible, haciendo énfasis en los papeles del nivel local y central para la implementación del proceso (\*2).

Finalmente, en 1996, la misma institución aprobó el diseño y la implementación del SIAS como modelo de atención integral para la prestación de servicios de salud a nivel nacional (\*3).

(\*2) Propuesta para la Descentralización y Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud en el marco de la Reforma Sectorial.

(\*3) Avances y perspectivas. Extensión de cobertura con servicios básicos de salud. I nivel de atención en salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala 1999.

### III. Justificación

En Guatemala, el Ministerio de Salud aprobó el diseño y la implementación del -SIAS- como modelo de atención integral en la prestación de servicios, sin embargo, dicho proceso no ha propiciado un seguimiento sistematizado a las iniciativas que la misma institución promovió en torno a la operativización de los SILOS. A pesar de los esfuerzos articulados en ambos sentidos por las diversas instituciones y actores sociales involucrados, los logros en cuanto a la equidad, eficacia y eficiencia que se persigue para el Sistema nacional de salud siguen siendo limitados.

En este sentido, la trascendencia práctica de este trabajo radica en identificar y describir aquellos factores que obstaculizan o favorecen la reorganización de la red de servicios desde la perspectiva del desarrollo y fortalecimiento del SILOS, de acuerdo con los aspectos que se consideran fundamentales para lo mismo. Y, como consecuencia de ello, constituirse en fuente informativa para realimentar las iniciativas que giran en torno, tanto para los trabajos y experiencias de campo acumuladas respecto de los SILOS, como en la implementación del nuevo modelo de atención en el marco de la Reforma Sectorial de Salud.

### IV. Objetivos

#### A. General

Caracterizar el proceso de desarrollo y fortalecimiento de un SILOS en el distrito de Santa Cruz Barillas, Huehuetenango.

#### B. Específicos

1. Analizar la situación de salud de Santa Cruz Barillas, Huhuetenango, caracterizando la intervención institucional orientada hacia la reorganización de la red de servicios municipales en el marco de la implementación del nuevo modelo de atención -SIAS- durante el período 1998-2000.
2. Hacer un análisis comparativo de los resultados obtenidos durante la intervención institucional caracterizada previamente, a la luz de los 10 aspectos que se consideran fundamentales para el desarrollo y fortalecimiento del SILOS en el municipio de Santa Cruz Barillas, Huehuetenango .
3. Identificar y describir aquellos elementos que obstaculizan o favorecen la reorganización de la red de servicios municipales desde la perspectiva operacional de un SILOS en Santa Cruz Barillas, Huehuetenango.

## V. Marco teórico

### A. La salud como producto social

Actualmente, se afirma que "la salud individual y colectiva es el resultado de la relación que se da en una sociedad entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales. Como producto social, depende de las acciones que realizan los actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de las poblaciones"(1).

"Las condiciones de vida de un determinado conjunto social son a la vez razón y expresión de su situación de salud"(2). En las poblaciones, éstas se generan a partir de procesos predominantemente biológicos, ecológicos, culturales y económicos, y, se manifiestan a nivel individual, cultural y político-económico, a través de estilos de vida y formas de organización social que se constituyen, a su vez, en comportamientos regulares que reflejan las conductas individuales, familiares y sociales ante dichas condiciones.

Puede decirse, además, que "la atención de la salud es el conjunto de estrategias y acciones estimuladoras, defensivas y reparativas que realizan los individuos, las familias, los grupos sociales, los profesionales de la salud y el conjunto de la sociedad, para desarrollar y mantener la integridad y la capacidad física, mental y social de las personas y las poblaciones"(3).

Desde este ángulo, la salud se concibe como un "producto social", en la medida en que es una resultante y depende de las acciones que realizan, a favor o en contra, los diversos actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de las poblaciones.

"La producción social de la salud es, entonces, la activación de los procesos y acciones sociales que conducen al desarrollo de la salud individual y colectiva, con base en el esfuerzo positivo de toda la sociedad"(4). Por lo tanto, el proceso de producir salud ya no se interpreta como el resultado de una acción gubernamental aislada, sino que involucra tanto la acción intersectorial como la de todos los actores sociales, institucionales y comunitarios, que pueden influir sobre la situación de salud dentro de un espacio geográfico poblacional.

Además, la finalidad de un proceso nacional de producción social de la salud se basa en los principios de universalidad e integralidad de la atención, equidad en la prestación de los servicios, solidaridad en el financiamiento y una amplia participación de todas las fuerzas sociales. Los procesos políticos y técnicos que la hacen viable y factible dependen del Ministerio de Salud, en un Estado moderno (5).

Esta función del Estado y, específicamente, del Ministerio de Salud, se denomina "rectoría de la salud" e implica la "capacidad política para dirigir y conducir la producción social de la salud".

### B. Salud en el desarrollo

La interdependencia que existe entre salud y desarrollo, obligan a discutir y deliberar sobre ambos temas desde una perspectiva integral, entendiendo que la salud es un componente fundamental del desarrollo y que, finalmente, se trata de un concepto único: "salud en el desarrollo".

La salud es parte integrante del desarrollo ya que es, al mismo tiempo, factor y resultado. El desarrollo como proceso social, debe estar dirigido a la creación de condiciones de bienestar para todos y la plena vigencia de los derechos y responsabilidades de la ciudadanía. Debiera tener como referencia fundamental, por lo tanto, la búsqueda determinada y conducida, por la voluntad social, del bienestar y la equidad (6).

Desde este punto de vista, puede afirmarse que la salud en el desarrollo, da a este último, finalidad y propósito: el bienestar de las personas, de las familias, de las comunidades y, en general, de toda la sociedad.

### C. Sistemas Locales de Salud-SILOS-

#### 1. Consideraciones generales

"Un Sistema Local de Salud -SILOS- es un espacio geográfico-poblacional, vinculado a una instancia de poder político y administrativo, que es capaz de brindar una respuesta social organizada a las necesidades y demandas de salud de los conjuntos sociales que lo habitan, mediante la articulación de los recursos institucionales y comunitarios disponibles y que se comporta como un microproceso de producción social de salud" (7).

Los SILOS se consideran estrategias básicas para reorganizar y reorientar el sector salud en función de lograr la equidad, con eficacia y eficiencia y la participación plena de los conjuntos sociales a través de la puesta en práctica de la atención primaria.

El ámbito privilegiado para la conformación de un -SILOS- ha sido, en general, el de los "municipios", en los países de la Región como Guatemala. Es allí, donde pueden constituirse en unidades básicas organizativas de los sistemas nacionales de salud y en mínimas estructuras político-administrativas capaces de dar respuesta a las necesidades y demandas de salud de un conjunto poblacional determinado.

Por lo tanto, un sistema local es una red articulada de recursos, institucionales y comunitarios, organizada con la finalidad de dar atención adecuada a los problemas relevantes de salud para un conjunto geográfico y social integrando los tres niveles de atención (8), lo que también puede denominarse "red de servicios".

## 2. Aspectos a considerar para el desarrollo de los -SILOS-

Sobre la base de que los SILOS representan una respuesta del sector salud para lograr una mayor equidad, eficacia y eficiencia en sus acciones, se han identificado 10 aspectos fundamentales para su desarrollo (9) los cuales se describen a continuación.

### 2.1 "La reorganización del nivel central para asegurar la apropiada conducción del sector y el desarrollo de los -SILOS-

El papel directivo del nivel central que se considera como un aspecto fundamental para la conducción de los procesos tendientes al desarrollo de los SILOS, se manifestará en la medida en que se refuerce su capacidad y liderazgo.

El Ministerio de Salud, como ente rector del sector salud, debe tener la capacidad suficiente para dirigir, regular, vigilar, coordinar y evaluar las acciones de salud del resto de las instituciones, organizaciones y personas que lo conforman. Así mismo, tiene la función de formular, organizar, dirigir la ejecución de planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población en la dirección en que ha sido planteada la política nacional de salud.

"Se entiende por 'sector salud' al conjunto de organismos e instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipalidades, 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" (10).

La promoción del desarrollo de los recursos humanos en salud como un factor importante para la conducción sectorial, deberá contemplar las incidencias y perspectivas de la salud pública en el tercer milenio y proveer los elementos necesarios para la implantación adecuada y científica del nuevo modelo de atención en el país.

La función rectora en la conducción del sector es lo que otorga la debida coherencia al desarrollo de los SILOS y tiene como propósito asegurar la equidad en las condiciones de salud y en la cobertura de los servicios dentro del marco de un proceso de desarrollo humano integral y sostenible.

"La conducción de la acción sectorial consiste en la capacidad de los entes rectores, en este caso, los ministerios de salud, de formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud mediante procesos de definición de objetivos viables y metas factibles, de elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos que articulen los diversos esfuerzos, tanto de las instituciones públicas y privadas del sector como de otros actores sociales, del establecimiento de mecanismos participativos y construcción de consensos y de la movilización de los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones planteadas" (11).

Para una conducción efectiva, los ministerios de salud requieren desarrollar y fortalecer su capacidad institucional, por lo menos, para las siguientes acciones:

- a. análisis de la situación de salud y sus determinantes que facilite ejercer un liderazgo con conocimiento y visión de los condicionantes políticos, económicos y sociales en que el sector se desempeña;
- b. desarrollo de métodos y procedimientos para la priorización de problemas, poblaciones e intervenciones con base en criterios de costo-efectividad;
- c. formulación, análisis, adecuación y evaluación de políticas públicas de salud incorporadas a los planes nacionales de desarrollo;
- d. dirección, concertación y movilización de recursos y actores sociales y políticos que ejercen influencia en la salud del país;
- e. coordinación política y técnica de los organismos de cooperación técnica y financiera en salud;
- f. participación política y técnica junto a los organismos e instancias del nivel regional y municipal para promover un mejor tratamiento de los intereses sanitarios en esos ámbitos geográfico-poblacionales.

### 2.2 "La descentralización y desconcentración"

La experiencia comparada demuestra que los sistemas de salud presentan tres niveles de gestión, a saber: el centralizado, el desconcentrado y el descentralizado.

Para Orellana (12), la centralización se caracteriza porque "los órganos se agrupan colocándose unos respecto de otros en una situación de dependencia tal que, entre todos ellos, existe un vínculo que, partiendo del órgano situado en el más alto grado de este orden, los vaya ligando hasta el órgano de infima categoría..."

Desde el punto de vista de la teoría administrativa, Jiménez Nieto (13) define "desconcentración" como; la delegación de autoridad administrativa por decisión del gerente institucional en favor de sus órganos auxiliares o de línea, a efecto de una mayor eficiencia funcional, recomendable por la naturaleza misma de la actividad o por la disposición geográfica del ámbito institucional.

- a. Elementos básicos de la desconcentración:
  - i. orientación del proceso hacia una mayor eficiencia operacional;
  - ii. se concreta un acto de delegación de autoridad y responsabilidad;
  - iii. se produce por una decisión del gerente institucional -se enfatiza más en la decisión y no en la norma- a cuyo cargo se encuentra supeditado el proceso; y,
  - iv. el proceso puede operar en los órganos de línea o en los órganos auxiliares.

Para Oreliana (14), desde el punto de vista jurídico, "la descentralización administrativa se produce cuando mediante ley se atribuyen competencias que, originalmente, competen al Estado-persona, a un ente separado de éste, jerárquicamente, y, dotado de personalidad jurídica, patrimonio propio y de potestades para administrarse por sí mismo y para emitir normas en el ámbito de su competencia".

b. Elementos esenciales de la descentralización:

- i. se establece mediante ley;
- ii. se transfieren competencias que, originalmente, corresponden al Estado y ejercidos por la administración central;
- iii. se otorga personalidad jurídica y patrimonio propio;
- iv. se crea una organización dotada de autonomía normativa.

No obstante, la "desconcentración" es por su naturaleza, objetivos, modalidad y regulación, la más flexible y difundida forma de gestión en los sistemas de salud (15); en cualquier proceso de desarrollo de los SILOS es necesario considerar estas tres modalidades como formas armónicas de gestión, que no se excluyen sino se complementan. Todas ellas conforman un proceso dinámico y continuo que ocurre en cada uno de los niveles de la organización o sistema de salud que, a la vez, asumen las responsabilidades respectivas dentro de una línea de acción común.

De esta manera, para que los sistemas locales de salud logren su completo desarrollo, se requiere de la transferencia de competencias y poderes de decisión a otros niveles de la estructura de los sistemas nacionales de salud. En este mismo orden de ideas, puede agregarse que; para que el SILOS asuma el liderazgo, es preciso que cuente con el apoyo permanente de los correspondientes niveles regionales y centrales del sistema público de salud. Esto quiere decir que cabe a los niveles directivos de dicho sistema dar direccionalidad por medio de una efectiva descentralización de atribuciones y competencias.

Dentro de esto, adquiere fundamental importancia la transferencia de las competencias que permiten una gestión real en el ámbito local, específicamente, las que se refieren a la administración de personal y material y, muy particularmente, el manejo de los recursos financieros. Si esto no se hace así, las posibilidades de construir un liderazgo real y efectivo, por parte del sistema público de salud a nivel local, corre el riesgo de no llegar a concretarse.

De esta manera, la desconcentración y la descentralización son elementos vitalizadores del desarrollo de los sistemas locales de salud, los cuales deben ser instrumentados en coherencia con la organización política y administrativa de Guatemala.

Para que esta propuesta de cambio en el uso y la distribución del poder se pueda dar en el sector y en la sociedad como parte intrínseca del desarrollo

de los sistemas de salud, son necesarios ciertos requisitos (16), tales como:

- firme decisión política de llevar a cabo este proceso efectivamente;
- transferencia del poder político necesario desde el nivel central, transfiriendo en forma efectiva los recursos financieros, económicos, humanos, tecnológicos, etc, necesarios;
- desarrollo del poder político local a través del manejo directo de los recursos, principalmente financieros y económicos, y de la participación activa de las organizaciones de la comunidad.
- desarrollo de la capacidad de gestión en la prestación de los servicios.

De igual manera, la organización del Ministerio de Salud en Guatemala está enmarcada dentro de las estrategias de descentralización, desconcentración y participación social (17) y cada uno de los niveles y la estructura correspondiente, deberá cumplir con los siguientes propósitos:

- ejercer la rectoría del sector a fin de mantener los principios de solidaridad, equidad y subsidiaridad en las acciones de salud dirigidas a la población; y,
- favorecer el acceso de la población a los servicios públicos de salud, los cuales deben ser prestados con eficacia, eficiencia y ser de buena calidad.

### 2.3 "La participación social"

El siguiente aspecto fundamental para el desarrollo de los SILOS es el apoyo a los procesos de participación social a través de los cuales los grupos comunitarios, las organizaciones, las instituciones, los sectores -todos los actores sociales dentro de una zona geográfica- intervienen en la identificación de los problemas afines y se unen para dar solución a los mismos.

Desde esta perspectiva, los sistemas locales de salud se proponen como el conjunto de procesos que conforman la totalidad de las acciones sociales de salud en el nivel local, considerando que son los escenarios ideales para la interacción de los diversos actores sociales en favor de la producción de la salud (18).

Cualquier estrategia que se base en la participación social debe viabilizar la deliberación entre el conjunto de actores organizados (comunitarios e institucionales) sobre los problemas de salud y su atención. Debe promover, además, la concertación entre los diversos actores sociales sobre lo que se debe hacer para mejorar la atención de la salud, las formas para lograrlo y sobre los compromisos y responsabilidades a asumir, apoyado esto en una consulta continua a la población (19).

El proceso de participación social tiene como finalidad hacer que

las personas construyan su propio futuro, lo que implica estimular el desarrollo de la capacidad de decidir de los conjuntos sociales.

Desde la perspectiva de cómo estas decisiones son tomadas y llevadas a cabo, la participación social puede entenderse como colaboración, cogestión, autogestión y negociación (20), de la manera como se describen seguidamente.

a. **Colaboración:** en este caso, las personas o los conjuntos sociales no tienen injerencia en la conducción ni en la gerencia del proceso; basta con su disponibilidad para colaborar en la acción solicitada y suele ser patrocinada o tutelada.

b. **Cogestión:** implica estrictamente la intervención en la toma de decisiones; supone la vigencia de la descentralización y la democratización del poder y los mecanismos para acceder a él; en el ámbito de los servicios de salud enfrenta obstáculos ante la articulación de intereses políticos, técnicos y administrativos que generan estructuras rígidas y resistentes al cambio. Para que en los -SILOS- los conjuntos sociales sean cogestores reales del sistema, deben tener acceso a las decisiones acerca de lo que se considera como problema, de cuales son las prioridades y sobre el destino de los recursos (físicos, financieros, humanos y materiales).

c. **Autogestión:** constituye una forma de participación más independiente de la voluntad institucional; surge de procesos inicialmente tutelados que avanzan hacia la autonomía o de movimientos reivindicatorios de los propios conjuntos sociales orientados hacia su autodeterminación.

d. **Negociación:** el fortalecimiento de la sociedad civil es un requisito necesario para su expresión; la sostenibilidad de este tipo de participación requiere de que los conjuntos sociales tengan conciencia de sus derechos y responsabilidades, así como de disponibilidad para movilizarse en su defensa cuando sean afectados; la participación se centra en la concertación, la negociación y el control social bajo la convicción de que es el Estado y sus instituciones sectoriales los responsables por prestar servicios eficientes y de calidad para toda la sociedad, entendiéndose que el autocuidado y los estilos de vida saludables, quedan a cargo de la población.

Cabe mencionar que los Acuerdos de Paz contemplan, así mismo, "fomentar la participación activa de las municipalidades, las comunidades y las organizaciones sociales (incluyendo mujeres, indígenas, sindicales, cívicas, humanitarias) en la planificación, ejecución y fiscalización de la administración de los servicios y programas de salud, a través de los sistemas locales de salud y los consejos de desarrollo urbano y rural" (21).

El Ministerio de Salud, por su parte, tiene como función "propiciar y fortalecer la participación de las comunidades en la administración parcial o total de las acciones de salud" (22).

## 2.4 "La intersectorialidad"

Un aspecto fundamental y elemento integrador que adquiere relevancia en el nivel local, es el abordaje intersectorial de los problemas planteados. El desarrollo de políticas de salud de carácter intersectorial como una estrategia básica de la atención primaria deberá encontrar un adecuado ámbito de ejecución a este nivel.

Se dice que "todo esfuerzo de desarrollo de la salud con un enfoque amplio exigirá la conjunción de todas las fuerzas sociales y económicas con el propósito del bienestar colectivo" (23). La intersectorialidad y la participación social son así dos fuerzas fundamentales para el desarrollo de los SILOS.

Desde el punto de vista del sector salud, "la participación activa en la acción intersectorial es condición indispensable para que su propuesta de desarrollo se integre con la acción de los otros sectores (a escala nacional, regional y local), para el establecimiento de políticas, la preparación de proyectos y programas, su ejecución y evaluación" (24).

No obstante, existe acuerdo sobre los beneficios que conllevan los procesos de desarrollo intersectorial, que en la práctica deben enfrentar una serie de obstáculos, tanto institucionales y administrativos, como políticos, humanos, financieros y metodológicos y que si no existe una firme determinación política de afirmar la articulación entre sectores, las estructuras institucionales establecidas tendrán pocas oportunidades de obtener resultados significativos para un desarrollo social y económicamente justo.

De esta manera, "para que el desarrollo intersectorial pueda ser puesto en práctica, con plena participación de todos los sectores y niveles, se requiere de un análisis previo que permita conocer la estructura institucional y administrativa de las diferentes jurisdicciones políticas del país (nacional, regional y local), las esferas legales de competencia de las principales instituciones y los mecanismos de relación entre ellas. Se requiere, además, revisar los procedimientos mediante los cuales se fijan las políticas, se adoptan las decisiones, se establecen las prioridades, se asignan los recursos y se ponen en práctica programas y proyectos" (25).

## 2.5 "El refuerzo de la capacidad administrativa":

En la actualidad, la insuficiente capacidad operativa de los servicios de salud y el bajo impacto de las acciones sanitarias son consecuencia de sistemas, procedimientos y prácticas de administración y de gerencia deficiente que, con un enfoque tradicional, limitan la posibilidad de incrementar la capacidad de resolución de los sistemas locales de salud.

La capacidad de resolución de los sistemas locales de salud - SILOS- debe estar orientada a contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud y al mejoramiento del nivel de vida de la población en su ámbito de responsabilidad (26), mediante:

- población;
- a. la solución de los problemas de salud que afectan a la población;
  - b. la prevención de la aparición de problemas de salud, a través de la acción sobre los factores de riesgo;
  - c. el mantenimiento y conservación del estado de salud alcanzado por la población.

Sin embargo, existe una serie de factores que condicionan la capacidad de resolución de los SILOS sobre los cuales debe hacer énfasis la administración de los mismos.

- La capacidad instalada disponible en el nivel local, conformada por todos los recursos físicos, humanos, tecnológicos y de investigación del sector salud y de otros sectores.
- La organización sectorial imperante y las relaciones de coordinación alcanzadas dentro del sector, con los otros sectores y con otros sistemas locales.
- El modelo de atención que se utilice, con el nivel de integración entre los programas de prevención, control, atención a las personas y atención al medio/ambiente.
- El nivel de descentralización y la capacidad de decisión otorgada a los organismos de salud.
- El modelo financiero que se emplee.
- El grado de participación social que exista en salud.
- La capacidad gerencial desarrollada.

En consecuencia, se requiere redimensionar la gestión administrativa con base en el concepto y la práctica gerencial, entendiéndose como "el de una acción que viabiliza la optimización de los recursos para el logro de los objetivos de las instituciones de salud, mediante un proceso continuo de planificación, programación, organización y coordinación de recursos para el desarrollo de las acciones, con una dirección adecuada en la ejecución y en presencia de permanente supervisión, seguimiento y evaluación. Este proceso de gestión debe alimentarse del flujo continuo de la información que genere los conocimientos necesarios para el diagnóstico de la situación y la oportuna toma de decisiones en secuencia prioritaria" (27).

La situación deseable, finalmente, es que los SILOS posean una capacidad administrativa tal que permita apoyo adecuado a la prestación de servicios, según las necesidades del nivel local. Dicha capacidad administrativa debe estar definida con base en la satisfacción de algunos requisitos mínimos (28), tales como:

- a. una unidad de conducción técnico-administrativa, con recursos humanos adecuadamente adiestrados, que cubra la administración general de los servicios, se ocupe del sistema de información y atienda los servicios de apoyo;

- b. un sistema de información que permita recolectar datos sobre la situación de salud y la prestación de servicios, que incorpore el análisis epidemiológico y administrativo de esa información y que utilice el análisis para el proceso de gestión;
- c. una dotación básica de recursos físicos e insumos críticos que permita ejecutar las actividades arriba mencionadas;
- d. capacidad de ejecutar y coordinar recursos financieros para el desarrollo de actividades a nivel local;
- e. capacidad de articular las actividades de atención de la salud con el proceso de organización de la comunidad para la promoción de la salud en el área.

## 2.6 "El desarrollo de un nuevo modelo de atención"

El desarrollo de los -SILOS-, visto desde la perspectiva de este aspecto fundamental, debe entenderse como un proceso que facilita el cambio fundamental en los procedimientos fijados para la prestación de los servicios de salud, en el uso de la tecnología apropiada, en la integración y uso de los conocimientos, en la forma de usar los recursos y propiciar la participación social a través de la definición de nuevas metodologías y principios básicos, como requisito para la implementación de un nuevo modelo de atención.

Una estrategia básica de -SILOS- debe partir del "análisis de situación de la salud", sin lo cual no podría proyectarse el conocimiento de las necesidades e identificar y calificar las condiciones de riesgo, con el fin de orientar la definición de prioridades, la organización y la utilización de los recursos (29).

En la implantación de un nuevo modelo de atención, los -SILOS- se constituyen en unidades geográfico-administrativas mínimas de análisis los cuales facilitan la programación local y la evaluación de los servicios de salud según las necesidades de la reorganización y reordenamiento de la estructura del sistema nacional y las características poblacionales.

Desde el punto de vista de la "administración estratégica" la programación en los sistemas locales de salud, puede ser un instrumento que ayude en la toma de decisiones, garantice la eficiencia en el uso de los recursos y, también, facilite los procesos de negociación y participación social, dentro del marco de referencia establecido por las políticas y estrategias nacionales y los correspondientes proyectos para el desarrollo del modelo de atención deseado (30).

Con base en un proceso de programación participativa, las actividades del SILOS deben organizarse y ejecutarse en el sentido siguiente:

- a. identificación de los problemas de salud por parte de los conjuntos sociales y los profesionales de la salud;
- b. validación de los principales problemas en salud y listado de las prioridades locales, según los conjuntos sociales afectados;
- c. determinación de la población susceptible, definida como

el universo o población meta en la que se presenta el fenómeno o problema de salud, así como a la cual irán orientadas las acciones respectivas para dar solución al mismo;

- d. identificación de los conocimientos disponibles;
- e. selección de la tecnología más adecuada de acuerdo con criterios de disponibilidad, viabilidad, factibilidad, costos, eficacia, aceptabilidad;
- f. adjudicación de los compromisos y responsabilidades para la solución de los problemas y de los grupos de población a los diversos sectores institucionales, según la disponibilidad de recursos de todo tipo, a través de un proceso adecuado de negociación;
- g. determinación para todos los subsectores que estén participando del -SILOS- de manera orgánica y funcional, de la cantidad de actividades que deberían realizar, a partir de la definición y aplicación de normas (para cada tipo de recurso, para cada conjunto social, para la afección en salud determinada, para cada integrante de equipos e instancias de salud);
- h. análisis del balance entre los recursos requeridos y los disponibles;
- i. reajuste de las propuestas preliminares y preparación de propuestas coyunturales;
- j. elaboración del presupuesto;
- k. identificación y captación de nuevas fuentes de financiamiento. Negociación presupuestaria;
- l. ejecución y ajuste permanente de la programación, mediante un proceso gerencial flexible y adecuado a las características locales;
- m. determinación de las formas de supervisión, control y evaluación. Caracterización del control social de la gestión del -SILOS-; y,
- n. acompañamiento de la ejecución y determinación del nuevo orden de prioridades.

Un nuevo modelo de atención, como el que actualmente se impulsa en el país a través del Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-, demanda que toda familia y grupo de población cuente con recursos y personal de salud, asignados, que le brinden atención ya sea a nivel institucional o comunitario, organizados en una red de servicios coordinados, con los escalones de complejidad necesarios para responder a las necesidades de la población (31).

Por red de servicios se entiende: " el conjunto de recursos de todo tipo (conocimientos, recursos humanos, plantas físicas, instalaciones, equipos, recursos de la organización, financieros, tecnológicos, etc.) y cualquier dependencia administrativa, incluso, los de los conjuntos sociales, que se articulan en un espacio geográfico y de población, para enfrentar los problemas de salud de manera regionalizada y jerarquizada" (32). Dicha red en su conjunto, debe asumir la responsabilidad de otorgar atención integral a toda la población, lo cual significa que en los SILOS se encuentren las soluciones apropiadas, ya sea a través de su propia capacidad instalada o del desarrollo de las interrelaciones necesarias.

El Ministerio de Salud, en este sentido, intenta, actualmente, "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 de la salud en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad del sistema, tomando en cuenta el contexto nacional, multiétnico, pluricultural y multilingüe" (33).

No obstante, el anterior proceso no podrá implantarse adecuadamente, sin antes impulsar una "reforma" que influya en forma determinante sobre las políticas económicas y sociales que impactan en la salud de los guatemaltecos, en las condiciones de vida de la población y transforme el sistema de prestación de servicios de salud en beneficio de los conglomerados sociales.

Para esto se espera que el gobierno logre introducir los cambios estructurales necesarios en el sistema de salud, pero, también, que la sociedad responda organizadamente en el sentido de conferir viabilidad y factibilidad en forma sostenida a un proceso en el cual la sociedad, como un todo, produzca, gradualmente, más salud que enfermedad.

Una de las características esenciales de los procesos de reforma en materia de organización de los servicios, es la redefinición de los modelos de atención con énfasis en la integralidad y la desconcentración, donde destaca un aumento de la atención promocional y preventiva para reordenar las prestaciones con criterios de equidad, eficiencia y costo efectividad. Igualmente, se propone ordenar las prestaciones, definiendo conjuntos básicos de prestaciones diferenciados en función de los perfiles epidemiológicos prevalentes, la disponibilidad de recursos, las preferencias de las comunidades involucradas y las opciones de política de cada país. Este mecanismo está siendo adoptado, tanto por varios países de la Región como por Guatemala, como una estrategia para operacionalizar la meta de universalizar el acceso de la población a la atención de salud (34).

La reforma sectorial es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias del sector salud; sus relaciones y las funciones que llevan a cabo, con el fin de aumentar la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población a partir de coyunturas que lo justifican y viabilizan, el Programa de Gobierno 1996-2000 (35) tiene, como propósito final, una población sana para lo cual formula orientaciones generales de la Estrategia de Salud, algunas de las cuales se vinculan en forma explícita; a lo descrito, anteriormente, en relación al desarrollo de un nuevo modelo de atención, tales estrategias se detallan a continuación.

- a. Fundamentar el nuevo modelo de atención para la salud, en un conjunto de acciones de naturaleza local relacionadas con el autocuidado de la salud, la preparación de recursos humanos e integración de equipos de trabajo con base en la experiencia local.

- b. Centrar el nuevo modelo de atención en el traslado de actividades del nivel central hacia las estructuras de naturaleza local, implicando una mayor eficiencia y eficacia en la ejecución real de los recursos físicos y financieros destinados a la salud del nivel local.

c. El nuevo modelo requiere de la acción intersectorial y multisectorial en el campo de la salud: implica el diseño e implementación de un paquete mínimo de servicios adecuado a las realidades locales, la focalización de programas y acciones de salud, con participación de la propia comunidad y extractando de la misma, los recursos estratégicos que la viabilicen. El modelo descansa en una atención primaria dinámica y participativa, así como en los sistemas locales de salud.

## 2.7 "La integración de los programas de prevención y control"

A la luz de este aspecto fundamental, el ámbito de trabajo de los SILOS debe propiciar la unificación de los esfuerzos de la comunidad y de los recursos del sector en acciones conjuntas de salud.

Desde la perspectiva de la atención primaria en salud, esto viene determinado por los objetivos sociales, tales como el mejoramiento de la calidad de vida y la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos; y, esos objetivos, se alcanzan con la aplicación de medios sociales, como la aceptación de una mayor responsabilidad en materia de salud por parte de las comunidades, los individuos y su activa participación en el esfuerzo por alcanzarlos (36).

Uno de los objetivos primordiales del desarrollo de los -SILOS- es lograr el mayor impacto en las acciones de salud, lo que demanda incorporar todas las experiencias exitosas en el ámbito de las acciones de salud, de una manera integral y coordinada y que los actores sociales involucrados en el -SILOS- consigan definir programas conjuntos.

De esta manera, en los -SILOS- se vuelve más concreta la posibilidad de articular el desarrollo de programas que buscan atender las necesidades de la población con la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada existente para la producción de los servicios necesarios. Dicho vínculo se facilita cuando la gestión técnico-administrativa, aproxima, al máximo posible, los problemas locales de salud, por un lado, y, el diseño de programas y la adaptación de la organización de los servicios, por el otro (37).

Dentro de una perspectiva renovada de atacar los problemas de salud, la "promoción" se constituye en la modalidad rectora para la reformulación de las actividades del sector en todos sus niveles, especialmente, en el ámbito local.

Se conceptúa la promoción de la salud como "la suma de las acciones de la sociedad, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminada al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva" (38).

## 2.8 "La capacitación de la fuerza de trabajo"

Actualmente, la utilización más racional del personal ya existente en el sistema nacional de salud y del sector privado que se incorpora como parte de la mezcla pública-privada en la provisión de servicios de salud, a través de la educación permanente del recurso humano, constituye un desafío para el logro de la universalidad en el acceso y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en el país.

Dentro de este propósito, el personal institucional y comunitario requiere de nuevos procesos de integración y colaboración, tendientes a incidir, corporativamente, en los problemas de salud, en sus factores determinantes y en la dinámica de la comunidad.

La reorganización de la infraestructura del sector salud, a través del desarrollo y fortalecimiento de los -SILOS-, exige redefinir las funciones del personal y adecuar su vinculación al sistema de servicios y que se promueva una educación continua y supervisada de acuerdo con los planteamientos integrales que orientan el nuevo enfoque de atención en salud (39).

"Un proceso capacitante está constituido por todas las formas y modos de interacción humana, entre y dentro de los distintos niveles organizacionales, que posibilitan compartir pensamientos y sentimientos necesarios para el desarrollo personal, colectivo e institucional con un objetivo común" (40).

En este sentido, lo deseable es que los -SILOS-, a través de un proceso de supervisión capacitante, cuenten con personal suficientemente calificado para asumir las tareas y responsabilidades que impone la reorganización y que interactúen como equipos estrechamente vinculados al contexto en el cual se desempeñan.

En el marco del Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- el proceso de capacitación es considerado como un instrumento gerencial tendiente a facilitar el desarrollo del recurso humano institucional y comunitario participante en el primer nivel de atención, para alcanzar las metas de extensión de cobertura de los servicios de salud y mejorar la calidad de atención (41).

La orientación de dicho proceso de capacitación, por ejemplo, pretende que los equipos básicos de salud coparticipen con la comunidad para lograr transformaciones en su perfil epidemiológico a través del análisis de la situación de salud, la identificación y priorización de problemas, la elaboración de planes de acción y de proyectos para mejorarla, la ejecución de los mismos, la reflexión y la fiscalización.

De esta manera, el desarrollo de programas de educación permanente para el personal de salud con enfoques innovadores, deberán favorecer el conocimiento y la sensibilidad de los funcionarios hacia los problemas y las necesidades locales de salud de la población y el contacto más cercano del mismo a

la comunidad, permitir, a ambos, mayor intercambio y acciones conjuntas promoviendo y desarrollando la participación social en la planificación y administración de los sistemas de salud.

En forma complementaria, la planificación estratégica de recursos humanos en salud puede definirse o delimitarse como: "la planificación intencionada de intervenciones que diferentes instituciones, actores o fuerzas sociales realizan sobre el proceso de desarrollo de recursos humanos en salud, considerado como un objeto de transformación socialmente determinado. Estas intervenciones, a su vez, son valoradas en función de su contribución a mejorar la cantidad, calidad y cobertura de servicios de salud y, en última instancia, de la salud de la población" (42).

Consecuentemente, la planificación estratégica de recursos humanos en salud, se constituye en un instrumento de transformación puesto al alcance de aquellos trabajadores de salud que, siendo sujetos y objetos de cambio, son problematizados y problematizan una determinada realidad que deviene como objeto de transformación.

Un elemento de apoyo para la capacitación del trabajador en salud, es la incorporación del personal de salud en actividades docentes de las facultades de ciencias de la salud, a través de la integración docencia-servicio en los sistemas locales de salud. Así mismo, adquieren particular relevancia los programas de posgrado y educación permanente orientados a la formación de personal de alta calificación para la conducción sectorial (43).

En Guatemala, se han dinamizado experiencias en ambos sentidos. En el primer caso, a través del convenio suscrito entre Facultad-Ministerio para el fortalecimiento de la integración docente-asistencial que busca tanto la plena incorporación del cuerpo docente y estudiantil del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural -EPSR- de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC a las iniciativas de extensión de cobertura y mejoramiento de la calidad de atención de los servicios de salud del Ministerio a través de la operativización del -SIAS-, como la participación de los trabajadores de salud del Ministerio en las actividades de supervisión y docencia de los equipos básicos de salud en los cuales se han integrado los estudiantes de medicina en el nivel local.

En el segundo caso, la misma Facultad de Medicina ha viabilizado la puesta en marcha del Programa de Maestría en Salud Pública a partir de 1996 con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud -OPS-; el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- con la finalidad de formar recurso humano que esté en capacidad de conducir la transformación del modelo de producción social de la salud en el país.

Ambas experiencias son producto de la articulación de esfuerzos interinstitucionales que buscan, en materia de formación de recursos humanos, responder a las necesidades actuales que conlleva la modernización del sector salud y deja ver la trascendencia que puede tener una colaboración integrada de la

universidad en materia de enseñanza, investigación y servicio.

Las relaciones orgánicas necesarias para dicho proceso de integración Facultad-Ministerio deberían partir de dos niveles: primero, el político, en donde Facultad y Ministerio expusieran, mutuamente, sus prioridades, objetivos y estrategias, permitiendo así, identificar las coincidencias y resolver las discrepancias básicas en los planes y programas respectivos; segundo, en la práctica a nivel local, en donde la Facultad organice su programa educativo, de investigación y servicio según las prioridades del modelo de atención deseado, y el Ministerio, por su parte, pueda evaluar la eficacia, eficiencia y efectividad del recurso humano en salud preparado por la universidad (44).

Lo relativo a "capacitación de recursos humanos" e Integración Docencia/Servicio", se encuentra descrito en forma explícita en el Código de Salud, bajo los mismos lineamientos estratégicos y bases regulatorias que se han planteado anteriormente (45).

## 2.9 "La investigación"

Por investigación de servicios de salud se entiende "la actitud reflexiva permanente que lleva a la búsqueda de las causas de los problemas observados en el quehacer cotidiano y a la elaboración, aplicación y evaluación de soluciones para dichos problemas" (46).

En términos generales, las investigaciones en los -SILOS- se desarrollan en función de analizar y evaluar su operación, haciendo énfasis en las causas asociadas con la aparición de los problemas, las relaciones entre ellas y las soluciones por aplicar.

De esta manera, deberán promoverse estudios en los -SILOS-, que faciliten el desarrollo de los nuevos modelos operativos o sus componentes esenciales y que, a la vez, evalúen la equidad alcanzada, la eficacia y calidad, la cobertura lograda, así como el grado de participación social resultante (47).

La evaluación de formas nuevas de atención en salud a través de la investigación de servicios de salud, debe enfocarse a la solución de problemas o situaciones claramente identificadas a fin de apoyar, eficazmente, la toma de decisiones. Tales investigaciones estarán fundamentalmente dirigidas hacia la estructura organizativa de los servicios, el proceso funcional de provisión de servicios y las implicaciones sobre la salud de la comunidad (48).

Es deseable que la investigación en los -SILOS- se lleve a cabo en forma coordinada y con la participación de prestadores de servicios, usuarios y comunidad organizada a efecto de ampliar la posibilidad de que, con los resultados, se implanten las acciones correctivas necesarias para lograr avances significativos en el nivel de salud de la población atendida.

Para esto, es necesario que se fortalezca la capacidad de las

instituciones del sector, en investigación y desarrollo tecnológico, fomentando el desarrollo de centros de investigación, mejorando la infraestructura existente, facilitando la gestión, administración y ejecución de proyectos así como formando y capacitando recurso humano (49).

## 2.10 "La readecuación de los mecanismos de financiación"

Actualmente, la financiación de la salud atraviesa un período de cambio, no sólo cuantitativo sino, también, cualitativo, orientado a apoyar acciones concretas y a garantizar la atención integral de la salud.

Bajo la óptica neoliberal, que es la que actualmente rige los procesos de reorganización y mejoramiento en la calidad de la atención de los servicios de salud, la participación del Estado en la provisión de servicios se justifica, no sólo por las "fallas" que conlleva el mercadeo privado de la salud sino porque los sistemas nacionales de salud están enfocados a la producción de bienes y servicios de beneficio "público" que no interesan al empresario por su poca rentabilidad.

Por lo tanto, la intervención del gobierno está fundamentada, actualmente, en cubrir las necesidades sociales de eficiencia y equidad, de lo cual el mercado privado se aparta al producir y distribuir sus bienes y servicios.

Las imperfecciones más comunes del mercado en el sector de la salud se deben a uno o más de los siguientes fenómenos (50), que a la vez se constituyen en razones para la financiación por el gobierno en el campo de la salud.

a. Falta de incentivo para suministrar "bienes públicos"; los cuales, a diferencia de los bienes privados, es difícil o imposible excluir a quienes no pagan por gozar de los beneficios de los bienes públicos. En este sentido, los proveedores privados tienen poco incentivo para suministrar estos servicios ó no los suministran en absoluto ya que no pueden afectar al usuario por dichos servicios.

b. Desatención a las externalidades; ya que para el mercado privado, muchas condiciones que hacen que el individuo tome la decisión de buscar atención de salud o adoptar medidas preventivas, no interesa. De tal manera, el Estado debe hacerse cargo de la adopción de medidas específicas o provisión de subsidios para el tratamiento de enfermedades inmunoprevenibles o de transmisión sexual, en donde la decisión de un individuo de buscar atención o adoptar medidas preventivas, repercute en el riesgo de otros de contraer la enfermedad.

c. La ausencia de consumidores bien informados; ya que, una característica central de este mercado es la asimetría de la información entre el paciente y el profesional médico. Los médicos tienen un control casi completo sobre el tipo de servicio prestado y sobre el precio del mismo.

Con esta perspectiva, la reforma sectorial en salud, es un proceso tendiente a reasignar los recursos financieros orientándolos a los grupos

más postergados, a las intervenciones prioritarias (o más costo/efectivas) a proveedores privados de servicios de salud ó a entidades descentralizadas para su administración local, de tal manera que puedan aplicarse los criterios de evaluación expuestos.

En este sentido, los componentes del proceso de reforma sectorial, tienen un objetivo común (51): obtener el mayor rendimiento de los recursos que la sociedad destina para el cuidado de su salud. A la vez, cada uno de ellos tiene un objetivo particular, éstos se detallan a continuación.

- La "focalización" intenta dirigir los recursos a los grupos de mayor postergación económica y mayor riesgo biológico.
- La "canasta básica" pretende dirigir los recursos financieros a las intervenciones sanitarias de mayor efectividad por su costo.
- Con el "cambio de la mezcla público/privada" se espera dirigir los recursos a las unidades administrativas o prestadoras directas de los servicios que muestren mayor eficiencia en su gestión.
- Con la "descentralización", lo que se persigue es que los recursos estén en completa disponibilidad de las instancias locales más cercanas a los usuarios.

Como puede observarse, estos componentes no sólo son complementarios, sino que dan particular atención al uso óptimo de los recursos financieros como parte del proceso global de reforma sectorial.

En resumen, la transformación del sistema financiero requiere recurrir a formas innovadoras que permitan que el mismo opere como instrumento de cambio y que permita, también, que las relaciones que son mediadas por el dinero sean transparentes y productivas para todos los que de ellas participan (usuarios, proveedores y terceros) mejorando la comprensión del sistema y el grado de influencia y participación de la población.

El aspecto financiero se contempla, también, al tratarse el desarrollo de los -SILOS- ya que, si bien, las propuestas de financiamiento se plantean para el ámbito nacional, es en el espacio local donde adquieren expresión completa y quedan validadas, haciendo posible medir los resultados y el alcance de las políticas y los cambios que se introduzcan.

## D. Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- (52)

### 1. Avances y perspectivas en la extensión de cobertura con servicios básicos de salud en el 1er. Nivel de atención.

La extensión de cobertura tiene como objeto fundamental a los grupos postergados y está a cargo del Subprograma III, Ampliación y Reorientación de la Prestación de los Servicios de Salud del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud.

Este proceso se diseñó para cumplir con una serie de acciones en la comunidad, que incluye su organización para la participación plena en la conducción, desarrollo y fiscalización de la prestación de servicios y para enfrentar los problemas prioritarios en forma gradual y conjunta.

## 1.1 El problema

### a. Baja cobertura de los servicios

En 1996 los servicios de salud del Ministerio tenían una cobertura del 25% de la población total del país; el IGSS una cobertura del 15% y las instituciones privadas atendían un 14% haciendo tan solo un total de 54% de cobertura. Consecuentemente, el 46% del total de la población, no contaba con acceso a los servicios de salud de ningún tipo.

Esta población que quedaba fuera de las áreas de influencia es la más postergada, reside en zonas geográficas de difícil acceso, altamente dispersa, pobre y mayoritariamente indígena.

### b. Factores del contexto

En términos del contexto externo, la falta de acceso a los servicios responden a situaciones estructurales que incluyen altos índices de pobreza, analfabetismo y condiciones insalubres de la vivienda y la comunidad. Esto, agravado por la dispersión poblacional rural y las condiciones geográficas.

En términos del contexto interno, el personal de salud comunitario se encuentra poco capacitado y carece de los recursos mínimos e indispensables. Su acompañamiento es heterogéneo y parcial.

La falta de credibilidad de los servicios de salud, por parte de las poblaciones, es una limitante para el acceso real a los mismos.

Por su parte, en la mayoría de los casos, la oferta de servicios de las ONG's realizan acciones de salud dirigidas a la misma población que debe ser cubierta por los servicios institucionales y su potencial se encuentra subutilizado.

La falta de seguimiento de los procesos iniciados sigue siendo resultado del alto recambio de autoridades de nivel central del Ministerio. Los recursos disponibles han estado sujetos a una multiplicidad de iniciativas y condicionados a sectores específicos de población.

La debilidad en la direccionalidad de programas técnicos y unidades administrativas responden a la ausencia de lineamientos concretos y de trabajo en equipo, con un efecto consiguiente de disminución en la baja cobertura y calidad de los servicios de salud.

La escasez de recurso humano y la inadecuada gestión de recursos, incluyendo inadecuada asignación presupuestaria y muy baja ejecución, fueron identificados como los problemas prioritarios del sector salud.

## 1.2 intervenciones para resolver el problema

### a. Proceso de Reforma del Sector

El Ministerio de Salud asume la responsabilidad de afrontar la problemática expuesta mediante el diseño e implementación del modelo de atención integral -SIAS- que se basó en las estrategias de salud del Programa de Gobierno 1996-2000, el Código de Salud y los Acuerdos de Paz.

Para establecer el proceso de extensión de cobertura el subprograma III se enmarca en las políticas de salud 1996-2000, enumeradas a continuación:

- ✓ reordenamiento, descentralización y modernización del sector salud;
- ✓ aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de atención de los servicios básicos de salud;
- ✓ mejoramiento de la eficiencia en la gestión de los recursos en hospitales, centros y puestos de salud;
- ✓ promoción del desarrollo y modernización de la gerencia de los recursos de las instituciones que conforman el sector;
- ✓ promoción de la salud y de ambientes saludables para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población;
- ✓ aumento de la cobertura y mejoramiento de la calidad del agua de consumo humano y ampliación de la cobertura de saneamiento básico rural;
- ✓ participación y fiscalización social en la gestión pública de los servicios de salud; y,
- ✓ portatecimiento de la capacidad de conducción de la cooperación técnica en salud.

### 1.3 Fortalecimiento del poder resolutivo de la red de servicios

Para esto, el documento únicamente define el sistema de referencia y contrarreferencia, con el fin de atender la demanda. De acuerdo con el mismo, esto permite una organización gradual de la demanda por niveles de complejidad.

## 2. Lineamientos para la prestación de servicios en el 2do. Nivel de atención (53)

El Segundo nivel de atención está conceptualizado, de tal manera, que pueda ofrecer a la población un conjunto de servicios ampliados. Su espectro de acción es de mediana complejidad, contando con un equipo multidisciplinario para

prevenir y controlar las enfermedades, cuidar, promover y rehabilitar la salud.

Los servicios ampliados que ofrece el Segundo nivel de atención los prestan, principalmente, los centros de salud o equivalentes que estén ubicados en las cabeceras municipales y departamentales importantes, de amplia convergencia poblacional.

En el contexto del nuevo modelo de atención, todos los centros de salud o equivalentes deben corresponder al tipo "A".

### 2.1 **Objetivo**

Realizar las acciones necesarias para integrar y fortalecer el segundo nivel de atención para extender las coberturas a las poblaciones sin acceso a facilidades apropiadas y ofrecer servicios de alta calidad.

### 2.2 **Meta**

Establecer antes del año 2000 servicios básicos y ampliados de salud para el 100% de la población de influencia de los centros de salud y hospitales departamentales, con el fin de contribuir a la disminución de la morbimortalidad del país atendiendo la demanda directa y las referencias del Primer nivel.

### 2.3 **Descripción de los servicios ampliados de salud**

Es el conjunto de componentes de atención que se interrelacionan entre sí para resolver la morbimortalidad de la población que presenta problemas que superan la capacidad de resolución del Primer nivel de atención.

La definición de este conjunto de servicios ampliados pretende sistematizar el trabajo del sector gubernamental pero también de los organismos no gubernamentales como organizaciones que actualmente prestan servicios de salud compatibles con el Segundo nivel, mediante una metodología estandarizada (guiada por normas) y orientada a la optimización de los recursos.

De acuerdo con las políticas de salud 1996-2000, la atención en este nivel se caracteriza por:

- ✓ promover el mejoramiento de la atención en salud en los centros de salud y equivalentes y en los hospitales departamentales;
- ✓ establecer un conjunto de servicios ampliados de salud;
- ✓ utilizar, eficientemente, la capacidad instalada del sector salud gubernamental y no gubernamental;
- ✓ promover la participación de la comunidad en la planificación, organización, prestación de servicios, fiscalización de la gestión y de la calidad de la atención;

- ✓ orientar las actividades a la resolución de los problemas de salud a un bajo costo para el usuario y con una utilización eficiente de los recursos;
- ✓ utilizar la información con un enfoque gerencial que permita la implementación de los controles apropiados y la toma de decisiones oportunas y eficaces;
- ✓ organizar la participación de grupos que actualmente prestan servicios de salud de Segundo nivel para ampliar las coberturas; y,
- ✓ cumplir con las políticas del Ministerio de Salud y los Acuerdos de Paz.

## VI. Material y métodos

### A. Metodología

#### 1. Tipo de estudio

Descriptivo observacional

#### 2. Sujeto de estudio

Sistema Local de Salud -SILOS-

#### 3. Parámetros a evaluar (variables de estudio)

Con base en la revisión documental efectuada sobre sistemas locales de salud -SILOS- se identificaron en el "Documento CD33/14. OPS/OMS. Washington, D.C. 1989" diez aspectos fundamentales (que se listan a continuación) para su desarrollo. Estos fueron considerados como parámetros para la identificación y descripción posterior de aquellos elementos de los mismos que obstaculizan o favorecen la operativización del SILOS.

- a. La reorganización de Nivel Central para asegurar la apropiada conducción del sector y el desarrollo de los SILOS.
- b. La descentralización y desconcentración.
- c. La participación social.
- d. La intersectorialidad.
- e. La readecuación de los mecanismos de financiamiento.
- f. El desarrollo de un nuevo modelo de atención.
- g. La integración de los programas de prevención y control.
- h. El refuerzo de la capacidad administrativa.
- i. La capacitación de la fuerza de trabajo en salud.
- j. La investigación.

#### 4. Ejecución de la investigación (etapas)

##### a. Preparatoria (plan de estudio)

- i. Identificación y formulación del problema por escrito.
- ii. Consulta bibliográfica sobre el tema e identificación de posibles relaciones teóricas generales.
- iii. Formulación por escrito de los objetivos del estudio.
- iv. Consulta bibliográfica para la identificación de los parámetros que el estudio contempló abordar y la determinación de las definiciones operacionales a utilizar.
- v. Estudio del escenario probable (municipio de Santa Cruz Barillas, Huehuetenango) para realizar el estudio.
- vi. Consideración de los métodos más apropiados para

- vii. realizar el estudio.
- viii. Consideración del/los instrumento/s a utilizar para obtener la información.
- ix. Identificación de las posibles limitaciones o ventajas para realizar el estudio, generalizar los resultados o, para difundir los hallazgos.
- x. Consideración preliminar de algún/os procedimiento/s para analizar la información obtenida.
- xi. Elaboración de un plan de auto-adiestramiento o reforzamiento del autor o participante completo responsable de obtener la información en el estudio.
- xii. Identificación de líderes, personas 'clave' y elementos significativos para favorecer la obtención de la información.
- xiii. Estimación apropiada de los posibles costos en que se incurrirá para realizar el estudio.

- b. Estudio monográfico del problema en el lugar de la investigación para conocer sus características, atributos, así como los factores que ejercen una influencia sobre el y estudio exhaustivo acerca del funcionamiento de los servicios de salud con el objeto de identificar y describir el tipo de actividades que se desarrollan, las funciones y actividades del personal que las realiza y la dinámica al interior del escenario en que se desenvuelve la reorganización de los servicios municipales de salud.

Para esto, se formularon siete preguntas básicas enmarcadas en el diseño del modelo SIAS (listadas a continuación) y cuyo desarrollo, en el acápite VII. Resultados de este informe final, busca ampliar el criterio del lector, fundamentar la discusión sobre el estudio de las definiciones operacionales determinadas y favorecer la exposición de las conclusiones.

- i. ¿Qué característica tiene la problemática de salud que se intenta resolver en el municipio de Santa Cruz Barillas?
- ii. ¿Qué aspectos del contexto interno y externo de los servicios de salud afectan su implementación y desempeño en el distrito de Santa Cruz Barillas?
- iii. Cuáles fueron las principales intervenciones que se diseñaron y pusieron en práctica para resolver la problemática de salud en el distrito de Santa Cruz Barillas?
- iv. ¿Cuáles fueron los cambios organizativos y de gestión que se han implementado?
- v. ¿Quiénes fueron los beneficiarios de estas intervenciones?
- vi. ¿Cuáles fueron los recursos utilizados en estas intervenciones?

- vii. ¿Cuáles fueron los principales resultados obtenidos al término del trabajo de campo realizado por el autor?

**c. Procedimiento**

- i. Para la realización del estudio se utilizaron las tres técnicas básicas del "procedimiento no estructurado": la observación directa, la entrevista abierta y la observación participante.
- ii. La base principal de la técnica de observación fue el registro objetivo de los eventos que se presenciaron, de las características ambientales de la situación y de todo factor cuya relevancia fue, en un principio, desconocida, pero que, posteriormente, resultó ser una clave para la comprensión de una situación o problema dado.
- iii. Fue indispensable llevar un registro constante de todas las observaciones. El observador completó sus anotaciones tan pronto como concluían sus períodos de observación, con el propósito de mantener el máximo posible de los detalles de la observación realizada.
- iv. Con la entrevista abierta, como modalidad de la recopilación no estructurada de información, se estableció una interacción entre el entrevistador y el o los informantes que formaron parte del sujeto de estudio. Se basó en principios que permitieron el establecimiento de una relación de confianza, respeto y satisfacción de intereses personales por parte de los componentes de la interacción (entrevistador/informante). El entrevistador tomó notas durante la entrevista, anotaciones breves que no interrumpieran el flujo de la misma.
- v. Como premisa básica de la técnica de observación participante, el investigador no fue un simple espectador, sino que se integró y formó parte, en grado variable del sujeto de estudio. Para todos los propósitos, el investigador participó completamente del estudio y se convirtió en un miembro más del sujeto de estudio. Cumplió con sus tareas laborales, participó en las actividades sociales y sólo cuando se encontró alejado del sujeto de observación anotó sus percepciones y analizó los eventos o situaciones presenciadas. Con esto pudo obtener guías para profundizar en un aspecto importante a observar o para dirigir nuevamente la interacción de una entrevista hacia aquellos tópicos en los que el informante se constituyó en un experto para proporcionar la información que se requería. En este caso particular, el investigador se desempeñó (en el departamento de Huehuetenango) inicialmente, como facilitador de área para el Ministerio de Salud y, luego, como encargado

médico para la ONG Médicos Sin Fronteras por un período de 23 meses a tiempo completo. Esto requirió, por supuesto, que los componentes del sujeto de estudio aceptaran al investigador y que éste pudiera llevar a cabo sus observaciones sin modificar notablemente al mismo, sea la comunidad o los servicios de salud.

- v. La capacidad del investigador para superar las limitaciones que conlleva la aplicación de los diversos métodos del procedimiento no estructurado, implicó aplicar su conocimiento y experiencia en las áreas de la psicología social, antropología cultural y otras disciplinas del estudio de la conducta humana.
- vi. La interpretación de la información obtenida, tanto por la observación como por la entrevista no estructurada, fue un proceso que se llevó a cabo cuando se contaba con suficiente material como para establecer análisis preliminares con cierta base de conocimientos.
- vii. La recopilación de información y el análisis de la misma fueron, prácticamente, actividades conjuntas. Una vez finalizadas las observaciones cotidianas y en la intimidad de su propio medio, el investigador registró sus observaciones, anotó las conductas, tanto aparentes como simbólicas, y trató de interpretar, de acuerdo con su experiencia, las características de los eventos presenciados.

**d. Registro de la información e instrumentos utilizados**

- i. Durante el trabajo de campo, el investigador llevó consigo constantemente un cuaderno de notas, en el que pudo hacer anotaciones breves como un recordatorio de hechos o eventos, de problemas identificados, de nombres de personas, diagramas o mapas, datos cuantitativos o copias de diferente orden.
- ii. En el caso de realizar entrevistas abiertas con informantes del sujeto de estudio, algunas anotaciones breves ayudaron a recordar conceptos expresados, fechas mencionadas o eventos que el investigador deseó conocer con mucho más detalle.
- iii. Al final del día o en ocasiones a la mitad del mismo, cuando la cantidad de información obtenida fue bastante, el investigador registró la información en forma sistemática, organizada e identificó, simultáneamente, muy diversas variables o factores que tuvieron relación con el problema objeto de estudio.
- iv. La actitud sistemática en el registro de la información fue esencial para que el análisis de la misma fuera una tarea factible.

- v. El registro de información se llevó a cabo a través de un "diario de campo" en donde se procuró, en forma secuencial, describir las actividades desempeñadas o los eventos sujeto de estudio, así como las condiciones en que éstos se desarrollaron.

## 5. Forma de presentación de resultados

Descriptiva-narrativa.

## B. Recursos y costos implicados en el trabajo de campo para el estudio del -SILOS-

Categoría de presupuesto	Costo unitario	Factor multiplicador	Costo total	
<b>1. Personal</b> Investigador	<b>Salario diario</b> Ministerio de Salud: 400.00	<b>Número de días/persona</b> 450	<b>Total</b> 180,000.00	
	Médicos Sin Fronteras: 180.00	240	43,200.00	
<b>2. Transporte</b> Aéreo Terrestre	<b>Costo/boleto</b> 300.00 125.00	<b>Número de boletos</b> 23 5	<b>Total</b> 6,900.00 625.00	
	<b>3. Hospedaje</b> Huehuetenango Santa Cruz Barillas	<b>Costo/mes</b> 900.00 700.00	<b>Número de meses</b> 7 16	<b>Total</b> 6,300.00 11,200.00
<b>4. Alimentación</b>	<b>Costo/tiempo</b> 20.00	<b>Número tiempos/mes</b> 63x23	<b>Total</b> 28,980.00	
<b>5. Llamadas telefónicas Huehue-Guate</b>	<b>Costo/tiempo</b> 1.00/minuto	<b>No. Minutos/mes</b> 120x23	<b>Total</b> 2,760.00	
<b>6. Insumos de limpieza personal</b> Jabón Shampoo Cepillo de dientes Ceda dental Antiséptico oral	<b>Costo/artículo</b> 2.50 21.00 12.50 12.50 24.00	<b>Número</b> 50 40 20 25 30	<b>Total</b> 125.00 840.00 250.00 312.50 720.00	
	<b>7. Suministros de of.</b> Lapiceros Cuadernos de notas Fotocopias	<b>Costo/artículo</b> 12.50 45.00 .35	<b>Número</b> 25 2 500	<b>Total</b> 312.50 90.00 175.00

## C. Procedimientos que garantizan aspectos éticos de la investigación

Con el fin de dar sustentación a la experiencia adquirida y ampliar el marco de referencia del lector, se expone un fragmento del **diario de campo** (ver anexos) por medio del cual se dejó constancia de las principales labores desempeñadas para el Ministerio de Salud así como las condiciones en que se desarrollaron las mismas en el periodo comprendido de febrero a mayo de 1999. Dicho fragmento es importante ya que, durante este periodo, el trabajo de campo se centró e intensificó en la gestión de una propuesta para el fortalecimiento del segundo nivel de atención en salud con énfasis en el componente materno/infantil para el distrito de Barillas. Como parte de las recomendaciones, se adjuntan los **documentos técnicos** de mayor relevancia e interés relacionados con la misma propuesta. Estos documentos técnicos se presentan como **propuesta de intervención** orientada al fortalecimiento del segundo nivel de atención para el desarrollo y fortalecimiento del sistema local de salud en el distrito de Santa Cruz Barillas.

## VII. Resultados

En este apartado se expone y se analiza la problemática de salud que se intenta resolver, el contexto real que afecta la implementación y desempeño de los servicios de salud, las principales intervenciones que se diseñaron y se pusieron en práctica para resolverla, los cambios organizativos y de gestión que se implementaron, los beneficiarios, los recursos en salud utilizados y resultados puntuales que se obtuvieron en el distrito de Barillas durante el trabajo de campo realizado a nivel local.

Para esto, se formularon siete preguntas básicas enmarcadas en el diseño y la implementación del -SIAS- cuyas respuestas se exponen a continuación. El contenido de este apartado, a la luz de la Discusión subsiguiente, permitirá no sólo una interpretación comparativa de la intervención SIAS frente al modelo teórico-operativo del -SILOS-, sino además, un acercamiento de manera más precisa a las conclusiones finales.

A efecto de situar al lector y permitirle, así, una mejor comprensión de las características que conformaron el escenario de dicha intervención, antes de dar a conocer los resultados, se presenta una breve "reseña monográfica" del distrito de Santa Cruz Barillas. Los elementos de carácter técnico que contempla esta reseña, se amplían con detalle en el siguiente acápite de "discusión".

Santa Cruz Barillas debiera considerarse un municipio de alta prioridad a nivel nacional: no solo por su intenso proceso histórico, sus precarias condiciones epidemiológicas y su particular ubicación geográfica, sino además, por su abundante biodiversidad. De hecho, el equipo técnico de la jefatura de área de salud de Huehuetenango, en el proceso de microregionalización del departamento con enfoque de riesgo, le dio prioridad uno al municipio dentro de la microregión 1 -la de mayor riesgo- (191,564 hab./8 municipios) aunque no hizo nada al respecto.

La "Villa de Santa Cruz Barillas", cabecera de este municipio fronterizo con México, se encuentra enclavada entre nubes, riscos, montes y ríos al Noreste del departamento de Huehuetenango. Aproximadamente a 150 kilómetros de la cabecera departamental y a 400 kilómetros de la ciudad capital, a una altura de 1,200 metros sobre el nivel del mar. Viajando por bus, se recorren seis horas a Huehuetenango y otras nueve para Santa Cruz Barillas. En vehículo, mejor si es todo terreno, un viaje decorrido pero matador, se logra hacer en no menos de diez. Es pesado pensar en lo que le espera a uno, cuando el viaje se hace rutinariamente. De ida, es el precio que se paga por irse lejos de todo y de todos y acercarse a la madre naturaleza. De vuelta, es el precio que uno paga por ir a casa y descansar de la tarea y, muchas veces, de la hostilidad con que se muestra la naturaleza en ese lugar.

Pero el viaje también puede hacerse volando, si se tienen las posibilidades económicas. Por -ALAS DEL SOCORRO- (vía aérea directa) el viaje Ciudad Guatemala-Villa de Santa Cruz Barillas se reduce a tan solo 40 minutos que transcurren en una pequeña aeronave desde donde se dejan contemplar los ríos y las

montañas que caracterizan ese pedazo de tierra, entrando a la Villa a gran velocidad, sobrevolando de cerca toda clase de árboles verdes y hasta vacas que pastan en la pista. Una tercera posibilidad, pero más costosa y que conlleva mayor grado de logística, es Guatemala-Huehuetenango vía aérea por -INTER- y el resto del viaje en vehículo hasta Barillas. De la ciudad de Huehuetenango, no hay más que decir aparte de lo que ustedes se conoce o se ha escuchado. Su parque, iluminado de noche, un clima agradable más fresco que frío, su mapa en relieve, su gente. Una ciudad mucho más convulsionada, que hace poco.

Por tierra, Huehuetenango-Santa Cruz Barillas es uno de los trayectos más bellos y riesgosos del país. Se toma la salida a Chiantla, que por su situación geográfica se parece a Mixco pegado a la Ciudad de Guatemala, en este caso a Huehuetenango. Una ciudad satélite de una mayor, a las faldas de la Sierra de los Cuchumatanes la cual se eleva a 15,000 pies de altura en menos de 20 minutos (en vehículo) que es el tiempo que toma para llegar de Chiantla al "mirador de los Cuchumatanes". Hermosa vista en gran perspectiva, la tierra y el cielo curvados, que intercambian colores con la luz del Sol. El mirador deja ver desde México hasta un poco más allá del volcán Santiaguillo de Quetzaltenango hacia la izquierda, pasando por el volcán Tajumulco en las tierras de San Marcos. Posiblemente, también se alcanzan a ver los volcanes del Lago de Atitlán. Pasando el mirador está Paquix, entronque a Todos Santos. Hasta aquí está asfaltado, el resto es terracería. El valle envuelto de misticismo se extiende cargado de un solo paisaje árido y desolado. Luego, el descenso gradual que lleva a San Juan Ixcay, donde se atraviesa la cima de la hermosura y peligrosidad por caminos encumbrados, rocosos, fríos y de poca accesibilidad y hasta visibilidad cuando está nublado. Las piedras de Cap-tzin se levantan quietas como puntas de lanza, gigantes, una a cada lado del estrecho y curvado camino pegado a los enormes abismos que lo acompañan y que dejan escuchar el eco de su silencio en su inmenso vacío. Es impresionante. Pasando San Juan Ixcay por manzanales y ríos, el camino apunta a San Pedro Soloma, de cuyo valle se dice que sobrevivirá el "fin del mundo". Una ciudad próspera que crece, aceleradamente, a la mitad del camino entre Huehuetenango y Barillas, justamente a tres horas de un viaje de seis. Pasando Soloma, uno llega a Santa Eulalia en treinta minutos y de allí a Pet, entronque para San Miguel Acatán, San Rafael la Independencia y San Sebastián Coatán. Este trecho es corto pero se hace interminable porque tiene no menos de 150 curvas y ganchos extenuantes que no permiten recorrerlo en menos de unos treinta a cuarenta minutos. Dicen que las curvas fueron hechas a propósito por los camineros para prolongar el tiempo y ganar trabajo. Habiendo pasado el entronque, se encuentra un paisaje que, guardando un silencio profundo, acerca en el tiempo a los enfrentamientos violentos, de forma intensa, al atravesar las montañas de pino taladas en las cumbres de San Mateo Ixtatán, huella en el medio de las escenas destructivas y aterradoras que se suscitaron en la región durante el conflicto armado. Se ven troncos grandes, por cientos y miles, pudriéndose, tumbados en la tierra. En la misma proporción, uno ve los retoños brotar de nuevo, crecer, provocando un sentimiento más alentador. Absurdo el elevado costo social, a todo lo largo del camino se revela la pobreza e idiosincrasia en que sigue naciendo, creciendo y muriendo los guatemaltecos en esos lugares. Los "mateianos" como les llaman, son gente de respeto y considerados de "armas tomar" por sus vecinos. Un pueblo realmente autóctono, donde las

organizaciones nacionales y extranjeras no tan fácilmente consiguen su aceptabilidad. Hace lo que quiere y no permite tan fácilmente hacer. Ser muy prudente al pasar por allí, es un consejo sabio. De Pet a San Mateo, una hora. Saliendo de allí, se pasa el entronque a Nentón y se llega a la Villa de Barillas en término de una hora más. El municipio de Barillas cuenta con una amplia variedad de ambientes que van de lo alto y frío a lo bajo y caliente. Entrando por las cumbres de San Mateo Ixtatán y en un descenso continuo, tipo bocacosta, se llega a la Villa donde se puede seguir bajando hasta el territorio del Ixcán. El río del mismo nombre, separa al municipio del departamento de Quiché. En invierno, el paso por el Ixcán, es posible únicamente desafiando en débiles canoas las turbulentas aguas de su cause.

Al llegar a la Villa, independientemente de la vía de acceso, el cuerpo y la mente sienten aflojar la tensión y se percibe aquella lejanía como si derrepente hubiera aventado al rincón del mundo, de manera desubicada. Se necesita un tiempo, quizá horas, para aclimatarse al lugar y los cambios rutinarios requieren de un esfuerzo de adaptación constante.

Adentro de Barillas hay caminos y comunidades que desde lo alto dejan apreciar la topografía quebrada y los ríos que la surcan. De todos, el más impetuoso, el Ixcán, junto a su majestuoso valle, zona donde el conflicto armado cobró mayor intensidad en aquellos tiempos. Todos los ríos de Barillas desembocan en él. Hoy, ese valle ya no es aquella selva impenetrable, cuentan. El verano hace de la rivera del río una zona de playas extensas y posas de agua fresca, atractiva y visitada por muchos en Semanasanta.

El primer servicio de salud que se puede divisar en el camino, si se conoce, está escondido atrás de la iglesia católica, es el Puesto de Salud de Nucá, a 40 minutos del Centro de Salud, por supuesto, en vehículo. A pocos minutos de haber pasado este lugar, se logra ver desde lo alto, la Villa, que parece una pequeña ciudad solitaria, lejana y enclavada en un medio "prehistórico", detenido en el tiempo. Por cierto, hay huesos de dinosaurio descubiertos allí en la pista, los cuales guardan y exhiben en la Biblioteca Municipal. Un poco más cerca se logra divisar, la pista a lo largo de la franja montañosa con que topa la villa en su lado Sur, el estadio y, más allá, el parque central que de noche se distingue por su alumbrado de luz naranja. La Villa está en la juntura de las faldas de dos montañas opuestas, encumbrada. La naturaleza virgen, se viste exuberante. Entrando ya en la Villa, se encuentra, a la orilla de la calle principal, a mano derecha y frente a una vieja gasolinera, el Centro de Salud, una instalación sencilla sin ningún atractivo, muy precaria si se considera el lugar clave y estratégico en que se encuentra. Continuando por la calle principal, uno ve movimiento en el lugar, gente y carros.

Llama la atención, la gran cantidad de pick-ups, jeeps y camiones, lo que deja ver la prosperidad por la vocación agrícola y pecuaria del lugar. Dentro de toda la actividad se desenvuelven muchas organizaciones tanto nacionales como extranjeras. Para mencionar algunas que se distinguan entonces, puede mencionarse: DeCopaz/CECI, Fundación Rigoberta Menchú, Cooperación Española, Médicos Sin Fronteras, MINUGUA, CECI, CARE, INE, Ministerio de Salud, Diócesis

de Huehuetenango, Municipalidad, ASSABA, ADECO, Ministerio de Educación, FIS, IDEAS, CEIBA, y otras que en total integraban un grupo de aproximadamente 36 instancias. Esto es indicativo de que el lugar, por motivos de fuerza mayor, es de prioridad para la gestión institucional. Entre estos, se encuentra el hecho de que el municipio haya sido fuertemente golpeado por el conflicto armado. Durante el mismo, mucha gente no logró soportarlo y dejó sus pertenencias. Al finalizar el conflicto, gente de afuera y de adentro se apropió del ganado, la tierra y los cultivos y las propiedades que habían sido abandonadas. Historias de la guerra, hay muchas. Así fue como hicieron fortuna muchos —de fincas, de ganado, de café, de millones de millones, de la nada, de lo que no era de ellos. Barillas fue un corredor bélico entre Nentón, San Mateo y el Ixcán con salida para México. Al término del mismo conflicto, se reincorporaron al lugar muchas poblaciones desarraigadas, que por requerir de una atención especial, fue, también, una prioridad para muchas organizaciones en el marco de los "acuerdos de paz".

El ánimo, día a día, varía de acuerdo con el clima caluroso, soleado, seco, húmedo, lluvioso o frío, sin embargo, el movimiento nunca se detiene. Los cuatro elementos fundamentales de la vida —agua, fuego, aire y tierra— juegan allí un papel más hostil, dramático y determinante en las condiciones de vida de la gente. Barillas es el municipio más lluvioso del país, donde caen 6,000 mm. de agua de lluvia al año y está hecho para eso. La aerolínea directa cierra sus servicios 2 meses al año y, en frecuentes ocasiones, los vuelos rutinarios son interrumpidos por el mal tiempo. Salir o llegar allí o, incluso, trasladarse de un lugar a otro dentro del municipio o de un municipio a otro, no se trata de desearlo simplemente, es cuestión de que la naturaleza y las circunstancias particulares de movilización lo permitan. La red vial del interior muchas veces se obstaculiza. Las nubes grises, oscuras y apretadas sienten sobre la cabeza, escurren agua y más agua por días y días, pero la ciudad nunca se anega. Noches tormentosas, típicas, con relámpagos que se avecinan, llegan y se van tronando. Es exactamente la sensación de vivir bajo un "Mitch" perpetuo. El frío y la humedad penetran por todo el cuerpo hasta los huesos, porque cada rincón y cada cosa se enfría y se humedece. Uno puede calentarse y secarse de verdad sólo junto al fuego. Las calles, luego de estar blancas y polvorientas, luego se tornan cafés y lodosas. En realidad, se llega a desear más la lluvia, por eludir el polvo de las calles. No obstante, cuando hay buen tiempo, se respira un aire más limpio, fresco y liviano que parece llega purificándose al atravesar los bosques y bordear las montañas que comienzan en el lugar donde la vista deja de ver el horizonte. El Sol parece brillar más y sus rayos reflejados en los diversos matices del verde campestre, enviven los colores y las formas de la flora del lugar.

La tierra del municipio, por su parte, es extensa. Cuenta con 1,100 kilómetros cuadrados o, sea, casi el doble de todo el departamento de Sololá (645km.2). Una población aproximada de 72,000 habitantes y 240 comunidades dispersas en toda su extensión, muchas de ellas accesibles solo caminando largas horas por veredas difíciles, después de haber viajado otras tantas en vehículo hasta donde el camino lo permite. Hay comunidades fronterizas dentro del municipio que, habiendo llegado a la Villa, se encuentran de cuatro a ocho horas más distantes. Cuando uno visita estas comunidades, en los puntos altos y claros de las veredas montañosas, es posible muchas veces divisar la línea fronteriza y el territorio mexicano. Es una sensación

extraña, es como si uno pudiera extender el brazo y tocar el otro lado. En la Villa sus vecinos son: originarios del lugar, de San Mateo, de Santa Eulalia, de otros municipios aledaños, extranjeros. Todo ello le imprime un carácter multiétnico, pluricultural y multilingüe. El idioma, por excelencia, en el lugar es el K'anjobal, pero también se escucha el Chuj y otros idiomas como el español -de España, Guatemala, Cuba-, francés e inglés.

La red de servicios del distrito se compone, tanto por servicios gubernamentales como no gubernamentales. Los gubernamentales cuentan con un Centro de Salud tipo B y cuatro Puestos de Salud dispersos en el área geográfica municipal. El Centro de Salud en la Villa y un Puesto de Salud en Nucá, como ya se dijo. Los otros tres Puestos están ubicados -de más cercano a más lejano-: San Ramón, Ojo de Agua Chancolin y Xoxlac. Los no gubernamentales, por su parte, están conformados por organizaciones locales e internacionales y servicios de salud particulares religiosos y no religiosos. Una red de servicios desarticulada completamente, sin que nadie por su lado logre solucionar la problemática del lugar en su conjunto. Las instancias internacionales ligadas a la red de servicios, por lo general, son una contraparte temporal en el desarrollo de las actividades sanitarias; llega el momento en que cuando más se necesitan, parten, o bien, parten porque se desaprovecha el apoyo que ofrecían. Las prioridades en salud, siguen siendo las mismas: el saneamiento ambiental y el combate de las enfermedades inmunoprevenibles e infectocontagiosas. El municipio tiene el indicador de mortalidad materna más elevado del departamento. La malaria, leishmaniasis, oncocercosis y el dengue son enfermedades que prevalecen al Norte y en las orillas del río Ixcán que escapan a las posibilidades de control por parte del equipo de Enfermedades transmitidas por vectores-ETV-, tanto del nivel local, como del área de salud. En las comunidades dispersas y aisladas, la muerte llega y se va sin dar tiempo a nada, a veces ni al sufrimiento de pérdida. La inaccesibilidad a los servicios de salud, es parte de su costumbre y su cultura. La baja cobertura y calidad de atención de los servicios de salud en este lugar, es una realidad que todavía no se puede cambiar.

#### A. ¿Qué característica tiene la problemática de salud que se intenta resolver en el municipio de Barillas?

La característica de la problemática de salud del distrito de Barillas que se intenta resolver consiste, básicamente, en la **baja capacidad resolutoria de la red de servicios** que resulta, finalmente, en una **baja cobertura y calidad de atención**.

A continuación se exponen elementos básicos que caracterizan la situación de salud del municipio desde la perspectiva de la prestación de servicios(\*).

##### 1. Producción de servicios

A principios de 1998 con los servicios de salud del Ministerio se lograron las siguientes coberturas:

- 1.1 en menores de 1 año, el 1.04% recibió tan sólo un control en su peso y talla y el 39.54% fue atendido por morbilidad;
- 1.2 en las mujeres embarazadas, el 51.38% recibió un solo control prenatal y tan solo el 1.75% fue atendido por enfermedad. El 1.66% fue atendido por control de puerperio normal y el 1.25% por un puerperio patológico y el 3.75% fue atendido por planificación familiar;
- 1.3 del grupo etáreo de 1 a 4 años, el 0.3% recibió un control en su peso y talla e inmunización y el 19.48% fue atendido una vez por alguna enfermedad;
- 1.4 entre el grupo etáreo de 5 a 14 años, el 9.18% fue atendido por enfermedad en una ocasión;
- 1.5 dentro del grupo etáreo de 15 a 44 años, el sexo femenino fue el que acudió más a los servicios en donde el 8.86% fue atendido por morbilidad. En el sexo masculino se atendió un 2.47%;y,
- 1.6 el 11.66% fue atendido por morbilidad en el grupo etáreo de 45 y más años.

**La cobertura de atención de los servicios de salud institucionales alcanza solo un 14.56% del total de la población municipal.**

La cobertura de visitas domiciliarias de pacientes con alguna morbilidad de alto riesgo alcanza un 0.1% por parte del personal de salud institucional.

Las coberturas en el programa de inmunizaciones fueron las siguientes:

- ✓ menores de 1 año: Antipolio 94%; D.P.T 94%; Antisarampionosa 95.2% y B.C.G 87%;
- ✓ Toxoide Tetánico a mujeres embarazadas:14.1%.

El programa de saneamiento básico, deficiente por falta de personal institucional (entonces la plaza de ISA llevaba 5 años descubierta). Poco se alcanzó a través de la coordinación con otras instancias e, incluso, con la propia jefatura de área de salud de Huehuetenango, la cobertura de agua entubada llegaba al 17.7% y la de letrinización a un 15%. El tren de aseo establecido para el casco urbano municipal no cubre las necesidades reales en la eliminación de los desechos sólidos. Al no contarse con un relleno sanitario apropiado, los desechos son eliminados a la orilla del río Cambalán (que circula la cabecera municipal), produciendo grave contaminación ambiental. Los planes y proyectos presentados a la corporación municipal para el apropiado procesamiento de los mismos, no han logrado la viabilidad ni factibilidad necesaria. La supervisión de establecimientos alimenticios se ha llevado a cabo en forma esporádica por parte del personal institucional y la falta de recursos no ha permitido la capacitación y seguimiento de los manipuladores. El control de perros mordelones y la aplicación de la vacuna canina se ha delegado a promotores pecuarios.

Las enfermedades diarreicas han afectado en un 81.3% al grupo de uno a cuatro años y a un 18.8% del grupo de menores de un año.

En cuanto a las infecciones respiratorias, el grupo más afectado sigue siendo el de 1 a 4 años en un 54% y el grupo de menores de un año afectado, en un 46%. En ambos grupos, las neumonías ocuparon la primera causa de morbilidad.

La organización comunitaria se ha visto debilitada debido a la misma deficiencia del personal institucional responsable, en este caso, el Técnico en salud rural-TSR-. Los promotores de salud han recibido pocos estímulos e incentivos por parte de la institución. En 1995, el total de promotores de salud era de 254 y, para finales de 1997, este grupo se había reducido a 77.

El 98.5% de los partos son atendidos por comadronas tradicionales capacitadas o empíricas.

El área Norte quedó por 6 años (hasta principios del 2000) a cargo de la ONG Médicos Sin Fronteras, apoyando las acciones institucionales de capacitación y seguimiento de promotores de salud, saneamiento ambiental, y, predominantemente, vacunación.

El centro de salud cuenta con un laboratorio clínico, pero, no está adecuadamente equipado. Escasamente se realizan baciloscopias de esputo y gota gruesa. Mecanismos alternativos para su administración y sostenibilidad han sido infructuosos.

La Farmacia Estatal adscrita al centro de salud, no cuenta con los insumos ni medicamentos suficientes para abastecer la demanda municipal. Vías alternas para mejorar su gestión administrativa-financiera, no se han podido concretar.

Escasas son las emergencias de alto riesgo que han podido ser atendidas a nivel municipal, no por los servicios institucionales, sino, por los sanatorios privados. A finales de 1997: 11 retenciones placentarias, 9 partos, 53 heridas cortantes y 72 casos clasificados como emergencias diversas.

La dirección ha dado mayor importancia a la coordinación interinstitucional pero la debilitada capacidad de gestión ha resultado poco efectiva para el desarrollo de actividades conjuntas en los diferentes programas de salud municipal.

En el laboratorio se efectuaron 727 baciloscopias diagnósticas, de las cuales 44 resultaron positivas. 12 curados, 3 recaídas, un fracaso, 2 abandonos y 38 con tratamiento antituberculoso a la fecha.

La población en riesgo de contraer enfermedades transmitidas por vectores -ETV-, en este caso malaria, asciende a 30,023 (41.6%). Se tomaron

1979 muestras de gota gruesa de las cuales 316 resultaron positivas. 314 positivas a *P. Vivax* y 2 a *P. Falciparum*. Las acciones sanitarias de erradicación de las ETV están a cargo, mayoritariamente, de 71 colaboradores voluntarios activos en todo el municipio. En 1976 tan solo se registraban 4 casos de Leishmaniasis, para finales de 1997 se registraron 149 casos en una población en riesgo de 17,722 (24.61%).

Los indicadores de salud son los siguientes: tasa de mortalidad general 33.62/1000 hab.; tasa de mortalidad materna 46/1000 n.v. (la más elevada de todo el departamento); la tasa de mortalidad infantil de 11.10/1000 n.v.; la tasa de mortalidad neonatal de 0.79/1000 n.v.; la tasa de natalidad de 6.35/1000 hab. y; una tasa de fecundidad de 317.5/1000 hab..

Las cinco primeras causas de mortalidad general fueron: bronconeumonía 29.35%; Diarrea 18.94%; fiebre de etiología a determinar 9.45% y complicaciones del parto 3.48%.

De acuerdo con la identificación y priorización de los problemas de salud, en el municipio se tomaron en consideración los siguientes (\*):

- ✓ elevada tasa de mortalidad materno-infantil;
- ✓ falta de servicios del Ministerio de Salud a nivel local;
- ✓ falta de un centro hospitalario institucional que incremente la capacidad resolutoria de la problemática materno-infantil;
- ✓ escaso recurso humano en salud; y,
- ✓ elevados índices de enfermedades transmitidas por vectores y alta morbilidad infecciosa-transmisible.

#### **B. ¿Qué aspectos del contexto interno y externo de los servicios de salud afectan su implementación y desempeño en el distrito de Barillas?**

Los principales aspectos del contexto en el cual se desenvuelven los servicios de salud del distrito de Barillas que han afectado tanto su implementación como su desempeño se pueden agrupar en **internos, externos y sectoriales**. El primer grupo engloba aspectos ligados, directamente, con los servicios de salud institucionales, tales como recursos humanos -RRHH-, comunicación, gestión, tecnología apropiada, transporte/movilización, finanzas e imagen pública del Ministerio de Salud. El segundo grupo engloba aspectos ligados al contexto externo de los servicios institucionales, tales como clima, extensión geográfica, características topográficas y población. Finalmente, el tercer grupo engloba aquellos aspectos o circunstancias que se relacionan con la capacidad resolutoria del sector salud a nivel local. A continuación se hace una breve descripción de cada uno de ellos.

(\*) Sustraido del diagnóstico de salud del municipio de Barillas, Huehuetenango elaborado por el Dr. Jorge Armando de Paz-ex director del Centro de Salud de Santa Cruz Barillas/epidemiólogo.

**RRHH:** insuficiente e incompleto. Hasta la fecha, el trámite de plazas vacantes no se facilitaba. La renovación de personal no se prevé. El proceso de reclutamiento y selección de personal tiende a centralizarse en la jefatura de área y el equipo distrital de salud tiene poca ingerencia en ello. El personal contratado no se induce adecuadamente. La formación y monitoreo de recursos humanos es asistemática y deficiente. Los bajos salarios poco incentivan al personal. Algunos, no tienen la disposición por adoptar nuevas modalidades de desempeño consecuentes con el cambio. La falta de un jefe de distrito no facilitaba la organización de los servicios ni la integración del personal. **Comunicación:** no se contaba con medios (tel/fax o radiocomunicadores) que facilitarían la comunicación entre los diversos servicios de salud distritales y entre el distrito y la jefatura de área u otras dependencias gubernamentales o no gubernamentales. **Gerencia-administrativa:** no se cuenta con el equipo tecnológico apropiado ni con los materiales y suministros necesarios para ejercer una adecuada administración de los servicios de salud distritales. No hay trabajo en equipo y la gestión de la salud con otras instancias gubernamentales y no gubernamentales del sector a nivel local es débil.

**Tecnología apropiada:** no se cuenta con tecnología apropiada que permita p.ej. tratar los desechos sanitarios que generan los servicios; fortalecer el laboratorio del centro de salud para atender, adecuadamente, la demanda local; formar al RRHH o promover la educación en salud. **Transporte/movilización:** la falta de vehículos apropiados limita la movilización del RRHH en salud y el transporte de medicamentos, material y suministros necesarios para el desarrollo de las acciones de salud. **Finanzas:** la falta de fondos en el centro de salud para cubrir los gastos básicos (combustible, correo/telegramas, fotocopias, pilas, bombillas, fletes, otros) del servicio incide desfavorablemente en la calidad de atención y en la eficacia y efectividad del mismo. **Imagen:** desgastada en general a nivel distrital. El limitado margen de acción de los servicios institucionales y la falta de respuesta a compromisos asumidos con diversas instancias por parte de administraciones anteriores del Ministerio de Salud (nivel central, jefatura de área y distrito) ha debilitado la imagen pública de la institución, lo cual le resta credibilidad a los cambios organizativos y de gestión que se emprendían para lograr la implementación del nuevo modelo de atención.

**Clima:** variable, con elevada precipitación pluvial. Barillas es el lugar más lluvioso de Guatemala (6,000 mm. de lluvia anuales). La **amplia extensión geográfica** del municipio (1,100 Km.2) y las **variables características topográficas** del terreno son otros dos aspectos externos que obstaculizan el acceso si no se cuenta con un medio de transporte y movilización adecuado, así como con una red de servicios de atención local más amplia. **Población:** grande (72,000 hab. aprox.) y dispersa (240 comunidades); multiétnica, multilingüe y pluricultural (K'anjobal, Chuj, ladina, otras) y de bajo nivel socio/económico, en general.

En relación con los **aspectos sectoriales**, se hicieron esfuerzos por promover acciones tendientes a readecuar la **capacidad instalada** del sector; a fortalecer la **organización sectorial** imperante y las relaciones de **coordinación intrasectorial y extrasectorial**; a promover la implementación del **nuevo modelo de atención** y a impulsar una mayor **capacidad gerencial**. no

obstante, la falta de apoyo por parte de jefatura de área y nivel central del Ministerio de Salud hacia el distrito, no favorecieron el desarrollo de estas iniciativas sectoriales.

### C. ¿Cuáles fueron las principales intervenciones que se diseñaron y pusieron en práctica para resolver la problemática de salud en el distrito de Barillas?

En la década de los ochenta, **UNICEF** y **OPS** propiciaron la descentralización de una serie de acciones sanitarias para mejorar el nivel de salud del distrito. Con estas intervenciones se logra la ampliación de la red de servicios con la construcción y equipamiento de ocho Centros de Atención Local **-CAL-** con la participación de promotores de salud; la apertura de una **farmacia estatal** en el Centro de Salud; el inicio de negociaciones con la diócesis local a efecto de fortalecer el **segundo nivel** de atención a través del Hospital San Vicente y la entrega de un **fondo semilla** a ASSABA para la contratación de servicios como apoyo para facilitar las intervenciones médico/quirúrgicas en emergencias obstétricas, entre otras. No obstante, no se obtuvo el seguimiento necesario por parte de la jefatura del distrito para desarrollar y darle continuidad a dichos esfuerzos y los resultados, finalmente, quedaron inconclusos y no alcanzaron el impacto deseado.

El diseño y la puesta en práctica de **intervenciones proactivas** para resolver la problemática de salud en el área comienzan a promoverse a partir de agosto de 1998, a raíz del **cambio de jefe de área y gerente administrativo** propiciado por nivel central en la jefatura de área de Huehuetenango. Durante su gestión, las decisiones se tomaban en forma unilateral y concentraban el poder; no se propiciaba el trabajo en equipo del consejo técnico de jefatura de área; los jefes de distrito no participaban en la propuesta y diseño de intervenciones ni se reunían en consejos técnicos de área; el personal de salud, en general, se encontraba desarticulado y profundamente desmotivado y los diversos programas de salud no contaban con el apoyo necesario para cubrir sus necesidades básicas, todo lo cual incidía notoriamente en la capacidad de respuesta de los servicios del área en general.

Con el apoyo del supervisor de área de Huehuetenango, bajo la modalidad de trabajo impulsado por nivel central de apadrinar las áreas, en septiembre de 1998 el equipo técnico de la jefatura de área buscaba elaborar un **plan contingente** para el fortalecimiento y desarrollo de los servicios de salud en el área, sin embargo, solamente se logra identificar y priorizar los **problemas de salud**; definir **ejes programáticos** prioritarios; **microregionalizar el área de salud** con enfoque de riesgo y, con base en esto, discutir y definir algunos **lineamientos de acción** con los equipos distritales en consejo técnico de área. Como resultado de lo anterior, se determina que los distritos ubicados en la zona Norte del departamento (San Juan Ixcay, Soloma, Santa Eulalia, San Rafael la Independencia, San Miguel Acatán, San Sebastián Coatán, San Mateo Ixtatán y Santa Cruz Barillas) conformarían la **Microregión 1** (191,564 hab.), entre otros problemas, por su inaccesibilidad geográfica, sus bajas coberturas en vacunación y sus elevados índices de enfermedades transmitidas por vectores.

No obstante lo anterior, las intervenciones que la jefatura de área promueve actualmente para resolver la problemática de salud de la Microrregión 1, en general, aún no forman parte de un **plan de apoyo** consistente, sino, han sido, únicamente, intervenciones aisladas y de poco impacto.

La ampliación de cobertura de servicios básicos de salud en el área de Huehuetenango se propiciaba como intervención mediante la contratación de

**Prestadoras de servicios de salud -PSS-** durante la gestión anterior, sin embargo, se llevaba a cabo con ciertas debilidades tales como la desinformación del personal de salud; la falta de participación de los jefes de distrito en la formulación y aprobación de propuestas; la falta de un adecuado proceso de reclutamiento y selección de personal y la falta de un acompañamiento sistemático; entre otras. Actualmente, estas debilidades se superan a través de la labor permanente que realiza una Facilitadora de Área con sede en la jefatura.

Como parte de lo mismo, a finales del año 1998 se aprueba la propuesta de la Asociación de Apoyo al Desarrollo Comunitario de Barillas/**ADECO** como PSS y firma convenio con el Ministerio de Salud Pública para cubrir una jurisdicción /15,349 hab.) al Noreste del distrito de Barillas. ADECO es la única PSS que desarrolla actividades de extensión de cobertura en toda la Microregión 1 (8% de la población total de la Microregión 1/21.3% de la población total de Barillas).

En el mismo periodo, OPS/Quiché selecciona y contrata por tres meses los servicios de la Coordinadora de Iglesias Evangélicas de Guatemala/**CIEDEG** como capacitadora para el área de salud de Huehuetenango. No obstante, el proceso de capacitación y monitoreo, a nivel distrito, duró tan sólo un mes contando solo días hábiles; el mismo evidenció debilidad ya que: los capacitadores contratados, temporalmente, no contaban con conocimientos básicos ni experiencia en salud y no se logró la organización suficiente por parte de los mismos para cumplir con sus objetivos. Los resultados, finalmente, fueron aislados y de poco impacto con los dos capacitadores que fueron asignados al distrito de Barillas.

En el marco de la nueva administración del área de salud se favorece, además, una mayor coordinación política y técnica con los **organismos de cooperación técnica y financiera**. Esto conlleva a la reapertura de las Unidades Técnicas Descentralizadas /UTD de **OPS y GTZ**. No obstante, el proceso de reincursión a las actividades del área, sobre todo en la identificación, priorización y puesta en marcha de funciones, tendió a ser desorganizado y, a veces, confrontativo. A esto puede agregarse el hecho de que el personal delegado no necesariamente llenaba el perfil técnico necesario para ocupar estos cargos, dirigir estas UTDs y apoyar en la línea de las acciones priorizadas por el área. Las acciones de apoyo, por lo consiguiente, se orientaban, en un principio, más que al fortalecimiento de la formulación, ejecución y evaluación de intervenciones priorizables, a la movilización de personal y transporte de material e insumos o aspectos de carácter financiero. De esta manera, aunque el distrito de Barillas era uno de los tres municipios priorizados por OPS, dicha coordinación política y técnica no tuvo un beneficio concreto en el distrito.

Puede decirse, además, que el retiro del jefe de distrito de Barillas anterior, propiciado en ese momento por nivel central y jefatura de área, dejaba un vacío grande en la dirección del distrito y en el manejo del personal de salud institucional.

#### **D. ¿Cuáles fueron los cambios organizativos y de gestión que se han implementado?**

Los cambios organizativos y de gestión parten del cambio en la jefatura y administración de la jefatura de área, del retiro del jefe de distrito anterior y la movilización del facilitador de área al escenario local, como se expuso previamente.

Dichos cambios pueden analizarse en dos perspectivas: **interna** y **externa** a los servicios del Ministerio de Salud.

Al **interior**, la falta de dinamismo y compromiso del entonces jefe de distrito a.i. (que ocupa actualmente la plaza de médico de 4 horas) por un lado y el modelo de trabajo establecido convencionalmente en el centro de salud, por otro, no facilitaba la concreción de dichos cambios. Poco se ha logrado en la integración del personal, el trabajo en equipo y el mejoramiento de los servicios que se prestan.

Al **exterior**, los cambios se impulsaban radicalmente buscando un mayor impacto sobre la capacidad resolutoria de la red de servicios a nivel distrital. La tarea organizativa y de gestión se promovía por el facilitador de área con el apoyo de las otras instancias que conformaban el sector salud, predominantemente de Médicos Sin Fronteras/MSF. Dichos cambios estaban dirigidos, en primer orden, a fortalecer la debilitada imagen del Ministerio de Salud a nivel local y a retomar y concretar los esfuerzos de UNICEF/OPS que quedaron inconclusos en una serie de acciones que ya fueron expuestas. Luego, a readecuar la capacidad instalada disponible en el nivel local; a fortalecer la organización sectorial imperante y las relaciones de coordinación alcanzadas dentro del sector y con los otros sectores; a promover la implementación del nuevo modelo de atención/SIAS y a desarrollar la capacidad gerencial en el equipo de salud. Algunas de estas actividades se describen brevemente a continuación.

Con el apoyo de las instancias que conformaban el sector salud se trabajó en la incorporación de **cooperantes cubanos** con lo cual se elaboró una propuesta orientada a garantizar su sostenimiento y reorientar, coherentemente, las acciones de extensión de cobertura y mejoramiento de servicios a nivel distrital.

En el marco de la nueva gestión que desarrollaba **Médicos Sin Fronteras MSF /Suiza** (porque al interior de la organización se contaba con una nueva Responsable de Terreno) para apoyar directamente las prioridades del Ministerio de Salud, el trabajo organizativo y de gestión, a nivel local, tenía diversas implicaciones. Primero, es importante mencionar que habiendo, la organización, programado el cierre del proyecto de Barillas para el año 1998, se buscaba transferir, gradualmente, el trabajo realizado en el primer nivel a **Project Concern International/PCI**. No obstante, ante la inconsistente gestión de PCI y la poca responsabilidad de la misma entidad por darle continuidad a dicho trabajo, como previamente se había acordado,

Médicos Sin Fronteras/MSF asume esa responsabilidad y redobla sus esfuerzos en el sentido de propiciar el cambio organizativo y de gestión necesario en la

**Asociación de Promotores de Salud de Barillas/APROSAB** (contraparte local que MSF gestó, desarrolló y fortaleció) para reorientar las acciones de primer nivel que se desarrollan en la jurisdicción Noroeste del distrito de Barillas de acuerdo con las prioridades del Ministerio de Salud. Paralelamente, MSF reafirmaba su disposición por apoyar el fortalecimiento del **segundo nivel** (incluso prorrogando su permanencia a nivel local mas allá del año 1999) si se propiciaba un punto de partida que permitiera ejercer dicho apoyo en forma coordinada y sostenida, principalmente, con el Ministerio de Salud. Por otro lado, se elaboraron y firmaron convenios que definieron la entrega de equipo, mobiliario, material y suministros, así como la organización y administración que enmarcaron la implementación de una **clínica de salud oral** dentro de las instalaciones del Centro de Salud con capacidad de atender la demanda distrital de primer y segundo nivel. Además, se trabajó en una propuesta para ampliar la **red fría** y fortalecer el programa de inmunizaciones a nivel distrital. MSF tenía la disposición y capacidad de proveer al distrito de un stock de refrigeradores y termos que, finalmente, se ubicaron estratégicamente en el territorio municipal.

Respecto al fortalecimiento de la **rectoría del Ministerio de Salud**, el trabajo se orientó a ganar la capacidad de dirección, conducción y credibilidad necesaria, primeramente, con las instancias que conforman el **sector salud** y, luego, al interior de la **coordinadora interinstitucional** conformada por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, nacionales e internacionales, que tienen presencia en el municipio de Barillas. Entonces se avanzaba sustancialmente en la integración del sector salud y esto se constituía en un modelo de trabajo para la conformación y planificación del resto de sectores priorizados (educación, producción, medio ambiente e infraestructura). Como parte de lo mismo, el sector salud se anticipaba, dentro del proceso de planificación conjunta y se encontraba elaborando el plan operativo sectorial utilizando el marco lógico como instrumento de trabajo. Además, el facilitador de área, como representante y coordinador del sector pasó a formar parte del grupo coordinador de dicha instancia interinstitucional como resultado del proceso de reestructuración organizativa que atravesaba la misma.

Las gestiones que el equipo de trabajo de salud realizó con **De COPAZ/CECI** buscaba incidir en los procesos de identificación y priorización de necesidades y selección de proyectos que dicha instancia promovía en las 14 microregiones municipales. La coordinadora de salud de De COPAZ/CECI había solicitado apoyo al equipo de salud a efecto de incrementar la demanda de proyectos en salud por parte de las entidades microregionalizadas/EMRs a nivel local. Como antecedente importante, la gestión que esta instancia promovió en las EMRs durante 1998 tuvo como resultado la solicitud de tan sólo 4 proyectos en salud (botiquines rurales). En este sentido, se trabajó en equipo y de forma coordinada una propuesta que proponía realizar dos talleres con los representantes de las entidades microregionalizadas. En el primer taller se buscaba inducir a dichos representantes a un proceso dinámico y participativo de identificación y priorización de problemas de salud; problematización de los mismos y búsqueda de soluciones. En el período intermedio a los dos talleres,

el equipo de salud trabajaría en la elaboración de propuestas coherentes con base en los insumos obtenidos a través del primer taller. El segundo taller buscaba entregar las propuestas elaboradas por microregión e incidir, de esta forma, en el incremento de la demanda de proyectos de salud a nivel distrital. No obstante el trabajo intenso que el equipo de salud realizó, los tiempos burocráticos de Decopaz/Ceci para la entrega de proyectos solicitados no permitieron desarrollar la iniciativa propuesta.

Con el **Fondo de Inversión Social/FIS** las gestiones se coordinaron con el Gerente Social para Barillas en el sentido de apoyar la formulación del Proyecto de Impacto Social que se buscaba ejecutar para el año 1999 por parte de dicha institución. La formulación conjunta de dicho proyecto partió de la necesidad de fortalecer las acciones del SIAS en el primer nivel de atención y retomar las iniciativas inconclusas de UNICEF/OPS mencionadas anteriormente, para lo cual se buscaba ampliar la red de servicios de atención local con la construcción, equipamiento de 12 Centros de Convergencia Popular/CCP estratégicamente ubicados dentro del distrito. Además, el proyecto contemplaba la dotación de una farmacia comunitaria por CCP. No obstante el esfuerzo realizado en ese sentido, no se logró concretar el proyecto. Entonces, la gestión local del FIS se desarrollaba en forma deficiente ya que ASSABA (organización local subcontratada para la administración y entrega de material e insumos dentro de un proyecto de farmacias comunitarias formulado, previamente) evidenciaba anomalías en la administración y deficiencias en el trabajo de campo que desempañaba con los promotores de salud beneficiarios.

Con instancias del sector salud, específicamente, **MSF/APROSAB, ADECO Y Ministerio de Salud** se trabajó una propuesta integrada para la implementación de un sistema único de abastecimiento de medicamentos esenciales en el distrito de Barillas. Esta intervención buscaba entre otras cosas, hacer más eficiente el uso de los recursos a nivel local; no duplicar esfuerzos en materia de medicamentos esenciales; unificar las iniciativas aisladas existentes y garantizar la prescripción adecuada del producto. La propuesta se concretó sólo con la participación de MSF/APROSAB y ADECO quienes denotaron, desde el principio, tener mayor capacidad de resolución e interés por darle viabilidad a la iniciativa. Esta fue acuerpada por dos consultores subcontratados por MSF quienes desarrollaron un estudio de prefacibilidad/sostenibilidad y dieron acompañamiento a la propuesta hasta su ejecución. El Centro de Salud, por su parte, desatendió la oportunidad de fortalecer su debilitada Farmacia Estatal por la falta de interés de la dirección en turno de incorporarse a la propuesta.

Finalmente y, quizás la intervención de mayor trascendencia, se centraba en el **fortalecimiento del segundo nivel de atención** con énfasis en el grupo materno/infantil. En este sentido, el equipo de salud trabajaba sobre tres escenarios concretamente. El primero, se basaba en el reinicio de una nueva ronda de negociaciones con la diócesis local y departamental y otros actores locales a efecto de fortalecer el componente materno/infantil del Hospital San Vicente como centro de referencia distrital. El segundo, buscaba incidir en el proceso de gestión que DeCOPAZ/CECI promovía en las 14 microregiones del municipio de Barillas, incrementando la demanda de proyectos destinados a salud. De este proceso se esperaba la promoción de un proyecto de segundo nivel. Finalmente, el tercero

buscaba unificar y coordinar los esfuerzos de actores locales interesados y responsables por superar la crisis actual de segundo nivel promoviendo la conversión del centro de salud a tipo A. El trabajo se centró, predominantemente, en el primer escenario descrito. No obstante, los esfuerzos realizados, el tiempo y los recursos invertidos en este sentido, la falta de voluntad política de Nivel Central y la poca capacidad de gestión del jefe de área durante el gobierno anterior, hicieron abortar la propuesta.

### E. ¿Quiénes fueron los beneficiarios de estas intervenciones?

Los beneficiarios se clasificaron en dos grupos. Los **directos**, que recibieron los beneficios de las intervenciones que se promovieron a nivel de la jefatura de área y del recurso material y físico que donó MSF para fortalecer la capacidad instalada y las acciones de salud del distrito. Los **potenciales**, que percibirían los beneficios de lo anterior y de los generados por los cambios organizativos y de gestión que, predominantemente, se impulsan al exterior de los servicios de salud.

Fueron beneficiarios **directos**: el personal de salud institucional con la adquisición de dos vehículos por parte de la jefatura de área y uno por parte de MSF y, con la contratación de un Inspector de Saneamiento Ambiental/ISA; el equipo de enfermedades transmitidas por vectores/ETV con la adquisición de equipo, material y suministros; las comunidades de la zona Norte atendidas con apoyo de los colaboradores voluntarios de vectores contratados temporalmente y la población que cubre ADECO como PSS dentro de la jurisdicción Noreste del distrito de Barillas (15,349 hab.).

Fueron considerados beneficiarios **potenciales**: las poblaciones que serán atendidas por 5 cooperantes cubanos en el distrito de Barillas; la Asociación de Promotores de Salud de Barillas/APROSAB y las poblaciones ubicadas dentro de la jurisdicción Noroeste que cubre Médicos Sin Fronteras/MSF con el provisionamiento de infraestructura, mobiliario, material e insumos para fortalecer las acciones de primer nivel en esa área; la población del distrito de Barillas con la instalación de una clínica de salud oral de MSF/APROSAB en el centro de salud para la demanda de primer y segundo nivel; la población del distrito de Barillas con la dotación de un stock de refrigeradores y termos por parte de MSF para ampliar la red fría distrital; las poblaciones que conforman las 14 microregiones que trabaja DeCOPAZ/CECI para las cuales se demanden proyectos de salud; las 12 comunidades con las cuales ha trabajado el FIS/Ministerio de Salud para la construcción y equipamiento de centros de convergencia popular/CCP y dotación de farmacia comunitaria; la comunidad de Xoxlac con la cual ha trabajado el FIS/Ministerio de Salud para el equipamiento del puesto de salud y el traslado de un enfermero auxiliar; la población del distrito de Barillas que percibirá los beneficios de un sistema unificado para el abastecimiento de los medicamentos esenciales y el distrito, en general, con la implementación de un proyecto de segundo nivel.

### F. ¿Cuáles fueron los recursos utilizados en estas intervenciones?

Los recursos utilizados por el sector salud para el desarrollo de las intervenciones anteriormente descritas, pueden apreciarse en el cuadro que se presenta a continuación.

Org./ Recurso	MSP/ Centro de Salud	MSF/ APRO SAB	ADECO	ASSA BA	FIS	Coop. Española	IDEAS	Muni	CEIBA	Diócesis	De COPAZ /CECI
Infraestructura Física	✓	✓							✓	✓	
RRHH en salud	✓	✓	✓						✓	✓	
Log: transporte y movilización		✓									
Log: Equipo de cómputo, tel/fax, radio com.		✓	✓	✓				✓	✓		✓
Finanzas	✓	✓			✓			✓		✓	✓
Equipo Médico/Odontológico	✓	✓	✓		✓	✓			✓	✓	
Medicamentos	✓	✓	✓	✓					✓	✓	
Material y Suministros en salud	✓	✓	✓						✓	✓	

### G. ¿Cuáles fueron los principales resultados obtenidos al término del trabajo de campo realizado por el investigador?

Los principales resultados logrados, para entonces, como consecuencia tanto de las intervenciones que ha promovido la jefatura de área como de los cambios organizativos y de gestión que se impulsaron en el distrito de Barillas, se describen brevemente a continuación.

- ✓ Reclutamiento de aspirantes, entrevista y selección de médico para ocupar plaza de jefe de distrito.
- ✓ Entrega de documentación laboral a Nivel Central y seguimiento de trámite administrativo.
- ✓ Plaza de jefe de distrito, ocupada.

- ✓ Centro de salud provisto de 1 vehículo Toyota de segunda mano tipo pickup cabina simple, 1 vehículo Nissan Patrol de segunda mano tipo camioneta, 1 vehículo Toyota Land Cruiser de segunda mano tipo camioneta.
- ✓ 7 colaboradores voluntarios de vectores/CVV contratados temporalmente por 2 meses y una plaza más, abierta y ocupada.
- ✓ 14 comunidades de la zona Norte (800 viviendas) rociadas, intradomiciliariamente, en dos meses con los 7 CVV contratados temporalmente.
- ✓ Equipo de ETV provisto de equipo, material y suministros.
- ✓ 1 inspector de saneamiento ambiental/ISA contratado para el distrito.
- ✓ 1 coordinador local, 2 médicos nacionales, 2 facilitadores institucionales y 1 contador contratado por parte de ADECO para SIAS primer nivel.
- ✓ Personal comunitario integrado a los equipos básicos de salud en 40 comunidades de la jurisdicción Noreste del distrito de Barillas que cubre ADECO.
- ✓ Equipos, material y suministros adquiridos por ADECO para el desarrollo de las acciones de primer nivel.
- ✓ Sedes, sectores y áreas de cobertura definidos (mapa/hojas de ruta) en una propuesta de intervención para la incorporación de la cooperación cubana en el distrito.
- ✓ Propuesta para la incorporación de la cooperación cubana a las acciones de extensión de cobertura y mejoramiento de servicios de salud del distrito socializada con las otras instancias que conforman el sector salud y presentada a jefatura de área.
- ✓ Aportes (hospedaje; alimentación; estipendios; transporte de medicamentos, material y suministros y; movilización de personal de salud) identificados y asignados en forma voluntaria a las instancias que conforman el sector salud.
- ✓ 1 convenio elaborado y firmado en forma conjunta entre MSF, Ministerio de Salud, APROSAB y el Comité Promejoramiento de la Comunidad de Las Victorias, Chancolin para el traspaso de bienes (infraestructura, equipo de radio-comunicación, mobiliario, material e insumos) de MSF a las otras instancias mencionadas..
- ✓ 2 convenios elaborados y firmados en forma conjunta entre el Jefe de Distrito, APROSAB Y MSF que definieron la entrega de equipo, mobiliario, material e insumos y la organización y gestión necesaria para la implementación de la clínica de salud oral de APROSAB en el centro de salud.
- ✓ Propuesta básica solicitada por MSF/Guatemala para ampliación de red fría en el distrito de Barillas elaborada y enviada.
- ✓ 5 refrigeradores de gas y 100 termos de vacunación adquiridos y entregados por MSF al Centro de Salud para ampliar la red fría del distrito.
- ✓ Una línea telefónica pagada por MSF, instalada en el Centro de Salud.
- ✓ Una central de radio-comunicación, entregada al Centro de Salud por parte de MSF.

- ✓ Varias reuniones efectuadas con las instancias que conforman el sector salud en el mes de febrero 1999, como parte del proceso de integración y planificación sectorial.
- ✓ Representante del sector salud (facilitador de área) seleccionado para conformar el grupo coordinador de la Coordinadora Interinstitucional.
- ✓ 2 reuniones efectuadas con la Coordinadora de Salud de DeCOPAZ/CECI en el mes de febrero, a efecto de propiciar la intervención del equipo de trabajo del sector salud en la gestión que dicha instancia desarrollaba en las 14 microregiones conformadas en Barillas.
- ✓ 1 reunión efectuada entre el equipo de trabajo del sector salud, los 14 presidentes de las microregiones y directivos de DeCOPAZ/CECI a efecto de exponer la propuesta de intervención técnica y recibir su aprobación.
- ✓ Propuesta metodológica (talleres) a desarrollar con representantes de las 14 entidades microregionalizadas de Barillas elaborada por el equipo de salud.
- ✓ Formularios para la construcción, equipamiento y dotación de farmacia en 12 centros de convergencia popular/CCP llenados y sellados en equipo (directivos FIS, gerente social FIS/Barillas, facilitador de área, encargado - SIAS- Barillas, representantes comités promejoramiento y promotores de salud activos de las comunidades beneficiadas). El proyecto de impacto social incluye el equipamiento del puesto de salud de Xoxlac y del centro de atención local/CAL de Esperanzita YulaSanJuan. Con este proyecto se iba a incrementar a 17 la red de servicios de atención local (5 CALs y 12 CCP) y a 22 las farmacias comunitarias.
- ✓ Formularios sellados por jefe de distrito y jefe de área y trasladados a oficinas del FIS/Guatemala por parte del gerente social para iniciar gestión técnica y administrativa correspondiente.
- ✓ Propuesta para la implementación de un sistema único de medicamentos esenciales a nivel distrital elaborada en equipo y socializada entre las diversas instancias del sector salud interesadas: MSF y ADECO.
- ✓ 2 Consultores subcontratados por MSF para realizar estudio de prefactibilidad/sostenibilidad para fundamentar, técnicamente, las iniciativas de Sistema Único de Abastecimiento de Medicamentos Esenciales y de Segundo Nivel con énfasis en la atención materno/infantil(Q23,000).
- ✓ Estudio de prefactibilidad/sostenibilidad elaborado.
- ✓ Proyecto para la implementación del Sistema Único de Abastecimiento de Medicamentos Esenciales formulado y puesto en marcha con el seguimiento de MSF/APROSAB y ADECO por parte de los Consultores subcontratados.
- ✓ Convenio para la implementación y ejecución del Sistema Único de Abastecimiento de Medicamentos Esenciales en el distrito, firmado.
- ✓ Lineamientos generales para la municipalización sostenible de los servicios de Segundo Nivel en el distrito de Barillas, definidos con el apoyo de los Consultores subcontratados.
- ✓ Nueva ronda de negociaciones iniciada con las diversas instancias del sector salud interesadas y responsables del fortalecimiento del Segundo

nivel de atención (Municipalidad, Ministerio de Salud, Hospital San Vicente de Paul/Diócesis de Huehuetenango-Barillas y MSF).

✓ Propuesta para el fortalecimiento del componente materno del Hospital San Vicente elaborada por parte del equipo de salud Facilitador de Area/Responsable de Terreno MSF.

## VIII. Discusión

En el presente apartado se discuten los resultados obtenidos durante la intervención caracterizada anteriormente a la luz de los diez aspectos que se consideran fundamentales para el desarrollo y fortalecimiento del sistema local de salud. A la vez, se identifican y describen los elementos que obstaculizan o favorecen la reorganización de la red de servicios desde la perspectiva de la operatividad del SILOS en el distrito de Santa Cruz Barillas, Huehuetenango.

### A. La reorganización de nivel central para asegurar la apropiada conducción del sector y el desarrollo de los SILOS

Puede afirmarse que tanto a nivel de área, como de distrito no se han podido establecer las condiciones necesarias para dirigir, regular, vigilar, coordinar y evaluar las acciones de salud de las instituciones, organizaciones y personas que conforman el **sector salud**. Así mismo, no se tiene la suficiente **capacidad de resolución** para formular, organizar y dirigir la ejecución de planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población de acuerdo con lo planteado en la política nacional de salud.

Lo anterior indica que el **papel directivo** de Nivel Central no se encuentra lo suficientemente reforzado como para permitirle la adecuada conducción de los procesos tendientes a implementar el SIAS y, por lo tanto, a fortalecer los **sistemas locales de salud**. De esta manera es como en el municipio o distrito, entendido este como unidad geográfico-administrativa mínima, no se llega a facilitar el cambio necesario para reorientar los procedimientos fijados en la prestación de los servicios de salud, para hacer más eficaz, eficiente y efectivo el uso de los recursos de salud ni para incrementar la capacidad resolutoria de la **red de servicios**.

Aunque las **Prioridades de gestión** fue una modalidad de trabajo impulsada por Nivel Central para facilitar la definición de objetivos viables y metas factibles en la formulación, organización y dirección de la política nacional en el área de salud en el marco de la implementación del SIAS, en la práctica, se torna verdaderamente difícil para el distrito elaborar planes estratégicos para articular los diversos esfuerzos del sector y movilizar los recursos necesarios para llevar a cabo las actividades planteadas en dicho documento.

El Ministerio de Salud afronta dificultades para desarrollar y fortalecer su **capacidad institucional** de manera regionalizada y en los diferentes niveles de atención de su sistema. A nivel local, por ejemplo, el proceso de análisis de la situación de salud no se lleva a cabo en forma sistemática y, de tal manera, que facilite la dirección del sector con conocimiento y visión; no se desarrollan métodos y procedimientos para la priorización de problemas, poblaciones e intervenciones en base con criterios de costo/efectividad; no se analizan, adecúan ni se evalúan las políticas de salud, así como, tampoco, se incorporan a los planes de desarrollo municipal; con mucha dificultad se dirigen y se movilizan los recursos y actores

sociales que tienen influencia en la salud del municipio; se evidencia una mayor coordinación política y técnica por parte del área con los organismos de cooperación técnica y financiera en salud (OPS/GTZ caso Huehuetenango) no obstante, las intervenciones desarrolladas conjuntamente pudieron haber tenido un impacto más favorable para el distrito y; existe poca capacidad técnica para participar junto al organismo político-administrativo municipal para tratar los intereses sanitarios a ese nivel.

## B. La descentralización y desconcentración

No obstante, la experiencia ha demostrado que en fases incipientes del proceso de desarrollo de los SILOS deben darse, en forma complementaria, tres niveles de gestión, a saber: el centralizado, el desconcentrado y el descentralizado. Actualmente, a nivel de área la gestión orientada hacia la implementación del nuevo modelo de atención se basa, prácticamente, en la centralización con algunas iniciativas de desconcentración de parte de Nivel Central enmarcadas, por ejemplo, en el **fortalecimiento de la gerencia-administrativa** de las áreas del país. Esta modalidad de desconcentración incorporó el traslado de un gerente-administrativo a la jefatura de área dotado de responsabilidad y facultades para la toma de decisiones orientadas hacia una mayor eficiencia operacional. Y aunque el proceso gerencial y administrativo pretende ser extensivo a los órganos de línea, los beneficios de éste se perciben débilmente y son poco efectivos a nivel de distrito, sobre todo, para aquellos más distantes del área. En la práctica, el proceso se circunscribe al trámite de gestiones ligadas a la extensión de cobertura de servicios de salud y a la agilización administrativa del área en general. Además, en el proceso se evidenciaron muestras de mala práctica y abuso de poder.

Paralelamente, otra modalidad que se enmarcó dentro de las iniciativas de desconcentración impulsadas por Nivel Central para reorientar la prestación de los servicios de salud, fue el **apadrinamiento del área de salud**, en donde un supervisor de Nivel Central se trasladaba, periódicamente (una vez al mes) al área para otorgar un apoyo, principalmente, de carácter **técnico-gerencial**. No obstante, la misión de este delegado adquirió relevancia en el momento en que se reorganizaba el consejo técnico de jefatura de área y se buscaba elaborar un plan contingente general, la modalidad tan sólo se concretó a un corto período de tiempo (alrededor de tres meses). Nivel Central, en este sentido, no ofreció la sostenibilidad debida al proceso y no se logró el seguimiento necesario para concretar las actividades que se emprendían a través de dicha modalidad.

De tal manera, el área de salud de Huehuetenango queda supeditada a la centralización en muchos aspectos de índole gerencial-administrativo. Este vínculo de dependencia centralizada se torna más en una presión burocrática que en un beneficio de carácter gerencial o administrativo a nivel de distrito si se considera el modelo vertical con que aún se trabaja el financiamiento y la planificación operativa anual/POA.

Aunque, tanto la desconcentración como la descentralización, son considerados como elementos vitalizadores de los sistemas locales de salud, la propuesta de

cambio en el uso y la distribución de la capacidad gerencial-administrativa no alcanza el impacto deseado en el distrito ya que por parte de Nivel Central y Jefatura de Área no existe una decisión política de llevar a cabo este proceso, efectivamente, no se tiene la capacidad para transferir en forma positiva recursos materiales, financieros, humanos y tecnológicos necesarios; de promover el poder político necesario para el manejo de los recursos, así como la participación activa de las organizaciones de la comunidad; ni para desarrollar la capacidad de gestión enfocada a la prestación de los servicios en una línea conjunta del sector salud.

El Código de Salud define la organización del Ministerio de Salud dentro de estrategias de desconcentración, descentralización y participación social para favorecer, finalmente, el acceso de la población a los servicios públicos de salud de calidad, con eficiencia y eficacia como se estipula en los lineamientos que definen el SIAS. Sin embargo, estas estrategias no se instrumentan ni se articulan a la organización política-administrativa local, entendiéndose Consejos de Desarrollo Urbano-Rural a nivel departamental o municipal, de lo cual resulta el bajo impacto que se logra actualmente y las pocas perspectivas de sostenibilidad que tienen las mismas.

## C. La participación social

No obstante, los sistemas locales de salud son considerados como los escenarios ideales para la interacción de los diversos actores sociales en favor de la producción de la salud, el proceso de participación actual en el proceso SIAS, dista mucho de concretarse en los tres niveles institucionales que interesan al Ministerio de Salud (central, departamental y municipal).

No se promueve un compromiso y una responsabilidad encarnada a que todos los grupos comunitarios, las organizaciones, las instituciones, los diversos sectores dentro de una zona geográfica (municipio/distrito) intervengan en la identificación de los problemas comunes y se unan para dar solución a los mismos.

Aunque, tanto los Acuerdos de Paz como el Código de Salud, contemplan firmemente fomentar la participación activa de la sociedad en la administración de los servicios y programas de salud (aspectos básicos que definen al modelo de atención adoptado), en el distrito de Barillas la participación se circunscribe, por lo general, a la **colaboración**, en donde la participación de las personas y los conjuntos sociales se limitan, sin ninguna ingerencia en el proceso, a colaborar en la acción solicitada. El distrito de Barillas, sin embargo, alcanzó un grado superior de participación; la **cogestión**, al contar con la participación de algunas organizaciones locales e internacionales (ADECO/Médicos Sin Fronteras) y de diversos grupos organizados ligados directamente con la salud de las poblaciones dentro del sector salud en la toma de decisiones y el fortalecimiento de las acciones institucionales del Ministerio de Salud.

La **autogestión** es un concepto de participación que, frecuentemente, importan las instituciones internacionales y adoptan las organizaciones locales en distintos ámbitos del desarrollo comunitario, no obstante, la experiencia indica reiteradamente que nuestras poblaciones aún no responden en la apropiación de dicha

responsabilidad desde una perspectiva histórica y contextual.

La **negociación**, por su parte, no se ejercita con verdadera conciencia de derechos y responsabilidades ciudadanas, es reactiva y no proactiva y carece de la sustentación técnica necesaria, por lo que no se logra con ella avances significativos en materia de fortalecimiento de la sociedad civil ni de las acciones sanitarias a nivel local.

#### D. La intersectorialidad

El municipio de Barillas, fue afectado fuertemente por el conflicto armado y contiene un gran número de poblaciones desarraigadas (retornados, repatriados y desplazados internos) como resultado de ello, cuenta con una cantidad inusual de instituciones y organizaciones locales e internacionales. Esto generó un fenómeno interesante de agrupación institucional activa que se tradujo en 1998 en la conformación de la **Coordinadora Interinstitucional** con la finalidad de integrar la acción de los diversos sectores representados. De hecho, se lograron avances significativos en el proceso de desarrollo intersectorial, impulsando la integración y planificación de los diversos sectores en lo particular, junto a la formulación de una propuesta de planificación conjunta adecuada para ser dirigida por la **Unidad Técnica Municipal** e incorporada al plan de acción municipal de desarrollo urbano-rural para fortalecerlo y darle un carácter de integralidad. No obstante, al término de este trabajo de campo, el proceso enfrentaba en la práctica una serie de obstáculos, tanto institucionales y administrativos, como políticos, humanos, financieros y metodológicos que nunca fueron considerados y menos apoyados por la jefatura de área. Si bien existía un interés cohesivo y una visión integradora en los participantes, fue notoria la falta de una firme voluntad política por parte de las principales instituciones, sobre todo, gubernamentales, que impulsaban la iniciativa, lo que redujo la oportunidad de tener resultados significativos en la sostenibilidad y efectividad del proceso.

#### E. El refuerzo de la capacidad administrativa

En gran medida, la insuficiente capacidad operativa de los servicios de salud y el bajo impacto de las acciones de salud en el distrito de Barillas son consecuencia de sistemas, procedimientos y prácticas de administración y gerencia, deficientes, que limitan la posibilidad de incrementar la capacidad de resolución del sistema local de salud.

Los factores que limitan la **capacidad de resolución** del sistema local de salud y sobre los cuales debe hacer énfasis la reorganización actual de los servicios de salud son: la baja capacidad instalada disponible en el distrito y el sector salud en general, constituida por los escasos recursos físicos, humanos, tecnológicos y de investigación disponibles; la poca organización sectorial imperante y las débiles relaciones de coordinación alcanzadas dentro del sector y con los otros sectores; un modelo de atención que no ha trascendido el esquema convencional y que encuentra gruesos obstáculos en la integración de los programas de prevención, control, atención a las personas y atención al medio/ambiente; una gestión que se basa en la

centralización con algunas iniciativas de desconcentración que son débilmente percibidas a nivel local como se expuso anteriormente (ver descentralización y desconcentración); un modelo financiero que no se adecúa a las necesidades del nivel local ni cuenta con la capacidad de proveer del financiamiento básico al distrito; bajo grado de participación social en salud y una subóptima capacidad gerencial.

Aunque la situación deseable es que un SILOS posea una capacidad administrativa tal que permita un apoyo adecuado a la prestación de servicios según las necesidades del nivel local, esto no ocurre en el distrito de Barillas ya que, administrativamente, no se han logrado cubrir algunos requisitos básicos, tales como:

1. La falta de una **unidad técnico-administrativa**, con recursos humanos adecuadamente adiestrados, con capacidad de atender la administración general de los servicios y sistemas instalados.
2. La falta de un **sistema de información** que permita en forma técnica y oportuna la recolección de datos sobre la situación de salud, que incorpore un análisis epidemiológico y administrativo de esa información y que como resultado apoye la gestión y prestación de servicios.
3. La falta de dotación de **recursos físicos e insumos críticos** que permitan ejecutar las actividades mencionadas anteriormente.
4. La indisponibilidad de **recursos financieros** para el desarrollo de las acciones de salud.
5. Poca capacidad de **coordinación intrasectorial** y de articular las acciones de salud al proceso organizativo de las comunidades.

La capacidad administrativa de la jefatura de área, en este sentido, se encuentra un poco más desarrollada, no obstante, aún insuficiente para fortalecerla a nivel distrital.

#### F. El desarrollo de un nuevo modelo de atención

A pesar de que el **Código de Salud**, los **Acuerdos de Paz**, los **Lineamientos Políticos, Estratégicos y Programáticos de la Reforma del Sector Salud** y el **Programa de Gobierno** 1996-2000, coinciden en el desarrollo de un nuevo modelo de atención con énfasis en la integralidad y la desconcentración, queda mucho trabajo por realizar en cuanto a la redefinición del mismo y en la transformación del sistema nacional de salud para lograr la meta de universalizar el acceso de la población a la atención de salud como está estipulado.

La **red de servicios**, en el área de salud de Huehuetenango, dista mucho de asumir la responsabilidad de garantizar la atención integral a toda su población de manera regionalizada y jerarquizada en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad de su sistema como lo exigen los propios lineamientos del SIAS. La problemática se acentúa en los distritos más distantes como Barillas.

Hubo avances poco significativos en el desarrollo de componentes considerados elementales dentro de un nuevo modelo de atención debido a que se promueve poco el autocuidado de la salud; no se otorga preparación al recurso humano ni se integra

en equipos de trabajo; el traslado de facultades y recursos físicos y financieros de nivel central a las estructuras de naturaleza local es insuficiente; no se logran priorizar las acciones de promoción y prevención; muchas acciones se desarrollan al margen del contexto, multiétnico, pluricultural y multilingüe y no se ejercita la participación intra y multisectorial, como se ha señalado anteriormente.

La redefinición de un nuevo modelo de atención ha quedado circunscrita en el nivel departamental, por ejemplo, a fortalecer el aspecto gerencial-administrativo, a implementar el apadrinamiento del área temporalmente, a incorporar la Cooperación cubana, a reordenar las prestaciones de salud en el primer nivel de atención y en un menor grado en el Segundo nivel de atención y a reubicar y reorganizar los organismos de cooperación técnica-financiera (OPS/GTZ). Poco se ha logrado respecto del trabajo con las instancias sectoriales y, menos aún, con las de otros sectores. Esto ha implicado concretamente para el área de salud: recibir una limitada cantidad de facultades, recursos humanos, físicos y financieros; la iniciativa de Consejos Técnicos de Área y de Jefatura de Área en forma periódica; ampliar la cobertura de servicios básicos de salud en el nivel comunitario y fortalecer aislada y, asistemáticamente, la capacidad instalada en los servicios de Segundo nivel; participación limitada en el Consejo de Desarrollo Urbano-Rural Departamental. Como consecuencia de ello, existen mínimas mejoras en el fomento de las actividades que desarrollan los diferentes programas de salud del departamento a nivel de jefatura y distrital.

En el distrito de Barillas, la concepción redefinida de un nuevo modelo de atención se desconoce casi por completo y las implicaciones concretas que éste tuvo a nivel de jefatura de área, mencionadas anteriormente, han sido menos favorables aún.

No obstante, el hospital es considerado como un integrante fundamental de los sistemas locales de salud, aparte de ser una necesidad socialmente consensuada en el distrito de Barillas, principalmente, por la mayor tasa de mortalidad materna que tiene dentro del departamento (46/1000 nacidos vivos), la falta de voluntad política de Nivel Central y la poca capacidad de gestión de la jefatura de área durante la pasada administración, interrumpieron el proceso de gestión social y elaboración técnica, así como la posibilidad de concretar una **propuesta de Segundo nivel** con énfasis en la atención del grupo materno-infantil que había sido formulado a la luz de las conclusiones del estudio de prefactibilidad/sostenibilidad realizado.

#### G. **La integración de los programas de control y prevención**

Actualmente, en el distrito de Barillas no existe una integración de las instancias del sector salud ni una coordinación adecuada para fortalecer las acciones de los programas de control y prevención. El Centro de Salud, actualmente, no cuenta más que con sus escasos recursos y, quizá, con algún tipo de apoyo aislado por parte de entidades locales como, por ejemplo, la municipalidad, MINUGUA y otras. Hasta marzo del 2000, Médicos Sin Fronteras se constituyó en la organización con mayor capacidad resolutoria del sector y, consecuentemente, la que ofrecía mayor apoyo a las acciones de salud distritales, principalmente, a aquellas relacionadas con los

#### programas de **vacunación y enfermedades transmitidas por vectores/ETV.**

La unificación de los esfuerzos de la comunidad con los recursos del sector se limita a las actividades que se desarrollan a través de ADECO como PSS para la extensión de cobertura de servicios básicos de salud en el primer nivel de atención del SIAS y, que cubre una jurisdicción de 15,349 hab. y, con la Asociación de Promotores de Salud de Barillas/APROSAB que conformó Médicos Sin Fronteras en la zona Norte y más aislada del municipio, principalmente, en actividades de vacunación.

De esta manera, actualmente, el Centro de Salud afronta serias dificultades para la movilización, tanto de personal, como para el traslado de material e insumos al interior del distrito. Consecuentemente, los recursos no pueden destinarse en función de las necesidades más relevantes dentro de lo cual hay que mencionar que tampoco existe un adecuado trabajo en equipo técnico donde se hagan converger los conocimientos clínicos, epidemiológicos y administrativos para priorizar dichas necesidades y planificar líneas de intervención.

La red de servicios, dentro del distrito de Barillas, no cuenta con la capacidad básica de respuesta para la solución de los problemas de salud prioritarios en el ámbito local desde la perspectiva del control y la prevención.

#### H. **La capacitación de la fuerza de trabajo**

En el distrito de Barillas y específicamente en el personal institucional del Ministerio de Salud, no se fomenta una **formación continua y supervisada** acorde a los planteamientos integrales que orientan el nuevo enfoque de atención en salud. De esta manera, se torna difícil la tarea de redefinir las funciones del personal y adecuar su vinculación con el sistema de servicios, empezando por el ente rector, en el marco de la reorganización de la infraestructura del sector salud.

Las iniciativas de **integración docente-asistencial**, así como la **Maestría en Salud Pública**, impulsadas por la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC/Fase III-EPS Rural y Fase IV, respectivamente, junto al Ministerio de Salud, OPS e IGSS, aunque conllevan en principio la finalidad de incidir no solo en la calidad de la atención de los servicios de salud del Ministerio sino, además, formar recurso humano que este en la capacidad de conducir la transformación del modelo de atención, no han logrado su pleno desarrollo y los resultados son únicamente parciales.

Aunque los artículos 30 y 31 del Código de Salud en su Capítulo VI: Formación y capacitación de los recursos humanos en salud, lo puntualizan en este mismo sentido, las relaciones orgánicas necesarias para dicho proceso de integración principalmente Facultad/Ministerio, no se han logrado superar aspectos políticos y operativos indispensables para el logro de ello.

## I. La investigación:

No obstante, se tiene una necesidad grande de continuar y profundizar el desarrollo de un nuevo modelo de prestación de salud visto como un sistema regionalizado y jerarquizado con diferentes niveles de atención y escalones de complejidad, actualmente, existe gran vacío en la investigación de los servicios de salud que permita acompañar el proceso de reorganización y reorientación del Ministerio de Salud como ente rector del sector y, más aun, si esta necesidad se enfoca al sector salud como un sistema integrado.

El "análisis de situación de salud" es la única herramienta de investigación que en forma incipiente se impulsa al interior de los servicios de salud del Ministerio. A nivel de jefatura de área este análisis es del dominio casi único del departamento de epidemiología y poco se ejercita en los Consejos Técnicos de Área y menos aún con la participación de las otras instancias sectoriales y los usuarios. A nivel distrital, a pesar de que no se cuenta con un apoyo técnico en epidemiología, durante el trabajo de campo realizado en Barillas, solo se realizó un Consejo Técnico de Distrito que incorporó la presencia de otras organizaciones del sector pero que, siendo un proceso que requiere de un seguimiento continuado, tampoco ha logrado propiciar, con base en un análisis sistemático y compartido de la situación de salud, resultados que sirvan para implantar acciones correctivas que respondan a las necesidades y problemas de salud de la población.

Tampoco existen las condiciones necesarias para llevar a cabo estudios enfocados a evaluar el grado de equidad logrado, la eficacia y calidad de la atención a las personas, la cobertura real obtenida, la eficiencia en el uso de los recursos del sector o el grado de participación social existente.

## J. La readecuación de los mecanismos de financiamiento

Actualmente, en el área de salud se evidencia un cambio en las formas tradicionales de distribución y control de los recursos financieros. No obstante, estas propuestas planteadas para el ámbito nacional y difundidas a partir del Nivel Central, no adquieren, a nivel de distrito, expresión completa y no son validadas apropiadamente.

Lo anterior dificulta medir los resultados y el alcance del cambio que se introduce. Aunque la readecuación de los mecanismos de financiación en el distrito de Barillas responden a los ejes fundamentales del proceso de reforma sectorial, la readecuación se limita a: la "**canasta básica**" que se provee a tan sólo una jurisdicción de 15,349 hab. de una población aprox. de 72,000 hab.; a la "**mezcla público/privada**" que se instrumenta a través de ADECO como PSS para cubrir la jurisdicción anterior la cual enfrenta dificultades que van de lo administrativo a lo operativo; a la "**focalización**", que se concreta en los grupos de riesgo contenidos dentro de la única jurisdicción que se cubre, y, a una "**descentralización**" que, concretamente, no garantiza que los recursos financieros necesarios para la operativización de la ampliación y mejoramiento de los servicios básicos de salud, estén al alcance de las instancias locales más cercanas a los usuarios, en este caso, ADECO/Centro de Salud. El resto de la población es atendida en forma convencional por el distrito y sujeta al esquema centralizado y tradicional de financiamiento.

De esta manera, es lamentable el hecho de que se halla obstaculizado la propuesta de Segundo nivel en Barillas, porque aparte de los muchos beneficios que se estaban generando en la vía del desarrollo de un sistema local de salud, uno importante lo constituía la búsqueda de **fuentes alternativas y mecanismos apropiados de financiamiento** apegándose al ámbito municipal para garantizar la sostenibilidad de la atención integral de la salud en el distrito.

## IX. Conclusiones

Sobre la base de lo ya expuesto y como preliminar de las conclusiones finales, es preciso aclarar lo siguiente: debe entenderse que el marco ideológico-conceptual de los SILOS se ha desarrollado, teóricamente, y con un propósito social definido, a la luz de los problemas que afrontan los sistemas nacionales de salud en la transformación hacia una mayor equidad, eficacia, eficiencia y efectividad en la prestación de sus servicios. Aunque desde una perspectiva estratégica, los lineamientos políticos, técnicos y administrativos desarrollados, teóricamente, cuadran en forma general con la coyuntura y el contexto político-administrativo que predomina en diversos países de la región como Guatemala, hay particularidades en cada uno de estos que forzosamente hacen necesario un proceso de investigación, corroboración, seguimiento y readecuación, tanto de lineamientos generales como de elementos específicos propios de los SILOS que pretenden ser aplicados. Sólo como resultado de lo último, es posible determinar las potencialidades y garantizar la aplicabilidad de esta táctica operativa en el ámbito local. Si bien el proceso de reforma sectorial y el diseño e implementación del nuevo modelo de atención integral SIAS persigue una transformación del sistema nacional de salud, apoyándose teóricamente en dicha táctica operativa, lo que se evidencia es que las instituciones y actores sociales involucrados no han asumido consecuentemente un compromiso ni han denotado tener una voluntad política firme que permita viabilizar el desarrollo y el fortalecimiento de los SILOS. Las conclusiones siguientes, son aclaratorias al respecto y enfatizan sobre aquellos elementos que obstaculizan o favorecen la reorganización de la red de servicios desde la perspectiva de la operacionalización de los SILOS.

### A. La reorganización de nivel central para asegurar la apropiada conducción del sector y el desarrollo del sistema local de salud

El **papel directivo** de Nivel Central no se encuentra lo suficientemente reforzado como para permitirle la adecuada conducción de los procesos tendientes a desarrollar y fortalecer el sistema local de salud.

El Ministerio de Salud no ha desarrollado ni fortalecido su **capacidad institucional** en el distrito, lo que imposibilita hacer efectivo el papel conductor para orientar la acción del resto de las instituciones, organizaciones y personas que conforman el sector.

A nivel local no se promueve el **desarrollo del recurso humano** que contemple aspectos de planificación, formación, capacitación y utilización de personal para fortalecer la conducción del sector.

La **conducción del sector** a nivel local se orienta débilmente en el sentido de la política nacional de salud y no se articula al plan de desarrollo urbano-rural municipal dentro de un proceso de descentralización y desconcentración definido.

El sector salud tiene una **baja capacidad resolutive** que no permite el cambio necesario para reorientar los procedimientos fijados en la prestación de servicios ni incrementar la eficiencia, eficacia y efectividad de la **red de servicios** a nivel local.

No se ejerce apropiadamente un **papel directivo** dentro del sector salud ni se asegura la conjunción de todos los **recursos financieros** del mismo para la operación del sistema local de salud.

La **función rectora** del distrito de salud no se encuentra fortalecida para la adecuada conducción del sector y, consiguientemente, no otorga la coherencia debida al desarrollo y fortalecimiento del sistema local de salud.

### B. La descentralización y desconcentración

El área de salud de Huehuetenango se encuentra supeditada a una **gestión centralizada** en muchos aspectos de carácter gerencial y administrativo.

No hay una transferencia de **competencias y poder de decisión** real hacia el nivel local, con lo cual no se logra el completo desarrollo del sistema local de salud.

Las modalidades de **desconcentración** impulsadas por parte de Nivel Central hacia la jefatura de área han tenido un impacto poco significativo en la agilización técnica-administrativa del distrito.

Aunque se ha logrado una mayor coordinación político-técnica con los **organismos de cooperación técnica y financiera en salud (OPS/GTZ)**, las intervenciones de apoyo pueden tener más efectividad para el distrito de Barillas.

En la práctica, las iniciativas de desconcentración no se instrumentan en coherencia con la **organización política y administrativa del municipio** y, por consiguiente, no se traducen en elementos vitalizadores para el desarrollo del sistema local de salud.

La **descentralización** queda excluida como propuesta de cambio en el uso y distribución de poder y quizá como el elemento vitalizador de mayor trascendencia para el desarrollo y fortalecimiento del sistema local de salud, ya que no existe una firme voluntad política de llevar a cabo el proceso en forma efectiva; Nivel Central no transfiere el poder político necesario en forma escalonada hacia el Nivel local; la organización política-administrativa local no se ha desarrollado y la prestación de servicios se desarrolla con una baja capacidad de gestión.

La **municipalización de los servicios de salud** se vislumbra como una

posibilidad de grandes potencialidades no sólo para el desarrollo y fortalecimiento del sistema local de salud, sino además, para la transformación del Sistema nacional de salud.

### C. **La participación social**

A nivel local no se incentiva la articulación de grupos formales e informales ni de las instancias del sector para la elaboración y ejecución de **propuestas de intervención**.

No se promueve un compromiso y una responsabilidad en los grupos comunitarios, las organizaciones, las instituciones y los diversos sectores a que participen activamente en la **administración de los servicios y programas de salud**.

En el distrito de Barillas, la participación social se circunscribe, por lo general, a la **colaboración**.

En el distrito de Barillas se lograron experiencias en torno a la **cogestión**, lo que denota que existen posibilidades de desarrollarla como un grado superior y más efectivo de participación.

La **autogestión** es un concepto o modalidad de participación que no es aplicable al escenario histórico y contextual del municipio.

### D. **La intersectorialidad**

Las medidas de intervención para abordar los problemas y cubrir las necesidades en salud no se basan en un **enfoque intersectorial**.

La conformación y el trabajo de la **Coordinadora Interinstitucional** es una experiencia que conlleva, en esencia, el potencial de constituirse en el soporte articulador de los diversos sectores que tienen representatividad local y de poder expresarse en la atención integral de las necesidades básicas del municipio.

La poca **sostenibilidad y efectividad** del proceso de la Coordinadora Interinstitucional obedece a la falta de voluntad política de las instancias gubernamentales que participan y a factores de índole administrativo, humanos, financieros y metodológicos.

### E. **El refuerzo de la capacidad administrativa**

La insuficiente capacidad operativa de los servicios de salud y el bajo impacto de las medidas de intervención que se llevan a cabo en el distrito resultan de sistemas, procedimientos y prácticas de **administración y gerencia**, deficientes.

Los elementos que limitan la **capacidad administrativa-gerencial** para el desarrollo y fortalecimiento del sistema local de salud son: la falta de una **unidad técnico-administrativa**; la falta de un **sistema de información**; la falta de dotación básica de **recursos físicos e insumos críticos**; la indisponibilidad de ejecutar y coordinar **recursos financieros** y la poca capacidad de articular las **intervenciones sanitarias** con el proceso de **organización comunitaria**.

### F. **El desarrollo de un nuevo modelo de atención**

El área de salud de Huehuetenango no puede asumir la responsabilidad de garantizar la **atención integral** a toda su población de manera regionalizada en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad de su sistema.

Para desarrollar un nuevo modelo de atención que facilite el acceso universal de la población a la atención de salud hace falta articular y fortalecer la **red de servicios** existente en el área de salud.

En el distrito de Barillas no se han definido **nuevas metodologías** ni **principios básicos** que faciliten un cambio en los procedimientos fijados para la prestación de los servicios; en el uso de tecnología apropiada; en la integración y uso de conocimientos; en la forma de usar los recursos y en la manera de propiciar la participación social como requisitos para implementar un nuevo modelo de atención.

Los cambios impulsados por el proceso de reforma sectorial, en el marco de un nuevo modelo de atención, se centran en la **ampliación de cobertura de servicios básicos de salud en el primer nivel de atención** y aunque conllevan la implementación de una canasta básica de servicios y la focalización de acciones en salud, la ampliación de cobertura no es significativa en el distrito de Barillas.

En el área de salud el **fortalecimiento del Segundo nivel de atención** se lleva a cabo de forma aislada y las intervenciones no incorporan elementos innovadores de organización que complementen los otros servicios de la red o que faciliten la integración con los otros niveles de atención del sistema.

En el distrito de Barillas, la **falta de voluntad política** de Nivel Central y la **poca capacidad de gestión** de la jefatura de área durante la pasada administración fueron determinantes para interrumpir el proceso de gestión social y elaboración técnica de la propuesta para el fortalecimiento del Segundo nivel.

Hubo avances poco significativos en la redefinición y puesta en marcha de componentes vinculados al nuevo modelo de atención como fundamentar el

modelo en un conjunto de acciones de naturaleza local relacionadas al **autocuidado de la salud**; la preparación de **recursos humanos** e integración de **equipos de trabajo** de acuerdo con la experiencia local; centrar el modelo en el traslado de actividades de Nivel Central hacia las estructuras de naturaleza local, procurando una mayor eficacia y eficiencia en la ejecución real de los **recursos físicos y financieros** destinados a la salud del nivel local; el fomento de la **acción intersectorial y multisectorial**; la priorización de **acciones de prevención y promoción** y; la adecuación al **contexto multiétnico, pluricultural y multilingüe**, entre otros.

#### G. La integración de los programas de control y prevención

Actualmente, en el distrito de Barillas no existe una integración ni una adecuada coordinación con las instancias del sector para **fortalecer los programas de control y prevención**.

Son limitadas las intervenciones en donde, efectivamente, se unifican los esfuerzos de la comunidad con los recursos del sector para llevar a cabo **acciones conjuntas de salud**.

La solución de problemas de salud prioritarios, la respuesta a las necesidades de salud de los grupos más vulnerables y la reorganización de los recursos hacia los principales problemas de salud quedan supeditadas a la **baja capacidad de respuesta de la red de servicios** existente a nivel local.

En el distrito de Barillas no se ha logrado desarrollar un proceso de **gestión técnico-administrativa** que facilite atender las necesidades más relevantes de la población, el diseño de intervenciones y la adaptación de la organización de los servicios de acuerdo con la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada existente haciendo converger los conocimientos clínicos, la epidemiología y la administración.

#### H. La capacitación de la fuerza de trabajo

La falta de una **formación continua y supervisada** resulta de la incapacidad para redefinir las funciones del personal e instrumentar mecanismos para facilitar su vinculación al sistema de servicios de acuerdo con los planteamientos integrales y estratégicos de un nuevo enfoque.

El distrito de Barillas no cuenta con el apoyo de **personal calificado gerencial y, administrativamente**, para asumir las tareas y responsabilidades que impone la reorganización de los servicios de salud.

El personal de salud no actúa como **equipo de trabajo** estrechamente vinculado al contexto en el cual se desenvuelve; los valores y las costumbres

de la población no se constituyen en elementos fundamentales del quehacer de los agentes de la red de servicios.

Las iniciativas de **integración docente-asistencial** así como la **Maestría de Salud Pública** impulsadas a través de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC/Fase III-EPS Rural y Fase IV, respectivamente, son herramientas esenciales para dinamizar la incorporación del personal de salud en actividades docentes y la formación de personal de alta calificación en la gestión de los sistemas locales de salud y la conducción sectorial de acuerdo con el nuevo modelo que se plantea.

#### I. La investigación

El proceso de reorientación y reorganización del sector no se acompaña de una **investigación de los servicios de salud**, teniendo en cuenta las necesidades actuales de desarrollar modelos innovadores de prestación de servicios a nivel del sistema local de salud.

El **análisis de situación de salud** es la única herramienta de investigación que actualmente se pone en práctica, sin embargo, se practica en forma aislada y no se incorpora a un proceso de **programación participativa** por lo que no se traduce en un apoyo para la toma de decisiones ni facilita la posibilidad de poner en práctica planes de intervención o implantar acciones correctivas con eficacia, eficiencia y efectividad.

Al interior del distrito no se promueven **estudios del sistema local de salud** orientados a desarrollar nuevos modelos operativos y que evalúen la equidad lograda, la eficacia y calidad, la cobertura obtenida, la eficiencia en el uso de los recursos, así como el grado de participación logrado.

#### J. La readecuación de los mecanismos de financiamiento

En el distrito no se propicia la **readecuación de los mecanismos de financiamiento** a destinar para la salud.

Los procesos de desarrollo de la **organización política-administrativa local** y el de la **descentralización** no se consideran en la definición de fuentes alternas de financiamiento y modelos innovadores para la distribución de los recursos.

Los cambios en las formas tradicionales de distribución y control de los recursos financieros se circunscriben a las actividades de **extensión de cobertura en el Primer nivel de atención** y la asignación del gasto tiene poco impacto sobre la atención integral de la salud en el municipio.

## X. Recomendaciones

1. Para asegurar la apropiada conducción del sector, así como el desarrollo y el fortalecimiento del sistema local de salud el **reforzamiento del papel directivo de Nivel Central** requiere de un alto grado de determinación y compromiso.

El reforzamiento del papel directivo de Nivel Central permitirá asumir un papel protagónico en la reorganización de su estructura funcional, sin que esto implique cambios de proporciones significativas, a efecto de definir y establecer una **conducción efectiva** del proceso tendiente a desarrollar y fortalecer el sistema local de salud.

Para definir y establecer el proceso de conducción efectiva, la reorganización de Nivel Central deberá estar enfocada en el trabajo sobre un **modelo piloto** y en la conformación de un **equipo multidisciplinario** que dé direccionalidad y seguimiento al proceso.

Es recomendable que el modelo piloto se implemente en el **distrito de Santa Cruz Barillas, Huehuetenango**, no sólo por la experiencia adquirida a través del trabajo de campo realizado, sino, además, por el escenario histórico y contextual en el cual se desenvuelven actualmente los servicios de salud a ese nivel. Esto no excluye la posibilidad de que el modelo pueda replicarse en otro lugar.

A nivel local, la reorganización de Nivel Central deberá tener una proyección a través de la cual se permita la contratación de uno o dos **facilitadores** (calificados y con el perfil necesario) que pondrán en práctica el modelo propuesto por el equipo multidisciplinario; la **formación continua y supervisada del recurso humano** en salud incorporado al modelo y; el **incremento de la capacidad resolutive** de la red de servicios.

Estas intervenciones proyectadas por Nivel Central se constituirán en las bases del refuerzo de la **función rectora** y la **capacidad institucional**, requisitos fundamentales para el desarrollo, fortalecimiento y sostenibilidad del proceso a nivel local.

2. En el proceso de desarrollo del sistema local de salud el desempeño de los facilitadores, con el apoyo del equipo multidisciplinario, deberá ir conjugando la puesta en práctica de tres modelos de gestión, el **centralizado**; el **desconcentrado** y; el **descentralizado**.

Para transferir el **poder político** y la **capacidad gestión** necesaria en forma fluida y consistente, deberán ensamblarse los mecanismos técnico-administrativos en forma escalonada entre los distintos niveles

de complejidad del sistema nacional de salud, es decir, Nivel Central, jefatura de área y distrito de salud.

En la práctica, las iniciativas de desconcentración deberán instrumentarse en coherencia con la **organización política y administrativa del municipio** a fin de desarrollarla y de ir propiciando la **descentralización** como el elemento vitalizador de mayor trascendencia para el desarrollo y fortalecimiento del sistema local de salud.

3. Las **propuestas de intervención** fijadas para el desarrollo del sistema local de salud deberán ser el resultado de una **planificación estratégica** a través de la cual se incentive y se articule a los grupos formales e informales y a las instancias del sector salud del nivel local.

Así mismo, deberá promoverse el compromiso y la responsabilidad en los grupos comunitarios seleccionados, las organizaciones, las instituciones y los diversos sectores a que participen activamente en la **administración y fiscalización de los servicios y programas de salud** contenidos en el sistema local de salud.

La **cogestión** deberá ser el modelo de participación a priorizar, para lo cual deberá retomarse y fortalecerse el grado de participación logrado con las organizaciones y grupos organizados del sector con quienes se trabajó durante el trabajo de campo realizado previamente o con nuevos grupos que acuerpen la ejecución y puesta en práctica de las medidas de intervención formuladas para el sistema local de salud.

4. El proceso de desarrollo y fortalecimiento del sistema local de salud, deberá basarse en un **enfoque intersectorial**.

El trabajo de los facilitadores, con el apoyo del equipo multidisciplinario, deberá centrarse en darle continuidad a la **Coordinadora Interinstitucional** considerándola como el eje principal para el logro del enfoque intersectorial con una perspectiva sanitaria, en primer orden.

La gestión para el fortalecimiento y desarrollo de la Coordinadora Interinstitucional deberá partir de una **planificación estratégica** con las instancias gubernamentales y no gubernamentales, nacionales e internacionales que más participaron en la conformación y seguimiento de dicha instancia para lograr reactivar el proceso. El paso lo deberá marcar el **sector salud**.

Dicha planificación estratégica deberá fundamentarse en una **firme voluntad política** y, definir y establecer, en forma prioritaria, los mecanismos a través de los cuales se logrará superar los obstáculos de

indole **humano, administrativos, financieros** y **metodológicos** identificados previamente.

Para dotar a la instancia multisectorial de la **sostenibilidad y direccionalidad** requerida es imprescindible que el proceso se articule, desde su inicio, a la **organización político-administrativa del municipio**, principalmente, a su **Unidad Técnica**.

5. Los sistemas, procedimientos y prácticas de administración y gerencia deberán mejorarse para superar la **insuficiente capacidad operativa** de los servicios de salud y el **bajo impacto de las medidas de intervención** que se llevan a cabo en el sistema local de salud.

Para incrementar la **capacidad administrativa y gerencial** en el proceso de desarrollo y fortalecimiento del sistema local de salud, se deberá dar prioridad a la conformación de una **unidad técnico-administrativa** con recursos humanos adecuadamente adiestrados y con capacidad de atender la administración general de los servicios y sistemas instalados; la implementación de un **sistema de información** que permita la recolección de datos sobre la situación de salud, incorporando el análisis epidemiológico y administrativo para apoyar la gestión y prestación de los servicios; la dotación de **recursos físicos e insumos críticos** que permita la ejecución de las actividades técnico-administrativas; la disponibilidad de **recursos financieros** para el desarrollo de las acciones y; fortalecer la **coordinación intrasectorial** articulando, la misma, al proceso organizativo de las comunidades priorizadas.

En vista de que Santa Cruz Barillas es uno de los tres municipios de Huehuetenango priorizados por **OPS**, es recomendable solicitar el apoyo a su **Unidad Técnica Descentralizada** para incrementar la capacidad administrativa y gerencial del sistema local de salud.

6. El desarrollo de un **nuevo modelo de atención** a nivel local deberá conllevar la articulación y el fortalecimiento de la **red de servicios** de acuerdo con los problemas de salud priorizados.

La unidad técnico-administrativa conformada apoyada en los facilitadores, deberá definir **nuevas metodologías y principios básicos** para facilitar el cambio en los procedimientos fijados en la prestación de servicios; en el uso de la tecnología apropiada; en la integración y uso de los conocimientos; en la forma de usar los recursos y en la manera de propiciar la participación social.

El **fortalecimiento del Segundo nivel de atención** deberá ser una prioridad para el desarrollo y fortalecimiento del sistema local de salud tomando en consideración los lineamientos generales de intervención definidos en el estudio de prefactibilidad/sostenibilidad realizado y la propuesta técnica elaborada.

Para fundamentar el nuevo enfoque, habrá que incorporar elementos vinculados al **autocuidado de la salud**; a la **preparación de recursos humanos e integración de equipos de trabajo**; al traslado de actividades de Nivel Central hacia el sistema local de salud, procurando una mayor eficacia y eficiencia en la ejecución de los **recursos físicos y financieros** destinados al nivel local; a priorizar las acciones de **promoción y prevención** y; a la adecuación de las intervenciones al contexto **multiétnico, pluricultural y multilingüe**.

7. Para fortalecer los programas de **prevención y control**, la gestión de la unidad técnico-administrativa deberá facilitar la atención de las necesidades más relevantes de la población mediante el diseño de planes de intervención, conjuntos, adaptando la organización de los servicios a la capacidad instalada del sistema local de salud.
8. Para redefinir las funciones del personal e instrumentar mecanismos que faciliten su vinculación al sistema de servicios de acuerdo con los nuevos planteamientos integrales y estratégicos, deberá establecerse un **proceso de formación continua y supervisada** y promoverse el **trabajo en equipo**.

Para dinamizar la incorporación del personal de salud a las actividades docentes necesarias y formar personal calificado para la gestión de los sistemas locales de salud y la conducción sectorial de acuerdo al nuevo modelo que se plantea, es preciso fortalecer las iniciativas de **integración docente asistencial** y reactivar la **Maestría en Salud Pública** impulsadas a través de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC/Fase III-EPS Rural y Fase IV en forma respectiva.

9. Tomando en consideración que es preciso el desarrollo de modelos innovadores de prestación de servicios dentro del sistema local de salud, el proceso deberá acompañarse de la **investigación en servicios de salud**.

El **análisis de situación de salud** deberá vincularse a un proceso de **programación participativa** que resulte en un apoyo para la toma de decisiones y garantice la puesta en marcha de planes de intervención o la implantación de medidas correctivas con eficacia, eficiencia y efectividad.

La **investigación del sistema local de salud** deberá orientarse al desarrollo de nuevos modelos operativos y, además, a evaluar la equidad lograda, la eficacia y calidad, la cobertura obtenida, la eficiencia en el uso de los recursos, así como el grado de participación logrado.

10. La **readecuación de los mecanismos de financiamiento** deberá partir del reforzamiento de la capacidad administrativa expuesta anteriormente.

El proceso de **desarrollo de la organización político-administrativa del municipio** y la **descentralización**, deberá tener como resultado la definición de fuentes alternas de financiación y de modelos alternos para la distribución de los gastos y los recursos en salud.

## XI. Propuesta de intervención

La propuesta de intervención se encuentra expuesta en los "documentos técnicos (anexos) elaborados en el marco de una propuesta para el **fortalecimiento del Segundo nivel de atención con énfasis en el componente materno/infantil** en el municipio de Santa Cruz Barillas, Huehuetenango.

## XII. Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. La Administración Estratégica. Washington, D.C.:1995. 12p. (Publicación científica OPS/OMS HSS/SILOS-32).
2. La Administración Estratégica. Op. cit. 13p.
3. La Administración Estratégica. Op. cit. 14p.
4. La Administración Estratégica. Op. cit. 14p.
5. Victoria, Diego. Bergonzoli, Gustavo. Vigilancia y Rectoría de la Salud. Washington, D.C.:OPS/OMS, 1995. 22p.
6. La Administración Estratégica. Op. cit. P.15.
7. La Administración Estratégica. Op. cit. P.23.
8. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington,D.C.: 1995. 43p. (Publicación científica OPS/OMS HSP/SILOS-2).
9. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y Fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Washington, D.C.: 15 de agosto de 1988. (Publicación científica OPS/OMS No. 519 Documento CD33/14, Sistemas Locales de Salud).
10. Código de Salud. Capítulo II. Artículo 8. Definición del sector salud. Guatemala,1997.
11. Organización Panamericana de la Salud. La Rectoría de los Ministerios de Salud en la Reforma del Sector. Washington, D.C.: 27 de noviembre de 1996. 6p. (Publicación científica OPS/OMS SPP27/9, Rev.1-Esp.).
12. Organización Panamericana de la Salud. Desconcentración y Descentralización. Marco Conceptual Básico Aplicable en los Sistemas de Salud. Washington, D.C.: 1995. 11p. (Publicación científica OPS/OMS/PNUD No. PSDCG-T.4).
13. Desconcentración y Descentralización. Op. cit. 12p.
14. Desconcentración y Descentralización. Op. cit. 15p.
15. Desconcentración y Descentralización. Op. cit. 22p.
16. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Op. cit. 19p.
17. Código de Salud. Capítulo V. Artículo 16. Bases para la Organización del Ministerio. Guatemala,1997.
18. Organización Panamericana de la Salud. La Participación Social en el Desarrollo de la Salud: Experiencias Latinoamericanas. Washington, D.C.: 1995. 18p. (Publicación científica OPS/OMS HSP/SILOS-35).
19. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Op. cit. 21p.
20. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Op. cit. 13p.
21. Acuerdos de Paz. Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria. II. Desarrollo Social. B. Salud. (g) Participación Social. Guatemala.
22. Código de Salud. Capítulo IV. Artículo 17. Funciones del Ministerio de Salud. Guatemala,1997.
23. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Op. cit. 21p.
24. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Op. cit. 19p.
25. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Op. cit. 20p.
26. Victoria, Diego. Segovia, Miguel et. al. La Capacidad Gerencial en el Proceso de Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud. Washington D.C. OPS/OMS, 1988. (Publicación Científica No. 519-Sistemas Locales de Salud).
27. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Op. cit. 24p.
28. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Op. cit. 24p.
29. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Op. cit. 22p.
30. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Op. cit. 66p.
31. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Servicios Básicos de Salud en el Primer Nivel de Atención. Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-. Guatemala, 1998.
32. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Op. cit. 74p.

33. Código de Salud. Capítulo IV. Artículo 18. Modelo de Atención Integral en Salud. Guatemala, 1997.
34. Angel, Luis Octavio. Barillas, Edgar. et al. Lineamientos Políticos, Estratégicos y Programáticos para la Reforma del Sector Salud de Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, Guatemala junio de 1997. 12p.
35. Programa de Gobierno 1996-2000. Guatemala.
36. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra-Nueva York:1978.
37. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Op. cit. 24p.
38. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Op. cit. 22p.
39. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Op. cit. 25p.
40. La Administración Estratégica. Op. cit. 35p.
41. Ministerio de Salud/SIAS. Proceso de Capacitación del Equipo Básico de Salud en el Primer Nivel de Atención. Guía para capacitación de personal comunitario. Guatemala, septiembre de 1997.
42. Rovere, Mario. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Washington, D.C.: 1993. 28p. (Serie OPS/OMS Desarrollo de Recursos Humanos No. 96).
43. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Op. cit. 26p.
44. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala-OPS/OMS. Función de las Universidades en las Estrategias de Salud para Todos. Guatemala, septiembre de 1985.
45. Código de Salud. Capítulo VI: Formación y Capacitación de los Recursos Humanos en Salud. Artículos 30 y 31. Guatemala, 1997.
46. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Op. cit. 41p.
47. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Op. cit. 26p.
48. La Administración Estratégica. Op. cit. 34p.
49. Código de Salud. Capítulo VII. Artículo 36. Capacidad de investigación. Guatemala, 1997.
50. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de Cambios Recientes en la Financiación de los Servicios de Salud. OMS Ginebra, 1993. 5p.
51. Barillas, Edgar. Elementos para la Reforma del Sector Salud. Guatemala, octubre de 1995. 36p.
52. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/-SIAS-. Avances y Perspectivas de la Extensión de Cobertura con Servicios Básicos de Salud en el I Nivel de Atención. Guatemala, 1999.
53. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/-SIAS-. Lineamientos para la Prestación de Servicios en el Segundo Nivel de Atención. Guatemala, mayo de 1998.

**Anexo 1**

**"Diario de Campo"**

**Título del estudio:**

**CARACTERIZACIÓN DE UN PROCESO PARA EL DESARROLLO Y  
FORTALECIMIENTO DE UN SISTEMA LOCAL DE SALUD-SILOS- EN EL  
DISTRITO DE SANTA CRUZ BARILLAS, HUEHUETENANGO**

**Julio César Vargas Juárez**

2 de febrero/99

**Reunión entre el asistente técnico del subprograma III/PMSS (Dr. Aarón Lechtig) y el facilitador de área del Ministerio de Salud.**

Lugar: Sede central del PMSS.

Objeto: Definir el cuestionario (10 preguntas) para evaluar el proceso de implementación del SIAS en el distrito de Barillas.

Producto: 1. Cuestionario para la evaluación del proceso de implementación del SIAS en el distrito de Barillas, definido (ver /Cuestionario resuelto).

Observ.: Esta evaluación pretende ser una contribución a la evaluación sobre el proceso de implementación del SIAS que el PMSS está desarrollando actualmente a nivel país. Se fija el plazo de un mes para resolver el cuestionario definido. En esta oportunidad el asistente técnico del PMSS propuso dos modalidades de trabajo. La primera se centraba en apoyar la elaboración de la documentación relacionada con la evaluación nacional. Esta implicaba 1 mes de trabajo en la sede central del PMSS, retirarse temporalmente del contexto de Barillas y, consecuentemente, desatender las iniciativas en salud que se estaban impulsando a nivel local. Por otro lado, la segunda modalidad se concretaba a evaluar el mismo proceso en el distrito de Barillas. Esta permitía (al facilitador de área) no sólo desarrollar la evaluación, sino además, darle continuidad a las iniciativas en salud antes mencionadas. En vista de sus ventajas, el facilitador de área del Ministerio de Salud opta por trabajar ésta segunda modalidad.

4 de febrero/99

**Reunión entre los representantes de Médicos Sin Fronteras-MSF/CH (jefe de misión y encargada médica) y el facilitador de área del Ministerio de Salud.**

Lugar: Sede central MSF/CH.

Objeto: Establecer un primer vínculo de coordinación interinstitucional con los representantes de MSF/CH.

Producto: 1. Diversos asuntos, intereses, iniciativas y experiencias en salud de MSF/CH en Barillas, expuestas y discutidas a la luz de la disposición actual del Ministerio de Salud de fortalecer los servicios distritales de salud. Entre otros, primordialmente, los siguientes:

a. **Medicamentos esenciales.** Existe la intención por parte de MSF/Barillas de trasladar la venta social (propiedad de APROSAB) de Las Victorias, Chancolín a la Villa de Barillas en función de mejorar el acceso y la compra de medicamentos por parte de los promotores de dicha asociación.

Simultáneamente, la Farmacia Estatal del centro de salud se encuentra atravesando un período difícil en cuanto a que es atendida por personal de salud y no calificado para desempeñar dicha función; existen pérdidas considerables por vencimiento de medicamentos y el servicio no cuenta ni con el personal suficiente para hacer la compra ni con el recurso de transporte necesario para movilizar el producto necesario. ADECO tiene la intención de abrir una sucursal de la venta social que tiene establecida en la Villa de Barillas. ASSABA se encuentra manejando un fondo del FIS (en calidad de intermediaria legal) para la implementación de 10 farmacias comunitarias en Barillas dentro de un proyecto formulado entre la dirección del centro de salud y el FIS. El número de farmacias comunitarias podría incrementarse en el transcurso del año a través de un nuevo proyecto "de impacto social" formulado entre el facilitador de área del Ministerio de Salud (con el apoyo del facilitador institucional/Gildardo Tello) y el gerente social del FIS para dotar a varias comunidades seleccionadas del distrito de Barillas (aparte de las farmacias comunitarias) de la infraestructura y el equipamiento requerido para implementar centros de convergencia popular. CEIBA, por su lado, ha dotado a la comunidad de Nueva Generación Maya de una venta social para la distribución comunitaria de medicamentos.

En vista de lo anterior, el facilitador de área expone a los representantes de MSF/CH la iniciativa de implementar un sistema unificado de medicamentos esenciales en el distrito de Barillas.

b. **Extensión de cobertura.** Se discute la propuesta para la incorporación de la cooperación cubana en el distrito de Barillas elaborada por el facilitador de área con el apoyo del facilitador institucional/Gildardo Tello (ver/Presentación de Propuesta para la Incorporación de los Cooperantes Cubanos a las acciones de Extensión de Cobertura y Mejoramiento de los Servicios de Salud en el Distrito de Barillas). Ésta contempla la ubicación de dos cooperantes cubanos (uno en el área que cubre el puesto de salud de Xoxlac y el otro en el área que cubre el puesto de salud de Chancolín) dentro de la jurisdicción que MSF/APROSAB trabajan para cooperar con el Ministerio de Salud. Se cuestiona la participación de Project Concern International/PCI en la extensión de cobertura y se discuten las siguientes posibilidades de intervención (para PCI) en ese sentido: apoyo para la prestación de servicios básicos de salud en las comunidades que cubre MSF; apoyo para el fortalecimiento administrativo de APROSAB y otras. Los representantes de MSF/CH manifiestan su intención de provocar cambios organizativos y de gestión al interior de su equipo en Barillas a efecto de apoyar en forma directa los lineamientos del SIAS.

c. **Project Concern International/PCI.** Se aborda y se discute la poca capacidad de gestión que ha evidenciado PCI para elaborar y poner en práctica un plan de acción coherente con lo que se había acordado (originalmente) entre esta instancia y MSF/CH. Habían acordado mutuamente que PCI tomaría las acciones que MSF/CH impulsa actualmente en el Primer nivel (que le serían trasladadas gradualmente en 1999 antes del retiro de MSF/CH programado para finales del mismo año). PCI ha centrado su atención en la realización de una encuesta basal de salud orientada al grupo materna/infantil, evadiendo toda posibilidad de cumplir con lo anteriormente expuesto. La falta de respuesta y el retraso en el que ha incurrido PCI ante MSF/CH ha obligado a esta última a efectuar cambios organizativos y de planificación operativa anual.

d. **Clínica de salud oral.** Los representantes de MSF/CH informan que equipo e instrumental odontológico adquirido se encuentra en bodega de Barillas. El facilitador de área manifiesta que el local del centro de salud destinado para implementar la clínica de salud oral se encuentra ya remodelado y/o preparado según lo acordado. Se identifica la necesidad de revisar convenio elaborado preliminarmente a nivel local; reformularlo si fuera necesario y promover la disposición de las partes (jefe de distrito a.i./APROSAB) para la firma del convenio. La instalación de la clínica de salud oral se efectuará en el momento en que se logre la firma del convenio final.

e. **Inmunizaciones.** Los representantes de MSF/CH expresan la intención de fortalecer la red fría distrital. Para esto se propone que el facilitador de área conjuntamente con la responsable de terreno MSF/Barillas identifiquen las necesidades e incorporen dicha iniciativa en el plan operativo anual de MSF/Barillas para concretar el apoyo.

f. **Segundo nivel de atención.** Los representantes de MSF/CH muestran agrado ante la disponibilidad del facilitador de área del Ministerio de Salud por retomar el tema de 2do Nivel para el fortalecimiento de la capacidad resolutoria existente, aunque conocen las dificultades encontradas en las anteriores iniciativas y propuestas de intervención que se intentaron impulsar. MSF/CH central enfatiza que su apoyo estará determinado por la disponibilidad que puedan tener las partes involucradas (Diócesis local, Municipalidad y Ministerio de Salud) en lograr avances significativos de cooperación básica a través de un proceso negociador adecuadamente llevado a la práctica. No obstante, los representantes de MSF/CH externalan la plena disponibilidad por prestar el apoyo requerido en caso las partes logren darle viabilidad a una propuesta coherente con la realidad que se enfrenta localmente y, además, la posibilidad de prorrogar su permanencia en el distrito de Barillas mas allá de 1999 para darle continuidad y seguimiento a dicho proyecto de 2do nivel.

Observ.: Referente al tema de 2do. Nivel, se hace notar que la resistencia que pone la diócesis local y la poca credibilidad que ha ganado la iniciativa que impulsa el Ministerio de Salud (a través del facilitador de área) ante la misma instancia, se traducen en la mayor dificultad para superar para darle viabilidad a la propuesta y para llevar a la práctica un proceso negociador eficaz.

## 11 de febrero/99

### Reunión entre el alcalde municipal, su secretario y el facilitador de área del Ministerio de Salud.

Lugar: Alcaldía municipal.  
Objeto: Conformar una comisión tripartita (Ministerio de Salud, Municipalidad y Médicos Sin Fronteras/MSF Barillas) para retomar la negociación de 2do. nivel con la diócesis local.  
Producto: 1. Comisión tripartita conformada con la anuencia del alcalde municipal y la representante de terreno MSF/Barillas.  
2. Comité del hospital San Vicente de Paúl/HSVP citado (a las 15:00 hrs. del mismo día) por la alcaldía municipal para retomar la negociación conjuntamente con la comisión tripartita conformada.

### Reunión entre los representantes de la comisión tripartita conformada y el comité del HSVP.

Lugar: Alcaldía municipal.  
Objeto: Restablecer la negociación con los representantes del comité del HSVP para fortalecer la capacidad resolutoria (componente materno/infantil) de dicho servicio hospitalario.  
Producto: 1. Antecedentes históricos del proceso de cooperación interinstitucional para fortalecer el HSVP, reseñados por el alcalde.  
2. Probables aportaciones de las partes (Ministerio de Salud, Municipalidad y MSF/CH), expuestas al único representante del comité del HSVP que participó de la reunión en mención.  
3. Fecha para próxima reunión entre todas las partes involucradas en el tema de 2do nivel, definida para el sábado 13 de febrero a las 17:00 hrs.  
Observ.: El tema se aborda en forma limitada debido a la ausencia del resto de los miembros que conforman el comité del HSVP, no obstante, los participantes identifican la necesidad de que las partes se reúnan (particularmente de contar con la presencia del comité en pleno y el párroco encargado de la diócesis) para llevar adelante las negociaciones y viabilizar la propuesta.

### Reunión entre la responsable de terreno de MSF/Barillas y el facilitador de área del Ministerio de Salud.

Lugar: Sede local de MSF/Barillas.  
Objeto: Discutir aspectos generales para la elaboración de una propuesta enfocada a la implementación del sistema unificado de medicamentos esenciales en el distrito de Barillas y revisar el convenio para la instalación de la clínica de salud oral en el Centro de salud.  
Producto: 1. Aspectos generales para la elaboración de la propuesta en mención, discutidos (**ver /Propuesta de Intervención para la Implementación de una Venta Social Integrada de Medicamentos Esenciales en el Distrito de Barillas**).  
2. Convenio para la instalación de la clínica de salud oral, revisado, corregido y reformulado.

## 13 de febrero/99

### 1era reunión de todas las partes involucradas en el tema del fortalecimiento del 2do nivel.

Lugar: Sede local de la Diócesis.  
Objeto: Restablecer, conjuntamente, el proceso de negociación en el tema del fortalecimiento del 2do. nivel de atención a nivel local.  
Producto: 1. Reunión de las partes sostenida sin la participación de la municipalidad y sin llegar a mayores acuerdos.  
Observ.: La Diócesis (el párroco Santos Luis Ixcoy) persiste renuente y se resiste a favorecer el proceso de negociación. El párroco obstaculiza la negociación con el Ministerio de Salud (mediante una actitud hostil e irónica característica) alegando que la institución se aprovecha del

presente año electoral y que, anteriormente, no ha cumplido con los ofrecimientos planteados alrededor del tema de 2do Nivel. La responsable de terreno MSF/Barillas expone, prudentemente, el apoyo con el cual eventualmente su organización pudiera estar contribuyendo al fortalecimiento del segundo nivel, no obstante, aclara que para ello se requerirá evidenciar una sólida disponibilidad de cooperación por parte de los involucrados. Además, manifiesta que la intervención de la organización en Barillas se centra en apoyar las acciones que el Ministerio de Salud desarrolle y pretende implementar a este nivel.

## 14 de febrero/99

### Contacto telefónico entre el Arzobispo Metropolitano (Monseñor Próspero Penados del Barrio) y el facilitador de área del Ministerio de Salud.

Lugar: Llamada telefónica de Barillas a Ciudad Capital (arzobispado).  
Objeto: Solicitar (el facilitador de área) al arzobispo metropolitano su apoyo a efecto de que el párroco encargado de la diócesis de Barillas reconsidere su postura frente a la disponibilidad de las otras instancias interesadas en fortalecer el 2do. Nivel de atención y de paso a un proceso conjunto de negociación.  
Producto: 1. Solicitud atendida por el Arzobispo Metropolitano.  
2. Obispo de Huehuetenango informado por el Arzobispo Metropolitano sobre la situación que se le expone.  
3. Párroco encargado de la Diócesis de Barillas instruido por el Obispo de Huehuetenango para propiciar la negociación requerida.  
4. Instrucciones del Obispo de Huehuetenango atendidas por el párroco encargado de la Diócesis de Barillas. El párroco local se disculpa (por la actitud asumida en la 1era Reunión de todas las partes para tratar conjuntamente el tema del 2do Nivel) ante la responsable de terreno de MSF/Barillas y manifiesta su disposición por incorporarse a la negociación (aunque, inicialmente, solicita que ésta se lleve a cabo únicamente entre la diócesis y MSF/Barillas).  
5. Cita de próxima reunión entre MSF/Barillas y diócesis para tratar tema de 2do Nivel concertada para el 17 de febrero.

## 18 de febrero/99

### Reunión entre la responsable de terreno MSF/Barillas y el facilitador de área del Ministerio de Salud.

Lugar: Sede local de MSF/Barillas.  
Objeto: Conocer (el facilitador de área) los resultados de la reunión sostenida entre la responsable de terreno y el párroco encargado de la diócesis local para tratar puntos de interés relacionados con la iniciativa de fortalecimiento del 2do nivel.  
Producto: 1. Puntos de interés relacionados con la iniciativa de fortalecimiento del 2do Nivel discutidos. Entre otros, los siguientes:  
a. el obispo deberá, eventualmente, participar en el proceso de negociación;  
b. la propuesta de intervención para el fortalecimiento del 2do Nivel deberá respetar los lineamientos filosóficos/eclesiológicos que rigen a la diócesis (p.ej. no podrá contemplar ni el aborto ni la eutanasia como métodos terapéuticos);  
c. la ruptura de negociaciones previas entre el Ministerio de Salud y la Diócesis local se ha originado de acuerdos no concretados por parte del primero en la iniciativa que se había planteado con anterioridad para fortalecer el hospital de Santa Eulalia;  
d. cualquier acuerdo futuro de cooperación en el tema del 2do Nivel deberá partir de convenios formalmente establecidos por las partes involucradas;  
e. el temor principal de la Diócesis local radica en el eventual incumplimiento (por parte del Ministerio de Salud) de los acuerdos establecidos conjuntamente.  
2. Visita conjunta a los servicios de salud que ofrece la Diócesis a nivel local, realizada y estructura organizativa de los mismos explicada.

Observ.: El Ministerio de Salud deberá mejorar su imagen para fortalecer la negociación y lograr mayor credibilidad (ante las otras instancias locales) dando pruebas concretas tanto de su capacidad como de su disponibilidad para impulsar la propuesta de 2do Nivel. La responsable de terreno llena el perfil para asumir, adecuadamente, la conducción de las partes en la negociación y para constituirse en el enlace entre estas y el facilitador de área del Ministerio de Salud hasta que se hallan logrado las condiciones idóneas para que éste se incerte en la negociación. Además, la responsable de terreno ha reivindicado, públicamente, el rol rector del Ministerio de Salud lo que consecuentemente se traduce en un apoyo al facilitador de área para mejorar la imagen institucional a nivel local. La estructura organizativa de la Diócesis como organización productora de servicios de salud es altamente compleja sin que necesariamente, sea eficaz, eficiente y efectiva. La participación interinstitucional previa a través de la cual se dota al HSVP de la actual infraestructura y equipamiento, el predominio de la función social y no lucrativa de ese servicio y la valoración de los recursos ya existentes en el mismo hacen más viable y factible una propuesta que se base en el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de este centro de referencias. Debilidades identificadas en el HSVP: personal; equipamiento; sistema administrativo/contable y gerencial; recursos económicos disponibles e infraestructura limitada. Las próximas reuniones dentro del proceso de negociación para tratar el tema de 2do Nivel deberán enfocarse hacia definir responsabilidades y establecer los lineamientos técnicos y administrativos/gerenciales para la elaboración de la propuesta. La programación de las próximas reuniones deberá contemplar aspectos tales como: unificar criterios de acción y fortalecer vínculos de coordinación entre el Ministerio de Salud y MSF/CH (a nivel central, departamental y distrital); sociabilizar la propuesta ante los actores locales interesados en fortalecer el 2do Nivel y formalizar probables convenios. La Diócesis local teme al período electoral y a la debilitada capacidad de respuesta del Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud deberá abordar el tema de 2do Nivel con plena determinación y voluntad política para concretar, favorablemente, la propuesta en el marco de la política dirigida a ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios. La propuesta deberá partir de lo pequeño, concreto e inmediato y no de lo macro e imposible de llevar a la práctica. El facilitador de área deberá ejercer una fuerte labor social en función de fortalecer la imagen del Ministerio de Salud.

## 24 de febrero/99

### Reunión interinstitucional (Ministerio de Salud, Municipalidad y MSF/Barillas) para tratar tema de 2do nivel.

Lugar: Unidad Técnica Municipal.

Objeto: - Buscar el consenso de las partes para reorientar las negociaciones del 2do Nivel hacia el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del centro de salud.

Producto: 1. Plan contingente en el tema del 2do Nivel, expuesto a los participantes por el facilitador de área del Ministerio de Salud.

Observ.: Existe disponibilidad inmediata de las partes para apoyar el plan en forma complementaria, basados en la posibilidad de fortalecer un servicio que pueda proyectarse neutralmente en términos religiosos (en vista de la polarización de la demanda y la oferta de servicios hospitalarios que han generado el HSVP y el centro médico Bethesda). Las partes involucradas desconocen el fundamento legal que se requiere para insertar el proyecto interinstitucional en una dependencia gubernamental como el centro de salud, así como la estructura administrativa/contable que deberá adoptarse dentro de la misma. Las partes coinciden en que la propuesta alternativa expuesta implica un mayor grado de deliberación y elaboración técnica, lo que, a la vez, conlleva más tiempo y recursos. En el transcurso de la reunión se establece contacto telefónico con el Viceministro de Salud Pública para exponerle (el facilitador de área y el Alcalde Municipal) la necesidad urgente de asignar un jefe de distrito para Barillas. Durante la conversación el facilitador de área le hace saber que las partes están reunidas para reorientar y centrar el apoyo de 2do Nivel en el Centro de salud en vista de la poca disposición de la Diócesis por facilitar la negociación y específicamente por propiciar las condiciones requeridas para el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del HSVP. A lo anteriormente expuesto, el Viceministro manifiesta su interés por enviar una comitiva de nivel central encabezada por el Ministro de Salud Pública para abordar tema de 2do Nivel y facilitar las negociaciones con la diócesis.

## 26 de febrero/99

### Reunión de las partes (Centro de Salud, Municipalidad, MSF/CH y otras) con la comitiva de Nivel central encabezada por la alta dirección/Ministro de Salud Pública.

Lugar: Centro de salud de Santa Cruz Barillas.

Objeto: Discutir tema de 2do Nivel conjuntamente.

Producto: 1. Tema de 2do Nivel, discutido entre la comitiva de nivel central y las partes involucradas (Centro de Salud, Municipalidad, MSF/CH) además de otras instancias del sector salud presentes.

Observ.: La comitiva de Nivel central estaba conformada por: la Coordinadora Nacional de la Cooperación Cuabana; la Coordinadora del Subprograma III/PMSS y el Ministro de Salud Pública. El Ministro manifestó a los participantes su interés por favorecer el fortalecimiento del 2do Nivel. Para esto se comprometió a dialogar con el Obispo de Huehuetenango a efecto de que la diócesis local se incorpore a la negociación y participe en el desarrollo de la propuesta de intervención que se está impulsando. Por otro lado, dejó claramente establecidas dos líneas de trabajo. La prioritaria, centrada en darle continuidad a la propuesta que se está impulsando que contempla aprovechar la infraestructura y equipamiento ya instalado en el HSVP. La segunda, contingente y que buscaría el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del centro de salud en caso la primera línea de trabajo no pudiera desarrollarse.

## 27 de febrero/99

### Reunión entre la responsable de terreno MSF/Barillas y el facilitador de área del Ministerio de Salud.

Lugar: Sede local de MSF/Barillas.

Objeto: Definir las líneas generales para elaborar una propuesta de intervención base de 2do Nivel de acuerdo con lo discutido con el Ministro de Salud Pública al respecto.

Producto: 1. Líneas generales para elaborar una propuesta de intervención base de 2do nivel, definidas por la responsable de terreno y el facilitador de área de la siguiente manera:

a. la propuesta deberá contemplar fundamentalmente el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del HSVP (en función de emplear eficientemente la infraestructura y el equipamiento instalado);

b. los gestores de la propuesta (facilitador de área y la responsable de terreno) deberán centrar sus esfuerzos en trabajar un solo componente de intervención (materno) que sea fácil de gestionar y que permita tener un impacto favorable, inmediato y concreto sobre el problema que se intenta resolver prioritariamente a nivel local (la elevada mortalidad materna);

c. el fortalecimiento del componente materno del HSVP deberá incluir los siguientes aspectos:

- el reforzamiento de la casa de recuperación de la diócesis para constituirla en casa maternal;
- el mejoramiento del sistema administrativo/gerencial;
- la incorporación directa de RRHH especializado al HSVP;
- la puesta en práctica de un proceso de capacitación/monitoreo;
- la dotación de equipo médico/quirúrgico;
- el suministro de material e insumos;
- la ampliación de la infraestructura instalada;
- el establecimiento de acuerdos y compromisos, la asignación de aportes complementarios y la suscripción de convenios entre las partes interesadas;

d. el fortalecimiento de la imagen del Ministerio de Salud será determinante para el logro, tanto de los resultados deseados, como de futuros acuerdos;

e. el trabajo de los gestores deberá estar enfocado a buscar los mecanismos a través de los cuales se garantiza la sostenibilidad de la propuesta. Se visualiza que la sostenibilidad de la propuesta estará centrada en la permanencia del RRHH especializado;

- f. la implementación de la propuesta de intervención base se plantea en el término de un año (1999/2000);
2. Propuesta de intervención para el fortalecimiento del componente materno del HSVP, elaborada (**ver /Propuesta de Intervención**).

### 5 de marzo/99

#### Reunión entre la responsable de terreno MSF/Barillas y el facilitador de área del Ministerio de Salud.

- Lugar: Sede local de MSF/Barillas.
- Objeto: Conocer los resultados (el facilitador de área) de la reunión sostenida entre la responsable de terreno MSF/Barillas y el párroco encargado de la diócesis local en la cual la primera presentaría la propuesta de intervención base para el fortalecimiento del componente materno del HSVP.
- Producto: 1. Propuesta preliminarmente elaborada, presentada al párroco.  
2. Fecha para que la Diócesis manifieste su anuencia por la misma y/o presente contrapropuesta a responsable de terreno MSF/Barillas, fijada para el 22 de marzo.
- Observ.: La propuesta es presentada por la responsable de terreno MSF/Barillas como la opción más apegada a la realidad para poderse concretar. El párroco agradece los esfuerzos de MSF/Barillas y evidencia mayor interés por involucrarse (no se percibe en contra). El párroco se muestra preocupado porque las acciones de 1er Nivel aún no se encuentran respaldadas por un centro de referencias con suficiente capacidad resolutive. Se le informa al párroco sobre la visita de la Comitiva de nivel central del Ministerio de Salud y su inclinación por fortalecer el HSVP.

### 10 de marzo/99

#### Reunión entre el asistente técnico del Subprograma III/PMSS y el facilitador de área del Ministerio de Salud.

- Lugar: Sede central del PMSS.
- Objeto: Entregar el cuestionario resuelto a través del cual se evaluó el proceso de implementación del SIAS en el distrito de Barillas.
- Producto: 1. Cuestionario resuelto, entregado.

### 16 de marzo/99

#### Reunión entre el anterior jefe de distrito de Sta. Cruz Barillas (Dr. De Paz) y el facilitador de área del Ministerio de Salud.

- Lugar: Clínica médica de Dr. De Paz.
- Objeto: 1. Conocer (el facilitador de área) el marco legal y administrativo/contable en el cual se había instalado y puesto en marcha la farmacia estatal del centro de salud.
- Producto: 1. Marco legal y administrativo/contable de la farmacia estatal del Centro de salud, conocido de acuerdo con lo siguiente:
- a los antecedentes históricos sobre la implementación de la farmacia estatal del centro de salud, reseñados;
  - a la exposición de los compromisos asumidos por el equipo distrital de salud al implementar la farmacia estatal;
  - al señalamiento de las fuentes para verificar estados financieros; capital inicial; donaciones; así como existencias físicas y cantidad y/o pérdidas de medicamentos vencidos;
  - a la descripción de gestiones varias.
- Observ.: La razón por la cual el facilitador de área buscaba esta entrevista se circunscribía a obtener los insumos y/o criterios técnicos necesarios para incorporar la farmacia estatal dentro de la propuesta para la implementación de un sistema unificado de medicamentos esenciales en el

distrito de Barillas que paralelamente (a la propuesta de 2do nivel) se impulsa. Sin embargo, también fue útil al facilitador de área para replantear el rol de ASSABA dentro de la misma propuesta, por lo que en seguida se expone. El anterior jefe de distrito inició gestiones a nivel central para que le permitieran incrementar al producto un 10% con el cual esperaba cubrir los gastos (en los cuales el incurrió hasta el momento en el que dejó su cargo) de movilización y transporte a Barillas del medicamento adquirido en PROAM/Guatemala. Lo anterior denota la insostenibilidad con la que funciona actualmente la farmacia estatal. En esta oportunidad él expone en términos generales (al facilitador de área) la iniciativa y/o visión que se tuvo respecto al abastecimiento de los medicamentos esenciales en el distrito de Barillas. La iniciativa, originalmente, contemplaba a la farmacia estatal como una central de abastecimiento de medicamentos esenciales para: los Centros de Atención Local/CAL; los promotores de salud activos en el distrito y las 10 farmacias comunitarias que se buscaba implementar con un proyecto formulado entre la dirección del centro de salud y el FIS. En este proyecto, ASSABA fue contratada por el FIS como intermediaria legal. No obstante, el antiguo jefe de distrito expuso (al facilitador de área) ciertas inconformidades respecto de la gestión que actualmente ASSABA pone en práctica para la dotación de las farmacias comunitarias, principalmente, en lo concerniente a: la supervisión de los locales para el expendio del producto a nivel comunitario; la capacitación de los promotores de salud respecto del manejo y administración de los medicamentos esenciales; las cantidades, la forma y el tiempo de entrega del medicamento a los promotores de salud. Finalmente, sugiere (al facilitador de área) que se verifique lo expuesto, tanto ante los directivos del FIS (Gerente del Sector Salud y Director del Programa de Organización Comunitaria/POC) como ante los promotores beneficiarios del proyecto.

#### Contacto telefónico entre los directivos del FIS (Arq. Jorge Peña/Gerente de Sector Salud y Arq. César Argueta/Director del POC) y el facilitador de área del Ministerio de Salud.

- Lugar: Llamada telefónica de Barillas a oficinas centrales del FIS/Guatemala.
- Objeto: Cuestionar a los directivos del FIS sobre algunos aspectos relacionados con la gestión que ASSABA (como intermediaria legal) pone en práctica para la dotación de las farmacias comunitarias.
- Producto: 1. Los siguientes aspectos cuestionados sobre la gestión de ASSABA respecto a la implementación de las farmacias comunitarias, contestados por los directivos del FIS:
- El rol ASSABA se circunscribe a ser intermediaria legal.
  - La contratación de ASSABA se efectúa a través de una comisión por gastos administrativos que va del 5 al 10% del total del proyecto.
  - El compromiso de ASSABA consiste, específicamente, en: hacer la cotización del medicamento; compra y entrega del producto adquirido; capacitar a los promotores de salud; supervisar previamente el local destinado para la venta del medicamento y dar un seguimiento al proyecto por un plazo de 6 meses.
  - El responsable directo del medicamento entregado y/o la farmacia comunitaria es la comunidad.
  - La entrega del medicamento había sufrido una demora de tres meses, por lo cual llamaron la atención a la organización.

Observ.: Las declaraciones externadas por los directivos del FIS confirmaban lo expuesto por el jefe de distrito anterior y proveían, a la vez, de los criterios necesarios para replantear el rol de ASSABA en la propuesta para la implementación de un sistema unificado de medicamentos esenciales antes mencionado. Además, inclinaban al facilitador de área a invalidar la propuesta (formulada y aprobada) de ASSABA como PSS para extender la cobertura de servicios básicos en el distrito. Con lo evidenciado, el facilitador de área pone un aviso de radio a través del cual convoca (sábado 20 de marzo) a los promotores beneficiarios del proyecto para conocer la opinión de los mismos respecto del problema identificado en la gestión de ASSABA para la implementación de las farmacias comunitarias.

20 de marzo/99

**Reunión entre los promotores beneficiarios del proyecto de farmacias comunitarias (Canchoch y Río Negro) y el facilitador de área del Ministerio de Salud.**

Lugar: Vivienda del facilitador de área.  
Objeto: Cuestionar a los promotores beneficiarios sobre los aspectos que han caracterizado la gestión de ASSABA para dotarlos de las farmacias comunitarias acordadas.  
Producto: Promotores beneficiarios cuestionados, en términos generales, sobre los aspectos que han caracterizado la gestión de ASSABA para dotarlos de los medicamentos esenciales requeridos.

Observ.: La confirmación de lo expuesto anteriormente por el antiguo jefe de distrito fue contundente y la entrevista reflejó lo que se expone en el informe enviado a los directivos del FIS (**ver/Informe sobre investigación inicial al proyecto de 10 Farmacias Comunitarias FIS en el municipio de Barillas, Huehuetenango a través de la intermediación legal de ASSABA.**)

24 de marzo/99

**Reunión entre los representantes de MSF/APROSAB, ADECO, ASSABA, el jefe de distrito a.i. de Barillas y el facilitador de área del Ministerio de Salud.**

Lugar: Centro de Salud.  
Objeto: 1. Exponer al jefe de distrito a.i., discutir conjuntamente y recibir la anuencia del mismo para continuar desarrollando la propuesta para la implementación de un sistema unificado de medicamentos esenciales en el distrito de Barillas.  
2. Presentar al jefe de distrito a.i. el convenio reformulado de la clínica de salud oral para aprobarlo y definir la fecha para que las partes (APROSAB y Jefe de distrito a.i.) firmen el convenio definitivo.

Producto: 1. Propuesta expuesta al jefe de distrito a.i., discutida y aprobada por el mismo.

2. Convenio presentado al jefe de distrito a.i. y fecha para la firma del convenio definitivo fijada para el periodo comprendido entre el 19 y 21 de abril.

Observ.: En esta oportunidad participan el jefe de misión y la responsable de terreno de MSF/CH; los promotores representantes de APROSAB; la coordinadora local de ADECO; el administrador de ASSABA; el jefe de distrito a.i. y el facilitador de área del PMSS. El jefe de distrito a.i. no se muestra motivado durante la exposición y parece no entender la propuesta como una alternativa de solución a la problemática que está afrontando la farmacia estatal del centro de salud. No obstante, permite que se lleve a cabo la reunión en forma favorable y, finalmente, es anuente a que las partes involucradas continúen desarrollando la propuesta. Durante la reunión se plantea lo siguiente: APROSAB y ADECO están de acuerdo con compartir capitales iguales en la venta social integrada que se propone dentro de la propuesta y; MSF/CH, a través del jefe de misión, expresa a los participantes su decisión de promover la realización de un "estudio de factibilidad" con el cual pueda dimensionarse mejor el marco técnico y administrativo/gerencial de la propuesta. Respecto a la clínica de salud oral, el jefe de distrito expone las gestiones que a través de la jefatura de área pudieran realizarse a efecto de que se asignara un cooperante cubano y/o un EPS de Odontología a la clínica de salud oral. Por tal motivo, sugiere agregar una cláusula (13ª) al convenio presentado en la cual se contemple la posibilidad de que este RRHH tenga accesibilidad a prestar sus servicios en dicha clínica (ver anexo No.6/Convenio de Acuerdo Mutuo, entre el Centro de Salud de Barillas y la Asociación de Promotores de Salud de Barillas/APROSAB). Se identifica la necesidad de contratar (10 semanas total/1 semana al mes) a la Odontóloga seleccionada para que inicie labores

revisión de equipo odontológico adquirido; instalación del mismo; revisión del programa de capacitación a los promotores de salud oral de APROSAB y determinación de tarifas, entre otras.

**Reunión entre la responsable de terreno MSF/Barillas y el facilitador de área del Ministerio de Salud.**

Lugar: Sede local de MSF/Barillas.  
Objeto: Conocer (el facilitador de área) los resultados de la reunión sostenida (22 de marzo) entre la responsable de terreno y el párroco en la cual este último tenía que presentar, a la primera una contrapropuesta a la propuesta previamente presentada o sus opiniones respecto de la misma.  
Producto: 1. Resultados de la reunión sostenida, conocidos en los términos siguientes:

a. el párroco no presentó una contrapropuesta, en cambio, comunicó que había informado de la propuesta a la Pastoral de salud de Huehuetenango y ésta se pronunció a favor de la misma. Se manifestó preocupado por la sostenibilidad que pueda tener la propuesta que se está desarrollando, la cual relaciona con el logro de la permanencia del RRHH especializado. El mismo, solicitó enterarse del programa de reuniones preestablecidas para tratar el tema de 2do Nivel.

Observ.: El párroco denota un mayor interés por seder espacios y por involucrar a la diócesis en la propuesta. Puede inferirse de que el mayor interés que se evidencia en la diócesis responde no sólo a la oportunidad que ven en la propuesta de superar su situación administrativa/financiera que aparentemente atraviesa una situación difícil (sólo en salarios para el pago mensual del personal del HSVP la iglesia tiene que juntar Q15,000.00), sino además, a la confianza que la responsable de terreno MSF/CH ha ganado ante dicha instancia al conducir, adecuadamente, la negociación en el tema de 2do Nivel. Es importante destacar este momento, ya que por las necesidades administrativo/financieras identificadas en el HSVP y el deseo de garantizar la sostenibilidad del proyecto de 2do Nivel, MSF/CH externa la disponibilidad por que el estudio de factibilidad (aprobado para la propuesta del sistema unificado de medicamentos esenciales) se amplíe y contemple también la propuesta de intervención de 2do Nivel para obtener los indicadores técnico/financieros que logren determinar la sostenibilidad de dicha propuesta (**ver/Definición de la Consultoría.**)

25 de marzo/99

**Reunión entre el jefe de área de Huehuetenango, la responsable de terreno MSF/Barillas y el facilitador de área del Ministerio de Salud.**

Lugar: Sede local de MSF/Barillas.  
Objeto: Presentar al jefe de área, discutir conjuntamente y recibir la anuencia del mismo sobre las iniciativas en salud que MSF/CH está desarrollando a nivel local y que, prioritariamente, constituyen un apoyo al Ministerio de Salud.  
Producto: 1. Iniciativas en salud presentadas por la responsable de terreno, discutidas conjuntamente y aprobadas por el jefe de área.  
Observ.: Durante la reunión se planteó lo siguiente:

1. **PCI:** adolece de una propuesta concreta y no hay coordinación entre las partes para apoyar las acciones de 1er nivel. El jefe de área propone al facilitador de área reactivar gestiones interinstitucionales.

2. **2do nivel de atención:** el jefe de área propone llevar a cabo la 2da reunión con todas las partes para impulsar la propuesta y se define realizarla el 16 de abril. El mismo manifiesta su conformidad por que la responsable de terreno MSF/Barillas coordine a las partes involucradas en la negociación y organice la reunión. Se le entrega copia de la propuesta base.

3. **Clínica de salud oral:** se le expone iniciativa para instalar la clínica de salud oral en el centro de salud y se le entrega copia del convenio elaborado. Manifiesta la disposición de contratar un odontólogo a través de la partida presupuestaria/029.

4. **Sistema unificado de medicamentos esenciales:** se presenta y se le entrega copia de propuesta base. El jefe de área manifiesta que la propuesta presentada podría convertirse en un modelo piloto para el resto del departamento, particularmente ahora que se espera recibir un fuerte apoyo de GTZ/KFW para dotación de medicamentos.

5. **Red fría:** se le expone el apoyo que MSF/CH tiene la disponibilidad de ofrecer (refrigeradoras y termos) para fortalecer el programa de inmunizaciones a nivel distrital.

**12 de abril/99**

#### **Reunión entre la responsable de terreno MSF/Barillas y el facilitador de área del Ministerio de Salud.**

Lugar: Sede local de MSF/Barillas.

Objeto: Conocer (el facilitador de área) resultados de la reunión sostenida entre la responsable de terreno y el párroco para tratar tema de 2do nivel.

Producto: 1. Resultados de la reunión sostenida, conocidos en los siguientes términos:  
a. la Diócesis aprueba cuadro resumen de posibles intervenciones de

2do Nivel que se le presentó en esa oportunidad (**ver/Posibles Intervenciones en el Distrito de Barillas para el Fortalecimiento del Componente Materno/Infantil**). Confirma su disponibilidad de participar en 2da reunión con todas las partes involucradas en la propuesta, fijada para el próximo 16 de abril. Solicita el apoyo de la responsable de terreno para exponerles más, específicamente, la propuesta de intervención y prepararlos previamente para la reunión próxima. Manifiesta nuevamente su preocupación por la sostenibilidad de la propuesta de intervención. La responsable de terreno responde que el estudio de factibilidad (ampliado a la propuesta de 2do Nivel) evidenciará necesidades en cuanto a coberturas de gastos y los servicios que ameritarán cobrarse (a excepción del acto quirúrgico propiamente dicho). En este sentido, los cobros estarán circunscritos a: encamamiento, material y suministros. El incremento de la demanda de casos referidos como resultado del incremento de la oferta de servicios de 2º nivel estaría, a la vez, generando mayores ingresos y consecuentemente favoreciendo la sostenibilidad del servicio. La Diócesis, además, reclama su autonomía su autonomía y manifiesta su deseo de que el HSVP continúe funcionando como una dependencia de la iglesia. La responsable de terreno le explica (al párroco y al comité del HSVP) que la propuesta no se contrapone a lo anterior, no obstante, si será necesario establecer una coordinación directa con el distrito de salud ya que el fortalecimiento del 2º Nivel de atención con énfasis en el componente materno/infantil que se plantea en la misma propone los siguientes lugares de intervención: comunidad, centro de salud y HSVP/casa maternal para prestar un servicio integral y complementario. Por otro lado, el RRHH especializado (cooperantes cubanos) deberán conducirse de acuerdo con los lineamientos establecidos por la jefatura de distrito. Finalmente, la Diócesis solicita que el Dr. Edwin Díaz (uno de los dos médicos de MSF/Barillas) cubra el cargo de director médico del HSVP durante los 8 días/mes en que él (Dr. Pedro Morales) sale a su período de descanso. La responsable de terreno acepta y menciona que incorporará dicho apoyo en la reestructuración del POA 99. Reitera, además, que el personal de salud de MSF/Barillas está en la disposición de cubrir necesidades de apoyo del HSVP en caso necesario.

Observ.: El cuadro resumen de posibles intervenciones de 2do Nivel es el producto del trabajo realizado entre el facilitador de área y la responsable de terreno basado en los lineamientos técnicos requeridos por la sede de MSF/Ginebra para formular una propuesta de 2do Nivel. Además, se ha avanzado hasta la elaboración de la matriz lógica que especifica y desarrolla las actividades de reforzamiento en el centro de salud para el fortalecimiento del 2º Nivel atención con énfasis en el componente materno/infantil (ver anexo No. 9/Matriz Lógica del Fortalecimiento del Componente Materno/Infantil-Centro de Salud). Seguidamente se pretende elaborar la matriz lógica para los otros dos lugares de intervención que contempla la propuesta de 2º Nivel: HSVP/Casa Maternal y Comunidad. Se hace notar que la propuesta reestructurada contempla ser desarrollada en dos fases: la primera en el transcurso del año 1999 y, una segunda, del 2000 al 2003 (ver anexo No. 10/Propuesta de Intervención). La Diócesis trabaja sobre la base de "elementos de confianza" lo que se ratifica con base en el apoyo que externalizan al Dr. Mérida para que ocupe el cargo de Jefe de

distrito y a la solicitud efectuada en cuanto a que el Dr. Díaz cubra el cargo de médico director del HSVP (ya que, ambos personajes, gozan de beneplácito por parte de la Iglesia). La disponibilidad de la Diócesis de tratar con el Ministerio de Salud aún es débil, sin embargo, accede a continuar con la negociación evidenciando su disposición de aceptar su rectoría una vez cumpla con lo que actualmente se estipula respecto al tema de 2º Nivel. Preocupa la eventual postura y/o actitud del jefe de área en la próxima 2da reunión de todas las partes. Sin embargo, él ha manifestado su conformidad con la propuesta de 2º Nivel y su interés por apoyarla. Además, los puntos de la agenda (definidos en forma muy puntualmente) permitirán moderar la intervención por parte de cada uno de los participantes, incluso la del Jefe de área.

**15 de abril/99**

#### **Reunión entre la responsable de terreno MSF/Barillas, el comité del HSVP y el párroco encargado de la diócesis local.**

Lugar: Sede local de la diócesis.

Objeto: Corresponder a la solicitud hecha a la responsable de terreno (ver producto reunión 12 de abril) en cuanto a que les expusiera la propuesta de 2º Nivel y, de esta manera, los preparara para la próxima 2da reunión de todas las partes.

Producto: 1. Reunión sostenida en los siguientes términos:

a. los representantes de la iglesia exponen su inconformidad respecto a la presencia y participación del facilitador de área en la 2da reunión de todas las partes para tratar el tema de 2º Nivel, argumentando que:

- es una persona foránea que se ha metido en muchas cosas
- tiene poder y hace lo que quiere (relacionándolo con los directivos de nivel central del Ministerio de Salud)
- se desconfía de él, ya que ha desafiado al jefe de distrito a.i.

siendo éste un hombre de confianza para la Iglesia. Además, diversas instancias con presencia a nivel local aducen que lo expuesto en su informe del último trimestre 98 no es válido (al cuestionar su contenido públicamente en una reunión convocada por el jefe de distrito a.i. para desprestigiar la labor del facilitador de área del Ministerio de Salud (**ver/Acta No. 05/99**))

b. la responsable de terreno responde lo siguiente:  
- que su actitud y trato al facilitador de área no es correcto  
- que al revisar dicho informe (reproducido por el jefe de distrito a.i. y divulgado, públicamente) no encontró incoherencias. Este informe fue facilitado al jefe de distrito a.i. por el jefe de área ya que el facilitador de área le había proporcionado una copia del informe original enviado al subprograma III/PMSS

- que el hecho de que el facilitador de área se haya "metido en muchas cosas" ha redundado entre otras, en haber podido establecer un vínculo de apoyo MSF/CH-Diócesis para la búsqueda de soluciones a la problemática de 2º nivel

- que si bien el jefe de distrito a.i. es hombre de confianza para la Iglesia existen actualmente muchas situaciones, incluso pequeñas, que él no ha resuelto de lo cual se derivan los señalamientos del facilitador de área del Ministerio de Salud en contra del bajo rendimiento laboral del mismo

Observ.: La influencia contraproducente que el jefe de distrito a.i. ha generado y puede continuar generando ante la diócesis y otras organizaciones locales responde, en gran medida, a la denuncia hecha por el facilitador de área desaprobando su desempeño en el servicio. Para verificar la información expuesta en este apartado refiérase al informe elaborado por la responsable de terreno MSF/Barillas para uso interno (**ver/informe de la Reunión Celbrada el 15 de abril 1999 entre la Iglesia Católica/Párroco y Comité del HSVP y MSF/Coordinadora de terreno**).

16 de abril/99

**2da reunión de todas las partes involucradas en el tema del fortalecimiento de 2º nivel.**

Lugar: Sede local de la Diócesis.  
Objeto: Sociabilizar y discutir la propuesta de intervención para llegar a los acuerdos necesarios y asumir los compromisos planteados en la misma (ver anexo No.14/Agenda).  
Producto: 1. Propuesta sociabilizada entre las partes involucradas sin llegar a los acuerdos requeridos ni asumir los compromisos deseados.  
Observ.: La preocupación externada en forma anticipada respecto de la eventual postura y/o actitud del jefe de área en la reunión que se expone en este apartado, se ratificó. Para informarse objetivamente de lo acontecido en la misma, refiérase al informe elaborado por la responsable de terreno para uso interno (**ver/Informe-memoria de la 1era reunión de todas las partes implicadas para el fortalecimiento del 2º Nivel del Hospital San Vicente de Paúl (HSVP)** en el componente materno-infantil). Como dicho informe asevera, el facilitador de área informó inmediatamente (por teléfono) al Viceministro de Salud Pública de lo acontecido y él propone tener una reunión conjunta con el jefe de área en el transcurso de la semana comprendida entre el 26 y el 30 de abril. El facilitador de área, además, al Viceministro que participaran los representantes de MSF/CH (jefe de misión, encargada médica y responsable de terreno) y que le concediera (al Facilitador de área) una cita previa a dicha reunión para entregar documentación pertinente a la situación actual de la gestión de 2º nivel en el distrito de Barillas, lo cual aceptó.

Del 19 al 23 de abril/99

**1era visita de campo del consultor asignado (Lic. Julio Cano) para iniciar estudio de factibilidad/sostenibilidad sobre las propuestas siguientes: sistema unificado de abastecimiento de medicamentos esenciales y fortalecimiento del 2º Nivel de atención en el distrito de Barillas.**

Lugar: Villa de Sta. Cruz Barillas.  
Objeto: 1. Iniciar el estudio de factibilidad/sostenibilidad realizando un diagnóstico preliminar de la situación local con base en: entrevistas con las partes involucradas, la completación de un cuestionario basal con cada una de ellas y el establecimiento de mecanismos de coordinación con las mismas para gestiones futuras.  
Producto: 1. Diagnóstico preliminar realizado.  
Observ.: Con el diagnóstico preliminar, los consultores contratados obtendrán los insumos necesarios para elaborar los instrumentos que les permitirán posteriormente recolectar la información técnica/administrativa correspondiente al estudio en mención. Además, se define la semana comprendida entre el 10 y el 14 de mayo para la 2da visita de campo de los consultores a Barillas en la cual se aplicarán los instrumentos elaborados. El otro consultor contratado por MSF/CH para concretar el estudio en mención es el Dr. Lair Espinoza.

20 de abril/99

**Reunión entre jefe de distrito a.i. y APROSAB.**

Lugar: Centro de Salud.  
Objeto: Firmar el convenio elaborado para la instalación de la clínica de salud oral en dicha dependencia.  
Producto: Convenio firmado por el jefe de distrito a.i. y los representantes de APROSAB.  
Observ.: La firma del convenio fue facilitada por el médico de MSF/Barillas (Dr. Erick Ventura). El subsiguiente traslado del equipo, material y suministros odontológicos queda sujeto únicamente a la reubicación del dormitorio de los cooperantes cubanos que temporalmente se ha ubicado en el cubículo destinado para dicho servicio.

13

17 de abril/99

**Reunión entre el Viceministro de Salud Pública y el facilitador de área del Ministerio de Salud.**

Lugar: Despacho del Viceministro/Ministerio de Salud.  
Objeto: 1. Informar personalmente al Viceministro de lo acontecido en la 2da reunión de todas las partes expuesta anteriormente.  
2. Presentar y entregar documentación pertinente a la situación actual de la gestión de 2º Nivel en el distrito de Barillas.  
3. Fijar fecha de reunión conjunta (Viceministro-facilitador de área representantes de MSF/CH y jefe de área de Huehuetenango) para tratar tema de 2º Nivel en el distrito de Barillas.  
Producto: 1. Viceministro informado de lo acontecido en la 2da reunión de todas las partes.  
2. Documentación pertinente (MEMO, FODA e informes internos de MSF/CH) de la situación actual de la gestión de 2º Nivel presentada y entregada (**ver/MEMO y FODA**).  
3. Fecha para la reunión conjunta, fijada el 28 de abril.  
Observ.: Durante la reunión el Viceministro involucra a su asesor (Lic. Guillermo Díaz) y le expone lo sucedido en Barillas. El asesor se mostró contrariado ya que lo que el jefe de área le había comentado a él y al Ministro de Salud recientemente era que "la Iglesia había sacado al facilitador de área de las negociaciones de 2º nivel". Además, que las cosas se iban a arreglar hasta que los dos (el jefe de área y el facilitador de área) se pusieran de acuerdo. A lo que el Viceministro argumentó que si uno de los dos tenía que ser removido, el indicado era el primero. Se le solicitó (por parte del Ministro y Viceministro) resolver de inmediato y en forma personal el conflicto interno que se había generado alrededor de la gestión de 2º Nivel. Además, que prioritariamente, agilizará el trámite para designar al médico propuesto por el facilitador de área de Ministerio de Salud para ocupar en la brevedad posible el cargo de jefe de distrito (**ver/Solicitud del Dr. Arturo Avila para optar al cargo de MD 8 hrs. y jefe de distrito de Barillas**). Habiéndose presentado la documentación referente a la situación del 2º Nivel, el viceministro le expresa a su asesor (con la documentación en mano) que el facilitador de área es "hombre transparente porque escribe" a lo que su asesor responde diciendo que, en efecto, esa es la característica por la cual (el facilitador de área) se ha ganado el aprecio en ese despacho. Al finalizar la reunión, el asesor se entrevista con el facilitador de área en su oficina para pormenorizar la información, obtener insumos básicos para la resolución del conflicto a nivel local y entregar documentación pertinente.

28 de abril/99

**Reunión conjunta entre el Viceministro de Salud Pública, el facilitador de área del Ministerio de Salud y los representantes de MSF/CH (jefe de misión/Dr. Antonio Girona, encargada médica/Dra. Belén Pedrique y responsable de terreno MSF-Barillas/Lucía Torres).**

Lugar: Despacho del Viceministro/Ministerio de Salud.  
Objeto: Discutir conjuntamente la situación actual de la gestión de la propuesta de 2º Nivel de atención/SIAS en el distrito de Barillas.  
Producto: 1. Situación actual de la gestión de la propuesta de 2º Nivel de atención/SIAS discutida conjuntamente en los siguientes términos:  
a. El jefe de misión expone las líneas generales de intervención en Barillas con énfasis en la iniciativa de 2º Nivel de atención.  
b. La encargada médica informa de la poca iniciativa y capacidad que había caracterizado la gestión del distrito para impulsar propuestas de intervención coherentes con la problemática de salud existente a nivel local. Además, informa de los cambios que en este sentido ha percibido MSF/CH a partir de la llegada y traslado del facilitador de área del Ministerio

14

de Salud. Que en vista de los avances logrados en el tema de 2º nivel considera oportuno que se establezcan mecanismos directos de coordinación entre nivel central del Ministerio de Salud y MSF/CH para impulsar la propuesta.

c. La responsable de terreno informa de la postura de la Iglesia Católica (párroco y comité del HSVP) frente a la labor realizada por el facilitador de área del Ministerio de Salud. Además, informa de lo acontecido en la 2da reunión de todas las partes, particularmente, de la actitud puesta de manifiesto por los jefes de área y de distrito. Solicitó colucionar el conflicto interno que tienen los directivos departamental y local del área de Salud con el facilitador de área, así como designar un responsable directo por parte del Ministerio de Salud para impulsar la propuesta de 2º Nivel.

d. El Viceministro de Salud Pública pide disculpas a los representantes de MSF/CH por el conflicto generado por los directivos antes mencionados. Relata sus esfuerzos realizados en Barillas a principios de la década de los 90 para fortalecer el 2º Nivel. Solicita a MSF/CH no mermar los esfuerzos para concretar la iniciativa de 2º Nivel que actualmente se desarrolla. Expresa la completa voluntad política que tiene su despacho por conferirle viabilidad a la propuesta, durante el tiempo que se requiera. Designa al facilitador de área como responsable directo de dicha institución para avanzar en la gestión y concretar la propuesta de 2º Nivel. Además, que se realizaría un "taller" en Barillas por parte de nivel central para la resolución del conflicto interno relacionado a la propuesta de 2º Nivel de atención y generado por el jefe de área en la 2da reunión de todas las partes.

Observ.: Los representantes de MSF/CH quedaron muy complacidos de la oportunidad que se les concedió por parte del Ministerio de Salud (2 horas aprox.) para exponer su gestión en Barillas y su punto de vista respecto a la propuesta de 2º Nivel, particularmente quedaron agradecidos con el gesto de buena voluntad del Viceministro de pedirles disculpas y reivindicar su postura respecto al apoyo de MSF/CH y la promoción de la propuesta en mención. Al día siguiente, el viceministro entrega una carta personal (dirigida al jefe de área) en donde establece que el responsable directo para concluir la propuesta de 2º Nivel de atención/CIAS en Barillas es el facilitador de área del Ministerio de Salud (ver/Carta).

## 6 de mayo/99

**Taller para la resolución del conflicto interno relacionado con la propuesta de 2º Nivel en donde participaron: el asesor del Viceministro, el jefe de área de Huehuetenango y su séquito (gerente administrativo de área, coordinadora departamental de la cooperación cubana y secretaria) personal del distrito y el facilitador de área del Ministerio de Salud.**

Lugar: Centro de Salud de Barillas.

Objeto: Resolver el conflicto interno relacionado con la propuesta de 2º Nivel generado por el jefe de área en la 2da reunión de todas las partes.

Producto: 1. Conflicto interno resuelto en los siguientes términos:

a. El asesor de nivel central propone que el taller se base en el planteamiento y discusión de lo que se está haciendo respecto al 1er Nivel, 2º Nivel y puntos varios (problemas encontrados).

b. El facilitador de área expone la situación actual de 1er Nivel, 2º Nivel y los problemas encontrados con énfasis en lo acontecido en la 2da reunión de todas las partes y la problemática generada por el jefe de área (tal y como se expone en los apartados anteriores).

c. El jefe de área invita a su secretaria a leer el acta levantada en la 2da reunión de todas las partes para que los participantes se informaran de lo acontecido, a lo que después de su lectura, el facilitador de área denunció el sesgo que existe en la misma ya que no incluye, entre otras cosas, las expresiones del jefe de área en contra del facilitador de área del Ministerio de Salud.

d. El asesor de nivel central expone: que no avala la determinación del Viceministro de darle una carta al facilitador de área. Que considera que no resuelve el conflicto interno y que representa una

falta de respeto para el jefe de área. Que su determinación hubiera estado dirigida a cambiar al jefe de área;

que informaría al Ministro de Salud Pública (al día siguiente) de lo resuelto en el taller realizado, sin dar pormenores del asunto para dar oportunidad al jefe de área y al facilitador de área de resolver las diferencias personales y de trabajo, para lo cual les daba 1 mes y que transcurrido el mismo visitaría nuevamente Barillas para darle continuidad a la resolución del conflicto planteado;

que en caso no llegaran a resolverse las diferencias planteadas, nivel central tenía un "plan contingente" que resolvería en forma unilateral la situación.

e. El asesor de nivel central cuestiona, directamente, y pide la opinión del facilitador de área sobre la posibilidad de dejar que el Dr. Mérida ocupe el cargo de jefe de distrito "por su tiempo y por la experiencia" en contraposición a escoger a "alguien nuevo". El facilitador de área responde, determinantemente, que la opción correcta es la segunda con base en que el médico propuesto para dicho cargo llena el perfil y tiene el interés y el dinamismo requerido para darle continuidad a las iniciativas que actualmente (con mucho esfuerzo) se están impulsando en el distrito. Luego, el jefe de área argumenta que, él, junto a todos los jefes de distrito del área, se habían pronunciado a favor del Dr. Mérida en una solicitud hecha por escrito (en uno de los consejos técnicos de área reciente) y enviada a nivel central. El asesor de nivel central se mostró satisfecho por la opinión del facilitador de área y expuso a los participantes que esa decisión la dejaba tomada antes de su partida de Barillas (ese mismo día) y que ésta estaría determinada por la opinión del Alcalde Municipal y su comitiva al respecto a quienes (él) iba a entrevistar en seguida.

f. A su salida de la entrevista con el Alcalde Municipal y su comitiva, el asesor de nivel central dijo al facilitador de área que la decisión estaba tomada y que ellos tenían la respuesta. El facilitador de área indagó al respecto y dedujo que era en favor del Dr. Arturo Avila.

## Del 10 al 14 de mayo/99

**2da visita de campo del consultor asignado (Lic. Julio Cano) para continuar estudio de factibilidad/sostenibilidad iniciado del 19 al 23 de abril.**

Lugar: Villa de Sta. Cruz Barillas.

Objeto: Aplicar los instrumentos elaborados con los insumos obtenidos en la 1era visita de campo a Barillas.

Producto: 1. Instrumentos aplicados.

Observ.: El trabajo de campo concerniente a la propuesta de 2º Nivel se centró en los siguientes aspectos:

1. obtener los insumos básicos necesarios para elaborar los indicadores técnico/administrativos que permitan fundamentar la factibilidad/sostenibilidad de la propuesta de intervención a través de: evaluación general de la capacidad instalada (personal, equipo, material, suministros e infraestructura) y revisión ligera de documentación administrativa (libros contables y papeletas médicas) del HSVP y Casa Maternal;

2. identificar otras opciones de gestión para garantizar la factibilidad y sostenibilidad de la propuesta (subsido municipal, conformación y reforzamiento del Concejo Municipal de Desarrollo Urbano/Rural y de su Comisión de Salud e involucramiento del IGSS) a través de entrevistas directas con el Alcalde Municipal/Coordinador de la Oficina Técnica de Planificación/OTP y representantes locales del IGSS. El involucramiento del IGSS, bajo la perspectiva de la factibilidad/sostenibilidad de la propuesta de 2º Nivel está orientado a la contratación de servicios del HSVP para con los afiliados locales utilizando la retención salarial del 14.5% mediante investigaciones y acuerdos con las oficinas centrales de dicha institución;

3. respecto de la propuesta del sistema unificado de abastecimiento de medicamentos esenciales, el trabajo se centró en la aplicación del instrumento/cuestionario elaborado, en cada una de las instancias involucradas: Centro de Salud, ADECO, ASSABA, APROSAB.

18 de mayo:

**Reunión entre representantes de PCI (Asesora Técnica/Christine Mund y Coordinador de Proyectos de Salud/Dr. Roberto Aldana) y el facilitador de área del Ministerio de Salud.**

Lugar: Sede central de PCI/9:00 hrs.

Objeto: Reactivar la gestión interinstitucional (PCI, MSF/CH/APROSAB y Ministerio de Salud) para concretar una propuesta de intervención a través de la cual PCI apoye las iniciativas de salud que se están impulsando en el distrito de Barillas.

Producto: 1. Gestión interinstitucional reactivada, en los siguientes términos:

a. el facilitador de área:

- expone las iniciativas en salud que se impulsan a nivel local

con énfasis en la extensión de cobertura y fortalecimiento de 2º Nivel y muestra flexibilidad para adecuar el sistema y/o plan de trabajo de PCI en función de complementar los esfuerzos en salud que se están haciendo en el distrito de Barillas.

- plantea la posibilidad de que el apoyo de PCI continúe

basado en el plan propuesto inicialmente por PCI a MSF/CH. Con esta perspectiva, el apoyo estaría dirigido a: fortalecer la capacidad administrativa/financiera de la Asociación de Promotores de Salud de Barillas/APROSAB y del Comité de Comadronas Capacitadas del Área Norte de Barillas/COMANA; ampliar la cobertura de apoyo a la jurisdicción de ADECO y a reforzar la capacitación, monitoreo y provisionamiento de equipo, material e insumos básicos al personal de salud comunitario. El apoyo podría incluir otros aspectos tales como: línea basal, IEC, botiquines rurales, SIS que también contempla el plan propuesto inicialmente por PCI;

- explica que con las líneas de apoyo planteadas

anteriormente se estaría ayudando a concretar lo que la propuesta de 2º nivel propone para el nivel comunitario.

b. Los representantes de PCI:

- ratifican que el planteamiento del facilitador de área

concuera con las expectativas y líneas de trabajo de su organización y que perciben la flexibilidad necesaria para emprender una nueva fase de coordinación interinstitucional;

- exponen, en términos generales, los mecanismos que

utilizan para trabajar en el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias y, en general, cuáles son sus expectativas en Barillas;

- manifiestan que comunicarán lo discutido en la reunión al

Director Nacional PCI/Thomas Tauras.

2. Reunión conjunta a nivel local (PCI, MSF/APROSAB, ADECO y Ministerio

de Salud) propuesta para realizarla en el transcurso de la semana comprendida entre el 24 y 28 de mayo.

Observ.: Nótese el cambio de postura del facilitador de área respecto del involucramiento de PCI en el distrito de Barillas. El facilitador de área acepta su parte de responsabilidad en el bloqueo de las gestiones interinstitucionales para el involucramiento de PCI como inicialmente se había acordado con MSF/CH (véase apartado 4 de febrero/producto 1/inciso c). En este sentido, se propone facilitar nuevamente el proceso, consciente de que el -SIAS- es un modelo organizativo en salud que aún adolece de componentes necesarios para elevar el nivel de salud de las comunidades en forma integral.

**Reunión entre el coordinador de proyectos de la Cooperación Mesoamericana para el Desarrollo y la Paz/COMADEP (Jorge Ramírez), la coordinadora nacional de ADECO (Gloria Ochoa de Alfaro) y el facilitador de área del Ministerio de Salud.**

Lugar: Sede central de COMADEP/11:00 hrs.

Objeto: Retomar la gestión encausada en el proyecto de AICSECO para prestar servicios básicos de salud en las comunidades (poblaciones desarraigadas) del distrito de Barillas donde tiene presencia.

Producto: 1. Gestión del proyecto de AICSECO, retomada en los siguientes términos:

a. El facilitador de área, expone:

- el objeto de la reunión;

- que el subprograma III/PMSS tiene la disponibilidad de

promover la iniciativa de extensión de cobertura que AICSECO se encuentra gestionando a través de COMADEP vía ACPD;

- que solicitó la presencia de la Coordinadora Nacional de

ADECO a efecto de llegar a acuerdos preliminares en cuanto a demarcación de jurisdicciones a cubrir ya que ADECO no solo tiene intenciones de ampliar su área de cobertura, sino además, actualmente se encuentra cubriendo algunas comunidades que se contemplan dentro del proyecto de AICSECO;

- que probablemente la falta de una respuesta concreta de ACPD a COMADEP respecto al avance en el trámite del proyecto se deba a que URNG se encuentra dando prioridad a las iniciativas en donde se benefician las "poblaciones desmovilizadas";

- que existe la posibilidad de obviar la intermediación de ACPD (en vista de lo anteriormente expuesto) redireccionando el impulso de la iniciativa de AICSECO a través de la gestión directa con el Subprograma III/PMSS lo que implicaría únicamente formular una propuesta por parte de COMADEP como PSS llegando a un entendido de jurisdicciones con ADECO para cubrir las comunidades donde AICSECO requiera de atención.

b. El coordinador de proyectos de COMADEP, expone:

- que le extraña la tardanza de la gestión por parte de ACPD (de quien no han recibido respuesta alguna) ya que la segunda versión del proyecto revisada llenaba los requisitos del Ministerio de Salud;

- que la primera versión del proyecto (2 años/4 millones de quetzales) fue rechazada por el Ministerio de Salud habiéndose tardado en comunicarles su resolución, 6 meses;

- que COMADEP no tiene una postura ni a favor ni en contra del Ministerio de Salud y su estrategia SIAS y que si están dispuestos, como organización, a entablar un nuevo proceso de gestión directamente con el Ministerio de Salud.

c. La Coordinadora Nacional de ADECO, expone:

- que tiene la disponibilidad de coordinar con COMADEP para llegar a completar la extensión de cobertura en la franja Norte del distrito de Barillas y de apoyarla (con su experiencia) en la formulación de una propuesta para la PSS;

- cuáles son las comunidades que, actualmente, están cubriendo ADECO y que, paralelamente, se plantean en el proyecto de AICSECO.

d. En vista del interés y la disposición puesta de manifiesto por los representantes de COMADEP/ADECO se llega al acuerdo de que ambos delegados (con el apoyo del facilitador de área) iniciarán la gestión y coordinación requerida para la elaboración de sus propuestas para la PSS.

Observ.: Para lo anterior, el coordinador de proyectos de COMADEP se compromete a socializar los términos de la reunión al interior de su organización y, posteriormente (si se aprobaba internamente) se comunicaría con la Coordinadora Nacional de ADECO.

**Reunión entre uno de los consultores contratados para el estudio de fact./sost. (Lic. Julio Cano), representantes de MSF/CH (jefe de misión y responsable de terreno MSF/Barillas) y el facilitador de área del Ministerio de Salud.**

Lugar: Sede central de MSF/CH/12:00 hrs.

Objeto: Sociabilizar entre el equipo de trabajo, las nuevas perspectivas que toma la propuesta de 2º Nivel de atención a la luz de los resultados iniciales que ha arrojado el estudio de factibilidad/sostenibilidad.

Producto: 1. Nuevas perspectivas que toma la propuesta de 2º Nivel de atención, sociabilizadas entre el equipo de trabajo en los siguientes términos:

a. se visualizan dos componentes primarios: técnico y político que enmarcan un tercer componente, el organizativo;

b. el componente organizativo de la propuesta de 2º nivel se ajusta a la elaboración técnica de la propuesta, así como a la creación de un servicio municipal de mezcla

público/privada. Un servicio que dependa de la estructura política/administrativa municipal a través de la cual se permita la adecuada fiscalización del mismo y del cumplimiento de los compromisos asumidos por las partes involucradas en esta iniciativa;

c. la estructura política/administrativa municipal idónea es el Consejo Municipal de Desarrollo Urbano y Rural/CDMUR y la Comisión de Salud Pública/CSP que cuentan con el respaldo jurídico/legal necesario.

d. para asegurar el servicio de 2º nivel a una adecuada estructura política/administrativa municipal se requeriría de un proceso de formación continua y en servicio, orientado a la conformación del CMDUR y de la CSP y a asegurar el desempeño y la eficacia de ejecución de los actores que conforman dichas instancias a través de un proceso de planificación estratégica. No se vislumbra otra salida y el planteamiento es adecuado en términos de lógica y solidez, si lo que se quiere es superar los obstáculos que habitualmente bloquean el desarrollo de iniciativas en salud (apropiación del proyecto por cualquiera de las partes, malversación de fondos, incumplimiento de compromisos, vacío que dejan las organizaciones de apoyo en el momento en que se retiran, etc.);

e. que existe un vacío a nivel país respecto a la implementación del 2º nivel de atención (hay pocas experiencias y documentación escrita), lo cual debe hacer que la presente propuesta se entienda como un modelo piloto a la cual se le debe conferir viabilidad política por parte del Ministerio de Salud y permitir la flexibilidad de gestión necesaria para crear la fórmula replicable en el contexto nacional;

f. bajo la perspectiva del fortalecimiento de la estructura política/administrativa municipal para canalizar por allí la gestión de la propuesta de 2º nivel, los consultores encuentran la posibilidad de que a través de la Oficina Técnica de Planificación/OTP de la municipalidad se convoque a la conformación del CMDUR y de la CSP. Esta última estaría conformada por representantes electos de la comunidad, el director médico del HSVP, las enfermeras graduadas, representantes electos de las instituciones que conforman el sector salud, el delegado de la municipalidad y el jefe de distrito como coordinador). La conformación y el trabajo con la CSP vendría a fortalecer la planificación en salud y la operativización de las acciones de salud en el distrito;

g. los consultores perciben que bases sólidas para la sostenibilidad de la propuesta de 2º nivel podrían gradualmente irse poniendo en práctica a través de subsidios y/o contratación de servicios por parte del IGSS, gobierno local y del gobierno central;

h. para desbloquear la negociación en el tema de 2º Nivel entre los actores locales, es preciso hacer un replanteamiento de la propuesta (por parte de responsable de terreno y facilitador de área) en función de que se perciba su desarrollo en dos fases: una 1era, en la cual los actores locales y/o las partes involucradas se comprometen a dotar los recursos que en la propuesta base se habían denominado "aportes complementarios" y que estarían caracterizando el fortalecimiento de 2º nivel durante el año 99. Lo anterior implica la elaboración de una carta de entendimiento a través de la cual las partes asuman los compromisos estipulados (**ver/Carta de Entendimiento**). Una segunda, integral; que está formulada con base en los requerimientos de la cooperación internacional (sede de MSF/CH/Ginebra) que contempla intervenir, además del HSVP, al centro de salud y a las comunidades; que cuenta con un plazo mínimo de 3 años (2000-2003) para impulsarla y conferirle sostenibilidad, etc.;

i. el desarrollo de las negociaciones, el consenso y el establecimiento de acuerdos y compromisos a lo largo de la concreción de la propuesta de 2º Nivel de atención en el distrito de Barillas, estaría determinado por la elaboración, aceptación y firma de "convenios transitorios" que van dando paso a las etapas subsiguientes;

j. la incorporación del RRHH especializado del Ministerio de Salud (Cooperantes Cubanos) en la fase inicial podría estar apoyado por MSF/CH en el pago de la alimentación y por la Diócesis en el alojamiento requerido. Se espera que el Ministerio de Salud asuma el pago del estipendio;

k. el estudio de factibilidad/sostenibilidad requiere de un sondeo retrospectivo (6 meses) de los servicios relacionados con el componente materno/infantil que se han prestado tanto en el HSVP como en el Centro de Salud. Para esto se propone al facilitador de área

viabilizar que el cooperante cubano (técnico en higiene) que se encuentra en el Centro de Salud asignado, realice el sondeo respectivo;

l. se propone que tanto a nivel central como local se harían las averiguaciones necesarias con la Agencia Española de Cooperación Internacional/AECI para determinar sus posibilidades de apoyar el proceso de fortalecimiento de la estructura política/administrativa de la municipalidad de Barillas en el marco de la propuesta de 2º Nivel que se está desarrollando interinstitucionalmente;

m. el jefe de misión MSF/CH pide al equipo de trabajo que presenten documentación específica para obtener e integrar los insumos técnicos básicos en una "propuesta general" que le permita defender ante la junta directiva de MSF/CH y lograr la aceptación de la propuesta de 2º Nivel para Barillas, en su próximo viaje a Ginebra, la primera semana de junio (**ver/Notas para el Proyecto de Organización del Segundo Nivel de Atención en Salud en Barillas, Huehuetenango**). Esto es considerado como una de las fases más críticas en el desarrollo de la propuesta y los logros del jefe de misión en Ginebra determinarán, en gran medida, el éxito de los esfuerzos interinstitucionales que se han hecho en Barillas para incrementar la capacidad resolutoria del 2º Nivel y establecer un modelo replicable a nivel país. La responsable de terreno MSF/Barillas y el facilitador de área del Ministerio de Salud tienen a su cargo la elaboración y presentación de un perfil técnico general (**ver /Perfil de la Propuesta de Intervención**).

19 de mayo/99

**Reunión entre el jefe de área de Huehuetenango, la asistente técnica de área (Dra. Rosario Mérida), el gerente administrativo (Lic. Jorge Gómez), la responsable de terreno MSF/Barillas y el facilitador de área del Ministerio de Salud.**

Lugar: Jefatura de área de Huehuetenango.

Objeto: Darle continuidad a la gestión de la propuesta de 2º Nivel en el marco de lo estipulado en el taller para la resolución del conflicto interno generado por el jefe de área.

Producto: 1. Gestión de la propuesta de 2º Nivel continuada en los siguientes términos:

a. el facilitador de área expone en términos generales los avances y perspectivas de la propuesta de 2º nivel (situación actual);

b. la responsable de terreno expone:

- la importancia que ha adquirido el reforzamiento de la estructura política/administrativa municipal para viabilizar la sostenibilidad de la propuesta a la luz de los resultados preliminares del estudio de factibilidad/sostenibilidad socializados al equipo de trabajo en la reunión expuesta en el apartado anterior;
- la disponibilidad que tiene MSF/CH de reactivar la gestión de la propuesta y de concretar el aporte de algunos recursos complementarios en la fase inicial que se ha planteado impulsar, entre los cuales se contempla el pago de la alimentación requerida para los cooperantes cubanos;

c. el jefe de área expone lo siguiente:

- que ha sido aceptado el pago del estipendio de la cooperación cubana contemplada en la propuesta de 2º nivel por parte del Ministerio de Salud;
- que en vista de que ya tienen a los cooperantes cubanos mencionados anteriormente (en el área de salud) y lo cual implica gastos de mantenimiento diario para la jefatura de área, solicita se allgere (por parte del facilitador de área) la incorporación de los mismos al HSVP a través de una carta de entendimiento que garantice su hospedaje y alimentación;

- que con los fondos que próximamente llegarán al área por parte de KFW/Cooperación Alemana el Ministerio de Salud estará en la disposición de aportar a la propuesta con el reforzamiento del componente SIGSA y del equipo médico/quirúrgico existente;

d. la asistente técnica del área expresa su conformidad con que se viabilice la sostenibilidad de la propuesta a través del reforzamiento del gobierno local, lo que es secundado por los otros representantes de la jefatura de área.

Observ.: La carta de entendimiento elaborada entre la responsable de terreno y el facilitador de área amplía los compromisos por asumir las partes involucradas a efecto de que se concreten los aportes necesarios para activar la fase inicial de la propuesta/1999.

## 24 de mayo/99

### Reunión entre los representantes de AECE/Barillas, la responsable de terreno MSF/Barillas y el facilitador de área del Ministerio de Salud.

Lugar: Sede local de AECE.

Objeto: Presentar en términos generales los avances en la gestión de la propuesta de 2º Nivel y verificar la disponibilidad de AECE de proveer el apoyo requerido para el reforzamiento de la estructura política/administrativa de la municipalidad de Barillas.

Producto: 1. Avances en la gestión de la propuesta de 2º Nivel, presentados y disponibilidad de AECE de proveer el apoyo requerido, verificado en los siguientes términos:

a. la responsable de terreno y el facilitador de área exponen en términos generales los avances en la gestión de la propuesta de 2º nivel y en base a lo anterior cuestionan a los representantes de AECE sobre la disponibilidad de apoyar;

b. los representantes de AECE exponen lo siguiente:

- que las oficinas locales de AECE se cierran en julio y que la asistencia a la OTP de la municipalidad culmina en diciembre;

- que AECE a nivel país cuenta con experiencias que se han centrado en el reforzamiento de la estructura política/administrativa de las municipalidades a través de las "unidades de servicios básicos municipales" que eventualmente pudieran replicarse a nivel local y con lo cual se estaría brindando en buena parte el apoyo requerido;

- que el actual coordinador de la OTP (Ing. Herman Ochoa) está propuesto como candidato a alcalde municipal por el partido PAN. Que de ser electo en la próximas elecciones, AECE buscaría mayores espacios para prorrogar su presencia a nivel local;

- proponen (para finales de junio o principios de julio) una reunión conjunta en la sede central de AECE para tratar el tema con los especialistas en la rama.

### Envío de carta al Párroco de la Iglesia Católica y Asesor del Comité del HSVP por parte de la responsable de terreno MSF/Barillas.

Lugar: Villa de Sta. Cruz Barillas.

Objeto: Solicitarle una reunión junto al comité y el director médico del HSVP para informarle sobre los resultados de la reunión conjunta sostenida con el Viceministro de Salud Pública, de la carta de entendimiento elaborada para reactivar la primera fase de la propuesta de 2º nivel, de los resultados preliminares del estudio de factibilidad/sostenibilidad y de los aportes que MSF/CH estaría en la capacidad de concretar en esta primera fase 1999.

Producto: 1. Carta enviada el 24 de mayo.

Observ.: La reunión fue solicitada para la semana del 24 al 28 de mayo (ver/Carta). En la reunión se contempla, además, concretar el acuerdo referente a la alimentación de la cooperación cubana a incorporar en el HSVP a cargo de la Diócesis.

## 25 de mayo/99

### Monitoreo a PSS/ADECO por parte de la Comisión del PMSS.

Lugar: Sede local de ADECO.

Objeto: Monitorear técnica y administrativamente a la PSS/ADECO.

Producto: 1. PSS/ADECO monitoreada técnica y administrativamente por la Comisión del PMSS.

Observ.: El monitoreo evidenció dificultades (mínimas) en el componente administrativo, particularmente dentro del aspecto financiero. El componente técnico de la PSS se está trabajando de acuerdo con los criterios planteados por la guía de monitoreo. El equipo de trabajo de la PSS denota un adecuado grado de organización laboral. El informe de la Comisión del PMSS así como las recomendaciones pertinentes quedaron por escrito en el libro de actas correspondiente. El monitoreo tuvo carácter intensivo y ocupó incluso toda la mañana del 26 de mayo. En el monitoreo participa la delegada de OPS/Huehuetenango (Dra. Betza Echeverría) y se hace énfasis en el involucramiento de la Capacitadora/ACSESAN contratada por OPS para impulsar las acciones de extensión de cobertura que desarrolla ADECO en el primer nivel de atención mencionando, además, la incorporación del personal institucional al programa de capacitación y monitoreo de dicha capacitadora.

## 26 de mayo/99

### Reunión entre los representantes de PCI (Director Nacional/Thomas Tauras, Coordinador de Proyectos de Salud y Asesora Técnica), las Coordinadoras Nacional y Local de ADECO, el Presidente de APROSAB, la responsable de terreno MSF/Barillas y el facilitador de área del Ministerio de Salud.

Lugar: Sede local de MSF/Barillas.

Objeto: Presentar en términos generales los avances en la gestión de la propuesta de 2º Nivel de atención, identificar necesidades de apoyo para las acciones del 1er nivel de atención y plantear líneas generales y/o mecanismos de intervención de PCI en el distrito de Barillas en el marco de lo acordado en la reunión sostenida el día 18 de mayo.

Producto: 1. Representantes de las instituciones presentes, introducidos por el facilitador de área del Ministerio de Salud exponiéndoles en forma general el objeto de la reunión.

2. Avances en la gestión de la propuesta de 2º nivel de atención, presentado en términos generales por la responsable de terreno y el facilitador de área. El facilitador de área expone que gran parte del contenido de la documentación de PCI revisada se ajusta a lo que la propuesta de 2º Nivel plantea en lo referente a la intervención del nivel comunitario ya que contempla aspectos tales como capacitación y monitoreo, IEC, medicamentos esenciales, SIS/SIGSA y otros. El apoyo de PCI, en este sentido, vendría a consolidar la propuesta que se encuentra desarrollando interinstitucionalmente.

3. Necesidades de apoyo para las acciones del 1er nivel de atención, identificadas en los términos siguientes:

a. las coordinadoras nacional y local de ADECO exponen:

- el trabajo de ADECO como organización con énfasis en la prestación de servicios básicos de salud;

- que si bien el -SIAS- es una opción para acceder servicios básicos de salud a poblaciones postergadas, el mismo adolece de algunos aspectos prioritarios para promover la salud en forma integral en las comunidades;

- que ADECO persigue realizar un trabajo integral en las comunidades y que por lo tanto la organización tiene expectativas sobre el apoyo que eventualmente PCI pueda aportar en ámbitos de trabajo tales como el de las "comadronas" y la "capacitación y monitoreo".

b. el presidente de APROSAB expone:

- antecedentes ligados a la conformación y fortalecimiento de

APROSAB;

- el apoyo que han recibido por parte de MSF/CH y la incertidumbre que gira alrededor de su retiro a finales de 1999;

- que su intención (al retirarse MSF/CH) es seguir trabajando en la misma línea y en coordinación con ADECO y el Centro de Salud, no obstante, ven necesario contar con el apoyo de otra institución que tenga experiencia y financiamiento disponible para concretar el apoyo requerido/COGESTION.

c. los representantes de PCI exponen:

mayores variaciones;

- que el plan de trabajo de PCI para Barillas se encuentra sin iniciativa de intervención a nivel local;
- que PCI busca una segunda oportunidad para retomar la propuesta de 2º Nivel coherente con lo que PCI pudiera aportar en el marco de su gestión como organización y que cuentan con un alto grado de voluntad para coordinar y fortalecer el proceso de gestión iniciado con el 2º nivel de atención;
- que Barillas es una prioridad a nivel país para PCI;
- que las líneas de trabajo de PCI están orientadas en un largo plazo para apoyar a organizaciones como APROSAB;
- que un aspecto importante a considerar por parte de PCI (en vista de que su política no estipula la implementación directa de proyectos y no cuentan con todos los recursos, sino primordialmente y casi en forma exclusiva con recursos financieros) es contar con una contraparte local u organización con capacidad técnica/administrativa como MSF/CH para concretar la ayuda que se quiere brindar al gobierno en el mejoramiento de la calidad de atención de los servicios de salud;
- que PCI tiene interés en la propuesta de 2º nivel de atención y que cuenta con un fondo del Ministerio de Finanzas Públicas que puede aportarse para el ampliamiento de la infraestructura hospitalaria existente contemplada en la misma;
- que para facilitar la gestión de PCI a nivel local requieren la cooperación de la responsable de terreno MSF/Barillas (solicitándosele);
- que la visión de PCI es contar con un fondo integral (proveniente de diversas instancias interesadas) para concretar un apoyo sólido a nivel local;
- que es posible que el presupuesto de PCI esté en la capacidad de absorber todas las necesidades existentes en el 1er nivel de atención planteadas.

**28 de mayo/99**

**Contacto telefónico entre la responsable de terreno MSF/Barillas y el jefe de misión MSF/CH previo a su viaje a la sede de MSF/Ginebra.**

Lugar: De Barillas a Guatemala Ciudad.  
 Objeto: Discutir y acordar puntos varios ligados a la propuesta de 2º Nivel de atención previo al viaje del jefe de misión MSF/CH a Ginebra.  
 Producto: 1. Puntos varios ligados a la propuesta de 2º Nivel de atención discutidos y acordados en los siguientes términos:

- a. los consultores contratados por MSF/CH han ratificado que el estudio de factibilidad/sostenibilidad ha arrojado resultados favorables y alentadores y crea nuevas expectativas para la propuesta de 2º nivel de atención;
- b. que la carta de entendimiento elaborada ya había sido revisada por el equipo de trabajo de Guatemala y que la estaban mejorando reestructurando su forma y contenido en función de que proponga y plantee en forma explícita una continuidad entre una propuesta de fase inicial/1999 y una propuesta de 2º Nivel más global y/o integral/2000-2003;
- c. que hay posibilidades objetivas de lograr la aceptabilidad de la propuesta de 2º nivel ante la junta directiva de MSF/Ginebra y que la defenderá en base a un "perfil general" de la propuesta que se encuentra elaborando en equipo en base a los insumos solicitados y a los resultados preliminares del estudio de factibilidad/sostenibilidad;
- d. que paralelamente, la propuesta de 2º nivel de atención está generando expectativas ante diversas agencias de cooperación y que deberá presentarse (por parte de la responsable de terreno MSF/Barillas) en la evaluación del Plan Global de la Unión Europea el 10 de junio;
- e. que los consultores contratados han realizado una investigación profunda sobre la administración del IGSS y de la Municipalidad de Barillas. Respecto al IGSS, han logrado determinar que en Barillas se cuenta con 680 afiliados, que a cada afiliado se le retiene un 14.5% de su salario y que en la actualidad la institución solo cubre accidentes. En relación a la Municipalidad, se encontró que en 1998 el presupuesto fue de 9 millones y que se lograron ejecutar

únicamente 6 millones, con lo cual se regresaron 3. Con base en lo anterior se concluyó por un lado, que sería oportuno hacer un planteamiento formal al IGSS para la contratación de servicios y que con tan solo el 35% del total que hacen las retenciones salariales (14.5% de cada afiliado) se lograría pagar todo el RRHH del HSVP. Por otro lado, que la Municipalidad podría disponer de hasta medio millón de su presupuesto (aparte de arbitrios municipales que pudieran generarse a nivel local) para invertirlo en salud, lo que eventualmente pudiera traducirse en un subsidio del gobierno local.

- f. que a raíz de los resultados preliminares arrojados por el estudio de factibilidad/sostenibilidad, existen ya algunos indicadores que en forma inicial determinan los costos de servicios hospitalarios básicos dentro del componente materno/infantil. Los costos de una cesárea pudieran reducirse a Q800.00 y los de un parto normal a Q200.00;
- g. que desde el punto de vista político y jurídico/legal, es válido enfocar la propuesta de 2º nivel de atención sobre la base de un "servicio municipal de salud". Que administrativamente, los fondos asignados al servicio municipal de salud pudieran canalizarse y manejar a través de la conformación de un "fideicomiso" por parte de las instituciones participantes;
- h. que aún se requiere del sondeo retrospectivo (6 meses) de los servicios relacionados con el componente materno/infantil que se han prestado tanto en el HSVP como en el Centro de Salud (solicitado anteriormente) para complementar el estudio de los consultores;
- i. que el plan de acción a seguir por parte del equipo de trabajo de Barillas podría enmarcarse en los siguientes términos: no dar curso a la carta de entendimiento, al regreso del jefe de misión MSF/CH de Ginebra el equipo de trabajo completo se reunirá en Guatemala y que posteriormente se estarán haciendo visitas para socializar la propuesta en nivel central del Ministerio de Salud, la jefatura de área, la municipalidad y la diócesis a nivel de "Obispado" en Huehuetenango;
- j. el equipo de trabajo de Guatemala estará enviando al equipo de trabajo local la documentación mejorada (que se llevará a Ginebra) para que se informe, el 31 de mayo.

**Anexo 2**

**Documento técnico No. 1**

**"Posibles intervenciones en el distrito de Barillas para el fortalecimiento del componente materno-infantil"**

**Título del estudio:**

**CARACTERIZACIÓN DE UN PROCESO PARA EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE UN SISTEMA LOCAL DE SALUD-DILOS- EN EL DISTRITO DE SANTA CRUZ BARILLAS, HUEHUETENANGO**

**Julio César Vargas Juárez**

**POSIBLES INTERVENCIONES EN EL DISTRITO DE BARILLAS PARA EL FORTALECIMIENTO DEL COMPONENTE MATERNO-INFANTIL.**

EJES PROGRAMÁTICOS	INTERVENCIÓN Y LUGAR DE INTERVENCIÓN		
	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL SAN VICENTE (H.S.V.)	COMUNIDAD
A. Mejorar la calidad de la atención Materno-Infantil.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar los servicios de atención obstétrica ( pre y post natal ) y de R.N. y Lactantes.</li> <li>2. Referencia de la emergencia obstétrica y R.N. y Lactante con complicaciones al HSVP.</li> <li>3. Contrareferencia materno-infantil a la comunidad con orientación de conducta a seguir..</li> <li>4. Capacitación y monitoreo en servicio al personal de salud institucional.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar los servicios de atención de las emergencias obstétricas: durante el embarazo, el parto y el puerperio.</li> <li>2. Ampliar los servicios de atención al R.N. y Lactante con complicaciones.</li> <li>3. Referencia/contrareferencia materno-infantil al centro de salud y/o la comunidad con orientación de conducta a seguir.</li> <li>4. Capacitación y monitoreo en servicio a RRHH especializado y personal paramédico.</li> <li>5. Implementación de Casa Maternal:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. control pre- parto de embarazos de alto riesgo referidos.</li> <li>b. recuperación y seguimiento de emergencias obstétricas.</li> </ol> </li> <li>6. Ampliar la infraestructura del H.S.V:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. cuarto dormitorio personal salud.</li> <li>b. sala estar personal salud.</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitación y monitoreo a CT.</li> <li>2. Atención pre-natal y referencia de embarazos de alto riesgo.</li> <li>3. Atención del parto normal y puerperio.</li> <li>4. Referencia de partos y puerperios complicados.</li> <li>5. Referencia de R.N. y Lactantes con complicaciones.</li> </ol>

EJES PROGRAMÁTICOS	INTERVENCIÓN Y LUGAR DE INTERVENCIÓN		
	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL SAN VICENTE (H.S.V.)	COMUNIDAD
B. Fortalecimiento del Programa de Inmunizaciones.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumentar la cobertura con Toxoide Tetánico (TT) en embarazadas, puérperas y mujeres en edad fértil.</li> <li>2. Aumentar la cobertura con Antipolio y B.C.G. en R.N.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumentar la cobertura con Toxoide Tetánico (TT) en embarazadas, puérperas y mujeres en edad fértil.</li> <li>2. Aumentar la cobertura con Antipolio y B.C.G. en R.N.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumentar la cobertura de inmunizaciones en el grupo materno-infantil, según el programa distrital establecido.</li> </ol>
C. Orientación familiar enfocada a mejorar la Salud Reproductiva.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar la prestación de servicios:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Planificación Familiar a:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujeres atendidas en HSV por complicaciones obstétricas.</li> <li>- Mujeres y/o parejas referidas por los Puestos de Salud y Comunidad.</li> </ul> </li> <li>b. Atención, control y seguimiento de Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), a demanda y referidas.</li> <li>c. Detección precoz de Ca de cuello uterino y mama a demanda y referidas.</li> </ol> </li> <li>2. Referencia a 3er. Nivel en los casos en que se amerite de b. y c.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fomentar la Lactancia Materna como medio natural para el espaciamiento de embarazos.</li> <li>2. Consejería a parejas atendidas por complicaciones obstétricas sobre programa de Orientación Familiar en Centro de Salud.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitación a CT y/o PRS sobre métodos naturales de espaciamiento de embarazos.</li> <li>2. Consejería a parejas atendidas por personal de salud comunitario sobre existencia de programa de Orientación Familiar en Centro de Salud.</li> </ol>
D. Abastecimiento de Medicamentos Esenciales y Específicos para la atención del grupo Materno-Infantil.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reforzar el abastecimiento de medicamentos esenciales y específicos a través de la implementación de una Venta Social Integrada en el Distrito de Barillas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reforzar el abastecimiento de medicamentos esenciales y específicos a través de la implementación de una Venta Social Integrada en el Distrito De Barillas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reforzar el abastecimiento de Medicamentos Esenciales a través de la implementación de una Venta Social en el Distrito de Barillas.</li> <li>2. Proporcionar Hierro (Fe), Acido Fólico y Prenatales a toda mujer embarazada y puérpera.</li> </ol>

PROGRAMÁTICOS	INTERVENCIÓN Y LUGAR DE INTERVENCIÓN		
	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL SAN VICENTE (H.S.V.)	COMUNIDAD
E. Fortalecimiento de la capacidad organizativa de los servicios del componente Materno-Infantil.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecimiento de vínculos de coordinación entre el Centro y Puestos de Salud, HSV y Comunidades.</li> <li>2. Organización del Servicio de Atención Obstétrica, R.N. y Lactantes.</li> <li>3. Organización del programa de inmunizaciones al grupo Materno-Infantil.</li> <li>4. Organización del programa de Orientación Familiar.</li> <li>5. Aplicación del programa de capacitación y monitoreo en servicio.</li> <li>6. Registro de información en formularios del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecimiento de vínculos de coordinación entre el Centro y Puestos de Salud, HSV y Comunidades.</li> <li>2. Organización de los servicios hospitalarios de atención a las complicaciones: Obstétricas, R.N. y Lactantes.</li> <li>3. Organización del funcionamiento de la Casa Maternal.</li> <li>4. Aplicación del programa de capacitación y monitoreo en servicio.</li> <li>5. Mejoramiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, a través del registro de información en los formularios SIGSA.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecimiento de vínculos de coordinación entre el Centro y Puestos de Salud, HSV y Comunidades.</li> <li>2. Organizar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica a través del registro de información en los formularios SIGSA, según avances en la extensión de cobertura del Primer Nivel de Atención.</li> </ol>
F. Fortalecimiento de la capacidad Administrativa-Gerencial de los servicios del componente Materno-Infantil.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitación y monitoreo (administrativo-gerencial) en servicio al personal de salud institucional.</li> <li>2. Diseño y puesta en práctica de un sistema administrativo-gerencial que mejore la eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realización de estudio de factibilidad/ sostenibilidad de la intervención sobre el fortalecimiento del componente Materno-Infantil.</li> <li>2. Diseño y puesta en práctica de un sistema administrativo-gerencial acorde a los resultados del estudio de fact./sostenibilidad.</li> <li>3. Capacitación y monitoreo en servicio al personal administrativo-gerencial existente.</li> </ol>	

INTERVENCIÓN Y LUGAR DE INTERVENCIÓN			
EJES PROGRAMÁTICOS	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL SAN VICENTE (H.S.V.)	COMUNIDAD
G. Información, Educación y comunicación en Salud/I.E.C.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Educación en salud reproductiva con énfasis en riesgo obstétrico y orientación familiar individual y colectivamente en servicio.</li> <li>2. Divulgación informativa a la comunidad sobre los servicios de salud reproductiva que se prestan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Educación en salud reproductiva con énfasis en riesgo obstétrico.</li> <li>2. Divulgación informativa a la comunidad sobre los servicios hospitalarios del componente materno-infantil que se prestan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitación a CT y PRS en salud reproductiva y riesgo obstétrico</li> </ol>
H. Fortalecimiento del diagnóstico clínico de los servicios del componente materno-infantil.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar los servicios de laboratorio clínico.</li> <li>2. Contratación y asignación de un técnico laboratorista.</li> <li>3. Capacitación y monitoreo en servicios del personal institucional encargado del laboratorio.</li> <li>4. Establecimiento de mecanismos de referencia al 3er. nivel del exámenes con alteraciones graves.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementar los servicios diagnósticos de apoyo necesarios.</li> <li>2. Contratación y asignación de un técnico de servicios diagnósticos.</li> <li>3. Capacitación y monitoreo en servicios del personal hospitalario.</li> <li>4. Establecimiento de mecanismos de referencia al 3er. nivel del estudios diagnósticos con alteraciones graves.</li> </ol>	

### Anexo 3

#### Documento técnico No.2

#### "Matriz lógica del fortalecimiento del componente materno-infantil"

#### Título del estudio:

#### CARACTERIZACIÓN DE UN PROCESO PARA EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE UN SISTEMA LOCAL DE SALUD-DILOS- EN EL DISTRITO DE SANTA CRUZ BARILLAS, HUEHUETENANGO

Julio César Vargas Juárez

A. MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO - INFANTIL.				
RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE EJECUCION	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RECURSOS
1. Servicios de Atención Obstétrica (pre y post- natal), de R.N. y Lactantes, ampliados.	a. El personal de Enfermería realiza pre - consulta y selecciona la consulta materno - infantil (control pre y post natal, riesgos y emergencias obstétricas, R.N. y lactantes). b. El personal médico y paramédico realiza la consulta de atención materno-infantil. c. El personal médico y paramédico recopila la información en el registro diario de consulta/SIGSA 3 y la consolida en el informe mensual de estadísticas de salud/ SIGSA 7.	<ul style="list-style-type: none"><li>No. pacientes vistos y seleccionados en la pre-consulta.</li><li>No. pacientes vistos en la consulta materno-infantil.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Registro diario de consulta /SIGSA 3.</li><li>Informe mensual de estadísticas de salud /SIGSA 7.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Formulario SIGSA 3</li><li>Formulario SIGSA 7</li><li>Formulario SIGSA 30</li><li>RRHH médico y paramédico</li></ul>
2. Sistema de Referencia / Contrareferencia implementado entre el Centro de salud y el HSV.	a. El personal médico y paramédico de centro y puestos de salud refiere al HSV a: mujeres con emergencia obstétrica y R.N. y Lactantes con complicaciones, para atención especializada. b. El personal médico y paramédico registra la información de las referencias realizadas en los formularios SIGSA correspondientes.	<ul style="list-style-type: none"><li>No. de mujeres referidas por emergencia obstétrica.</li><li>No. de R.N. y lactantes referidos por complicaciones.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Registro diario de consulta/SIGSA 3.</li><li>Informe mensual de estadísticas de salud /SIGSA 7.</li><li>Tarjeta de referencia /SIGSA 30.</li></ul>	

## B. FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE INMUNIZACIONES.

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE EJECUCIÓN	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RECURSOS
<p>1. Cobertura con T.T. en embarazadas, puérperas y mujeres en edad fértil aumentada.</p> <p>2. Cobertura de DPT, antipolio, BCG y antisarampionosa aumentadas en R.N y Lactantes.</p>	<p>a. El Centro de salud evalúa, sistemáticamente, coberturas distritales de vacunación del grupo materno-infantil (TT, DPT, antipolio, B.C.G y antisarampionosa).</p> <p>b. El personal médico y paramédico del centro de Salud monitorea la funcionalidad de la cadena de frío en el Distrito.</p> <p>c. El personal de enfermería realiza vacunación longitudinal de:                      - T.T. al 100% de embarazadas, puérperas y mujeres en edad fértil atendidas en servicio.                      - Antipolio y BCG al 100% de R.N.'s atendidos en servicio.                      - Antipolio, DPT y antisarampionosa al 100% de lactantes atendidos en servicio.</p> <p>d. El personal de enfermería recopila la información en el registro de vacunación (SIGSA 5) y la consolida en el informe mensual de estadísticas de salud (SIGSA 6).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No. de Consejos Técnicos de Distrito y/o Salas Situacionales programadas y realizadas.</li> <li>No. de embarazadas, puérparas y mujeres en edad fértil atendidas en servicio y vacunadas con TT, según esquema.</li> <li>No. de R.N.'s atendidos en servicio y vacunados con antipolio y BCG.</li> <li>No. de Lactantes atendidos en servicio y vacunados con antipolio, DPT y antisarampionosa, según esquema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Listados de asistencia a Consejos Técnicos y Salas Situacionales.</li> <li>Registros de vacunación (SIGSA 5).</li> <li>Informe mensual de estadísticas de salud (SIGSA 6).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuadernos de asistencia</li> <li>Formularios SIGSA 5</li> <li>Formularios SIGSA 6</li> <li>Vacunas</li> </ul>

2

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE EJECUCIÓN	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RECURSOS
<p>1. Servicios de Orientación Familiar ampliados.</p> <p>2. Casos vistos en consulta que requieran atención en 3er. Nivel referidos.</p>	<p>a. El personal médico y paramédico que realiza la consulta materno-infantil presta los servicios de Planificación Familiar:                      - Atención a mujeres referidas del HSV después de haber sido atendidas por complicaciones obstétricas.                      - Atención a mujeres y/o parejas referidas por Puestos de Salud y Comunidad.                      - Información a las mujeres y/o parejas que asistan a la consulta de forma general y objetiva de todos los métodos existentes para el espaciamiento de embarazos, siendo la pareja quien voluntariamente decidirá sobre su propio método.</p> <p>b. El personal médico y paramédico da atención, control y seguimiento a las ETS a demanda y referidas.</p> <p>c. El personal médico y paramédico realiza detección precoz de Ca de cuello uterino y mama a mujeres a demanda y referidas.</p> <p>d. El personal médico y paramédico refiere a 3er. Nivel los casos que se ameriten de los apartados c. y d.</p> <p>e. El personal médico y paramédico llenan la tarjeta de referencia (SIGSA 30).</p> <p>f. El personal médico y paramédico llenan el registro diario de consulta (SIGSA 3) y el informe mensual de estadísticas de salud (SIGSA 6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No. pacientes vistos en consulta.</li> <li>No. de referencias efectuadas a 3er Nivel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro diario de consulta /SIGSA 3</li> <li>Informe mensual de estadísticas de salud (completo) /SIGSA 6</li> <li>Tarjeta de referencia y hoja de respuesta SIGSA 30 y 31.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formularios SIGSA 3</li> <li>Formularios SIGSA 6</li> <li>Formulario SIGSA 30 y 31</li> <li>Suministros e insumos de Planificación Familiar</li> <li>Cubículo para habilitar la consulta</li> </ul>

3

**D. ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES Y/O ESPECÍFICOS PARA LA ATENCIÓN DEL GRUPO MATERNO-INFANTIL.**

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE EJECUCIÓN	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RECURSOS
1. Venta Social Integrada implementada en el distrito de Barillas para reforzar el abastecimiento de medicamentos esenciales y/o específicos.	<p>a. El personal médico y paramédico que realiza la atención de la consulta materno-infantil prescribe los medicamentos esenciales y/o específicos requeridos.</p> <p>b. El personal paramédico que atiende la postconsulta entrega los medicamentos esenciales y/o específicos prescritos y anota en el registro diario de postconsulta/SIGSA 4.</p> <p>c. El personal paramédico de la postconsulta refiere a los pacientes al anexo de ventas de la Venta Social Integrada de Medicamentos Esenciales para adquirir los medicamentos prescritos que no se encuentran dentro de las existencias físicas del centro de salud.</p> <p>d. El personal dependiente del anexo de ventas suministra los medicamentos esenciales y/o específicos necesarios y anota en el registro diario de control/entradas-salidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No. de medicamentos esenciales y/o específicos prescritos y entregados en la postconsulta del centro de salud.</li> <li>No. de medicamentos esenciales y/o específicos prescritos y suministrados en el anexo de ventas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro diario de postconsulta/SIGSA 4.</li> <li>Registro diario de control del anexo de ventas/entradas - salidas.</li> <li>Prescripciones de medicamentos extendidas por personal médico y paramédico del centro de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos esenciales y/o específicos del centro de salud.</li> <li>Formulario SIGSA 4.</li> <li>Medicamentos esenciales y/o específicos del anexo de ventas.</li> <li>Libro de registro diario de control/entradas-salidas.</li> <li>Recetarios.</li> </ul>

4

**MATERNO-INFANTIL.**

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE EJECUCIÓN	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RECURSOS
1. Vínculos de coordinación entre centro y puestos de salud, HSVP y comunidad establecidos.	a. El director del centro de salud se reúne una vez al mes con el director médico y administrador del HSVP y con el personal de salud institucional y de PSS (cooperantes cubanos, médicos ambulatorios, facilitadores institucionales y auxiliares de enfermería de puestos de salud) y comunitario de ONG's para establecer vínculos y discutir puntos de coordinación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>No. de reuniones de coordinación programadas y realizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Libro de actas de centro de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Libro de actas</li> </ul>
2. Servicio de atención obstétrica, R.N. y Lactante organizado.	<p>a. la jefatura de distrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifica y selecciona al personal médico y paramédico que se encargará de la atención de la consulta materna-infantil.</li> <li>asigna funciones y responsabilidades al personal seleccionado.</li> <li>Identifica y asigna un cubículo para habilitar la consulta.</li> <li>Identifica, asigna y/o hace el requerimiento de equipo médico, mobiliario, material y/o útiles necesarios para la consulta.</li> <li>Identifica, asigna y/o hace el requerimiento de formularios SIGSA para la vigilancia epidemiológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No. de personal médico y paramédico seleccionado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de selección de personal y asignación de funciones y responsabilidades.</li> <li>Hoja de requerimiento de equipo, mobiliario, material y/o útiles.</li> <li>Hoja de requerimiento de Formularios SIGSA.</li> <li>Plan de radio/comunicación.</li> <li>Acta de asignación de funciones y responsabilidades.</li> <li>Hoja de requerimiento de formularios SIGSA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RRHH médico y paramédico.</li> <li>Cubículo para habilitar la consulta.</li> <li>Equipo médico, mobiliario, material y/o útiles.</li> <li>Formularios SIGSA.</li> <li>Formularios SIGSA.</li> <li>Sistema de radio/comunicación con 6 terminales.</li> </ul>
3. Servicio de referencia/contrareferencia organizado entre el centro de salud y el HSVP.	<p>a. El jefe de distrito y el director médico de HSVP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>elaboran plan de radio-comunicación para facilitar la referencia/contrareferencia de pts. entre el centro/puestos de salud y HSVP.</li> <li>asignan funciones y responsabilidades para el registro de la información en los formularios SIGSA y uso de los radiocomunicadores.</li> <li>asignan y/o hacen el requerimiento de Formularios SIGSA requeridos.</li> </ul>			

5

**E. CONT. FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD ORGANIZATIVA DE LOS SERVICIOS DEL COMPONENTE MATERNO-INFANTIL.**

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE EJECUCIÓN	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RECURSOS
4. Programa de inmunizaciones del grupo materno-infantil organizado.	<p>a. La Jefatura de distrito organiza los consejos técnicos y/o salas situacionales (según programación establecida) para evaluar coberturas de vacunación con el personal institucional y/o las otras instancias locales del sector salud.</p> <p>b. La Jefatura de distrito planifica acciones de vacunación conjuntamente con las otras instancias locales del sector salud (HSVP, MSF, ADECO, Promotores de Salud, otras).</p> <p>c. La Jefatura de distrito atiende las solicitudes de requerimiento (internas y externas al centro de salud) de biológicos e insumos.</p> <p>d. El centro de salud distribuye los biológicos e insumos requeridos por: auxiliares de enfermería de puestos de salud, HSVP, MSF, ADECO, Promotores de Salud, otros.</p> <p>e. La Jefatura de distrito coordina la operacionalización de la estrategia distrital de vacunación.</p> <p>f. La Jefatura de distrito elabora un inventario y un mapeo de la red fría.</p> <p>g. La Jefatura de distrito elabora un plan de monitoreo de la red fría.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No. de biológicos e insumos distribuidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de vacunación conjunta.</li> <li>Solicitudes de requerimiento de biológicos e insumos.</li> <li>Programa de distribución de biológicos e insumos.</li> <li>Inventario y mapeo de red fría distrital.</li> <li>Plan de monitoreo de la red fría distrital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Material y útiles de oficina varios.</li> <li>Computadora/impresora.</li> <li>Biológicos.</li> <li>Insumos varios.</li> <li>Formularios SIGSA 5 y 6.</li> </ul>

6

**E. CONT. FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD ORGANIZATIVA DE LOS SERVICIOS DEL COMPONENTE MATERNO-INFANTIL.**

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE EJECUCIÓN	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RECURSOS
5. Programa de orientación familiar organizado.	* Idem actividades Resultado Esperado 2: (el personal que se encargará de la atención de la consulta materno-infantil, se encargará también del programa de Orientación Familiar).	* Idem Resultado Esperado 2.	* Idem Resultado Esperado 2.	* Idem Resultado Esperado 2.
6. Programa de capacitación y monitoreo aplicado en servicio.	<p>a. El RRHH especializado (cooperantes cubanos y enfermera graduada obstetra) elabora plan de capacitación y monitoreo en servicio para el personal institucional de centro y puestos de salud de acuerdo a necesidades identificadas por el mismo.</p> <p>b. El RRHH especializado ejecuta las actividades de capacitación y monitoreo acorde al plan elaborado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No. de actividades de capacitación y monitoreo programadas y realizadas por tema.</li> <li>No. Asistentes por tema de capacitación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de capacitación y monitoreo.</li> <li>Listados de asistencia.</li> <li>Informes de RRHH especializado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Materiales didácticos varios.</li> <li>Retroproyector.</li> <li>TV y Videocasetera.</li> <li>Pizarrón y marcadores.</li> <li>Salón de capacitación.</li> </ul>
7. Información registrada en los formularios del Sistema de Información Gerencial en Salud/SIGSA.	* (El registro de información se encuentra incorporado como actividad en todos los servicios del componente materno-infantil).			

7

### F. FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD ADMINISTRATIVA DE LOS SERVICIOS DEL COMPONENTE MATERNO-INFANTIL.

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE EJECUCIÓN	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RECURSOS
<p>1. Personal de salud institucional capacitado y monitoreado en servicio.</p> <p>2. Eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios de salud mejorada a través de la puesta en práctica de un sistema administrativo/gerencial.</p>	<p>a. MSF contrata y asigna a un gerente de de servicios de salud.</p> <p>b. El gerente de servicios de salud diseña y operacionaliza un sistema administrativo/gerencial de acuerdo a las necesidades identificadas en servicio.</p> <p>c. El gerente de servicios de salud elabora un plan de capacitación y monitoreo administrativo/gerencial de acuerdo a las necesidades identificadas en servicio.</p> <p>d. El capacitador ejecuta el plan de capacitación y monitoreo en servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No. de actividades de capacitación y monitoreo programadas y realizadas por tema.</li> <li>No. de asistentes por tema de capacitación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contrato del gerente de servicios de salud.</li> <li>Sistema administrativo/gerencial del servicio.</li> <li>Plan de capacitación y monitoreo administrativo/gerencial.</li> <li>Listados de asistencia.</li> <li>Informes del gerente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idem Componente E/ Resultado Esperado 5: (el mismo salón, equipo, material y suministros serán utilizados para la capacitación administrativa/gerencial).</li> <li>Material y útiles administrativos varios.</li> </ul>

### G. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD/I.E.C.

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE EJECUCIÓN	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RECURSOS
<p>1. Grupo materno-infantil educado en salud reproductiva con énfasis en riesgo obstétrico y orientación familiar.</p>	<p>a. La Jefatura de distrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Idem actividades Resultado Esperado 2: (el personal que se encargará de la atención de la consulta materno- infantil y del programa de Orientación Familiar, se encargará también de la educación en salud reproductiva).</li> </ul> <p>b. El personal médico y paramédico elabora plan de educación en salud reproductiva.</p> <p>c. El personal de salud ejecuta plan de educación en salud reproductiva en servicio (individual y colectivamente).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No. de actividades educativas programadas y realizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de selección de personal y asignación de funciones y responsabilidades.</li> <li>Hoja de requerimiento de material y/o útiles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salón para habilitar las actividades educativas.</li> <li>Material y/o útiles varios.</li> </ul>
<p>2. Comunidad informada sobre los servicios de salud reproductiva que se prestan en el centro y puestos de salud.</p>	<p>a. MSF contrata y asigna a un técnico en comunicación social.</p> <p>b. El técnico en comunicación social elabora plan de divulgación informativa con el apoyo del jefe de distrito y el director médico del HSVP.</p> <p>c. El técnico en comunicación social ejecuta plan de divulgación informativa.</p> <p>b. El jefe de distrito y el director médico del HSVP monitorean el plan de divulgación informativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No. de mensajes informativos programados y transmitidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contrato del técnico en comunicación social.</li> <li>Plan de divulgación informativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Materiales informativos varios: (cuñas radiales, video casettes, panfletos, etc.)</li> </ul>

## H. FORTALECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LOS SERVICIOS DEL COMPONENTE MATERNO-INFANTIL.

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE EJECUCIÓN	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RECURSOS
1. Técnico laboratorista contratado y asignado al servicio.	a. MSF contrata a técnico laboratorista y se le asigna al servicio conjuntamente con el jefe de distrito.	<ul style="list-style-type: none"> <li>No. de exámenes de laboratorio solicitados y analizados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contrato de técnico laboratorista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RRHH:Técnico laboratorista</li> </ul>
2. Servicios de laboratorio clínico ampliado.	<p>a. El técnico laboratorista con el apoyo del personal encargado del laboratorio y/o de la atención de la consulta materno-infantil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifica exámenes de laboratorio requeridos por la consulta materno-infantil.</li> <li>Identifica y hace el requerimiento de equipo, material y/o insumos necesarios para los exámenes previstos.</li> <li>Establece los mecanismos de compra de insumos y mantenimiento de equipo.</li> <li>Analiza los exámenes recibidos; anota la información en el registro correspondiente y entrega los resultados al servicio o al demandante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No. de actividades de capacitación y monitoreo programadas y realizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Listado de exámenes de laboratorio requeridos.</li> <li>Hoja de requerimiento de equipo, material y/o insumos.</li> <li>Libro de registro de laboratorio.</li> <li>Plan de capacitación y monitoreo.</li> <li>Listado de centros diagnósticos de 3er. nivel e información básica requerida para la referencia de exámenes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo, material e insumos de laboratorio</li> <li>Material e insumos de oficina</li> <li>Libro de registro de laboratorio</li> </ul>
3. Personal institucional encargado del laboratorio capacitado y monitoreado en servicio.	<p>a. El técnico laboratorista elabora plan de capacitación y monitoreo al personal institucional encargado del laboratorio, de acuerdo a necesidades identificadas.</p> <p>b. El técnico laboratorista ejecuta el plan de capacitación y monitoreo en servicio.</p>			
4. Mecanismos de referencia al 3er. nivel de exámenes con alteraciones graves, establecidos.	a. El técnico laboratorista, con el apoyo del personal institucional encargado del laboratorio, establece los medios de cooperación con los centros diagnósticos del 3er nivel para el envío y estudio de exámenes con alteraciones graves.			